



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
FACULTAD DE MEDICINA
Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública

LA TUBERCULOSIS EN LA HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA PERUANA: 1821-2011

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN 2014,
CON/CON N° 140111241
CONSEJO SUPERIOR DE INVESTIGACIÓN UNMSM

TENDENCIA DE LA TASA DE MORBILIDAD Y CASOS NOTIFICADOS DE TB-MDR/XDR
PERU: 1975 -2013



Responsable
del Estudio:

*Dr. Carlos
Bustíos Romani*

LIMA, ABRIL 2015

La tuberculosis en la historia de la salud pública peruana: 1821 - 2011 / Bustíos Romani, Carlos y Colaboradores -- Lima: UNMSM; 2015.

177 p.

HISTORIA DE LA MEDICINA / SALUD PÚBLICA / IMPACTOS EN LA SALUD / TUBERCULOSIS / FACTORES SOCIOECONÓMICOS / TUBERCULOSIS, economía

La Tuberculosis en la Historia de la Salud Pública Peruana: 1821-2011 (Estudio de Investigación 2014, CON/CON N° 140111241)

Responsable:

Dr. Carlos Bustíos Romani

Colaboradores:

Lic. Alicia Ríos Terrones

Mag. Héctor Pereyra Zaldívar

Mag. Martha Martina Chávez

Mag. Ruth Arroyo Aguilar

Mag. Carlos Márquez Cabezas

Bach. Anita Luján Gonzáles

Bach. Jorge Miano Trelles

© **Carlos Bustíos Romani, 2015**

1ª. edición, 2015

Fuente del gráfico de la carátula:

“Situación de la Tuberculosis en el Perú y Política Nacional para su Control”, Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis, Dirección General de Salud de las Personas, Ministerio de Salud, 2014.

CONTENIDO

	<u>Página</u>
Introducción	4
Capítulo Primero	6
Higiene pública y tuberculosis en la República Peruana del siglo XIX	
1.1. CUIDADO DE LA SALUD POBLACIONAL Y TUBERCULOSIS EN EL MUNDO OCCIDENTAL: 1801-1899	7
1.2. JUNTAS DE SANIDAD Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN LA REPÚBLICA PERUANA TEMPRANA: 1821-1902	14
1.3. TUBERCULOSIS Y SU PERCEPCIÓN SOCIAL EN UN ESTADO PERUANO EN FORMACIÓN: 1821-1902	19
1.4. REFERENCIAS UTILIZADAS EN EL CAPÍTULO PRIMERO.	26
Capítulo Segundo	29
Salubridad Pública y tuberculosis en un Estado Oligárquico. Perú 1903-1935	
2.1. CUIDADO DE LA SALUD POBLACIONAL Y TUBERCULOSIS EN EL MUNDO OCCIDENTAL: 1903-1935	30
2.2. SALUBRIDAD PÚBLICA Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y CONTAGIOSAS EN LA REPÚBLICA PERUANA OLIGÁRQUICA: 1903-1935	38
2.3. TUBERCULOSIS Y RESPUESTA SOCIAL EN UN ESTADO PERUANO OLIGÁRQUICO: 1903-1935	43
2.4. REFERENCIAS UTILIZADAS EN EL CAPÍTULO SEGUNDO	53
Capítulo Tercero	56
Salud Pública y tuberculosis en un Estado Populista. Perú 1935-1968	
3.1. CUIDADO DE LA SALUD POBLACIONAL Y LA SALUD PÚBLICA EN EL MUNDO OCCIDENTAL: 1935-1968	57
3.2. SALUD PÚBLICA Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN LA REPÚBLICA POPULISTA PERUANA: 1935-1968	65
3.3. LA TUBERCULOSIS Y EL INICIO DE LA LUCHA ANTITUBERCULOSA EN UN ESTADO PERUANO POPULISTA	67
3.4. REFERENCIAS UTILIZADAS EN EL CAPÍTULO TERCERO.	79

Capítulo Cuarto	82
Crisis del Sector Salud y tuberculosis en un Estado Desarrollista. Perú 1969-1991	
4.1. CRISIS MUNDIAL DE LA SALUD PÚBLICA Y LA TUBERCULOSIS EN EL INICIO DE LA GLOBALIZACIÓN: 1969-1991	83
4.2. EL SECTOR SALUD Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN LA REPÚBLICA DESARROLLISTA PERUANA: 1969-1991	89
4.3. LA TUBERCULOSIS Y LA LUCHA ANTITUBERCULOSA EN UN ESTADO PERUANO DESARROLLISTA E INTERVENCIONISTA	94
4.4. REFERENCIAS UTILIZADAS EN EL CAPÍTULO CUARTO.	100
Capítulo Quinto	103
Salud Pública economicista y la tuberculosis en un Estado Neoliberal. Perú 1992-2011	
5.1. CUIDADO DE LA SALUD Y LA TUBERCULOSIS EN UN MUNDO GLOBALIZADO: 1992-2011	104
5.2. CUIDADO DE LA SALUD POBLACIONAL Y LA TUBERCULOSIS EN LA REPÚBLICA NEOLIBERAL PERUANA: 1992-2011	113
5.3. EL NUEVO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN EL PERÚ: 1991-2004	120
5.4. ESTRATEGIA DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN EL PERÚ: 2004-2011	129
5.5. APRECIACIONES NO OFICIALES SOBRE LA ESN-PCT	146
5.6. REFERENCIAS UTILIZADAS EN EL CAPÍTULO QUINTO.	147
Capítulo Sexto	153
Comentarios finales y conclusiones del estudio	
6.1. SOBRE LA TUBERCULOSIS EN EL MUNDO ACTUAL	154
6.2. SOBRE LA INTERVENCIÓN DEL ESTADO PERUANO EN LA LUCHA ANTITUBERCULOSA: 1821-2011	161
6.3. CONCLUSIONES FINALES	170
6.4. REFERENCIAS UTILIZADAS EN EL CAPÍTULO SEXTO.	171
Anexos	174

Introducción

La tuberculosis, es una de las enfermedades transmisibles endémicas que ha acompañado al hombre durante toda su historia, aunque ha tenido diferente comportamiento y distinta trascendencia social a través de los siglos. Al final del año 2011, la tuberculosis es uno de los principales problemas de salud pública mundial, especialmente en los países más pobres. Ello sucede, pese a los avances en el conocimiento biomédico sobre esta enfermedad y la gran magnitud de las inversiones efectuadas en el pasado y en el presente para su control. La relevancia social de este estudio en el caso peruano se sustenta en la prioridad que el problema "tuberculosis" tiene actualmente en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y, por ende, en los compromisos que el Estado Peruano ha asumido en el cumplimiento de los mismos.

El Estudio N° 140111241 forma parte de un Programa de Investigación a largo alcance sobre la historia de la salud pública peruana, en el contexto del mundo occidental. Programa que se inició hace 30 años en la Escuela de Salud Pública del Perú y continúa, desde el año 1988, en el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de San Fernando, con el apoyo del Consejo Superior de Investigaciones de la UNMSM. Hasta el año 2013 este Programa de Investigación tiene como productos 18 libros publicados y dos más a ser publicados próximamente.

En esta oportunidad, el responsable del Programa presenta los resultados de un estudio historiográfico que tiene como objetivo la reconstrucción y el enjuiciamiento, desde el presente, de las intenciones y realizaciones de las acciones de Salud Pública en el campo particular de las estrategias de lucha contra la tuberculosis, durante el devenir del Perú republicano. Es el primero que se realiza en el país sobre el desarrollo de las acciones gubernamentales sobre esta enfermedad transmisible en un horizonte temporal de 190 años; asimismo, es el primero en que se hace un análisis crítico de la fundamentación cognitiva y la legitimación normativa de los cambios del carácter, alcances y limitaciones de las políticas y estrategias pertinentes aplicadas en el Perú.

Para los fines de este trabajo, hemos asumido que la formulación y la aplicación de las políticas y estrategias de cuidado de la salud poblacional en el Perú se proponen y se realizan a través de un "sistema oficial de salud", entendido éste como el conjunto de entidades de salud creadas o constituidas por el Estado Nacional a través de normas jurídicas específicas, para el cumplimiento de determinadas funciones que tienen la finalidad de mejorar la salud de los individuos y de la población; utilizando para la prestación de sus servicios, el conocimiento científico-tecnológico disponible, aplicado por personal profesional, técnico, auxiliar y comunitario que ha recibido la capacitación formal correspondiente, en el marco jurídico-político y ético moral vigente en un determinado espacio y tiempo histórico.

Luego, hemos diseñado el estudio partiendo de la idea que la historia de los resultados del proceso de formulación y aplicación de las políticas y estrategias de prevención y control de la tuberculosis solo puede ser comprendida como parte de la historia de los alcances y limitaciones de las intenciones y realizaciones de las distintas modalidades organizativas del sistema de salud oficial que se sucedieron como dominantes en cada uno de los períodos sociopolíticos que se identifican en la historia del Estado Peruano. Modalidades organizativas que, a su vez, solo pueden ser entendidas – en su origen, ac-

tivación, desarrollo y desactivación – analizándolas en el contexto de los cambios del carácter de un Estado Peruano Republicano, cuya organización y comportamiento están condicionados históricamente por lo que sucede en un mundo occidental que, actualmente, está en proceso de globalización.

Para el diseño y la realización de este estudio, se utilizó un marco conceptual crítico aplicado con éxito por docentes de la Facultad de Medicina de San Fernando en anteriores estudios de nuestro programa de investigación sobre la historia de la salud pública peruana. Marco de estudio de las acciones gubernamentales de salud, el cual se ha construido a partir de la integración de los conceptos y postulados de la teoría de la acción comunicativa del sociólogo alemán Jürgen Habermas, con los de la propuesta de “ordenes sociales” del filósofo francés André Comte-Sponville. Dentro de este marco y de acuerdo con las conclusiones de una crítica de los resultados de su aplicación, en aquellos estudios previos, se definieron y delimitaron cinco períodos sociopolíticos en la historia de la Salud Pública peruana:

1. Higiene Pública en la República Peruana del Siglo XIX.
2. Salubridad Pública en un Estado Oligárquico: 1903-1935.
3. Salud Pública en un Estado Populista: 1935-1968.
4. Crisis del Sector Salud en un Estado Desarrollista; 1969-1991.
5. Salud Pública Economicista en un Estado Neoliberal: 1992-2011.

Los resultados del análisis crítico de la información bibliográfica disponible sobre el tema, y los testimonios recogidos antes y durante el estudio se presentan en cinco capítulos, que corresponden cronológicamente a esos períodos sociopolíticos. En el sexto y último capítulo se presentan los comentarios y conclusiones finales del estudio, en el que se destaca, en primer lugar, que en cada periodo las autoridades nacionales pertinentes utilizaron un diferente enfoque político-sanitario para identificar, describir, explicar y enjuiciar los problemas de salud-enfermedad de la población, entre ellos el de la tuberculosis. En segundo lugar, que a partir de los resultados de este enjuiciamiento estas autoridades diseñaron y aplicaron una particular modalidad de organización de los recursos públicos destinados a dar una respuesta eficaz a los problemas de salud-enfermedad considerados prioritarios. En tercer lugar, que los cambios en estas modalidades se sustentaban en argumentos cognitivos y normativos considerados válidos y vigentes en cada uno de aquellos períodos. Argumentos que justificaron y legitimaron las intenciones formales y las realizaciones concretas de las estrategias de lucha contra la tuberculosis. También se destaca que, debido a la debilidad o la falta de autenticidad de estos argumentos, la viabilidad de aquellas intenciones y la efectividad de esas realizaciones nunca alcanzaron niveles socialmente satisfactorios.

El responsable de este estudio, agradece los aportes y esfuerzos de sus colaboradores, especialmente los de la Licenciada Alicia Ríos Terrones, así como los auspicios académicos otorgados a esta obra por el Comité de Historia y Filosofía de la Medicina de la Academia Nacional de Medicina, presidido por el Dr. Roger Guerra-García Cueva.

Capítulo Primero

Higiene pública y tuberculosis en la República Peruana del siglo XIX

1.1. CUIDADO DE LA SALUD POBLACIONAL Y TUBERCULOSIS EN EL MUNDO OCCIDENTAL: 1801-1899

Antes del siglo XIX

Cuidado de la salud y las enfermedades en el siglo XIX

Tuberculosis (TB) como la enfermedad del siglo XIX

1.2. JUNTAS DE SANIDAD Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN LA REPÚBLICA PERUANA TEMPRANA: 1821-1902

Las ideas de la Higiene Pública y Sanidad en el Perú

Las Juntas de Sanidad y las enfermedades infecciosas

1.3. TUBERCULOSIS Y SU PERCEPCIÓN SOCIAL EN UN ESTADO PERUANO EN FORMACIÓN: 1821-1902

La tuberculosis en la República Peruana Temprana

La climoterapia de la tuberculosis en el pensamiento médico: 1850-1895

La teoría del contagio y la tuberculosis en el Perú: 1895-1903

El Estado Peruano y su inacción frente a la tuberculosis

1.4. REFERENCIAS UTILIZADAS EN EL CAPÍTULO PRIMERO

1.1. CUIDADO DE LA SALUD POBLACIONAL Y TUBERCULOSIS EN EL MUNDO OCCIDENTAL: 1801-1899

Antes del siglo XIX

Sobre las enfermedades transmisibles

Las enfermedades transmisibles, en sus formas epidémicas y endémicas, han causado mucho daño a la humanidad a través de los siglos. Han diezmando a poblaciones enteras, afectando el curso de la historia de civilizaciones enteras. La necesidad de las poblaciones primitivas y arcaicas de enfrentar estos males, cuyo origen desconocían y que se transmitían rápidamente con una alta letalidad, generó respuestas empíricas de prevención y control basadas en observaciones directas sobre su transmisión a partir de hombres y animales enfermos, la protección que adquirirían los individuos enfermos sobrevivientes, así como la relativa eficacia de algunas medidas adoptadas para evitarlas o mitigarlas. Entre estas últimas, el aislamiento del enfermo, la destrucción de insectos, la introducción de costras de enfermos de viruela en la nariz de los niños, las prohibiciones para evitar la contaminación de los suelos y las aguas para beber. Estas medidas surgieron y/o adoptadas en civilizaciones como la egipcia, china, babilónica, griega, persa y romana y persistirían, en mayor o menor medida, durante los diez siglos del Medioevo.

Con relación a la explicación del origen y las causas de estas enfermedades epidémicas y endémicas, Hipócrates fue el primero en considerar claramente, en su libro *Aires, Aguas y Lugares*, la relación de la influencia del medio ambiente natural sobre la enfermedad y las características de los individuos. Esta consideración aerista se sustentó en una concepción inicial de la “constitución epidémica”, entendida ésta como una constelación de condiciones ambientales que determinaba la existencia prevalente de ciertas enfermedades en un lugar y tiempo particular.

Mucho tiempo después, en el siglo XVII, Thomas Sydeham [1], a partir de su propia lectura de los escritos hipocráticos, precisó esa concepción (1676), interpretándola “como el aspecto meteorológico del año” y haciendo del medio ambiente (aire, clima, suelo) el factor determinante de las enfermedades agudas, especialmente de las llamadas por dicho autor enfermedades epidémicas y estacionales. Para este autor, las enfermedades epidémicas serían determinadas “por una alteración secreta e inexplicable de la atmósfera, que infecta los cuerpos humanos”, y “producidas en dichos cuerpos por la oculta influencia del aire”. Mientras las estacionales tendrían como causa “una oculta e inexplicable alteración acaecida en las entrañas mismas de la tierra”. Haciendo referencia, de esta manera, a un estado particular del aire, que daba origen a ciertas enfermedades febriles y agudas, las cuales, se difundían en la extensión que dicho estado atmosférico se prolongara y lo permitiera. Eran ideas vinculadas con la antigua noción de “miasma”, entendida como efluvios o emanaciones pútridas o “pestilentes” que surgían de la profundidad de la tierra o de la materia orgánica en descomposición y que mezclados con el aire provocaba la corrupción de éste, envenenándolo [2].

Posteriormente, desde la segunda mitad del siglo XVIII se desarrolló en Europa – especialmente en Francia, Alemania e Inglaterra – una nueva corriente médica sobre las relaciones entre la salud y el ambiente, denominada “higienismo”, impulsada por médicos comprometidos con los primeros movimientos sanitaristas. En 1794 se crea la primera

cátedra de Higiene Pública en la nueva Facultad de Medicina de París. Los higienistas realizan investigaciones empíricas de tipo topográfico y sociológico sustentadas en diversas consideraciones de Geografía Médica, disciplina que estudia, con una finalidad terapéutica, el conjunto de las condiciones atmosféricas-telúricas en un determinado espacio geográfico y su influencia sobre el origen y desarrollo de las epidemias y la morbilidad en general. Las condiciones atmosféricas serían la radiación solar, la composición del aire, la temperatura, la humedad, la morbosidad, las precipitaciones, la electricidad, los vientos, la luminosidad, la insolación y la presión atmosférica; mientras que las condiciones telúricas serían, entre otras, la constitución del terreno y el régimen acuoso [3, 4]. Estas investigaciones surgieron como una exigencia lógica de la hegemonía, en la comunidad médica ilustrada, de la doctrina de la constitución epidémica de Sydeham, modernizada con los aportes de la Higiene Pública francesa. Entre ellas, hay que ubicar la efectuada por Hipólito Unanue: *Observaciones sobre el clima de Lima y sus influencias en los seres organizados, en especial el hombre* (1806) [2].

Estos médicos higienistas ilustrados, cultores de la Geografía Médica, no tenían dudas que a través de la observación sistematizada del medio ambiente se podían conocer los lugares sanos y enfermos. Es decir, que una vez conocidos los valores de las variables meteorológicas y climáticas de un lugar, se podía establecerse una asociación entre estos valores, las "fiebres" del lugar, y el "temperamento" de sus habitantes, posibilitando así una acción profiláctica y terapéutica. Conocimiento que permitía a los médicos tener un criterio adicional al momento de recomendar a un paciente la visita y permanencia en una localidad determinada para el restablecimiento de su salud. En resumen, la Geografía Médica supone que para cada región ecológica corresponde un determinado grupo de enfermedades; esto es, cada región posee una distribución nosológica diferente y, además, bondades climáticas terapéuticas particulares. La Geografía Médica tenía como instrumento fundamental a la Climatoterapia, disciplina que se ocupaba del tratamiento de las enfermedades por medio de la acción de climas favorables.

Sobre la tuberculosis

La "tuberculosis" (TB) es una de las primeras enfermedades de las que se hace referencia, con distintas denominaciones, en la historia de la humanidad. Se han constatado indicios de su presencia en huesos humanos datados en el Neolítico, aunque no es posible conocer con exactitud su magnitud epidemiológica con anterioridad al siglo XIX. En el año 460 a.C. Hipócrates había definido a la tisis como la enfermedad más extendida y fatal de todos los tiempos. Asimismo, en el lenguaje de las culturas premodernas aparecen los vocablos *sosha* (cultura india), *phythisis* (cultura griega), *consumptione* (cultura latina) y *chaky oncay* (cultura quechua) para nombrar a esta enfermedad, llevando todas ellos en su semántica la idea de consumirse, destacando la última consecuencia de la afección, la caquexia. Términos que no tenían, ciertamente, el mismo contenido semántico que actualmente el lenguaje médico oficial asigna al concepto de "tuberculosis".

Con relación a las causas de la TB, aunque Hipócrates (400 a.C.) intentó asociar el origen de la enfermedad en general con algunos factores ambientales, en lo que se refiere a la TB tal asociación era poco clara, en tanto la consideraba una enfermedad hereditaria. Por su parte, Galeno (129-199 d.C.) sustentaba la teoría de que las enfermedades resultaban de la interacción de tres elementos: el temperamento, la forma de vida y los constituyentes de la atmósfera.; adjudicando a la TB, igual que Hipócrates, un carácter

hereditario, y para su tratamiento recomendó reposo, astringentes para las hemorragias, opio para la tos y una dieta muy cuidada.

En el siglo XVI, Girolamo Fracastoro (1470-1553) de Verona, toma el concepto galénico y ubica a la tisis como una enfermedad infecciosa dentro de la misma categoría de la viruela y la peste, sugiriendo la teoría del contagio de microorganismos infectantes transmitidos por la ropa o el aire. Aunque antes de los descubrimientos de Koch no se tomó en cuenta la teoría de Fracastoro íntegramente, sí se aceptaba que la TB era contagiosa y esto dio lugar a leyes rígidas para el manejo de los tuberculosos. Estas leyes que se inician en Italia, fueron aplicadas posteriormente en España, Portugal y Provenza; y, a fines del siglo XVII se establecieron en los países meridionales de Europa.

Por otro lado, desde el Renacimiento, se autorizó la disección de cadáveres para estudios anatómo-patológicos, los que permitieron a Andrés Vesalio (1514-1564) observar que casi todos los pacientes con tuberculosis pulmonar autopsiados habían tenido una enfermedad cavitaria. Luego, el anatomista Franciscus Sylvius (1614-1672), describiría en su *Opera Medica* (1671) su hallazgo de “tubérculos” glandulosos – conteniendo pus de varias clases – en necropsias de pulmones de tísicos. “Degeneraciones de glándulas invisibles existentes en el pulmón”, que podrían llegar a una ulceración resultante del avance de la tumefacción que éstas sufrían. Para Silvius el “tubérculo” es la constante anatómo-patológica de la tisis, postulando una concepción unicista del polimorfismo lesional (pulmonar, ganglionar). Es el primero en afirmar que “la tisis es la escrófula del pulmón”. Después, otros investigadores mostrarían que el “tubérculo” es una neoformación y no una tumefacción de elementos preexistentes.

Cuidado de la salud y las enfermedades en el siglo XIX

En respuesta a los efectos negativos iniciales de la primera Revolución Industrial sobre las condiciones de vida y de salud de las poblaciones hacinadas en las grandes ciudades europeas, el pensamiento de los higienistas y autoridades gubernamentales comenzó a desplazar su centro de atención desde la meteorología y el clima hacia la salubridad del espacio urbano. Este giro se verifica en la relevancia que comienzan a adquirir – en las disposiciones municipales y reglamentaciones policiales pertinentes – la supuesta presencia de los “focos miasmáticos”. Todo factor que se presumía como tal debía ser retirado, aislado y eventualmente eliminado. Pero pronto se hizo evidente, que los principales elementos indicados como causales de enfermedad (el agua y el aire) no eran factores sobre los cuales se pudiera intervenir con facilidad. No bastaba construir obras de provisión de agua corriente y cloacas. El aire malsano y sus miasmas naturales y sociales solo podrían combatirse interviniendo sobre la totalidad de la trama urbana. Al respecto, Michael Foucault [5] comenta:

“Los médicos eran entonces en cierta medida especialistas del espacio. Planteaban cuatro problemas fundamentales: el de los emplazamientos (climas regionales, naturaleza de los suelos, humedad, y sequedad: bajo el nombre de ‘constitución’, estudiaban la combinación de los determinantes locales y de las variaciones de estación que favorecen en un momento dado un determinado tipo de enfermedad); el de las coexistencias (ya sea de los hombres entre sí: densidad y proximidad; ya sea de los hombres y las cosas: aguas, alcantarillado, ventilación; ya sea de los hombres y animales: mataderos, establos; ya sea de los hombres y los muertos: cementerios); el de las residencias (hábitat, urbanismos); el de los desplazamientos (emigración de los hombres, propagación de las enfermedades). Los médicos han sido con los militares, los primeros gestores del espacio colectivo... Los mé-

cos han pensado sobre todo el espacio de las residencias y el de las ciudades” (M. Foucault, 1976, p. 4-5).

Luego, en el transcurso de la primera mitad del siglo XIX, si bien los higienistas continuaban explicando el origen de las enfermedades infecciosas con las teorías atmosféricas-miasmáticas, ahora éstas habían sido complementadas y renovadas con una interpretación que incluía los efectos de la industrialización, la urbanización y la pobreza. En el discurso de los higienistas ya estaba adquiriendo especial relevancia los miasmas sociales o “pestilencias de los pobres”, derivadas de la miseria, el exceso de trabajo, el hacinamiento en barrios y viviendas insalubres, y otros factores de tipo social y moral. Además, influida por descubrimientos químicos, la medicina seguía prestando especial atención al aire, pero ya no solo con relación a los cambios meteorológicos sino en su composición misma, sus gases, los elementos que alteran o purifican el aire que los hombres respiran.

Asimismo, ya no solo era necesario conocer los efectos que el ambiente podía tener en el cuerpo, en las fibras de los habitantes, sino también en sus modos de vida, en su moralidad: “para muchos higienistas prepasteurianos la lucha contra la miseria podía significar, al mismo tiempo, dos cosas: por un lado, un reconocimiento explícito y estadísticamente fundamentado de la urgencia en modificar las desigualdades sociales, pero, por otro, la necesidad de multiplicar estrategias de control sobre el modo de vida de las clases populares” (S. Caponi, 2002, p. 1667). Es por ello, que se multiplican las propuestas de estrategias destinadas a modificar los hábitos y las conductas de los pobres que son caracterizadas como moral o socialmente indeseables. “Entre ambas series discursivas existe continuidad, pues, según entienden los higienistas de la primera mitad del XIX, para poder imaginar una profilaxis moral, resultaba indispensable vincular conductas y medio físico” [6].

En el mundo occidental y desde la segunda mitad del siglo XVIII el hacinamiento, la pobreza, las jornadas interminables e inhumanas de trabajo, la insalubridad extrema de viviendas y espacios públicos, caracterizaban las condiciones de vida prevalentes en los “barrios obreros” que nacían, alrededor de la “fábrica”, en respuesta desordenada a las crecientes necesidades de fuerza de trabajo de la primera Revolución Industrial. Las movilizaciones de contingentes formados por individuos infectados y enfermos hacia otros lugares en búsqueda de trabajo asalariado, así como las privaciones y precarias condiciones de vida en esos nuevos barrios hacían que los agentes de la expansión económica fueran también los mejores agentes de la dispersión de las enfermedades infecciosas. Esta nueva situación epidemiológica se expresaba nítidamente en el incremento de las tasas de mortalidad general en las ciudades industriales. “Entre 1831 y 1841, la tasa de mortalidad por mil habitantes se eleva rápidamente en Birmingham de 14.6 a 27.2; en Bristol, de 16.9 a 31; en Liverpool, de 21 a 34.8; y en Manchester, de 30.2 a 33.8” (G. Rosen, 1958, p. 202) [7].

En los años de esta primera mitad del siglo XIX, Cabanis proclama en Francia que “las enfermedades dependen de los errores de la sociedad” (1804) y Virchow afirma en Alemania que “la medicina es una ciencia social y la política no es otra cosa que la medicina en gran escala” (1845). Asimismo, se desarrollan las propuestas de Higiene Pública, Higiene Social, Medicina Social, Medicina Urbana y Medicina Estatal Británica. Esta última, va a sustentar con éxito la primera *Ley de Salud Pública* aprobada – después de largas discusiones y negociaciones que recortaron la propuesta inicial – por el

Parlamento Británico (1848). El rasgo principal de esta Ley es que reconoce jurídicamente la responsabilidad del Estado en la protección de la salud de sus ciudadanos, que debe ser cumplida a través de acciones dirigidas por una entidad gubernamental de ámbito nacional. Reconocimiento que hasta este momento no se había dado en el mundo.

Adicionalmente a estos avances sanitarios, en el último tercio del siglo XIX los descubrimientos científicos de Louis Pasteur y Robert Koch dieron inicio a la Bacteriología o Microbiología Médica. Rápidamente, el progreso espectacular de esta nueva disciplina abrió una nueva etapa de la fundamentación y la práctica de la Medicina, con su ingreso definitivo en el campo de las ciencias naturales.

Tuberculosis (TB) como la enfermedad del siglo XIX

La “peste blanca” en Europa [8, 10, 11, 12, 13].

Desde la segunda mitad del siglo XVIII, en el contexto epidemiológico de Europa en la primera revolución industrial, la TB estaba adquiriendo el carácter de una gran epidemia de alta letalidad. Grigg H. T. H. concluía que alrededor del año 1740 en la ciudad de Londres existía una tasa de mortalidad por TB de 90 defunciones por cada diez mil habitantes. A mediados del siglo XIX, la mortalidad por TB en dichas ciudades era estimada entre 40 a 60 por diez mil habitantes, y significaba el 30% de la mortalidad general. En 1882, R. Koch estimaba que una de cada siete muertes que ocurría en Berlín era causada por la TB [8].

Paralelamente a esos hechos demográficos, los hospitales de las grandes ciudades –que hasta el final del siglo XVII servían de “casas de misericordia” y asilos de los indigentes – se convirtieron en centros de cuidado y de enseñanza médica donde se internan un inusitado número de enfermos procedentes de los barrios obreros, que son objeto de visita médica y de observación clínica, sistemática y comparada [9]. Los hospitales de París presentaban oportunidades antes desconocidas para la aplicación de nuevas técnicas clínicas de diagnóstico y la realización en gran escala de autopsias que corroboran dichos diagnósticos. La primera mitad del siglo XIX es el período de apogeo de la *École de Paris*, centro mundial de la Clínica Médica y de la Medicina Hospitalaria, antecesora de la Medicina Experimental o de Laboratorio.

En estos años y los siguientes, los higienistas estudian las relaciones de la frecuencia de la muerte y la enfermedad con las condiciones de vida de las distintas clases sociales, además de los efectos de las condiciones del ambiente laboral sobre la salud de los obreros textiles. Estudios que demuestran la existencia de grandes diferenciales de las tasas de mortalidad específica por tisis en la ciudad de París: en los barrios obreros era de 104 por diez mil habitantes, mientras que en los Campos Elíseos era tan solo 11. Similares diferenciales se encuentran en estudios realizadas en otras grandes ciudades del mundo occidental. En la ciudad de New York y el año 1855, se registraba una tasa de mortalidad específica por TB de 31 por diez mil habitantes de raza blanca y de 120 por diez mil habitantes de raza negra. En Hamburgo, entre 1885 y 1894, las tasas de mortalidad por esta enfermedad en los barrios más ricos de la ciudad tenían valores promedios de 13 por diez mil habitantes, mientras en las nuevas zonas de la clase trabajadora ascendían a 26, y a 34 en las viviendas frente al mar, donde vivían los trabajadores portuarios ocasionales. La TB es definida, desde entonces, como una enfermedad social vinculada con la pobreza, que afecta especialmente a la clase obrera, iniciándose las primeras me-

didadas de higiene pública y medicina urbana, así como las luchas por el reconocimiento del derecho del trabajador a un seguro social.

Avances en el conocimiento médico sobre la tuberculosis [8, 10, 11, 12, 13].

Teophile Hyacinthe Laennec (1781-1826), patólogo y clínico, fue quien demostró la validez de la teoría sugerida por Sylvius en el siglo XVII. Sin usar el microscopio, reconoció que los tubérculos y el exudado gelatinoso y caseoso que observaban en sus pacientes eran diferentes estadios de las lesiones provocadas por la misma enfermedad, y no a dos distintas entidades nosológicas como se creía entonces. Esta teoría de la unicidad postulaba que el “tubérculo”, cualquiera fuera su ubicación en el organismo humano, era una manifestación de la tisis, y que la consunción era la forma pulmonar de la TBC. Teoría que contradecía la concepción “dualista” de la tuberculosis que hasta los descubrimientos de Koch sería dominante en la comunidad médica.

Los aportes de Laennec se complementaron con el de otro médico francés: Pierre Charles Alexandre Louis (1787-1872), quien describió varias formas de tuberculosis extrapulmonar y corroboró la teoría de la unicidad: “... no existen tubérculos en ningún órgano si no hay al mismo tiempo en el pulmón”. Esta teoría recibió el apoyo de otros médicos notables de la época. J. L. Schönlein, Profesor de Medicina en Zurich, sugirió en 1839 el término de “tuberculosis” para hacer referencia a la enfermedad. En 1861, Oliver Wendell Holmes empleó el de “peste blanca”, para llamar la atención sobre la acción devastadora de la TBC en la sociedad. debido a su gran difusión y su alta letalidad en las grandes ciudades europeas

Por otro lado, aunque desde siglos anteriores era costumbre, en muchos países, desinfectar las habitaciones y enterrar o quemar las ropas y demás pertenencias de los tísicos que fallecían, recién en 1733 la comunidad médica, a través de Pierre J. Dasault (1675-1737), postuló que la TB era una enfermedad que se transmitía por el esputo del tísico. Postulado que se empieza a demostrar experimentalmente en el siglo siguiente, cuando en 1865 el médico francés, Jean Antoine Villemin (1827-1892) en una comunicación presentada a la Academia de Paris *Causa y naturaleza de la tuberculosis*, demuestra por primera vez que la TB es una enfermedad contagiosa (negando que fuera un padecimiento degenerativo con un importante componente hereditario), así como la especificidad de la enfermedad. Los resultados de sus estudios prepararon el terreno para el descubrimiento del agente infeccioso que la provoca.

“Había logrado *tuberculizar* a los conejos por la inoculación de esputos de tísicos; que las inoculaciones hechas por él con productos de la neumonía caseosa, habían dado los mismos resultados... Más tarde – 1868 – ...probó que las inoculaciones hechas por otros productos (pus, exudados de neumonías catarrales, etc.) no conferían la tuberculosis” (David Matto, 1892, p. 323).

Sin embargo, los experimentos de Villemin no recibieron la atención que merecían a pesar de haberlos sido rigurosos y repetidos por otros investigadores que confirmaron los resultados. Ello era debido, en gran parte, a que medio siglo después de Laennec, el gran patólogo alemán Rudolf Virchow (1821-1902), la máxima autoridad médica de su época, seguía postulando la mayor consistencia científica de la teoría "dualista", según la cual la TB y la neumonía caseosa eran dos entidades distintas; jamás creyó en el carácter contagioso de la enfermedad. La teoría dualista persistiría en su dominio en el pensamiento de la comunidad médica hasta el descubrimiento del Bacilo de Koch

Finalmente, la historia de la TB tuvo un giro dramático el 24 de marzo de 1882 cuando Robert Koch (1848-1910) presenta los resultados de sus estudios a la Sociedad de Fisiología de Berlín en una comunicación titulada *Sobre la etiología de la tuberculosis*, demostrando la existencia del *Mycobacterium tuberculosis*. En este evento demostró plenamente que esta bacteria, posteriormente llamado bacilo de Koch, era el agente causal de la TB y que el estado nutricional del paciente era solo un factor condicionante y agravante de la misma. De esta manera se validó científicamente la afirmación que en 1733 hacía P. J. Dasault: la TBC se transmitía por el esputo del tísico y, en consecuencia, debía ser esterilizado para “tornarlo inofensivo, suprimiendo el contagio”.

Inicios y consolidación de la etapa “sanatorial” en la lucha antituberculosa

Todos estos avances en el saber médico sobre la TB se sumaron, tanto al conocimiento empírico de la poca frecuencia y la baja mortalidad de esta enfermedad en poblados ubicados en alturas superiores a los 1.200 metros sobre el nivel del mar, a las limitaciones evidentes de la climoterapia, así como a la ausencia de un tratamiento médico eficaz contra la misma, para dar nacimiento a una nueva etapa en la historia de la lucha antituberculosa: la “sanatorial”. Hacia 1860, el médico alemán Hermann Brehmer inauguró el primer centro para la curación de tuberculosos en Göbersdorf, con la idea de utilizar el aire puro de las montañas, el reposo y la sobrealimentación como medios terapéuticos. Su discípulo Peter Dettweiler fundó en 1876 otro famoso centro en Falkenstein, siendo el primero en utilizar el nombre de “sanatorio” (del latín *sanare*: curar) para designar este tipo de establecimiento.

Posteriormente, con la demostración que la TB era una enfermedad infecciosa y transmisible, se consolidó la idea de la posibilidad de evitar su propagación, en la familia del tísico y en la comunidad, a través del aislamiento institucionalizado de los enfermos. La aceptación de esta idea por la comunidad médica dio el definitivo impulso para que se consolide la llamada “etapa sanatorial de la TB”, donde la reclusión durante largo tiempo de los enfermos en los sanatorios fue considerada como la única medida eficaz para intentar curar la TB y para controlar su dispersión en la comunidad. La cura sanatorial se extendió rápidamente por Europa después de los descubrimientos de Koch. En las primeras décadas del siglo XX existirían cientos de sanatorios en todo el mundo, llegando su número a ser uno de los índices del nivel sanitario de un país.

Además, desde 1888 hubo congresos internacionales sobre TB, a los que asistían médicos, estadistas, comerciantes y filántropos. En el congreso de Berlín (1899) se propuso dar a conocer a la opinión pública la situación de la TB y sus peligros, y recomendar a la comunidad científica el estudio de la profilaxia, etiología, propagación y terapéutica de la enfermedad. La reunión concluyó que uno de los elementos más importantes de la profilaxia de la TB era evitar la difusión del bacilo contenido en el esputo, y de ella surgieron reglamentaciones sanitarias prohibiendo escupir en lugares públicos. Las conclusiones se centraban en el individuo y las recomendaciones – además de las vinculadas con el esputo – estaban destinadas a garantizar un “buen aire para respirar” [14].

"En general, un buen aire para respirar, sin la pestilencia agobiadora y malsana de los gases engendrados por la quema de carburantes de todas clases y de combustibles del alumbrado; libre de materias nauseabundas, del hacinamiento de las casas y de aire viciado; en fin, un aire globalmente desprovisto de condiciones malsanas, constituirá la única solución posible para mitigar el azote de la tuberculosis" (Primer Congreso Internacional de Tuberculosis, 1899).

Adicionalmente, Wilhem Konrad Roentgen (1845-1922), el 28 de diciembre de 1895 comunica el hallazgo de los rayos X, lo que constituye uno de los descubrimientos más trascendentales de la ciencia. Cuatro décadas después, en 1937 y en Brasil, Manoel de Abreu introduciría la foto fluorografía, la cual fue universalmente empleada en el diagnóstico de la tuberculosis. Ambos descubrimientos serían de gran importancia para el diagnóstico y manejo clínico de la enfermedad.

Ahora bien, aunque los datos de la época sobre muertes por TB son poco fiables – por defectos en la cobertura y la calidad de los registros pertinentes – parece comprobado que la mortalidad por TB empezó a declinar progresivamente en los países desarrollados de Europa en las últimas décadas del siglo XIX, unos treinta años antes que ello sucediera con las otras enfermedades infecciosas graves. Existen varias teorías para explicar este descenso, entre ellas: la mejora del estado nutricional de la población como consecuencia del aumento del nivel de vida; el aislamiento de los tuberculosos en diferentes instituciones sanitarias, lo que evitaba la infección de personas sanas e impedido la propagación de la enfermedad; y, la pasteurización de la leche de vaca, dirigida a prevenir la transmisión de la TB bovina. Dicha disminución fue lenta pero sostenida hasta el comienzo de la primera guerra mundial en 1914, cuando volvió a incrementarse temporalmente, debido fundamentalmente al deterioro de la nutrición y de las condiciones de vida de la población afectada por esta guerra [15, 16].

En resumen final, el descubrimiento del bacilo de la tuberculosis, y de los agentes biológicos de otras afecciones infecciosas, y la afirmación científica del origen microbiano de las epidemias configuraron una nueva mentalidad etiopatológica. A partir de entonces las coordenadas científicas de la Medicina y de la Salud Pública se alteraron substancialmente. La microbiología devaluó los principales postulados ambientalistas que hasta entonces se admitían en el campo médico. Las geografías y topografías médicas aparecieron cada vez más como irrelevantes frente a los nuevos modelos etiológicos, y la masa de información compilada en estas obras confusa y redundante. Se cerraba así un largo ciclo histórico del dominio del proyecto médico ilustrado, durante el cual para hablar del hombre, de sus dolencias, de su índole y costumbres, había que hablar también del clima del espacio en que vivía.

1.2. JUNTAS DE SANIDAD Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN LA REPÚBLICA PERUANA TEMPRANA: 1821-1902

Las ideas de la Higiene Pública y Sanidad en el Perú

Antecedentes

Según destaca Juan Lastres [17], la bibliografía médica peruana de los siglos XVI y XVII, al igual que en Europa, esta plagada de trabajos sobre la llamada “astrología médica”, y la importancia que tenía el buen estudio de la posición de los astros, para diagnosticar y pronosticar acerca de las enfermedades, un ejemplo de ello es el *Opúsculo de astrología en medicina y de los términos y partes de la Astronomía necesarias para el uso de ellas*, publicado en Lima por Juan de Figueroa, al final de la década de 1660.

Por su parte, Luis Ángel Ugarte [18], después de analizar las transcripciones de los contenidos de las obras médicas publicadas en el Perú virreinal hasta el final del siglo XVII, concluye que éstas demuestran categóricamente el atraso de la medicina peruana con relación a la dominante en Europa: “Hipócrates y Galeno imperan en absoluto y sin restricciones en el pensamiento médico... la Astrología Médica, que interpreta la influencia de los astros sobre la salud humana por acción que podría decirse sobrenatural y en cierto modo mágica, es creencia predominante”. En el Perú, el comienzo de la transición hacia nuevos modelos de comprensión de la enfermedad se produjo recién al final de la década de 1740.

Solo con la difusión del pensamiento ilustrado en el Perú se asiste a la aparición de escritos que expresan dudas sobre la veracidad de los vaticinios astrológicos sobre la salud. El sacerdote jesuita Juan Rehr (1691-1756), Cosmógrafo Mayor del Reino, fue el primero que expresa oficialmente tales dudas en el país, aunque sin sustraerse completamente de las ideas astrológicas. El médico español Cosme Bueno (1711-1798), sucesor de Rehr como Cosmógrafo Mayor, muestra en sus escritos una marcada influencia del pensamiento de H. Boerhaave y, por tanto, de Sydenham. La misma influencia muestra en sus escritos y discursos, José Hipólito Unanue (1755-1833). El principal libro de Boerhaave, *Instituciones Médicas*, fue el texto obligado de consulta académica en el Colegio de San Fernando [2, 18].

En la República Peruana Temprana: 1821-1902

En los comienzos de la República Peruana, los más importantes médicos que actuaban en el país explicaban el origen y el curso de las enfermedades infecciosas con los mismos argumentos utilizados por Unanue, en su principal obra: *Observaciones sobre el clima de Lima y sus influencias en los seres organizados, en especial el hombre* (1806). Es decir, sustentaban tal explicación en las ideas de “constitución epidémica” de Sydenham y los resultados de los registros meteorológicos. Al respecto, desde 1753 se habían iniciado en Lima registros meteorológicos continuos, bajo la responsabilidad del Cosmógrafo Mayor. Registros que eran dados a conocer en publicaciones anuales a cargo de este funcionario. Tales registros se mantuvieron hasta el año de 1857, cuando el Cosmografiato fue desactivado [19].

Además, durante la mayor parte del siglo XIX las autoridades de la Sanidad Pública, adoptando un enfoque higienista limitado, percibían a las acciones y obras de saneamiento urbano, así como a las otras intervenciones de eliminación de los focos miasmáticos, como los únicos medios para el control de las enfermedades infecciosas. Recién al final del siglo XIX, las nuevas autoridades ampliaron dicho enfoque, percibiendo a estas enfermedades como males asociados, no solamente a las variaciones meteorológicas y la inmundicia “miasmática” del ambiente urbano, sino también al comportamiento incivilizado (antihigiénico e inmoral) de los pobres. En cuanto a la esfera familiar, la mirada de los nuevos higienistas se dirigió hacia los callejones y las casas con cuartos de inquilinato, asociando pobreza con enfermedad e inmoralidad. Es solo de esta manera que uno puede entender los dos tipos de argumentos utilizados por Manuel Adolfo Olaechea [20], miembro destacado de la Sociedad de Medicina de Lima, cuando explica el curso de una epidemia de viruela en Lima en el año 1893:

“Para resolver tan complicado problema habría necesidad de conocer perfectamente las variaciones meteorológicas de la capital, las constituciones epidémicas reinantes de año

en año y la estadística correspondientes a algunas epidemias...el médico se halla en la obligación de estudiar constantemente no sólo la naturaleza de la enfermedad sino las condiciones de localidad y clima para evitar el desarrollo de ciertos estados mórbidos...y remover todas las causas que directa o indirectamente vengán a alterar sus funciones orgánicas (...). Pero todas esas medidas se han estrellado contra la acción del miasma que con un poder vertiginoso se ha propagado en la atmósfera, descomponiendo los elementos del aire que respiramos por la falta completa del ozono y por la presencia del viento noroeste (...) La miseria que soporta el pueblo, la mala alimentación de la clase media y pobre, los malos hábitos, los abusos... de los alcohólicos...que viven en habitaciones pequeñas, reducidas y húmedas y casi sin abrigo, son causas que influyen de un modo poderoso sostener una epidemia cualquiera, y favorecer su propagación, más aún, cuando ellas reconocen su origen miasmático contagioso.” (M. A. Olaechea, 1893, 591-595).

De acuerdo con las ideas médicas de la época, producida la enfermedad, ésta se transmitía por “infección” o por “contagio”. Estos conceptos eran definidos de manera diferente a lo que es hoy usual, y hacían referencia a las distintas formas de propagación de una enfermedad. En el primer caso era una materia o un miasma el elemento transmisor; en el segundo era el sujeto enfermo mismo, ya sea por contacto mediato o inmediato. En un libro de consulta de la época publicado en 1842 y citado por Rómulo Eyzaguirre [21] en 1908, se hacía la siguiente distinción entre ambos conceptos:

“La infección es el modo según el cual se propagan ciertas enfermedades debidas a la acción tóxica o mórbida, que ejercen las materias vegetales o animales en descomposición y los miasmas exhalados por el cuerpo humano sano o enfermo, sobre uno o varios individuos colocados en una oportunidad particular para recibir su influencia (...) El contagio es un modo de propagación de las enfermedades en virtud del cual, un individuo afectado, comunica su mal a uno o varios individuos que se hallan colocados en una oportunidad particular para recibirle, y que ellos mismos sirven de elementos de propagación de esta enfermedad, cuyos caracteres, quedan por lo demás, siempre idénticos”. (*Compendium*, 1842, citado por Eyzaguirre, 1908, pp. 71-73)).

Estas ideas eran difundidas e institucionalizadas en la comunidad médica peruana a través del Plan de formación de la Facultad de Medicina de San Fernando. Plan que adoptó y mantuvo, entre 1856 y 1895, la orientación anátomo-clínica, inductivista y anticontagionista de la Escuela de Medicina de París. Recién en junio de 1890 se creó, en esta Facultad, la Cátedra de Bacteriología y Técnica Microscópica, a cargo del Dr. David Matto, recientemente graduado en la Escuela de Medicina Tropical de Londres. Deberían pasar 26 años más, para que se creara en la Facultad, el 15 de mayo de 1916, la Cátedra de Clínica de las Enfermedades Infecciosas, Tropicales y Parasitarias, a cargo del Dr. Julián Arce. Además, al igual que en las otras facultades de la Universidad de San Marcos la formación médica tenía un carácter profesionalista, con escaso interés por la investigación de los problemas de salud en el contexto nacional [22, 23].

La enseñanza de la Higiene en la Facultad de Medicina de San Fernando se efectuó de manera precaria desde 1856 hasta el año 1901 como parte de la cátedra de Física Médica e Higiene, relacionándola con el estudio de los climas y la meteorología. Los catedráticos encargadas de enseñarla no tenían capacitación formal especializada en la materia y, en opinión de C. E. Paz Soldán, no conocían los avances que en Higiene Pública y Medicina Social se estaban produciendo en Europa [22].

Las Juntas de Sanidad y las enfermedades infecciosas

Creación de las Juntas de Sanidad [24].

La Sanidad Pública fue la modalidad de organización del cuidado de la salud poblacional adoptada en el Perú durante las primeras siete décadas de su vida republicana. Sistema de sanidad pública, vigente en los gobiernos de un Estado Peruano en formación. Su creación fue parte de la respuesta administrativa del nuevo Estado republicano al colapso de la burocracia colonial. Superando la antigua concepción de Higiene colonial como una responsabilidad de las autoridades locales organizadas en Cabildos, los nuevos gobiernos consideraron a la Sanidad como una responsabilidad de autoridades nacionales, regionales y locales organizadas funcionalmente en Juntas.

De acuerdo con las ideas de “policía médica” dominantes en el período, la Sanidad Pública estaba en el ámbito del Ministerio de Gobierno y Policía, responsable estatal del orden y la higiene en el espacio público nacional. Por tal razón, sus funcionarios (prefectos, intendentes o gobernadores) presidieron las Juntas de Sanidad en sus diferentes niveles (supremo, superior y municipal), así como estuvieron, en muchas oportunidades a cargo de las Municipalidades. La Junta Suprema de Sanidad debería recibir, para dictar las disposiciones de intervención higiénico-profiláctica, el apoyo técnico de la Facultad de Medicina. La Policía estaba encargada de vigilar y hacer cumplir las disposiciones sanitarias dictadas por las Juntas, los municipios o por ella misma.

El Decreto Supremo del 1° de septiembre de 1826, crea las Juntas de Sanidad como entidades encargadas de los “deberes más esenciales” para la conservación de la salud de la población, entendiéndose que de ella “depende principalmente la felicidad social”. Además, las Juntas debían efectuar el acopio de los datos necesarios para la formación de un cuerpo de leyes sanitarias, aunque con la advertencia que éstas debían ser aplicadas con prudencia “para no causar perjuicio al comercio, ni a las demás relaciones sociales”. Este Decreto inspirado y redactado por Unanue, tomó por modelo los estatutos de la Junta Superior Gubernativa de Medicina de Madrid, creada a fines del siglo XVIII.

Las acciones o intervenciones higiénico-profilácticas previstas en el Decreto eran fundamentadas, con un enfoque teórico ambientalista, en concepciones atmosféricas-miasmáticas propias de la Higiene Pública francesa, así como justificadas normativamente con una mezcla de enunciados práctico-morales derivados de los discursos de la ilustración y del utilitarismo. Paralelamente a este tipo de acciones, a cargo de las Juntas de Sanidad, las Sociedades Públicas de Beneficencia efectuaba acciones de asistencia social-hospitalaria.

Las Juntas de Sanidad y el control de las epidemias [24]

La Junta Suprema de Sanidad, era el cuerpo de mayor nivel gubernamental en el ramo de la Sanidad. Presidido por el Prefecto de Lima, en su condición de funcionario del Ministerio de Gobierno y Policía. Como cuerpo colegiado debía reunirse periódicamente para hacer uso de sus atribuciones. Entre ellas: proponer al Gobierno y comunicar, con su aprobación, a las Juntas Superiores de Sanidad todas las medidas extraordinarias que crea oportunas para “prevenir o atajar el contagio” de las enfermedades infecciosas. Las Juntas Superiores tenían que vigilar que las Juntas Municipales cumplieran las reglas generales que – en casos de “infección” o para prevenirla – prescribiera la Junta Suprema, informar a ésta la “topografía médica” del departamento, recibir y distribuir la vacuna a las Juntas Municipales. Por su parte, las Juntas Municipales debían cuidar que

se cumplieran las medidas de salubridad y de control de las “enfermedades contagiosas” enumeradas en la norma; además, debía informar inmediatamente cuando “se descubran algunos indicios de peste, epidemia o epizootía”, para que la Junta Suprema expidiera las “ordenes convenientes”. Finalmente, señalaba las disposiciones, vinculadas a la cuarentena y al aislamiento, que debían cumplir las Juntas Litorales [25].

En la realidad concreta, de manera distinta a la intención de su norma de creación, la Junta Suprema de Sanidad sólo funcionó eventualmente, ante el peligro inminente de una “epidemia pestilencial”, especialmente de fiebre amarilla. Además, solo pudieron establecerse Juntas Superiores y Municipales en algunas provincias y distritos, así como nunca se pudo lograr el funcionamiento continuo de éstas, en el caso que se llegaran a establecer. Al respecto, el Dr. Aurelio Alarco [26], Inspector de Higiene del Concejo Provincial de Lima, expresaba la frustración de los higienistas por la poca importancia que las autoridades del país asignaban realmente a la Higiene Pública:

“La Higiene Pública, que en los pueblos civilizados recibe esmerado culto, así de parte de la administración local como del pueblo, ha sido entre nosotros sumamente desatendida... Nuestras autoridades, así como nuestros hombres públicos...no se han preocupado de la salubridad del vecindario... nada o casi nada se ha hecho en el sentido de organizar un Servicio de Higiene Pública..., confiados en la bondad de nuestro clima, no creían urgente preocuparse de la salud pública (salud de la población), empeñados ante todo en luchas políticas... Que se creyera hasta inútil ocuparse de la salud pública lo prueban: que el Servicio Médico Municipal, apenas ensayado, fuera suprimido bajo pretexto de economía; que los servicios químicos y meteorológicos hubieran sido y hoy mismo continúen tan pobremente instalados; que la policía de salubridad no existe aún; que el Servicio Demográfico Estadístico sea tan imperfecto e independiente de la Sección de Higiene; finalmente, que esté aún por crearse un verdadero Servicio de Salubridad...”. (A. Alarco, 1886, p.329)

Ante el hecho cada vez más evidente de las limitaciones señaladas, el gobierno de Iglesias encargó, a la Facultad de Medicina de San Fernando, alrededor del año 1884, que elaborara un Proyecto de nuevo Reglamento General de Sanidad. Elaborado y entregado oportunamente el Proyecto, éste fue objeto de varias modificaciones por las autoridades estatales para, finalmente ser aprobado por decreto supremo del 15 de febrero de 1887, durante el gobierno de Cáceres [25].

El nuevo Reglamento General de Sanidad, vigente desde el 1887, que ampliaba y precisaba las funciones a ser cumplidas por los tres escalones del Servicio de Sanidad tampoco pudo ser cumplido aceptablemente, ni siquiera en el control de las epidemias. En el año 1896, el Dr. Ernesto Odriozola [27], posteriormente Decano de la Facultad de Medicina, resumía crudamente las limitaciones en su aplicación: “... la llamada ‘Junta Suprema de Sanidad’ con sus dependencias casi siempre en receso, sólo da señales de vida cuando alguna epidemia amenaza a la capital, y entonces toda su influencia, todas las medidas dictadas, tropiezan con innumerables resistencias o dificultades nacidas de la falta de conveniente organización, pues ese cuerpo simplemente consultivo, sin facultades ejecutivas de ningún género, solo se limita – y ni puede hacer tampoco más – a dar a las autoridades ideas generales sobre las medidas diversas que deben adoptarse en determinados casos, medidas que nuestros gobiernos aplican sin dirección facultativa y las ejecuta casi siempre mal. Pero esto no es todo; la ‘Junta Suprema de Sanidad’ solo vive la vida efímera de las epidemias, después de ellas la salud pública no preocupa su atención, ya los gobiernos no necesitan sus consejos”. (E. Odriozola, 1896, p. 130)

1.3. TUBERCULOSIS Y SU PERCEPCIÓN SOCIAL EN UN ESTADO PERUANO EN FORMACIÓN: 1821-1902

La tuberculosis en la República Peruana Temprana

La TB como problema colectivo

En las primeras décadas de la República Peruana, la inestabilidad política y económica existente impedía la organización de una administración pública que pudiera identificar y, luego, enfrentar con alguna eficacia a los problemas colectivos prioritarios. En el caso del cuidado de la salud poblacional, los registros de las defunciones estaban a cargo, igual que en la colonia, de las parroquias y los cementerios administrados por la Iglesia, y las Juntas de Sanidad solo actuaban de manera muy precaria cuando amenazaba ingresar al país una epidemia “exótica” o “pestilencial”. En el caso particular de la tuberculosis, recién a partir de la segunda mitad del siglo XIX los médicos comenzaron a calificar a la TB como un problema que por su magnitud y trascendencia debía ser objeto de una política de gobierno. Habría que esperar el siguiente siglo para que la lucha antituberculosa entrara a la agenda política gubernamental.

Al final del siglo XIX, los registros de hechos vitales en el país se seguían haciendo, con muchas deficiencias, en las parroquias y los cementerios. Además, no se presentaba información oficial sobre dichos hechos, con excepción de la referente a la ciudad de Lima. No obstante, ya era evidente para los médicos la alta prevalencia de las enfermedades infecciosas en la ciudad de Lima, así como en otras ciudades y pueblos de la costa. El Dr. Rómulo Eyzaguirre, al referirse a las causas de muerte en Lima durante 1850-1875 comenta que Lima es “una de las ciudades más tuberculosas del mundo”, y que casi iguala a la “asombrosa” mortalidad de niños entre 0 y 2 años [24]. Asimismo, Francisco Almenara Butler presentó sus estadísticas de mortalidad en Lima en la revista *Gaceta Médica* mostrando que en el período 1872-1876 la tisis pulmonar es la principal causa de muerte en la población de jóvenes [28],

Posteriormente, en la tesis doctoral del Dr. Abel S. Olaechea [29], se presentaron por vez primera datos sobre la mortalidad anual por TB en la ciudad de Lima, medida en tasas por mil habitantes, correspondientes a los últimos 15 años del siglo XIX. De acuerdo con tales datos la mortalidad fluctuó entre un máximo de 9,3 en 1886 y un mínimo de 7,3 en 1897; mientras que en 1899 alcanzaba un valor de 7,9 defunciones por mil habitantes. Jorge Alarcón [30], cita al sanitarista argentino Emilio Coni cuando en la segunda reunión del Congreso Científico Latinoamericano, efectuado en Montevideo en marzo de 1901, presenta una ponencia donde hace los siguientes comentarios sobre la indeseable situación de salud de la población de Lima, a partir de datos estimados por médicos peruanos:

“...El coeficiente de mortalidad (general) en ese mismo quinquenio (1893-1898) alcanza a 42.8 por mil habitantes, cifra muy superior a la correspondiente a Montevideo (14.11) y a Buenos Aires (20.0 por mil habitantes). Entre las enfermedades infectocontagiosas predominantes, figuran la tuberculosis, paludismo, fiebre tifoidea, difteria, viruela, coqueluche, etc. La tuberculosis representa el 25 % del total de defunciones término medio (tasa aproximada de 11.7 por mil), ocurriendo el mayor número en hospitales...” (Emilio Coni, 1901. Citado en *Medicina Social* de Jorge Alarcón, 1974, p. 54-55)

Además, de acuerdo a todos los testimonios de los médicos de la época, la tuberculosis tenía una alta prevalencia en las comarcas húmedas y los centros más poblados de la Costa peruana, afectando principalmente a los migrantes serranos que bajaban de las regiones andinas por razones de trabajo. Este último hecho era percibido por la elite peruana, desde un antiguo enfoque racista colonial, como una manifestación de la debilidad constitucional o biológica de la población serrana (de raza indígena o “casi indígena”), heredada de sus ancestros, que la hacía más vulnerable a los agentes causales de la TB y otras enfermedades infecciosas, cuando abandonaba las alturas andinas.

Climoterapia de la Tuberculosis en el Perú: 1850-1895

El profesor José Neyra Ramirez [31] cita al naturalista suizo J. J. Tschudi cuando éste describe sus viajes por Jauja, alabando las condiciones climáticas del valle y opinando que de acuerdo a sus observaciones de cinco años “los indios de la sierra no mueren tísicos debido a la bondad del clima”. Posteriormente, casi 20 años después, en 1857, el periodista Manuel Atanasio Fuentes [32], publica su *Estadística General de Lima* donde afirma que “la atmósfera de Lima es poco renovada y favorece el desarrollo de la tisis”, mientras que “Jauja ha sido siempre el refugio de los tísicos y una dilatada experiencia ha demostrado los provechosos efectos de aquel temperamento”. También es conocido que Manuel Pardo, años después Presidente de la República, escribió sobre los efectos beneficiosos del clima de Jauja sobre la enfermedad que lo confinó en esta ciudad todo el año 1858.

Asimismo, desde mediados del siglo XIX y hasta el año 1895 los médicos peruanos reconocían la acción de determinados agentes climáticos en el origen y desarrollo de la TB en la ciudad de Lima. La contaminación de la atmósfera ocasionada por la descomposición de materias orgánicas, la ausencia o presencia de un determinado gas aéreo, la altitud sobre el nivel del mar o el exceso de oxígeno inspirado fueron ideas que dominaban el pensamiento médico. En consecuencia, para alcanzar la curación era necesario trasladar al tísico a un ambiente puro, excepto de miasmas y dotado de condiciones climáticas óptimas. Sobre estos criterios hegemónicos en este período de la ciencia médica occidental, el sanatorio ubicado en localidades con esas condiciones climáticas era el establecimiento sanitario por excelencia para el tratamiento y cura del tuberculoso. Los médicos peruanos formados bajo los principios de la medicina francesa no estaban alejados de estas ideas climáticas. Las primeras tesis y publicaciones médicas sobre la TB en el Perú pueden ser encontradas desde entonces. Todas ellas muestran, hasta 1895, un consenso en identificar el clima de altura como el principal medio terapéutico contra la TB.

En la *Historia de la Medicina Peruana* escrita por Juan B. Lastres [17], se presenta un listado de 236 tesis existentes en la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina de San Fernando y presentadas a esta Facultad, entre 1854 y 1900, para obtener el grado de bachiller. En este listado solo nueve tesis tienen como tema la TB. Entre ellas: *La escrófula y la tuberculosis no pueden en el estado actual de las ciencias médicas considerarse de idéntica naturaleza* (1859), de Federico Dodero; y *La tuberculosis pulmonar se desarrolla con más frecuencia y es más favorecido, en su evolución, en los climas en que hay exceso en el oxígeno inspirado, relativamente a la cantidad consumida en el organismo* (1884), de Melchor Chávez V.

Por su parte, Neyra Ramírez [31], nos informa que Manuel Rosas Fernández había presentado en el año 1863 su tesis *Profilaxis de la Tisis* a la Facultad de Medicina de París. En ella, Rosas afirma que en el Perú los casos de TB son raros en los poblados indígenas ubicados de alturas de 1.650 a 3.300 metros sobre el nivel del mar, en contraste con la alta frecuencia de esta enfermedad en los indígenas que bajan al litoral peruano; hecho que coincidía con la observación general que los países donde el aire es frío, despojado de humedad y rico en ozono son los más aceptados desde el punto de vista profiláctico de la TB. Neyra, también nos informa que don José María Zapater presentó a la Facultad de Medicina de Lima, en el año 1866, su tesis titulada *Influencia perniciosa del clima de Lima en la tisis pulmonar tuberculosa*, y que desde esa fecha se convierte en el más empeinado defensor del clima de la ciudad de Jauja como "panacea para la tuberculosis".

Todos los estudios médicos nacionales de la segunda mitad del siglo XIX reconocían que el clima de altitud posee bondades terapéuticas para la TB. Las ideas que sustentaban este reconocimiento provenían de la Geografía Médica. Hechos climáticos como altura sobre el nivel del mar, temperatura, presión atmosférica, pureza del aire, cantidad de ozono en el aire, etc. fueron criterios utilizados para determinar las virtudes climatoterápicas de una región. Entre estos estudios destacan los publicados por médicos peruanos como José María Zapater, Carlos Meyer, José Casimiro Ulloa, Francisco Fernández, Francisco Rosas, Rómulo Eyzaguirre [31, 33, 34].

De todos los asuntos que estaban relacionados con la altitud, la presencia o ausencia del ozono en la atmósfera fue uno de los más abordados en materia de Climatoterapia. Algunos médicos reconocían al ozono una acción terapéutica e inclusive preventiva de la TB. Su propiedad más importante consistía en purificar el aire atmosférico y con eso facilitar la excitación de la función respiratoria y la circulación sanguínea, teniendo como consecuencia el aumento del enriquecimiento corporal y la nutrición. Para estos médicos, el ozono solo podía estar presente en un clima campestre y de altura, ya que en cualquier otro lugar, como, por ejemplo, en la ciudad de Lima, donde existían considerables emanaciones de materias orgánicas, tanto fisiológicas como patológicas, el ozono desaparecería completamente de la atmósfera [33, 34].

Coincidiendo con la difusión de los resultados de estos estudios, en la *Gaceta Médica de Lima* el médico Francisco Rosas [35], solicitaba al Gobierno – en los años 1858 y 1859 – que nombrara una Comisión encargada de “descubrir los climas verdaderamente útiles para la curación de los tísicos, que existen entre nosotros... ayer Jauja ocupaba todos los ánimos, hoy comienzan a fijarse los ojos en Arequipa y en las islas de Chincha y mañana probablemente se fijarán en otro punto”. Comisión que, en su opinión, debía constituirse con un médico, un naturalista y un químico; la cual, “debía limitarse por ahora a los que más especialmente han llamado la atención pública y que gozan de una fama más o menos merecida” .

En 1871, cinco años después de haber presentado su tesis de bachiller, el Dr. José María Zapater [36] publica su trabajo titulado *Opúsculo sobre la influencia del clima del valle de Jauja en la enfermedad de la tisis pulmonar tuberculosa*. Publicación que será reimpressa, cinco años después, en la *Gaceta Médica*. En este trabajo, luego de presentar los resultados de sus estudios meteorológicos sobre Jauja, el autor concluye que para el tratamiento de la TB el clima de esta ciudad es superior a todos los conocidos en otras localidades del país, por las siguientes razones: la escasez de oxígeno y de ozo-

no, la vegetación de la ciudad y la sequedad del clima. Se muestra partidario de la doctrina de la contagiosidad de la enfermedad. Señala las reglas generales para los enfermos durante la permanencia y su viaje a esa ciudad. Reglas que con ligeras variantes fueron seguidas durante la época de auge de la climoterapia de la TB en el Perú.

En 1875 don Antonio D. D'Ornellas [37], distinguido profesor de la Facultad de Medicina, se ocupa también de la alta prevalencia de la TB en las regiones bajas y su rareza en las zonas andinas. Señala — es el primero en el país — que los tres factores esenciales en tisioterapia son: "un aire reparador, una temperatura fresca y una altura considerable. Esta última actuaría de manera general y de manera local preparando y determinando la dieta respiratoria", es decir el adecuado suministro de aire a los pulmones. Aconsejando que la climatoterapia debía durar de 18 a 24 meses para ser beneficiosa y que la mejor época para viajar a Jauja es la estación de lluvias. Además, informaba, primero, que Matucana, en Huarochiri, "es visitado por los tísicos, cuya gravedad o recursos pecuniarios no les permite emprender la travesía de la primera cordillera"; y, luego, que "es un hecho que algunas veces en esta capital se ordena, como lo hemos hecho nosotros, un viaje por mar para detener la marcha progresiva de la tisis".

Fue en este contexto teórico que en 1885 se publicó la tesis de medicina de Melchor Chávez Villarreal [38], en donde éste llega a la conclusión de que la TB se presentaba con mayor frecuencia y que su evolución negativa avanzaba con mayor velocidad en los climas donde existía un exceso de oxígeno inspirado con relación a la cantidad consumida en el organismo. Esta conclusión no era original de Chávez. En realidad, cuando éste habla de menor cantidad de oxígeno inspirado está haciendo directa referencia al concepto de "dieta respiratoria" definido por el fisiólogo francés Dennis Jourdanet. Concepto íntimamente vinculado con la tesis de la "excitación vital" del organismo humano que se presenta en aquellos climas que no tienen un exceso de oxígeno en su atmósfera, con relación al requerido para el consumo apropiado de este organismo. Según esa tesis, al existir dos localidades situadas a una altura muy distinta sobre el nivel del mar, la atmósfera de la localidad más alta contendrá menor densidad de oxígeno que la más baja; por lo tanto, el individuo que se traslade de un lugar bajo a otro más alto, pasará a respirar un aire menos oxigenado. Siguiendo esta tesis, las continuas reparaciones de energías del tísico, perdidas en las regiones de mayor altitud por efecto del frío, exigían el consumo de una mayor cantidad de oxígeno. Al no existir demasiada presencia de este elemento en la atmósfera, el organismo del tísico pasaba a consumir el oxígeno estrictamente necesario para su recuperación sin que restase algún excedente en su organismo que pudiese ser nocivo para su curación. En el caso contrario, cuando el oxígeno inspirado no era totalmente consumido y asimilado, quedaban excedentes de éste en el organismo, y el progreso de la enfermedad sería inminente.

Los artículos y los trabajos citados sobre la TB — todos publicados después de 1850— muestran la gran importancia asignada al clima en el discurso de los médicos peruanos y, por tanto, en el tratamiento de los tísicos. Importancia coincidente, en parte, con la creación de los primeros sanatorios para tuberculosos en Alemania y, luego, con el desarrollo y auge de los mismos en toda Europa.

La teoría del contagio y la tuberculosis en el Perú: 1895-1903

Uno de los primeros médicos en introducir la teoría del contagio de la TB en el país fue el médico limeño Leonidas Avendaño [39, 40]. En sus publicaciones de 1885 y

1887 identificaba los diferentes períodos que se habían sucedido en la historia de la concepción de TB, así como comentaba que, a partir de los descubrimientos de Koch, se había demostrado que la TB era una enfermedad contagiosa y parasitaria, siendo por ende imposible que alguien se tornase tuberculoso sin ser invadido por el microbio. El desarrollo de la TB no era consecuencia de la acción de un determinado agente climático, sino de un agente biológico, el bacilo de Koch. Además, enfatizaba que el contagio se veía favorecido por las condiciones particulares inherentes a la vida cotidiana del individuo, las cuales se limitaban a facilitar la penetración del microbio. Según Avendaño, las principales causas que favorecían el desarrollo de la TB, en la ciudad de Lima, era el matrimonio entre tuberculosos, la mala alimentación en las escuelas y las pésimas condiciones de trabajo en las cuales se encontraban algunas personas, principalmente las costureras. También fue uno de los primeros médicos peruanos en evidenciar la escasa consistencia de las ideas que atribuían a la herencia un rol esencial en el inicio y evolución de la tuberculosis pulmonar, para luego destacar la importancia de los descubrimientos de Villemin y de Koch en su profilaxia y control:

“La herencia influye, pero únicamente por la debilidad congénita que tienen los que nacen de padres tuberculosos... si a tiempo no se corrige su constitución para que pueda resistir los ataques del elemento contagioso. Por el contrario, cualquiera que carezca de antecedentes hereditarios, puede contraer la enfermedad, si se encuentra rodeado de sus microbios productores, y tiene sus superficies de absorción dispuestas para que esta se realice (...) De aquí la presencia de la tuberculosis en los lugares en que se encuentran reunidos muchos individuos como en los cuarteles, colegios, conventos, etc., en los que siempre se presentan numerosos casos de tisis, cuya producción era difícil de explicar cuando únicamente se admitía como medio de transmisión la herencia (...) Después de varias vacilaciones, de teorías encontradas, se ha presentado una: la parasitaria, que da la explicación racional de todos los fenómenos y que pronto permitirá instituir un tratamiento seguro y eficaz” (L. Avendaño, 1895, pp. 172-173).

La polémica entre Almenara e La Puente en 1895 (leer más adelante) evidenció que el discurso médico relacionado la TB atravesaba por un período de tránsito. Rezagos de las ideas vinculadas la Climatoterapia, como la dieta respiratoria, comenzaron a ser reemplazadas por principios de higiene e profilaxia rigurosos. El enfermo tuberculoso comenzó a ser identificado como un sujeto peligroso. La amenaza radicaba principalmente en los esputos. La confianza en la importancia de los agentes climáticos pasó a ser una posición subordinada.

En esa misma línea de argumentación, R. Eyzaguirre [41, 42], de regreso a Lima después de su visita de observación del funcionamiento de los sanatorios en Europa, especialmente Alemania, difunde en los últimos años del siglo XIX un nuevo mensaje, menos optimista, sobre los alcances de la climatoterapia en la fisiología: el clima y la altitud son elementos terapéuticos auxiliares, importantes pero no indispensables. Explica la ausencia o rareza de la TB en las alturas andinas como una consecuencia de la escasa densidad de la población, del género de vida de los andinos y de la pureza del aire que éstos respiran. En su opinión, la altitud no tenía ninguna acción terapéutica; y, solo sería preferible estar en ella porque en las alturas andinas había una mayor probabilidad de la existencia de un aire puro, así como de la ausencia de microbios y de aglomeraciones humanas. Además, estaba convencido que la TB era curable cualquiera fuera su estadio clínico. Para ello había que adoptar un régimen de vida que constaba de cinco elementos: pureza del aire, alimentación apropiada, vida al aire libre, educación higiénica y tratamiento moral (biblioteca, música, conversación y diversos juegos). Para sus-

tentar su mensaje y opiniones, se valía de los resultados de una serie de investigaciones científicas efectuadas al respecto en Europa.

Al final del siglo XIX, la idea de la construcción y organización de sanatorios especialmente contruidos y organizados, para la vigilancia permanente y la asistencia higiénica-sanitaria especializada del paciente tuberculoso, se había incorporado y fortalecido en el pensamiento de la comunidad médica peruana. Uno de los principales promotores de esta idea era R. Eyzaguirre [43], quien calificaba de impropia toda opción de hospitalización que no fuese en la de un sanatorio con estándares europeos tanto de carácter terapéutico como de bioseguridad. Sobretudo en la situación de los hospitales generales de la ciudad de Lima, cuyas pésimas condiciones de higiene, de implementación y de bioseguridad les imposibilitaba desarrollar de manera apropiada aquellas funciones. En 1897, reiteraba sus reclamos contra la indiferencia de las autoridades hospitalarias que no toman medidas para aislar a los tuberculosos en salas especiales, a pesar que la marcada promiscuidad existente en las salas generales de los hospitales permitía que contagiaran su enfermedad a los demás enfermos y al personal asistencial.

El Estado Peruano y su inacción frente a la tuberculosis

La primera Comisión Gubernamental sobre la TB en Lima

Apenas al final del siglo XIX, el Gobierno Peruano comenzó a mostrar alguna preocupación por el problema de la tuberculosis en la ciudad de Lima. El 5 de mayo de 1895 la Junta Militar, que gobernaba transitoriamente al país, promulgó un decreto supremo mediante el cual se constituyó una comisión mixta con el fin de identificar en la región de Huarochiri el lugar más adecuado para construir un sanatorio destinado al tratamiento de los tuberculosos de la ciudad de Lima. La iniciativa estaba inspirada en el modelo sanatorial que había surgido con fuerza en Europa desde mediados del siglo XIX.

La comisión gubernamental, dirigida por el médico Francisco Almenara Butler, fue secundada en su trabajo por Remigio Errequeta, médico titular de la provincia de Huarochiri. Luego de recorrer por tren toda la región de Matucana, la Comisión llegó a la conclusión de que el lugar conocido por el nombre de Tamboraque era el ideal para la construcción del sanatorio. En el informe que se presentó al recién creado Ministerio de Fomento y Obras Públicas (1896) fueron detalladas las razones de su elección. Partes de este informe fueron publicados en *La Crónica Médica*. Dos aspectos del informe llamaron mucho la atención: el primero, la afirmación que Tamboraque ofrecería a los tuberculosos el grado de “excitación vital” suficiente para estimular en ellos todas las funciones del organismo; el segundo, que en ninguno de los párrafos del informe se mencionaba al contagio o el poder infeccioso del bacilo tuberculoso [31, 34].

Para sustentar su propuesta de ubicación, la Comisión asumió como válida la tesis referida a la “dieta respiratoria” como medida beneficiosa para la salud humana, idea ya comentada en páginas anteriores. Por otro lado, si bien las ideas del contagio o el poder infeccioso del bacilo tuberculoso, como agente causal de la TB, ya circulaban en el discurso médico peruano, aún estaban en su etapa de consolidación; y, la Comisión consideró conveniente no incluirlas en su informe para dar exclusividad a la tesis de la “dieta respiratoria” en el momento de sustentar su propuesta de Tamboraque. Esta tesis

había sido difundida por la medicina francesa; la misma que era hegemónica en la formación médica y dominante en todos los estudios sobre la tuberculosis en el Perú.

El informe de la Comisión recibió duras críticas en la comunidad médica, desde el primer momento en que se publicó. En un artículo de la revista *La Crónica Médica*, el médico limeño Ignacio La Puente Requena [44, 45], se opuso radicalmente a la ejecución de la obra argumentando que significaba una grave amenaza para la ciudad de Lima (I. La Puente, 1895: 251). En su opinión, los desechos orgánicos de aquel sanatorio – como heces, sangre, orina y esputos de los enfermos – serían arrojados a las aguas del río Rímac. Estos desechos, conteniendo una abundante cantidad de bacilos de la TB, serían arrastrados por la corriente del río llegando hasta la ciudad de Lima donde todos sus habitantes al beber esta agua se volverían tuberculosos. Esta crítica generó una polémica entre Almenara y La Puente, que llegó a los medios masivos de comunicación. Polémica que ha sido descrita y comentada de manera extensa y acuciosa, primero, en los trabajos sobre climoterapia de la TB del médico José Neyra Ramirez [31] y, luego, en los del historiador Julio Núñez Espinoza [33, 34].

En realidad, la polémica médica entre Almenara y La Puente era expresión del proceso de transición que estaba experimentando la concepción básica de salud-enfermedad en la medicina peruana a fines del siglo XIX, en el marco de la difusión y consolidación de la teoría del germen y la microbiología, así como de la devaluación académica de las tesis higienistas que fundamentaban la climoterapia. El sanatorio de Tamboraque nunca se llegó a construir. En su lugar sería implementada una Casa de Salud en 1904, construida gracias al aporte económico privado. En un inicio esta Casa de Salud fue lugar de reposo para algunos limeños que poseían los recursos económicos necesarios. Sin embargo, pocos años después se volvió un puesto de salud para atender principalmente a los trabajadores mineros de la zona [31, 33, 34].

Beneficencias Públicas y asistencia hospitalaria del tísico

Hasta que comenzó sus actividades el Hospital Dos de Mayo (1875), el tratamiento hospitalario del paciente tuberculoso en el Perú se efectuaba, junto a los internados por otras enfermedades, en los viejos y deteriorados pabellones de hospitales construidos en la Colonia, que pasaron a la administración de las Sociedades de Beneficencia Pública. Entidades de asistencia social que, a partir de 1834, comenzaron a ser creadas por el Estado y administradas por juntas de notables nombradas por el gobierno. Hospitales que estaban en una situación financiera muy difícil y con una oferta de servicios siempre desbordada por la demanda social. Los principales hospitales administrados por la Beneficencia de Lima eran los de San Andrés, Santa Ana y San Bartolomé. En 1875 se inauguró el Hospital Dos de Mayo, que reemplazó al de San Andrés [2].

José Neyra Ramirez [31], hace una presentación de las estadísticas hospitalarias publicadas en esos años, así como nos informa sobre las observaciones e iniciativas de los médicos peruanos sobre el cuidado hospitalario del enfermo tuberculoso. Iniciativas inspiradas en los avances del saber fisiológico en el mundo occidental, especialmente sobre la contagiosidad de la TB, y en los resultados de sus experiencias al respecto en el hospital Dos de Mayo.

- Las primeras estadísticas hospitalarias referentes a la TBC fueron publicadas en *Gaceta Médica* del año 1876. En ellas se constata que en prácticamente todos los

pabellones del hospital Dos de Mayo se atienden enfermos tuberculosos en sus diferentes formas y por largos períodos de tiempo, lo que contribuía a la mayor difusión de esta enfermedad en el hospital. Destacando, además, que gran parte de los tísicos internados pertenecían a la colonia china. Las estadísticas de 1877 mostraban que sobre un total de 256 chinos internados en un período de once meses, 25 (9% del total) eran tuberculosos. Siete años después, las estadísticas de 1884 señalaban que la TB era la primera causa de morbilidad en dicho hospital.

- En 1885, Leonidas Avendaño es el primer médico peruano en solicitar a las autoridades de la Beneficencia que, dada la creciente frecuencia de la TB en Lima y de su contagiosidad comprobada, se establezca en cada hospital una sala especial para tísicos, aislada del resto del nosocomio y que cuente con un personal sujeto a condiciones especiales de trabajo. Cinco años después, el médico Casimiro Medina reclamaba a las mismas autoridades, con similares argumentos, la construcción de un hospital o sanatorio especial para tuberculosos en Lima.
- En las Memorias de la Sociedad Pública de Lima se consignaba, en febrero de 1890, que de 1.541 defunciones acaecidos en el hospital Dos de Mayo desde su fundación, 641 habían sido ocasionadas por la TB pulmonar. Un año después, las estadísticas de los pabellones de San Pedro y San Francisco del hospital, mostraban que la TB y el paludismo eran las enfermedades que causaban más ingresos y fallecimientos. Renovándose la solicitud de la creación de una sala especial para los tuberculosos.
- Desde 1895, las autoridades y los médicos del hospital participaron en el debate que se había suscitado entre Almenara y De la Puente sobre la mejor ubicación de un sanatorio para el tratamiento de los tuberculosos de Lima: ¿en la llanura o en la altitud? ¿En Tamboraque o en Jauja?

1.4. REFERENCIAS UTILIZADAS EN EL CAPÍTULO PRIMERO

01. Laín Entralgo, Pedro. Historia de la Medicina Universal. Madrid. Masson, 1958.
02. Bustíos, Carlos. Cuatrocientos años de la Salud Pública en el Perú: 1533-1933. UNMSM, Lima, 2002; pp. 185-352.
03. Urteaga, Luis. Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX. Reproducido de GEO CRITICA, Cuadernos Críticos de Geografía Humana, n° 29. noviembre de 1980. Disponible en Internet: www.ub.edu/geocrit/sv-58.htm.
04. Urteaga, Luis. El Higienismo en España en el siglo XIX y el paradigma de las Topografías Médicas. Tesis de Licenciatura presentada al Departamento de Geografía de la Universidad de Barcelona, 1980.
05. Foucault, Michel. Entrevista de presentación en la reproducción del libro. El Panóptico de Jeremías Bentham. En *Vigilar y Castigar*. Siglo XXI, México, 1976.
06. Caponi, Sandra. Entre miasmas y microbios: la vivienda popular higienizada. Cad. Saúde Pública. vol.18 no.6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2002; pp. 1665-1674.
07. Rosen, George. A History of Public Health. M D Publication, Inc. New York, 1958; pp. 294-495.
08. Matto, David. Tuberculosis. Lección dada en la Cátedra de Bacteriología de la Facultad de Medicina. . La Crónica Médica. Año IX (106). Lima, Octubre 31 de 1892; pp.: 322-327.

09. Foucault, Manuel. Incorporación del hospital a la tecnología moderna. Educ. Med. Salud. Vol, 12, N° 1, 1978; pp. 20-35
10. Davies A L. A Historical Perspective on Tuberculosis and Its Control. En: Reichman LB, Hershfield (eds): *Tuberculosis*, Second Edition, New York, Dekker, 2000.
11. Porter, Dorothy. Health, civilization an the State, A history of public health from anciet to modern times. London and New York. Routledge. 1999.
12. Bates J H, Stead W W. The history of tuberculosis as a global epidemic: Med Clin N Ann. 77. 1993; pp. 1207-1217.
13. Farja, Victorino. La conquista de la tuberculosis. Rev Chil Enf Respir- 20 (2). 2004; pp. 101-10
14. Carrillo, Ana María. Los médicos ante la primera campaña antituberculosa en México. Gaceta Médica de México. Vol. 137, N° 4, julio-agosto 2001; pp. 361-369.
15. Mc. Keown, Thomas, The origins of humans disease, Oxford, Basil Blackwell, 1988.
16. Wilson, Leonard G., The Historical Decline of Tuberculosis in Europe and America: Its Causes and significance , in *Journal of History of Medicine*, n° 45, 1990; pp. 366-396.
17. Lastres, Juan. Historia de la Medicina Peruana. Volumen III: La Medicina en la República. Imprenta Santa María. Lima, 1951; p. 290-301.
18. Ugarte, Luis Ángel. El Pensamiento Médico en el Perú Virreynal. Publicaciones de la Facultad de Medicina de la UNMSM, Lima, 1965.
19. Seiner, Lizardo. Los inicios de la metereología en el Perú y la labor de la Cosmografía. 1753-1856, Universidad de Lima. Proceedings of the International Comission on History of Metereology 1.1. 2004
20. Olaechea, Manuel Adolfo. Cuestiones prácticas: Higiene y Medicina. Barcelona. Establecimiento Tipográfico de J. Balmas Planas, 1893; pp. 590-620.
21. Eyzaguirre, Rómulo. Las epidemias amarillas en Lima. La Crónica Médica. Año XX. N° 461. Lima, 15 de marzo de 1908; pp.71-73
22. Bustios, Carlos. Capítulo 1. Educación Médica en la segunda mitad del siglo XIX: 1856-1895. En *Educación Médica y su contexto: Facultad de Medicina de San Fernando. Perú: 1856-1969*. Lima. Facultad de Medicina UNMSM. 2006; pp. 19-58.
23. Basadre, Jorge. Historia de la República del Perú 1822-1933. Lima Universidad Ricardo Palma y *La República*. Octava edición corregida y aumentada. 2000.; pp. 1180-1184.
24. Bustíos, Carlos. La salud en la historia del Perú. Título IV: Período de la República. Capítulo Primero La Sanidad en el Perú: 1826-1902. En: *Historia de la Salud en el Perú*. Volumen 2. Lima. Academia Peruana de Salud, 2009; pp. 251-324.
25. Laverería, Eduardo. Prontuario de Legislación Sanitaria del Perú. 1870-1920 (Tomo I). Lima. Edición Laverería. Lima, Perú, 1928.
26. Alarco, Aurelio. Sección Oficial: Memoria del Inspector de Higiene del II Concejo Provincial de Lima. La Crónica Médica. IV (45). Lima, Septiembre 30 de 1887; pp. 329-332.
27. Odriozola, Ernesto. La Medicina Preventiva en sus relaciones con la Higiene Pública. La Crónica Médica.. Año XIII. N° 177. Lima, mayo 15 de 1896; pp. 129-134.
28. Almenara Butler, Francisco. Consideraciones sobre la mortalidad de Lima en el período 1872-1876. Gaceta Médica. Año IV (5). Lima, mayo de 1879; pp. 135-138.

29. Olaechea, Abel S. Estado actual de los conocimientos relativos a la tuberculosis: Difusión y profilaxia de esta enfermedad en Lima. [Tesis de Doctor, Facultad de Medicina]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1908.
30. Alarcón, Jorge. Medicina Social. Tesis de bachiller de medicina. Lima. UNMSM, 1974.
31. Neyra Ramírez, José. Imágenes Históricas de la Medicina Peruana. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1999.
32. Fuentes, Manuel Atanasio. Anuario Estadístico de Lima. Lima, 1857.
33. Núñez Espinoza, Julio Néstor. Medicina y tuberculosis en Lima a fines del siglo XIX: el debate médico entre Francisco Almenara e Ignacio de la Puente, 1895. [Tese de Bachiller em História, Faculdade de Letras e Ciências Humanas]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2006.
34. Núñez Espinoza, Julio Néstor. Primeros rastros de la teoría bacteriología en el discurso médico peruano: el debate médico entre Francisco Almenara e Ignacio de la Puente, 1895. En: *El Rastro de la Salud en el Perú*. Cueto, Lossio y Pasco. Editores. Lima. IEP, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2009.
35. Rosas, Francisco. Convalecencia de los tísicos. Gaceta Médica de Lima 1858-59; (55)(56): 97-98; p. 109.
36. Zapater, José María. Opúsculo sobre la influencia del clima del valle de Jauja en la enfermedad de la tisis pulmonar tuberculosa. Lima, UNMSM, 1871. Reproducido en . Gaceta Médica. 13, mayo 1876.
37. D'Ornellas, Antonio Evaristo de. La influencia del clima de los Andes de 11° a 13° de latitud Sud sobre la Tisis. Gaceta Médica de Lima 1875, (17)(20)(21)(25)(26); pp. 136- 139; 160-163; 171-172; 202-204; 212-230; 262-263.
38. Chávez Villarreal, Melchor. Estudio sobre la influencia del clima en la tuberculosis pulmonar". La Crónica Médica 1885; (23)(24): 459-462; 486-491.
39. Avendaño, Leonidas. Apuntes sobre profilaxis de la tuberculosis. La Crónica Médica 1885; (16)(18)(19); pp. 138-140; 227-
40. Avendaño, Leonidas. Tuberculosis pulmonar transmitida por contagio". La Crónica Médica 1887; (11): 170-171.
41. Eyzaguirre, Rómulo. Jauja y Tamboraque". La Crónica Médica 1898; pp. 15(217)(218)(219)(221): 1-6; 36-42; 43-50; 77-83.
42. Eyzaguirre, Rómulo. La tuberculosis pulmonar en Lima". La Crónica Médica 1907; pp. 24(449): 257- 261.
43. Eyzaguirre, Rómulo. Hospitalización de los tuberculosos. La Crónica Médica 1897; 14 (212); pp. 339-348.
44. La Puente, Ignacio. Climatoterapia de la tuberculosis pulmonar. Lima en peligro. La Crónica Médica 1895; 12(160); pp. 249-253.
45. La Puente, Ignacio. Climatoterapia de la tisis pulmonar. Lima en peligro. La Crónica Médica 1895; 12(165): 331-345.

Capítulo Segundo

Salubridad Pública y tuberculosis en un Estado Oligárquico. Perú 1903-1935

2.1. CUIDADO DE LA SALUD POBLACIONAL Y TUBERCULOSIS EN EL MUNDO OCCIDENTAL: 1903-1935

Cuidado de la salud y enfermedades infecciosas: 1903-1935

La lucha antituberculosa en el mundo occidental: 1903-1935

2.2. SALUBRIDAD PÚBLICA Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y CONTAGIOSAS EN LA REPÚBLICA PERUANA OLIGÁRQUICA: 1903-1935

Creación y desarrollo de la Dirección General de Salubridad

Salubridad y control de las enfermedades infectocontagiosas

2.3. TUBERCULOSIS Y RESPUESTA SOCIAL EN UN ESTADO PERUANO OLIGÁRQUICO: 1903-1935

El problema de la tuberculosis en un Perú Oligárquico

Respuesta del Estado Oligárquico al problema de la TB

Beneficencias de Lima y Callao: asistencia y profilaxia de la TB

Liga Antituberculosa de Damas

2.4. REFERENCIAS UTILIZADAS EN EL CAPÍTULO SEGUNDO

2.1. CUIDADO DE LA SALUD POBLACIONAL Y TUBERCULOSIS EN EL MUNDO OCCIDENTAL: 1903-1935

Cuidado de la salud y enfermedades infecciosas: 1903-1935

El mundo occidental como contexto

Los efectos de la Primera Guerra Mundial (1914-1918), sumados a los de la Revolución Rusa (1917), debilitarían significativamente los fundamentos de un orden social mundial que a finales del siglo XIX se caracterizaba como capitalista (fase imperialista) en lo económico y liberal en su estructura jurídico-institucional. El Tratado de Versalles (1919), reagrupó a los países europeos: los viejos imperios centrales desaparecieron, mientras que en sus territorios se crearon nuevos Estados. Al final de esta guerra, Estados Unidos ubicó sus productos y sus capitales en la arruinada Europa, surgiendo como el país dominante en un nuevo escenario financiero y económico mundial.

Desde el año 1919, mientras la economía capitalista se tambaleaba en los inicios de la primera posguerra mundial, en el campo político las autoridades gubernamentales enfrentaban a un nuevo protagonismo de las masas y del movimiento obrero y, por ende, a dificultades para estabilizar el orden social liberal del siglo XIX. Se produce el ascenso de los regímenes autoritarios y dogmáticos en Europa. Rusia se reconstruye sobre la base de colectivismo estatal. El marxismo comenzó a tratar de reemplazar al liberalismo. El fascismo triunfó en Italia y el nazismo en Alemania. El estalinismo triunfa y se consolida. Se produce la división del movimiento obrero internacional. Las instituciones de la democracia liberal se debilitan significativamente.

En 1929 la economía capitalista mundial se derrumbó tras la caída de la Bolsa de Valores de Nueva York. La “Gran Depresión” provocada por tal caída aumentó, aun más, el desprestigio de las concepciones liberales. El retroceso del liberalismo económico y el individualismo reforzó al nacionalismo y al colectivismo en Europa. Los movimientos laborales y socialistas se fortalecieron aún más en los ámbitos nacionales. Al final de la crisis económica mundial, mediante la aplicación de políticas keynesianas en los países desarrollados, la ciudad de Nueva York reemplazó a la de Londres en el papel de centro comercial y financiero del mundo occidental.

La teoría del germen y enfermedades infecciosas en países industrializados

El debate académico entre las posiciones contagionista y anticontagionista sobre el origen de las enfermedades infectocontagiosas se había agotado en la comunidad médica mundial con los descubrimientos de Pasteur y Koch a fines del siglo XIX, cuando la Medicina acepta como verdadera a la “teoría del germen”. Si hasta ese momento las medidas ambientales eran la única respuesta social – aún insatisfactoria - para el control de los procesos de transmisión de las enfermedades infectocontagiosas, otras respuestas superiores y definitivas parecieron haber sido encontradas por la microbiología y la epidemiología del final del siglo XIX e inicios del siglo XX.

Los efectos de las medidas de saneamiento ambiental que antes encontraban explicaciones químicas encontraron, a partir de Pasteur, explicaciones biológicas. La cuestión del entorno biológico, el ámbito donde los microbios pueden desarrollarse y reproducir-

se, pasó a ocupar un lugar central en el pensamiento y la acción de los salubristas. Como afirma Dagognet (1998), bien puede decirse que es en el propio discurso de Pasteur donde los higienistas de estos años creyeron encontrar el punto de partida para muchas de sus generalizaciones. Médicos y salubristas percibieron al medio ambiente contaminado como la verdadera amenaza que se debía enfrentar. Esta proximidad entre las afirmaciones de Pasteur y aquellos antiguos estudios realizados por los infeccionistas "aeristas" quizás nos permita comprender la persistencia de las estrategias clásicas de prevención. Tal como precisa Sandra Caponi [1] los argumentos pre-pasteurianos, si bien se debilitaron, nunca se llegaron a anular en el campo de la Salud Pública biologicista, sino que se articularon con los argumentos de los contagionistas, ahora dominantes, para la construcción de estrategias sanitarias puntuales.

La aplicación de los resultados de las investigaciones de las nuevas disciplinas biomédicas permitió una mejor definición, un mayor rigor técnico y, especialmente, una mayor eficacia de las acciones de control biológico de esas enfermedades, la cual se expresó en una disminución significativa de la incidencia y de la letalidad de las mismas. Los modelos institucionales creados por Pasteur en París y por Koch en Berlín van extenderse en todo el mundo, reemplazando a los establecidos a partir de la teoría de los miasmas. Aparecen los Institutos y los Laboratorios de Salud que pronto se hacen indispensables en las acciones de la Medicina y la Salud Pública.

En resumen, antes de la "revolución bacteriológica", la Sanidad Pública orientada por la Geografía Médica y la Medicina Social tenía como centro de acción, el medio físico y social; pero, iniciada dicha revolución y conforme avanzaba el siglo XX, la nueva modalidad sanitaria – a la que denominaremos Salubridad Pública – concentraba cada vez más su atención en el entorno biológico del individuo. Los avances de la Microbiología, la Inmunología y la Medicina Tropical, validados por la Epidemiología positivista, acumularon el saber suficiente para el diseño de un modelo biologicista del cuidado de la salud, orientado al diagnóstico etiológico, la terapéutica específica, y los programas de protección específica. Modelo que, en su versión fundamentalista, hacía casi una total abstracción del medio social y desplazaba al medio físico en un segundo plano del interés de una acción sanitaria centrada ahora en el individuo y su entorno biológico.

La eficacia evidente de la nueva tecnología sanitaria, especialmente en el control de los agentes biológicos y en el tratamiento individualizado de las enfermedades transmisibles, se constituyó en un argumento económico y político contundente para convencer a las autoridades gubernamentales en la necesidad de la reforma de la organización y las funciones de los viejos Departamentos de Higiene Pública o Sanidad. Reforma que implicaba nuevas estructuras, procesos y personal orientados por la nueva modalidad biologicista y, por lo tanto, distintos a los utilizados anteriormente. Ahora, se trataba de supervisar la higiene biológica de los alimentos y de la leche; crear y desarrollar servicios de laboratorios públicos; impulsar las inmunizaciones, el saneamiento del ambiente biológico (desinfecciones, desinfectaciones, lucha contra los vectores), la educación sanitaria; y garantizar el compromiso de los médicos, en su práctica privada, con las actividades de prevención y control de las enfermedades transmisibles [2].

Sin embargo, este dominio de la modalidad biologicista no era absoluto en el campo del cuidado de la salud poblacional. Es así, que los términos de "fomento" de la salud, así como el de "comunidad" aparecen en los glosarios académicos de la segunda década del siglo XX. C. E. Winslow [3] propone una definición más amplia de la "Salud Pú-

blica”, con la pretensión de precisar los fines e instrumentos básicos de la práctica moderna de del cuidado de la salud colectiva.

“La salud pública es la ciencia y el arte de: 1) impedir las enfermedades; 2) prolongar la vida, y 3) fomentar la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: a) el saneamiento del medio, b) el control de las infecciones transmisibles, c) la educación de los individuos en higiene personal, d) la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades, e) el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar su derecho natural a la salud y a la longevidad”. (C.E. Winslow, 1920, citado en J. Hanlon, 1963, p. 5)

Por otro lado, el carácter científico positivista de la Epidemiología de las Enfermedades Transmisibles, es institucionalizado académicamente por Wade Hampton Frost [4] en su libro *Epidemiology*, publicado en 1927. En esta obra se explicita que “la epidemiología debe estar en relación con el conjunto del campo de las ciencias naturales”, pero más especialmente con la Microbiología. Los seguidores de esta Epidemiología, sustentada en la teoría del germen, fueron particularmente exitosos en la identificación de la etiología de muchas enfermedades infecciosas, incluso en su control. Éxito que otorgó, inicialmente, una enorme credibilidad al modelo explicativo utilizado.

Procesamiento de la teoría del germen en países latinoamericanos

Hasta fines del siglo XIX la mayoría de los gobiernos latinoamericanos aplicaban políticas no intervencionistas y discontinuas en los asuntos relacionados con el cuidado de la salud de la población, generalmente a cargo de los consejos municipales o juntas de sanidad estatales. Recién, desde inicios del siglo XX la Salubridad Pública comenzaría a ser organizada como una rama de los gobiernos nacionales, y la mayoría de los países latinoamericanos formaron departamentos nacionales de sanidad o salubridad pública. Sin embargo, estos organismos carecían de autonomía y recursos, encontrándose por lo general bajo la dependencia de un ministerio del interior u otro responsable por el fomento del desarrollo, la asistencia social, la educación. Con excepción de Chile – que creo un Ministerio de Salud y un sistema de seguridad social en 1924 –, no hubo ministerio de salud alguno, ni un seguro social obligatorio, hasta la década de 1930 [5].

Los cambios en las políticas de organización del cuidado de la salud poblacional obedecían en esos años a las nuevas orientaciones del discurso de la Microbiología. Orientaciones que rápidamente desplazaron – aunque no eliminaron – a las del higienismo clásico en el pensamiento y la acción de las autoridades gubernamentales y de la comunidad médica latinoamericana. Cuando en el siglo XX las autoridades y los salubristas post-pasteurianos hablan de cambios en la organización del cuidado de la salud, así como de reformas urbanas e higienización de las viviendas populares, no podían dejar de considerar el papel de las desigualdades sociales en el nivel y en el perfil de la morbimortalidad y de bienestar de las poblaciones. Esta asociación no desaparece con la emergencia y dominio de la Microbiología, así como no desaparece la preocupación por las condiciones de vida y por la higiene de las viviendas populares [1].

“Podemos decir entonces que la cuestión de la vivienda popular "higienizada", que aparece de modo insistente hacia fines del siglo XIX e inicios del siglo XX, parece surgir del encuentro de, por lo menos, tres series discursivas: (a) la emergencia de la microbiología

y su relación (no necesariamente de oposición) con el higienismo y con las explicaciones aeristas; (b) la generalización de la estadística como recurso capaz de poner en evidencia la relación entre las desigualdades sociales y las diferencias en la mortalidad de la población; (c) la preocupación sanitaria y jurídica de controlar y moralizar las conductas de los sectores menos privilegiados de la población, o, dicho de otro modo, la persistencia de la antigua asociación entre condiciones físicas y condiciones morales (S. Caponi, 2002, p. 1669).

Por otro lado, durante las primeras décadas del siglo XX, ningún miembro de la comunidad científica latinoamericana cuestionaba la supuesta relación biológica entre “raza” y enfermedad. Afirmaban que las “razas” inferiores y degeneradas tenían una debilidad intrínseca que las hacían más susceptibles de contraer enfermedades, y los predisponía a vivir en viviendas tuzurizadas e insalubres. Los higienistas enfatizaban que la moral relajada de los miembros de estas razas – alcohólicos, promiscuos, miserables – impedía que éstos conocieran o comprendieran la importancia de la higiene de la vivienda para la conservación de su salud. Al respecto de este discurso eugenésico, el médico argentino Diego Armus [6] al tratar al tema de la TB en la Argentina del período 1870-1940, comenta lo siguiente:

“Entre 1870 y 1940 la tuberculosis fue un dato inocultable de la experiencia urbana de Buenos Aires. Fue parte relevante de un discurso eugenésico donde los problemas más amplios de la degeneración y la regeneración de la sociedad argentina reconocían por lo menos de tres recurrentes temas. En primer lugar, el de la inmigración... ¿cómo optimizar ese recurso demográfico en la construcción de la ‘raza nacional’? El segundo de estos temas fue... el enfrentamiento de los males y enfermedades sociales y su prevención, la renovación moral y de los modos de vida. Finalmente, el tema de la ciudad misma, percibida como un espacio de degeneración marcado no sólo por la velocidad del crecimiento y el hacinamiento reinantes sino también por recurrentes imágenes punteadas por los miedos al contagio, la inmoralidad, el crimen y las amenazas de revuelta social. ... Tanto el discurso eugenésico como el más general de la cuestión social se articularon en torno de un núcleo patológico especialmente corrosivo, definido por el alcoholismo, la sífilis y la tuberculosis. Cada uno de esos ‘males sociales’ se potenciaba en los otros...” (D. Armus, 1996, p. 111).

Además, en los inicios de la década de 1920 ya existían en América varias Escuelas de Higiene y Salud Pública que habían sido organizadas bajo las concepciones de Higiene y Medicina Preventiva vigentes en Estados Unidos, sistematizadas en el Informe Welch-Rose (1919). En éste, se hacen recomendaciones de orientación positivista y biologicista que privilegian las acciones basadas en la ingeniería sanitaria y en la Bacteriología, postergando las tendencias que valoraban la reforma social, los componentes políticos y las ciencias sociales. Se crean la Escuela de la Universidad John Hopkins de Baltimore (1918), la de Sao Paulo (1921) y la de Méjico (1925), que comenzaron a capacitar los primeros cuadros de especialistas en Higiene y Salud Pública de América Latina. Además, desde las primeras décadas del siglo XX, la Fundación Rockefeller y, en menor medida, la Kellogg y otras entidades privadas habían comenzado a otorgar becas para personal profesional latinoamericano que deseara capacitarse fuera de su país de origen en el campo del cuidado de la salud de las poblaciones [7].

La lucha antituberculosa en el mundo occidental: 1903-1935

Inicios de la lucha antituberculosa internacional

Durante la Primera Guerra Mundial (1914-1918), contrajeron TB activa 130.000 combatientes, muchos de los cuales deambulaban por los caminos de Francia y Alemania, por no existir las condiciones para su hospitalización. Al final de esta Guerra, la TB provocaba la sexta parte de todas las muertes registradas en Francia, mortalidad proporcional que alcanzaba al 25% en los grandes centros urbanos de este país. Algo similar ocurría, después de la Guerra, en otros países industrializados [8]. Adicionalmente, de acuerdo con datos de Dorothy Porter [9], en las primeras décadas del siglo XX la fuerte declinación de la mortalidad infantil hacía más evidente la persistencia de la alta mortalidad proporcional por TB en la población adulta. Estas circunstancias llevan a las autoridades a poner en marcha políticas de lucha contra la TB que hacen que los sanatorios antituberculosos proliferen por toda Europa.

La primera conferencia internacional sobre tuberculosis, después de la Primera Guerra, se realizó en la Sorbona de París. El 17 de octubre de 1920, en la ceremonia de apertura, representantes de 31 países se comprometieron a trabajar juntos para luchar contra la TB y, tres días después, fundaron la Unión Internacional Contra la Tuberculosis (UICT) para apoyarse mutuamente y coordinar sus esfuerzos. La Secretaría General de la UICT organizó diez conferencias internacionales entre 1920 y 1939 en distintas localidades de Europa y Estados Unidos. Los temas de estos eventos se centraron en los aspectos biológicos, clínicos y sociales de la TB.

El Boletín de la UICT trimestral apareció en el año 1923 con el objeto de publicar artículos originales, informes estadísticos y actualizaciones sobre la legislación contra la TB, así como las actas de las diversas reuniones y las noticias de las asociaciones de los miembros. Con el estallido de la II Guerra Mundial en 1939, las actividades de la UICT tuvieron que suspenderse. Por otro lado, la Unión Latinoamericana de Sociedades de Tisiología, y más tarde de Enfermedades Respiratorias, se creó en 1933[10].

Auge de los sanatorios en la lucha antituberculosa

Tal como ya se informó en el capítulo anterior, con el conocimiento de los resultados de los trabajos de Villemin y, sobre todo, los de Koch, la cura sanatorial de la TB se extendió rápidamente por Europa y, luego, por todo el planeta en las primeras décadas del siglo XX. Los argumentos clásicos de las ventajas de la cura sanatorial eran: el reposo prolongado; el aire puro, alejado de los miasmas de las grandes ciudades; y, alimentación abundante y variada. Estos argumentos serían reforzados por los fisiólogos de la época, quienes afirmaban que la tisis era acompañada por una incapacidad del corazón para hacer circular la sangre por los pulmones, lo que favorecía el depósito de los tubérculos. Por esto, ellos pensaban que el internamiento de los tísicos en sanatorios construidos en territorios de altura y, por ende, de disminución de la presión atmosférica, haría aumentar la función cardíaca y, con ello, la circulación pulmonar de los enfermos. Además del aspecto curativo, los sanatorios tuvieron otra importante función en la lucha contra la TBC: el control de las fuentes de contagio, al separar del resto de la comunidad durante largos períodos de tiempo a los enfermos bacilíferos [11, 12].

A partir del modelo sanatorial desarrollado por Brehmer y Dettweiler se construyeron numerosos sanatorios en Europa, especialmente en Alemania, Suiza e Inglaterra. En Estados Unidos también aumentó su número, siguiendo los estándares europeos o el estilo de cabañas creado por Trudeau. Así, por ejemplo, el número total de sanatorios en Estados Unidos en 1904 era solo de 115, con menos de 8.000 camas; esta cifra se elevó a

656 sanatorios con más de 66.000 camas en 1923. En 1953 se disponía de 839 establecimientos con una capacidad de 130.322 camas, mayoritariamente destinadas a tuberculosos. En estos años era generalmente aceptado que todo paciente con TB activa debía recibir un tratamiento institucional debido a la naturaleza infecciosa de la enfermedad, así como a la percepción de que de esta manera se facilitaba la recuperación de su salud. H. D. Chadwick preconizaba el internamiento y aislamiento en hospitales-sanatorios, hasta su muerte, de los tísicos incurables, y de todos los demás hasta el momento que fueran “no infecciosos”: “Una cama para cada caso de paciente tísico contagioso”

Sin embargo, cuando se hizo un seguimiento de los enfermos que habían sido dados de alta después de una cura clínica sanatorial, se encontró que más de la mitad estaba muerto antes de los 5 años de su alta. Según Porter esta proporción de muertes llegaba al 85% [9]. Una de las mejores estadísticas es la de Suborin, sobre los resultados de 20 años de experiencia tratados en el sanatorio de Durtol. El porcentaje de curaciones totales (¿) había sido del 39%. Proporción muy similar a la que se alcanza con los tísicos dejados a su libre evolución. Sin embargo, si se separaban los enfermos en un grupo de potencialmente curables, o sea, en fase inicial, se alcanzaba un porcentaje de curación del 71%, mientras que en el otro grupo, el de incurables o con enfermedad muy avanzada, tan solo se conseguía el 7,5%. Además, en algunos países no se ingresaban a pacientes con las formas más avanzadas de la enfermedad. En Chile, por ejemplo, la Ley de Medicina Preventiva, indicaba reposo sanatorial sólo para las formas mínimas y moderadas, que después se ha demostrado pueden curarse espontáneamente en un alto porcentaje; los casos avanzados se estimaban de tan mal pronóstico, que no valía la pena distraer recursos escasos y caros intentando su tratamiento [13].

“Además, aunque es probable que se consiguieran beneficios en casos concretos, el largo tiempo que ya llevaban contagiando los enfermos cuando eran diagnosticados, el hecho de que tan sólo un número limitado de pacientes tuviesen acceso a estos sanatorios y al no poder ofrecerles un tratamiento auténticamente eficaz, hace pensar que esta medida no tuvo un impacto epidemiológico importante en el caminar de la endemia tuberculosa. Algo parecido debió ocurrir con la generalización de los múltiples procedimientos quirúrgicos que se incorporaron al tratamiento de la TBC... Es por ello que, aunque es difícil cuantificar su impacto, probablemente no consiguieran mucho más que... (lo alcanzado con) la mejora del nivel socioeconómico que se estaba produciendo” (J. Caminero, 2003, p. 23).

Pero, si los sanatorios no fueron muy exitosos en curar a los enfermos, en cambio tuvieron algunos efectos favorables que aun perduran en nuestros días. Motivadas por las estadías prolongadas lejos de la familia y el escaso contacto social al que se mantenían sometidos los enfermos, comenzaron en los sanatorios los primeros programas de terapia ocupacional y de rehabilitación laboral; también fue en esos ambientes cerrados, artificiales y desesperanzadores, donde comenzaron las primeras terapias de grupo. Gracias a éstas y otras sucesivas modificaciones y hasta el advenimiento de la quimioterapia constituyó la mejor alternativa de tratamiento, sobre todo en las fases iniciales de la enfermedad [11, 12].

Desarrollo de las medidas quirúrgicas en el tratamiento de la TB

Es en los sanatorios, durante la primera mitad del siglo XX, que alcanzó su mayor protagonismo la cirugía torácica en el tratamiento de la TB pulmonar. Se había iniciado con las técnicas de la llamada colapsoterapia reversible. En el mismo año que Robert Koch descubrió el bacilo de la tuberculosis, Forlanini publicó los primeros resultados del tra-

tamiento de la TB pulmonar cavitaria con su técnica del neumotórax artificial, informando que se conseguía la curación de las lesiones con la "inmovilización" o colapso prolongado del pulmón afectado. Luego, se aplicaron otras técnicas: neumólisis o plom-baje (1891), la toracoplastia (1907), la frenicectomía (1911), y el neumoperitoneo. Se pensaba que de esta forma se limitaba el aporte de oxígeno a las áreas colapsadas, lo que tendría un efecto nocivo sobre los bacilos, además se lograba el cierre de las cavernas controlando los episodios de hemoptisis. Hacia 1930 la TB pulmonar se había convertido en una enfermedad quirúrgica. Posteriormente, se aplicarían técnicas quirúrgicas más invasivas (excéresis o resecciones pulmonares).

Sin embargo, las técnicas quirúrgicas utilizadas se asociaban con frecuencia a complicaciones y formas graves de insuficiencia respiratoria. Es necesario recordar que entonces la anestesia general estaba poco desarrollada y la gran mayoría de esos procedimientos había que realizarlos con anestesia local. En cualquier caso, es muy probable que las curaciones clínicas no superaran el 40% (esta era la tasa conseguida con la toracoplastia hacia 1927, con una mortalidad del 16%), cifra ligeramente superior a la evolución natural de la enfermedad si no se le sometía a ningún tipo de tratamiento. Es a partir de los años cincuenta cuando estos métodos quirúrgicos van desapareciendo del arsenal terapéutico de la TB, con la introducción de las drogas antituberculosas [11, 12].

Medidas profilácticas y de higiene [8, 14, 15, 16].

Una serie de investigaciones, iniciadas por el fisiólogo alemán George Cornet (1858-1915), justificaron la adopción de rigurosas medidas de profilaxia e higiene para evitar el contagio de la TB. De acuerdo con sus estudios, la vía de infección utilizada por el bacilo de Koch era por medio de los esputos arrojados por los tuberculosos al suelo, o en determinados objetos como la cama o el pañuelo. Estos esputos luego de secarse eran desprendidos del suelo o de los objetos por acción de la limpieza mediante el uso de la escoba o el sacudidor, contaminando el aire que era absorbido por el futuro huésped al respirar. Esta vía pasó a ser llamada de contagio en seco. Se inicia entonces la lucha contra el agente, y como se carece de medicamentos para atacarlo en el mismo foco del huésped, todos los esfuerzos se vuelcan a esterilizar las secreciones. La lucha antituberculosa debía basarse en la desinfección, a través de velas de sulfuro que debían ser utilizadas en las habitaciones de los pacientes o, una vez que este fallecía, lavarse, desinfectarse y repintarse las paredes. La vivienda y el hospital comenzaron a ser objeto de una vigilancia y control estricto. Precisamente, la teoría del contagio tuberculoso en seco colocaba énfasis en la profilaxia de los ambientes construidos y en la correcta aireación.

La vigilancia sobre las secreciones de los enfermos se redobló cuando el bacteriólogo e higienista alemán Carl George Flügge (1847-1923), basándose en trabajos experimentales, demostró que el contagio se producía a través de partículas de saliva emitidas por la boca o la nariz cuando los tísicos estornudaban o hablaban en voz alta, y no de modo indirecto por medio de los esputos desecados. Esta teoría, llamada de contagio en húmedo terminó siendo dominante, una vez que fue corroborada por otros médicos a partir de numerosas experiencias clínicas.

Creación de los dispensarios y preventorios [8, 14, 15, 16].

La alta prevalencia de la TB en los barrios obreros ya había corroborado que este mal era un problema social y que, por lo tanto, debía ser superado con acciones sanitarias dirigidas tanto al cuerpo del paciente, como a su ambiente cotidiano. En 1887, en Edimburgo, Sir Robert Phillips había fundado el *Victoria Dispensary of Consumption*, aplicando principios de la higiene y salubridad pública. Después desarrolló un hospital para “casos iniciales” y luego otro para “casos avanzados” y, finalmente, una colonia agrícola para convalecientes. Se constituyó de esta manera un sistema escalonado de establecimientos – por grados evolutivos de la enfermedad – conocido entre los tisiólogos como el primer “Esquema de Edimburgo”.

Esta concepción de la lucha antituberculosa planteada por el esquema de Edimburgo promovió en Europa la construcción de sanatorios y hospitales fuera de la ciudad, el desarrollo de campañas de prevención basadas en la habilitación de preventorios infantiles ubicados en el campo, aislados y en lugares altos; así como a la organización de dispensarios ubicados dentro de la ciudad que trataban de contribuir a la profilaxia y detección precoz de la enfermedad entre la masa obrera.

Al inicio del siglo XX, no obstante el auge de la construcción y el desarrollo de los sanatorios, miles de tuberculosos quedaban sin acceso a estos establecimientos por razones económicas o de otra índole. Para ellos se comenzó a dar prioridad a la creación de los dispensarios antituberculosos, cuya finalidad inicial era la profilaxis mediante la difusión de medidas preventivas y la educación del enfermo. En 1901, A. Calmette (1863-1933) funda en Lille el primer dispensario para realizar tareas de educación higiénica, vigilancia sanitaria y de encuesta social. Este dispensario se convirtió en el prototipo o modelo que se extendió rápidamente por toda Europa.

Los dispensarios antituberculosos europeos contaban con un laboratorio para examinar los esputos, una sala de consultas y lavadero para lavar y desinfectar la ropa de los enfermos, a quienes se facilitaba la ropa y los alimentos necesarios, como pan, carne y leche. Los hijos de los tuberculosos eran enviados al campo a cargo de familias o a un preventorio. Se visitaba a domicilio a los enfermos, se les enseñaba normas de higiene para la vivienda, como airear las habitaciones, dejar que entrara la luz del sol, barrer sin levantar polvo y usar y desinfectar las escupideras. También se seleccionaba a los enfermos que debían ingresar en sanatorios antituberculosos, los casos curables, y en hospitales si fueran incurables.

Además, la TB se convirtió en un tema central en la acción de las asociaciones voluntarias de la sociedad civil que buscaban la “regeneración” de la población, a través de la lucha contra la TB, el alcoholismo y los males venéreos. El historiador George Rosen menciona, entre estas organizaciones, a la Liga Francesa contra la Tuberculosis; la Liga Nacional para la Campaña Contra la Tuberculosis, en Dinamarca; el Comité Central Alemán para la creación de sanatorios para pacientes con enfermedades pulmonares; y a la Fundación Rockefeller con su apoyo a estas iniciativas. En 1917, la Asociación Norteamericana Antituberculosa pone en marcha “La cruzada moderna por la salud”, campaña de educación sanitaria dirigida a los jóvenes.

Vacunación con BCG [8, 14, 15, 16].

A principios del siglo XX, dos científicos franceses del Instituto Pasteur, el médico Albert Calmette (1863-1933) y el veterinario Camille Guérin (1872-1961) comenzaron sus

investigaciones para la elaboración de una vacuna antituberculosa. Al descubrir un medio de cultivo capaz de reducir la virulencia del microorganismo, decidieron trabajar en una cepa de *Micobacterium bovis* obteniendo, a través de más de 200 pasajes en cultivos, una variante atenuada la cual fue denominada, posteriormente, como Bacilo de Calmette-Guerin o BCG. En 1921 iniciaron los primeros ensayos de esta vacuna en personas adultas e infantes notificándose su seguridad en la población humana. En 1930 la Conferencia Internacional contra la tuberculosis, reunida en Oslo, manifestó su confianza plena en la eficacia de la vacuna BCG. Sin embargo, cientos de estudios realizados en las siguientes décadas, con el objetivo de evaluar la eficacia protectora de la vacuna BCG, obtuvieron resultados ampliamente variables [17].

2.2. SALUBRIDAD PÚBLICA Y ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS EN LA REPÚBLICA PERUANA OLIGÁRQUICA: 1903-1935

Creación y desarrollo de la Dirección General de Salubridad

Con respecto a las políticas sociales en el Perú, los gobernantes de la “República Aristocrática”, pensaron que el Estado debía cumplir un rol moderador, promotor e integrador de los esfuerzos nacionales dirigidos al progreso del país, desde la perspectiva oligárquica-civilista. Y que, en cumplimiento de este rol, el Ejército, la Educación Pública y la Salubridad Pública debían servir para civilizar a la población indígena de manera que pudiera integrarse a tales esfuerzos. Además, superando la antigua concepción de Sanidad como una acción estatal policiaca orientada al cuidado del orden en el espacio público, la elite civilista consideró a la protección sanitaria de los puertos, de las ciudades y de la población como una responsabilidad del Estado y como un requisito para la marcha normal de la economía de exportación, la intensificación de la productividad de una escasa fuerza de trabajo, así como la atracción de las inversiones y de los inmigrantes extranjeros.

En síntesis, la modalidad organizativa del cuidado de la salud de la población – a la que estamos denominando Salubridad Pública – fue considerada como una estructura estatal de fomento de la salud de la población y de un ambiente saludable, destinada a garantizar la disponibilidad de una fuerza de trabajo de alta productividad, requerida por una economía de agro-exportación, que posibilitaría el progreso diferenciado del país. Es a partir de esta consideración, que por Ley del 6 de noviembre de 1903, promulgada por Manuel Candamo, se crea la Dirección de Salubridad Pública como nuevo órgano de línea del Ministerio de Fomento y Obras Públicas. Estructura estatal permanente, ubicada en el segundo nivel político-administrativo del Ministerio, que asumió la conducción política y la gestión de los servicios públicos sanitarios de carácter “profiláctico”; reemplazando al Servicio de Sanidad que había sido administrada por funcionarios del Ministerio de Gobierno y Policía. Los asuntos del cuidado asistencial hospitalario siguieron a cargo del ramo de Beneficencias, ubicado inicialmente en el ámbito político-administrativo del Ministerio de Justicia y Culto. Las Municipalidades conservaron las atribuciones sanitarias que se les habían asignado en su Ley Orgánica de 1892.

En el momento de la creación de la nueva Dirección General, los servicios “profilácticos” estaban muy poco desarrollados. Consistían, apenas, en el recientemente creado Instituto de Vacuna, el lazareto flotante, el hospital de contagiosos, el cuerpo de médi-

cos y obstétrices del Servicio de Sanidad de la República. Trabajaban en este último Servicio: 46 médicos titulares, cinco médicos sanitarios de puerto y nueve obstétrices titulares. Todo el personal de médicos y obstétrices titulares pasaron a depender exclusivamente de dicha Dirección; aunque sus haberes continuaron siendo pagados, hasta el año 1921, por las Juntas Departamentales [18, 19].

El inicio de las actividades de la Dirección no fue fácil debido a lo complejo de su misión y a que fue creada con muy escasos recursos y sin precisar sus relaciones formales con otras entidades que tenían responsabilidades en el cuidado de la salud, especialmente las Municipalidades y las Beneficencias Públicas. Al omitirse esas precisiones, las otras entidades no se sentían obligadas a aceptar la conducción técnica de la Dirección y muchas veces rechazaron una pretendida intromisión de ésta, por entender que afectaba ilegalmente su autonomía. En otras ocasiones, era la misma Dirección la que se inhibía a normar los aspectos técnicos de entidades que no dependían explícitamente de ella, porque consideraba no tener la fuerza política suficiente para hacerlo [20].

“Si en los momentos de pavor que infundía la peste, autoridades y particulares, todos acataban y todos acataban las medidas que había que poner en práctica, cuando la amenaza pasaba o se amortiguaba y se hacía necesario sentar de modo estable las bases (de la Salubridad)... surgía la resistencia, venía la inercia del vecindario y se suscitaban, a la vez, franca o disimuladamente, los conflictos institucionales, provocados, ya sea por la oposición de las Juntas Departamentales para cooperar pecuniariamente en las labores sanitarias, o ya por la de los Concejos Provinciales, que sin poder llevar a cabo por sí mismos las medidas higiénicas a que están autorizados por la ley, encontraban dañoso para sus fueros que las ejecutara la Dirección de Salubridad... Las relaciones de la sanidad con la asistencia permiten colegir con que facilidad también, no existiendo subordinación o dependencia de las Beneficencias a la nueva Dirección, podrían suscitarse roces entre ellas y éstas por cuestiones de fuero”. (Abel S. Olaechea, 1933, p. 88-90)

Durante el “oncenio” de Leguía la Dirección de Salubridad Pública estuvo sujeta a cambios organizativos, que ahora obedecían a las exigencias de la política de modernización del nuevo régimen. El Decreto Supremo del 23 de junio de 1922, *Reorganización del Servicio Sanitario de la República y Creación de las Oficinas Departamentales de Salubridad*, pretendía descentralizar la Dirección General. Pero estas Oficinas Departamentales al igual que los Servicios de Sanidad del pasado, nunca dispusieron de los medios suficientes para una instrumentación mínima aceptable de sus organizaciones; es así que muchas provincias del país no podían cubrir sus plazas de médicos sanitarios [19]. En 1930, trabajaban en la Dirección de Salubridad: 230 médicos, tres farmacéuticos, tres dentistas, seis ingenieros y 19 obstétrices; así como 274 vacunadores, 100 de los cuales laboraban en Lima [21]. La población indígena, explotada por el gamonalismo serrano, continuaba sin acceso al sistema oficial de salud; en palabras del escritor Ciro Alegria, el mundo continuaba siendo “ancho y ajeno” para la población andina.

Además, durante el régimen de Leguía se trató de incrementar la autoridad gubernamental de la Dirección de Salubridad, otorgándole formalmente nuevas competencias para el control y supervigilancia del funcionamiento de las entidades públicas y privadas que actuaban en el campo de la Salubridad, respetando lo dispuesto en la Ley Orgánica de Municipalidades de 1892, así como la autonomía de las Sociedades de Beneficencia. Aplicando estas nuevas competencias, el Ministerio de Fomento y la Dirección de Salubridad hicieron aprobar o dictaron numerosas disposiciones legales y administrativas de regulación y control en su ámbito de competencia. Sin embargo, todos los testimo-

nios de la época destacan que tales normas eran ignoradas o desacatadas por los responsables de hacerlas cumplir o de cumplirlas, con casi una total impunidad de los infractores. Esta debilidad política de las autoridades de salubridad también impidió todo avance en la coordinación de las funciones “profilácticas”, a cargo del Estado, con las asistenciales, a cargo de las Beneficencias, generando una mayor ineficiencia e ineficacia en el cuidado de la salud poblacional [19].

En lo que corresponde a los aspectos técnico-operativos vinculados con la salubridad pública, las autoridades responsables reorientaron y ampliaron, con un nuevo enfoque biologicista, las acciones de profilaxia y de control de las enfermedades endemoepidémicas y sociales. Además, comenzaron a realizar, con un enfoque eugenista, intervenciones en defensa de la salud del niño y de la gestante. Las ideas ambientalistas, fueran desplazadas – aunque no anuladas – por las proposiciones de la nueva teoría del germen, y de la Puericultura francesa, así como por los principios epidemiológicos y administrativos promovidos por la Fundación Rockefeller y la Oficina Sanitaria Panamericana. Adicionalmente, estas intervenciones eran legitimadas, con un discurso práctico-moral utilitarista, procesado, primero, por el civilismo y, luego, por los leguístas. Por otro lado, reiteramos, que paralelamente a las acciones de profilaxia y de fomento de la salud a cargo de la Dirección de Salubridad, los antiguos hospitales de las Sociedades Públicas de Beneficencia, cada vez más desbordadas por la demanda, seguían a cargo de las acciones médico-asistenciales [7, 19].

En los últimos años de este período, los efectos en el país de la “Gran Depresión” mundial de 1929 y de los discursos y acciones anti oligárquicos provocaron la caída del régimen de Leguía, así como el final de la hegemonía ideológica oligárquica-civilista. Las fuerzas oligárquicas, debilitadas ideológicamente aunque manteniendo su poder económico, se vieron obligadas a establecer un pacto con el Ejército, para mantener en lo esencial el antiguo orden social. Con este fin, se iniciará en el siguiente período la organización de un nuevo Estado, con políticas sociales más progresistas, en comparación con el pasado, y con políticas coactivas de seguridad interna, para garantizar el cumplimiento del pacto.

Desde el inicio de la coyuntura de crisis nacional desencadenada con el derrocamiento de Leguía, la Dirección de Salubridad Pública, al igual que la casi totalidad de las entidades públicas, fue calificada como desorganizada, ineficiente e ineficaz. En consecuencia, por Resolución de marzo de 1931 fue declarada en reestructuración y se hacen, además, acusaciones de supuestos actos de corrupción de las autoridades que en años anteriores habían estado a cargo de la Dirección. Además, desde años antes se estaban presentando iniciativas para reemplazarla por un Ministerio de Higiene o de Salubridad. Los resultados, finalmente insatisfactorios, de la aplicación de esta modalidad de organización del cuidado de la salud fueron enjuiciados en nuestro país, de manera dura aunque desapasionada, por el destacado sanitarista peruano Luis Ángel Ugarte, testigo especial de esa aplicación como Médico Sanitario Departamental del Cuzco [7, 19].

Salubridad y control de las enfermedades infectocontagiosas

La aparición de la peste en las costas peruanas al inicio del siglo XX determinó que las autoridades estatales iniciaran la reorganización de la Sanidad Pública, para adoptar una nueva modalidad administrativa acorde con los presupuestos bacteriológicos. Se crea, entonces, la Dirección de Salubridad Pública, bajo la conducción de Julián Arce, con

estudios formales en Medicina Tropical; y se fortaleció el Instituto Municipal de Higiene de Lima, que había iniciado sus actividades en 1902 con el bacteriólogo Ugo Biffi, contratado en Italia para dirigir el Instituto. Este profesional, ayudante del célebre Dr. Sannarelli de las Universidades de Bologna y Roma, trajo al país un moderno equipo de bacteriología que convirtió el laboratorio municipal como el más avanzado en el país. Durante su corta estancia en el Perú, hasta 1904, formó a un grupo de médicos que luego serían investigadores en esta disciplina [7, 19].

Además, desde fines del siglo XIX la influencia del positivismo en la Facultad de Medicina de San Fernando había facilitado la recepción favorable de los avances de la Bacteriología en el país. David Matto, fundador de la cátedra de Bacteriología y Técnica Microscópica (1890), y Julián Arce, fundador de la cátedra de Medicina Tropical (1916) en esa Facultad, habían sido capacitados en el *The London School of Hygiene and Tropical Medicine*, considerado como el centro mundial más importante de esta especialidad. Luego, la Comisión Científica del Departamento de Medicina Tropical de la Universidad de Harvard, presidida por Richard Strong y financiada con fondos privados, estuvo presente en la Facultad de Medicina de San Fernando en el 1913, “dejando una profunda huella académica” [7, 19].

En la norma creación de la Dirección de Salubridad Pública, se le asignó cinco funciones, dos de ellas vinculadas explícitamente con las enfermedades infecciosas: organizar un plan de defensa contra la importación de “gérmenes pestilenciales exóticos”; y, concertar y dirigir medidas profilácticas para extinguir las enfermedades endémicas y epidémicas que existen en el país. Las otras tres también mantenían, aunque de manera implícita, tal vinculación: velar por el cumplimiento de la legislación sanitaria vigente; estudiar y proponer las reformas que juzgue necesarias a fin de mejorar el estado sanitario del país; y, organizar la estadística demográfica sanitaria.

No obstante lo establecido en dicha norma, recién el 23 de noviembre de 1916 se promulgó la Ley N° 2348 de declaración, aislamiento y desinfección obligatoria de casos comprobados o sospechosos de enfermedades infecto-contagiosas. El primer Reglamento de esta ley fue aprobado por Decreto Supremo del 11 de octubre de 1917, enumerándose doce enfermedades; entre ellas el beri-beri, que en ese año aún era considerada infecto-contagiosa. Siete años después, por el Decreto Supremo del 19 de septiembre de 1924 se aprueba un nuevo Reglamento, en el que se enlistan 20 enfermedades. Estos dos Reglamentos tuvieron muy escaso cumplimiento en el país.

Durante este período y desde el nivel central de la Dirección de Salubridad Pública, se organizaron y ejecutaron campañas de control de las principales enfermedades endemoepidémicas en el país. Entre ellas, se iniciaron las campañas profilácticas contra la bubónica en el país (1903), que en el año 1929 justificaron la creación del Servicio Antipestoso, con la asesoría de la Oficina Sanitaria Panamericana. Comenzaron las campañas contra la fiebre amarilla en el norte del país, con la colaboración de la Fundación Rockefeller (1919). Se realizó el fortalecimiento de la campaña contra la viruela, con la reorganización del Servicio Antivariólico (1925). Se inició la campaña contra la lepra en el oriente peruano y se instaló el leprosorio modelo Colonia-Agrícola en San Pablo (1927). Continuaron las campañas contra la malaria en las zonas palúdicas, en el marco de la Ley 2364. Asimismo, se dictaron las primeras disposiciones y se iniciaron las intervenciones estatales de control de las enfermedades venéreas, la tuberculosis, la fiebre de malta y la fiebre tifoidea.

Con relación al Servicio Sanitario Marítimo, al final de la década de 1920, esta dependencia de la Dirección de Salubridad, tenía a su cargo las Estaciones Sanitarias de los puertos del Callao, en el centro; de Paita, en el norte; y, de Ilo, en el sur del país, así como la subestación de Mollendo. Estaciones dotadas de aparatos Clayton y otros elementos de desinfección. Frente al Callao, en la isla de San Lorenzo, se encontraba la Estación de Cuarentena, equipada para atender a pasajeros sujetos a “medidas cuarentenarias”.

Por otro lado, en cumplimiento del Decreto Supremo del 21 de marzo de 1902, se reorganizó el Instituto de Vacuna, que cambió su denominación por la de Instituto de Vacuna y Seroterapia, y creó una sección encargada del cultivo y conservación de los *serums* que se empleaban para el tratamiento de ciertas enfermedades infecciosas. La creciente importancia que adquirió el empleo de los sueros específicos y de las vacunas en el tratamiento y la prevención de las enfermedades infecciosas hizo que en el año 1906 se aprobara el Reglamento del Instituto Nacional de Vacuna y Seroterapia, como una dependencia de la Dirección de Salubridad. Luego, por Decreto Supremo del 20 de mayo de 1921 se reorganizó este Instituto distinguiéndose tres secciones: la de Peste, la de Seroterapia y la de Vacunas. Posteriormente, el año 1929 por Resolución Suprema se ordenó la creación de una nueva Sección encargada de preparar y propagar la vacuna antituberculosa de Calmette [19].

En la mentalidad salubrista de estos años seguían vigentes, con otra sustentación y distintos matices, rasgos eugenistas de la cultura de la élite oligárquica. La transición del pensamiento higienista de la Sanidad Pública al pensamiento biologicista de la Salubridad Pública se desarrollaba en la comunidad médica peruana de manera similar a la descrita por Sandra Caponi [1] y David S. Parker [17] para otros países de América Latina. “En el Perú como en el resto de América Latina, el eugenismo hacía poca distinción entre la herencia biológica y los efectos del medio ambiente... Se aducía que los asiáticos y los indios eran las víctimas naturales de la tuberculosis, la peste, la sífilis y muchas otras enfermedades, y la mayoría de funcionarios ni podía siquiera concebir la desagregación de factores biológicos, culturales y socioeconómicos que hacían que lo fueran... las razas enfermizas y degeneradas eran más susceptibles a contraer enfermedades, pero estas mismas enfermedades debilitaban a sus víctimas y su descendencia, degenerando así la raza” (D. Parker, 2002, pp. 124-125)

En opinión de estos médicos, por ejemplo, el hecho que cantidades desproporcionadas de indios y asiáticos enfermaran o murieran por enfermedades infecciosas en las peores y más insalubres viviendas de Lima confirmaba su debilidad o inferioridad biológica con relación a las personas blancas y “decentes”. Debilidad que los convertía en un peligro para los demás, porque las enfermedades epidémicas que adquirían con tanta facilidad podían contagiarse a la población en general. Pocas veces estos médicos asignaron especial importancia a la presencia en tales viviendas de la pobreza; para ellos, ésta era apenas otra más de las características que junto con las biológicas, la ignorancia y la inmoralidad contribuían en la elevada mortalidad de las razas inferiores. Para estos higienistas, la causa principal de que las viviendas fueran mugrientas y malsanas era que las habitaban personas que “naturalmente” eran mugrientas y malsanas [23].

“Todas las enfermedades evitables, endémicas o no, hacían grandes estragos en los callejones y solares, porque allí encuentran ambiente propicio para su pululación, sujetos debi-

litados por el alcoholismo, por la miseria, por la permanencia en un medio infecto; individuos en plena decadencia física y en no menor decadencia moral, sugestionados por estúpidos prejuicios, la mas crasa ignorancia y la más completa desidia” (E. León García, *Las razas en Lima*, 1909, p.35) .

En el discurso político peruano de la primera mitad de este período, sobre la vivienda popular "higienizada", así como en el pensamiento eugenésico que al respecto dominaba en la mentalidad médica se expresa nítidamente aquella transición. Ello se puede corroborar leyendo los informes que sobre el tema presentaron Leonidas Avendaño y Santiago Basurco (1908) y, luego, Constantino Carvallo (1919); así como las conclusiones de las tesis doctorales de Rómulo Eyzaguirre (1906) y de Enrique León García (1909).

2.3. TUBERCULOSIS Y RESPUESTA SOCIAL EN UN ESTADO PERUANO OLIGÁRQUICO: 1903-1935

El problema de la tuberculosis en un Perú Oligárquico

Magnitud demográfica de la TB a nivel nacional

Durante todo este período la información estadística sobre la situación demográfica y epidemiológica del país no existía o era escasa y poco confiable. El último Censo Nacional había sido efectuado en 1876, los registros de hechos vitales eran incipientes y seguían, en gran parte, a cargo de las parroquias, y los registros de casos de enfermedades infecto-contagiosas recién se iniciaron, precariamente, en el año 1917 con la aprobación del primer Reglamento de la Ley N° 2348, sobre la notificación obligatoria de estas enfermedades. Además, con relación a la TB, ésta no fue considerada en este primer reglamento, su notificación obligatoria recién sería formalizada, aunque de manera restringida, en el nuevo Reglamento de la Ley 2348 (1924): “Art. 1º, g) Tuberculosis pulmonar o laríngea para los casos que se presenten en los hospitales, en los colegios, en los hoteles o casas de pensión”.

Sin embargo de la carencia de datos estadísticos confiables sobre morbilidad y mortalidad tuberculosa a nivel nacional, algunos médicos estimaban para esos años una tasa de mortalidad anual nacional por TB de 100 defunciones por cada diez mil habitantes [24]. En el año 1925 en la exposición de motivos de un Proyecto de Ley de Salubridad Pública presentado por la Comisión de Higiene de la Cámara de Diputados [25] se afirma que “el más grande obstáculo que ha tropezado la Comisión para realizar el estudio de la situación de salud” es la ausencia de datos estadísticos. Obstáculo que solo “ha podido salvar, relativamente, por medio de apreciaciones indirectas y mediante la información de los altos funcionarios de la sanidad pública y militar”.

Esta misma Comisión – conformada, entre otros, por los Drs. Pedro Villanueva, padre del líder aprista Armando Villanueva, y el entonces sanitarista Francisco Graña – remarcaba, con relación a la situación de la tuberculosis, que era una de las principales causas de mortalidad de las ciudades de la Costa, y que Lima es “la ciudad más tuberculizada del mundo”. Para sustentar esta afirmación señalaba que la cifra de muertos por TB en esta ciudad, entre 1900 y 1923, alcanzaba un total de

12.490; así como que el 60% de esos muertos eran indios [25]. Además, hacía los siguientes comentarios y sugerencias:

“Este fenómeno es aún más complejo... porque aparte de las condiciones antihigiénicas de las ciudades, la influencia de las enfermedades reinantes que predisponen a la tuberculización, la falta de asistencia y aislamiento de los atacados; hay que tener en cuenta la intervención de factores sociales predisponentes,... la miseria, el analfabetismo y el alcoholismo (...) se necesita (entonces) construir un hospital de aislamiento, escuelas al aire libre, sanatorios marítimos y de altura, multiplicar los dispensarios, fomentar la enseñanza de la higiene, abaratar la alimentación, mejorar la higiene urbana, reglamentar la construcción de viviendas, a fin de que las casas tengan aire y luz suficientes y, por último, establecer la higiene escolar” (Comisión de Higiene, 1925, pp. 52-53).

El 5 de julio de 1929 se dictó una Resolución Suprema motivada por las alarmantes cifras de mortalidad por TB que se registraban en Arequipa y Mollendo. Esta resolución ordena a la Oficina Sanitaria de Arequipa que proceda a establecer el servicio de reconocimiento médico gratuito de todas las personas que se dediquen a la elaboración, manipulación o expendio de sustancias alimenticias, realizando, siempre que sea necesario, el examen bacteriológico correspondiente y otorgando a las personas reconocidas una libreta sanitaria. Dicha Oficina, de acuerdo con la prefectura del departamento, organizaría el servicio de inspección correspondiente. En los considerandos de la norma se argumenta que "una de las causas de propagación de esa enfermedad consiste en la contaminación de artículos alimenticios elaborados o manipulados por personas atacadas de tuberculosis" [19].

Magnitud demográfica de la TB a nivel de la ciudad de Lima

El Dr. Rómulo Eyzaguirre seguía denunciando en sus estudios, publicados en 1906, el gran problema que significaba la TB pulmonar en la ciudad de Lima: “La terrible tuberculosis, la enfermedad más curable entre todas las crónicas, la que aventaja a todas las causas de la muerte, inclusive el cólera, es la que señala en Lima el mayor coeficiente letal comparado con cualquier ciudad del mundo., se encuentra en la relación del 24% sobre el total de muertes evitables. Ninguna ciudad iguala su coeficiente letal...” [26]. De acuerdo al Dr. Estrella R. los cálculos hechos por Eyzaguirre indicaban una tasa de 62,00 defunciones por diez mil habitantes. Tasa que se elevaba a 70,44 cuando se consideraban todas las formas de tuberculosis [21].

Por su parte, el Dr. Abel S. Olaechea luego de efectuar un detallado análisis de los datos disponibles sobre la mortalidad por TB del aparato respiratorio en la ciudad de Lima concluía que ella había sido alta durante todo el período 1901-1931, aunque en la última década comenzaba a declinar. Entre los años 1901 y 1918 fluctuó entre una tasa máxima de 71 por diez mil (1903) y una mínima de 40 (1912), con una mediana de 53 muertes por cada diez mil habitantes. Mientras que entre los años 1919 y 1930, varió entre una máxima de 53 por diez mil (1919) y un mínimo de 33 (1931), con una mediana de 43,4 defunciones por diez mil habitantes. Sin embargo de esta última declinación, el 11,6% del total de los egresos del hospital Dos de Mayo en el subperíodo 1923-1930 era de pacientes tuberculosos, con una gran letalidad intrahospitalaria: 39,3%. Asimismo, Olaechea informaba que de acuerdo con los resultados del Censo de Lima de 1931, las tasas de mortalidad por TB del aparato respiratorio habían variado significativamente entre los 15 distritos

de la ciudad, con un valor máximo de 60 por diez mil en el distrito 5°, y un mínimo de 22 defunciones por diez mil habitantes en el distrito 14°. Este último, además, era el de menor densidad demográfica [27].

Respuesta del Estado Oligárquico al problema de la TB

Respuesta normativa

En enero de 1900 el gobierno había nombrado una comisión encargada de elaborar una propuesta de lucha contra la TB. La comisión, presidida por el Dr. Belisario Sosa, presentó un informe con la pretensión de orientar las medidas específicas de profilaxia de la TB en el niño y la colectividad, así como las de tratamiento en los sanatorios y las inmunizaciones ("seroterapia") [24]. Una vez presentada la propuesta la comisión fue desactivada. La propuesta fue finalmente desechada. Posteriormente, por Resolución Suprema del 17 de marzo de 1911, el primer Gobierno de Leguía aprobó la iniciativa del Consejo Provincial de Lima para establecer el servicio gratuito de diagnóstico clínico y bacteriológico de la TB en el Instituto Municipal de Higiene, a cargo del presupuesto municipal. Instituto que había sido instalado en 1902.

Cerca tres décadas después del nombramiento de aquella primera comisión, Leguía promulgó la Ley 5816, del 6 de mayo de 1927, en la que se ordena al Ministerio de Fomento crear una Junta o Comisión Ejecutiva de carácter permanente, que tendría cinco atribuciones; entre ellas: "a) La exclusiva dirección científica de la lucha antituberculosa en la República... e) La confección de un proyecto de ley amplio, que presentará al Ejecutivo, para que éste, a su vez, envíe al Congreso el Proyecto que contemple en forma eficaz y científica las medidas que deben adoptarse y los subsidios que deben crearse para intensificar la lucha antituberculosa" [18, 19]. La Junta estaba compuesta por el Director de Salubridad, que la presidiría; dos delegados por la Facultad de Medicina, un delegado por la Academia Nacional de Medicina, un delegado por el Círculo Médico Peruano y un personero por la Sanidad Militar. Luego, por Resolución Suprema de 20 de mayo de 1927, se integraría a la Junta el personero de la Sanidad Naval. No hemos encontrado ninguna información sobre el resultado del trabajo de esta Junta o Comisión Ejecutiva.

En realidad, la respuesta del Estado Oligárquico al problema de la TB en el país nunca correspondió a la magnitud social que éste tenía; y, mucho menos, a la trascendencia otorgada a esta enfermedad por los médicos. En el mejor de los casos, las acciones del Estado dirigidos a la profilaxia y control de la TB fueron solo de carácter normativo, mientras que las acciones asistenciales siguieron estando a cargo de las Sociedades de Beneficencia Pública, particularmente la de Lima. Normas estatales que, casi siempre, carecieron de viabilidad y, especialmente, de factibilidad. Rómulo Eyzaguirre, Abel Olaechea, Francisco Graña y otros médicos salubristas reclamaron, sin mayor éxito, una acción más decidida al respecto de parte de los gobiernos. Posteriormente el médico bacteriólogo Alberto L. Barton [28], descubridor del agente etiológico de la Enfermedad de Carrión, se sumó a esos reclamos, a través de una comunicación presentada al Primer Congreso Nacional de Medicina, realizado el año 1927:

"El paludismo y la tuberculosis, puede afirmarse categóricamente, son los dos grandes problemas médico sociales que el Perú debe encarar y resolver sin tardanza. Si no se le concede todavía la eficaz atención que ambas merecen por su importancia es, de seguro, porque estamos demasiado familiarizados con ellas. En efecto, causa extrañeza que, mien-

tras se contempla con la mayor indiferencia los terribles estragos de estas dos infecciones vulgares, basta que se presenten algunos casos de peste, fiebre de Malta, lepra, viruela o cualquier entidad exótica, para suscitar viva alarma en el público, la prensa y las autoridades sanitarias. Esta actitud, seguramente, no se conforma con los principios de la mas sana lógica” (A. Barton, 1927, p. 1).

Dos años después de promulgada la Ley N° 5816, se efectuó una encuesta sobre el “Estado de la Lucha Antituberculosa en el Perú”, a cargo de los alumnos del 7° año de la Facultad de Medicina de San Fernando, dirigidos por el Dr. Carlos Enrique Paz Soldán, profesor de la Cátedra de Higiene, y cuyos resultados fueron publicados por el Instituto de Medicina Social [29]. En el contenido de esta publicación no se menciona la Ley N° 5186 y se reiteran críticas muy duras sobre la organización, los esfuerzos y los resultados, de la lucha antituberculosa en el Perú, al final del año 1929. Críticas que fueron avaladas, en las páginas 107 y 108 de la publicación, por el mismo Paz Soldán: “Las respuestas que anteceden llevan a una conclusión general y triste: en el Perú no tenemos una organización de lucha que oponer a los estragos de la tuberculosis... la voz de la verdad que resuena por todos estos documentos testimoniales, servirá... para llamar la atención pública hacia la orfandad completa en que nos hallamos de una verdadera organización antituberculosa”.

Entre las críticas que se hacen en ese documento destacaremos las siguientes. No existe un organismo central que tenga la autoridad para constituirse como “cabeza directiva” de la lucha antituberculosa. Oficialmente son tres entidades distintas que comparten esa autoridad y compiten entre ellas provocando conflictos que se resuelven en función de las “influencias políticas” que puedan ejercer en un determinado momento. Esas tres entidades son: la Liga Antituberculosa de Damas, las Beneficencias de Lima y Callao, así como la Dirección de Salubridad. Entidades que trabajaban de manera independiente, sin un plan de conjunto “científicamente concebido” y sin una fuente de recursos fija que permita una labor efectiva, “sino más bien atenuadas a subvenciones mal pagadas o a donativos particulares y como tales completamente eventuales”. En estas condiciones los resultados obtenidos son casi nulos; “puesto que la mejoría o curación de 20 ó 30 enfermos es cosa irrisoria frente a la cantidad de tuberculosos que existen en la vasta extensión de la República” [29].

Actividades gubernamentales y la Dirección de Salubridad

Durante todo el período 1903-1935, las intervenciones de los organismos del Estado en la lucha contra la tuberculosis fueron escasas, no sostenibles y desarticuladas. A ellas nos referiremos brevemente en los siguientes párrafos.

Por Decreto Supremo del 5 de diciembre de 1911 se creó la Asistencia Pública de Lima, encargándose de su organización a la Dirección de Salubridad, para atender la “profilaxia de las enfermedades infecciosas que diezman a las poblaciones y degeneran a la raza”, así como para atender de manera inmediata los accidentes en lugares públicos. En esta organización se distinguían cinco secciones: tres dispensarios (para la profilaxia de las enfermedades venéreas, de la tuberculosis y de las enfermedades de la infancia), una Oficina de lucha contra el alcoholismo y un puesto de socorro para los accidentes. Pero, en 1923, tomando como base el Servicio de Asistencia de Lima, se crea el Departamento de Asistencia Pública, ahora como dependencia del Ministerio de Gobierno, en cuya organización se consideró solamente dos secciones operativas: la de Primeros Auxilios y la de Profilaxia de las Enfermedades Venéreas [7, 19].

Posteriormente, por Resolución Suprema del 26 de abril de 1929, se ordena que la Dirección de Salubridad proceda a establecer en el Instituto Nacional de Vacuna y Seroterapia, una Sección encargada de la preparación y propagación de la vacuna antituberculosa del Dr. Calmette, "método que ha dado eficaces resultados en otros países". La Sección debería suministrar la vacuna necesaria para el uso de la Junta de Defensa de la Infancia y de las maternidades de la República, así como para el público en general [19]. Ello sucedía, a pesar que los resultados positivos de los estudios realizados en Francia aún no habían sido corroborados en otros países, lo que retrasó el uso de la vacuna en el resto del mundo.

Finalmente, durante el gobierno de Sánchez Cerro, por Ley N.º 7699, promulgada el 8 de febrero de 1933, se crea el "Timbre Antituberculoso". La ley estaba rubricada por Clemente J. Revilla, Presidente del Congreso; L. A. Brandariz, Ministro de Fomento, y por el Presidente de la República. El monto de lo recaudado, "Fondos pro campaña antituberculosa" era entregado a una comisión ejecutiva formada por delegados de las Beneficencias de la República, que se encargaba de su distribución. Luego, por Resolución Suprema del 2 de junio de 1933 se aprobó su reglamento. La Dirección de Salubridad, de acuerdo con lo dispuesto en la ley N.º 5816, estaba encargada de dirigir la campaña antituberculosa con el asesoramiento de la mencionada Comisión Ejecutiva [30].

Beneficencias de Lima y Callao: asistencia y profilaxia de la TB

Beneficencia de Lima y la Comisión de la Facultad de Medicina

El 15 de marzo de 1902, el director de la Sociedad de Beneficiencia de Lima, Sr. Pedro Gallaher, solicitó a la Facultad de Medicina de San Fernando que coordinara la selección de la mejor ubicación de un Sanatorio a ser construido para la atención de la TB en Lima, así como de la definición de las condiciones técnicas. Aceptando esta solicitud, la Facultad organizó una Comisión Técnica integrada por los Drs. Ernesto Odriozola, M. Dulanto, L. Avendaño y J. Agnoli, la cual emitió su Informe el 29 octubre del mismo año, en el que aparecían sus conclusiones y recomendaciones [31, 32, 33, 34].

La conclusión más importante que se puede extraer de la lectura del Informe de la Comisión es que para enfrentar el problema de la TB entre los tuberculosos pobres de Lima lo prioritario no era la construcción de un solo sanatorio que, además, apenas podría cubrir una pequeña parte de la demanda de atención sanatorial, en tanto que lo urgente era crear la infraestructura necesaria para adoptar las medidas que evitaran o limitaran la difusión de la enfermedad en el resto de la colectividad. Es a partir de esta conclusión que, finalmente, la Comisión recomendó organizar el cuidado del tuberculoso en Lima distinguiendo tres tipos de establecimientos de atención, diseñados en función del estadio de la enfermedad y de las posibilidades reales de su control o tratamiento. Los tipos de establecimientos propuestos fueron los siguientes:

- El hospital especializado exclusivamente reservado para los casos avanzados de TBC (incluidos los incurables). Como alternativa: un pabellón especial para tísicos en un hospital general. Hospital o pabellón que debía cumplir rigurosamente las condiciones de aislamiento, higiene y desinfección establecidas en los hospitales de París (calefacción y ventilación apropiadas, disposición segura de los esputos, lim-

pieza y desinfección de objetos, higiene de pacientes, así como personal hospitalario seleccionado, con buen salario y alimentados convenientemente). Esa alternativa tenía su origen en una propuesta presentada anteriormente por Eduardo Lavorería [35], médico asistente del Hospital Dos de Mayo.

- El dispensario antituberculoso, destinado a la detección precoz de casos que iniciaban clínicamente la enfermedad, la asistencia de los tuberculosos que podían permanecer en su domicilio; y, a practicar la profilaxia mediante la “educación higiénica tanto en el dispensario como en el hogar, el taller, la fábrica y otras colectividades”.
- El sanatorio para tuberculosos pobres, construido a gran distancia de Lima, al que serían enviados solamente los tuberculosos recién contagiados y que mejor pudieran beneficiarse de un riguroso tratamiento higiénico-dietético.

Además de esta recomendación, el Informe también incluyó otras de carácter profiláctico y financiero, que no habían sido consideradas anteriormente en la bibliografía médica peruana. Medidas que eran complementarias a las convencionales de hospitalización y aislamiento, las cuales llegarían a ser parte en la agenda de la lucha antituberculosa en el futuro. Entre las principales: la denuncia obligatoria de los casos de tuberculosis, el establecimiento de dispensarios antituberculosos gratuitos y la creación del seguro contra la TB.

Atendiendo de manera parcial y, a veces, distorsionada las recomendaciones de la Comisión, la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima reforzó sus acciones de lucha antituberculosa, iniciadas en el período anterior, con la realización de obras físicas concretas, entre ellas la construcción del primer pabellón de hospitalización para enfermos tuberculosos, la separación de camas en los hospitales generales para estos enfermos, la construcción del Sanatorio Olavegoya y la creación de los algunos dispensarios antituberculosos. Las actividades de estos establecimientos alcanzaban solo a la población de Lima, Callao y Balnearios.

Pabellones de tuberculosos en hospitales generales

El 1º de mayo de 1907 fue inaugurado el primer pabellón para tuberculosos en el Hospital Dos de Mayo, con el nombre de Sala Santa Rosa. Contó en su inicio con 33 camas. Su primer director fue el Dr. Francisco Graña, quien desde un inicio advirtió a las autoridades del hospital que la Sala no cumplía, en su construcción e implementación, varias de las condiciones señaladas en la propuesta de Lavorería, y que su oferta de hospitalización ya era superada largamente por la demanda efectiva. En 1908 sería inaugurada la ampliación de la Sala Santa Rosa, que pronto estaría bajo la dirección del Dr. Aníbal Corvetto [34].

Al final del período que estamos analizando se disponía en los hospitales de las Beneficencias de Lima y Callao de cuatro pabellones destinados a la hospitalización de tuberculosos: la sala Santa Rosa (64 camas) del Hospital Dos de Mayo; el pabellón N° 7 (52 camas) del Hospital Arzobispo Loayza; la sala de San Sebastian (32 camas) en el Hospital de Guadalupe; y, la sala de Santa María (28 camas) en el Hospital de Bellavista. Un total de 176 camas, todas ellos implementadas de manera insuficiente, especialmente en las dos últimas salas [29].

De acuerdo con todos los testimonios de esos años, la demanda de hospitalización de pacientes de TB desbordaba ampliamente la capacidad de esos pabellones especializa-

dos, por lo que frecuentemente las autoridades hospitalarias permitían el internamiento de tísicos en los otros pabellones, sin tomar precauciones para evitar que ellos se convirtieran en “propagadores de su enfermedad”, contagiando a los internados por otras enfermedades y al personal auxiliar y de limpieza. Además, se estaba muy lejos de cumplir con las condiciones físicas, de equipamiento, de higiene y de personal recomendadas para ese tipo de pabellones especializados [36].

“Dado que el 60% de los tuberculosos que fallecen anualmente (en Lima), mueren en los hospitales Arzobispo Loayza y Dos de Mayo, medida urgente es estudiar técnicamente las condiciones actuales de la asistencia hospitalaria de estos enfermos – a menudo limitada al período incurable y preagónico de la enfermedad – a fin de reducirlos a las exigencias de la sanidad pública y de la economía de las Sociedades de Beneficencia... La contribución de la Cirugía, cuyos métodos ya están implantados entre nosotros en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, deben ser tomada en consideración en el desarrollo de nuestros actuales hospitales...” (Academia Nacional de Medicina, 1932, p.249).

Dispensarios antituberculosos

El 18 de mayo de 1907, el Dr. Abel Olaechea – atendiendo una recomendación de la Comisión de la Facultad de Medicina – presentó a la Sociedad Médica “Unión Sanfernandina”, en unión de Hermilio Valdizán, una propuesta por la que solicitaban que la Sociedad iniciara la campaña antituberculosa creando un Dispensario. Luego, Olaechea insistiría en dicha propuesta, durante una sesión de la Beneficencia de Lima del 2 de diciembre de 1907, ahora como médico adscrito a la Dirección de Salubridad. En 1908 Olaechea presentó su tesis doctoral en la cual expone los argumentos que sustentan dicha propuesta [37], y en 1911 presenta un informe sobre la misma en *La Crónica Médica* para promoverla en la comunidad médica [38].

No obstante tales esfuerzos, la propuesta sólo pudo convertirse en realidad cuando Olaechea fue nombrado, en febrero de 1914, Director General de Salubridad. Entonces, gracias a su gestión personal el Gobierno dictó una Resolución Suprema por la que ordenaba a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima, la construcción de un dispensario con los fondos que tenía depositados para erigir un Sanatorio. Hecho significativo porque se estaba dando, por vez primera en el país, prioridad a los aspectos preventivos antes que a los asistenciales en la lucha contra la TBC.

El modelo de dispensario promovido por Olaechea fue el francés, diseñado por Calmette, cuyo propósito era la profilaxia de la TB, la educación higiénica y asistencia de pacientes que iniciaban la enfermedad. Para ello, su personal debía actuar tanto en el dispensario como en el hogar del enfermo, la fábrica y otros lugares de la comunidad donde existiera mayor riesgo de TB por razones de hacinamiento. Por lo mismo, su característica principal debía ser la de ejecutar visitas a las viviendas de los enfermos con fines higiénicos, por medio de un equipo entrenado de visitantes. De esta característica se derivaría el hecho que el dispensario sería más conocido en el Perú como preventorio, ya que su misión era atraer y educar al tuberculoso para que no se convirtiera en un foco infeccioso.

En 1916 se inauguró el primer dispensario antituberculoso construido en la capital del país, con la denominación de Preventorio “Juan M. Byron” [39]. El jefe fundador de este primer dispensario fue el Dr. Aníbal Corvetto. Con ocasión de la inauguración del llamado Preventorio, el jefe fundador señalaba las limitacio-

nes con que iniciaba su labor, así como las actividades que se debían realizar para alcanzar los fines de un preventorio real [40].

“Este nuevo organismo, que por circunstancias del momento, no cuenta con todos los recursos que corresponden a obras de esta clase, debe convertirse en un preventorium tipo Calmette, perfecto; y como él hay que inaugurar otros muchos. La tarea que se va a realizar es vasta y compleja y está llena de dificultades... No sólo se proporcionará alivio y cuidado solícito a males crueles; se enseñará a los sanos las reglas que deben seguir para ponerse al abrigo del contagio; a los enfermos las precauciones que deben tomar para no convertirse en los funestos agentes de difusión de la enfermedad. Se desinfectará la casa y la ropa; se hará pesquisas; se darán medicinas; se curará...” (A. Corvetto, 1916, p. 144).

Aníbal Corvetto (1875-1935), tisiólogo, considerado el creador de la Escuela Tisiológica Peruana, se había graduado en la Facultad de Medicina de San Fernando, como Bachiller, con la tesis sobre el citodiagnóstico de la pleuresía (1902), y como Doctor en Medicina, con la tesis "Formas Clínicas de la Tuberculosis" (1915). Jefe del Servicio de Tuberculosos del Hospital Dos de Mayo desde el año 1909. Fue profesor universitario y autor de numerosas campañas y trabajos científicos sobre su especialidad. Introdujo en el país el uso del neumotórax artificial en el tratamiento de la TB [34, 41, 42].

Corvetto permaneció en el cargo de jefe del Preventorio hasta el año 1922, cuando fue promovido a la Dirección de Dispensarios y Gotas de Leche de la Junta de Hospitales de la Beneficencia de Lima. Oportunidad en que fue reemplazado por el Dr. Max Arias Shereiber, quien retornaba de un viaje de especialización en Europa, donde trabajó en París con el profesor León Bernard y en Barcelona con el sabio Jaime Ferrán. En su calidad de nuevo jefe, Arias Schereiber inició en el país sus estudios e investigaciones con la vacuna antituberculosa Ferrán, y a partir del año 1923 realizó jornadas para lograr introducir en el país y en América Latina la vacuna BCC recién descubierta en Francia [34, 43]

Max Arias Shereiber (1892-1951), médico egresado de la Facultad de Medicina de San Fernando (1917). Se asimiló a la Sanidad Militar y viajó a Europa para especializarse en Tisiología (1918). A su retorno al país, en el año 1922, dirigió el Preventorio Byron y el servicio de Tisiología del hospital militar San Bartolomé. Al crearse, en 1936, el "Servicio Nacional de Vacunación Antituberculosa", el Dr. Arias sería su primer director. Poco tiempo después, viajó a Europa para perfeccionar sus conocimientos en otras áreas de la Medicina [43, 44].

Al final del período analizado, funcionaban cinco dispensarios en Lima: el central del Preventorio Byron, el de la Recoleta, el de los Huérfanos, el del Refugio, y el de la Liga. Los tres primeros se ubicaban en ambientes distintos del mismo local del Preventorio; teniendo como personal – cada uno de ellos – un médico jefe, un médico asistente, un pesquisador y un portero. Además, el dispensario central disponía de una botica y de un laboratorio, ambos con jefe y ayudante. Ninguno de los dispensarios tenía servicio de Rayos X [29]. De acuerdo con los testimonios de los alumnos de la cátedra de Higiene, los procedimientos de atención realmente utilizados estaban lejos de ser los previstos por las normas establecidas.

“En cuanto llega un paciente, el médico ayudante hace una somera historia clínica con la que pasa donde el médico jefe, quien después de examinarlo dá su receta (de sintomáticos), la que es despachada en un botiquín; en seguida, pasa donde el pesquisador, quien llena una historia social y dicen que se encarga de visitar al paciente, para ver sus ‘modus vivendi’. El enfermo debe volver interdiariamente... no se hace campaña educadora, ni se ampara a la familia. No se cuida a los hijos del paciente, ni se aísla a éste. En cuanto al dispensario del Refugio, se encuentra en peores condiciones de los otros” (Instituto de Medicina Social, 1930, p.65).

Sanatorio Domingo Olavegoya [34, 45, 46].

La ciudad de Jauja tuvo fama de ser un lugar de sanación, lo que puede rastrearse desde los años de la colonia. Por ejemplo, hacia 1639 el padre Bernabé Cobo señala que: “su temple es tan sano y regalado, que muchos van a esta ciudad a cobrar salud y convalecer en aquel valle”. Además, tal como ya se informó en el capítulo anterior, desde la segunda mitad del siglo XIX se sucedieron testimonios de personajes públicos y de médicos nacionales que destacaban las bondades del clima de esta ciudad para la curación de la TB. Por esta fama, cuando a finales de ese mismo siglo se generalizó la idea de la necesidad de un sanatorio para el tratamiento de los tuberculosos de Lima, el lugar de ubicación en el que se pensó, desde un inicio, fue Jauja.

Sin embargo, la construcción de este sanatorio, a pesar de la real disposición que había para tal fin, tuvo que esperar hasta la segunda década del siglo XX, para concretarse. En 1916 la Beneficencia Pública de Lima anunció que había recibido del filántropo Domingo Olavegoya una donación de Lp. 10 000 (S/. 100.000) destinada específicamente a la construcción de un sanatorio para tuberculosos en Jauja; años antes el mismo Olavegoya había comprado y donado un terreno para dicho sanatorio. En 1917, don Augusto Pérez Aranibar anuncia, en la memoria de la Beneficencia de Lima de ese año, que el costo de la obra sería de S/. 250.000. La construcción de la obra física se inició en 1918.

Según Neyra Ramirez [34], el Hospital Domingo Olavegoya inició sus operaciones en el año 1922, para pacientes gratuitos; su primer director fue el Dr. Alfonso de las Casas y su asistente, el interno don Augusto Gamarra. Los pabellones de Santa Elisa y Santo Domingo fueron puestos en servicio el año 1922, luego se inauguraron los pabellones de Santa Luisa y Santa Rosa en 1923, y el pabellón San Miguel, en 1926. Este último para pacientes de paga. En 1929 se inaugura los pabellones de Oficiales y de Tropa. Posteriormente se construyeron otros tres pabellones: de Santo Domingo (Neumología) y los de San Martín y San Vicente (Psiquiatría).

La donación de Domingo Olavegoya fue determinante para la construcción del sanatorio, pero no estaba destinada a los gastos operativos, por lo que fue necesario que los pacientes internados abonaran ciertos montos para su tratamiento, aunque se habilitaron pabellones para los pacientes indigentes. La congregación de las Hermanas de la Caridad se encargó de la atención de los pacientes.

Liga Antituberculosa de Damas

La primera experiencia en el continente americano en crear una Liga para la lucha antituberculosa se dio en el año 1890 y en la ciudad de Santiago de Cuba. A partir de este año instituciones similares fueron creados en diferentes ciudades de

países latino-americanos. Sao Paulo (1899), Río de Janeiro (1900), Salvador (1900), Buenos Aires (1901), Santiago de Chile (1901), Montevideo (1902), Caracas (1905) [33].

En 1913, el Dr. Raúl Rebagliati [47]. en un artículo publicado en *La Crónica Médica* fue el primero en convocar a la orden médica y a la población en general para conformar una entidad de ese tipo en el Perú, con el fin de enfrentar al creciente problema de la TB en el país. Nueve años después, atendiendo al interés de un grupo de damas de la alta sociedad limeña en ofrecer asistencia a los tísicos, especialmente niños, se dictó el Decreto Supremo del 30 de mayo de 1922, que creó la "Liga Antituberculosa de Damas". Luego, se aprobó sus Estatutos, por Resolución Suprema del 11 de agosto de 1922 [18, 29]. En los considerandos del Decreto el Gobierno explicita las razones de esta creación:

“Que en la difusión de esa enfermedad, contribuyen factores de orden social... cuyo control y corrección solo pueden obtenerse... aprovechando... los generosos sentimientos de caridad y las aptitudes especiales que, para labores de ese género, ofrecen las señoras... Que el Gobierno, consciente de la cultura y abnegación de las damas de la sociedad de Lima, está seguro de que ellas responderán, eficazmente, al llamamiento que se les haga, pidiéndoles que orienten su actividad filantrópica y sus brillantes aptitudes, en el sentido de emprender una activa campaña de sanidad y beneficencia contra la peste blanca” (Decreto Supremo 30 mayo 1922).

En sus Estatutos se define a la Liga como una institución de sanidad y beneficencia, que tiene por objeto combatir la difusión de la TBC, poniendo en práctica los medios de profilaxia más eficaces y auxiliando a los tuberculosos que lo necesitan, con los elementos de asistencia o de subsistencia que le sean indispensables y que los recursos de la liga permitan suministrarles.

Los medios de acción previstos eran, además del concurso personal de las señoras, la cooperación que, para todos los asuntos técnicos, le prestaría la Dirección de Salubridad Pública; los dispensarios, sanatorios, hospitales o locales de aislamiento, escuelas al aire libre, colonias escolares, desinfectorios y demás establecimientos análogos que la Liga establezca; así como por los servicios de visitadoras honorarias a domicilio y de pesquisadoras a sueldo que se organicen para la asistencia y vigilancia de los enfermos no hospitalizados. Tendría como fondos propios las subvenciones públicas, los donativos y el producto de sus actividades sociales. Para mejorar la operatividad de la junta, los estatutos fueron modificados por R. S. de 17 de abril de 1925. Asimismo, por R. S. del 2 de marzo de 1926, el Ministerio de Fomento financió, a solicitud de la Liga Antituberculosa de Damas, la adquisición y ampliación de un local que dicha Liga utilizaba para el funcionamiento de las climáticas en Chosica para niños pretuberculosos. Ampliación que permitiría albergar una población de 250 niños [18, 19].

La Liga tuvo una existencia corta y no tuvo oportunidad para alcanzar el desarrollo previsto en su norma de creación. En 1929, la Liga sostenía la operación de un pabellón de 20 camas en el Sanatorio Olavegoya, y dirigía las climáticas de Chosica, así como un consultorio donde se prestaba atención y suministraba medicamentos. Es en este consultorio donde se hacía la selección de los enfermos que se derivaban al Sanatorio. Al año siguiente, con el derrocamiento de Leguía, la Liga fue disuelta. Circunstancias en que las climáticas y aquel pabellón pasaron a ser

dependencias de la Junta de Defensa de la Infancia y de la Beneficencia Pública de Lima, respectivamente (Resolución Suprema del 10 de diciembre de 1930) [29, 49].

2.4. REFERENCIAS UTILIZADAS EN EL CAPÍTULO SEGUNDO

01. Caponi, Sandra. Entre miasmas y microbios: la vivienda popular higienizada. *Cad. Saúde Pública*. vol.18 no.6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2002
02. Bustíos, Carlos. Cuidado de la salud poblacional en el mundo occidental: 555 años de historia. Edita CONCYTEC. 2012.
03. Winslow, Charles-Edwards. The Untilled Field of Public Health. *Mod. Med.* 2 (183), 1920. En *Principios de Administración Sanitaria* de John Hanlon, La Prensa Médica Mexicana, 1963; p. 5.
04. Frost, Wade. *Epidemiology. Papers of Wade Hampton Frost: a contribution to epidemiological method.* New York. Commonwealth Fund. 1941; pp. 494-497. .
05. Márquez, Patricio; Joly, Daniel. A historical overview of the ministries of public health and the medical program on the social security Systems in Latin American. *Journal of Public Health Policy*. Outumm 1986; pp. 379-394..
06. Armus, Diego. Salud y anarquía: la tuberculosis en el discurso libertario argentino, 1870-1940. En, *Salud cultura y sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas*. Cueto, Marcos, ed. Lima. IEP/Organización Panamericana de la Salud, 1996; pp. 111-134..
07. Bustíos, Carlos. La salud en la historia del Perú. Título IV: Período de la República. Capítulo Primero La Sanidad en el Perú: 1826-1902. En: *Historia de la Salud en el Perú*. Volumen 2. Lima. Academia Peruana de Salud, 2009; pp. 251-324.
08. Rosemberg, José. Tuberculose - Aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. *Bol. Pneumol. Sanit.* v.7 n.2 Rio de Janeiro dez. 1999; pp. 5-29.
09. Porter, Dorothy. *Health, civilization an the State, A history of public health from anciet to modern times.* London and New York. Routledge. 1999.
10. Carrillo, Ana María. Los médicos ante la primera campaña antituberculosa en México. *Gaceta Médica de México*. Vol. 137, Nº 4, julio-agosto 2001; pp. 361-369.
11. Ruiloba, Cecilia. La ciudad de la salud: los sanatorios antituberculosos. Universidad de Valladolid. Instituto Universitario Urbanístico. *Ciudades*. 14 (1), 2001; pp. 213-232.
12. Sauret J. La cura sanatorial de la tuberculosis. *Enf Emerg.* 3(4):199-205-7; 2001..
13. Farja, Victorino. La conquista de la tuberculosis. *Rev Chil Enf Respir-* 20 (2). 2004; pp. 101-10,
14. Rosen, George. *A History of Public Health.* M D Publication, Inc. New York, 1958; pp. 294-495.
15. Davies A L. A Historical Perspective on Tuberculosis and Its Control. En: Reichman LB, Hershfield (eds): *Tuberculosis*, Second Edition, New York, Dekker, 2000.
16. Bates J H, Stead W W. The history of tuberculosis as a global epidemic: *Med Clin N Ann.* 77. 1993; pp. 1207-17.
17. Organización Mundial de la Salud. Documento de posición de la OMS sobre las vacunas. Enero 2004. En Internet: <http://www.who.int/immunization/documents/positionpapers/es/>

18. Lavorería, Eduardo. Prontuario de Legislación Sanitaria del Perú. 1921-1928 (Tomo II). Edición Lavorería. Lima, Perú. 1929.
19. Bustíos, Carlos. Cuatrocientos años de la Salud Pública en el Perú: 1533-1933. CONCYTEC . Facultad de Medicina UNMSM, Lima, 2002; pp. 355-707.
20. Olaechea, Abel S. Situación de la Sanidad y Asistencia en el Perú. *La Crónica Médica*. 50, 837. Mayo 1933; pp. 88-90.
21. Estrella Ruiz, Jorge. La Sanidad peruana en 50 años; apuntes para su historia. *Salud y Bienestar Social*. II (6) Nov-Dic 1953; pp. 52-90.
22. Parker, David. Civilizando la Ciudad de los Reyes: higiene y vivienda en Lima 1890-1920. En: *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*. Buenos Aires, Compilado por Diego Armus. Grupo Editorial Norma, 2002; pp. 105-150.
23. León García, Enrique. Las razas en el Perú. Estudio demográfico. Tesis para el doctorado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Lima., Sanmarti y Cía, 1909.
24. Comisión Ad-hoc. Contra la Tuberculosis. *La Crónica Médica*. XVII (267). Febrero 1900; pp. 34-37.
25. Comisión de Higiene de la Cámara de Diputados. Exposición de motivos y proyecto de ley de salud pública. *La Crónica Médica*. 42 (740), Febrero 1925; pp. 51-61.
26. Eyzaguirre, Rómulo. Enfermedades Evitables. Boletín de la Dirección General de Salubridad. N° 1. 1906.
27. Olaechea, Abel S. Situación de la Sanidad y Asistencia en el Perú. Trabajo de incorporación leído en la Academia Nacional de Medicina. *La Crónica Médica*. 50, 838. Abril 1933; pp. 108-113..
28. Barton, Alberto. La lucha contra el paludismo. Comunicación al Primer Congreso Nacional de Medicina. Lima, 1927; p.1.
29. Instituto de Medicina Social. Estado actual de la Lucha contra la Tuberculosis en el Perú. Trabajo del Seminario de la Cátedra de Higiene de 1929 respondiendo a una encuesta de la A.P.I.M. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Lima. 1930.
30. Basadre, Jorge. El timbre antituberculoso. En: *Historia de la República del Perú 1822-1933*. Tomo 13. Lima. Octava edición corregida y aumentada, 2000; p. 3308.
31. Dulanto, M.; Ernesto Odriozola; Leonidas Avendaño. "Sanatorio de Tamboraque: Informe de la comisión técnica nombrada por la Facultad de Medicina a solicitud de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima". *La Crónica Médica* 1903; 20(337) (338); pp. 3-16; 17-29.
32. Dulanto, M.; J. B. Agnoli. Profilaxia de la tuberculosis: Informe de la sub-comisión encargada del estudio de la profilaxia antituberculosa de las colectividades. *La Crónica Médica* 1902; 19(325); pp. 193-211.
33. Núñez Espinoza, Julio Néstor. *Idéias e práticas médicas: luta contra a tuberculose nas cidades de Lima e Rio de Janeiro, 1882-1919*. /Julio Néstor Núñez Espinoza . – Rio de Janeiro : s.n. 2008.
34. Neyra Ramírez, José. *Imágenes Históricas de la Medicina Peruana*. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1999.
35. Barrios, Manuel C. Proyecto de un departamento para tuberculosos anexo al Hospital Dos de Mayo. *La Crónica Médica*. 19 (333), 1902; pp. 325-326.
36. Academia Nacional de Medicina. *La Actualidad Médica*. *La Reforma Médica*. XVIII (149), 15 octubre de 1932; pp. 248-251.

37. Olaechea, Abel S. Estado actual de los conocimientos relativos a la tuberculosis: Difusión y profilaxia de esta enfermedad en Lima. [Tesis de Doctor, Facultad de Medicina]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1908.
38. Olaechea, Abel S. Informe del doctor Olaechea acerca de la lucha contra la tuberculosis. *La Crónica Médica* 1911; 28(549): 299-305.
39. Inauguración del primer dispensario antituberculoso. *La Crónica Médica*. XXXIII (635), Mayo 1916; pp. 129-130.
40. Corvetto, Aníbal. Los fines del Preventorium Antituberculoso. *La Crónica Médica*. XXXIII (635), Mayo 1916; pp. 143-145.
41. Corvetto, Aníbal. Formas clínicas de la tuberculosis pulmonar. [Tesis de Doctor, Facultad de Medicina]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1915.
42. Rabí Chara, Miguel. Diccionario histórico-biográfico médico del Perú Siglos XVI-XX. Tomo XI. *Historia de la Medicina Peruana*. Lima, 2007.
43. Tauro del Pino, Alberto. Arias Schereiber Max. En: *Enciclopedia Ilustrada del Perú*. Tercera edición. PEISA, 2001; p. 221.
44. Arias Schereiber Pezet, Jorge. *La Escuela Médica Peruana 1811-1872*. Lima. Editorial Univeersitaria. 1972.
45. Basadre, Jorge. IX. Domingo Olavegoya.. En *Historia de la República del Perú 1822-1933*. Octava edición aumentada y corregida. Tomo XI, 2000; pp. 2838-2840..
46. Sánchez, Jampier. Sanatorio Domingo Olavegoya. En Internet: historiamedicinaperuana.blogspot.com/.../sanatorio-domingo-olavegoya.html
47. Rebagliati, Raúl. Creación de la Liga Antituberculosa. *La Crónica Médica* 1913; 30(596); p. 30.
- 48 Estrella Ruiz, Jorge. *Prontuario de Legislación Sanitaria del Perú. 1928-1935 (Tomo III)*, Lima. Librería e Imprenta D. Miranda, 1939.
-

Capítulo Tercero

Salud Pública y tuberculosis en un Estado Populista. Perú 1935-1968

3.1. CUIDADO DE LA SALUD POBLACIONAL Y LA SALUD PÚBLICA EN EL MUNDO OCCIDENTAL: 1935-1968

Cuidado de la Salud y enfermedades transmisibles

La lucha antituberculosa en el mundo occidental: 1935-1968

3.2. SALUD PÚBLICA Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN LA REPÚBLICA POPULISTA PERUANA: 1935-1968

Creación del Ministerio de Salud Pública y el Subsector Público en Salud

El Ministerio y los programas de control de enfermedades transmisibles

3.3. LA TUBERCULOSIS Y EL INICIO DE LA LUCHA ANTITUBERCULOSA EN UN ESTADO PERUANO POPULISTA

El problema de la TBC en una República Populista

Programa de Control de la TB en su fase hospitalaria-sanatorial: 1935-1961

Programa Nacional de Control de la TB en inicios de su fase quimiotérapica (primera parte): 1961-1968

Utilización de la BCG en el Perú

Infraestructura física y recursos financieros: 1935-1968

3.4. REFERENCIAS UTILIZADAS EN EL CAPÍTULO TERCERO

3.1. CUIDADO DE LA SALUD POBLACIONAL Y LA SALUD PÚBLICA EN EL MUNDO OCCIDENTAL: 1935-1968

Cuidado de la Salud y enfermedades transmisibles

El mundo occidental después de la Gran Depresión como contexto

Para salir de la “Gran Depresión” económica de los años treinta, los países occidentales siguieron uno de dos modelos: el democrático, representado por el *New Deal* de Roosevelt y por el Gobierno de Frente Popular de Francia; o el totalitario adoptado por los gobiernos fascistas. Además, la *General Theory of Employment, Interest and Money* (1936) de J. M. Keynes rompió con el dominio académico y político de la ortodoxia neoclásica, iniciándose una nueva época para la teoría y la política económicas [1, 2, 3].

Superada la depresión económica, se ingresó a una situación mundial donde se estaba produciendo una fuerte confrontación ideológica y política entre el individualismo liberal y los colectivismos de derecha (fascismo) y de izquierda (marxismo), así como se asistía el fracaso de la Sociedad de Naciones, nacida en la primera posguerra mundial. La lucha política entre las potencias liberales y las autoritarias, así como la lucha ideológica entre el nazismo y el comunismo llevaron a la Segunda Guerra Mundial.

En la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) se enfrentaron los países “Aliados”, liderados por Estados Unidos, con los del “Eje”, liderados por Alemania. Los costos en seres humanos de esta conflagración fueron los más altos en la historia de la humanidad. El triunfo de los “Aliados” en el año 1945 iniciaría un nuevo orden social mundial. Un nuevo equilibrio mundial se impondría en las siguientes décadas. El capitalismo había logrado sobrevivir al triple reto de la depresión económica, el fascismo y la guerra, aunque tendría que hacer frente al comunismo, impulsado desde la Unión Soviética que había surgido como superpotencia. Al término de la guerra, el mundo estaba más internacionalizado. Se crea las Naciones Unidas y se establece un metasistema mundial bipolar, en el que coexisten dos grandes superpotencias, Estados Unidos y la Unión Soviética, con sus respectivos aliados.

Por otro lado, durante los años de esta guerra mundial, un Comité del Gobierno Británico presidido por Sir William Beveridge (1941), había presentado a sus autoridades el Informe *Social Insurance and Allied Service* (1942). En su parte central, las recomendaciones contenidas en el Informe enfatizan que la responsabilidad del Estado es proveer a todos sus ciudadanos, sin importar su capacidad contributiva, un “mínimo nacional” de ingresos y servicios que les permitiera enfrentar los riesgos de la vida y los alentar a mejorar sus propias condiciones de subsistencia. Se puntualiza, además, la interrelación de los diferentes componentes de una política social nacional y se concluye que la seguridad social no podría ser totalmente desarrollada a menos que el cuidado de la salud, uno de sus componentes, fuera realizado a través de un Sistema Nacional de Salud (SNS). El SNS debía garantizar una atención integral (preventiva y asistencial) a todo ciudadano, sin excepciones, sin límites derivados de sus aportes y sin barreras económicas que pudiera retrasar su acceso a dicha atención [2, 3, 4, 5].

Creada las Naciones Unidas, aparecen las agencias multilaterales que conforman el sistema de Naciones Unidas. Entre ellas, la Organización Mundial de la Salud (OMS)

fundada oficialmente el 7 de julio de 1948. El nacimiento de la OMS, representó un hito en la historia de la Salud Internacional, no sólo en términos de la importancia de la nueva organización sino también en términos de las prioridades establecidas por su cuerpo gobernante. La Carta de la Constitución o estatuto jurídico de la OMS fue adoptada por la Conferencia Internacional de la Salud, celebrada en Nueva York el 19 de junio al 22 de julio de 1946, y firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados. En la declaración de principios básicos contenida en la Carta, se define las bases de una doctrina sanitaria que se enriquecerá en las décadas siguientes, legitimando la política sanitaria internacional y orientando la definición de las normas políticas y jurídicas en los países del mundo. Es en el marco de esta doctrina que se define el “derecho de salud” que, luego, se formalizará en el Derecho Internacional a través del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (PIDESC) [6, 7].

Luego, desde comienzos de los años cincuenta las economías desarrolladas del mundo occidental ingresaron en una etapa de acumulación y prosperidad nunca antes imaginada, en la que el llamado Estado del Bienestar que se estaba organizando, apuntalaba tanto al proceso de acumulación como a la distribución de sus frutos. Son los “años dorados” del sistema capitalista occidental, en el lenguaje del historiador Eric Hobsbawn. Esta tendencia al crecimiento de la riqueza en el mundo occidental se agotó en la primera mitad de la década de 1970, cuando la economía mundial comenzó a sufrir la que sería su crisis más profunda y prolongada después de la “Gran Depresión”.

La Salud Pública y las transmisibles en los países desarrollados

Desde las primeras décadas de este período, en respuesta a nuevas y crecientes demandas sociales, así como a las críticas del movimiento académico preventivista a los excesos del enfoque biologicista y asistencialista del cuidado de la salud poblacional, las autoridades sanitarias de los países desarrollados ampliaron el campo de la acción estatal en dos direcciones. La primera, hacia la atención personalizada del individuo “supuesto sano” y de su familia, aplicando nuevos medios preventivos y mejores técnicas de educación sanitaria. La segunda, hacia la prevención y el control colectivo de enfermedades no epidémicas de alta prevalencia, caracterizadas por su endemidad y carácter social. Esta ampliación del ámbito de la intervención pública exigió el incremento de los establecimientos y de los recursos humanos utilizado por los programas de higiene infantil, higiene materna, e higiene escolar; así como la creación de redes de dispensarios encargados de la prevención y control de la tuberculosis, la malaria, las enfermedades venéreas, así como otras “enfermedades sociales” [1]. La prestación de los servicios a cargo de estos establecimientos y dispensarios estatales se mantenía separada de la prestación de los servicios de atención médica ambulatoria y hospitalaria.

“Uno de los acontecimientos mas importantes en los últimos decenios ha sido el desarrollo e incremento que ha tomado la llamada Medicina del Estado, que cada vez extiende más... la antigua y limitada esfera de la Higiene..., acentuando el papel de la sociología en la medicina... en el grupo de los llamados males sociales la tuberculosis, sífilis y otros como el cáncer, la neumonía y las cardiopatías... que se caracterizan por su difusión, tenacidad y evolución... Contra estas enfermedades que afectan a la humanidad en conjunto, pero contra las cuales se encuentran menos preparados ciertos grupos sociales, la sociedad misma, para la defensa propia, se ha visto obligada a ofrecer medios colectivos de lucha... La Medicina Social comienza claramente con la antigua defensa, primariamente municipal y luego nacional, y por lo general sin base lógica, contra las epidemias; toma forma más clara y científica cuando acepta y prohíja la profilaxia, primero con la vacuna-

ción antivariólica, luego la antidiftérica, y últimamente ha tratado de ir poniendo todos los nuevos descubrimientos de valor preventivo que ha aportado la medicina experimental...” (Editorial del Boletín de la OSP, agosto 1938, pp. 741-742).

Por otro lado, siguiendo las recomendaciones presentadas en el Informe de Beveridge, se aprueba el *National Health Service Act* (1946), que crea el Sistema Nacional de Salud de Inglaterra, durante el gobierno laborista; sistema que inicia sus operaciones en julio de 1948. El ejemplo inglés fue seguido por los países de Europa Occidental, que estaban construyendo el llamado Estado de Bienestar, iniciándose así la aplicación de una nueva política de salud orientada a la organización integral del cuidado de la salud colectiva, bajo regímenes financieros contributivos y/o no contributivos. Política de salud que sería fundamentada cognitivamente por los postulados de la economía keynesiana y de la nueva epidemiología y legitimada, luego, por el reconocimiento internacional del derecho universal a la salud [2, 3, 4].

Ahora bien, en los años de la posguerra la mayor eficacia de las nuevas tecnologías médico-sanitarias para reducir los riesgos de muerte, estaba prolongando significativamente la expectativa de vida. En la mayor parte de los países desarrollados, la mortalidad por enfermedades crónicas comenzó a superar a la causada por las enfermedades transmisibles. Entre 1938 y 1953 la mortalidad proporcional por enfermedades transmisibles declinó en los países desarrollados en un ritmo promedio del 8% anual. Asimismo, las frecuencias de la enfermedad coronaria y del cáncer del pulmón, aumentaron lo suficiente para ser consideradas verdaderas epidemias. El crecimiento de la demanda de servicios de atención médica de parte de los ancianos fue cada vez más significativa. Esta nueva situación epidemiológica creó nuevas prioridades y obligó a las autoridades de salud de estos países a cambios en las políticas de asignación y de organización de los recursos humanos, tecnológicos y económicos de salud [4].

Al final del período, los rasgos relevantes de los sistemas de salud de los países europeos occidentales eran los siguientes: derecho a la protección integral de la salud; cobertura universal (casi todo a casi todos); aseguramiento público dominante, y privado competitivo o complementario; financiamiento mayoritariamente público; tendencia creciente del gasto total; escasa correlación entre niveles de gasto y niveles de salud. Rasgos que eran comunes a las dos modalidades básicas de sistemas de salud utilizados: los Sistemas de Seguro Social de Francia, Bélgica, Alemania, y los Servicios Nacionales de Salud de Inglaterra, Suecia, España. Sin perjuicio de sus diferencias, la solidaridad financiera era la base de ambos modelos: los que más ganan pagan por lo que menos ganan, los sanos por los enfermos y los jóvenes por los más viejos [4, 8].

Además, el desarrollo de esquemas de ingeniería y el advenimiento de los antibióticos y de nuevos productos químicos durante la Segunda Guerra Mundial incrementaron las expectativas de control regional de las enfermedades infecciosas y abrieron la brecha a las campañas nacionales de erradicación. En la segunda posguerra, la Salud Internacional inició sus experiencias con los programas verticales y las campañas de ámbito mundial. La nueva tecnología desarrollada durante los años de actividad militar incrementó la esperanza de erradicar algunos de los grandes males de la humanidad. Esta esperanza hizo perder, al final de la década de 1950, todo atractivo a la idea del control de enfermedades transmisibles, provocando que el concepto de erradicación recibiera el apoyo de diversas autoridades. De hecho, entre 1958 y 1977 se organizaron tres campañas mundiales de erradicación: contra el pian, el paludismo y la viruela. Las campañas glo-

bales contra el paludismo y el pian alcanzaron resultados limitados y cuestionables. La campaña de erradicación de la viruela constituyó todo un éxito [8].

Paralelamente a esos avances, el proceso de despegue económico de los países industrializados se acompañaba del fortalecimiento de los movimientos laborales, que exigían mejores servicios de atención médica. Los gobiernos de estos países modernizaron sus hospitales públicos y desarrollaron la infraestructura asistencial de la seguridad social, aunque distorsionando la orientación doctrinaria integralista, propuesta inicialmente por la OIT y la OMS, de una prestación conjunta y equilibrada de servicios preventivos y curativos. Los responsables de la creación, instrumentación y operación de los sistemas nacionales de salud privilegiaron, en los hechos, el uso de tecnologías recuperativas de costos crecientes, en desmedro de los servicios preventivos. Esta prioridad otorgada a lo recuperativo y lo hospitalario tenía su origen en la percepción social del cuidado de la salud que tenían los actores sociales, el carácter biomédico de la formación de los médicos y los intereses económicos vinculados con el poderoso complejo industrial-médico que se había constituido. Intereses que buscaron fundamentarse con los resultados de la investigación biomédica financiada, esencialmente, por la industria farmacéutica.

La Salud Pública y las transmisibles en los países latinoamericanos

Después de la crisis de 1929, la inestabilidad política, la falta de democracia y la extrema fragilidad de los partidos políticos en América Latina permitirían el aumento significativo de la capacidad de movilización de sectores populares en la mayoría de los países latinoamericanos y una mayor presencia de los mismos en el escenario político nacional. Eran los movimientos “populistas” definidos, actualmente, como fuerzas políticas multiclasisistas y nacionalistas, organizadas y conducidas por una fracción del bloque político dominante, lideradas por un personaje carismático, que obtiene el apoyo masivo de las clases populares al proponer y/o realizar políticas aparentemente reformistas o desarrollistas. El ejemplo clásico es el peronismo [9, 10].

Al llegar al gobierno, el populismo crea un nuevo estilo o forma de hacer política social. Se abandona el esquema de abstencionismo en el campo económico y, en menor grado, en el campo social que preconizaba el Estado Oligárquico y se pasa a una situación donde al Estado se le asigna el papel de promotor del desarrollo y del bienestar general. Este papel lo pudo cumplir el Estado en los países latinoamericanos, dando respuesta positiva a las demandas de los sectores populares, mientras la coyuntura económica mundial de la posguerra lo permitió. Es decir, en tanto la reconstrucción de Europa y el crecimiento económico de los Estados Unidos revalorizó los productos latinoamericanos de exportación y los Estados nacionales tuvieron recursos para la realización de programas sociales e intentar realizar su papel de agente redistribuidor de la riqueza nacional. No obstante, finalizada esta coyuntura internacional los gobiernos populistas, adoptando un comportamiento “voluntarista”, continuaron intentando atender aquellas demandas [11, 12].

Con la finalidad de aplicar esta nueva política social en el campo de la salud, se ampliaron los objetivos y las responsabilidades de los Departamentos Nacionales de Salud, en la mayoría de países latinoamericanos. Había que empoderar el sistema de cuidado de la salud y fortalecer los programas de Control de las Enfermedades Transmisibles, Higiene Materna e Infantil, Higiene Industrial y Control de Enfermedades Venéreas. Por esta

razón, desde la década de los treinta, los Departamentos Nacionales fueron convertidos en Ministerios o Secretarías de Salud Pública y Asistencia Social, con funciones políticas, administrativas y operativas. Este empoderamiento del sistema facilitó la expansión de la infraestructura y del ámbito de las funciones sanitarias en las siguientes décadas. Expansión que permitió comenzar a incluir en los programas estatales sanitarios, desde inicios de la década del cincuenta, la provisión directa de servicios de atención médica a la población desempleada y, en menor medida, a la indígena.

Posteriormente, en los inicios de la década de los sesenta, los éxitos iniciales de la revolución cubana crearon grandes expectativas de cambio en América Latina. La apremiante necesidad de realizar cambios sociales sustantivos se advertía en diversos países. Para controlar estas expectativas, se organizó en 1961 la Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano, donde Estados Unidos impulsó e hizo aprobar la Carta de Punta del Este (1961). En ella, se acordó aplicar la estrategia de la Alianza para el Progreso, como una nueva alternativa “democrática” para el desarrollo latinoamericano en la década de 1960 [13, 14].

Finalmente, los planes de desarrollo económico y social que comenzaron a ser formulados en el marco de la Carta de Punta del Este fueron interrumpidos por la desactivación temprana de aquella Alianza, provocada por el asesinato de Kennedy en 1963. Sin embargo, la Carta de Punta del Este marcó el inicio, en la Región de las Américas, de la aceptación social y política de la intervención del Estado en la conducción y gestión del desarrollo económico y social, utilizando como instrumento de gobierno democrático la planificación concertada.

Además, como parte de la estrategia aprobada en la Carta de Punta del Este, los países de las Américas convinieron por primera vez en la necesidad de ejecutar un plan de salud pública de ámbito continental para acrecentar el “capital humano” regional. Con el *Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso* (Resolución A.2. de la Reunión de Punta del Este) [15], se aceptó oficialmente que el cuidado de la salud debía trascender la esfera de la acción de los organismos especializados para convertirse en una preocupación de los jefes de Estado. El compromiso unánime de los gobiernos con este Plan, subrayó el hecho de que la salud ya no podía considerarse sólo como una cuestión de un ramo gubernamental; sino, más bien, como una cuestión de todos los ramos gubernamentales, en tanto condiciona y es condicionado por el progreso social y el desarrollo económico. En el futuro, el enunciado de las políticas y estrategias sanitarias en América estarían fuertemente influenciado por este compromiso regional, que entendía a la salud como un fin y un medio para el desarrollo de los pueblos [16, 17].

Una de las metas de este Plan Decenal era: “erradicar del Continente el paludismo y la viruela e intensificar el control de otras enfermedades infecciosas frecuentes como las entéricas y la tuberculosis”. Cinco años después, en el año 1966, las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas habían declinado significativamente aunque seguían manteniéndose en niveles muy altos. Entre 1956 y 1966 las tasas disminuyeron en un 48% en Mesoamérica y en 22% en América del Sur. En 1966, las tasas de mortalidad de enfermedades infecciosas por 100.000 habitantes eran 91,2 en Mesoamérica y 74,7 en América del Sur, diez veces mayores que la de América del Norte [18].

La lucha antituberculosa en el mundo occidental: 1935-1968

Decrecimiento de la mortalidad por tuberculosis

La situación epidemiológica de la TB, reiteramos, había comenzado a cambiar en los países desarrollados al final del siglo XIX, debido aparentemente a la mejoría en las condiciones de vida de la población, especialmente de la alimentación y de la vivienda. Por tales razones, la morbimortalidad asociada a la infección tuberculosa – exceptuando los años de las guerras mundiales – había comenzado a decrecer mucho antes que la aparición de fármacos antituberculosos eficaces. Luego, la expansión de la farmacopea de quimioterápicos en las décadas de los cincuenta y de los sesenta aceleró la caída de las tasas de infección y, muy especialmente, de la mortalidad por TB, pues la letalidad en los enfermos disminuyó notablemente.

En estas circunstancias, en los países occidentales industrializados, donde se habían desarrollado sistemas oficiales de salud capaces de implantar los recientes avances médicos y farmacológicos y atender a los necesitados, la mortalidad por TBC se redujo abruptamente entre 1945 y 1954 y su incidencia continuó descendiendo significativamente. Aunque es necesario advertir, que estas dos décadas no solo fue un período de rápidos avances médicos y sanitarios en estos países; sino también de rápido crecimiento económico y aceleradas reformas de bienestar.

Por otro lado, en los países del Tercer Mundo ese decrecimiento fue tardío y con mucha menor velocidad, debido al escaso desarrollo de sus sistemas de cuidado de salud y, especialmente, por la persistencia de la pobreza y las desigualdades en los niveles de bienestar. Al final de la década de 1960 la situación epidemiológica de la TB continuaba siendo grave en muchos países de este Tercer Mundo.

Inicio de la quimioterapia en los casos de tuberculosis: 1943-1968

El carácter del tratamiento de la TB comenzó a cambiar en el año 1943, cuando S. Waksman obtiene de una cepa del *Streptomyces griseus* un nuevo antibiótico: la estreptomina. Primer medicamento de acción altamente eficaz contra el bacilo de Koch, cuya producción industrial masiva a partir de 1946 hizo posible el inicio del control farmacológico de la TB. Pero, pronto se pudo comprobar que al cabo de pocos meses de aparente curación con este medicamento muchos enfermos reactivaban sus lesiones debido a la propiedad del bacilo de desarrollar cepas mutantes resistentes a la acción del antibiótico; además, tenía una alta neurotoxicidad auditiva y vestibular [19, 20, 21].

Además, en el año 1944 habían comenzado los ensayos terapéuticos con el ácido para-amino-salicílico (PAS), que conseguía efectos terapéuticos similares a la estreptomina, pero que tenía similares inconvenientes de toxicidad y de la selección de resistencias. No obstante, en 1949 se pudo observar que el PAS, administrado conjuntamente con la estreptomina, retrasaba o impedía la aparición de resistencia a la misma. Desde entonces se ha considerado esencial para la quimioterapia adecuada de la TB suministrar dos o más fármacos combinados [19, 20, 21].

Por otro lado, la isoniazida o ácido hidrácido isonicotínico (INH) había sido sintetizada en 1912 por Meyer y Malley, y según los resultados de estudios realizados en 1951, se pudo descubrir su carácter de potente agente antituberculoso. En consecuencia, el año 1952 se inició su uso en los Estados Unidos, como un quimioterápico con una mayor actividad bactericida que la estreptomina. Pero pronto se comprobó que cuando la

INH se utilizaba sola se presentaba rápidamente gérmenes resistentes a su acción terapéutica, aunque ello no sucedía cuando era utilizada combinada con otros quimioterápicos. Desde esos años, es un componente de todos los regímenes mixtos primarios medicamentosos, porque es muy eficaz, relativamente poco tóxico y barato [19, 20, 21].

Inicio de la etapa quimioterápica en la organización de la lucha antituberculosa

En los primeros años de la década de 1950, estaba finalizando en los países desarrollados la etapa sanatorial de la lucha contra la TB. Paralelamente al éxito que iban teniendo los quimioterápicos, se asistió a un cambio en la terapéutica quirúrgica de la TB en los sanatorios, que ahora se acompañaba con un tratamiento antibiótico riguroso. Se abandonó el neumotórax artificial para ser reemplazado por los colapsos quirúrgicos y exéresis segmentarias, lobulares, pulmonares o pleuropulmonares. Los sanatorios y los hospitales especializados para el tratamiento de la TB se comienzan a transformar en Hospitales del Tórax, para adecuarse a las nuevas tendencias [22].

“El Sanatorio, lugar de reposo y de cura de aire ha desaparecido, la terapéutica de la TB se ha hecho activa y los establecimientos encargados de aplicarla se han hecho, consecuentemente, activos... Ha desaparecido aquella diferencia de enfermos para hospital, los más graves e incurables; y enfermos para el Sanatorio, aquellos con lesiones mínimas que podrían curarse por sí solos. Ya no cabe, como no sea en casos muy extremos, distinguir al paciente tratable del intratable y el hospital es un centro de trabajo coordinado entre el Dispensario y la recuperación... Del preventivo casi nada hay que decir porque el asilo temporal para niños en peligro que ofrecían... resulta inoficioso cuando no había la verdadera prevención en el núcleo familiar. Estos establecimientos se han convertido también en centros de tratamiento y curación para los niños enfermos iniciales mientras se resuelve el problema familiar, o en centros de abrigo temporal, accesorios del servicio social” (O. García Rossell, 1951, p. 10).

En diciembre de 1950, se realizó en Copenhague la XI Reunión Mundial organizada por la Unión Internacional contra la Tuberculosis (UICT), teniendo como tema principal “Prioridad en los medios a aplicar en los países en que la lucha está en comienzos”. En todas las ponencias y conclusiones se coincide en la urgente necesidad de implantar en estos países las medidas de control, despistaje, internamiento, tratamiento, paralelamente a las medidas de orden social” [19, 20, 21, 22].

Entre 1950 y 1958, los ensayos realizados en Madrás (actualmente Chenanai) en la India, bajo los auspicios de UICT, tuvieron como objetivo comparar los resultados del tratamiento domiciliario con el hospitalario: cada paciente recibió INH y PAS, el tratamiento standart en el momento del inicio del estudio. Finalmente, se demostró que el tratamiento domiciliario ambulatorio era muy eficaz y no aumentaba el riesgo de infección para los contactos familiares del paciente. Esta demostración determinó el abandono del tradicional tratamiento nosocomial y abrieron nuevas perspectivas para los programas terapéuticos nacionales de los países en desarrollo [19, 20, 21, 22].

Paralelamente a los ensayos de Madras, el Prof. John Crofton y su equipo de investigadores en Edimburgo, Escocia, desarrollaron un régimen de tratamiento basado en el uso de una combinación de tres medicamentos antituberculosos (estreptomina, INH y PAS) que disminuyó a la mitad las tasas de notificación de TBC en dicha ciudad entre los años 1954 y 1957 y logró que la tasa de curación de 100%, después de dos años de tratamiento, fuera un objetivo razonable. Para validar estos resultados en el ámbito

mundial, la red de expertos de la UICT participó en el primer ensayo clínico de colaboración internacional para el tratamiento de cualquier enfermedad, con un total de 17.391 pacientes de 17 países que fueron evaluados por resistencia a los medicamentos. El resultado fue el “método de Edimburgo” que, pocos años después, se convertiría en un esquema modelo para el tratamiento de la TB [19, 20, 21, 22].

Entre el 18 y 24 de agosto de 1964 se reunió por octava ocasión en Ginebra el Comité de Expertos de la OMS en Tuberculosis. Al iniciarse el evento, el Director General de la OMS declaró que no obstante los avances científico-tecnológicos alcanzados “la tuberculosis sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública en casi todos los países... es alarmante las diferencias cada vez mayores... entre los países con abundantes recursos económicos y los países de economía pobre”, y que esta “deplorable situación” se debía en gran medida a la “aplicación inadecuada de los conocimientos actuales”. De manera concordante con tales declaraciones, en el Octavo Informe del citado Comité se recomienda una nueva política de organización de la lucha contra la TB – ahora en su etapa quimioterápica – basada en el concepto de programas antituberculosos en escala nacional, que deben cumplir cuatro requisitos y ser ejecutados través de la red existente de instituciones de servicios de salud [23].

“La formulación de un programa nacional... exige una interpretación correcta de la situación epidemiológica, la existencia de medios de diagnóstico seguros y la adopción de medidas preventivas y curativas que sean a la vez eficaces y poco costosas. Cabe hoy día hacer concurrir todas esas condiciones y por lo tanto es posible iniciar un programa antituberculoso nacional, cualquiera sea la situación del país, con criterios nacionales (...) un programa nacional ha de satisfacer los cuatro requisitos siguientes: a)... la acción antituberculosa ha de extenderse con carácter permanente a todo el territorio... b) ...ha de adaptarse a las necesidades que la población sienta como tales... c)... es indispensable integrar los servicios antituberculosos en la acción de los servicios generales de salud pública... d)...deberá concebirse de modo que su ejecución a escala nacional no rebase las posibilidades financieras del país” (OMS, 1964, p. 19).

En este mismo Informe, el Comité subrayó que los individuos con TB pulmonar que eliminan bacilos son las fuentes de infección que mantienen la transmisión en una colectividad; por tal hecho, considera que es esencial entender por “caso” de TB pulmonar solamente al individuo cuya enfermedad se haya confirmado bacteriológicamente. Hasta entonces, la minimización de la importancia del diagnóstico bacteriológico de la enfermedad, había conducido a muchos errores en el diagnóstico y en el control de la enfermedad, tratándose como tuberculosos a personas que, presentando signos clínicos o radiográficos sospechosos de la enfermedad, no la sufrían. Meses después, en el Seminario Regional de la TBC en Maracay (Venezuela), efectuado en noviembre y diciembre de 1964, se ratifican para América Latina aquellas recomendaciones.

Pocos años después, al final de la década de 1960 se había constatado en todos los países que una proporción importante de los pacientes tratados con quimioterápicos no toman la medicación tal como se les ha sido prescrito, incluso cuando se le ha instruido ampliamente. Este dato sumado al riesgo de la aparición y diseminación de la TBC fármacoresistente condujo finalmente a reconocer que la observación directa del tratamiento exitoso constituye la meta de la atención [23, 24].

También al final de la década de 1960, ya se había comprobado que los regímenes intermitentes pueden ser tan eficaces como los diarios y ofrecen las ventajas que la medi-

cación puede ser totalmente vigilada. Además, se descubrió la rifamicina, quizá la medicación antituberculosa más eficaz.; el uso de este nuevo medicamento conduciría, posteriormente, al surgimiento de los modernos y eficaces regímenes de corta duración. Asimismo, conforme se realizaban numerosos ensayos terapéuticos con asociaciones de medicamentos, de diferente duración y con formas de administración distintas, se estaban logrando concretar esquemas terapéuticos de alta eficacia, comenzándose a pensar seriamente con la posibilidad de lograr un control permanente de la tuberculosis, especulándose con su erradicación [25]. Por otra parte, la vacunación con BCG se había difundido en todo el mundo debido al fuerte apoyo recibido, durante las últimas décadas, por el UNICEF y la OMS; no obstante que los resultados de los estudios controlados sobre la eficacia del BCG continuaban siendo extremadamente variables.

3.2. SALUD PÚBLICA Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN LA REPÚBLICA POPULISTA PERUANA: 1935-1968

Creación del Ministerio de Salud Pública y el Subsector Público en Salud

El tercer modelo de organización del sistema oficial de salud en el Perú, vigente en los gobiernos del Estado Populista (1935-1968), es denominado – para los fines de este documento – Salud Pública Moderna. Su instrumentación se inicia en 1935, durante la gestión de Benavides, con la Ley del Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social (MSPTPS), que ubica a la autoridad de salud en el primer nivel político-administrativo, como miembro del Consejo de Ministros. Años después, en diciembre de 1942, se promulgó la Ley 9676, por la cual las direcciones de Trabajo y de Asuntos Indígenas, del MSPTPS, se transfirieron al Ministerio de Justicia. La misma norma ordenó que el Ministerio de Salud Pública se denominara Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). El nuevo sistema de salud pública fue entendido por los gobernantes como un instrumento de acumulación del “capital humano”, necesario para el crecimiento económico, así como un medio de legitimación para ampliar los espacios de gobernabilidad del país [26, 27].

Teniendo como entidad central al MSPAS se crea y se desarrolla el Sector Público en Salud, que al final del año 1968 tenía en su ámbito a numerosas entidades estatales y paraestatales vinculadas con el cuidado de la salud. A las acciones preventivas promocionales, a cargo tradicionalmente del Estado, se sumaron las asistenciales de atención médica. Se aplicó una política de extensión de servicios, con altas inversiones públicas en la infraestructura de atención médica, dirigidas a satisfacer las demandas asistenciales de la población urbana organizada en sindicatos y en las “barriadas” [26, 27].

Estos cambios se producen en el contexto político de gobiernos bajo la influencia de los sectores agrarios exportadores, que aplicaron políticas sociales voluntaristas de extensión de los servicios públicos de educación y salud. El año 1952 se creó el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, que hasta 1968 realizó obras hospitalarias, así como apoyó programas de control de enfermedades transmisibles y a las sociedades de beneficencia. A ello se sumó, un renovado interés en la colonización de la selva, de parte de militares, empresarios, políticos, salubristas y organismos de cooperación externa [26, 27].

Paralelamente a estos cambios, la prestación de servicios de atención médica a los trabajadores comenzó estar a cargo del Seguro Obrero, creado en 1936, y del Seguro del Empleado, creado en 1948; nuevas entidades sustentadas en concepciones bismarckianas de la seguridad social. Los hospitales de las Beneficencias Públicas fueron reorganizados y sus administraciones transferidas progresivamente al MSPAS.

A diferencia del anterior sistema de salubridad, el nuevo sistema de salud pública – ahora conducido por un Ministro del ramo – se caracterizó por su fuerza política y financiera que permitió la creación y/o fortalecimiento de nuevas entidades y dependencias públicas que constituyeron el Subsector Público de Salud, así como un rápido y significativo crecimiento de la infraestructura de atención médica. Entre las entidades del Subsector Público en Salud que permitieron el desarrollo de esta infraestructura, destaca el Fondo Nacional de Salud y Bienestar. Pero, este enorme esfuerzo financiero se había orientado a crear medios asistenciales, especialmente hospitalarios – en detrimento de los preventivos – sin haber previsto la sostenibilidad financiera futura de sus costos operativos y de mantenimiento. Además, esos hospitales se concentraron en el área urbana y sus niveles de eficiencia y equidad estaban lejos de ser satisfactorios. La tasa de 2,52 camas hospitalarias por mil habitantes, alcanzada en 1964, sería la más alta registrada en el país, luego, descendería de manera sostenida y progresiva [26, 27].

El Ministerio y los programas de control de enfermedades transmisibles

Al principio del período, los problemas de salud poblacional valorados como los de mayor magnitud y trascendencia, por las autoridades de salud, eran: las enfermedades infectocontagiosas endémicas, la mortalidad infantil, las enfermedades carenciales y la pneumoconiosis. Entre las infectocontagiosas continuaban preocupando la tuberculosis y el paludismo. En el año 1937, el Ministro de Salud Pública C. Carvallo [28], después de lamentar la existencia de una alta mortalidad general en el país, enumera los principales problemas de salud, según regiones naturales, de la manera siguiente:

“Esta alta mortalidad... es debida en primer lugar a las enfermedades infectocontagiosas que representan el 36 % de todas las muertes y dentro (de ellas)... está la tuberculosis que mata en proporciones enormes... Después... tenemos a la mortalidad infantil que es enorme... El problema sanitario de la Costa, es también, el que se refiere a su población rural, su población campesina. Es desastroso el paludismo... La Montaña también presenta un coeficiente vegetativo insignificante... las condiciones sanitarias... son desastrosas. Todas las enfermedades infectocontagiosas están allí... Es pavoroso el cuadro sanitario de la Montaña...”. (C. Carvallo, 1940, p. 30-32)

Creado el MSPTPS, se optó por organizar SERVICIOS NACIONALES, estructuras organizativas verticales de gestión centralizada. Sus Departamentos Técnicos, ubicados en el nivel central, coordinaban, dirigían y controlaban verticalmente a los Servicios Especiales, ubicados en el nivel periférico o ejecutivo, que correspondían a su área técnica. Al final del año 1945, ya funcionaban en el MSPAS siete Servicios Nacionales, que con su año de creación son enumerados a continuación: Antipestoso (1929), de Profilaxis de la Fiebre Amarilla (1935), Antituberculoso (1941), Antimalárico (1941), Antivenéreo (1941), de Vacunación (1943), y Antileproso (1943) [26, 27].

Posteriormente, por Decreto Supremo del 2 de diciembre de 1945 se inició oficialmente la aplicación de una nueva doctrina administrativa de centralización técnica y descentralización ejecutiva del MSPAS, que fundamentó la desactivación progresiva de los Ser-

vicios Nacionales de Salud, criticados por su carácter concentrador y vertical. En el proceso de esta desactivación, las unidades centrales de los Servicios Nacionales pasaron, primero, a conformar un gran Departamento de Especialidades Sanitarias, órgano de la nueva Dirección General de Salud que luego, a partir de mayo de 1946, se desconcentraron en los Departamentos Técnicos (de Tuberculosis, Malaria, Venereología, Lepra, Peste, Fiebre Amarilla, etc.), ahora con funciones normativas independientes. Cada Departamento Técnico orientaba las campañas que correspondían a su campo de especialidad. Campañas que debían hacerse efectivas de manera descentralizada, mediante los Servicios Periféricos del MSPAS (Unidades Sanitarias) en todo el país [26, 27].

El día 10 de mayo de 1950 se suscribió, a solicitud del Gobierno del Perú, un Acuerdo Cooperativo entre el MSPAS y la Oficina Sanitaria Panamericana, para el desarrollo de un programa de lucha contra las enfermedades transmisibles (no se incluía a la TB). En cumplimiento del Acuerdo, la conducción y ejecución de los programas y de las campañas estuvieron a cargo de la División de Enfermedades Transmisibles, que se constituyó en una repartición de la Dirección General de Salud Pública del MSPAS. La vigencia del Acuerdo se fijó en cinco años [29]. De manera paralela a esta nueva estructura, el Departamento Técnico de Tuberculosis, ahora como División de Tuberculosis, continuó con la responsabilidad de la dirección técnica de la Lucha Antituberculosa.

En la posterior reorganización del MSPAS, efectuada en 1957, la División de Enfermedades Transmisibles, así como la División de Tuberculosis se convirtieron en dependencias de la nueva Dirección de Servicios Técnico Normativos; la cual, a su vez, dependía directamente de la Dirección General de Salud. Ocho años después, en la siguiente reorganización, desaparecieron esas Divisiones y los asuntos a cargo de las mismas fueron asignados a la nueva Dirección Normativa y de Supervisión, órgano de asesoramiento y apoyo de la Dirección General de Salud. Esta última estructura administrativa y los Organismos Ejecutivos Periféricos (Áreas y Unidades de Salud) dependían directamente de la Oficina del Director General de Salud [26, 27].

3.3. LA TUBERCULOSIS Y EL INICIO DE LA LUCHA ANTITUBERCULOSA EN UN ESTADO PERUANO POPULISTA

El problema de la TBC en una República Populista

En 1942 la Delegación del Perú en la XI Conferencia Sanitaria Panamericana informaba que de acuerdo con los datos registrados sólo en las principales capitales de provincias del país y que correspondían a los últimos cuatro años se había calculado una tasa específica por TB de 35 defunciones por cada diez mil habitantes. Asimismo, que los índices de infección tuberculosa, obtenidos con la aplicación de la tuberculina, señalaban que en el grupo etario de 21 a 60 años, el índice de infección era de 70 a 95%, según la exposición o no al contagio. Índice que alcanzaba las cifras de 30% hasta el primer año de edad y de 60% al final de la edad escolar. También informaba que la morbilidad por TB de tipo inaparente – obtenida por estudios radiológicos sistemáticos a grupos supuestos sanos – era de 2 a 5%; en tanto que la morbilidad aparente – individuos sintomáticos que acuden a los dispensarios – era de 40 a 60% [30].

Cano Gironda [31], describía la situación epidemiológica al final de la década de 1940 de la manera siguiente: (i) etapa de tuberculización masiva y epidémica, caracterizada por coeficientes muy altos de mortalidad, morbilidad e infección (20 a 30 defunciones por 10,000 habitantes, 3% de TB activa en un medio supuesto sano, y 20% de 0-3 años, 50% a los 12 años y 90% a la edad adulta de infección tuberculosa; (ii) condiciones económico-sociales de la población muy insuficientes; (iii) características especiales de la raza indígena, cerca de 4'000,000 que habitan en un territorio difícil en núcleos de población muy dispersa; (iv) en orden de recursos sanitarios la lucha antituberculosa está en su etapa inicial y la organización sanitaria del país es todavía elemental. Por su lado, Alfonso Bouroncle [32], analizando la información estadística disponible concluía: (i) infección tuberculosa, difundida por todo el país, más acentuada en las ciudades que en zonas rurales; (ii) número de enfermos evolutivos calculados para el país es de 123.950 (iii) el índice de morbilidad es de 1,4 %, correspondiendo 2,34% para los centros urbanos y un índice de 1,17% para las zonas rurales; (iv) existen 11 enfermos evolutivos por cada óbito anual debido a TBC; (v) la infección se encuentra en fase de tuberculización; pero, como enfermedad aislada, sigue siendo la principal causa de muerte.

Posteriormente, tomando como referencia los datos estimados por los médicos especialistas Vargas Machuca [33] y Zapatel [34], se apreciaría en el país – coincidiendo con lo observado en el resto de países – una disminución significativa de la tasa de mortalidad específica entre el año 1943 y el año 1962: de un valor de 30 muertes por cada 10.000 habitantes, para el período 1943-1948; a otro de 7, para el período 1958-1962. Decrecimiento que se acompañaba de una tendencia a cierta estabilización de las tasas de morbilidad específica: de un valor por encima de 500 casos por 100.000 habitantes en 1950, a otro por encima de 400 y dentro de una curva nuevamente ascendente en 1962. Por su parte, Cano Gironda [35] estimaba una reducción aún mayor de esas tasas de mortalidad: de un valor de 30 defunciones por 10.000 habitantes en 1950 a otro de apenas 5 en 1966; acompañada de una reducción moderada de las tasas de morbilidad específica: de un valor de 400 casos por 100.000 habitantes en 1951, a otro de 300 casos en 1966. Finalmente, de acuerdo a los datos oficiales sobre casos registrados durante el período 1950-1968, las tasas de incidencia de la TBC en todas sus formas se mantuvieron, hasta el año 1966, en niveles muy altos, por encima de 200 casos por 100.000 habitantes; comenzando a disminuir en 1967 y 1968, registrándose en este último año una tasa de 172,2 (21.486 casos) [29].

MORBILIDAD POR TUBERCULOSIS (Tasas por 100.000 habitantes)

AÑOS	Nº CASOS	TASA	AÑOS	Nº CASOS	TASA
1950	15.496	203,0	1960	23.915	240,8
1951	19.540	250,9	1961	23.174	226,8
1952	17.919	223,3	1962	25.540	243,3
1953	17.635	214,2	1963	24.768	228,8
1954	18.081	214,1	1964	26.868	241,1
1955	19.408	223,8	1965	26.502	231,1
1956	19.818	222,6	1966	24.793	210,2
1957	22.552	248,6	1967	21.807	179,7
1958	19.336	205,8	1968	21.486	172,2
1959	22.795	236,0			

Fuente: Oficina Nacional de Estadísticas y Censos.

Programa de Control de la TB en su fase hospitalaria-sanatorial: 1935-1961

Aspectos administrativos

Creado en 1935 el MSPTPS, se identificó en su reglamento la primera estructura estatal permanente encargada de conducir formalmente la lucha antituberculosa en el Perú. Se trataba del Departamento Técnico de Tuberculosis, dependencia de la Dirección General de Salubridad del Ministerio, que tenía las siguientes funciones: estudiar los asuntos relacionados con la TB; y, programar un Plan Nacional que incluya las medidas preventivas y asistenciales pertinentes. El primer Jefe de este Departamento fue el Dr. Dagoberto E. González, quien ocupó tal cargo hasta que fue designado Director General de Salubridad Pública el 18 de mayo de 1938. González era Diplomado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chicago (1931) y tenía estudios en tuberculosis en la misma Universidad, habiéndose dedicado a cirugía de la TB pulmonar por dos años, antes de regresar al Perú. En el año 1939 es reemplazado en el cargo de Jefe del Departamento por el Dr. Luis Cano Girona [36].

Luis Cano Girona (Arequipa, 1910-). Titulado como médico-cirujano en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, España (1934). Título que lo revalida en la Facultad de San Fernando (1936), Recibe el Grado de Doctor en Medicina en la Universidad Central de Madrid (1936). Durante los años 1934 y 1935 había seguido un curso de perfeccionamiento en tuberculosis en el Hospital San Pablo de Barcelona. A su regreso al país, ingresó al servicio público como médico del Servicio de Vacunación Antituberculosa (1936). Becado por la Facultad de Medicina de San Fernando estudió la especialidad de Tisiología en la Universidad de Córdoba, Argentina (1938-1939). A su regreso de Argentina, organizó el Dispensario Antituberculoso del Callao (1939). Pocos meses después, en noviembre de 1939, es nombrado Jefe del Departamento de Tuberculosis del MSPTPS. Posteriormente, estaría a cargo, sucesivamente, de la dirección del Sistema Nacional Antituberculoso y de la División de Tuberculosis (1961) y, a partir de 1964 sería Asesor Principal del MSPAS. Todos estos cargos le permitieron dar directivas, sugerencias y organizar los programas de lucha contra la Tuberculosis en el país durante tres décadas. En el año 1944 había ampliado sus conocimientos sobre TB y enfermedades respiratorias en el Hospital Berman - Kiefer de la ciudad de Detroit [37].

“En noviembre de 1939, en vísperas del fin del Gobierno de Benavides, me llamó Almenara para avisarme que había sido nombrado Jefe del Departamento de Tuberculosis..., tuvimos una discusión porque Almenara quería que yo fuera a un hospital... yo acepté pero manteniendo mi cargo de Médico Jefe del Dispensario Antituberculoso del Callao... Luego vino Prado y entró Carvallo como Ministro de Salud, Alberto Hurtado de Director de Salubridad y Sarda. Eran los tres que manejaron la administración en la época de Prado. Atendiendo a mis solicitudes se creó el Servicio Nacional Antituberculoso, del cual fui su primer director...” (Cano Girona, 1984, p. 5).

Luego, por Decreto Supremo de 13 de enero de 1941, se creó el Servicio Nacional Antituberculoso (SNA), como órgano encargado de la programación, prevención y asistencia médicosocial que realizaba la Dirección General de Salubridad en materia de tuberculosis, y de la orientación y supervigilancia técnica de las actividades similares de los otros organismos públicos y particulares. Servicio Nacional normativo y ejecutivo,

centralizado, sin ninguna relación con los Servicios Periféricos del Ministerio que, por otro lado, eran técnicamente rudimentarios y seguían una filosofía individualista [38].

La Campaña Antituberculosa que debía realizar el SNA directamente o por intermedio de otras entidades públicas y privadas estaba orientada doctrinariamente: “desde el punto de vista médico-sanitario hacia un plan integral de organización, en diversas regiones de la República, de Unidades Sanitarias Antituberculosas que incluyan diversos tipos y categorías de establecimientos, correspondientes a los distintos estadios clínicos de evolución y de la enfermedad, para la detección de casos, la atención ambulatoria y domiciliaria de los enfermos, y la selección de los enfermos que deben recibir tratamiento en hospitales y sanatorios (tratamiento médico y quirúrgico a corto plazo; casas de reposo; asistencia a casos avanzados, etc.); así como, servicios sociales destinados al estudio de los “factores familiares y económicos en cada caso” [38, 39].

Al final del año 1945, el SNA informaba sobre los avances efectuados para el desarrollo de su infraestructura especializada. Disponía del Dispensario Central Antituberculoso de Lima y el del Callao, los dispensarios de Trujillo, Huancayo y Arequipa, así como la Unidad Antituberculosa Infantil que funcionaba en el Hospital del Niño con un pabellón para 100 camas. Se estaba terminando la construcción de dispensarios en otras dos localidades y se iniciaría, en breve, la construcción de tres más. Además, en 1940 había iniciado sus operaciones el Preventorio N° 1 de Collique, con capacidad de 100 camas. Asimismo, el Servicio había incorporado las Escuelas de Climáticas de Chosica, convirtiéndolas en Preventorios, con capacidad para 100 niños. También se instaló y equipó el Preventorio de Huanchaco, destinado a la asistencia de niños, con la capacidad de 100 camas. Adicionalmente, había elaborado los proyectos de construcción de los Hospitales Sanatorios N°s 1, 2 y 3. Asimismo, comunicaba que en el período 1941-1944 se habían inscrito y examinado 145.814 individuos y 8.970 familias de éstos, habiéndose realizado 35.372 radiografías, 326.557 radioscopías, 89.000 neumotórax y miles de análisis, inyecciones y visitas a enfermos en sus domicilios [40].

En 1946, se inició el proceso de desactivación del SNA, y su unidad técnica asume las funciones de Departamento Antituberculoso de la nueva Dirección General de Salud, siempre bajo la conducción de Cano Gironda. Al igual que los otros Servicios Nacionales, el de Tuberculosis tuvo que ingresar a una nueva etapa administrativa, transfiriendo sus recursos y responsabilidades al nuevo Departamento de Tuberculosis y a los Servicios Periféricos, bajo el principio general de centralización técnica y descentralización ejecutiva. Según testimonios de la época, los programas de control de TB trataron de armonizar sus actividades con la política descentralizadora promovida por las autoridades del ramo, pero a los problemas de adaptación a los nuevos criterios, sistemas y procesos, se sumaron los derivados de la resistencia al cambio y la poca comprensión entre los jóvenes administradores sanitarios de Escuela y los viejos clínicos; así como de la falta de integración y descentralización de los aspectos administrativos económicos. Todo ello trajo como consecuencia inmediata una desorientación general de las actividades, mayor incoordinación y, por ende, el menor progreso del programa de control, y la disminución del rendimiento, así como la detención del programa de construcciones [39].

El 30 de septiembre de este mismo año de 1946, se promulgó la Ley 10671 que estableció el examen médico gratuito para los alumnos de las universidades nacionales, con el propósito de realizar un despistaje anual de la TB pulmonar entre dichos alumnos, y su posterior envío a una Universidad Climática aún por crearse. Esta norma que nunca pu-

do concretarse por problemas financieros, expresaba la importancia asignada en esos años al aislamiento de los enfermos para el control de la TB, en este caso universitarios que debían estudiar en una Climática especial, separados de los otros alumnos [41].

En el año 1951, el Departamento de Tuberculosis del MSPAS se convierte en la División de Tuberculosis, continuando con la responsabilidad de la dirección técnica de la Lucha Antituberculosa en todo el país. Esta nueva estructura seguía bajo la conducción del Dr. Cano Gironda, y se organizó en tres Departamentos: Epidemiología, dirigido por el Dr. Alfonso Bouroncle; Vacunación Antituberculosa BCG, a cargo de la Enfermera Ofelia Zevallos; y de Control de Servicios Preventivos y Asistenciales, dirigido por el Dr. Manuel Luna G. Por su parte, las Unidades Sanitarias del MSPAS seguían administrando los servicios preventivos y asistenciales destinados específicamente a la lucha contra la TBC, bajo el control técnico de la citada División [36, 42]. Pero a los problemas administrativos derivados de la descentralización del programa iniciada años atrás, se sumó un nuevo problema de carácter económico-financiero: al crearse en diciembre de 1951 el Fondo de Salud Pública y Bienestar Social, los fondos generados por la Ley 9507 Timbre Antituberculoso pasaron a ser administrados por esta nueva entidad y, aunque conservaron su destino específico, la División de TBC, este organismo técnico especializado perdió la iniciativa y la ejecutoria directa para las inversiones. Lo cual provocaría, a la larga, la paralización del programa de construcciones que había formulado la División [36].

Aspectos técnicos

Según Cano Gironda [39], la doctrina del programa de control en esta primera época de la lucha antituberculosa en el país – previa a la utilización de antibióticos y quimioterápicos específicos – se debía concretar a través de las siguientes acciones:

- Encuestas tuberculino-radiológicas y estudios demográficos para conocer la realidad epidemiológica del problema.
- Cuidado ambulatorio especializado en dispensarios antituberculosos, con funciones preventivas y de asistencia.
- Internamiento de los enfermos tuberculosos detectados, en pabellones anexos a Hospitales Generales, para su aislamiento y tratamiento.
- Atención sanatorial altamente especializada y cirugía de los tuberculosos en cuatro Hospitales Sanatorios Regionales, ubicados en Lima, Arequipa, Trujillo y Jauja. .
- Vacunación antituberculosa de manera experimental y limitada, así como exámenes de despistaje mediante unidades móviles.

En la década de 1950, las acciones técnicas-operativas del Programa de Control de Tuberculosis (PCT) debían estar orientadas doctrinariamente, de la manera que se detallan a continuación. Las de tipo preventivo, debían ser orientadas a localizar las fuentes de contagio de la TB, descubriendo precozmente a los enfermos y aumentando la resistencia de la población susceptible, mediante protección biológica. Ello significaba la práctica de catastros tuberculino-radiológicos y vacunación con BCG a todos los sujetos “anérgicos”. Acciones que correspondían a los Centros de Medicina Preventiva de las Unidades Sanitarias y a sus Unidades Móviles Foto-radiológicas. Para dinamizar estas acciones, se dictó la Resolución Ministerial del 14 de mayo de 1952, que estableció la obligatoriedad del examen tuberculínico y radiológico, así como de la vacunación con BCG a todos los niños de transición y primero de primaria de los colegios del Estado. Casi un año después, en el mismo sentido se declaró obligatorio el examen tu-

berculínico y radiológico del personal doméstico de Lima y Callao, a través de las Resoluciones del 25 de febrero y del 17 de junio de 1953 [41].

Por otro lado, las acciones de tipo asistencial del PCT debían estar a cargo de Unidades Preventivo-Asistenciales, establecidas en poblaciones mayores de 20.000 habitantes. Las cuales debían ser apoyadas por Hospitales Sanatorios y Preventorios, establecidos con criterio regional; y, por acciones sociales destinadas a la protección económica del enfermo y sus familiares. Cada una de estas unidades debía estar constituida por: (i) un dispensario para el diagnóstico clínico, radiológico, broncoscópico y bacteriológico, así como para el tratamiento ambulatorio y domiciliario con el pneumotorax artificial y la medicación quimioterápica y antibiótica en los enfermos susceptibles de este tratamiento»; y, (ii) pabellones anexos a los Hospitales Locales, para el aislamiento y curación del enfermo [42, 43].

Al inicio de la década de 1950, la participación del Estado en el desarrollo de la infraestructura física de la lucha antituberculosa en el país se había incrementado significativamente, en comparación con la disponible en 1941. Ahora ella se hacía efectiva a través de: cuatro Servicios Antituberculosos en Centros de Medicina Preventiva; dieciocho Dispensarios fijos y móviles; trece pabellones anexos a hospitales generales del MSPAS y de la Beneficencia (778 camas); tres Preventorios (300 camas); dos Hospitales Sanatorios, el N°1 de Bravo Chico (850 camas) y el de Jauja (421 camas), aún a cargo de la Beneficencia; el Hospital de Collique; y la Cuna de Chosica (30 camas), para recién nacidos de madres tuberculosas. Continuaba la construcción del Hospital-Sanatorio N° 2, de Arequipa, y el Hospital de Bravo Chico había entrado en funciones en abril de 1949.

Sin embargo de ese desarrollo de la infraestructura física del PCT, a mediados de 1953 el Dr. Cano Gironda, afirmaba que el programa estaba lejos de disponer de la organización prevista y de la infraestructura suficiente para cumplir las normas técnicas establecidas: “los resultados efectivos de la implementación del programa en el país son aún lamentables”. En su opinión, estos resultados eran una consecuencia de que la prioridad realmente otorgada al programa no había sido suficiente para resolver las grandes carencias iniciales. Con un criterio propio de fase sanatorial afirmaba que una de las grandes insuficiencias continuaba siendo la escasa disponibilidad de camas de sanatorios y hospitales (para el aislamiento y curación de los casos activos). Asimismo, opinaba que la red dispensarial requería la construcción de otros 18 dispensarios en el país y se quejaba que de las 7.029 camas que se solicitan apenas estaban en función 2.609, lo que indicaba un déficit, en ese momento, de 4.420 camas [43]. Este déficit se había calculado a partir de normas estadounidenses, las cuales estimaban que se requería, por lo menos, dos camas de hospitalización por cada muerte anual de TB en la comunidad.

Muchos años después, Cano Gironda haría comentarios más favorables sobre los logros en la implementación del programa durante su gestión en este período: “Permitió disponer de dispensarios en el 80% de las capitales de departamentos y de 3,000 camas de hospitalización, distribuidas en Hospitales Sanatorios, Preventorios y Pabellones anexos a Hospitales Generales... El Perú fue el primer país en Latinoamérica en utilizar Unidades Móviles Radiológicas para la búsqueda de casos y el tercer país en el uso de la Foto-Radiología o Método de Abreu” [37].

Por otro lado, hay que destacar que al final de la primera mitad de la década de 1950, aún persistían en el país dudas de las autoridades académicas y gubernamentales nacio-

nales sobre la conveniencia de la inclusión de la estreptomina, el PAS y la INH en el esquema de tratamiento del PCT, no obstante que en el mundo ya se había difundido y aceptado la acción tuberculostática de estos tres fármacos. Según explicaba el director del programa [43] las razones eran las siguientes:

“Algunos (especialistas nacionales), expresan que es suficiente el tratamiento higiénico-dietético para la cura de las lesiones mínimas y desaconsejan el uso rutinario de las curas antibióticas; otros son partidarios acérrimos del tratamiento antibiótico específico; llegando hasta los extremistas que aconsejan la excéresis, resecaando el segmento donde asienta la lesión (...) No es posible... emitir una opinión ya que la medicación antibiótica y la cirugía del tórax están revolucionando..., métodos de tratamiento considerados como clásicos y pasará mucho tiempo para poder aceptar o emitir una opinión del valor real (de los nuevos métodos) en el control de la TB dentro de los programas de Salud Pública en general” (Cano Gironda, 1954, pp.30-35).

Quince años después de escribir esta explicación, el mismo Cano Gironda reconocía los aspectos negativos de la vieja doctrina sanatorial de control: “Predominó en los programas de lucha antituberculosa el criterio asistencial antes que el epidemiológico, utilizándose las estructuras de hospitales especializados y dispensarios con personal de tisiólogos que si bien daban jerarquía científica y calidad, pero sin criterio de salud pública (...) Los recursos económicos en un 80 %, eran gastados, y lo son actualmente, en el sostenimiento de estas estructuras actualmente antiguas y sólo un 20 % en la actividad sanitaria o preventiva de la lucha antituberculosa [35].

Programa Nacional de Control de la TB en inicios de su fase quimioterápica (primera parte): 1961-1968

Nueva doctrina en el control de la TB

Durante la década de 1950 se estaban difundiendo en todos los países, primero, las conclusiones de la XI Reunión Mundial organizada por la UICT en Copenhague; y, luego, los resultados exitosos de las experiencias de los programas antituberculosos de Madras y de Edimburgo, que hemos comentado en páginas anteriores. Se estaba perfilando una nueva doctrina de control de la TB que sería recomendada en 1964 por el Comité de Expertos de Tuberculosis de la OMS. La nueva doctrina modificó algunos de los conceptos fundamentales de antaño sobre la prevención y el tratamiento de la TB, y a través de su aplicación mundial en los siguientes años mostraría su alta eficacia para reducir la mortalidad por TB, aunque manteniendo la morbilidad e infecciosidad de la enfermedad [22, 23].

Además, los nuevos medicamentos antituberculosos, de primera y segunda línea, ya habían demostrado ser sumamente eficaces, en todo el mundo, para poder efectuar el tratamiento en el domicilio de los enfermos y ambulatoriamente en los centros de tratamiento. Esto había significado, que la cura sanatorial u hospitalaria ya no fuera tan indispensable y que la cama hospitalaria constituyera, sólo una fase del tratamiento, para acortar la asistencia hospitalaria y preparar al paciente para la continuación del tratamiento fuera del hospital [35].

De manera concordante con la aceptación oficial del Perú de esta nueva doctrina se declaró de interés nacional, por Decreto Supremo del 12 de agosto de 1959, la formulación de un Plan Nacional de Lucha contra la TBC, que sume y perfeccione to-

dos los esfuerzos aislados que hasta ese entonces se realizaban al respecto en el país. Iniciativa que, sin embargo, recién se precisaría y formalizaría de manera apropiada tres años después.

Plan Nacional de Control de la TB, 1962

El 31 de enero de 1962, se promulgó la Ley 13961, *Plan de Control de la Tuberculosis*, que precisa los alcances del Decreto Supremo de 1959 y eleva los “recursos económicos intangibles” del Fondo de Salud y Bienestar Social destinados al Plan, así como señala como tales los subsidios que otorguen para este Plan las otras entidades públicas y privadas: “Art. 1º: declárese de necesidad nacional el control de la tuberculosis en todo el territorio de la República. Art. 2º El MSPAS, pondrá en ejecución, de inmediato, un Plan de Control de Tuberculosis, de extensión nacional que contemple preferentemente, medidas de prevención; y que incluya a todos los organismos oficiales, de seguridad social e instituciones privadas” [41].

En noviembre de ese mismo año de 1962, el Dr. Cano Girona durante su exposición en el I Congreso Nacional de Salud Pública señala que en el articulado y reglamentación de la Ley 13961 se estatuyen los principios de administración sanitaria moderna en materia de TB; informando, además, que en la actualización del Plan Nacional se han introducido modificaciones acordes con los progresos y recientes avances en la profilaxis y el tratamiento de la enfermedad, entre ellos el uso de las “drogas antituberculosas” [39].

Desde la última reorganización del MSPAS (1965), la Asesoría de Tuberculosis de la Unidad de Epidemiología de la nueva Dirección Normativa y de Supervisión, asumió la responsabilidad directa de la conducción del Programa Nacional de Control de la TB (PNCT), la especificación de normas y procedimientos, así como de la evaluación y supervisión del cumplimiento de dichas normas y procedimientos por las Áreas y Unidades de Salud. Mientras que éstas asumían la responsabilidad de la ejecución de las actividades operativas del programa. Las otras dependencias del MSPAS deberían colaborar con el PNCT, en la medida que puedan ser requeridas. Finalmente, las otras entidades de salud deberían prestar su colaboración, integrándose a las actividades programadas.

Posteriormente, para la aceptación consensual, por los profesionales médico-sanitarios, de la nueva doctrina, del PNCT y de la correspondiente estrategia para el control de la TB en el país, fue muy importante el Seminario Nacional de Tuberculosis, efectuado en Huaraz (julio de 1966), promovido por la Asesoría de Tuberculosis de la nueva Dirección Normativa y de Supervisión del MSPAS – siempre a cargo de Cano Girona – y la OPS. Evento efectuado con ocasión del VII Congreso Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, contando con la participación de los Drs. H. Mahler, futuro director general de la OMS; I. Baldó y J. López Bonilla, expertos extranjeros en tuberculosis de la OMS y OPS [35].

Primer Manual de Normas del PNCT

En julio de 1967, la Asesoría de Tuberculosis publicó el documento *Programa Nacional de Control de la Tuberculosis y la Lepra* [44] en el que se enumeran y explicitan los seis principios de la nueva doctrina técnica-administrativa: (i) TB co-

mo un problema de salud pública y administración sanitaria; (ii) disponer de estructuras y procesos de salud, aún de nivel mínimo, para garantizar el desarrollo, en todos los niveles organizativos, de acciones antituberculosas integradas y permanentes en el tiempo; (iii) disponer de un organismo técnico central, planificador, normativo, supervisor y evaluativo, que mantenga la unidad en la dirección del Programa de Control; (iv) los programas deben ser ejecutados a nivel local en los servicios de las Áreas y Unidades de Salud; (v) las acciones antituberculosas deben ser programadas con un enfoque epidemiológico, señalándose objetivos y metas; y, (vi) disponer de recursos económicos suficientes y permanentes.

Entre las principales orientaciones y metas técnicas destacamos las siguientes:

- Vacunación antituberculosa BCG a toda la población por el método directo, sin previa prueba tuberculínica. Permanente y con una meta de cobertura del 80% de los expuestos.
- Descubrimiento de casos sospechosos y diagnóstico. Búsqueda de casos infecciosos con pruebas tuberculínicas, exámenes fotoradiológicos y comprobación bacteriológica. Meta: identificar el 100 % de los casos infecciosos. Se inicia en el país la búsqueda activa de casos.
- Tratamiento colectivo ambulatorio de enfermos tuberculosos. Utilizando la combinación INH-PAS-estreptomocina o la que convenga de acuerdo al caso. Tratamiento para todo tipo de caso de TBC descubierto. Meta: negativizar al 100% de los enfermos contagiosos. La duración del tratamiento no será menor de un año. Tratamiento no estandarizado, podía durar 18 meses.
- Hospitalización. Utilización de la cama hospitalaria con criterio epidemiológico (negativizar el esputo) y con estancia corta, sólo para casos seleccionados. El paciente continuará con tratamiento ambulatorio una vez que abandone el hospital.
- Quimioprofilaxis. Administración a todos los contactos de INH, en dosis diarias de 5 a 10 miligramos por kilo de peso y por un período no mayor de seis meses.
- Vigilancia epidemiológica. Examen periódico de casos sujetos a quimioterapia. Incluye la búsqueda de nuevos casos.

Utilización de la BCG en el Perú

En octubre de 1934, se había iniciado en el país la utilización de la BCG para el control de la TB como una función directa y explícita del Estado. Inicio que se formalizó e implementó con la creación del Servicio de Vacunación Antituberculosa de la Dirección General de Salubridad. El Servicio funcionaba como un organismo de prevención y de pesquisa de la infección tuberculosa en niños menores de 15 años y de vacunación BCG (vía oral en sus primeros años de operación) a los sujetos negativos al examen radiológico y a la prueba tuberculínica. La vacuna la preparaba el Dr. Pedro Weiss. Entre los años 1935 y 1943, la vacunación BCG se realizó de manera muy restringida, debido a las dudas que aún existían en el mundo sobre su eficacia. Sólo a partir de 1944, se comenzaría a tratar de incrementar su cobertura en el país [31, 45]. La cobertura de vacunación con el BCG continuaba siendo muy baja en 1951, la División de Tuberculosis señalaba que en ese año el número de vacunados alcanzaba apenas un total de 51.478 personas. El 61% de este total eran recién nacidos atendidos en las maternidades, y el 23,5 % eran usuarios de los dispensarios y centros de medicina preventiva [31].

En la segunda mitad de la década de 1950, ya no existían dudas sobre la seguridad y eficacia de la BCG, fresca y liofilizada. Es por ello, que el 13 de agosto de 1956 se

aprueba el Decreto Supremo N° 95 que declara obligatoria y gratuita en todo el país la vacunación con BCG a los recién nacidos, así como a todos los niños menores de 15 años con reacción sospechosa a la tuberculina. La formulación y la difusión de las normas y procedimientos estaban a cargo de la Dirección General de Salud Pública y la información pertinente se centralizó en la División de Tuberculosis [41].

El Dr. José Neyra R. [46] comentaba que si bien el BCG había sido introducido en el país desde 1935, su cobertura siempre había estado alrededor del 3 al 5 % de la población expuesta. Informaba, además, que sólo en 1967 fue de 18.9 %, su valor máximo en el país, debido a que el nuevo PNCT realizó en el país un gran esfuerzo para la vacunación BCG en gran escala, sin prueba de tuberculina previa, asociada a la vacunación antivariólica. Año en que se vacunó, a nivel nacional, un total de 2'409.890 personas, con la siguiente distribución porcentual etaria: 5 a 14 años: 54,7%; 15 y más años: 33,5%; 1 mes a 4 años: 9,3%; y, menos de un mes: 2,6% .

Infraestructura física y recursos financieros: 1935-1968

Desarrollo de la infraestructura

Desde los últimos años del período anterior, los recursos económicos asignados específicamente para los gastos operativos de la lucha antituberculosa procedían del Tesoro Público y, durante el período que estamos analizando se incrementaron progresivamente. Para las construcciones y la compra de equipos, los recursos provenían de los fondos generados por el timbre antituberculoso. El 21 de enero de 1937, se había promulgado la Ley 8492 que amplió los alcances de la Ley 7853 de 1933 incrementando los fondos generados por el timbre antituberculoso [41]. Casi cuatro años después de este incremento, el 31 de diciembre de 1941 se promulgó la Ley 9507, que derogó las Leyes 8492, 7853 y 7699, ampliando aún más los alcances del timbre antituberculoso, así como autorizando un empréstito inicial de 5 millones de soles para la construcción de centros de asistencia antituberculosa. Estos recursos permitieron un desarrollo importante de la infraestructura asistencial. Pero, se carecía de organismos y personal que pudiera hacer estudios evaluativos de este programa [46]. En 1945, antes de su conversión en Departamento Técnico, el Servicio Nacional Antituberculoso había logrado incrementar de manera importante la infraestructura disponible para el desarrollo de sus actividades, tal como se ha descrito y comentado en páginas anteriores. Todas las nuevas construcciones habían sido programadas y financiadas por el Gobierno con un desembolso de S/. 12'000.000 [38, 47].

En 1955, la infraestructura creada y/o programada para la lucha contra la TBC era la siguiente: 20 dispensarios; 3 unidades móviles; Sanatorio Infantil de Collique (300 camas); Hospital Sanatorio para Lima Metropolitana (1.000 camas); Hospital Sanatorio para Arequipa (800 camas); terreno y proyecto de construcción de un Hospital Sanatorio para Trujillo (800 camas); proyecto de remodelación y ampliación a 800 camas del Sanatorio Olavegoya de Jauja. No obstante, de acuerdo a los criterios de la época, esta infraestructura era aún insuficiente.

En el año 1962, al promulgarse la Ley N° 13961, se dotaba al PNCT de recursos financieros que procedían del aumento del 3 al 3,5% de la tasa sobre los sueldos y salarios. Recursos que debían ser administrados por el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social. Este 0,5% de aumento significaba en la práctica una cifra cercana a los 100 millo-

nes de soles adicionales que permitió a la División de Tuberculosis elaborar un plan de diseño vertical que funcionó algunos años, habiéndose habilitado con los fondos provenientes de la Ley a numerosos servicios de TB de las Áreas de Salud de la República. Pero, a partir de 1966 estos fondos fueron destinados a otros fines y el Plan comenzó a perder impulso, ello sucedió a pesar de lo dispuesto al respecto en la Ley 13961.

Conversión de los Hospitales Sanatorios en Hospitales Generales

Tal como ya se ha comentado en páginas anteriores, desde inicios de la década de 1940, con el Servicio Nacional de Tuberculosis, y hasta el final de la década de 1950, con la División de Tuberculosis, era dominante en el país la doctrina sanatorial del programa de control antituberculoso. De acuerdo con esta doctrina, la función asistencial del programa debía cumplirse a través del internamiento de los enfermos tuberculosos detectados en pabellones anexos a Hospitales Generales, para su aislamiento y tratamiento.; así como con la atención sanatorial y el tratamiento quirúrgico altamente especializado pertinente en cuatro Hospitales Sanatorios Regionales, ubicados en Lima, Arequipa, Trujillo y Jauja.

La historia del inicio, desarrollo y final de la etapa hospitalaria-sanatorial de la lucha antituberculosa en el país se refleja en la historia del actual Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima. En 1943, se declaró de utilidad pública la expropiación del Fundo Bravo Chico. En 1944, se aprueba el contrato para destinar los terrenos del Fundo (23.59 hectáreas de terrenos de cultivo y 4.85 hectáreas de terreno accidentado) para la construcción del Hospital Sanatorio N° 1 de Lima La primera piedra del hospital fue colocada el 20 de junio de 1944. Cuatro años después, en 1948, la Comisión de Vigilancia y Control nombrada por el gobierno entregó la planta física e instalaciones del nosocomio al primer Superintendente del Hospital, Dr. Emilio Blanco Torres; quien asumió, con una Comisión Ad Hoc, la organización y el equipamiento del establecimiento. La Comisión estuvo conformada por los Drs. Ovidio García Rosell, Segundo Huaco Vizcarra y Jorge Campos Rey de Castro. El Hospital-Sanatorio N°1 de Lima Metropolitana, también llamado Hospital Bravo Chico, sería inaugurado el 24 de febrero de 1949 por el presidente Odría. Comenzó a funcionar en un área construida de 15.162 m², con 418 camas. Trece años después, en 1962, como consecuencia de una huelga de pacientes, el Hospital Sanatorio N°1 fue reorganizado y transformado en el Hospital del Tórax, bajo la dirección del Dr. Luis Escomel de la Piedra. En 1968, el Hospital del Tórax ya había sido transformado en un hospital general, a través de la ampliación de sus servicios con nuevos departamentos de Medicina General, Cirugía General, Pediatría y nuevas especialidades. En 1969, sería reconocido como el Hospital General Base Centro de Salud Hipólito Unanue, del Area Hospitalaria N°3 La Victoria, bajo la dirección del Dr. Alfredo Heizelmann [48].

Por otro lado, el 15 de enero de 1958 se estaba terminando de construir el Sanatorio N° 2 en Arequipa, cuando sucedió un terremoto que destruyó gran parte de la ciudad y afectó seriamente la estructura del antiguo Hospital General Honorio Delgado, circunstancias en que se tuvo que albergar en la planta física del futuro Sanatorio a los heridos durante el sismo, así como a los pacientes de dicho hospital. Dos años después, el 13 de enero de 1960, cuando el Sanatorio N° 2 ya estaba terminado y listo para su equipamiento para el tratamiento de pacientes con TB de todo el sur del Perú, sucedió en Arequipa un nuevo terremoto, de mayor intensidad al anterior, que deterioró aún más el antiguo Hospital General. Al llegar al lugar del desastre el Presidente Prado y el Minis-

tro de Salud Garrido Lecca, se dictó un dispositivo que habilitaba “transitoriamente” al Sanatorio N° 2 de Arequipa como Hospital General. La devaluación de la doctrina sanatorial del control de la TBC en el país, se hizo patente cuando la habilitación “transitoria” se hizo permanente. El 18 de julio de 1960 se inaugura el nuevo Hospital General de Arequipa, siendo el Ministro de Salud el Dr. Rodrigo Franco Guerra. Inicio sus actividades con 500 camas y su primer director fue el Dr. Carlos López Oré [49].

Por su parte, el llamado Sanatorio Domingo Olavegoya de Jauja, estaba menguando en sus actividades sanatoriales al final de la década de 1950, con la aparición de los quimioterápicos y la disminución del apoyo que recibía de la Beneficencia Pública de Lima. Además, por Resolución Suprema del 15 de Noviembre de 1961, su administración fue transferida al MSPAS, en cumplimiento a la política de salud que ordenaba la integración administrativa de los servicios públicos de salud. En 1964 la labor de las Hermanas de la Caridad llegó a su término en el nosocomio. En el resto de la década de los sesenta, las acciones del establecimiento fueron siendo reorientadas a las labores propias de un hospital general. Posteriormente, en la década de los 80 se logró que el hospital se convirtiera en centro de referencia a nivel regional en las atenciones de salud mental y psiquiatría [50].

Finalmente, el hospital-sanatorio que había sido programado para la atención especializada del paciente tuberculoso de la región del norte, en Trujillo nunca se llegó a construir, a pesar de tener ya el terreno y los planos correspondientes, debido a razones de viabilidad política. Según refiere el Dr. Cano Gironde: “Un día me mandó llamar Haya de La Torre con un diputado y me dijo 'No doctor, cómo va a construir un hospital en la ciudad de Trujillo, ese sanatorio tiene que hacerse en Otuzco... entonces sólo hicimos el de Arequipa’ [37].

Paralelamente a los esfuerzos para hacer realidad los hospitales-sanatorios regionales, el 31 de mayo de 1939, por medio de la Resolución Suprema N° 1870, se inició la construcción un anexo del Hospital del Niño ubicado en Collique, distrito de Comas, para el internamiento de niños de ambos sexos con afecciones de tuberculosis. Gracias a la donación de la familia Álvarez Calderón para este fin, con la colaboración de la esposa del Presidente de la República Oscar R. Benavides. Anexo que fue inaugurado el 15 de agosto de 1940, con capacidad para 100 camas. Al día siguiente 28 pacientes procedentes del Hospital del Niño fueron hospitalizados, tomando el establecimiento la denominación de Preventorio. Luego, en respuesta a la creciente demanda, se tuvo que ampliar la capacidad instalada del establecimiento a 300 camas. Posteriormente, por Resolución Ministerial del 6 de mayo de 1959, el Preventorio se convierte en el Sanatorio de Collique, equipándose convenientemente para el tratamiento de la TB y otras enfermedades respiratorias. Sin embargo, carecía de un centro quirúrgico, dependiendo del Hospital Bravo Chico para completar el tratamiento del niño tuberculoso. Finalmente, alrededor del año 1966 se convertirá en el Hospital Infantil de Collique; el cual, cuatro años después, se constituirá en el Hospital General de Collique [51].

Por otro lado, el 23 de junio de 1966 se aprobó, por Resolución Suprema N° 148-66-DGS, un Convenio de Coordinación y Cooperación Técnica y Económica entre el MSPAS y la Sociedad Pública de Beneficencia de Lima, con el fin de integrar las acciones realizadas en los Pabellones para tuberculosos de los hospitales Loayza y Dos de Mayo, con las efectuadas en los Dispensarios antituberculosos y Secciones correspondientes de los Centros de Salud del MSPAS [41].

3.4. REFERENCIAS UTILIZADAS EN EL CAPÍTULO TERCERO

01. Oficina Sanitaria Panamericana. Editorial. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 15(5), agosto 1938; pp. 741-742.
02. Oficina Internacional del Trabajo. La seguridad social. Manual de educación obrera. OIT. . Ginebra, 1970.
03. Oficina Internacional del Trabajo. Recomendación 69 de la XXVI Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo. En: *Administración de Servicios de Atención Médica*. Publicación Científica N° 129. OPS/OMS. Febrero de 1966; pp. 36-47.
04. Bustíos, Carlos. Capítulo I. Salud Pública y Seguridad Social en el Mundo. En: *La Salud Pública, la Seguridad Social y el Perú Demoliberal (1933-1968)*. Facultad de Medicina UNMSM. CONCYTEC, 2005; pp. 24-42
05. Vanginneken, Wouter. Capítulo 1: Superación de la exclusión social. En: *Seguridad Social para la mayoría excluida. Estudios de casos de países en desarrollo*. Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra, 2000; pp. 1-43.
06. Organización Panamericana de la Salud. Documentos Básicos de la Organización Panamericana de la Salud. Decimotercera edición. Documento Oficial N° 163 OPS/OMS, 1979.
07. Organización Panamericana de la Salud. Número Especial Bioética. . Bol Of Sanit Panam 198 (5-6), 1990.
08. Gómez-Dantés, Octavio; Khoshnood, Babak. La evolución de la salud internacional en el siglo XX. *Salud Pública México: Vol. 3 (4)*, 1991; pp. 314-329
09. Fernández, Carlos (Coordinador). II. La crisis de los partidos políticos. En: *Sociedad, Partidos y Estado en el Perú: estudio sobre la crisis y el cambio*. I Congreso Peruano de Ciencia Política. Universidad de Lima Primera Edición 1995; pp. 117-290.
10. Germani, G. *Authoritarianism, Fascism, and National Populism*. New Jersey: Transaction Books, 1978.
11. Linchrenszejn, Samuel. Pensamiento económico que influyó en el desarrollo latinoamericano en la segunda mitad del siglo XX". *Comercio Exterior*. 51(2). México, febrero 2001; pp. 91-94.
12. Zapata, Ricardo. Evaluación de las propuestas de la CEPAL: su aporte al desarrollo. *Comercio Exterior*. 51(2). México, febrero 2001; pp. 127-137.
13. Organización Panamericana de la Salud. Reunión de Punta del Este, Uruguay, CIES. En: *Salud, Crecimiento Económico y Progreso Social en la América Latina*. Publicaciones varias OPS/OMS. N° 68, Noviembre 1961; pp. 15-33.
14. Singer, Hans. El desarrollo en la posguerra. Lecciones de la experiencia de 1945 a 1985. *Comercio Exterior*. 30 (7). México, Julio 1989; pp. 597-617.
15. Organización Panamericana de la Salud. Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso (Resolución A.2. de la Reunión de Punta del Este) OPS/OMS, 1962.
16. Organización Panamericana de la Salud. Planificación de la salud en la América Latina. Publicación Científica N° 272. OPS/OMS, 1973.
17. Bustíos, Carlos. El escenario latinoamericano. En: *Crisis de los Sistemas de Salud y de Seguridad Social en el Perú: 1968-1990*. Facultad de Medicina UNMSM. 2007; pp. 29-34.

18. Organización Panamericana de la Salud. Hechos que revelan progreso en salud. Metas en la Carta de Punta del Este. Publicación Científica N° 166, OPS/OMS. Septiembre 1968.
19. Davies A L. A Historical Perspective on Tuberculosis and Its Control. En: Reichman LB, Hershfield (eds): *Tuberculosis*, Second Edition, New York, Dekker, 2000.
20. Farja, Victorino. La conquista de la tuberculosis. *Rev Chil Enf Respir*- 20 (2). 2004; pp. 101-110.
21. Caminero, Jose. Guía de la Tuberculosis para Médicos Especialistas. Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. París-Francia. 2003.
22. García Rossell, Ovidio. Tendencias actuales en los programas de lucha antituberculosa. Trabajo presentado en la V Conferencia Nacional de Tuberculosis, Medellín, Colombia. Julio de 1951. Facultad de Medicina de la UNMSM. Lima. Perú, 1951.
23. Organización Mundial de la Salud. Octavo Informe del Comité de Expertos de la OMS en Tuberculosis. Serie de Informes Técnicos N° 290. Ginebra, 1964.
24. Organización Mundial de la Salud. Séptimo Informe del Comité de Expertos de la OMS en Tuberculosis. Serie de Informes Técnicos N° 195. Ginebra, 1960.
25. Wilson, Leonard G., The Historical Decline of Tuberculosis in Europe and America: Its Causes and significance , in *Journal of History of Medicine*, n° 45; 1990, pp. 366-396.
26. Bustíos, Carlos. Capítulo Tercero. La Salud Pública en el Perú-1935.1968. En *Historia de la Salud en el Perú*. Vol 3. Período de Le República (2da. parte). Lima. Academia Peruana de Salud. 2008.
27. Bustíos, Carlos. Historia de las reformas de los Sistemas de Cuidado de la Salud Poblacional en la República del Perú. Lima. 2013.
28. Carvallo, Constantino. La palabra oficial del Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social en la Cámara de Diputados. Boletín de la Dirección General de Salubridad. Año 1940; p. 28.
29. Vallejos, Nilo. Testimonios de personajes de la Salud Pública Peruana, Entrevista efectuada por el Dr. Manuel Campos Sánchez el 25 de marzo de 1984. Escuela de Salud Pública del Perú. 1985.
30. Delegación del Perú. La situación de la tuberculosis en el Perú. Presentado por la Delegación del Perú en la XI Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en Río de Janeiro del 7 al 18 de septiembre de 1942.
31. Cano Gironda, Luis. Estado actual de la vacunación antituberculosa BCG en el Perú. *Salud y Bienestar Social*. I (2) Lima-Perú. Marzo-Abril 1953; pp. 49-60.
32. Bouroncle, Alfonso. Algunas consideraciones sobre Epidemiología de la Tuberculosis en el Perú. Tesis de Doctorado de la Facultad de Medicina de la UNMSM. Lima.-Perú. 1954.
33. Vargas Machuca, Ramón. Factores que influyen en la Epidemiología de la tuberculosis. *Revista Peruana de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias*, 23 (15). 1963.
34. Zapatel, José, Características epidemiológicas de la tuberculosis en el Perú. *Revista Peruana de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias*, 25 (22). 1965.
35. Cano Gironda, Luis. Simposium sobre tuberculosis. Problemática actual de la tuberculosis en el Perú. *Revista del Viernes Médico*. XX(2). Lima-Perú. Mayo-agosto 1969; pp. 146-151.
36. Bustíos, Carlos. Capítulos II, III y IV. En: *La Salud Pública, la Seguridad Social y el Perú Demoliberal (1933-1968)*. Facultad de Medicina UNMSM. CONCYTEC, 2005; pp. 81-189; 311-350; y 440-510.

37. Cano Gironda, Luis. Testimonios de Personajes de la Salud Pública Peruana. Entrevista por Manuel Campos Sánchez el día 27 de agosto de 1984. Escuela de Salud Pública del Perú. 1985
38. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El Estado, la Salud Pública y la Asistencia Social. En *Perú en Cifras 1944-1945*. Darío Sainte Merie. Director-Editor, 1945; pp. 741-759.
39. Cano Gironda, Luis. Aspectos doctrinarios de la situación actual de la tuberculosis y su control. Actas y Trabajos I Congreso Nacional de Salud Pública. Lima (Huampaní). 19-25 noviembre de 1962; pp. 172-179.
40. Carvallo, Constantino. La Sanidad en el Perú. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 25 (72). Febrero 1946; pp. 97-107.
41. Chirinos, Alfredo. Las Leyes de Salud en el Perú: 1945-2000. Juan Gutemberg. Editores Impresores. Lima. 2001.
42. Cano Gironda, Luis. El Control de la Tuberculosis en el Perú. Salud y Bienestar Social. I (2) Lima-Perú. Marzo-Abril 1953; pp. 19-48 y 116-118.
43. Cano Gironda, Luis. Doctrina y práctica del control de la tuberculosis. Revista de Viernes Médico. V (1). Lima, Perú. Enero-marzo 1954; pp. 30-35.
44. Asesoría de Tuberculosis. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis y Lepra. Dirección de Normas y Supervisión de Salud. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Lima, Julio 1967.
45. Almenara, Guillermo. La Sanidad en el Perú. Bol Of Sanit Panam 19 (4) Abril 1940; pp. 319-326.
46. Neyra Ramírez, José. Simposium sobre tuberculosis. El BCG en la prevención de la tuberculosis. Revista de Viernes Médico. XX (2). Lima, Perú. Mayo-agosto 1969; pp. 112-118.
47. Carvallo, Constantino. Memoria del Ministro de Salud Pública. y Asistencia Social. Julio 1941-Julio 1945. Lima. Imprenta Torres Aguirre S.A. Perú, 1945. .
48. Historia del Hospital Nacional Hipólito Unanue. En Internet: www.hnhu.gob.pe/TRANSPARENCIA/Datos%20Generales.htm.
49. Reseña Historica del Hospital Regional Honorio Delgado - Arequipa. En Internet: www.hrhdaqp.gob.pe/history_resena/resena.htm.
50. Historia de la Medicina Peruana: Sanatorio Domingo Olavegoya. En Internet: historiamedicinaperuana.blogspot.com/.../sanatorio-domingo-olavegoya.html.
51. Notas históricas sobre el Hospital Nacional Sergio E. Bernales ASIS 2009 Oficina de Epidemiología. En Internet: www.hnseb.gob.pe/epi/descargas/2011/asis/sis2009.pdf

Capítulo Cuarto

Crisis del Sector Salud y tuberculosis en un Estado Desarrollista. Perú 1969-1991

4.1. CRISIS MUNDIAL DE LA SALUD PÚBLICA Y LA TUBERCULOSIS EN EL INICIO DE LA GLOBALIZACIÓN: 1969-1991

Crisis de la Salud Pública Moderna y las enfermedades transmisibles

La Tuberculosis y su control en un mundo en proceso de globalización

4.2. EL SECTOR SALUD Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN LA REPÚBLICA DESARROLLISTA PERUANA: 1969-1991

Un contexto nacional de reformas, contrarreformas y de crisis

El Sector Salud y el Sistema Nacional de Servicios de Salud: 1969-1991

Ministerio de Salud y el control las enfermedades transmisibles

4.3. LA TUBERCULOSIS Y LA LUCHA ANTITUBERCULOSA EN UN ESTADO PERUANO DESARROLLISTA E INTERVENCIONISTA

El problema de la tuberculosis en una República Desarrollista

Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT): 1969-1991

4.4. REFERENCIAS UTILIZADAS EN EL CAPÍTULO CUARTO

4.1. CRISIS MUNDIAL DE LA SALUD PÚBLICA Y LA TUBERCULOSIS EN EL INICIO DE LA GLOBALIZACIÓN: 1969-1991

Crisis de la Salud Pública Moderna y las enfermedades transmisibles

Crisis económica mundial y el inicio de la globalización

El modelo keynesiano de crecimiento económico que con su aplicación había financiado al Estado de Bienestar de Europa desde el fin de la Segunda Guerra Mundial, mostró sus límites al no poder explicar la presentación, a mediados de la década de los setenta, de una inflación sostenida acompañando a una recesión. Estanflación que caracterizó a la crisis económica mundial provocada por el aumento del precio del petróleo, que se duplicó entre 1970 y 1973, y se triplicó en 1974. Las tesis económicas monetaristas y neoclásicas, defendidas por los neoliberales, desplazan al keynesianismo e inician su dominio en un mundo en proceso de globalización. La economía mundial iniciaba un reordenamiento dramático tan importante como el desencadenado por la crisis de 1929. La mayoría de países de Europa Occidental ingresaron a una etapa de cambios económicos, sin precedentes desde la última guerra mundial, con una restricción progresiva del gasto social público. Argumento central que sustentaba esta restricción era el desequilibrio financiero entre los recursos disponibles y los gastos derivados de las coberturas de la seguridad social alcanzados por el Estado del Bienestar [1].

Por otro lado, desde la década de los 80 el fenómeno de la “globalización” se manifestaba en una creciente interdependencia económica, política y cultural entre los países del mundo, posibilitada a través de una serie de transformaciones sociales a escala planetaria y los avances en la electrónica y las comunicaciones. En el centro de tales transformaciones está presente de manera dominante una propuesta sociopolítica neoliberal para reordenar a la sociedad mundial a través de una desregulación de los procesos sociales que garantice el mayor desarrollo de los capitales privados en una economía de mercado libre. Propuesta sustentada en una concepción individualista del ser humano.

A partir de las elecciones de M. Thatcher, en Gran Bretaña, y de R. Reagan, en Estados Unidos, el mundo occidental es marcado por el dominio de la ideología neoliberal y el proceso de globalización mundial se fortalece. Al final del período, el “socialismo real” se desploma, arrastrado por la crisis económica mundial y sus propias contradicciones. En 1991 el mundo asiste asombrado a la desintegración de la Unión Soviética y la disolución del Pacto de Varsovia. Estados Unidos queda como la única superpotencia bélica capaz de intervenir militarmente en cualquier parte del mundo.

La atención primaria y el modelo economicista del cuidado de la salud

Iniciada aquella crisis económica, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el UNICEF y el Banco Mundial (BM), previendo las futuras reducciones del gasto público en salud, coincidieron en recomendar el uso de tecnologías sanitarias costo-efectivas, baratas, culturalmente aceptables, accesibles a las poblaciones pobres desprotegidas (1975). A partir de esas coincidencias, en septiembre de 1978, se realizó en Alma Ata, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud organizada por la OMS y el UNICEF. En esta Conferencia se redactó la *Declaración de Alma Ata* [2] posteriormente adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1979. En ella se afirma

que la estrategia de atención primaria de la salud es esencial para conseguir la meta de Salud Para Todos en el Año 2000 (SPT/2000).

“La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país pueda soportar, en cada una de las etapas a su desarrollo con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación... forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto del individuo, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud... y, constituye el primer elemento de un proceso permanente de la asistencia sanitaria” (Punto sexto de la Declaración de Alma Ata, 1978).

En 1979, casi inmediatamente después que la atención primaria de la salud (APS) fuera adoptada como estrategia mundial para el cuidado de la salud de la población, empezaron a surgir críticas sobre la escasa viabilidad de su financiación. Investigadores y consultores de la Fundación Rockefeller (FR), afirmaban que la estrategia integral y universal acordada en Alma Ata (APS-I) era compleja, cara y poco realista; y proponían otra estrategia que “apunta” al cuidado de la salud de los grupos de alto riesgo con el uso “selectivo” de herramientas de probada eficacia y eficiencia, bajo costo, y fácil evaluación y monitoreo (F. Godlee, 1993) [3]. En abril de ese año se realizó un encuentro internacional denominado *Salud y Población en Países en Desarrollo*, en Bellagio, Italia; con los auspicios de la Fundación Ford y la FR, y el apoyo del BM. En este encuentro, se sustenta una propuesta de Atención Primaria de Salud Selectiva (APS-S), como una alternativa distinta a la acordada en Alma-Ata (APS-I). Esta nueva propuesta reducía la atención primaria a unas pocas intervenciones tecnológicas de alta prioridad, determinadas no por las comunidades sino por expertos internacionales en salud. La APS-S será adoptada por la UNICEF en sus programas; y, luego, por las otras organizaciones internacionales de salud, con el apoyo manifiesto del BM [4, 5].

Esta nueva versión selectiva y sin contenido político de cambio (y por tanto inocua) de la atención primaria, fue rápidamente aceptada por gobiernos y ministros de salud de los países en desarrollo, en tanto despojó a la APS-I de sus elementos esenciales como propulsor del cambio social y del “derecho y deber de participación”, en tanto podían ser políticamente conflictivos. Además, desapareció la piedra angular que era la participación de las comunidades en la planificación, decisión y control de la APS. La principal crítica de los defensores de la APS-I, sin embargo, fue que la APS-S había estrechado el significado de salud al reducirla a la ausencia de enfermedad y estaba una vez más limitando el rango de las intervenciones del sector salud [6].

En la década de los ochenta ya era común hablar sobre la existencia de una crisis sanitaria mundial, entendida ésta como la incapacidad de la mayoría de sociedades en promover y proteger su salud en la medida que las circunstancias históricas lo requieren. Avanzaba la devaluación de la confianza política y social sobre la eficacia de una Salud Pública orientada por un modelo conceptual igualitarista del cuidado de la salud, diseñado y administrado por epidemiólogos y planificadores de la salud, sustentado en principios de la universalidad y de la equidad de una acción sanitaria compatible con la realización del derecho a la salud. Paralelamente a esta devaluación, el nuevo modelo conceptual neoliberal del cuidado de la salud, diseñado inicialmente por funcionarios del BM, y sustentado en los principios de focalización y selectividad de la acción pública y

en los resultados del análisis económico de la dimensión fiscal y financiera de la atención de la salud, aumentaba su prestigio en la comunidad académica oficial. Modelo que pasó a orientar la agenda internacional en salud, bajo el comando de los economistas y expertos del BM. Entidad financiera que, al final de la década de los ochenta, comenzó desplazar a la OPS y, luego, a la misma OMS, en el liderazgo de la cooperación técnica internacional en salud [7, 8].

Como era previsible, la crisis económica de 1973 afectó con mayor dureza a los países no industrializados, produciendo, entre otros efectos, el deterioro marcado de sus servicios públicos de carácter social. Los gobiernos latinoamericanos detuvieron o minimizaron el financiamiento de los servicios prestados por los programas populistas o desarrollistas que aún mantenían en operación. El modelo neoliberal propugnó por la reducción del tamaño del Estado y la mayor intervención del sector privado en la economía. A partir de entonces se promovieron políticas de privatización, liberalización y desregulación como los nuevos ejes del desarrollo económico y social, así como la focalización del gasto social en los pobres extremos [9]. Los años transcurridos entre 1980 y 1989, son recordados en América Latina como la “década perdida de los ochenta”, vocablo utilizado por los bancos y organizaciones internacionales para definir las esperanzas frustradas y la paulatina desaparición de los adelantos logrados en infraestructura, industria y salud en los últimos 30 años. Década en que uno de los principales temas en debate era el referente a la “crisis sanitaria” en la Región.

La difusión y hegemonía de ese modelo economicista del cuidado de la salud estarían fuertemente vinculadas, durante el resto del siglo XX, a la difusión y dominio del modelo de desarrollo neoliberal, en el escenario oficial nacional e internacional. La versión en español del documento *Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform, A World Bank Policy Study*. (El Financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma). – que presentaba los argumentos centrales que fundamentaban aquel modelo – fue publicada en diciembre de 1987 en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (Vol. 103, N° 6) [10].

Las enfermedades transmisibles en un contexto de crisis y globalización

En lo que se refiere a las enfermedades transmisibles, desde la década de 1960 en los países occidentales desarrollados se produjo una disminución significativa de la incidencia y, especialmente, la mortalidad provocada por estas enfermedades, debido, sobre todo, a la aparición de los antibióticos y nuevas vacunas, así como a la mejora de las condiciones de vida, en comparación con las décadas anteriores. Disminución que fue interpretada por las autoridades sanitarias, con un exagerado optimismo, como una señal de haber conseguido los medios técnicos suficientes para el control sostenible o la eliminación definitiva de la mayoría de enfermedades infecciosas transmisibles. Optimismo que generó en los siguientes años un decrecimiento de la prioridad política de los programas nacionales de control y, luego, el descuido en la conducción, gestión, mantenimiento y evaluación de los mismos. La misma Asamblea de la OMS en el año 1979 consideraba que el mundo en su totalidad estaba en condiciones de iniciar una nueva era en el cuidado de la salud con el comienzo del siguiente siglo (OMS. Resolución 32.20 de 1979, “Salud Para Todos en el Año 2000”) [11].

Sin embargo, en muchos lugares de nuestro planeta existían debilidades y amenazas que falsearían ese optimismo, las poblaciones más pobres no tendrían acceso a esas

tecnologías y las infecciones continuaban causando víctimas, especialmente en el África subsahariana y en las comunidades con mayor vulnerabilidad, como los inmigrantes, los presos y los drogadictos. Estas limitaciones se hicieron más evidentes, desde los inicios de la década de 1980, con la emergencia o reemergencia de muchos eventos epidemiológicos negativos, dentro de los que se encuentran la aparición de nuevas infecciones, de manera especial el SIDA, y el incremento cada vez más alto de la incidencia de otras enfermedades que se pensaba ya habían sido controladas, como la fiebre amarilla, el paludismo, el dengue, la tuberculosis, el cólera, etc. Ello sucedía, entre otras causas, por la mayor resistencia de los vectores y de los agentes biológicos a la acción de los medios utilizados por la Salud Pública en la lucha contra las infecciones, así como al debilitamiento de los programas sanitarios de control de las enfermedades transmisibles.

Al inicio de la década de 1990, los indicadores de salud y los patrones de mortalidad y de morbilidad de los países del mundo mostraban nuevamente que sus características estaban directamente relacionadas con la riqueza del país y con la equidad de su distribución entre los grupos sociales que lo conforman. Las organizaciones internacionales de desarrollo y de salud reconocían y aceptaban, en mayor o menor grado, que la salud pública y su grado de impacto en la carga de la enfermedad y de mortalidad habían pasado de ser un problema técnico de cuidado de la salud a ser un problema de política económica. La globalización y la liberación del comercio de mercancías y de productos farmacéuticos, reforzados por los tratados bilaterales de libre comercio, estaban incrementando la división del mundo en dos grandes bloques: los países productores y los países consumidores. Los organismos multilaterales del sistema de Naciones Unidas, en particular la OMS, estaban sufriendo una distorsión en las prioridades de sus programas globales a causa del crecimiento acelerado de las contribuciones extra presupuestales de los países ricos y de poderosas fundaciones privadas a su presupuesto anual.

La Tuberculosis y su control en un mundo en proceso de globalización

Avances y retrocesos en el control de la TBC en los países desarrollados

En 1968, el grupo italiano de P. Sensi logra el aislamiento de la rifampicina, un derivado semi sintético de la rifamicina. La introducción de este potente medicamento en los esquemas antituberculosos permitió disminuir de forma notable la duración de la quimioterapia para lograr la curación de la TB. En estudios experimentales se demostró su extraordinaria actividad contra todas las poblaciones bacilares, que se complementaba con la actividad específica de la piracinamida contra la población bacilar intracelular. Estos hallazgos fueron la base de las llamadas pautas cortas de quimioterapia, de tan sólo seis meses de duración, ensayadas con éxito en estudios controlados en África del Este entre 1972-1976, coordinados por el *British Medical Researchs Council*. Pautas que son las actualmente recomendadas para el tratamiento inicial de la TB [12, 13, 14].

Sustentados en estos avances terapéuticos, se efectúan ensayos con asociaciones de medicamentos, de diferente duración y con formas de administración distintas, lográndose concretar esquemas terapéuticos de alta eficacia, sin necesidad de internar al paciente en un sanatorio u hospital, ni utilizar los nuevos procedimientos quirúrgicos excepto en casos muy especiales. Luego, ante el éxito curativo que se iba teniendo con el uso de estos esquemas, se asiste a un cambio en la conducta quirúrgica especializada; ahora los cirujanos pueden utilizar procedimientos cada vez más agresivos, en tanto sean acompañados con una medicación quimioterápica rigurosa [15, 16, 17, 18].

Al final de la década de 1970, la TB ya era una enfermedad con una historia natural conocida y evaluada, y se contaba con técnicas efectivas, sencillas y normalizadas que se habían organizado en programas antituberculosos nacionales de alta eficacia. En la introducción de su libro fundamental sobre control de la TB (1979), Kurt Toman señalaba: “El control de la tuberculosis ha dejado de ser un problema primariamente técnico... En lugar de ser el privilegio de solo algunos especialistas, cualquiera que sufre actualmente de tuberculosis... puede recibir los beneficios de esta tecnología. Una vez que es adoptada a los requerimientos de un programa de salud del país”. En septiembre de 1981, en un Grupo de Estudio sobre Lucha Antituberculosa, patrocinada por la Unión Internacional Contra la Tuberculosis (UICT) y la OMS se comentaba [19]:

“En los tres últimos decenios los *países técnicamente avanzados* han obtenido resultados espectaculares en la lucha antituberculosa. Esto ha sido posible gracias a la quimioterapia y a una abundancia de recursos de personal y técnicos y financieros, y ha sucedido a pesar de ciertos errores como, por ejemplo, un exceso de diagnósticos, tratamientos institucionales indebidamente prolongados y la no utilización masiva con BCG ... (No obstante) ciertos problemas concretos, como los que plantean los grupos indígenas de riesgo elevado, los refugiados y los inmigrantes que provienen de países de prevalencia elevada, seguirán requiriendo especial cuidado...” (UICT y OMS, 1981, p. 8).

Por primera vez en la historia, se planteaba seriamente la posibilidad de lograr un control socialmente aceptable de la TB y, realmente, en algunos países se logró temporalmente este objetivo. Durante el siglo XX, la prevalencia de la TB fue reduciéndose en Europa y Norte América, a medida que las condiciones sanitarias iban mejorando, y con el tratamiento quimioterápico esta enfermedad casi desapareció de los mapas epidemiológicos de los países ricos. Como consecuencia de este último hecho, el compromiso público de los gobiernos de estos países con la lucha contra TB decreció rápidamente. Además, el enfoque biomédico de la lucha antituberculosa se fortaleció con un nuevo paradigma: “la prevención comienza con la curación”; mientras que las intervenciones sociales y ambientales en el control de la TB se devaluaron significativamente. En estas circunstancias, se asistió a un descuido en la gestión de estas intervenciones en los programas nacionales. Las acciones comunitarias de control de la TB se hicieron menos rigurosas, y las preventivas fueron casi abandonadas. Los profesionales y técnicos especialistas en TB eran cada vez más escasos en estos países. Los recursos anteriormente destinados específicamente a la lucha antituberculosa comenzaron a concentrarse en la atención de otras enfermedades respiratorias [19, 20, 21].

Sin embargo, sucesos posteriores en tales países harían evidente que esta enfermedad no podía ser controlada de manera permanente solo con la aplicación de quimioterápicos y de otros avances técnicos. Los efectos de aquel descuido general de los programas, junto con los provocados por la aparición de la pandemia del VIH/SIDA (1981) y el incremento de la migración a Europa y Estados Unidos procedente de los países en desarrollo, con alta prevalencia de la TB, provocó la aparición de nuevos brotes, ahora multirresistente, en los finales de los ochenta, mostrando el deterioro de los sistemas de salud para controlar la TB. Además, en los ambientes confinados, tales como las prisiones y los hospitales, se encendieron epidemias de TB de grandes proporciones.

Limitaciones de los programas del control de la TB en los países en desarrollo

Al inicio de la década de los ochenta, a diferencia de lo descrito para los países de Europa y Estados Unidos, la TB continuaba siendo un problema grave en los países en desarrollo, especialmente en los grupos étnicos y minoritarios marginados en los barrios pobres de las grandes ciudades. La TB seguía siendo una enfermedad que afectaba de manera especial a los pobres [19].

“Desgraciadamente, en la mayoría de los países en desarrollo la situación epidemiológica apenas ha mejorado o incluso no ha mejorado en absoluto. En realidad, en estos países en el curso de los tres últimos decenios incluso se ha producido un aumento general en el número de casos de tuberculosis... se ha calculado que...se dan cada año de 4 a 5 millones de casos de tuberculosis intensamente infecciosos y con baciloscopia positiva ... cada año unos 10 millones de personas aún desarrollan una tuberculosis y por lo menos 3 millones fallecen de esta enfermedad... En la mayor parte de los países en desarrollo el riesgo (anual de infección) es del orden del 2 al 5%, es decir una 20 a 50 veces mayor que en los países técnicamente avanzados” (UIC y OMS, 1981, p. 8 y 10).

En los países en desarrollo, la estrategia de atención primaria tal como fue aplicada en la década de 1980 no tuvo mayor impacto en la situación epidemiológica de la TB, cuyo mejoramiento requería, de acuerdo a las normas de esos años, recursos que no se disponían, así como condiciones sociopolíticas que no existían. Además, la crisis económica y las políticas de ajuste estructural aplicadas en tales países minimizaron, aún más, la disponibilidad de recursos para los programas nacionales de control de la TB. En estas circunstancias, la mayoría de pacientes atendidos eran “diagnosticados” a través de exámenes radiológicos de escasa calidad y en fases avanzadas de la enfermedad. Los sospechosos no podían ser estudiados con pruebas bacteriológicas. Los casos fueron tratados con regímenes no estandarizados y de larga duración que eran interrumpidos tempranamente. El fracaso de estas desordenadas e incompletas acciones se hizo evidente con el incremento de la magnitud y complejidad del problema de la TB. Fracaso atribuido a un débil apoyo gubernamental a los sectores sociales, que se expresaba en fondos fiscales cada vez más insuficientes para el gasto social en salud, como parte de una política económica general de ajuste estructural, justificada en la necesidad de alcanzar el equilibrio macro económico y la sostenibilidad financiera [19, 21, 22].

En las Américas, el promedio anual de casos de TB registrados para el período 1984-1986 fue de 227.277, observándose una disminución para el período 1989-1991 cuando se registraron 207.790 casos. Sin embargo, existe un consenso general de que estas cifras no revelaban la verdadera magnitud del problema, debido a los defectos de los sistemas de información en los países más pobres; según las estimaciones más moderadas, una tercera parte de los casos nuevos de TB no eran notificados [23].

Mientras tanto, a mediados de la década de 1980 el Banco Mundial (BM) había efectuado estudios sobre costo-efectividad del tratamiento de la TB, que mostraron la necesidad de continuar con mayor agresividad la lucha antituberculosa. En 1989, la Unidad de Tuberculosis de la OMS, jefaturada por el Dr. Arata Kochi, recomendaba al mundo concentrar esfuerzos en el control de la TB. Al inicio de este mismo año, el BM creó una importante fuente de fondos para apoyar el financiamiento de los programas de control de la TB en los países en desarrollo. En 1991, la OPS y el BM enfatizaban que “en términos de costo por muerte evitada y por año de vida salvada, la quimioterapia para pacientes con baciloscopia positiva es la intervención más económica utilizable en países en desarrollo”.

La tuberculosis como emergencia mundial, 1991

En el año 1991, en la 44ª Asamblea Mundial de la Salud, la OMS dio un paso sin precedentes al declarar la TB una emergencia mundial, en un momento en el que la enfermedad figuraba entre las 10 primeras causas de muerte y discapacidad y que estaba fuera de control en muchas partes del mundo. Era la primera vez, en su vida institucional, que la OMS afirmaba que una enfermedad transmisible había adquirido la “categoría de emergencia mundial”. La OMS explicaba que ello era una consecuencia, principalmente, del descuido del control de la TB por los gobiernos, los programas de control de la TB mal administrados, la pobreza, la inaccesibilidad, el crecimiento de la población y la migración, así como un incremento significativo de los casos de TB en las zonas endémicas del VIH. La Asamblea adoptó la resolución 44.8/1991: “Programa para el control de la TB”, en la que se establecían dos metas para el año 2000: detectar el 70% de los casos y curar el 85% de los enfermos bacilíferos con tuberculosis pulmonar, que de ser alcanzadas llevaría a una disminución del 40% de los casos infectantes.

4.2. EL SECTOR SALUD Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN LA REPÚBLICA DESARROLLISTA PERUANA: 1969-1991

Un contexto nacional de reformas, contrarreformas y de crisis

En medio de la crisis económica peruana 1967-1968 y como respuesta a la radicalización de los movimientos sociales y la presencia guerrillera de los sesenta, así como a la ineficacia de los gobiernos civiles para efectuar las reformas requeridas, el 3 de octubre de 1968 interrumpió de facto nuestro orden constitucional el autodenominado Gobierno Revolucionario de la Fuerza Armada (GRFA). Gobierno que trató de establecer las bases de un nuevo tipo de Estado que intentaría aplicar un proyecto reformista de carácter desarrollista e intervencionista, utilizando técnicas de planificación normativa. Para ello, se reorganizó el Poder Ejecutivo en sectores y sistemas administrativos y se aplicaron planes de desarrollo económico y social que debían ser obligatorios para el Sector Público e indicativos para el Sector Privado.

En la primera fase del GRFA (1968-1975), se rompió la alianza que el Ejército mantenía con la oligarquía, desde 35 años atrás, aplicando de manera autoritaria medidas reformistas y nacionalistas. Pero, las contradicciones internas del gobierno, agravadas por sus errores en el manejo macroeconómico, provocaron en 1974 una nueva crisis económica. Las consecuencias de ésta fueron el final de la primera fase y el abandono del proyecto reformista. La segunda fase del GRFA (1975-1980), transcurrió con gran inestabilidad económica y política. En una situación especial de poder compartido entre las fuerzas políticas progresistas y conservadoras, una Asamblea Constituyente redactó la Constitución Política de 1979.

El 28 de julio de 1980 marcó el comienzo en el país de un nuevo régimen constitucional, presidido por el arquitecto F. Belaúnde, pero también el de la lucha armada de Sendero Luminoso contra el Estado. En lo económico, el nuevo gobierno adoptó un proyecto ortodoxo liberal, que continuó el programa de estabilización y liberalización iniciada en 1978. Sin embargo, los efectos de la crisis de la deuda eterna y del fenómeno de El

Niño en 1983, sumados a la debilidad del gobierno, provocaron el fin del proyecto liberal y el abandono de los planes de contrarreforma iniciados ocho años antes.

El 28 de julio de 1985, en medio de una retórica reformista y antiimperialista, un nuevo gobierno presidido por el Dr. Alan García, comenzó su gestión aplicando políticas económicas heterodoxas, de corte desarrollista y voluntarista. El resultado macroeconómico de estas políticas fue favorable durante 1986 y 1987. Pero, gruesos errores políticos y económicos, en un contexto internacional desfavorable, generaron una hiperinflación y la reversión de todo este mejoramiento. A inicios del año 1990, el país estaba al borde del caos económico y político, la administración pública casi en colapso, con el terrorismo en su etapa más violenta y con el narcotráfico avanzando. El Estado Peruano sufría su mayor crisis desde la coyuntura 1930-1933.

El 28 de Julio de 1990 se inició, en este contexto de crisis, el régimen presidencial del Ingeniero A. Fujimori. Once días después, se inicia la aplicación de un drástico plan de estabilización económica que tuvo un altísimo costo social. Informes de la *Revista Cuánto*, dirigida por el economista Richard Webb, señalaba que como efecto de la crisis económica, agudizada por la aplicación del citado plan, el consumo de carne de los estratos medio y bajo se redujo en un 50%; en tanto que el consumo de arroz, pan y leche se redujo en un 17, 30 y 20% respectivamente (marzo 1991). Empeorando aún más la situación de la población más pobre, el 23 de agosto de 1991 se inició en el país una epidemia de cólera que, al final de este año, había provocado en el país, según estadísticas oficiales, un total de 322.562 casos, 119.523 hospitalizaciones y 2.909 defunciones.

Recién en agosto de 1991, en cumplimiento de una de las condiciones establecidas por el BID para prestar apoyo financiero al país, el Estado creó el Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social (FONCODES) como un banco de inversión estatal, principal responsable del gasto social de compensación social. En enero de 1992, el Estado pondría en operación el primer Programa de Compensación de FONCODES.

El 5 de de abril de 1992, el gobierno de Fujimori, respaldado por las Fuerzas Armadas, disolvió el Congreso y estableció de facto un autodenominado “Gobierno de emergencia y reconstrucción nacional”, dando fin al período sociopolítico desarrollista.

El Sector Salud y el Sistema Nacional de Servicios de Salud: 1969-1991

El cuarto modelo organizativo del sistema oficial de salud en el país, es el “sectorial de salud”, vigente durante la gestión de los gobiernos del Estado Desarrollista e Intervencionista. Gobiernos que, reiteramos, trataron de utilizar técnicas de planificación normativa como instrumentos de racionalización política. La implementación jurídica del nuevo sistema de salud se inició en marzo de 1969, con la Ley Orgánica del Sector Salud y el Código Sanitario, aprobados en el marco establecido del llamado “Plan Inca” del GRFA. El sistema sectorial se sustentaba políticamente en la idea que la salud de la población es un fin y un medio del desarrollo económico-social, y cuya protección es un derecho humano que debe ser garantizado por el Estado [24].

Teniendo como ente rector del Sector al Ministerio de Salud (MINSa), se intentó afirmar la Autoridad del Ministro de Salud, primero, con la creación del Sistema Nacional Coordinado de Servicios de Salud, y, luego, con la Integración Funcional del Ministe-

rio de Salud-Instituto Peruano de Seguridad Social, fracasándose en ambos intentos. Sin embargo, se formularon y ejecutaron planes sectoriales de salud, conformados por programas de atención integral, a cargo de estructuras desconcentradas en un ámbito departamental, zonal o regional. En la segunda mitad del período, se trató de aplicar en el país – con muy escaso éxito – la Estrategia de Atención Primaria de Salud, entendida como un proceso de “democratización de la salud”. Estrategia que constituyó un desafío a los sistemas de salud convencionales, para que mejoraran su desempeño democratizando los esfuerzos orientados a la protección social de la salud [9, 24].

El sistema sectorial de salud se fundamentó, con un enfoque médico-social, en proposiciones de la Epidemiología Social, la Planificación Normativa de la Salud, la Medicina Comunitaria y la Administración de Sistemas de Salud, difundidas por el Centro Panamericano de Planificación de la Salud. Así como, se justificó con la doctrina de los derechos humanos y las ideas igualitaristas e integracionistas promovidas por la Oficina Internacional del Trabajo, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Además, los principales lineamientos de este nuevo modelo fueron institucionalizados por la Constitución Política de 1979. Paralelamente al desarrollo del Sector Salud, se produjo la integración de las entidades de seguridad social, primero, en el Seguro Social del Perú y, luego, en el Instituto Peruano de Seguridad Social [9, 24].

Desde inicio del periodo, se desactivó financieramente al Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social. Luego, de manera contraria a lo sucedido en el período anterior, por distintos motivos (ideológicos, políticos y económicos) el gasto social y, más específicamente, el gasto público en salud mostraron una tendencia sostenida al decrecimiento, alcanzando en 1901 un nivel casi increíble por su bajo monto. Este decrecimiento sostenido provocaría el deterioro progresivo de la infraestructura y de la calidad de los servicios de salud en el país. Deterioro que se agravaría con los efectos colaterales de la violencia senderista y de la inestabilidad económica. Al final del período, en medio de una de las peores crisis económica y política de la historia nacional, los servicios públicos de salud y de la seguridad social estuvieron al borde del colapso operativo [9, 24].

Ministerio de Salud y el control las enfermedades transmisibles

La situación de los programas de control de las enfermedades transmisibles en el Perú, al igual que en el resto de países latinoamericanos, podría describirse en este período de la manera siguiente: “...hay un conocimiento muy limitado acerca de las enfermedades transmisibles prevalentes, así como del estado inmunitario de las poblaciones y de los efectos que sobre estas tienen los programas de control o erradicación. Los problemas de infraestructura y de servicios complementarios son el denominador común en todas las actividades de control y erradicación, entre los primeros se destacan los de organización administrativa, sistemas de información, programación, evaluación, investigación y legislación. Los problemas de recursos se relacionan tanto con los humanos como con los de orden técnico, material y financiero” (OPS, 1973, p. 29) [25].

En el período 1969-1991, se sucederían cuatro leyes orgánicas del Ministerio de Salud (MINSa), siempre con la finalidad de fortalecer su condición de órgano rector del Sector Salud, así como de adecuar su estructura a los cambios en el proceso de desconcentración-descentralización de la Administración Pública. La primera fue formalizada por el Decreto Ley N° 17523, Ley Orgánica del Sector Salud (21 de marzo 1969 [26]. La

segunda, por el Decreto Legislativo N° 70, Ley de Organización del Sector Salud (14 de abril 1981) [27]. La tercera, por el Decreto Legislativo N° 351, Ley Orgánica del Sector Salud (28 de octubre 1985) [28]. La cuarta y última, por el Decreto Legislativo N° 584, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud (16 abril 1990) [29].

El Decreto Legislativo N° 70 de 1981, entre otros cambios, desactivó la Dirección General de Programas Especiales y, por tanto, la Dirección de Erradicación y Control de Enfermedades Transmisibles, que era una de sus dependencias. Los asuntos vinculados con el control de las enfermedades infecciosas quedaron a cargo, entonces, de la Dirección de Enfermedades Transmisibles de la Dirección General de Atención a las Personas, nuevo órgano técnico-normativo del MINSA; y, de la Dirección de Epidemiología de la Dirección General de Servicios de Salud, nuevo órgano de línea ejecutivo del MINSA. La primera, encargada de formular las normas técnicas, de supervisar su cumplimiento y evaluar su aplicación. La segunda, encargada de dirigir, coordinar y supervisar el desarrollo de la gestión de salud en ámbito nacional, así como brindar la asesoría técnica que requieran los servicios de salud del país. Por último, las Direcciones Regionales de Salud, órganos desconcentrados del MINSA, eran las encargadas de desarrollar los programas de atención integral de salud, entre ellos los de control de las enfermedades transmisibles y metaxénicas en el ámbito regional [27].

No obstante esos cambios normativos, en la realidad nacional de las décadas de los setenta y los ochenta, una limitación permanente de la eficacia de esos programas de control residió en la debilidad de los órganos del nivel central del MINSA para cumplir las responsabilidades asignadas, especialmente en lo que se refiere a la supervisión y evaluación de las actividades pertinentes. Asimismo, las Direcciones Regionales de Salud, disminuyeron significativamente en sus capacidades operativas como una consecuencia del creciente déficit de personal profesional y de campo capacitado disponible, que se agravó por las razones contextuales ya comentadas. Adicionalmente, la responsabilidad de mantener los sistemas de información operacional y epidemiológica fue siendo delegada progresivamente a los servicios generales de los órganos periféricos. Pero, debido a la siempre precaria situación de dichos servicios, se produjo una considerable disminución cuantitativa y cualitativa de los datos disponibles para hacer el seguimiento del estado, distribución, composición y dinámica de las enfermedades transmisibles. Y, por ende, no se dispuso de la información suficiente para efectuar una apreciación epidemiológica oportuna y consistente.

Es en estas difíciles circunstancias nacionales, que el Consejo Directivo de la OPS/OMS aprobó, en octubre de 1981, el *Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales de salud* [30], en el cual se identificaron áreas prioritarias en cuanto a problemas de salud y estrategias básicas específicas para el desarrollo de la infraestructura que, por ser comunes para los distintos países de la Región, concurrirían al logro de los objetivos y metas regionales acordados, aunque reconociendo “que su contenido, así como sus formas concretas de operación, variarán en cada país de acuerdo a las prioridades y peculiaridades nacionales”. Una de estas áreas y estrategias básicas era la de control de las enfermedades transmisibles:

“La estrategia de Atención Primaria constituye el contexto que orienta y determina esta área, por lo tanto sus actividades deberán ser articuladas convenientemente con otras áreas del Plan de Acción (General) que sean pertinentes, para lograr la combinación de actividades... que asegure el máximo aprovechamiento de los recursos y la participación de la comunidad... El Plan de Acción para el control de enfermedades transmisibles debe articular-

se con las actividades de salud maternoinfantil, educación sanitaria y nutrición... Necesita el apoyo de la infraestructura de salud, particularmente servicios de laboratorios y centros de desarrollo de cadenas de frío. También es preciso mejorar el apoyo administrativo con respecto a logística, suministros y supervisión. Otro elemento necesario es la formación de personal, y en particular de epidemiólogos. La vinculación del sector salud con los sistemas de seguridad social y otros sectores...es básica...” (OPS, 1979, pp. 36-37).

Las autoridades del Perú de la década de 1980 sustentaron su discurso político en salud con las conclusiones y recomendaciones de este Plan de Acción Regional, y las desarrollaron parcialmente, aunque de manera descontextualizada, en sus aspectos normativos. Pero, estuvieron lejos de implementarlas con recursos humanos y materiales suficientes y apropiados, por razones políticas partidarias, económicas y administrativas. La insuficiencia de personal de salud capacitado y comprometido con la estrategia de atención primaria – especialmente en el caso de los gestores regionales de los programas – alcanzó niveles especialmente críticos por la politización y el desorden del proceso de desconcentración y desburocratización sectorial de 1985-1990 [24].

Al final de este período no había dudas que la aplicación de la estrategia general de atención primaria había fracasado. Parte importante de la explicación del fracaso, además de las ya señaladas, residía en la cultura organizacional dominante en la administración pública. Los valores y creencias del personal de salud no correspondían a los requeridos para garantizar un compromiso con el desarrollo y fortalecimiento de tal estrategia. Ello se evidenciaba en la actitud negativa o ambigua que, al respecto, tenían las autoridades regionales y locales, responsables de comandar o administrar las acciones de apoyo correspondientes. En todos los estudios evaluativos efectuados al respecto se destacan la marginación de los supuestos beneficiarios en el proceso de concepción y diseño de los programas, así como la falta de coordinación entre los diferentes servicios que operan en la comunidad o entre los funcionarios y la población [24]. En realidad, más allá de los compromisos internacionales, del discurso y de las intenciones de las autoridades gubernamentales los programas de control de las enfermedades transmisibles tuvieron, durante todo el período 1969-1990, muy escasa prioridad política en el Perú. Ello se expresaba en la escasa asignación de recursos a estos programas. En los presupuestos operativos de las estructuras desconcentradas o descentralizadas del MINSA, eran apenas subcomponentes funcionales del Programa Presupuestario Atención Integral de la Salud, sin asignación presupuestal específica [31].

El final de la década de los ochenta significó para el Perú – al igual que para la mayoría de los países latinoamericanos – el agotamiento del modelo desarrollista e intervencionista, así como la toma de conciencia sobre la ausencia de viabilidad política, en años de crisis económica, para intentar aplicar estrategias participativas en los programas de control de las enfermedades transmisibles. El desempleo y el costo de vida aumentaron, la producción de alimentos se redujo, en parte porque la producción agrícola quedaba detenida en zonas rurales afectadas por los avances subversivos y del narcotráfico en las áreas endémicas. Se agudizaron los graves problemas nutricionales y de saneamiento básico que enfrentan las familias de bajos ingresos, que con respecto de la salud siempre son los grupos más vulnerables. No podría sorprender, entonces, que en estas circunstancias tan negativas se produjera en el país una reemergencia epidemiológica de la malaria, el dengue, la tuberculosis y la fiebre amarilla, así como la emergencia del SIDA. Y que, además, se iniciara al término de este período la epidemia del cólera.

4.3. LA TUBERCULOSIS Y LA LUCHA ANTITUBERCULOSA EN UN ESTADO PERUANO DESARROLLISTA E INTERVENCIONISTA

El problema de la tuberculosis en una República Desarrollista

Es difícil determinar la magnitud de los problemas de morbilidad en el Perú durante la década de los ochenta, especialmente en las zonas declaradas en emergencia por el terrorismo y el narcotráfico. A las dificultades derivadas del escaso desarrollo de los servicios estadísticos de la mayoría de las estructuras periféricas del MINSA, se sumaron las de menor cobertura de estos servicios y el del incremento del subregistro de los casos de transmisibles en esas zonas. En ellas, el abandono o relajamiento de las operaciones de búsqueda de casos, por razones de seguridad del personal sanitario, hacían imposible disponer de datos epidemiológicos consistentes y confiables sobre tales enfermedades. Sin embargo, en la década de los ochenta el número de casos notificados por el programa de control de la TB varió entre los 16.011 (1980) y los 38.697 casos (1989). El promedio anual de casos fue de 26.207 casos y la cifra más elevada correspondió al año 1988 con 38.723 casos [23]. En los años de la década de 1980 el Perú sería conocido en los informes internacionales como uno de los 20 países con más alta carga de TB en el mundo.

En la tabla N° 1 adjunta se aprecia que las tasas de incidencia oficiales de TB en todas sus formas en los años del período 1968-1991, tienen un ligero repunte en el año 1970 que se puede atribuir a la política cambiaria que se implantó desde 1968 y que restringió la disponibilidad de insumos importados usados en el tratamiento. Luego, la tendencia de la tasa era a la baja hasta el año 1980, salvo el pico de repunte de 1976. Posteriormente, a partir de 1981, se da un rebote de alza de la tasa que tiene sus valores más altos a partir de 1988, coincidente con los años más duros de la crisis económica y el casi colapso de los programas de control de la enfermedad [32].

TABLA N° 1

INCIDENCIA DE LA TBC EN TODAS SUS FORMAS. PERÚ: 1968-1991

AÑO	Tasa (x)	AÑO	Tasa (x)	AÑO	Tasa (x)
1968	172,2	1976	142,9	1984	120,0
1969	159,3	1977	110,4	1985	125,9
1970	180,2	1978	94,3	1986	124,5
1971	173,0	1979	92,6	1987	143,5
1972	166,1	1980	92,4	1988	179,3
1973	132,2	1981	123,7	1989	176,3
1974	112,2	1982	118,9	1990	183,3
1975	110,1	1983	122,5	1991	192,6

(x) N° de casos de TBC en todas sus formas por 100.000 habitantes.

FUENTE. Informes estadísticos de la INEI y del MINSA.

Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT): 1969-1991

Entre 1969 y 1979

En 1969, por Decreto Ley N° 17523, Ley Orgánica del Sector Salud, la Asesoría de Tuberculosis pasó a formar parte de la nueva Oficina de Normas Técnicas del Ministerio de Salud. Dos años después se publica la segunda versión de las *Normas y Procedimientos de Control de Tuberculosis* [33], que mantiene las características de manual de la primera versión, con algunos cambios y precisiones. Se inicia el tratamiento colectivo ambulatorio, bajo la modalidad de tratamiento supervisado (controlado). Se utiliza un esquema estandarizado, para todo tipo de enfermo tuberculoso, que tiene una duración de doce meses. Esquema que tiene dos fases: en la primera, se administra diariamente estreptomycin y diabeten, durante dos meses; en la segunda, estreptomycin e isoniacida, dos veces a la semana, por un lapso de 10 meses[34, 35].

El PNCT había sido favorecido, hasta el año 1974, por el 80% de los ingresos generados por el Timbre Antituberculoso que se adosaba a los certificados de salud expedidos por los dispensarios y servicios de fisiología. Estos ingresos eran utilizados para financiar la administración gratuita de medicamentos, la ayuda social a los enfermos detectados en dichos servicios, así como el mantenimiento de los equipos. Sin embargo de su función social, en 1974 el Gobierno Militar suprimió la venta del Timbre, sin haber previsto la partida presupuestal que supliera estos ingresos [24, 36, 37, 38].

Al desaparecer esos ingresos del PNCT, los programas zonales o regionales quedaron desabastecidos de medicamentos específicos perdiéndose el carácter gratuito del tratamiento. Asimismo, desaparecieron prácticamente las posibilidades de una renovación de los equipos; es así, por ejemplo, que en el caso de los laboratorios dedicados al diagnóstico especializado de la tuberculosis: "...el 80% de los microscopios a nivel nacional tenían más de 25 años de uso, otros estaban fuera de servicios por carecer de repuestos o por irreparables" [24]. No obstante el deterioro de los servicios de laboratorio, se dictó la Resolución Ministerial N° 000185-SA/DS del 25 de julio de 1975, que limitó, aun más, el acceso a la gratuidad del diagnóstico y tratamiento de los servicios del PNCT al disponer que sólo en los casos en que se haya confirmado bacteriológicamente la enfermedad se haría efectiva tal gratuidad [39].

El diagnóstico situacional del sistema oficial de salud en el país al final de la década de 1970 era sumamente preocupante, con una deficiente organización debida a múltiples factores, entre ellos la deficiencia y centralización de los recursos económicos, humanos y tecnológicos, la dispersión institucional, la descoordinación intra e intersectorial así como la falta de participación de la comunidad. La población más afectada correspondía a las zonas deprimidas, predominantemente urbano-marginales y rurales. Tratando de superar esta situación se establecen en ese año, con asesoría de la OPS/OMS, nuevas normas de tratamiento del paciente tuberculoso, distinguiendo dos regímenes que debían durar 12 meses.

Entre 1980 y 1991

En el año 1980 se comienzan a aplicar las nuevas normas terapéuticas del PNCT que establecen un régimen de tratamiento de 12 meses, con dos esquemas de administración supervisada. El esquema N° 1, o de tratamiento estándar, dirigido a pacientes con TBC

pulmonar BK (+), mayores de 15 años y niños si son contactos de fuente no identificada. En la fase N° 1 de este esquema totalmente supervisado se administra estreptomycin y diabeten diariamente (menos domingo) durante dos meses; mientras, que en la fase N° 2 se proporciona estreptomycin e isoniazida, dos veces por semana, durante 10 meses. El esquema N° 2 es similar al anterior, con la diferencia que es supervisado solamente en su primera fase y autoadministrado en la segunda [34].

Los fondos asignados y los medicamentos utilizados por el PNCT en la primera mitad de la década del ochenta tenían, en parte, origen en las donaciones y la cooperación externa, y eran insuficientes para evitar el incremento de la endemia de TB. Además, en esos años ya existían serios problemas de organización, estructura y logística del programa, que dificultaban alcanzar una adecuada cobertura de localización de casos y de acceso al tratamiento gratuito. En 1981 y 1982 apenas el 25% de los casos de TB diagnosticado recibieron tratamiento; además, sólo el 60% de los que recibieron tratados fueron curados. En 1983 el MINSA inició como proyecto piloto el uso del esquema corto moderno del tratamiento antituberculoso (rifampicina, isoniazida, pirazinamida), cinco años después que fuera utilizado por la red de la seguridad social.

En promedio, entre los años 1980 y 1985 solo el 30% de los casos diagnosticados de TB iniciaban su tratamiento. Además, de estos casos que accedieron al tratamiento gratuito el 41% lo abandonaba antes de terminarlo. Una de las causas de las elevadas tasas de abandono o de fracaso era que el tratamiento era en general autoadministrado. Al final de 1985 todo tratamiento era autoadministrado. La consecuencia de aquello, fue el inicio de la acumulación de casos de TB resistente a antibióticos [24, 40, 41, 42]. En 1983 se estimaba que la TB era la quinta causa de muerte más importante del país, afectando especialmente al grupo de 15-44 años.

Durante el primer gobierno de A. García, en aplicación de lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 351, Ley Orgánica del Sector Salud, las funciones de coordinación, conducción, supervisión y evaluación de las actividades de control de la TB a nivel nacional quedaron a cargo, en el ámbito nacional, de la Dirección General del Programa de Control de la Tuberculosis del MINSA, en tanto que la gestión y la ejecución de dichas actividades, en el ámbito departamental y local, continuaron a cargo de las Áreas de Salud, luego, Unidades Departamentales de Salud del MINSA [28].

Desde 1986, las acciones del PNCT, al igual que los otros programas, pasaron a formar parte de un gran Programa de Atención Integral de Salud, a cargo de las Jefaturas de las Áreas de Salud o Unidades Departamentales del MINSA. Con esta integración programática, se pretendía lograr una mayor racionalidad en la conducción y gestión de las respuestas a los principales problemas nacionales de salud, entre ellos la desnutrición y la tuberculosis. Además, se intentaba impulsar la participación de la comunidad en el desarrollo de las acciones de promoción y de protección de la salud. En el discurso político que legitimaba este gran Programa de Atención Integral se dio especial prioridad al cuidado de la salud de la madre y del niño (en los aspectos de alimentación, nutrición y vacunación); así como a la prevención y control de la TB.

No obstante esa pretensión y de la prioridad que se le otorgaba a la lucha antituberculosa en el discurso gubernamental, durante la segunda mitad de la década de 1980 la cobertura de tratamiento gratuito del PNCT continuó siendo baja, con un promedio anual de solo el 50% de los casos diagnosticados. Ello se debía, en gran parte, a los de-

fectos cuantitativos y cualitativos de la infraestructura de los establecimientos de salud disponibles que ya han sido comentados. Infraestructura con una cobertura geográfica muy limitada, y que, además estaba en un proceso de deterioro administrativo y económico que se manifestaba en serios problemas en la logística de medicamentos y otros insumos básicos. Además, la capacidad del nivel central del MINSA para supervisar, así como para garantizar una adecuada logística de esos insumos a nivel departamental continuaba siendo casi nula. Cada Unidad Departamental de Salud tenía un Coordinador del Programa de Atención Integral de la Salud responsable de las comunicaciones, del seguimiento y del apoyo a la gestión de los numerosos subprogramas y acciones componentes, uno de éstos era el PNCT.

De acuerdo a información del mismo MINSA, en 1987 se registraron 28.648 casos de todas las formas de TB, con una tasa de 143,5 por cien mil habitantes, una de las tasas más altas de los cinco años anteriores. De este total de casos, 4.000 habían sido reportados por el Instituto Peruano de Seguridad Social. Además, se estimaba la tasa de infección en un 2% y la tasa de mortalidad en un 21 por cien mil habitantes. Cifras que ubicaban al Perú entre los países con mayores problemas por esta enfermedad en las Américas, no obstante el alto subregistro existente [43].

Además, de los casos de TB que podían acceder al tratamiento gratuito, no todos recibían la supervisión programada. Se estima que en Lima y Callao solo el 70% del total de los tratamientos era supervisado. Más aún, entre aquellos que tenían tratamiento gratuito, el porcentaje de éxito llegaba apenas a 47%, con un 41% de abandono de tratamiento y 6% de fracaso. De acuerdo a las autoridades sanitarias las principales causas de estas bajas coberturas y limitaciones eran, fundamentalmente, administrativas y sociales [34, 40, 41, 42, 44].

“En lo administrativo, la concentración y mal uso de los escasos recursos disponibles, la centralización en la toma de decisiones, y la ejecución de actividades administrativas como programación, evaluación, capacitación de personal, supervisión, adquisición de medicamentos, manejo financiero y de la información; y, en lo normativo, lineamientos enfocados no integralmente dejando marginado al componente social lo cual repercute negativamente en la ejecución de las actividades traduciéndose en altos índices de abandono, escasa captación de sintomáticos respiratorios, deficiencias en el diagnóstico y escasa participación de la comunidad en el programa de control de la tuberculosis” (MINSA, 1987, p. 3).

Como un nuevo intento de respuesta gubernamental a esta crítica situación, el 24 de abril de 1987, por Decreto Supremo 017-87-SA, se declara de necesidad y utilidad pública la ejecución del PNCT, con la “participación de todos los organismos, dependencias y personas integrantes del Sector Salud”. El MINSA era responsable de su aplicación, así como de afectar los recursos humanos, financieros y materiales necesarios. La Caja de Ahorros de Lima actuaría como agente financiero del Programa (art. 9º) [39].

Un mes después de aquel Decreto Supremo, se aprobó, por Resolución Ministerial N° 319-87-SA/DM del 21 de mayo de 1987, nuevas *Normas y procedimientos para el control de la TBC en el Perú* [44], formuladas por la Dirección de Técnica de Normación de Programas, de aplicación obligatoria en todo el territorio nacional. Este instrumento normativo tenía tres componentes, que incluían procedimientos específicos. El componente técnico incluía lo referente a vacunaciones, búsqueda de casos, diagnóstico, tratamiento, seguimiento del tratamiento, control de contactos, y capacitación. El componente social incluía los ítems de apoyo a la participación social, información social y educación comunitaria, y

promoción integral del enfermo y su familia. El componente administrativo trataba sobre la organización, programación, coordinación, supervisión, evaluación, logística e informática.

De conformidad con estas nuevas normas, los Servicios de Salud a nivel nacional, quedaron encargados del debido cumplimiento de las mismas durante la realización de sus actividades. También se precisaba en ellas que la Dirección General del PNCT “supervisará y evaluará las actividades del Programa y el cumplimiento de dichas normas”. Las bases de conceptualización del Programa, en el marco normativo de la “democratización” de la atención integral de la salud, eran las siguientes:

1. Desarrollar las actividades del programa en forma integrada a los establecimientos de salud.
2. Desarrollar la coordinación intra e intersectorial.
3. Investigar parámetros epidemiológicos y operacionales que permitan ajustar la programación a la realidad local.
4. Ofrecer tratamiento gratuito todos los enfermos con TB.
5. Facilitar la participación de la comunidad en las acciones conjuntas del PNCT.
6. El tratamiento será totalmente supervisado.
7. Adiestrar y supervisar al personal en técnicas básicas de vigilancia epidemiológica y control de la TB.
8. Zonificar la población para su atención en un determinado establecimiento.

En el componente técnico del PNCT se señalan tres esquemas de tratamiento, supervisados en un 100%, integrado a los servicios generales de salud, que se emplearían de acuerdo a la confirmación baciloscópica. En 1987, el PNCT había decidido enfrentar las TB drogorresistente con los escasos recursos económicos disponibles, estableciendo el “Esquema N° 3” que incluía etambutol. Los esquemas eran los siguientes:

- Esquema N° 1, con una duración de seis meses, indicado para pacientes con TBC pulmonar sin confirmación bacteriológica BK(-), así como formas extrapulmonares. En una primera fase, duración de dos meses supervisado, con una frecuencia diaria (excepto domingo): isoniazida (H), rifampicina (R) y pirazinamida (Z). En una segunda fase, duración de cuatro meses supervisados, con una frecuencia de dos veces por semana: H y R.
- Esquema N° 2, con una duración de ocho meses, indicado para pacientes con TBC pulmonar con confirmación bacteriológica BK(+), fracasos al esquema N° 1 o el antiguo estándar, recaídas, abandonos (con baciloscopía positiva), así como formas extrapulmonares. En una primera fase, duración de dos meses supervisado, con una frecuencia diaria (excepto domingo): S, H, R y Z. En una segunda fase, duración de seis meses supervisados, con una frecuencia de dos veces por semana: H y R.
- Esquema N° 3, con una duración de 12 meses, indicado para fracasos al esquema N° 2. En una primera fase, duración de cuatro meses supervisado, con una frecuencia de dos veces por semana: H, R, Z y etambutol (E). En una segunda fase, duración de ocho meses supervisados, con una frecuencia de dos veces por semana: R y E.

En lo que se refiere a la participación comunitaria – elemento central en el discurso de “democratización” del primer ministro de salud del régimen aprista – se enfatiza que las normas al respecto están dirigidas a los trabajadores de salud, con la finalidad de que éstos, durante su aplicación “posibiliten” dicha participación, teniendo en cuenta los siguientes criterios: (i) ponerse al servicio de la comunidad; (ii) respetar su organización;

(iii) respetar sus patrones culturales; y, (iv) identificarse con sus problemas a partir de cómo ellos lo perciben, entrando en un proceso dinámico de aprendizaje mutuo.

Pero, la aprobación de esos avances normativos en la lucha contra la TB y la decisión de aplicar los progresos terapéuticos supuestamente disponibles en el país estaban coincidiendo con el inicio de la grave crisis económica nacional del final de los ochenta. Al respecto, se estima que en los años de crisis tres cuartas partes del total de establecimientos del MINSA no ofertaron servicios del PNCT. En tales condiciones, cuando el paciente se presentaba al Centro de Salud local con signos de TB encontraba que el establecimiento no participaba en el PNCT, siendo referidos a los hospitales distritales. Hospitales que también eran responsables de la admisión de tísicos demasiado enfermos para recibir tratamiento ambulatorio. Nosocomios que nunca estuvieron bajo la jurisdicción del PNCT y fueron a menudo desbordados en su capacidad. Asimismo, pocos de ellos disponían de facilidades de laboratorio para el estudio bacteriológico del esputo, y el Instituto Nacional de Salud solo ofrecía cultivos y estudios bacteriológicos del esputo con un limitado número de laboratorios. Peor aún, la logística de medicamentos y material de laboratorio cada vez era más insuficiente en cantidad, calidad y oportunidad.

En estos mismos años de crisis, los centros de salud locales registraban sus cuidados al paciente tuberculoso usando historias médicas escritas a mano; y, en tanto no existían los insumos necesarios para dar cumplimiento a las normas establecidas, fueron autorizados a desarrollar cualquier esquema terapéutico que considerara apropiado. No existían en esos centros de salud y los hospitales medidas de bioseguridad pertinentes, a pesar de que el personal de salud conocía los riesgos a que estaba expuesto. Tampoco existía un sistema central de información de las acciones del programa. Algunos centros de salud, tomaron la iniciativa de comprometer a organizaciones no gubernamentales para obtener bienes de apoyo alimentario para pacientes de su distrito. El soporte alimentario no era proporcionado por el PNCT. Adicionalmente, las normas de “democratización” del componente social – en un entorno de crisis económica e institucional y de inseguridad provocada por los avances del terrorismo – se distorsionaron en su aplicación o quedaron solamente como intenciones de los autores de tales normas.

En esta situación de crisis general, el MINSA confrontaba el agravamiento de los problemas relacionados con el acceso al PNCT que existían desde años antes. En 1989, la cobertura del tratamiento gratuito era inferior al 50 % de los casos diagnosticados, el porcentaje de curación de tales casos estaba por debajo del 60 %, el abandono del tratamiento llegaba al 50% y el examen bacteriológico sólo se hacía en uno de cada 4 pacientes sospechosos de TB. Solo 25% de los servicios del MINSA desarrollaban acciones del PNCT. Los medicamentos eran auto administrados en la mayoría de los casos, y con interrupciones frecuentes de su disponibilidad. El Perú se encontraba, con relación a la TB, en una situación epidemiológica de extrema severidad, con una alta tasa de incidencia que se calificaba como endémica progresiva o reemergentes [40, 41].

En ese mismo año de 1989, el Perú fue declarado por la Organización Panamericana de la Salud como país en situación de extrema severidad respecto a la TB. Además, de acuerdo a la información proporcionada por cada uno de los países de América Latina a Naciones Unidas para establecer en el año 2000 la línea de base de las metas para los Objetivos del Milenio, el Perú aparecía con las tasas de prevalencia, de incidencia y de mortalidad asociadas con la TB más altas en América Latina, presentando cifras que triplicaban las del promedio latinoamericano [45].

En julio de 1990, todos los programas del MINSA, entre ellos el PNCT, estaban en bancarrota y sus actividades casi paralizadas. Los neumólogos y administradores de la salud, no oficialistas, coincidían en insistir sobre la escasez extrema de recursos como una de las principales causas de la grave situación de la TB, criticando las escasas habilidades y limitados perfiles profesionales usualmente observados en los que trabajaban durante estos años en los distintos niveles del PNCT. Por su parte, las autoridades sectoriales explicaban oficialmente este fracaso del PNCT a partir de razones administrativas y técnicas, así como de la falta de voluntad de la comunidad de participar en la formulación, ejecución y control-evaluación del programa. Además, estas mismas autoridades reconocían no disponer en esos tiempos de cuadros técnicos intermedios capacitados para evitar que el programa siguiera deteriorándose.

4.4. REFERENCIAS UTILIZADAS EN EL CAPÍTULO CUARTO

01. Bustíos, Carlos. Cuidado de la salud poblacional en el mundo occidental: 555 años de historia. Lima. Edita CONCYTEC, Marzo 2013.
02. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria. Declaración de Alma Ata. OMS-UNICEF. Alma Ata, Rusia, 1978.
03. Godlee, Fiona. "Who at the Crossroads". British Medical Journal. 306 (1). Mayo 1993; p. 1 143.
04. Walsh, J; Warren, K. Selective primary health care. An interim strategy for disease control in developing countries. N Engl J Med 1979; 301(18); pp. 967-974.
05. Unger, J; Killingsworth, J. Selective primary health care: A critical review of methods and results. Soc Sci Med 1986; 22; pp. 1001-1100.
06. Observatorio Global de Salud Italiano. De Alma Ata al Fondo Global. La historia de las políticas internacionales de salud. Medicina Social. Vol 3, N°1, enero 2008; pp. 37-52
07. De Melo, Marcus y Costa, Nilson. "Desenvolvimento sustentável Ajuste Estrutural e Política Social: as Estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a Atenção à Saúde". Planejamento e Políticas Públicas. N° 11, 1994 junho/dezembro; pp. 49-108.
08. Walt, Gill. "Who under stress: implications for Health Policy". Health Policy and Planning. N° 24, 1993; p. 125.
09. Bustíos, Carlos. Historia de las reformas de los Sistemas de Cuidado de la Salud Poblacional en la República del Perú. Lima. 2013.
10. Banco Mundial. El Financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma. Bol Of Sanit Panam 103 (6), 1987; pp 695-708.
11. Organización Mundial de la Salud. Resolución 32.20 de 1979, "Salud Para Todos en el Año 2000". Ginebra. OMS.
12. Caminero, Jose. Guía de la Tuberculosis para Médicos Especialistas. Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. París-Francia. 2003.
13. Davies A. L. A Historical Perspective on Tuberculosis and Its Control. En: Reichman LB, Hershfield (eds): *Tuberculosis*, Second Edition, New York, Dekker, 2000.

14. Farja, Victorino. La conquista de la tuberculosis. *Rev Chil Enf Respir*- 20 (2). 2004; pp. 101-110.
15. Organización Mundial de la Salud. Selección de medicamentos esenciales. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1977 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 615).
16. Organización Mundial de la Salud. Selección de medicamentos esenciales. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1979 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 641).
17. Organización Mundial de la Salud. Uso de medicamentos esenciales. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud 1983 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 685).
18. Organización Mundial de la Salud. Uso de medicamentos esenciales. Lista modelo de medicamentos esenciales (cuarta revisión). Segundo informe del Comité de Expertos de la OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1985 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 722).
19. Organización Mundial de la Salud. Lucha antituberculosa, Informe de un Grupo Mixto de Estudio UICT/OMS. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 1982 (OMS, Serie de Informes Técnicos 671), Ginebra 1982.
20. Wilson, Leonard G., The Historical Decline of Tuberculosis in Europe and America: Its Causes and significance , in *Journal of History of Medicine*, n° 45, 1990; pp. 366-396.
21. Organización Mundial de la Salud. Noveno Informe del Comité de Expertos de la OMS en Tuberculosis. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 1974. (OMS, Serie de Informes Técnicos N° 552).
22. Crofton, J. Prevención y tratamiento de la tuberculosis resistente a medicamentos. *Boletín de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias*. 62, 1987; p. 2.
23. Instituto Nacional de Salud. El laboratorio de salud pública frente a la emergencia de la tuberculosis resistente. Centro Nacional de Laboratorios de Salud Pública. Lima. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, 2001 (Documento Técnico: Enfermedades Emergentes y Reemergentes: Tuberculosis Resistente, 3).
24. Bustíos, Carlos. Crisis de los Sistemas de Salud Pública y de Seguridad Social en el Perú: 1968-1990. Facultad de Medicina UNMSM, 2007.
25. Organización Panamericana de la Salud. Plan Decenal de Salud para las Américas. Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Santiago, Chile, 2-9 octubre de 1972. Documento Oficial N° 118, Enero 1973.
26. Decreto Ley N° 17523, Ley Orgánica del Sector Salud (21 de marzo de 1969).
27. Decreto Legislativo N° 70, Ley de Organización del Sector Salud (14 de abril de 1981).
28. Decreto Legislativo N° 351, Ley Orgánica del Sector Salud (28 de octubre de 1985).
29. Decreto Legislativo N° 584, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud (16 abril de 1990).
30. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales. Salud para todos en el año 2000. Washington D. C. OPS/OMS. Documento Oficial N° 179, 1982.

31. Ministerio de Salud. Plan de desarrollo del Sector Salud 1988. Sistema de Planes de Desarrollo de Corto Plazo. Lima. Dirección Técnica de Planificación Sectorial. Ministerio de Salud, 1988.
32. Vallejos, Nilo, y colaboradores. Cuadro N° 16. Morbilidad Tuberculosis 1950-1991. En Historia de la Organización Panamericana de la Salud en el Perú. Lima. Consultores Internacionales en Salud. 1994 (Documento de Trabajo).
33. Ministerio de Salud. Programa de Control de la tuberculosis y de lepra. Lima. Asesoría Técnica de Tuberculosis. Lima. 1971
34. Van der Linden, María. Situación de la tuberculosis multidrogo resistente en el Programa Nacional de Tuberculosis del Perú desde la perspectiva de la ética y de los derechos del enfermo. Período 1991-2001. Tesis de Magister en Bioética. Lima. Programa Regional de Bioética de la OPS y el INTEC. 2002.
35. Neyra, José. El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Su evaluación. Tesis de Doctorado. Programa Académico de Medicina UNMSM. Lima, 1972.
36. Vargas Machuca, Ramón. Control y tratamiento de la tuberculosis en el Perú. Acta Médica Peruana. Vol. III, N° 4. Sep-Dic 1974; pp. 191-201.
37. Cano Gironda, Luis. Programa nacional de control de la tuberculosis. Diagnóstico 1979; 4 (6); pp. 307-331.
38. Cano Gironda, Luis. Testimonios de personajes de la Salud Pública Peruana. Entrevista por Manuel Campos Sánchez el día 22 de agosto de 1984. Escuela de Salud Pública del Perú, 1985.
39. Chirinos, Alfredo. Las Leyes de Salud en el Perú: 1945-2000. Juan Gutemberg. Editores Impresores. Lima. 2001..
40. Quimper, Manuel. La tuberculosis en el Perú: situación actual y factores de riesgo. Tesis de Maestría. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 1988.
41. Sandoval, Emilio, E. Evaluación de los años 1980-1990 del programa nacional de control de la tuberculosis (Perú). Rev Soc Peruana de Neumología. 1995, 2; pp. 13-30.
42. Hopewell, Phillip, Mauro Sánchez/Hernández, R Baron et al. Operational evaluation of treatment for tuberculosis. Results of a standard 12/months regimen in Peru. Am Rev Respir Dis 1984, 129; pp. 439-443.
43. Ministerio de Salud. La salud en el Perú- Estrategia de gestión. Luis Pinillos Ashton. Lima, 1989.
44. Ministerio de Salud. Normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú. Dirección Técnica de Normación de Programas. Lima. 1987.
45. Comisión Económica para América Latina. Panorama social de América Latina 2011. Santiago de Chile. Cuadro A-27. América Latina y El Caribe. Evaluación del progreso hacia el logro de las metas del milenio (Objetivo N° 6); p. 245.

Capítulo Quinto

Salud Pública economicista y la tuberculosis en un Estado Neoliberal. Perú 1992-2011

5.1. CUIDADO DE LA SALUD Y LA TUBERCULOSIS EN UN MUNDO GLOBALIZADO: 1992-2011

El cuidado de la salud en el contexto de la globalización
Las enfermedades infecciosas en el mundo
La lucha contra la tuberculosis en el mundo: 1992-2011
La lucha contra la tuberculosis en la Región América: 1992-2011

5.2. CUIDADO DE LA SALUD POBLACIONAL Y LA TUBERCULOSIS EN LA REPÚBLICA NEOLIBERAL PERUANA: 1992-2011

Hacia un Sistema de Seguridad Social en Salud
Ministerio de Salud y el control de las enfermedades transmisibles
El problema de la tuberculosis en el Perú: 1992-2011

5.3. EL NUEVO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN EL PERÚ: 1991-2004

Nuevo Programa Nacional de Control de la Tuberculosis Fase I: 1991-2000
Nuevo Programa Nacional de Control de la Tuberculosis Fase II: 2001-2004

5.4. ESTRATEGIA DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN EL PERÚ: 2004-2011

Estrategia de Control y Prevención de la TBC: 2004-2011
Resultados iniciales de la aplicación de la ESN-PNC
Plan Estratégico Multisectorial 2010-2019
Costo económico de la tuberculosis en el año 2010
Organización actual de la lucha antituberculosa
Resultados epidemiológicos de la ESN-PCT al final del año 2011
Limitaciones y desafíos al final del año 2011

5.5. APRECIACIONES NO OFICIALES SOBRE LA ESN-PCT

5.6. REFERENCIAS UTILIZADAS EN EL CAPÍTULO QUINTO

5.1. CUIDADO DE LA SALUD Y LA TUBERCULOSIS EN UN MUNDO GLOBALIZADO: 1992-2011

El cuidado de la salud en el contexto de la globalización

En el año 2000, las consecuencias sociales de la aplicación ortodoxa, en las últimas décadas, de la propuesta política económica neoliberal en un mundo en proceso de globalización se manifestaron en una recreación de sociedades cada vez más desiguales que se acostumbran, al hacerla cotidiana, a la exclusión social. Consecuencias señaladas en el Informe de Secretario General de las Naciones Unidas, Koffi Annan [1], presentado en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, celebrada en septiembre de 2000:

“Casi la mitad de la población mundial tiene que subsistir con menos de 2 dólares al día (...) La persistencia de la disparidad entre los ingresos durante el último decenio resulta también preocupante. A nivel mundial, los 1.000 millones de personas que viven en países desarrollados perciben el 60% de la renta mundial, mientras que los 3.500 millones de habitantes de los países de bajos ingresos perciben menos del 20%. Muchos países han experimentado una creciente desigualdad interna... En el mundo en desarrollo, las mayores disparidades entre ingresos se dan en América Latina...” (K. Annan, 2000).

Este evento mundial culminó con la *Declaración del Milenio* [2], la cual fue aprobada por 189 países y firmada por 147 jefes de estado y de gobierno. El eje central de la declaración de los líderes del mundo es la necesidad de reducir aquellas desigualdades, tratando de corregir la concentración de la riqueza y la expansión de la pobreza. En la Declaración, se incluyen los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que se intentan alcanzar para el año 2015. Objetivos que comprometen a los países a tomar nuevas medidas y aunar esfuerzos en aspectos tales como la lucha contra la pobreza, el analfabetismo, el hambre, la falta de educación, la desigualdad entre géneros, la mortalidad infantil y materna, la enfermedad y la degradación del medio ambiente.

Por su lado, L. Chen y G. Berlinguer (2006) [3] comentan que el proceso de la globalización, al inicio del tercer milenio, estaba dinamizando un nuevo patrón de problemas de salud en todo el mundo. Surgen nuevas amenazas sanitarias que se superponen a las enfermedades tradicionales. Tres ejemplos son: las enfermedades infecciosas emergentes, los nuevos peligros ambientales, y los trastornos sociales y de comportamiento relacionados con la violencia y la impunidad. Además, los vínculos entre lo global, lo nacional y lo local son cada vez más directos y potentes. Todo ello se manifiesta, por lo menos, en cuatro hechos cada vez más evidentes:

- La transmisibilidad de los determinantes de la salud y los riesgos sanitarios. Las intensificadas relaciones internacionales en el comercio, la migración y la información aceleran la transmisión de enfermedades a través de las fronteras y la transferencia internacional de riesgos sanitarios ambientales y vinculados con el comportamiento.
- La participación obligada en los riesgos y las consecuencias en todo el mundo y en todo momento. Por ejemplo, las presiones crecientes sobre las reservas comunes de los recursos mundiales de aire y agua. El daño ambiental debido al calentamiento global, la pérdida de la capa de ozono, la contaminación química y la eliminación insalubre de los residuos tóxicos. El daño ambiental a menudo tiene una repercusión muy alejada en la distancia y en el tiempo del hecho que lo originó.
- Los progresos tecnológicos están alterando profundamente el escenario de la salud mundial. Algunos ejemplos son las prioridades de las compañías farmacéuticas pri-

vadas impulsadas por el mercado, la penetración de los mercados sanitarios en los servicios sanitarios, el abandono de la investigación y el desarrollo del tratamiento contra las enfermedades que afectan a los pobres, y la iatrogenia provocada por la aplicación inadecuada de nuevas y a menudo costosas tecnologías médicas.

- Las transformaciones institucionales de la globalización. Como ésta trasciende las fronteras nacionales, el rendimiento institucional de actores claves como los gobiernos nacionales y las organizaciones internacionales también se están transformando. “Aunque la responsabilidad de la salud sigue siendo fundamentalmente nacional, los determinantes sanitarios y los medios para hacer frente a esa responsabilidad son cada vez más globales” (Jamison et.al. 1998). “Por tanto, la revitalización o el agotamiento de diversas instituciones sanitarias podría estar también relacionada con los procesos centrales de globalización” (L. Chen y G. Berlinguer, 2006, p. 38-41).

En el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2008* [4], publicado 60 años después de la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 40 años después de la *Declaración de Alma Ata*, y ocho años después de la Cumbre del Milenio se presentan nuevamente evidencias de las flagrantes desigualdades sociales en el estado de salud y en el acceso a su cuidado, que siguen prevaleciendo en el mundo. La brecha en la esperanza de vida al nacer entre los países más ricos y los más pobres supera los 40 años. Los países industrializados, que solo representan un 10% de las enfermedades que hay en el mundo, consumen el 90% de los recursos de salud. Los gastos gubernamentales en salud varían de 20 dólares por persona en los países pobres hasta más de 6.000 dólares por persona en los más ricos. Los expertos de la OMS, no obstante su tradicional lenguaje diplomático, no pudieron dejar de afirmar en el citado informe lo siguiente: “las políticas de ajuste estructural – negociadas por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) – hicieron tambalear seriamente el sistema de salud pública; la brecha entre la oferta de atención privada y pública se profundizó”. Y agregan: “La mercantilización no regulada de los sistemas de salud los hace muy ineficaces y muy caros; acentúa las desigualdades y conduce a una atención de calidad mediocre, e incluso a veces peligrosa”. “Esta disparidad no es en ningún caso un fenómeno ‘natural’; es el resultado de políticas que hacen primar los intereses de algunos por sobre los de otros: a menudo los intereses de una minoría poderosa y rica por sobre los intereses de una mayoría desposeída” [5].

Incluso la muy liberal Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), que lucha por una desregulación general de la economía, debió reconocer en 2009 que la privatización agrava las dificultades: “Sólo una pequeña cantidad de adeptos adhieren ahora a la idea de que la competencia ofrece la solución apropiada. (...) Las virtudes del mercado se hacen mucho menos evidentes”. Ha manifestado, además, que “la sociedad puede necesitar la implementación de medidas como la regulación del mercado para corregir sus fallas y, en los casos extremos, abandonar el mercado en pro de otra distribución de los recursos” [4, 5].

Paralelamente a esos hechos mundiales y declaraciones, en el ámbito de América Latina el nuevo modelo economicista del cuidado de la salud, definido dentro del marco ideológico de una globalización conducida por principios neoliberales, se hizo hegemónico en las políticas públicas. Para ello, se efectuaron numerosos eventos internacionales que tenían como propósito implementar normativamente estrategias multinacionales de reformas economicistas de los sistemas de salud. En estos eventos prevaleció la Agenda de Reforma en Salud del BM sobre las agendas de las otras organizaciones vinculadas

con el tema, incluso la de la OMS. En el año 1996, la casi totalidad de los gobiernos de los países de América Latina informaron estar aplicando reformas de sus sistemas nacionales de salud, con el apoyo financiero del BM.

Las enfermedades infecciosas en el mundo

En la primera década del siglo XXI las enfermedades infecciosas continuaban siendo una de las principales causas de mortalidad en el mundo, especialmente en los países en desarrollo. Según información de la OMS, cada año provocan la muerte de 14 millones de personas y responden por más de una cuarta parte del total de defunciones en el mundo. En los países de bajos ingresos, una de cada dos personas que muere lo hace por una enfermedad infecciosa en una edad temprana. Se calcula, además, que el 97% de estas defunciones —como SIDA, tuberculosis y malaria— ocurre en los países en desarrollo y que la población en condiciones de pobreza es la más afectada. Ello sucede no obstante la creciente disponibilidad mundial de conocimientos y recursos que permitirían crear medios para evitar o curar aquellas enfermedades en concordancia con el discurso de los derechos humanos utilizado en los eventos organizados por las organizaciones internacionales de desarrollo y de salud [3, 6].

Por otra parte, en las tres últimas décadas se ha evidenciado un aumento y un mayor reconocimiento de la mortalidad y la morbilidad causada por enfermedades infecciosas debidas a patógenos reemergentes y a nuevos patógenos, así como por el aumento de las vías de transmisión. Este aumento y el mayor reconocimiento de la importancia epidemiológica de este tipo de enfermedades coinciden con un rápido decrecimiento de la eficacia y variedad de la antibioticoterapia existente. La resistencia generalizada a los antibióticos presente tanto en las bacterias patógenas como en las no patógenas da lugar a la formación de un conjunto de material genético fácilmente disponible y transmisible, capaz de inducir y propagar multidrogo-resistencia, lo que constituye un nuevo y gran desafío a la Salud Pública.

La lucha contra la tuberculosis en el mundo: 1992-2011

La TB como problema de salud en estado de urgencia

La epidemia de TB se había propagando a más velocidad en las dos últimas décadas del siglo XX, alcanzando proporciones epidémicas en algunas regiones, sobre todo en países africanos y en el Sudeste Asiático. El 23 de abril del año 1993, como parte de un plan de relanzamiento y fortalecimiento de la campaña mundial para asignar más fondos al control de la TB, la OMS publicó un Comunicado de Prensa advirtiendo al mundo sobre: “El estado de urgencia con respecto a la enfermedad podría producir más de 30 millones de víctimas en los próximos diez años si no se toma medidas para frenar la propagación de la enfermedad, La tuberculosis es la principal causa de muerte debido a que un solo agente infeccioso, una bacteria, infecta un tercio de la población mundial. Cada año 8 millones de personas desarrollan la enfermedad” [7]. En este mismo sentido, el BM informaba que sus investigadores habían establecido que la quimioterapia anti-tuberculosa “era una de las intervenciones con mejor relación de costo-beneficio” [8].

Estrategia terapéutica del DOTS y la OMS, 1993

Es en este mismo año de 1993, que la OMS adoptó e impulsó la utilización en todos los países de la estrategia del DOTS (sigla en inglés del Tratamiento Directamente Observado, de Corta Duración). Estrategia que desde la década del sesenta acumulaba antecedentes sobre su eficacia terapéutica, a través de los trabajos de varios clínicos ingleses – como W. Fox, J. Crofton, D.A. Mitchison y otros –, cuyos resultados demostraron la eficacia de los tratamientos cortos (seis meses) con el empleo de drogas antituberculosas asociadas, siempre que se mantuviera una supervisión permanente de su toma durante todo el período terapéutico [9, 10, 11]. Estrategia terapéutica que, para el control sostenible de la TB en un colectivo social, debía ser sustentada en cinco pilares centrales:

1. Apoyo político a los programas de control por parte de los gobiernos.
2. Detección de casos por baciloscopía, de calidad garantizada.
3. Esquemas terapéuticos protocolizados y de curso corto, administrados bajo supervisión directa.
4. Abastecimiento regular y sin interrupción de los medicamentos protocolizados. Garantizando a todos los enfermos el acceso a los fármacos antituberculosos esenciales.
5. Implantación adecuada de sistemas de notificación de casos y evaluación de los resultados del tratamiento.

En 1997, la OMS comenzó a difundir el llamado *Decálogo del DOTS* (WHO, 24th March, 1997) que resume las ventajas de su utilización: cura al enfermo con índices cercanos al 95%; previene nuevas infecciones; detiene la aparición de gérmenes multi-resistentes; la relación costo-beneficio es muy alta; reduce la hospitalización de los pacientes; prolonga la vida de los pacientes con VIH asociada; protege la fuerza laboral; protege a los migrantes; estimula las economías; tiene una eficacia probada [10, 11, 12].

Para el año 2000, más de 140 países habían adoptado la estrategia DOTS. Sin embargo, sólo el 27% de los pacientes de TB contagiosa se trataban a través de esta estrategia. Tampoco se habían alcanzado las metas propuestas por la OMS en el año 1991, pero los esfuerzos realizados para controlar la TB en el mundo no habían sido vanos [11, 12].

Alianza Alto a la Tuberculosis (Stop TB) 1998, y el Fondo Mundial

En el primer Día Mundial de la Tuberculosis del nuevo milenio, 24 de marzo del año 2000, se efectuó en Amsterdam la Conferencia Ministerial sobre *Tuberculosis y Desarrollo Sostenible*. En esta reunión, con la participación de representantes ministeriales de 20 países muy afectados por esta enfermedad – que soportaban el 80% de la carga mundial de tuberculosis – se aprobó la *Declaración de Ámsterdam para detener (poner un alto) a la tuberculosis* (Declaración de Ámsterdam *STOP TB*): “Llamamiento para una acción acelerada contra la tuberculosis” [13].

“Reconociendo que representamos a los gobiernos de los países con más alto índice de Tuberculosis en el mundo, pero que otros países no representados en esta Conferencia enfrentan muchos o todos los problemas mencionados, hacemos un llamado a todos nuestros colegas del mundo, a que se unan con la OMS, con el Banco Mundial y otras organizaciones en favor de la Iniciativa *Stop TB*, para que participen activamente en construir nuevas fuerzas contra la TB mejorando la salud para todos en el nuevo milenio” (Declaración de Amsterdam, 24 de marzo 2000).

Dos meses después de esta Declaración, una Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, de mayo del 2000, aprobó la creación de la Asociación Mundial “Alto a la Tuberculosis” (*Stop TB*), como un movimiento mundial para acelerar la acción social y política encaminada a detener la propagación de la TB en el mundo; estableciendo, además dos objetivos para el 2005: diagnosticar al 70% de todas las personas con tuberculosis infecciosa y curar al 85% de los diagnosticados. Uno de los primeros pasos de la Alianza fue desarrollar el *Plan Mundial para Detener la Tuberculosis para el periodo 2001–2005*. Plan que permitió desarrollar un programa para conseguir nuevos asociados importantes, impulsar la investigación y el desarrollo, y producir un impacto inmediato en las zonas más afectadas por la epidemia.

De manera concordante con estos y otros acuerdos para mejorar la salud mundial en el siglo XXI, el 8 de septiembre del año 2000 en la llamada Cumbre del Milenio los gobiernos del mundo fijaron objetivos y metas a ser cumplidas hasta el año 2015 sobre la TB y otras endemias, tomando como referencia el año 1990. El Objetivo del Milenio N° 6 es “Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades”, entre las metas señaladas para el logro de este objetivo se incluye la Meta 8: “Detener y comenzar a reducir la incidencia de tuberculosis para 2015”.

En noviembre del 2000, con el fortalecimiento internacional de la Alianza Alto a la Tuberculosis, se pudo efectuar el lanzamiento del *Plan Global de Expansión de DOTS*, que otorgó una mayor visibilidad y eficiencia a las actividades de control propuestas. Además, la primera reunión de la *Stop TB Partners Forum*, se realizó en Washington en 2001 donde se estableció un calendario de objetivos concretos, entre ellos a puesta la constitución y la puesta en marcha, desde inicios del 2002, del llamado *Fondo Mundial contra la tuberculosis, el sida y la malaria* [14].

En enero del 2002, el *Fondo Mundial contra la tuberculosis, el sida y la malaria* inició formalmente sus operaciones como una organización independiente y sin fines de lucro y regida por un Consejo Internacional de representantes de donantes y gobiernos, ONG y representantes de la OMS y el Banco Mundial, con sede en Ginebra. El Cuerpo Directivo instruye entonces al Secretariado a realizar la primera convocatoria para el financiamiento de propuestas técnicas. En febrero de este mismo año se realiza la primera convocatoria [14, 15].

El propósito del Fondo Mundial es recaudar, gestionar y desembolsar recursos contra el SIDA, la TB y la malaria. Realiza periódicamente convocatorias (rondas) mundiales para que los países presenten propuestas técnicas nacionales en torno a las tres epidemias las cuales pueden ser financiadas para su implementación. Actúa como un instrumento financiero, en tanto no ejecuta programas directamente, sino que confía en el conocimiento de los expertos locales del país [14, 15].

Posteriormente, la Alianza desarrolló el *Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015* que describe las medidas y los fondos necesarios, durante esos próximos años, para acelerar los avances en el desarrollo de nuevos instrumentos contra la enfermedad y su aplicación en los países. El objetivo de este segundo Plan Mundial es alcanzar las metas señaladas y que, en consonancia con los Objetivos del Desarrollo del Milenio, son las siguientes: para el año 2015, reducir la prevalencia y la mortalidad por tuberculosis en un 50% respecto a 1990; y, para el año 2050: eliminar la tuberculosis como problema de salud pública (1 caso por millón de habitantes). Las actividades pre-

vistas en el Plan se sustentan en las contribuciones cognitivas de siete grupos de trabajo de la Alianza Alto a la TB que se denominan: expansión del DOTS; DOTS-Plus para la Tuberculosis multidrogorresistente (TB MDR); TB/VIH; nuevos medios diagnósticos de la TB; nuevos medicamentos antituberculosos; nuevas vacunas contra la TB; y promoción, comunicación y movilización social. Todos ellos son coordinados por la Secretaría de la Alianza.

Al final del año 2011, la Alianza Alto a la TB abarca una red de más de 500 organizaciones internacionales, países de todo el mundo, donantes del sector público y privado, organizaciones de pacientes, y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que han expresado su interés en trabajar para alcanzar aquellos objetivos y metas. La OMS es la institución anfitriona de la Secretaría de la Alianza Alto a la TB y permite que ésta se beneficie de los mecanismos de la Organización.

Las estrategias actuales de esta Alianza son seis: (i) proseguir la expansión de un DOTS de calidad y mejorarlo; (ii) abordar la coinfección TB/VIH, la tuberculosis multi-resistente y las necesidades de las poblaciones pobres y vulnerables; (iii) contribuir al fortalecimiento del sistema de salud basado en la atención primaria; (iv) involucrar a todos los proveedores de salud; (v) empoderar a los afectados por la tuberculosis y a las comunidades mediante alianzas; y (vi) posibilitar y promover investigaciones.

Estrategia terapéutica DOTS-Plus y el Comité Luz Verde, 1999

La OMS y sus socios habían establecido en 1999 el Grupo de Trabajo de la OMS DOTS-Plus encargado de formular las guías de política, basadas en evidencias, para el manejo del tratamiento de la TB MDR. La estrategia DOTS-Plus funciona como un suplemento a la estrategia DOTS estándar. No se requiere en todos los ámbitos o áreas, pero es muy importante para prevenir el desarrollo y una mayor propagación de la TB MDR en aquellas áreas con epidemias emergentes de TB MDR. Tiene dos principios fundamentales: (i) la debida aplicación de la estrategia DOTS debe ser el primer paso para combatir la TB MDR, porque ayudará a prevenir la aparición de la resistencia a los medicamentos; (ii) la estrategia DOTS-Plus debe aplicarse sólo en áreas que ya tienen programas eficaces de control de TB basados en la estrategia DOTS [16, 17].

Un programa DOTS-Plus comienza, en un determinado país, con el establecimiento de un proyecto piloto DOTS-Plus a fin de obtener acceso a los medicamentos de segunda elección a través del Comité de Luz Verde, creado el año 2000. Éste es un comité del Grupo de trabajo DOTS-Plus dentro de la Asociación Alto a la Tuberculosis, ubicado en la oficina principal de la OMS en Ginebra, Suiza. El Comité examina las solicitudes de los proyectos y determina si los mismos están en concordancia con las *Normas para establecer proyectos piloto DOTS-Plus para el tratamiento de la tuberculosis resistente a múltiples medicamentos*, lo que constituye una condición para la aprobación. El cumplimiento de estas normas promueve la debida gestión de los casos existentes de TB MDR y previene el desarrollo rápido de la resistencia a los medicamentos antituberculosos de segunda elección. Las normas les proporcionan a los proyectos piloto ejemplos de protocolos para las pautas normalizadas o individualizadas de tratamiento que utilizan medicamentos antituberculosos de segunda elección [16, 17].

Los costos de los medicamentos de segunda elección utilizados por este programa han disminuido significativamente gracias a que el programa DOTS-Plus es respaldado por

la OMS que trata de captar el pleno apoyo de las empresas farmacéuticas a la lucha por la erradicación de la TB MDR. Los representantes de la industria farmacéutica han estado de acuerdo en proporcionar medicamentos de segunda línea a precios preferenciales para los proyectos piloto de DOTS-Plus. Sin embargo, debemos reiterar que una condición para que los programas nacionales se beneficien de estos precios, es que el Comité de Luz Verde apruebe sus proyectos [16, 17].

Situación mundial de la TB alrededor del año 2011

De acuerdo con datos de la OMS para el 2011, desde hace algunos años los nuevos casos de TB vienen disminuyendo en el mundo: en una proporción del 2,2% anual. Asimismo, la mortalidad por TB ha disminuido en un 41% desde 1990. El mundo estaba en camino de alcanzar la meta mundial establecida el 2000 consistente en lograr en el año 2015 una reducción, con relación al año 1990, del 50% de su incidencia [18].

Sin embargo de estos logros en términos de mortalidad y morbilidad específicas, la TB seguía siendo un problema de salud pública mundial. La OMS calcula que en el año 2011 hubo en el mundo un total de 30 millones de pacientes activos de TB, de los cuales 8,7 millones eran nuevos casos (un 13% coinfectados por el VIH) y que 1,4 millones murieron por esta causa. La TB era también una de las principales causas de muerte en la mujer, en 2011 causó 300.000 muertes en mujeres seronegativas para el VIH y 200.000 en mujeres seropositivas. Los progresos en la lucha contra la TB MDR siguen siendo lentos; el número de sus casos alcanzó casi los 60.000 en todo el mundo en este año 2011, esto significa que uno de cada cinco casos (19%) calculados padece de esta modalidad de la enfermedad. Cerca de la mitad de las personas que padecen TB y no reciben un tratamiento corren el riesgo de morir en un periodo entre 2 y 5 años después de haber contraído dicha enfermedad. [18].

Peor aún, , en los países en desarrollo, donde las condiciones de vida por regla general no han mejorado, la TB no había podido ser detenida en su progreso. Un 95% de las personas que en la actualidad padecen esta enfermedad en el mundo viven en estos países. En muchos de ellos, las guerras y las crisis económicas han provocado la destrucción del sistema sanitario, imposibilitando la detección y tratamiento de la TB y haciendo a la población todavía más vulnerable a contraer enfermedades; aunque el principal factor que ha contribuido a esta mayor vulnerabilidad es la epidemia de VIH. Entre las personas infectadas por el bacilo de Koch, los VIH seropositivos son 10 veces más propensos a contraer la TB que los VIH negativos [18]. Asimismo, la TB estaba considerada entre las llamadas “enfermedades huérfanas”, es decir las que afectan especialmente a las poblaciones pobres y, por lo tanto, no poseen un mercado atractivo para el fomento de la inversión en la innovación de su prevención y tratamiento. En el caso de la TBC, las drogas comúnmente utilizadas – isoniazida, rifampicina, pirazinamida, estreptomycin y etambutol – se desarrollaron hace más de 40 años, y desde entonces no aparecían otras nuevas.

La lucha contra la tuberculosis en la Región América: 1992-2011

La TB como prioridad regional y extensión del DOTS: 1992-2005

En 1996 se aprobó la Resolución CD 39/20 del Consejo Directivo de OPS/OMS en la que se declaró a la TB como una prioridad sanitaria regional, y comprometió a los go-

biernos de los países a aplicar la estrategia DOTS. Hasta ese año solo seis países de los 44 que conforman la Región, aplicaban la estrategia DOTS a escala nacional, con una cobertura de apenas el 9,9% de la población de la Región. Desde entonces, se trazó una política que buscó extender y/o implementar la estrategia DOTS. Con la Declaración de Ámsterdam y el Compromiso de Washington, se incrementó la voluntad política y los mecanismos operativos necesarios para permitir a los países avances rápidos contra la TB. Es así, que luego de siete años de aquella declaración, en el año 2003, la estrategia DOTS se aplicaba en prácticamente todos los países de la Región, alcanzando una cobertura del 78% de la su población. Las agencias donantes y los socios internacionales jugaron un papel importante en esa etapa y las acciones conjuntas que se desarrollaron se tradujeron en el incremento significativo de los recursos económicos disponibles para los programas nacionales y el Programa Regional. Incremento que fortaleció la capacidad técnica de dichos programas para la lucha antituberculosa [19].

Sin embargo, en el año 2005 y pese a esos avances, la TB seguía provocando importantes daños humanos y pérdidas económicas en las Américas. Ante esta realidad, la OPS/OMS en colaboración con los países de la Región decidieron profundizar el control de la TB con el mayor fortalecimiento de la estrategia DOTS y la aplicación de nuevas iniciativas para detener y superar los nuevos retos producidos por la propagación del VIH/SIDA, la TB MDR, así como por el incremento de inequidades y la pobreza. Estas nuevas iniciativas debían responder a metas a mediano y largo plazo destinadas a reducir la carga de enfermedad y alcanzar los Objetivos del Milenio [19].

Plan Regional de TB 2006-2015

Es en aquellas circunstancias, que en la cuadragésima sexta Sesión del Consejo Directivo de la OPS/OMS, llevada a cabo en septiembre de 2005, se adoptó la Resolución CD46. R12 “Estrategia Regional para el Control de la Tuberculosis para 2006-2015”, reafirmando el compromiso de los países de ratificar el control de la TB como una prioridad en los programas de salud, asignando los recursos financieros y humanos necesarios, y recomendó el *Plan Regional de TB 2006-2015* como base para la formulación de planes nacionales[19]. Este Plan había sido formulado en base a la experiencia de la expansión de la estrategia DOTS en la Región y se cimentó en el compromiso renovado por parte de los países en el control de la TB, proyectando implementar la nueva estrategia de OMS *Alto a la tuberculosis*. Para alcanzar los objetivos del Plan se definieron seis líneas estratégicas:

1. Expansión y/o fortalecimiento de la estrategia DOTS, con calidad, en todos los países de la Región.
2. Implementación y/o fortalecimiento de actividades en todos los países de la Región: de colaboración entre los Programas de TB y VIH/SIDA; de prevención y control de la TB MDR, y de estrategias comunitarias para poblaciones desatendidas (DOTS comunitario).
3. Fortalecimiento del sistema sanitario enfatizando la atención primaria, el abordaje integral de enfermedades respiratorias, la red de laboratorios y el desarrollo de políticas de recursos humanos en TB, en los países de la Región.
4. Mejoramiento del acceso poblacional al diagnóstico y tratamiento de la TB a través de la incorporación de todos los proveedores de salud, públicos y privados.

5. Facilitación del empoderamiento de los afectados y la comunidad, e implementación de estrategias de abogacía, comunicación y movilización social en países de la Región.
6. Inclusión de la investigación operativa, clínica y epidemiológica dentro los planes de los Programas Nacionales de Control de la TB en los países de la Región.

Para alcanzar los objetivos y las metas establecidas en el Plan Regional de TB 2006-2015, se debería continuar con los esfuerzos regionales para acrecentar el apoyo de socios que permitan acelerar las acciones de control de la TB en las agendas sanitarias de los países de América. La contribución de los socios al éxito de las acciones de los programas nacionales debería ser enfocada a asegurar que todas las personas tengan acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno con calidad y a reducir el costo social y económico que la TB causa a las familias, comunidades y naciones.

Situación regional de la TB alrededor del año 2011

Al final del año 2011, la incidencia, la prevalencia y la mortalidad por TB estaban descendiendo en las Américas, y la Región iba por buen camino hacia la consecución de las metas mundiales para la reducción de la carga de morbilidad para el 2015. Entre 1990 y 2011, hubo una reducción del 61% en la mortalidad y del 62% en la prevalencia de la TB en la Región. Este progreso se atribuía a dos factores: la ejecución de la estrategia “Alto a la Tuberculosis” de la OMS/OPS, y a la mejoría general de las condiciones de vida de los latinoamericanos, que había llevado a una disminución de la pobreza [20].

No obstante estos avances regionales, persistían grandes diferencias de dicha carga entre áreas y países. La principal carga de TB se encontraba en América del Sur, así como en el Caribe, especialmente en Haití, donde la incidencia era casi 8 veces superior a la estimada para el promedio de toda la Región. En el Informe Regional 2012 de la OPS/OMS [20], se presentan los siguientes resultados para el año 2011:

- Se estima un total de 268.400 casos nuevos de TB en la Región; el 60% de ellos correspondían a Brasil, Perú, México y Haití. Además, se notificaron alrededor de 233.200 casos de TB, el 89% eran casos nuevos; de éstos, el 78% se confirmaron mediante cualquier método y el 70% mediante baciloscopia de esputo solo. A nivel de los países, la proporción de casos nuevos de TB pulmonar con confirmación bacteriológica mediante cualquier método de laboratorio varió entre 53% y 98%
- Se estima que hubieron unos 6.000 casos de TB multidrogorresistente (TB MDR) entre los casos de TB pulmonar notificados. La proporción estimada de TB MDR fue de 2,1% entre los casos nuevos, y de 11% entre los casos de retratamiento. Los casos de TB MDR informados por el Perú y Brasil acumularon el 66% del total de los detectados en la Región.
- Once países de la Región notificaron, en conjunto, un total de 78 casos de TB extremadamente resistente (TB XDR), cifra que era más del doble que el año anterior (33 casos en el 2010). De aquel total Perú (33) y Brasil (23) suman 56 casos. es decir el 74% de todos los casos notificados.
- Alrededor de 20.900 casos de TB tenían VIH. La proporción de casos con VIH entre todos los casos de TB sometidos a pruebas de detección del VIH fue de 17%.
- El éxito del tratamiento no alcanzaba las metas previstas para las Américas. Solo 75% de todos los casos nuevos de TB con baciloscopia (+) que recibieron tratamiento en la cohorte del 2010 fueron tratados con éxito. La tasa de éxito fue significati-

vamente inferior en los casos nuevos de TB con baciloscopia (+) que tenían VIH (57%); en los casos de retratamiento (49%); en los casos de TB MDR (47% en la cohorte del 2009); y en los casos de TB extremadamente resistente (12% en las cohortes de 2008 y de 2009).

5.2. CUIDADO DE LA SALUD POBLACIONAL Y LA TUBERCULOSIS EN LA REPÚBLICA NEOLIBERAL PERUANA: 1992-2011

Hacia un Sistema de Seguridad Social en Salud

Entre los años 1992-2000

Con el autogolpe de Fujimori del 15 de abril de 1992, comenzó a establecerse en el país un Estado Neoliberal y neopopulista, con un gobierno que aplicaría una política general de desarrollo orientada por las señales del mercado. El 11 de junio de 1992, tres meses después del “autogolpe”, se dio el Decreto Ley N° 25548 que desactivó el Instituto Nacional de Planificación, órgano central del Sistema Nacional de Planificación del Desarrollo; asumiendo sus funciones normativas el Ministerio de Economía y Finanzas. Se trataba de reducir al máximo las intenciones de las entidades públicas de intervenir sobre el mercado con fines redistributivos.

De manera concordante con esta intención política, comenzó la aplicación de medidas de privatización de la propiedad y de la gestión de las entidades públicas, así como de focalización de la política social gubernamental en los programas dirigidos a los pobres extremos. El antecedente inmediato a estas medidas, en el campo particular de la salud, fue la aprobación del Decreto Legislativo N° 718, del 8 de noviembre de 1991, que crea el Sistema Privado de Salud. Producido el autogolpe e iniciada, luego, la formulación de la nueva Constitución Política el cumplimiento de este Decreto quedó en suspenso.

Promulgada la nueva Constitución, el nuevo modelo del sistema de salud que resultará de la aplicación de esas políticas de privatización y de focalización, se comenzó a construir a partir de un concepto dual y contradictorio del servicio de salud y del medicamento; por una parte, bienes públicos esenciales para los ciudadanos que lo necesitan y, por otra, mercancías sujetas a las leyes del mercado, donde se producen con fines de lucro. Las medidas legales para la liberación del mercado farmacéutico, se iniciaron con el Decreto Ley 25596, del año 1992, eliminando el control del precio de venta del medicamento, que comenzó a ser comercializado como cualquier otra mercancía. En el mes de mayo de 1997 se promulgó la Ley 26790, *Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud*, que crea definitivamente las Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Luego, en la reglamentación de esta Ley, se precisa que se está iniciando la organización de un Sistema de Seguridad Social en Salud, conformado por dos regímenes: el contributivo, a cargo del IPSS (luego EsSalud) y complementado por las EPS privadas; y el no contributivo, a cargo del Ministerio de Salud, el Seguro Integral de Salud y otras entidades estatales. En julio del mismo año se promulgó la Ley General de Salud, que sustituyó al Código Sanitario de 1969 [21, 22].

Entre los años 2000 y 2011

El 19 de noviembre del año 2000, el Ing. Fujimori renunció a la Presidencia de la República. El Congreso eligió al Dr. Valentín Paniagua para ocupar el cargo de Presidente transitorio por 249 días. En las elecciones presidenciales del 2001 triunfó, en segunda vuelta, el Dr. Alejandro Toledo, líder de la oposición al régimen fujimorista y fundador del Partido Perú Posible. Posteriormente, en las elecciones presidenciales del 2006 triunfó, también en segunda vuelta, el Dr. Alan García líder del Partido Aprista, quien gobernó el país hasta el 28 de julio del 2011 [21, 23].

Los gobiernos que sucedieron al de Fujimori, no obstante sus diferencias políticas e ideológicas, continuaron aplicando las recetas del modelo económico neoliberal utilizadas en la década del noventa para orientar las políticas generales de desarrollo, con resultados macroeconómicos exitosos, aunque subordinando las políticas sociales a las políticas económicas, que siguieron siendo orientadas por las señales del mercado.

Las bases constitucionales y legales de un “sistema de seguridad social en salud” fueron formalizadas durante el régimen de Fujimori, y se han mantenido vigentes hasta el año 2011. Dentro de este marco jurídico se promulgó, en el año 2002, la *Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud*, uno de cuyos fines es “avanzar hacia la seguridad social universal en salud”; y, siete años después, en abril de 2009, se promulgó la *Ley Marco de Aseguramiento Universal de Salud*, con el fin de “garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud”.

En la organización actual del sistema oficial de salud persiste la fragmentación y segmentación institucional con distintos regímenes, fuentes de financiamiento, fondos financieros, compradores, proveedores y usuarios. Estos últimos estratificados en pobres, trabajadores de ingresos medios y personas acaudaladas, que tienen acceso diferenciado a los proveedores. Usuarios a los que presta servicios cuya cobertura, concentración y calidad son ciertamente desiguales. Sistema que es formalmente conducido por un Consejo Nacional de Salud inoperante. La Academia Peruana de Salud, informa que alrededor del año 2010, el gasto per cápita anual, medido en dólares U.S.; es de 404 en la EPS privadas, de 223 en EsSalud y de apenas 35 en el Seguro Integral de Salud (SIS).

La reforma oficial de salud que se está implementado desde el año 1992 se fundamenta cognitivamente, con un enfoque teórico economicista, en las proposiciones de la Economía de la Salud, la Gerencia Social y la Epidemiología difundidas por las Escuelas de negocios o de la industria del bienestar. Y se justificó inicialmente con principios del liberalismo político aplicados en salud, promovidos por el Banco Mundial, a través de sus publicaciones de la década de 1980, en el marco del llamado “consenso de Washington”. Asimismo, la nueva Constitución Política de 1993 institucionalizó, desde la perspectiva de una economía social de mercado, las bases de una política nacional de salud que se limita a garantizar el libre acceso a prestaciones de salud y pensiones a través de entidades públicas, privadas o mixtas [21, 23].

Al final del año 2011, el sistema oficial de salud se mostraba cada vez más incapaz para enfrentar, de manera socialmente satisfactoria, a los problemas emergentes y reemergentes de la salud colectiva. Desde el inicio de esta reforma, las organizaciones representativas de la orden médica y de los trabajadores de salud se opusieron, sin mayor éxito, a este nuevo modelo organizativo. Las frecuentes huelgas médicas nacionales “en defensa de la vida y la salud” es una expresión de esta oposición.

Ministerio de Salud y el control las enfermedades transmisibles

Entre los años 1992 y 2004

La política social del gobierno de Fujimori se ejecutó a través de dos tipos de programas. Los programas sectoriales, de carácter permanente, a cargo de los ministerios de los ramos sociales (salud, educación, trabajo, etc.) que atendían las demandas convencionales de servicios públicos. Y, los programas de compensación, de carácter asistencial temporal, a cargo de la ejecución de las acciones previstas en la estrategia de lucha focalizada contra la pobreza.; entre los principales, el Programa de Apoyo Alimentario (PRONAA) y los de FONCODES. Además, el Gobierno organizó programas especiales de compensación para el mantenimiento y desarrollo de la infraestructura de salud básica, así como para cubrir los costos operativos correspondientes al primer nivel de atención de la salud, con fondos asignados directamente para ser administrados por los responsables del programa sin las restricciones burocráticas de la administración pública.

En 1993 se organizó el Programa de Focalización del Gasto Social en Salud, que dos años después se denominaría Programa de Salud Básica Para Todos, que operaría hasta el final del gobierno de Fujimori, cuyos mayores gastos se destinaron a contratar personal profesional con salarios más altos que el resto de trabajadores públicos, logrando de esta manera ubicarlos en áreas suburbanas y rurales para la atención de las necesidades y las demandas de servicios de salud de los pobres extremos, así como para formar parte del personal de los programas prioritarios. Entre ellos el PNCT, del cual sería una de sus dos principales fuentes de financiamiento [22, 24].

Por otro lado, en la década de los noventa, el MINSA y las redes de establecimientos de las Direcciones Regionales y Subregionales de Salud se organizaron, para fines operativos, en programas, subprogramas o componentes verticales, que tenían su correlato organizacional en los niveles central, regional, subregional y local (Centro de Salud) del Sector Público en Salud. A nivel central, la Dirección General de Salud de las Personas se desconcentraba en Jefaturas de las Oficinas de los Programas; cada una de ellas, estaba encargada de formular en el nivel central los presupuestos (fijos y por rubros) pertinentes, que eran enviados directamente a cada Dirección Subregional, para que ésta se encargara de distribuir los recursos a los establecimientos. Esta verticalización y fragmentación de los Programas creó grandes problemas en la conducción y la gestión de las acciones del régimen estatal en Salud, en tanto limitaba la eficiencia y la eficacia de los programas tradicionalmente claves. La priorización de los programas o subprogramas dependía de iniciativas externas al Sector, que se expresaba en la dotación de un mayor monto de recursos financieros para sus operaciones. El programa de mayor prioridad en la década fue el de Planificación Familiar, que contó con el apoyo expreso de Fujimori. Con menor prioridad le seguía el PNCT [22, 24].

Desde principios del 2001 y de manera colateral o secundaria a cambios de carácter político en Perú, los gobiernos de Paniagua y de Toledo dieron prioridad a la implementación de la reforma organizativa del MINSA, para corregir los excesos de aquella verticalización y fragmentación de sus programas, aunque sin modificar la nueva Ley General de Salud y otras normas jurídicas básicas que formalizan el modelo economicista de salud. Reestructuración que obedeció a una nueva política organizativa del cuidado de la salud que se expresaría en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). Información bibliográfica disponible en el país sugiere que en esta coyuntura se impuso una

nueva y fuerte corriente sectorial opuesta a los programas verticales, la cual proponía el predominio de la integración de los presupuestos, la disminución de los recursos especializados asignados a determinadas enfermedades, así como a la desactivación de los programas “tradicionales” orientados al control de “daños”, y su reemplazo por otros dirigidos al cuidado de la salud de grupos etarios específicos y de la familia [23] .

Entre los años 2004 y 2011

El nuevo Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), se convertiría en una norma programática básica, formalizada por sendas resoluciones ministeriales (729/MINSA/2003 y 859/MINSA /2004), que delinea y organiza la instrumentación de la atención de los servicios en todos los niveles del Sector Salud. El modelo tiene dos ejes, el de las necesidades de salud y el de las prioridades sanitarias. El eje de las necesidades de salud del MAIS, opera a través de dos tipos de programas (PAIS y PAFAM), así como del cumplimiento de lineamientos técnicos para la generación de comunidades y entornos saludables. Los PAIS (Programas de Atención Integral de Salud por Etapas de Vida), norman los procesos de atención y cuidado de la salud de las personas y se dirigen a grupos específicos (niño, adolescente, adulto y adulto mayor) diferenciados. Por su parte, los PAFAM (Programas de Atención Integral a la Familia), norman los procesos de atención de atención y cuidado de la salud de la familia [25].

Por su lado, el eje de las prioridades sanitarias del MAIS opera a través de las Estrategias Sanitarias y Regionales. Su propósito es reducir el impacto de problemas de salud pública considerados prioritarios por la población. Las estrategias atraviesan todas las etapas de la vida identificadas en el Eje de necesidades, no tienen estructura orgánica, requieren de mecanismos propios para el seguimiento de su evolución epidemiológica y de los procesos clave para la producción de servicios que se relacionan con estos problemas. El 27 de julio del 2004, mediante la RM 771-2004 MINSA, se presentó al país las Diez Estrategias Sanitarias Nacionales (ESN), “con la finalidad de dar énfasis a temas fundamentales para la salud del país... Su característica principal es la intersectorialidad y búsqueda del impacto sobre los factores que dan origen y mantienen el problema de salud, con la mejor relación costo-efectividad”. Una de ellas es la ESN de Prevención y Control de la Tuberculosis [25].

El MAIS se definió e implementó en el marco de las competencias y atribuciones del Ministerio de Salud como responsable de dirigir y normar las acciones destinadas al cuidado de la salud poblacional en el ámbito nacional, entre ellas las de evitar la propagación y lograr el control de las enfermedades transmisibles en todo el territorio peruano. Para cumplir con esa responsabilidad se definió en el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Ministerio de Salud (DS N° 023-2005- SA) [26], una estrategia de gestión integrada a cargo de las direcciones generales de Salud de las Personas, de Salud Ambiental, de Epidemiología y de Promoción de la Salud, así como del Instituto Nacional e Salud y de la Oficina General de Comunicación..

En otro ámbito gubernamental, según el Art. 9 de la Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales [27], publicada el 18 de noviembre de 2002, los gobiernos regionales son competentes para “promover y regular actividades y/o servicios en materia de agricultura, pesquería..., comunicaciones, educación, salud y medio ambiente, conforme a Ley”. En este sentido y acorde con el proceso de descentralización política, se fueron transfiriendo funciones a los Gobiernos Regionales, entre las cuales se incluyen

las relacionados con la administración de las políticas de salud de la región, en concordancia con las políticas nacionales y los planes sectoriales.

En aplicación de esta Ley, funciones que estaban bajo responsabilidad del MINSA fueron transferidas a las Direcciones Regionales de Salud de los Gobiernos Regionales (RM 566-2005/MINSA). Específicamente en materia de vigilancia y control de vectores los Gobiernos Regionales deben asumir como resultado de tal proceso la responsabilidad de: i) difundir, adecuar y controlar la aplicación de las normas; ii) identificar y fortalecer los recursos y las capacidades públicas y privadas de respuesta para la prevención y control de epidemias; iii) promover, desarrollar y evaluar convenios específicos para la prevención y control de epidemias; iv) conducir, coordinar, ejecutar, organizar y evaluar planes estrategias y acciones para la prevención y control de epidemias; y v) capacitar en forma constante a las unidades de la red regional de epidemiología. Este proceso de transferencia de funciones iniciado en 2005 enfrenta actualmente diversas dificultades que han impactado en la eficiencia y calidad de las acciones de vigilancia y control [28].

El 14 de Agosto del 2011, fue oficializado el Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAISBFC), por la RM N°464-2011/MINSA; actualizándose los fundamentos y alcances de la atención integral de salud, promoviendo un modelo de gestión con enfoque territorial, especial atención a los recursos humanos, la organización de los servicios en redes de servicios en redes de salud y la prestación de atenciones de salud con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; teniendo como eje de intervención la familia y la comunidad.

El problema de la tuberculosis en el Perú: 1992-2011

Mortalidad, prevalencia e incidencia de la TB: 1992-2011

En el Perú y durante el período 1986-2011, la TB ha causado, en promedio, 3.000 muertes al año. La mayoría de ellas (90%) por TB pulmonar. Sin embargo, la tasa de mortalidad por TB ha tendido a disminuir lenta pero sostenidamente en el país, desde el año 1991, cuando se empezó a utilizar la estrategia DOTS para el tratamiento gratuito de los casos de TB sensible atendidos por el PNCT. Es así, que dicho índice decreció de 5,2 muertes por 100 mil habitantes en el año 1992 a 3,0 en el año 2011 (Tabla N°1).

El grupo etario más afectado por la mortalidad causada por la TB está entre los 15 y 34 años. Los adultos mayores de 65 años son también un grupo particularmente afectado. En términos de género, en el Perú, tal como ocurre en la mayor parte del mundo, se ha observado una mortalidad mayor en los hombres con respecto a las mujeres diagnosticadas con TB: entre 2001 y 2008, el 62,5% de las muertes por TB correspondió a hombres. La prevalencia de la infección es semejante en los niños y en las niñas. Como es de esperar, la distribución geográfica de la mortalidad por TB muestra que la mayor cantidad de muertes ocurrió en Lima y Callao, representando 58% de las muertes por TB y 83% de las muertes por TB MDR del país [29].

Además, según la información proporcionada por la Dirección de Epidemiología del MINSA, las tendencias de las tasas de morbilidad de la TB (en todas sus formas) y de la incidencia de TB pulmonar (BK+) muestran en el Perú y durante los últimos 20 años, dos patrones de comportamiento distintos. El primero evidencia, entre 1991 y

2002, un decrecimiento marcado de las tasas de morbilidad y de incidencia con un promedio de descenso anual de 8%. El segundo muestra, entre 2003 y 2011, una tendencia estacionaria, con tasas de morbilidad que se mantienen entre 109 y 129 casos por cada 100 mil habitantes (Tabla N° 1) [30, 31].

Las tasas de prevalencia de TB han tenido, en general, una tendencia decreciente: de 197,6 casos notificados por 100 mil habitantes en 1991 descendió a 109,7 casos por 100 mil en 2011. Aunque presentando picos de incremento entre los años 2004 y 2007 (Tabla N° 1). Estos picos se explican por la debilidad que existió en la captación de sintomáticos respiratorios en todas las regiones del país en los años anteriores. Entre las posibles explicaciones de tal debilidad, se consideran las limitadas capacidades, el desorden administrativo imperante y la alta tasa de rotación del personal en estos años.

El ritmo de decrecimiento de estos índices de prevalencia fue mayor durante la década de los noventa, cuando el porcentaje de disminución anual fue 6%, evidenciado en los análisis de indicadores de incidencia, mortalidad y la captación activa de sintomáticos respiratorios. Sin embargo, seguía siendo un problema de salud pública importante, con un comportamiento endémico y asociado a las condiciones de pobreza y subdesarrollo.

TABLA N° 1

MORBILIDAD, INCIDENCIA Y MORTALIDAD POR TB. PERÚ: 1992-2011

AÑO	MORB*	INCID*	MORT*	AÑO	MORB*	INCID*	MORT*
1992	256,2	148,7	5,2	2003	123,8	68,8	4,0
1993	248,6	162,1	5,2	2004	124,4	66,4	3,8
1994	227,9	150,5	4,3	2005	129,0	67,1	4,0
1995	208,7	139,3	4,8	2006	129,3	67,9	3,5
1996	198,1	111,9	4,9	2007	125,1	64,5	3,3
1997	193,1	122,8	4,7	2008	120,2	63,9	3,3
1998	186,4	121,7	4,4	2009	118,3	61,9	3,2
1999	165,4	97,2	4,4	2010	109,9	58,3	3,4
2000	155,6	87,9	4,3	2011	109,7	59,7	3,0
2001	146,7	83,1	4,4				
2002	140,3	77,4	4,0				

MORB* N° casos notificados de TB en todas sus formas por cada 100 mil habitantes.

INCID* N° de casos notificados de TB pulmonar (BK+) por cada 100 mil habitantes

MORT* N° de defunciones con TB por cada 100 mil habitantes.

FUENTE: Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. ASIS, 2013

La incidencia de la tuberculosis se concentra en algunas zonas del país. En el año 2008, alrededor de 60% de los casos de TB se concentran en Lima y Callao, sobre todo en los llamados “bolsones de TB”: zonas con mayor pobreza como el Agustino, Ate, La Victoria, y San Juan de Lurigancho [32]. En el interior del país, las regiones con incidencia son: Madre de Dios, Ucayali, Tacna, Loreto e Ica. Además, Lima y Callao reportan alrededor del 82% de casos de TB MDR y 93% de casos TB XDR. Lima, Callao y Loreto tienen índices de morbilidad por encima del promedio nacional.

A pesar del aparente éxito en la lucha antituberculosa durante las últimas décadas, en el año 2011 el Perú ocupaba el segundo lugar en carga de enfermedad TB en la región de América. La epidemia de VIH/SIDA y la emergencia de cepas resistentes han complidado las estrategias de prevención y control.

El problema de la TB multidrogorresistente y la TB extremadamente resistente

Han aparecido en los últimos 15 años en el país formas resistentes y más agresivas de a tuberculosis. Nos estamos refiriendo a a TB multidrogorresistente (TB MDR) y la Tuberculosis extremadamente resistente (TB XDR). Nuevas formas de esta enfermedad, que están empeorando una situación que se avizoraba controlada hace algunos años y que han aumentado el riesgo de no poder controlarla. La TB MDR tiene resistencia a isoniazida y rifampicina; en tanto que la TB XDR, tiene resistencia a la isoniazida, la rifampicina, una fluoroquinolona y a uno de los inyectables de segunda línea. Con relación a la TB XDR, uno de los principales problemas en sistemas de salud con recursos limitados es la capacidad de evaluar rápidamente la resistencia a drogas de segunda línea. La coinfección por VIH y TB es otro factor de riesgo de aparición de formas resistentes de la enfermedad. En los últimos años, son notificados anualmente en el país más de mil casos de TB MDR y alrededor de 50 casos de TB XDR (Tabla N° 2) [30].

TABLA N° 2

NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE TBC QUE REINICIARON TRATAMIENTO, DE TB MDR Y DE TBC XDR. PERÚ: 1997-2011

AÑO	REINIC.	TB MDR	TB XDR	AÑO	REINIC.	TB MDR	TB XDR
1997	62	44	--	2005	2.267	1.204	17
1998	391	182	--	2006	1.707	1.198	25
1999	375	265	1	2007	1.717	1.191	52
2000	657	451	5	2008	1.810	1.120	70
2001	1.119	728	7	2009	1.818	1.126	63
2002	1.353	697	5	2010	1.626	1.109	50
2003	1.534	779	8	2011	1.813	1.190	81
2004	1.969	884	12				

FUENTE: Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. ASIS, 2013

En lo que se refiere a la tendencia del número de casos notificados de TB MDR, demostrados por prueba de sensibilidad, se observa desde el año 1998 y hasta el 2005 un incremento sostenido de su incidencia, para luego mostrar un discreto descenso que se interrumpe bruscamente en el año 2011. Por otro lado, en lo que se refiere al número de casos de TB XDR (demostrados por prueba de sensibilidad de 1era y 2da Línea), se habían acumulado en el subperíodo 1999- 2011 un total de 396 casos notificados, con un incremento significativo en el año 2011 (Tabla N° 2). Debiendo advertir, que durante este subperíodo el número de las pruebas de sensibilidad pertinentes (examen de laboratorio indispensable para el diagnóstico de estas formas de TB) ha presentado una tendencia al incremento; siendo ello más notorio en el trienio 2009–2011, con un aumen-

to permanente de las pruebas de sensibilidad de 2da Línea [30, 31]. Según el MINSA, de todos los casos de TB que se reportan actualmente en el país, el 10% son casos de TB MDR.

Los programas antituberculosos en el mundo se tropiezan con enormes problemas para lograr que disminuyan las tasas de TB MDR y, más aún, la incidencia de la TB XDR; uno de estos problemas es el costo del tratamiento. De acuerdo a cálculos de la OMS, efectuados en el año 2010, mientras que el tratamiento con fármacos antituberculosos convencionales cuesta aproximadamente US\$ 20 por caso, los fármacos contra la TB MDR pueden costar hasta US\$ 5.000 por caso, y contra la TB XDR mucho más.

5.3. NUEVO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN EL PERÚ: 1991-2004

Nuevo Programa Nacional de Control de la Tuberculosis Fase I: 1991-2000

Inicio de la gestión del NPNCT

En agosto de 1990, el médico Pedro Guillermo Suárez Aguilar asumió el cargo de Director General del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Era ministro de salud el salubrista Dr. Carlos Vidal Layseca, que regresaba al país después de trabajar varios años en la OPS/OMS. El Programa estaba quebrado económicamente, sus anteriores directivos nacionales y regionales habían renunciado al iniciarse el gobierno de Fujimori, y la Asociación de Pacientes con Tuberculosis, un grupo de defensa establecido en 1976, organizaba protestas públicas por la carencia de fondos para el tratamiento antituberculoso. Situación agravada por la crisis nacional y la epidemia del cólera.

Como respuesta a esta grave situación del programa nacional, el gobierno decidió asumir el compromiso político y financiero de otorgar a la lucha contra el problema de la TB la prioridad que le correspondía por su magnitud y trascendencia. El NPNCT comenzó a ser considerado como parte de la estrategia gubernamental de lucha contra la pobreza extrema: el 18% de su presupuesto, en el primer año de gestión de Suárez tuvo como fuente de financiamiento el FONCODES, uno de los principales programas especiales de compensación social [33].

En lo que corresponde a los aspectos técnicos del NPNCT, se adoptó desde 1991 la estrategia terapéutica del DOTS, así como los objetivos de control de la TB propuestos por la OMS. También se trazó como un objetivo a lograr que la vacunación con BCG a los recién nacidos, llegue a una cifra igual o superior al 90 %. “Para implementar esta decisión se reestructuró el PNCT, dotándolo de una doctrina y reformulando sus normas y procedimientos, adecuando a nuestra realidad, las recomendaciones técnicas de la OPS/OMS, para lo cual se contó con la asesoría de un grupo de expertos del más alto nivel de dicho organismo técnico de la Organización de las Naciones Unidas” (Pedro G. Suárez, 1997, p. 19) [34].

Entre ese grupo de expertos se encontraba, desde el inicio de la gestión de Suárez, el médico epidemiólogo Álvaro Yáñez del Villar, Asesor Regional OPS/OMS del Programa de Control de la Tuberculosis, quien comenzó a visitar Lima, por lo menos cada

dos meses, para apoyar en el desarrollo de un NPNCT que cumpliera las normas técnicas vigentes a nivel internacional [33]. El grupo de expertos internacionales mantendrían su apoyo al programa durante las siguientes décadas.

Nuevas normas y procedimientos, 1991

El 5 de marzo de 1991 se aprobó el documento normativo denominado *Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en el Perú* [35], a través de la Resolución Ministerial N° 0191-91-SA/DM, que dejó sin efecto a las normas aprobadas en el año 1987. En la parte de Presentación, el nuevo director general del PNCT afirma:

“El Programa... surge como una respuesta sectorial a un nuevo rol del Estado para enfrentar la realidad...El presente documento rescata avanzados conocimientos científico-tecnológicos para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la persona enferma con tuberculosis, en busca de alcanzar eficiencia, eficacia y efectividad...Asimismo, basándose en una normatividad estratégica, promueve una gerencia cogestora donde el Estado y la Sociedad dejen sus tradicionales roles pasivos y de acatamiento para enfrentar con nuevas actitudes y comportamientos la construcción de la Salud integral. Las acciones educativas tienen un rol preponderante... Por lo expuesto, y como resultado de un esfuerzo colectivo de equipos comprometidos con un verdadero cambio, el Programa... se inscribe en la doctrina, políticas y estrategias en defensa y desarrollo de la Vida y la Salud” (MINSa, 1991, p.7)

En este instrumento normativo se define al NPNCT como un “programa nacional, descentralizado, simplificado y prioritario, que se operativiza desde el nivel local y comprende a todos los establecimientos de Salud”; señalándose tres niveles en su organización funcional: (i) conductor-normativo, constituido por la Dirección Nacional del PNCT, dependiente de la Dirección del Programa de Enfermedades Transmisibles del MINSa; (ii) conductor-regional, representado por las direcciones regionales o subregionales de salud correspondientes; y, (iii) ejecutor-efector, constituido por los establecimientos del Sector Salud. Niveles bajo la responsabilidad, en el mismo orden, del Director Nacional, director regional o subregional, y el director del establecimiento; así como del equipo multidisciplinario correspondiente a cada nivel. Asimismo, resuelve – de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 584, Ley de Organización del Ministerio de Salud – que los Servicios de Salud “están obligados de informar a la Dirección del NPNCT, sobre su cumplimiento; debiendo, además, difundirlas, supervisarlas y evaluarlas, elevando los resultados correspondientes al citado Programa”. El nuevo documento normativo se estructura en seis capítulos, cada uno de los cuales se organiza, a su vez, en dos a siete subcapítulos (Anexo N° 1).

En lo que se refiere específicamente al tratamiento farmacológico se señala, a diferencia de las normas de 1987, un esquema ÚNICO de tratamiento, con una duración de seis meses, para todas las formas de TB. En una primera fase, durante dos meses se administraría, con una frecuencia diaria (excepto domingo y feriados): etambutol (E), isoniazida (H), rifampicina (R) y pirazinamida (Z) ; en una segunda fase, durante cuatro meses se administraría, con una frecuencia de dos veces por semana: H y R. En los casos que se constatará fracaso terapéutico, el esquema de retratamiento a utilizar dependería de los resultados previos del análisis clínico y bacteriológico efectuado por el médico encargado. El esquema único, luego denominado “esquema UNO, se utilizó en el Perú desde el año 1991 hasta el año 1995 para iniciar el tratamiento de todos los tipos de TB. Se presenta de la manera siguiente: 2HRZE/4(H R)2

En el capítulo VII del documento se detallan las normas para la participación de la persona, la familia y la comunidad en el NPNCT, de manera distinta a como habían sido establecidas en el documento normativo de 1987, cuando eran entendidas como parte de una estrategia sectorial de “democratización” de la salud. Ahora, eran establecidas en el marco de una estrategia social de “lucha contra la pobreza”, por ello se limitaban a la promoción y apoyo al programa comunal de vigilancia de tuberculosis; la alimentación complementaria; y, la atención social. Esta última a cargo del trabajador social, “recurso profesional que conforma el equipo de salud” [35].

Entre 1993-1995 varios médicos peruanos presentaron los resultados de investigaciones que mostraban que la aplicación de aquel esquema único de tratamiento tenía una elevada proporción de fracasos cuando se aplicaba a los pacientes con antecedentes de tratamiento previo (recaídas e interrupciones de tratamiento). Resultados que no recibieron la atención debida de parte de las autoridades sanitarias [36, 37].

Actualización y cambios de normas y procedimientos del NPNCT, 1995

Cuatro y medio años después de utilizar el esquema único de tratamiento se aprobó, por Resolución Ministerial N° 759-95-SA/DM del 27 de octubre de 1995, el documento *Actualización de la Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en el Perú* [38]. Documento formulado por la Dirección General de Salud de las Personas, Control de Tuberculosis, con la participación del Instituto Nacional de Salud, las Direcciones Regionales y Sub Regionales de Salud, asesorados por funcionarios del Programa Global de TB-OMS, la OPS-Perú y la OPS- Chile. Era ministro de salud el Dr. Eduardo Yong Motta y continuaba como coordinador del NPNCT el Dr. Suárez.

En la Introducción del nuevo documento normativo, el coordinador del programa precisa que: “Las modificaciones están encaminadas a mejorar la eficacia del tratamiento y prevenir la ocurrencia de resistencia adquirida; así, el esquema de tratamiento único ha dado paso a tres esquemas diferenciados que conservan el núcleo fundamental y refuerzan las actividades de farmacovigilancia. Igualmente siendo preocupación prioritaria... se han reforzado las actividades que persiguen disminuir el abandono y la letalidad... El crecimiento de la red de Laboratorios de Salud Pública ha sido sustantivo en los últimos cinco años, por lo que se han ajustado algunos dispositivos para garantizar la adecuada cobertura y calidad de la baciloscopia y el cultivo” (MINSAL, 1995, p. 9). La estructura del contenido del documento es la que se presenta en el Anexo 2.

En el capítulo II del documento se afirma que la nueva doctrina prioriza “la atención de la salud de las personas en el control de la TB, “con el propósito de contribuir a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos... y remontar el desfavorable impacto epidemiológico, social y económico que resulta de ellos”. Asimismo, se precisa que Programa se sustenta doctrinariamente en que la TB es controlable en el Perú mediante:

1. El permanente compromiso político, técnico y financiero que garantice la factibilidad y viabilidad de las acciones en el control de la TB.
2. La incorporación del enfoque de salud pública y la atención de la salud de las personas en el control de la TB.
3. El fortalecimiento de la capacidad de gerencia por niveles.
4. La orientación y acción integral de los servicios generales de salud.

5. La aplicación de tecnología apropiada a nuestra realidad y grado de desarrollo de los servicios generales de salud: puestos de salud, centros de salud, hospitales.
6. El fortalecimiento de la acción comunitaria en la vigilancia y control de la TB.

En las nuevas normas técnicas se enfatiza que el tratamiento farmacológico busca lograr una eficacia terapéutica del 99% y una eficiencia del tratamiento superior al 90%; así como que la definición previa de la condición bacteriológica del paciente definirá el empleo del esquema terapéutico a ser utilizado en su caso. Los tres esquemas diferenciados tienen como núcleo básico: la isoniazida, rifampicina y pirazinamida. Además, se precisa los procedimientos a seguir para el manejo de los fracasos del tratamiento y las indicaciones terapéuticas a seguir en los casos especiales. El capítulo X del documento trata específicamente sobre lo referente a la tuberculosis e infección por VIH/SIDA. Los esquemas terapéuticos diferenciados son los siguientes:

- Esquema UNO, con una duración de seis meses, indicado para pacientes nuevos con TBC pulmonar o extrapulmonar con confirmación bacteriológica; y casos con formas de TBC extrapulmonar muy severas. Era el anterior esquema único que se utilizaba desde el año 1991.
- Esquema DOS, con una duración de ocho meses, indicado para pacientes antes tratados, pulmonares o extrapulmonares con confirmación bacteriológica, así como recaídas y abandonos recuperados por primera o segunda vez. En una primera fase, con una duración de tres meses y una frecuencia diaria (excepto domingos y feriados). Fase subdividida en un primer período de un mes, con estreptomycinina (S), isoniazida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z) y etambutol (E); seguido por un segundo de dos meses, con H, R, Z y E. En una segunda fase, duración de cinco meses, con una frecuencia de dos veces por semana: H, R y E.
- Esquema TRES, con una duración de cinco meses, indicado para pacientes nuevos sin confirmación bacteriológica y formas extrapulmonares de buen pronóstico. . En una primera fase, duración de dos meses, una frecuencia diaria (excepto domingos y feriados), con H, R y Z. En una segunda fase, duración de tres meses, frecuencia de dos veces por semana, con H y R.

En Abril de 1996 el programa emitió la directiva N° 006-96-PCT que ordenaba aplicar el esquema DOS (inicialmente indicado únicamente para recaídas y abandonos de tratamiento) también a los casos de fracasaban al esquema UNO. Esta última decisión causo controversia en el país, pues estudios previos de prevalencia de resistencia bacteriana a medicamentos en el Instituto Nacional de Salud (INS), mostraron que la mayoría de los pacientes que fracasaban al esquema UNO eran pacientes con TB MDR. Por esta razón al aplicarles el esquema DOS estaban recibiendo en la práctica una monoterapia encubierta con estreptomycinina y creando por tanto más resistencia. Por otro lado, al continuar con este esquema o fracasar en mayor porcentaje a tal tratamiento, estos pacientes con TB MDR permanecían infecciosos durante tiempo prolongado para sus contactos.

Por otro lado, en julio 1996 la organización humanitaria internacional *Socios En Salud* (SES), ya había iniciado sus actividades de apoyo al tratamiento de pacientes con TB MDR ofreciendo cobertura medicamentosa en el cono norte de Lima. Posteriormente, suscrito el convenio del SES con el NPNCT y el MINSA, la institución apoyó el re-tratamiento para TB MDR en todo el país, con esquemas individualizados en función del resultado de la prueba de sensibilidad.

En Agosto de 1997 el NPNCT cambió la indicación del esquema DOS señalada dos años antes, comenzando a ser recibido solamente por los pacientes calificados como: recaídas y abandonos recuperados. Para los casos de fracaso al esquema UNO, se decidió indicar para su retratamiento el esquema llamado DOS Reforzado, el cual solamente se diferenciaba del esquema DOS original, por prolongar el tiempo de la administración a la estreptomycinina a tres meses. Durante los siguientes años se continuó aplicando a escala nacional el esquema DOS Reforzado, cuyo resultado efectivo fue un creciente porcentaje de fracasos en los sucesivos años de su aplicación, “llegando finalmente hasta 70% de fracasos en las principales Regiones de Salud que reportaron resultados de su aplicación. Este esquema de tratamiento recién sería retirado en el año 2001” (MINSa, 2006, p. 39) [39].

A partir de octubre de 1997, se elaboró un esquema de RETRATAMIENTO ESTANDARIZADO (3KCxEthZE/15CxEthZE) considerando los lineamientos que la OMS recomendó para el tratamiento de la TB MDR, incluyendo tres medicamentos no utilizados anteriormente – Kanamicina (K), etionamida (Eth) y ciprofloxacina (CX) –, adicionando Etambutol (E) y Pirazinamida (Z) por ser fármacos con menor frecuencia de resistencia. Este esquema tenía una duración de 18 meses y estaba indicado para pacientes que habían fracasado secuencialmente a los esquemas UNO y DOS. Sin embargo, la eficacia terapéutica de este nuevo esquema para el período 1997-1999, fue menor del 50%; y 30% de fracasos. Como parte de la implementación de este esquema, el PNCT constituyó el Comité de Evaluación de Retratamiento (CER Nacional), conformado por especialistas neumólogos, un experto bacteriólogo en TB y un especialista en bioética, encargados de evaluar los expedientes de pacientes candidatos a recibir un esquema de retratamiento de tercera línea estandarizado o individualizado [39].

El esquema de RETRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO, estaba indicado para los fracasos o recaídas del esquema estandarizado, considerando una mayor cantidad de medicamentos antituberculosos, a los cuales el paciente era sensible, de acuerdo a su más reciente prueba de sensibilidad. El tratamiento tenía una duración no menor de 18 meses y continuando hasta por 36 meses, según recomendaciones internacionales. La inclusión a este esquema era de responsabilidad del CER Nacional. Su eficacia terapéutica para el período 1999-2003 fue de 61% [39].

Costo económico de la tuberculosis en la década de 1990

Hasta el fin de la década del noventa, de acuerdo a datos del documento *Impacto económico de la tuberculosis en el Perú de 1991*, los gastos administrativos eran atendidos con recursos asignados al rubro “Control de la tuberculosis” del presupuesto del nivel central del MINSa. Por otro lado, el “Programa de Salud Básica Para Todos” era la instancia que financiaba regularmente las actividades del NPNCT y los medicamentos e insumos de laboratorio, así como las vacunas BCG. Mientras que el gasto ocasionado por remuneraciones del personal operativo y por otras actividades era cubierto con el presupuesto regular de las Direcciones Regionales de Salud [40]. La mayor parte de los gastos en TB los realizaba el NPNCT en medicamentos e insumos para el diagnóstico.

Además, el estudio – ejecutado por el Instituto Apoyo, a través del Proyecto Vigía financiado por USAID – estimó que para el año 1999 el costo aproximado total que la TB generó para la sociedad peruana fue de 95 millones de dólares. Asimismo, que el costo por pérdida de productividad causada por la discapacidad representaba el 20%

del costo total de la TB y que el más alto costo de productividad fue provocado por la muerte del paciente, el cual para el año 1999, representaba 50 millones de dólares (53% del costo total) [40].

Logros alcanzados al año 1999

De acuerdo a datos oficiales proporcionados por el NPNCT se constata, comparando cifras del año 1991 con las de 1999, un incremento notable de la oferta de servicios disponibles: el total de establecimientos del MINSA que aplicaba el NPNCT aumentó de 977 a 6.448; el de laboratorios que hacían cultivo de BK, se elevó de 13 a 78; el de laboratorios que hacen baciloscopía, de 425 a 1.215; y, el de unidades de recolección de muestras, subió de 978 a 4.964. Con el acceso gratuito a esta infraestructura se habría logrado una cobertura de más del 70% de la cifra estimada de tuberculosos bacilíferos, con una eficacia terapéutica en un rango del 99 % y una tasa de curación promedio de 92,9 % del total de casos sensibles. La tendencia al abandono del tratamiento con el esquema UNO había disminuido de 40% en 1990 a solo el 3% en 1999, mientras que el esquema referencial del retratamiento mostraba una buena respuesta terapéutica en el 70% del total de los pacientes TB MDR. Al final de la década del noventa, el NPNCT peruano estaba en plena etapa de consolidación, lo que se traducía en una disminución acumulada entre 1992 y 1999 que alcanzó el 42% en las tasas de incidencia y de 35% en las de mortalidad. El Perú recibió en el año 1997, al igual que otros países con avances importantes en el control de la TB, el premio otorgado por la *American Association for World Health* por el éxito obtenido en la aplicación del programa [41, 42].

En opinión de los que estudian el tema, el éxito del NPNCT del Perú en los años noventa, en lo que se refiere específicamente a la disminución de la incidencia de TB sensible a los antibióticos, fue una consecuencia de los efectos de la estrategia gubernamental de focalización del gasto social en la lucha contra la pobreza extrema, así como de la velocidad de la aplicación de los nuevos principios, normas y procedimientos del control de la TB propuestos por las organizaciones internacionales de salud. También era una consecuencia de haber decidido la aplicación simultánea de medidas de expansión del DOTS en todo el país, bajo la supervisión del propio personal de salud, en contra de la recomendación conservadora de no expandir las nuevas normas a todo el país sin antes asegurar una alta tasa de éxito de tratamiento, [43, 44].

Durante la década del noventa, la disponibilidad de recursos económicos destinados a gastos operativos del NPNCT tuvo un incremento sin precedentes. Según datos oficiales, el presupuesto anual asignado directamente al NPNCT se elevó de US\$ 250.000 en 1989 a otro de US\$ 3'000.000 al final de los noventa. Asimismo, los recursos procedentes de todas las fuentes destinados a dichos gastos aumentaron, en el curso de la misma década, de un total de US\$ 600.000 a otro de US\$ 5'000.000 anuales (O. Jave, 2003, p. 27) [44]. Este incremento permitió brindar servicios de diagnóstico y tratamientos gratuitos para la TB sensible, tener recursos para laboratorio y diagnóstico, así como para capacitar al personal e impulsar el tratamiento supervisado en primera y segunda fase como estándar nacional.

Limitaciones

Sin embargo de aquellos logros, en 1999 no solo se había incrementado la TB MDR inicial, sino también la complejidad de la misma, es decir cada vez más resistente a más

número de drogas. Una proporción importante de pacientes tuberculosos con antecedentes de tratamiento previos habían desarrollado resistencia a los medicamentos que habían recibido y transmitieron a sus contactos esta nueva forma de TB. Estos casos de TB MDR habían sido diagnosticados – antes de que existieran o se ampliara el uso las pruebas de sensibilidad a drogas de primera línea – como enfermos por vez primera y tratados, según normas del NPNCT, con el esquema único (luego esquema UNO) indicado para tales pacientes, contribuyendo de manera significativa al incremento y acumulación de casos de TB MDR.

El Instituto Nacional de Salud (INS), dirigido por el Dr. Carlos Carrillo Parodi, había documentado en 1989, por vez primera en el país, casos de TB MDR. Siete años después, en 1996, el mismo INS efectuó un estudio multicéntrico sobre la resistencia a medicamentos antituberculosos en 31 subregiones de salud del país, que incluyó muestras de esputo de pacientes diagnosticados de TB, con baciloscopia (+). Se completó una muestra de 1.958 pacientes nuevos (NT) y antes tratados (AT) de quienes se obtuvo muestras de esputo, sometidas a pruebas de sensibilidad a estos medicamentos. Los resultados fueron los siguientes: resistencia a uno o más medicamentos en el 15,4% de 1.500 casos de TB NT, y en el 36,0% de 458 casos AT. Así como multidrogoresistencia (resistencia al menos a la isoniazida y la rifampicina) en el 2,5% de los NT y en el 15,7% de AT) con el esquema utilizado hasta el año 1995 por el PNCT [45, 46]. Adicionalmente, en el Seminario Nacional de lineamientos para el tratamiento de TB MDR, realizado en el año 1997 por la Sociedad Peruana de Neumología, se consideró insuficientes los cambios efectuados por el NPNCT en los esquemas terapéuticos, haciéndose la siguiente recomendación: “Hecho el diagnóstico del fracaso se debe...iniciar un nuevo esquema (retratamiento) con cuatro o más drogas, que incluyan por lo menos tres nuevas para el paciente, de los cuales dos deberán ser bactericidas...” [47].

No obstante estas observaciones y recomendaciones, el responsable del NPNCT afirmaba en 1998, que “La multirresistencia no era un problema epidemiológico en el Perú, ya que solo fracasaba en el 1,3% de los casos TB pulmonar frotis (+) nunca tratados, y en el 3,7% de los casos TB pulmonar-antes tratados. Del total de casos de TB notificados en 1997, solo 0,6% a 0,8% eran multirresistentes [42]. A inicios de 1998 el NPNCT publicó los primeros resultados oficiales del retratamiento de pacientes (anteriormente tratados) con el esquema DOS, informando que a nivel nacional el porcentaje de nuevos fracasos alcanzaba a un 4,5% de ellos [48].

En 1999, se notificaron 623 casos de asociación VIH/SIDATB, de este total 534 fueron encuestados en establecimientos de salud con NPNCT. La condición de ingreso al mismo se había distribuido de la siguiente manera: nuevos, 77,9%; recaídas, 18,5%. La profilaxia de la TB en el paciente con SIDA ya constituía una norma que, por su aplicación incrementaba, cada vez más, el número de pacientes que ingresan a este tratamiento, aunque ello no era suficiente para evitar el incremento de esa asociación a niveles socialmente aceptables [49].

Además, otra limitación del programa que comienza a evidenciarse son las deficientes condiciones de bioseguridad en los establecimientos de salud que atienden a los enfermos de TB. Según comenta el Dr. M. Yagui [50] uno de los brotes de TB en trabajadores de salud más importante en el país fue reportado por Echanove y colaboradores [51]. Ellos publicaron los resultados de una investigación en el Hospital Guillermo Almenara entre los años 1996 y 1997, confirmando que 36 trabajadores de salud de este hos-

pital enfermaron con TB pulmonar en este bienio. El mayor número de casos se concentró en el servicio de laboratorio, con una tasa de 6.977 por 100.000 trabajadores, seguido por los del servicio de hospitalización de medicina con una tasa de 932.

Finalmente, a pesar de todos los logros de cobertura alcanzados el Perú formaba parte en el año 1997 de los ocho países de la Región Américas y El Caribe que presentaban tasas de incidencias mayores que el promedio mundial, es decir superiores a 61 por 100 mil habitantes. Entre estos países, Perú, Haití y Bolivia presentaban tasas superiores a los 100 por cien mil habitantes. En contraste, en otros países de la Región tales tasas tenían valores tan bajos como los registrados en Estados Unidos (7,3), Canadá (6,2) y Barbados (2,3) [52].

Nuevo Programa Nacional de Control de la Tuberculosis Fase II: 2001-2004

Actualización de la doctrina, normas y procedimientos, 2001

Durante la corta gestión presidencial de Paniagua, siendo Ministro de Salud el Dr. Eduardo Pretell, se dictó la Resolución Ministerial N° 150-2001. SA/DM del 7 de marzo del 2001 que aprobó el nuevo instrumento normativo denominado *Actualización de la Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis 2001* [53]. Documento que había sido formulado durante el año 1999 por funcionarios del NPNCT y un grupo de asesores internacionales, así como revisado en su texto por especialistas nacionales en distintos áreas, y validado por los participantes de una reunión técnica desarrollada del 12 al 14 de mayo de 1999. La composición de los grupos de funcionarios, de asesores y de especialistas, era básicamente la misma que la encargada de la formulación y validación del anterior documento normativo. Un número importante de los profesionales participantes en el año 1999 habían sido miembros de los grupos de 1995. En el documento, el Dr. Pedro G. Suárez, en su último año como Director del NPNCT, hacía la presentación del nuevo instrumento normativo informando sobre los principales cambios efectuados, especialmente en los esquemas de tratamiento:

“... se incorpora modificaciones a la norma anterior encaminadas a consolidar la estrategia DOTS y desarrollar la estrategia DOTS-Plus, a través del uso racional de una secuencia lógica de tratamientos antituberculosas, que incluye los tres esquemas de tratamiento antituberculosos diferenciados que se vienen aplicando desde el año 1996, e incorpora el esquema de retratamiento estandarizado para tuberculosis multidrogorresistente y los retratamientos individualizados para tuberculosis multidrogorresistentes” (MINSa, 2001, p. 14).

El documento de 2001 también comprende normas y procedimientos para el seguimiento diagnóstico en sintomáticos respiratorios sospechosos de TB; así como nuevos capítulos sobre bioseguridad, farmacovigilancia y atención clínica de las reacciones adversas a los fármacos pertinentes, y la calificación de la gravedad inicial y manejo clínico del paciente con TB en riesgo de morir. “El resto de capítulos han sido mejorados y perfeccionados, incluyendo el sistema de registros e información operacional y logística” (Ver Anexo 3)

En el documento se modifica el esquema de tratamiento estandarizado, prolongando el tiempo de administración de kanamicina a cuatro meses acortando el tiempo para el acceso a este retratamiento, siendo indicado para los fracasos al esquema UNO. No obstante, con esta modificación no se lograría una respuesta terapéutica diferente al esquema anterior. Al contrario, con las pruebas de sensibilidad del Instituto Nacional de Sa-

lud, se encontraría que los patrones de resistencia en los pacientes con fracaso al tratamiento primario, se había ampliado incluyendo a algunos medicamentos que se incluían en el esquema [53].

Deterioro de actividades del NPNCT

De manera coincidente con los cambios político-administrativos sectoriales que se iniciaron y sucedieron con la renuncia de Fujimori, se asistió a un deterioro cuantitativo y cualitativo de las actividades del NPNCT. Manifestación de ello fue la disminución de la captación de sintomáticos respiratorios en los servicios de salud, así como de la cobertura de la detección de casos de TB en todas las formas. Con relación a este último indicador, la OMS estimó un decrecimiento de su valor, entre los años 2001 y 2002, de 73% a 67%; mientras que la disminución para la cobertura de detección de los casos de TB pulmonar BK (+), sería de 94% a 84% (WHO Report Global Tuberculosis Control). Fuentes oficiales, estiman que entre los años 2002 y 2004 se dejaron de diagnosticar probablemente casi 27.000 enfermos de casos nuevos de TB pulmonar BK(+). Asimismo, se hizo evidente una disminución de los valores de los indicadores de las actividades de, de control de contactos y de respuesta al esquema primario [39, 44].

Esta disminución de los valores de los indicadores operativos fue explicada como el efecto negativo inicial de la desestructuración de los programas verticales de control de enfermedades, con el objeto de implementar un modelo de atención integral de la salud. Desestructuración que causó inicialmente desajustes muy fuertes – desorden, reducción de recursos, desabastecimiento – en estos programas, especialmente en el de TB. Además, se comenzó a debilitar el vínculo educativo y directo que tenía el personal formado en el NPNCT con la población usuaria. Las autoridades nacionales y regionales del Programa no estaban preparadas para una gestión horizontal y descentralizada. Por otro lado, había problemas en la coordinación sectorial de la lucha antituberculosa; en el lapso de apenas tres años se sucedieron cuatro funcionarios en el cargo del Coordinador del NPNCT [39, 44].

Más aún, desde la segunda mitad de la década de los noventa las autoridades del PNCT guardaban silencio o minimizaban la importancia del incremento de la resistencia del bacilo de Koch a los medicamentos de primera línea, sólo algunos médicos no comprometidos con las autoridades oficiales denunciaban este hecho como un problema técnico-cognitivo. Recién en enero del año 2002, nuevas autoridades del NPNCT, a través de la Directiva N° 001-2002-PNC-TBC, reconocieron la existencia de una epidemia de TB MDR que se traducía en un incremento significativo de casos de pacientes multidrogorresistentes “nunca tratados con el esquema primario” [39, 44].

Una de las consecuencias epidemiológicas de los hechos mencionados en los tres párrafos anteriores, sería la alta proporción de los casos nuevos de TB sin detectar y del incremento de los casos TB MDR en el país; los cuales deben haber transmitido la enfermedad entre sus contactos. En el año 2003, de acuerdo a estimaciones oficiales de la OPS/OMS para la Región de las Américas y El Caribe, el Perú tenía, con excepción de Haití y Bolivia, la incidencia de TB (en todas sus formas) más alta de la Región (188 por cien mil), e informaba el 15% del total de los casos nuevos estimados para la Región (solo superada por Brasil: 35%). Además, formaba parte del grupo de cuatro países con una prevalencia de TB MDR igual o superior del 3% [54]. Todo ello no obstante que el país estaba ubicada en el estrato de los países que tenían una cobertura de DOTS superior al 90% de los casos diagnosticados.

En ese mismo año de 2003 se presentó al Programa Regional de Bioética de la OPS y el INTEC, la Tesis para optar el Grado de Magister en Bioética: *Situación de la tuberculosis multidrogo resistente en el Programa Nacional de Tuberculosis del Perú desde la perspectiva de la ética y de los derechos del enfermo. Período 1991-2001*[55]. La autora es la Hermana (SCM) María Anna van der Linden Bröking, de profesión enfermera, directora del Instituto de Salud MSC "Cristóforis Denéke" (ISDEN), que en el 2003 ya tenía más de 15 años de experiencia de trabajo de campo en la lucha antituberculosa en el país. En el trabajo se presentan evidencias y testimonios sobre la escasa importancia asignada a los argumentos bioéticos y morales – que sustentan el derecho a la salud y, más específicamente, los derechos del enfermo – cuando las autoridades sanitarias tomaban decisiones vinculadas con la aplicación del programa de control de la TB, durante la década de los noventa. Argumentos siempre subordinados a los de carácter biomédico, que en el caso de la TB MDR no fueron los más eficaces. Entre las principales conclusiones incluidas al final de la tesis transcribimos las siguientes:

“5. En el marco teórico... (del programa) publicado en 1991... (se podía) pensar que había la voluntad política de incluir la bioética en el desarrollo del mismo. Pero la falta de expertices para traducirlo en la práctica y un enfoque verticalista, autoritario, controlista, biomédico y no participativo del programa no permitieron desarrollar iniciativas para generar los mecanismos de traducir los conceptos teóricos en la implementación del mismo” (...) “10. Una política de salud que se base en los postulados del modelo neoliberal del mercado, donde los indicadores son únicamente los de eficacia, eficiencia y efectividad ignorando los aspectos éticos y humanos, hace perder fácilmente el valor central del hombre y puede sacrificar vidas humanas como es el caso de los enfermos multidrogo resistente en la década del 90” (M. van der Linden, 2003, pp. 99-100).

Como primera medida de respuesta de las autoridades del PNCT, luego de reconocer tardíamente la existencia de una epidemia de TB MDR en el Perú, fue el establecer un “cambio en las definiciones operacionales y estrategias de manejo de la TB MDR”.

5.4. ESTRATEGIA DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN EL PERÚ: 2004-2011

Estrategia de Control y Prevención de la TBC: 2004-2011

Formalización y Plan Estratégico para el Fortalecimiento ESN-PCT 2004-2009

La ESN-PCT se formalizó en circunstancias en que la lucha contra la TB tenía que reorganizarse para detener el deterioro de sus indicadores operacionales en los últimos años y, luego, fortalecerse para enfrentar con mayor eficacia social los crecientes desafíos al logro de sus objetivos de prevención y control de la enfermedad: la creciente MDR a la TB, la coinfección VIH TB y su asociación con la transmisión nosocomial de la TB MDR; la TB en áreas de elevado riesgo de transmisión; los efectos de la descentralización política regional, incluyendo la desconcentración y descentralización de la gestión del MINSA. Con esta formalización, la Coordinación de la ESN-PCT recuperaría prerrogativas administrativas, como incremento de su personal en el nivel central, así como mayores fondos y apoyo de varias ONG, como Socios en Salud, y de la cooperación externa, a través del Fondo Mundial y la USAID [56].

Para enfrentar aquellos desafíos, el MINSA formuló en el año 2004 el *Plan Estratégico para el Fortalecimiento de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis del Ministerio de Salud. De Setiembre 2004 a Diciembre 2009* [57]. En este año era Ministra de Salud, la Dra. Pilar Mazzetti Soler; Coordinador Nacional de la ESN-PCT, el Dr. César Bonilla Asalde; y Responsable de la Unidad Técnica de la TB MDR, el Dr. Oswaldo Jave Castillo. El objetivo general del Plan Estratégico era el siguiente: “Lograr hacia fines del 2009 consolidar y expandir la estrategia DOTS y DOTS Plus, permitiendo el fortalecimiento de la atención de pacientes con tuberculosis sensible, resistente y coinfectados con VIH/SIDA, en los establecimientos de salud del MINSA en particular y en general el resto de establecimientos del sector salud, priorizando las regiones con mayor carga de Tuberculosis”. Además en el Plan se enumeran los objetivos específicos, así como las estrategias e indicadores a utilizar para alcanzar y evaluar cada uno de estos objetivos específicos.

“No existe duda que un enfoque de *Atención Integral*, sería la medida más adecuada para abordar el problema. Esta oportunidad permitirá amplificar de forma horizontal la respuesta de las autoridades, la excelencia profesional en el manejo de los casos (pues la TBC es una enfermedad que discurre por todos los ciclos de vida), la equidad y acceso a los recursos, así como el respeto de los derechos humanos de las personas y todos aquellos aspectos que particularizan el *Enfoque Integral* de control de la tuberculosis (MINSA, 2004, p. 9.).

Asimismo, en el Plan Estratégico se destacan tres “oportunidades” que se presentan en el contexto nacional para la lucha contra la TB: (i) Apoyo de Cooperación Externa a actividades de investigación (Proyecto Vigía – USAID, Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, Socios En Salud); (ii) Proyectos en ejecución, en Áreas de Elevado Riesgo de Transmisión (AERT), en establecimientos penitenciarios y en casos de TB MDR, por medio del Fondo Global (Mundial); Estrategia DOTS Plus con apoyo del Comité de Luz Verde de la OMS y Socios En Salud; (iii) Implementación del estudio piloto de Atención Integral de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (AITER), con apoyo de OPS/OMS.

Luego, por Resolución Ministerial N° 162-2005/MINSA del 3 de marzo del 2005 [58], se aprueba la norma técnica N° 025-MINSA/DGSP-V.01. *Actualización en la Atención de Pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente* – desarrollada con apoyo del Fondo Mundial – que deja sin efecto lo establecido, al respecto, en el documento normativo del 2001. Es la primera norma específica para control de TB MDR, haciendo más flexible el acceso a las pruebas de sensibilidad, cubriendo así los más conocidos factores de riesgo. En los considerandos se resalta las repercusiones derivadas de los altos costos demandados por el tratamiento de este tipo de paciente.

Dos años después de publicado el Plan Estratégico 2004-2009, el MINSA publicó el libro *Construyendo alianzas estratégicas para detener la tuberculosis: la experiencia peruana* (2006) [59]. En el Prólogo del texto, se precisa el enfoque causal de la tuberculosis utilizado por la ESN-PCT: “A pesar de los avances experimentados en la medicina en general y del optimismo de mediados del siglo XX en el control de la tuberculosis; ésta enfermedad sigue constituyéndose en una de las principales causas infecciosas de muerte. El enfoque actual de la tuberculosis, va más allá de los aspectos biomédicos, incorporando otros criterios, entre ellos, los socio-económicos, culturales, geopolíticos. De tal manera, que su abordaje debe considerar la participación de otros actores de la sociedad civil...”. La publicación nos presenta, además, la sistematización

de la experiencia peruana en la construcción de las alianzas Alto a la Tuberculosis, con un enfoque de fortalecimiento del DOT y DOTS Plus, “que puede servir de modelo y ejemplo para otros países del mundo”.

El libro está estructurado en siete capítulos destinados a destacar los avances en los dos primeros años de la ESN-PCT, así como la importancia de aquellas alianzas estratégicas. Los capítulos son los siguientes: (i) Historia del Control de la Tuberculosis en el Perú; (ii) Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis y nuevos paradigmas; (iii) Situación actual del Control de la Tuberculosis; (iv) Agenda Pendiente del país; (v) La respuesta nacional; (vi) Alianzas estratégicas con la cooperación internacional período 2001-2006; (vii) Lecciones aprendidas. El tercer capítulo se compone de tres secciones: logros en el control de la TB sensible; experiencia peruana en la implementación del DOTS Plus, y, situaciones especiales en TB MDR.

Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis, 2006

Tres meses antes del final de la gestión ministerial de Mazzeti, el 20 de abril del año 2006, por R.M. N° 383-2006/MINSA se aprobó la “Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis” (NTS N° 041/MINSA/DGSP) [60], que dejó sin efecto el anterior documento normativo del año 2001. Los cambios normativos tenían como finalidad consolidar y expandir la estrategia DOTS y DOTS Plus, así como uniformizar los criterios técnicos utilizados en los establecimientos de salud, en el marco del MAIS. Al tratar sobre las disposiciones generales, se precisa la definición de la ESN-PCT:

“... es la respuesta socio-sanitaria al problema de la tuberculosis, considerado como una prioridad sanitaria nacional, multisectorial e interinstitucional; que permite el abordaje multifactorial para el control, reducción y prevención de esta enfermedad, mediante la movilización nacional de recursos orientados a acciones de alto impacto y concentrada entre los diferentes actores sociales e instituciones, con un enfoque de costo-efectividad de alta rentabilidad económica y social” (MINSA, 2006,p.24).

Además, se detallan disposiciones específicas sobre diversos aspectos de la lucha contra la tuberculosis, que se desarrollan en 16 capítulos que se enumeran a continuación:

1. Derechos humanos y ética en el control de la tuberculosis
2. Prevención de la Tuberculosis
3. Promoción de la Salud
4. Detección y Diagnóstico de Casos de Tuberculosis
5. El Laboratorio en el Control de la Tuberculosis
6. Control de Infecciones y Bioseguridad
7. Tratamiento de la Tuberculosis
8. Organización de la Atención a la persona con tuberculosis
9. Estudio de Contactos y Quimioprofilaxis
10. Farmacovigilancia y Atención Clínica de las RAFA
11. Coinfección Tuberculosis / VIH-SIDA
12. Manejo del Paciente con Tuberculosis en Riesgo de Morir
13. Sistema de Registro e Información Operacional
14. Sistemas de Control
15. Capacitación
16. Investigación en Tuberculosis.

En esta actualización de la norma técnica de TB – que estaría vigente al final del año 2011 – se incorporaron dos nuevos aspectos desarrollados en los capítulos 1 y 6. Al respecto, para la redacción del capítulo “Derechos Humanos y ética en el control de la tuberculosis” se encargó al ISDEN que elaborara un proyecto de texto; el cual, después de ser dialogados con los equipos de trabajo, fue incorporado en el documento. Mientras que en el caso del capítulo “Control de infecciones de TB y bioseguridad”, su redacción y su implementación en establecimientos con alto riesgo de transmisión de TB, se efectuaron con asistencia técnica del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los EE.UU [60, 61].

Resultados iniciales de la aplicación de la ESN-PNC

Sobre la TB-MDR y TB-XDR

Con relación a los avances de la ESN-PCT para el año 2007, según cifras oficiales, se estaba identificando más del 90% de los casos frotis positivo que existían en la comunidad y se curaban alrededor del 92% de los que ingresan a tratamiento (Metas de la OMS para la detección es 70% y para la curación 85%). Se estaba aplicando la estrategia DOTS-Plus, la cual busca atender los problemas específicos de la TB MDR, así como la TB relacionada con el VIH. El Coordinador Nacional de la Estrategia, Dr. Cesar Bonilla [62] destacaba lo siguiente:

“La inversión del Estado en TB... asciende alrededor de 105 millones de soles... lo que ha permitido mejorar esquemas terapéuticos que se brindan en TB MDR... Los años 2006 y 2007... se ha conseguido curar a 64 000 peruanos y peruanas de la TB en todas sus formas, previniendo que se enfermen en ese período 256 000 y evitado que murieran alrededor de 8 000... El 2007 se han realizado 10 275 pruebas de sensibilidad convencional lo que significa 167% de incremento en relación al año 2004. Se ha incrementado el número de laboratorios que realizan pruebas de sensibilidad convencional... y el INS realiza pruebas de sensibilidad a primera y segunda línea... Antes del 2006 el tiempo de demora al inicio del tratamiento era en promedio 10 meses, actualmente es de dos... (C. Bonilla, 2008, p. 164,165).

No obstante esos avances, las mismas cifras oficiales destacaban que la letalidad en TB permanecía estacionaria con ligeras variaciones en los últimos años, siendo castigada principalmente por casos de VIH y diagnósticos tardíos de TB. Por otro lado, mientras los estudios de vigilancia de la resistencia a los medicamentos antituberculosos en el año 1999 mostraban 3,1% de resistencia primaria MDR y 12,3% en pacientes anteriormente tratados; siete años después, el año 2006, estos estudios señalaban que la prevalencia nacional de TB MDR en enfermos no tratados subía al 5,3%, y en los anteriormente tratados al 23,6%. Además, el 5,9% de los casos de TB MDR cubren criterios de TB extremadamente resistente” [63, 64]. Es decir, no se había podido detener en el país el avance de la TB MDR.

En estas circunstancias, por iniciativa de los especialistas que conformaban el Comité de Retratamiento Nacional de la Unidad Técnica de TB-MDR, se creó – “ante la creciente evaluación de expedientes de pacientes con TB-XDR y la carencia de medidas efectivas para su control” – el Comité de Tuberculosis Extremadamente Resistente. Este Comité emitió, en julio del año 2008, su *Informe Final: Análisis de la situación actual y propuesta de lineamientos técnicos para el control y prevención de la tuberculosis resistente en el Perú* [65], en el que solicita al Gobierno que esta enfermedad fue-

ra declarada en emergencia sanitaria nacional, y presentó una propuesta técnica de nueve lineamientos para el control de la “epidemia de TB-MDR y TB-XDR”.

“Si bien existe tratamiento con drogas de primera y segunda línea, la actual estrategia de control del Ministerio de Salud no está dotada de la capacidad ejecutiva para tomar decisiones oportunas sobre esta enfermedad... El primer nivel de atención, que actualmente es responsable del manejo de estos pacientes, no tiene los recursos suficientes para tratar esta enfermedad compleja... La magnitud alcanzada por la tuberculosis, la TB MDR y la TB XDR en el Perú, justifica que esta enfermedad sea declarada en **emergencia sanitaria nacional** para lograr la movilización de recursos del tesoro público y desarrollar un eficiente programa ejecutivo de control que considere las recomendaciones internacionales en el contexto de la experiencia ganada en el país... Consideramos que no obstante la ayuda externa, la dificultad de la ESN PCT para controlar la tuberculosis reconoce como sustrato económico la ausencia de inversión del estado en la salud de la población reflejado en un deficiente sistema de salud pública” (Comité de TB XDR, 2008, p. 10, p. 5).

Posteriormente, en el año 2010, las autoridades sanitarias nacionales reconocerían, en el *Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis*, que el Perú padece una severa endemia de TB MDR. Entendida como aquella que presenta una proporción de TB MDR por encima de 2.5% en pacientes con TB pulmonar mayores de 15 años de edad, durante un período de por lo menos cinco años, con tendencia creciente, extendida a por lo menos la mitad del país y que produce creciente y sostenida proporción anual de fracasos al tratamiento con esquema primario para casos nuevos [64].

Sobre la comorbilidad TB/VIH

En lo que se refiere específicamente a la situación de la coinfección TB/VIH, los datos oficiales del MINSA o de los que resultaban de las investigaciones nacionales [49] nos informaban de lo siguiente:

- La frecuencia de la infección VIH/SIDA entre la totalidad de casos de TB en el Perú. en el período 1999-2005, fue de 656 casos como promedio anual, con una prevalencia que se mantuvo entre 1,5 y 1,9 %; así como la incidencia de TB en personas viviendo con VIH/SIDA, en el mismo período, estuvo alrededor de 30%.
- Para el año 2006, la asociación TB – VIH notificada representaba el 1,8% de la morbilidad por tuberculosis en general, con una tasa de incidencia de co-morbilidad TB - VIH de 2,29 x 100.000 habitantes.
- La ocurrencia de la TB como infección oportunista en pacientes con VIH/SIDA en el Perú, era alta y de mal pronóstico, siendo la TB la infección oportunista inicial en el 28% de casos; además, el 50% de pacientes con SIDA en el Perú desarrollaba TB en algún momento de la enfermedad
- Con respecto a la ocurrencia de TB MDR en pacientes con VIH, en un estudio de Campos y colaboradores en hospitales de Lima y Callao, publicado en el año 2003, se encontró una prevalencia de 43% de TB MDR en 81 pacientes co-infectados con TB y VIH; y 3,9% en 965 pacientes con TB y estatus VIH negativo o desconocido.
- Otro estudio operacional a mediados de los años 1990, publicado por el entonces PNCT había mostrado que un 20% de los fallecidos en el curso del tratamiento anti TB en Lima-Callao, eran personas con infección VIH/SIDA.

En el Perú, el examen para diagnóstico de VIH no es gratuito, tampoco lo es entre los pacientes con TB sensible, de manera que sólo se conoce su prevalencia entre aquellos que pudieron acceder a este examen. Hasta el año 2004 las coberturas de acceso a la

prueba para detección de infección por VIH eran menores a 7% del total de personas en tratamiento para TB MDR. Durante el 2005 y 2006 se efectuó una intensa campaña para mejorar esta cobertura. Como consecuencia en el 2005 la cobertura se amplió hasta el 16% de los pacientes con TB MDR y el 2006 llegó hasta casi 50%. En este último año, la prevalencia de TB MDR/VIH llegó al 5% del total de pacientes con TB MDR. El 95% de los casos de TBM DR/VIH residían en Lima-Callao [64].

Sobre la TB como enfermedad ocupacional

En el Perú se estima que entre el 30 y 40% de la población está infectada por el bacilo de la TB, siendo mayor la proporción entre trabajadores de salud (por su contacto estrecho con personas con enfermedad activa, sin adecuadas medidas de bioseguridad) [51] y en trabajadores del transporte público (por su contacto directo y cotidiano con diversas personas durante su jornada laboral) [66].

En el año 2008, la ESN-PCT publicó los resultados de una encuesta sobre TB en trabajadores de salud, consolidando información de 38 hospitales del MINSA a nivel nacional, entre los años 2000 al 2007. De acuerdo a este trabajo, en este período se había reportado un total de 602 casos de TB en trabajadores de salud. El grupo más afectado era el de técnicos de enfermería (129), seguido por el de médicos (118). Del total de trabajadores de salud con TB, 154 tenían TB MDR, concentrándose el 84% de casos en las Direcciones de Salud de Lima y Callao; el grupo más afectado correspondió a los técnicos de enfermería (37) seguidos por enfermeras (31) y médicos (27). El 90% de casos se concentró entre los años 2004 al 2007, probablemente por el mayor acceso a las pruebas de susceptibilidad. A partir del año 2008 se incluyeron datos de establecimientos de EsSalud; el año 2009 se reportó el mayor número de casos con 209 trabajadores con TB: 111 de MINSA, 90 de EsSalud y 8 de otras instituciones [50, 67].

En el Perú la TB es considerada actualmente como enfermedad profesional para el personal de salud en todo el territorio nacional, y está incluida en el Seguro Complementario de Trabajo Riesgo (SCTR), seguro obligatorio contemplado en la Ley de Modernización de la Seguridad Social (Ley 26790). El MINSA, con RM 069-2011, aprobó el documento técnico: "Evaluación y calificación de la invalidez por accidentes de trabajo enfermedades profesionales" como reglamento de la ley que regula el SCRT. Dentro de la sección enfermedades infecciosas ocupacionales de este documento se desarrollan los criterios de evaluación y calificación de la invalidez temporal o permanente asociada con la TB ocupacional, sea pulmonar o extrapulmonar [68].

Además, el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, a través de su Dirección General de Derechos Fundamentales y Seguridad y Salud en el Trabajo, ha iniciado desde el año 2010 actividades de promoción entre los empleadores y trabajadores para crear conciencia en la necesidad de espacios laborales libres de transmisión de TB y lucha frontal contra la discriminación de personas con TB en el centro de trabajo. Actualmente, esta Dirección está elaborando un documento técnico que reglamente la obligatoriedad de ambientes con adecuada ventilación y medidas de prevención y vigilancia de la TB en el lugar de trabajo; así como la disminución del estigma y la protección del empleo en los trabajadores afectados por la TB [68].

Sobre la comorbilidad tuberculosis/diabetes

La comorbilidad entre tuberculosis (TB) y diabetes (DM) ha sido descrita en el mundo desde principios del siglo XX. En países con sistemas estadísticos desarrollados, se observa que la prevalencia de la comorbilidad entre TB y DM se está incrementando, habiéndose convertido su control en un nuevo desafío a ser enfrentando por la salud pública, debido a que las personas con DM pueden infectarse más fácilmente de TB o tener un riesgo mayor de desarrollar la enfermedad cuando ya se vive con TB latente. Para algunos investigadores, la DM incrementa hasta ocho veces más el riesgo de desarrollar tuberculosis; además, el creciente problema de la TB MDR en el Perú otorga una mayor prioridad a la atención de la DM [69].

Al respecto, el interés en nuestro país por un mayor conocimiento clínico y epidemiológico sobre esta comorbilidad es aún escaso. Apenas existen, en los últimos 10 años, dos estudios observacionales realizados en pacientes tuberculosos hospitalizados y en pacientes con alto riesgo de resistencia a los medicamentos antituberculosos, encontrándose que un 11% de estos pacientes tenía diabetes; aunque, como los mismos autores refieren, hubo limitaciones en el diseño que podrían llevar a un sesgo de selección. Por otra parte, en lo que se refiere a la ESN-PCT, en el año 2006 apenas el 47% de los pacientes en tratamiento para TB MDR accedieron a un examen de laboratorio para descartar de DM; de los que accedieron a dicho examen, el 9% fueron pacientes con diabetes, y para el año 2007 esta proporción llegó a 10,9%, pero con una cobertura de acceso al examen de descartar de solo el 30% [70].

Sobre la TB en otros grupos de mayor riesgo

Además de los pacientes con Diabetes Mellitus o con VIH/SIDA y de los trabajadores de salud, se considera como grupos sociales con alta exposición al riesgo de enfermar de TB a las poblaciones carcelarias o viviendo en condiciones de hacinamiento, a las poblaciones nativas selváticas, a los usuarios de los establecimientos de salud y a otras poblaciones en situación de inmunosupresión. Sin embargo, no se dispone en nuestro país de información actualizada y pertinente para evaluar la magnitud de TB en estos grupos poblacionales de elevado riesgo.

En el año 2007, la morbilidad anual por TB notificada en la red de establecimientos penales fue 1140.6 por 100,000 personas. La magnitud de la coinfección TB/VIH llega alrededor de 10% en algunos penales de Lima-Callao. No obstante, es preciso mencionar que las cifras mostradas por cada red de penales sugieren un esfuerzo heterogéneo por buscar y encontrar casos de TB. Por tal razón, es muy probable que la tasa de comorbilidad estimada de TB/VIH aún se encuentre muy por encima de la notificada.

Sobre la magnitud de la investigación nacional sobre el tema de la TB

En una revisión bibliográfica de los artículos publicados sobre la TB en el Perú, entre 1981 y 2011, se identificó un total de 233. Solo 27,9% de ellos se publicaron en revistas biomédicas peruanas. En la mayoría de estos artículos participó algún autor con filiación institucional extranjera (71,0%). Respecto al tipo de investigación, en 131 (56,2%) de ellos se estudió la enfermedad y sus factores de riesgo, en 39 (16,8%) se evaluó el efecto de intervenciones actuales, en 35 (15,0%) se evaluó el efecto de intervenciones nuevas, en 21 (9,0%) se presentaron estudios dirigidos a sustentar inversiones en investigación sobre salud y medir su efecto y costo, en seis (2,6%) se hicieron eva-

luaciones de la relación costo-efectividad, y en una sola (0,4%) se hizo investigación operativa [71].

El Plan Estratégico Multisectorial 2010-2019

Cuatro años después de haberse publicado el documento sobre alianzas estratégicas, se dictó el Decreto Supremo N° 010-2010-SA (6 de mayo de 2010) que aprueba el *Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis 2010-2019* [70]. Es el primero de carácter multisectorial que se formalizó en el país, refrendado por los ministros de Salud, de Trabajo y Previsión Social, de la Mujer y el Desarrollo Social, de Defensa, y de Justicia. En esta ocasión desempeñaban los cargos de Ministro de Salud, el Dr. Ugarte Ubilluz, y de Coordinador General de la ESN-PCT, el Dr. Jave Castillo. Este último había reemplazado en el cargo, a partir de septiembre de 2009, al Dr. Bonilla. En la parte considerativa del Decreto, se destacan dos párrafos que aluden al Proyecto del Fondo Mundial como una de las principales razones para la formulación de un Plan Estratégico de carácter multisectorial:

“... resulta importante establecer el marco legal que facilite la lucha contra la tuberculosis, el cual será de aplicación a diversos sectores y niveles de Gobierno, a fin de optimizar el uso de los recursos y fortalecer las respuestas de la Administración Pública, en coordinación con la sociedad civil, para continuar desarrollando el Proyecto de Fondo Mundial, siendo necesario para el cumplimiento de dichos fines, la aprobación de un Plan Estratégico Multisectorial, que dirige y oriente las acciones necesarias para prevenir y controlar la tuberculosis, acorde con las características de endemia que presenta el país” (...) “Que existe la necesidad de una respuesta multisectorial orgánica en la lucha contra la tuberculosis, para optimizar el uso de los recursos y potenciar el accionar de los diferentes actores, a fin de articular las respuestas desde los sectores estatales y la coordinación entre la sociedad civil y el Estado para desarrollar el Proyecto del Fondo Mundial” (Decreto Supremo N° 010-2010-SA).

Dos meses después, el 15 de julio del 2010 se dictó la RM N° 579-2010/MINSA que aprueba la actualización del sub numeral 7. Tratamiento de la Tuberculosis de la NTS N° 041/ MINSA/ DGSP. En este sub numeral se establece que, habiéndose garantizado la universalización de las pruebas de sensibilidad, los pacientes con Tuberculosis MDR y XDR serán tratados con el Esquema UNO que se modificará de acuerdo con los resultados de la prueba de sensibilización.

Costo económico de la tuberculosis en el año 2010

De acuerdo a un estudio financiado por el Fondo Mundial, cuyos resultados se presentan en el documento técnico *Impacto socioeconómico de la tuberculosis en el Perú 2010* [72], el costo económico de la TB en el Perú para el año 2010 ascendió a un total de 80.087 millones de dólares estadounidenses. De este total, el 24,9% fue financiado por el Estado, el 5,2% por aportes de la seguridad social; mientras que los cooperantes aportaron el 14,7%, y los gastos de bolsillo el 7,7%. Hasta el año 2010, los establecimientos de salud pública no se brindaban en forma gratuita ciertos servicios y bienes (radiografía de tórax y análisis de laboratorio, entre otros). El 47,4% restante de aquel total correspondió a costos indirectos.

En el mismo estudio se informaba sobre dos particularidades del gasto efectuado en TB entre los años 2005 y 2010. La primera: el análisis del gasto por tipo de intervención

indica estuvo orientado principalmente al tratamiento (63,6%) y al diagnóstico (17,7%), mientras que el resto (18,7%) se destinó al apoyo nutricional, soporte social e investigación. La segunda: el costo unitario de un paciente con TB sensible fue de US\$ 632, mientras que el de un paciente con TB MDR fue de US\$ 13.769; precisándose que estos montos representan el costo anual por paciente incluida la pérdida de productividad durante el tratamiento.

Por otro lado, en el informe del MINSA sobre el *Avance en la Implementación del Presupuesto por Resultados (PpR) a diciembre de 2011* [73], se consigna que en este año fiscal el Presupuesto Institucional Modificado del MINSA destinó un total de 2.582,91 millones de nuevos soles a seis programas presupuestales estratégicos. Las mayores asignaciones correspondieron a tres de estos programas: el Articulado Nutricional (41,6%), Salud Materno Neonatal (36,7%), y TB-VIH/SIDA (10,7%). Este último tuvo una asignación total que alcanzó un monto de 276.91 millones de nuevos soles; de los cuales se transfirió un subtotal de 138.35 millones a los presupuestos de 25 gobiernos regionales. Al 26 de diciembre del año 2011, dichos gobiernos había ejecutado 125.78 millones de nuevos soles, con un avance porcentual promedio de 92%.

Organización actual de la lucha antituberculosa

Organización de la ESN-PCT

La ESN-PCT forma parte de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud. Está encargada de establecer la doctrina, normas y procedimientos para controlar la Tuberculosis en el Perú; garantiza la detección, diagnóstico y tratamiento gratuito y supervisado a todos los pacientes con tuberculosis. Sus actividades se integran a los servicios generales de salud a nivel nacional y su cobertura alcanza a todos los establecimientos del sector y otras instituciones tales como el Seguro Social (Essalud), Instituto Nacional Penitenciario, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional, Centros Médicos de las Universidades, de las Iglesias y del Sector Privado. En septiembre del año 2011, la Dra. Valentina Alarcón Guisado reemplazaría en el cargo de Coordinador Nacional de la ESN-PCT al Dr. Oswaldo Jave, siendo Ministro de Salud, el Dr. Alberto Tejada Noriega.

La Estrategia cuenta con un Comité Técnico Permanente, que incorpora las dependencias del MINSA involucradas con la implementación de las actividades de control y un Comité Consultivo en donde participan organizaciones de cooperación técnico-financiera, instituciones académicas, organizaciones de pacientes y organizaciones no gubernamentales. Como Organismos Públicos Ejecutores (OPE) adscritos al MINSA se cuenta con el Seguro Integral de Salud (SIS), y el Instituto Nacional de Salud (INS). Otros sectores del Estado que han iniciado acciones preventivas a partir de su incorporación en la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA) son: el Ministerio de Educación, el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo y el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. El Instituto Nacional Penitenciario (INPE), entidad dependiente del Ministerio de Justicia, también realiza acciones de prevención de la TB en los establecimientos penales a nivel nacional y cuenta con un convenio con el MINSA para la entrega del tratamiento a las personas privadas de su libertad [59, 70].

Los Gobiernos Regionales y Locales como parte del proceso de descentralización y regionalización en curso en el país, van adquiriendo cada vez mayor relevancia y capaci-

dad de liderazgo para la respuesta social. De hecho gran parte de la gestión de la respuesta nacional, sobre todo relacionada a la provisión de servicios de salud está a cargo de los Gobiernos Regionales a través de las DIRESA y de sus redes de salud. Los Gobiernos locales han venido siendo convocados para que incorporen políticas de prevención de la Tuberculosis desde varias iniciativas y en particular en el marco de los Proyectos financiados por el Fondo Mundial para el control de la TB y el VIH [59, 70].

CONAMUSA

La Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud (CONAMUSA) fue creada en mayo de 2002 dentro del marco del primer programa del Fondo Mundial en el Perú. Creación que es reconocida formalmente por Decreto Supremo 007-2004-SA, modificado por Decreto Supremo N° 005-2005-SA, donde se la define como el Mecanismo de Coordinación del País, a que se refieren los Contratos de Donación de Programas suscritos con el Fondo, bajo la rectoría técnica y funcional del Ministerio de Salud. Luego, su Reglamento de funcionamiento fue aprobado por Resolución Ministerial 218-2005-MINSA, donde se enfatiza que está “constituido con la representación del gobierno, cooperación internacional bilateral y multilateral, sociedad civil y organizaciones de personas directamente afectadas” [70, 74, 75].

Finalmente, en su Reglamento Interno aprobado por la Asamblea de CONAMUSA el 13 de julio del 2010, se la define como: “...una comisión multisectorial con participación de sectores estatales y no estatales, para la toma de decisiones en la preparación y seguimiento de la ejecución de las propuestas en las materias comprendidas en VIH-SIDA, Malaria y Tuberculosis, con recursos públicos y privados, y se constituye en el Mecanismo Coordinador de País, en el caso de donaciones del Fondo Mundial”. En su estructura orgánica se distinguen: la Asamblea, como autoridad máxima; la Secretaría Ejecutiva; y los Comités Técnicos y Comisiones; además, cuenta con una Unidad Técnica que le brinda el apoyo técnico y administrativo que requiera.

Sus funciones son las siguientes. (i) Presentación de propuestas del Perú ante el Fondo Mundial; (ii) Monitorear estratégicamente la implementación de las actividades aprobadas por el Fondo Mundial; (iii) Fomentar enfoques de programas multisectoriales; (iv) Asegurar los vínculos y la consistencia entre los programas del Fondo Mundial y el Marco de Rectoría Nacional; (v) Promover que sus actores garanticen la sostenibilidad de los programas; y, (vi) Asegurar un trabajo conjunto y participativo entre sus instancias: Asamblea General, Secretaría Ejecutiva, Comités y Comisiones [70, 74, 75].

Organizaciones No Gubernamentales (ONG)

“Socios En Salud sucursal Perú” inició sus labores en 1996 y ha colaborado en la expansión del tratamiento individualizado de la TB MDR; el apoyo integral a pacientes, la atención emocional y de su salud mental; la capacitación técnica y gerencial a los afectados, para el desarrollo de emprendimientos; la formación de promotores comunitarios y profesionales de salud en aspectos clínicos y sociales [70, 76].

El Instituto de Salud MCS “Cristóforis Denéke” (ISDEN), es una organización civil de la congregación de las Hermanas Misioneras del Sagrado Corazón de Jesús en el Perú – MSC. Dirigida por la Hna. María Anna van der Linde, realiza trabajo en el campo de la TB; focalizando sus acciones en el apoyo al desarrollo comunitario y al ejercicio de la

vigilancia ciudadana, fortaleciendo las capacidades de diversos agentes comunitarios, promotores de salud y organizaciones de pacientes con TB. El ISDEN desde su fundación, en el año 1997, acompaña a ASET Comas, y ahora también a la Red Solidaria de Enfermos de Tuberculosis de Lima y Callao, facilitando procesos de formación/ capacitación para el fortalecimiento y empoderamiento de sus miembros, además de realizar abogacía en TB en diversas ocasiones [55, 75].

CARE Perú es la ONG Receptor Principal de los dos primeros proyectos financiados por el Fondo Mundial, teniendo la responsabilidad desde el 2004 de administrar los programas aprobados por el Fondo, seleccionar a los entes ejecutores o Sub Receptores, monitorear el cumplimiento de las actividades y el logro de las metas, compra de medicamentos, insumos de laboratorio, equipos, etc. Con semejantes responsabilidades PARSALUD II y Pathfinder fueron designados como Receptores Principales en el tercer proyecto financiado por el Fondo Mundial. Otras ONG y Asociaciones que han participado como subreceptores son: ADRA Perú, Alternativa, Instituto Educa, Grupo Red de Economía Solidaria del Perú (GRESPE), INCAFAM, Instituto de Promoción del Desarrollo Solidario INPET, Asociación Benéfica PRISMA, Servicios de Medicina PRO-VIDA y Talleres Infantiles Proyectados a la Comunidad – TIPACOM [75].

Diferentes actores de la sociedad civil a niveles regionales y locales han conformado el “Comité Perú Alto a la Tuberculosis” y Comités Regionales. Estas asociaciones constituyen importantes Alianzas Estratégicas que contribuyen a dar sostenibilidad a las acciones de Prevención y Control de la Tuberculosis. La participación de muchas de estas organizaciones de la Sociedad Civil ha sido más ampliamente visualizada con su participación en la CONAMUSA, donde se toman las decisiones multisectoriales para favorecer la respuesta nacional [70].

Organizaciones de Afectados por Tuberculosis

Son organizaciones que nacen de la necesidad de responder a los problemas concretos de las personas directamente afectadas por TB, enfermos, promotores, familiares que se van organizando y desarrollando competencias para actuar como interlocutoras del Estado y otras organizaciones, vigilantes del cuidado de la salud de los afectados, y realizando abogacía por mejores condiciones sanitarias, sociales y económicas de los mismos. En el transcurso de las últimas décadas se han podido distinguir dos tipos de agrupaciones, aquellas que han privilegiado la condición de estar o haber estado enfermo de tuberculosis para identificar a sus participantes quienes se denominan Organización de Afectados por Tuberculosis (OAT) y otras que han incorporado además de los afectados a otros actores, como familiares y promotores a quienes se denomina actualmente como organizaciones mixtas de afectados por TB [70].

La Asociación de Enfermos de Tuberculosis “Victoria Castillo de Canales” - ASET Comas es la OAT emblemática cuyos inicios se remontan a marzo de 1976 con el nombre de “Grupos de Salud”. Es la primera organización de personas con tuberculosis en el Perú, creada a iniciativa de la Hna. María van der Linde, MSC, quien animó a los pacientes de esa época a unirse para no estar solos frente a la enfermedad. Eran los pacientes del Centro de Salud de Comas donde trabajaba como enfermera, actualmente sigue asesorando la organización. En el año 2011, estaba constituida de 26 bases y es una red distrital. Otras OAT se han desarrollado en el distrito de Rímac, en Lima Este, en la Provincia del Callao, en La Libertad y Arequipa, así como entre otras regiones [55, 61].

La Red Solidaria de Enfermos de Tuberculosis se consolida a partir de las acciones de la actividad 4 del objetivo 1 del proyecto financiado por el Fondo Mundial, a partir del cual ASET Comas pudo expandir su experiencia de organización a otros distritos de Lima Metropolitana y a nivel nacional. Teniendo como pilares el empoderamiento de los enfermos, el ejercicio de la ciudadanía, la concepción de la TB como enfermedad social y la importancia de superar el estigma y la discriminación a causa de la TB[55].

Si bien son importantes los avances desarrollados en torno a la organización y empoderamiento de los afectados, aún se hace necesario fortalecer sus capacidades organizativas, de gestión y de abogacía. Así mismo, expandir su número ya sean organizaciones sólo de enfermos o mixtas y fortalecer los vínculos a nivel local, regional y nacional.

Instituciones Académicas

En la Respuesta Nacional se han incorporado activamente la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, el Instituto de Medicina Tropical Alexander Von Humboldt de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y Facultades de Medicina y Enfermería de otras universidades. Sin embargo, es importante mencionar las limitadas experiencias de investigación en tuberculosis, así como programas de formación orientados al tema. Por ello se hace necesario reforzar el rol de la academia en la respuesta nacional a la TB [70,73].

Organismos de Cooperación Técnica y Financiera

Las instituciones de cooperación extranjera con sede en el Perú que realizan asistencia técnica al Ministerio de Salud y otras entidades del sector público son once. De ellas solo tres contribuyen de manera significativa con su financiamiento y asistencia técnica con las acciones realizadas por el Ministerio de Salud. Ella son: la Organización Panamericana de la Salud; Socios En Salud (Partners in Health); la USAID (Iniciativas de Políticas en Salud, Proyecto Vigía) [70, 75, 76].

El Fondo Mundial de lucha contra el VIH/SIDA, la Tuberculosis y la Malaria es una fundación sin fines de lucro con sede en Ginebra, Suiza. La implementación de siete programas de fortalecimiento de las respuestas nacionales, con más de cien millones de dólares provenientes del Fondo Mundial, ayudó a generar diversas estrategias exitosas de intervención a la vez que facilitó la coordinación y articulación del apoyo de otras entidades de cooperación internacional. Desde el año 2003 ha aprobado al Perú tres proyectos en TB presentados en 2da. 5ta. y 8va. Ronda de Financiamiento del Fondo., que se ejecutaron o se están ejecutando a través de los Programas "Fortalecimiento de la Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú" (US\$ 26'506,183), "Cerrando brechas: hacia el logro de los Objetivos del Milenio en TB y VHI" (US\$ 29'671.364) , y "Haciendo la diferencia: consolidando una respuesta amplia e integral contra la Tuberculosis en el Perú" (US\$ 13'278.784) [70, 75, 76].

Resultados epidemiológicos de la ESN-PCT al final del año 2011

De acuerdo a los datos del Informe Regional 2012 sobre la tuberculosis publicado por la Organización Panamericana de la Salud [77], los logros epidemiológicos de la lucha

antituberculosa en el Perú aún eran inferiores a los alcanzados, en promedio, a nivel regional y subregional andino. Para el año 2011, estos datos mostraban lo siguiente:

- El número de casos nuevos de TB estimado para la Región es de 268.400. Alrededor del 29% en la subregión andina, el 11% en el Perú, que de esta manera ocupaba el segundo lugar en la carga regional, solo superado por Brasil.
- La tasa de nuevos casos de TB en la Región fue de 28 por cien mil habitantes, en tanto que en la subregión andina fue de 60. Para el Perú, la tasa fue de 101 por cien mil habitantes, la cuarta más alta en la Región.
- Se estima que se produjeron unos 337.000 casos prevalentes, con una tasa de 36 por cien mil en la Región. Esta tasa fue de 79 para la subregión andina y de 117 para el Perú, nuevamente la cuarta más alta en la Región.
- Se estima que hubo unos 6.000 casos de TB-MDR entre los casos de TB pulmonar notificados en la Región. Siete países representaron más del 80% de todos los casos de TB MDR calculados en la Región. El primero de ellos, el Perú con una carga regional del 35%.
- La tasa de mortalidad por TB estimada para la Región fue de 2,2 por cien mil habitantes, de 5,0 para la subregión andina y de 7,4 para el Perú.
- En términos generales, la Región esta progresando satisfactoriamente hacia las metas mundiales para el control de la TB. En el Perú los valores de los indicadores de detección de casos (80%) y de éxito de tratamiento (68%) son similares a los notificados para los de la Región y la subregión andina.

En septiembre del 2011, el Dr. Oswaldo Jave [78], al término de su gestión como Coordinador Nacional de la ESN-PCT hacía los siguientes comentarios sobre los avances y limitaciones de la lucha antituberculosa en el Perú:

- “Las actividades de control de la tuberculosis en las principales áreas se han fortalecido. El esfuerzo en el área de detección en los últimos diez años había disminuido, entonces nuestra primera misión fue incrementar la búsqueda de casos... (como resultado) han subido los indicadores que tienen que ver con personas con síntomas respiratorios examinados y el número de exámenes de esputo...”.
- “En cuanto a tratamiento, el promedio nacional también es bueno, sin embargo en áreas de altas tasas de ruralidad como Huancavelica y Apurímac los porcentajes de curación son bajos, porque la gente fallece en el curso del tratamiento. Esto sugiere diagnósticos tardíos. Pero en promedio nacional el porcentaje de curados ha aumentado y está casi en un 90% versus 85% que es la meta establecida por OMS...”.
- “En cuanto a prevención estamos bajos, deberíamos estar en 85% y estamos llegando a 60%, pero es porque hemos tenido que priorizar diagnóstico y tratamiento...”.
- “La TB simple es el responsable de la mayoría de casos de TB en el Perú... se trata en 6 meses y se cura, la inmensa mayoría se cura. Luego viene la MDR... el 5% de los pacientes... el tratamiento dura 24 meses y ya no cuesta 47 dólares sino 4 mil y requiere más medicamentos. Y la XDR es un subtipo de la MDR y es sinónimo de TB casi incurable. Por ahora tenemos menos de cien casos por año...”.
- “Tenemos que acceder (en el futuro) al tratamiento de TB XDR... Tenemos necesidad de construir un albergue para pacientes de TB XDR, hasta que dejen de ser contagiantes y regresen a sus comunidades. Necesitamos también hacer visible el problema de la TB para las autoridades y para los líderes de la sociedad civil, de manera que se asegure un presupuesto destinado a esta causa” (O. Jave, 7 septiembre 2011).

Al final del período 1992-2011, las autoridades sanitarias consideraban que la inclusión de la ESN-PNC como parte de uno de los cinco programas presupuestales estratégicos del “Presupuesto Institucional por Resultados del MINSA” era un importante logro. En tanto que, en su opinión, ello garantiza la gratuidad del tratamiento de la TB sensible, TB MDR y TB XDR; habiéndose incorporado para esta última, recientemente, nuevos medicamentos al petitorio nacional. Gratuidad que permitiría la universalización progresiva de: las pruebas de sensibilidad, las radiografías de tórax, el despistaje y tratamiento de Diabetes/TB, la tomografía a los afectados de TB MDR y TB XDR, la cirugía de tórax, y el apoyo alimentario, entre otros beneficios. Es así, que con esta inclusión, se dispuso en el año 2011 de 32 millones de nuevos soles para esta estrategia, lo que significó un incremento del 600% con relación al asignado en el año 2004 [79].

Otros logros alcanzados al final del período 1992-2011 y resaltados por esas mismas autoridades eran: la elaboración y aprobación del primer Plan Estratégico Multisectorial TBC 2010 – 2019; el fortalecimiento de la acción del Estado, con los aportes de la cooperación internacional mediante diversos proyectos, principalmente del Fondo Mundial; el diseño del modelo lógico para el nuevo programa estratégico presupuestario, con un enfoque integral y multisectorial; avances en el trabajo coordinado intrasectorial, multisectorial e interinstitucional, que incluye a la sociedad civil y fundamentalmente a las organizaciones de personas afectadas por tuberculosis. “En resumen se han obtenido importantes logros en el control de la Tuberculosis quedando aun por mejorar aspectos del diagnóstico, resolver el abandono al tratamiento e incrementar el arsenal terapéutico para los casos de TB-XDR” [79].

En abril del 2010, el Ministro de Salud anunció la construcción de nueve Centros de Excelencia (CENEX) para el Control y Prevención de la Tuberculosis en Lima y Callao, y otros nueve a nivel nacional. El CENEX es un centro de referencia para la atención de pacientes con TB, en especial para los afectados por las formas TB MDR y TB XDR; su diseño cumple con los estándares internacionales de bioseguridad y ventilación. Tres años después, funcionarios del MINSA informaban que ya se habían inaugurado cinco CENEX en Lima en los hospitales Hipólito Unanue, Dos de Mayo, María Centros de Excelencia (CENEX) Auxiliadora y Sergio Bernales y un sexto en el hospital regional de Trujillo; aunque solo el Hospital Unanue estaba habilitado – con ocho camas disponibles – para el internamiento de casos con TB XDR (Diario *La República*, 19 agosto 2013).

Limitaciones y desafíos al final del año 2011

Las mismas autoridades de la ESN-PCT, afirmaban en el año 2011 que si bien se habían obtenido, en los últimos años importantes logros en el control de la TB, esta enfermedad continuaba siendo un serio problema de salud pública en el país, agravado por la presencia de la comorbilidad TB-VIH SIDA y de la TB MDR y TB XDR. La información oficial disponible sobre la situación de la lucha antituberculosa en el Perú alrededor del año 2011 señala la existencia de debilidades estratégicas sectoriales, así como de limitaciones y desafíos contextuales que dificultan el mejor control o la eventual eliminación de esta enfermedad en nuestro país, las cuales se describen someramente en los siguientes párrafos.

Debilidades en la implementación y aplicación de la ESN-PCT

La estructura del gasto se encuentra orientada al tratamiento, es poco el presupuesto destinado a evitar o disminuir las condiciones que generan vulnerabilidad para adquirir la TB (vivienda y nutrición focalizadas, principalmente). La composición del gasto en TB por tipo de intervención – sin incluir costos por mortalidad y discapacidad – para el periodo 2005-2010 fue la siguiente: tratamiento, 70%; diagnóstico, 15%; apoyo nutricional, 7%; prevención, 4%; soporte social, 3%; e, investigación, 1% [72].

Los establecimientos de salud estatales no cuentan habitualmente con condiciones de bioseguridad suficientes para la prevención de la infección tuberculosa; lo que facilita la transmisión de la enfermedad entre los prestadores de salud y los usuarios de los servicios. Existen poblaciones en riesgo que por ser portadoras de enfermedades inmunosupresoras (asma bronquial, cáncer, diabetes, entre otras) son concurrentes habituales a los establecimientos de salud donde se exponen al riesgo de transmisión de TB, TB MDR y eventualmente TB XDR.

Si bien hay un incremento significativo de las capacidades de los laboratorios (nacional, regional y local) para el diagnóstico de TB en todas sus formas, aún se observan limitaciones en el transporte, manipulación de muestras y tiempo de demora del diagnóstico de la TB MDR. Con relación a esta última, las pruebas rápidas sólo se realizan en algunas regiones [72, 76].

En las últimas encuestas la mayoría de coordinadores regionales y locales de la estrategia coincidió en la existencia de problemas operativos que limita la captación de nuevos casos de TB, así como un adecuado manejo de los contactos. La captación entre lo sintomáticos respiratorios solo se realiza de manera pasiva dentro de los establecimientos de salud y es, por lo tanto, tardía e insuficiente. No existe una programación adecuada para hacer el seguimiento de los contactos, éstos no están siendo tratados [75, 76].

La Defensoría del Pueblo, en su Reporte de supervisión a la ESN-PCT en establecimientos de salud del MINSA en Lima Metropolitana, Callao e Ica (Abril-mayo 2012), señala que de los 43 establecimientos supervisados, 18 no presentan las condiciones adecuadas de infraestructura, 19 tienen laboratorios con muy poco espacio, 33 no cuentan con médicos de dedicación exclusiva y otros 24 con enfermeras que rotan los puestos, 25 no alcanzan el 5% de captación de Sintomáticos Respiratorios, 23 tienen problemas para recibir la canasta PAN TB, 11 establecimientos no cuentan con almacén de alimentos, 32 no cuentan con pruebas de Rayos X; en 19, las personas afectadas por TB asumen costos de pruebas complementarias pese a contar con el SIS [80].

La pobreza y los determinantes sociales

Desde hace mucho años es conocida la relación recíproca existente entre tuberculosis y pobreza, pues tanto la pobreza puede estar relacionada con las condiciones precarias de la salud, como estas condiciones pueden favorecer al desarrollo de la enfermedad, ocasionando esta sinergia una serie de limitaciones en las oportunidades de trabajo y de la subsistencia, generando un círculo vicioso que casi siempre tiende a empeorar. Para un mejor explicación de la asociación de la TB con sectores de población con carencias se la analiza en relación a la distribución de los ingresos y los niveles de desigualdad.

En el país existen condiciones sociales que colocan a las personas en mayor vulnerabilidad de ser afectadas por la TB, tales como el hacinamiento, la desnutrición, la insalubridad de la vivienda, la baja cobertura de algún seguro médico, el empleo informal o desempleo, y otras condiciones vinculadas con la pobreza principalmente urbana, que van conformando modos de vida cotidiana de supervivencia. En las encuestas efectuadas por los proyectos financiados por el Fondo Mundial [72, 76], se encuentran las siguientes características de los pacientes afectados por tuberculosis (PAT) que los ubican, mayoritariamente, en los dos últimos estratos de ingresos familiares:

- En cuanto al nivel educativo de las PAT solo el 35% tenía secundaria completa y el 14% secundaria incompleta.
- La proporción de hogares de las PAT que tienen un ingreso familiar promedio inferior a 1.300 nuevos soles alcanza: 89,8%, a nivel nacional; 73,1% a nivel de Lima; y, 89,1% a nivel de otras regiones.
- En el 20% de las viviendas de los PAT viven ocho o más personas por vivienda, mientras que en el 20% restante el promedio es de 12 personas por vivienda.
- Por cada 100 PAT hay 138 hogares en sus viviendas y en total viven 518 personas.
- El 40% de las PAT viven en casas con al menos una habitación para dormir sin ventana.
- Antes que le detectaran la TB, el 40% de las PAT encuestados en Lima, tuvo algún miembro de la familia que ya había sido curado o terminado su tratamiento mientras que en provincias fue de 21%, confirmando la situación de riesgo de residir en Lima y ser contacto de un paciente.

Concentración demográfica

Por razones demográficas sumadas a las de mayor vulnerabilidad ya citadas, los casos de TB se concentran en los lugares de alta densidad poblacional, que se ubican en la periferia de las mayores ciudades del país. Ciudades donde se presenta el fenómeno de grandes desigualdades, con bolsones de pobreza extrema. Según cifras oficiales, para 2007-2008 las Direcciones de Salud de Lima y Callao notificaron el 58% de los casos de TB, el 82% de los casos de TB-MDR y el 93% de los casos de TB-XDR registrados en el país. En contraste, casi la mitad de los distritos del Perú no reportan casos de TB y en 20% de los distritos se reportan de uno a dos casos por año [81].

La distribución de la TB tampoco es uniforme en la ciudad de Lima. El 86% de todos los casos de TB y TB-MDR se notifican en 18 de sus 43 distritos más pobres. Entre estos 18 distritos, es en el de La Victoria donde se registra la mayor tasa de TB pulmonar con frotis positivo en el país: 189 por 100.000 habitantes en el año 2008, cifra que es 150% mayor que el promedio nacional. Más aún, esta falta de uniformidad se observa también a nivel distrital. Por ejemplo, el Centro de Salud de San Cosme, ubicado en el distrito de La Victoria, informó para el año 2008 un total de 266 nuevos casos de TB pulmonar con frotis positivo, con una tasa de 1.028 por 100.000 habitantes. Es decir, en el año 2008 se diagnosticaban en el Cerro San Cosme seis casos de TB pulmonar por semana, convirtiendo a la zona de influencia de dicho Centro de Salud en la mayor “área de elevado riesgo de transmisión de tuberculosis” (AERT-TB) del país [81. 82]. Al respecto, al ser entrevistado el Dr. Alberto Galloso [83], presidente del Comité para el Control de la Tuberculosis del Colegio Médico en Lima, comentaba lo siguiente:

“... la mayor incidencia de contagio de la TB se da en El Agustino, San Juan de Lurigancho, Puente Piedra, Comas, La Parada y Gamarra. A estos lugares llegan muchas personas del interior del país, trabajan un tiempo y se van. Dadas las condiciones, principalmente en los centros de trabajo, donde hay hacinamiento y poca ventilación, se convierten en focos de difusión tuberculosa. Existen algunos locales comerciales e industriales ubicados en sótanos o en lugares muy cerrados donde se fabrican prendas, en los cuales el bacilo se difunde por el aire... Si encuentra a una persona mal alimentada, con deficiencias de limpieza personal y en casa, la posibilidad de que se convierta en su receptor es casi segura”.

El estigma y la discriminación

Tanto el estigma como la discriminación han sido ampliamente estudiados en el mundo como determinantes sociales y culturales de la TB. Tales estudios muestran que actúan como obstáculos importantes en el éxito del tratamiento de la TB. Los pacientes de TB pueden percibir aislamiento, rechazo, tener miedos que incluyen perder su empleo, discriminación en el hogar y amenazas sobre su rol y funciones en la familia, además de otras percepciones y sentimientos igualmente importantes que afectan negativamente las decisiones y el comportamiento (“descuidos”) del paciente y en su entorno [84].

En el Perú, los estudios sociales sobre la TB efectuados a través, primero, del Proyecto Vigía y, luego, de los proyectos del Fondo Mundial en áreas de alto riesgo de contagio de esta enfermedad, muestran la existencia de una fuerte estigmatización que recae en las personas con TB, sobre todo por el temor al contagio. La intención de evitar esta estigmatización influye muchas veces en la búsqueda tardía de atención como en la irregularidad e incumplimiento del tratamiento por parte del paciente. En la actualidad la población aún no tiene acceso suficiente a información básica de prevención sobre TB y reproduce por temor la estigmatización de los afectados, influyendo negativamente en: el acceso de las personas a la detección precoz, la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los afectados. La TB es una enfermedad altamente estigmatizada. Al respecto, estudios efectuados por Programas de la V y la VIII Ronda del Fondo Mundial muestra la permanencia de este estigma tanto de parte de la población general como de los propios enfermos: 44, 7% de las personas encuestadas rechazan la convivencia con un paciente con TB, y más aún con TB MDR, por el temor al contagio; un 35% de trabajadores de salud tiene temor al contagio en el contexto hospitalario; casi la mitad de los pacientes con TB sensible prefirió no comunicar este hecho a nadie de su ambiente de trabajo; la mayor parte de los pacientes con TB-MDR prefiere no comunicar de su enfermedad a sus familiares o amigos más cercanos. Incluso algunos pacientes han mencionado que para evitar ser estigmatizados o discriminados han descontinuado el tratamiento [72, 76, 85].

La comunicadora social Estela Roeder Carbo [86], coordinadora técnica del Objetivo 1 de la Octava Ronda del Fondo Mundial, comprometida con la lucha por la TB desde hace dos décadas, expresa en una entrevista publicada en la revista *Páginas* su opinión sobre el tema. De esta entrevista transcribimos los siguientes párrafos:

“En lo referente al estigma, éste fue más fuerte al inicio sobre el Sida, pero conforme estos pacientes fueron adquiriendo conciencia de sus derechos, accedieron a tratamiento, servicios y medicación, se empoderaron mucho más y los de TB quedaron relegados. Esto se ve en el caso de la CONAMUSA... los que impulsan y son más proactivos son los enfermos de Sida y no los de TB. Es claro que la persona afectada por Sida construye su ciudadanía, mientras que los enfermos de TB no logran un espacio suficientemente fuer-

te” (...) “En ese contexto se puede percibir que, para el paciente de TB, su enfermedad se convierte en un escenario del silencio, porque no tiene voz, no lo escuchan y quien tiene TB no se lo cuenta a nadie. Se tiende a aislar y a silenciar. A este autosilencio se añade el silencio de la sociedad, que no habla de ello por miedo” (...) “Creo que hay una gran responsabilidad en nosotros, en las instituciones que hacemos salud. Es un cuestionamiento como comunicadora, nunca partimos de la voz de la gente”

Conocimientos insuficientes y actitudes inapropiadas de la población

En los últimos quince años, se ha incorporado de manera decidida a la lucha antituberculosa las actividades de comunicación, destinadas a proporcionar información relevante y mensajes motivadores para mejorar las conductas sociales e institucionales respecto a las personas afectadas por esta enfermedad, así como las decisiones informadas de los usuarios [84]. Sin embargo aun no se obtienen resultados socialmente satisfactorios. En los distritos de mayor incidencia de TB en Lima Metropolitana, donde se ha concentrado este tipo de actividades, se realizaron entrevistas directas entre febrero y junio del 2011 [72, 76], cuyos resultados muestran:

- La mayoría de la población tiene un conocimiento básico respecto a la TB. Pero la amplitud de dicho conocimiento es aún baja en el 88,3% de los hogares (acciones de prevención, principales síntomas).
- El conocimiento respecto de los factores que condicionan la vulnerabilidad a la TB es bajo. El 27,8% respondió que la TB puede afectar a cualquiera.
- El conocimiento sobre la cura de la TB es alto (82%). La gran mayoría sabe que su tratamiento es a través de medicamentos.
- Permanece la asociación de la prevención de la TB a la buena alimentación (49,8%). Su asociación con la ventilación y la iluminación fue poco mencionada (10,8%).
- La percepción de vulnerabilidad a la enfermedad es alta (64,5%). Además, un 90% considera que es una enfermedad grave
- Para conversar sobre la enfermedad, la mayoría recurriría a sus padres (38,3%) o parejas (37%), lo que señala que aún persiste el estigma.
- Alta conciencia que el establecimiento de salud es la instancia a donde recurrir (99%). El MINSA está posicionado como referente de la atención y tratamiento.

En los resultados de la encuesta realizada en Lima durante la primera semana de febrero de 2011, llama la atención que no obstante ser la percepción de la gravedad de la TB alta (90%), la mayoría de encuestados (64%) no toma medidas para prevenirla. Este contraste es explicado por los responsables de la encuesta, Arellano Marketing, con el siguiente esquema: “El conocimiento de la enfermedad es básico ---x La TB genera preocupación ---x Sin embargo, se percibe la enfermedad como lejana, por lo cual no se toman las medidas preventivas necesarias ---x Únicamente al tener personas con TB en su entorno sentirían necesitar tomar medidas preventivas” [75].

5.5. APRECIACIONES NO OFICIALES SOBRE LA ESN-PCT

Las organizaciones de la Sociedad Civil no han estado al margen del problema de la tuberculosis en el Perú. Organizaciones de afectados por TB, promotores, comedores autogestionarios, instituciones sociales, organizaciones sociales de base, profesionales

comprometidos en la lucha contra la tuberculosis han impulsado diversas actividades de difusión, sensibilización e incidencia hacia las autoridades para visibilizar la magnitud y trascendencia del problema, hacer propuestas integrales para enfrentarlo, exigir el cumplimiento de compromisos desde el Estado y acompañar y defender los derechos de las Personas Afectadas por Tuberculosis (PAT).

Desde el año 2008 la magnitud alcanzada por la TB-MDR y la TB-XDR en el Perú llegó al conocimiento de las organizaciones de la sociedad civil que inmediatamente la calificaron como una grave amenaza al derecho a la salud. Es así, que en la segunda mitad del año 2009, las organizaciones integrantes de la Mesa Temática Tuberculosis de Foro-Salud iniciaron una campaña de movilización social, que aún no termina, para sensibilizar a la opinión pública y al gobierno sobre la necesidad de declarar a la TB como una emergencia y prioridad sanitaria nacional, con el fin de “facilitar los medios materiales, financieros y otros, así como establecer nítidamente las responsabilidades del Gobierno Central y los gobiernos subnacionales...; así mismo la ligazón programática y financiera con los programas sociales del Estado” [87].

En el documento donde se convoca a iniciar esta movilización, los miembros de la Mesa Temática la fundamentan con cuatro argumentos totalmente válidos: el peligroso avance que dicha enfermedad está teniendo en el país; la alta capacidad de contagio que dicha enfermedad tiene; lo poco preparado que está nuestro sistema de salud para afrontar la situación; y, la ausencia de un marco legal adecuado para afrontar este grave problema. En este mismo documento [87], al referirse a las limitaciones existentes que dificultan la aplicación de la estrategia vigente, se destacan las siguientes:

- No hay personal suficiente ni con adecuada capacitación para manejar la enfermedad, ni se cuenta con los medios para asegurar la protección del personal de salud.
- Los ambientes en la mayoría de los establecimientos de salud no tienen la infraestructura adecuada, son riesgosos e insalubres tanto para los pacientes como para el personal de salud.
- Inadecuada cobertura tanto del Seguro Integral de Salud como de los planes de aseguramiento en general, dado que la mayoría de pacientes no cuentan con los recursos económicos necesarios para los exámenes auxiliares que requieren. Además, en muchos casos se presentan problemas con la provisión de medicamentos.
- No existe “vigilancia activa en zonas y grupos de alto riesgo para TB y sus formas resistentes, que incluya campañas de búsqueda activa y educación con participación de la población organizada”

Por otro lado, con relación a las limitaciones legales existentes, en el mismo documento se enfatiza no sólo la ausencia de leyes que protejan adecuadamente a los afectados y a sus familias, sino también de aquellas que contemplen los casos de las personas que se rehúsan a cumplir con el tratamiento. Sobre este punto, esas organizaciones sugieren la “implementación de un subsidio a pacientes que mantienen económicamente a la familia mientras dure el tratamiento, para asegurar su adherencia” [87].

5.6 REFERENCIAS UTILIZADAS EN EL CAPÍTULO QUINTO

01. Koffi, Annian. Informe del Secretario General a la Asamblea –Nosotros los Pueblos: la función de las Naciones Unidas en el siglo XXI. Disponible en Internet: www.un.org/spanish/milenio/summit.htm

02. Codiani, Eduardo. "La Cumbre del Milenio". Centro Argentino de Estudios Internacionales. Disponible en Internet: www.caei.com.ar/es/actualidad/milenio.pdf
03. Chen, Lincoln y Berlinguer, Giovanni. Equidad en un mundo que marcha hacia la globalización. En: *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*. Washington D. C. Publicación Científica y Técnica N° 585. Fundación Rockefeller. OPS/OMS, 2002; pp. 36-48.
04. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008, la atención primaria de la salud más necesaria que nunca. OMS, 2008; pp. 1-16.
05. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Achieving better value for money in health care. París, OCDE, 2009.
06. Ezzati M, et al. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*, 2002; 360; pp. 1347-1360
07. TB. A Global Emergency. WHO Report on the TB Epidemic. WHO/TB/94.177. 08. World Bank, Investing in Health, New York, NY, 1993.
09. Crofton, J. Prevención y tratamiento de la tuberculosis resistente a medicamentos. *Boletín de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias*. 62, 1987; p. 2.
10. Raviglione MC, Pio A. Evolution of WHO policies for tuberculosis control, 1948-2001. *Lancet* 2002; 359; pp. 775-80.
11. Davies A. L. A Historical Perspective on Tuberculosis and Its Control. En: Reichman LB, Hershfield (eds): *Tuberculosis*, Second Edition, New York, Dekker, 2000.
12. Farja, Victorino. La conquista de la tuberculosis. *Rev Chil Enf Respir*- 20 (2). 2004; pp. 101-110.
13. Déclaration d'Amsterdam visant à faire barrage à la tuberculose. En Internet: www.stoptb.org/assets/documents/events/.../amsterdam.../AD_SP.pdf
14. The Global Fund. Guide to Global Fund Policies on Procurement and Supply Management of Health Products. June 2012.
15. The Global Fund. The Framework Document of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. February 2012.
16. Organización Mundial de la Salud. Un marco ampliado de DOTS para el Control Eficaz de la Tuberculosis. Alto a la Tuberculosis. Enfermedades Transmisibles. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 2002.
17. Organización Mundial de la Salud. DOTS-Plus y el Comité Luz Verde (Green Light Committee). Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 2001.
18. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la tuberculosis 2012. Informe. Ginebra. OMS. 2012
19. Organización Panamericana de la Salud. Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015. Programas Nacionales de Control de la TB. Ministerios de Salud. Washington D.C. OPS/OMS. 2006.
20. Organización Panamericana de la Salud. La tuberculosis en la Región de las Américas. Informe Regional 2012. OPS/OMS. Washington D.C. 2013..

21. Bustíos, Carlos. Historia de las reformas del sistema de cuidado de la salud poblacional en el Perú. En *Cuadernos de Debate en Salud. Reforma de salud*. Lima. Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú, abril de 2014; pp. 13-26.
22. Bustíos, Carlos. Capítulo Quinto. Salud, reforma neoliberal y neopopulismo. Perú: 1991-2000. En *Historia de la Salud en el Perú*. Volumen 3. Lima. Academia Peruana de Salud, 2009; pp.335-472.
23. Bustíos, Carlos. Contexto de las políticas de salud 2001-2010. En *Historia de la Salud en el Perú. Volumen 23. Período de la República, Etapa 2007-2012*. Lima. Academia Peruana de Salud, 2013; pp. 8139-8168..
24. World Bank. Peru. Improving Health Care for the Poor. A World Bank Country Study. The World Bank. Washington, D.V. August 1999.
25. Ministerio de Salud. Memoria Ministerio de Salud 2001-2006. Editado e impreso por MAD Corp S. A. USAID/PERÚ. 2006.
26. Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Ministerio de Salud (DS N° 023-2005- SA),
27. Ley N° 27867- Ley Orgánica de Gobiernos Regionales (18 de noviembre de 2002).
28. Ricci, Clarisa; Alvarez, Consuelo; Marín, Segundo. Descentralización en salud. En *Historia de la Salud en el Perú. Volumen 23. Período de la República, Etapa 2007-2012*. Lima. Academia Peruana de Salud, 2013; pp. 8291-8306.
29. Vallenas, G. Análisis de la mortalidad por causas específicas: VIH-SIDA, Tuberculosis, causas maternas y accidentes de tránsito 2007 – 2008 (Lima: Ministerio de Salud), 2011.
30. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología, Red Nacional de Epidemiología Vigilancia epidemiológica en salud pública de la tuberculosis: una estrategia para fortalecer las actividades de prevención y control Bol. Epidemiol. (Lima) 21 (29), 2012; pp. 465-466
31. Ministerio de Salud. Análisis de Situación de Salud del Perú. ASIS. Dirección General de Epidemiología. Lima, septiembre 2013.
32. Ministerio de Salud. ESN PCT, Situación de la Tuberculosis en el Perú. Informe de Gestión. 2008.
33. The Peruvian National Tuberculosis Control Program. En : https://ghca.jp/files/fm/5153d4501p6ygbgekxg_0_17.pdf
34. Suárez, Pedro. Guillermo. El control de la tuberculosis en el Perú y sus logros en el período 1990-1996. En *Tuberculosis en el Perú, Informe 1997*. Lima. Ministerio de Salud, 1997; pp. 17-24.
35. Ministerio de Salud. Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en el Perú. Lima. Dirección General de Salud de las Personas. 1991.
36. Jave, Oswaldo. La Tuberculosis Multirresistente en el Perú. Foro Salud. Cuaderno de Trabajo N° 1. Foro Salud. Consorcio de Investigación Económico y Social. Lima, Agosto de 2003.
37. Jave, Oswaldo, Simón Coylo, María van Der Linde, Teresa Castilla. Cohorte de tratamiento estratificadas según ingreso, con esquema 2RHZE/4R2H2. En: *Tuberculosis en Perú. Informe 1995*. PNCT. MINSA, 1996; p. 189.
38. Ministerio de Salud. Actualización de la Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en el Perú. Lima. Dirección General de Salud de las Personas. 1995
39. Ministerio de Salud. Capítulo I. Historia del Control de la Tuberculosis en el Perú. En *Construyendo Alianzas Estratégicas para detener la tuberculosis : la experiencia peruana*. Lima. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. 2006; pp. 29-44.

40. Ministerio de Salud. Impacto económico de la tuberculosis en el Perú de 1991. Lima. Ministerio de Salud. Proyecto Vigía-USAID, 2001.
41. Suárez P. Guillermo. El control de la tuberculosis en el Perú y sus logros en el período 1990-2000. En *Tuberculosis en el Perú, Informe 2000*. Lima. Ministerio de Salud, 2001; pp. 17-24.
42. Suárez P. Guillermo. El control de la tuberculosis en el Perú y sus logros en el período 1990-1998. En *Tuberculosis en el Perú, Informe 1998*. Lima. Ministerio de Salud, 1999; pp. 17-24.
43. Jave, H.O., F. Carballo, M. Ballona. Risk of exposure to intrahospitalary pulmonary tuberculosis. *Abst. Int Journ Tuberc Lung Dis* Nov 2001;5(11)(Suppl 1):S140.
44. Jave, Oswaldo. La tuberculosis multirresistente en el Perú. Cuadernos de Trabajo N° 1. Foro Salud y el Consorcio de Investigación Económica y Social. Lima. Agosto 2003.
45. Vásquez L, Asencios L, Quispe N, Díaz S, Carrillo C, Portocarrero J, et al. Vigilancia de la resistencia a los medicamentos antituberculosos en el Perú, 1995-96. *Rev Med Exp*. 14(1), 1997; pp. 5-14.
46. Instituto Nacional de Salud. Vigilancia de la resistencia a los medicamentos antituberculosos en el Perú, 1999. Lima: Instituto Nacional de Salud, 2000.
47. Sociedad Peruana de Neumología. Seminario Nacional de Tuberculosis Retratamiento: Lineamientos para el manejo del paciente con tuberculosis multirresistente. Diciembre 1997.
48. Canales, R. Primera evaluación por estudio de cohorte de tratamiento diferenciado del esquema dos. Perú. En: *Tuberculosis en el Perú. Informe 1997*. Lima: Dirección General de Salud de las Personas, 1998; pp. 55-59.
49. Zavala, David. Situación de la asociación VIH/SIDA. En: *Tuberculosis en el Perú. Informe 1999*. Lima: Dirección General de Salud de las Personas, 2000; pp. 87-90.
50. Yagui, Martín. Tuberculosis en trabajadores de salud. *Boletín Epidemiológico (Lima)* (del 30 de diciembre de 2012 al 05 de enero de 2013) Volumen 22 – Semana Epidemiologica No 01. 2012; pp-1-3
51. Alonso-Echanove J, Granich RM, Laszlo A, Chu G, Borja N, Blas R, et al. Occupational transmission of *Mycobacterium tuberculosis* to health care workers in a university hospital in Lima, Peru. *Clin Infect Dis*. 2001;33(5); pp. 589-596.
52. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. 1.ra Reunión Subregional de países de baja prevalencia de tuberculosis. Eliminación de la Tuberculosis como problema de salud pública. San José. Costa Rica. 29 de Noviembre al 2 de Diciembre de 1999. Washington DC, 2000. OPS/HCP/HCT/165.00.
53. Ministerio de Salud. Actualización de la Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis, 2001.
54. Organización Panamericana de la Salud. Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015. Programas Nacionales de Control de la TB. Ministerios de Salud. Washington D.C. OPS/OMS. 2006.
55. Van der Linden, María. Situación de la tuberculosis multidrogo resistente en el Programa Nacional de Tuberculosis del Perú desde la perspectiva de la ética y de los derechos del enfermo. Período 1991-2001.
56. Health Sector Reform in Peru and the integration of vertical programs: Ensuring the success of the tuberculosis Program. Submitted to: PATERNES tuberculosis control program & Director General de Salud de las Personas (DGSP). Ministry of Health of Peru, 2003.
57. Ministerio de Salud. Plan Estratégico para el Fortalecimiento de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis del Ministerio de Salud. De Setiembre 2004 a Diciembre 2009. Lima. Ministerio de Salud, 2004.

58. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 162-2005/MINSA del 3 de marzo del 2005: Norma Técnica N° 025-MINSA/DGSP-V.o1. Actualización en la Atención de Pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente (TB MDR)
59. Ministerio de Salud. Capítulos II, III, IV, V, VII y VII.. En *Construyendo Alianzas Estratégicas para detener la tuberculosis: la experiencia peruana*. Lima. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. 2006; pp. 47-204.
60. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Lima, 2006.
61. Instituto de Salud MSC Cristoforis Denéke. Memoria ISDEN 1997-2007. Lima, abril 2008.
62. Bonilla, Asalde. Situación de la tuberculosis en el Perú. *Acta Med Per* 25(3) 2008; pp. 163-170.
63. Ascencios L, Quispe N, y col. Vigilancia de la resistencia a medicamentos antituberculosos. Perú: 2005-2006. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 26 (3), 2009; pp. 278-287.
64. Evaluación Final del Componente Tuberculosis del Programa de Segunda Ronda financiado por el Fondo Mundial. Coordinadora Nacional Multisectorial En Salud. Fondo Mundial De Lucha Contra El SIDA, La Tuberculosis Y La Malaria. CARE – Perú. Lima. Perú. Noviembre 2009
65. Comité de Tuberculosis Extremadamente Resistente. Informe Final: Análisis de la situación actual y propuesta de lineamientos técnicos para el control y prevención de la tuberculosis resistente en el Perú, 2008.
66. Horna-Campos OJ, Consiglio E, Sánchez-Pérez HJ, Navarro A, Caylà JA, Martín-Mateo M. Pulmonary tuberculosis infection among workers in the informal public transport sector in Lima, Peru. *Occup Environ Med*. 68(2), 2011; pp. 163-165.
67. Bonifacio N, Saito M, Gilman RH, Leung F, Córdova Chávez N, Chacaltana Huarcaya J, *et al*. High risk for tuberculosis in hospital physicians, Peru. *Emerg Infect Dis*.2002;8 (7); pp.747-748.
68. Mendoza-Ticona, Alberto. Tuberculosis como enfermedad ocupacional. *Rev. perú. med. exp. salud publica* v.29 n.2 Lima jun. 2012; pp. 232-236
69. César Ugarte-Gil, David AJ Moore. Comorbilidad de tuberculosis y diabetes: Problema aún sin resolver. *Rev. perú. med. exp. salud publica* vol.31 no.1 Lima ene./dic. 2014; pp.137-142.
70. Ministerio de Salud. Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en el Perú 2010 – 2019. Lima. Asociación Benéfica PRISMA. Segunda Edición: Lima 2011.
71. Yagui Moscoso M, Jave HO, Curisínche M, Gutiérrez C, Romaní F. Agenda Nacional de Investigación en Tuberculosis en Perú, 2011–2014. *Rev Panam Salud Publica*..33(1), 2013; pp. 151–8
72. Ministerio de Salud. Impacto socioeconómico de la tuberculosis en el Perú. 2010. Dirección General de Salud de las Personas. Ministerio de Salud. Lima, 2012.
73. Ministerio de Salud. Implementación en Salud Presupuesto por Resultados (PpR). Informe a Diciembre 2011. Diciembre 2011.
74. CONAMUSA. Perú. MCP. [es-es.facebook.com/pages/Conamusa-Peru.../316673015038045](https://www.facebook.com/pages/Conamusa-Peru.../316673015038045)
75. Evaluación ACMS del Objetivo 1 de Tuberculosis de la VIII Ronda del Fondo Mundial. 2010-2012. Implementación de estrategias de abogacía, comunicación y movilización social en la lucha contra la tuberculosis en el Perú. 2012.

76. Socios En Salud Sucursal Perú. Respira Vida. Juntos contra la Tuberculosis. Estudios y Publicaciones. www.respiravida.pe.
77. Organización Panamericana de la Salud. La tuberculosis en la Región de las Américas: Informe Regional 2012. Epidemiología, control y financiamiento. Washington, DC : OPS, 2013.
78. Entrevista al doctor Oswaldo Jave, coordinados nacional de la estrategia sanitaria de prevención y control de la TB. En Internet: www.respiravida.pe/noticia/entrevista-al-doctor-oswaldo-jave...
79. Ministerio de Salud. Situación de la Tuberculosis en el Perú. Septiembre de 2011. Reunión de Evaluación Nacional de la ESNPCT/MINSA. www.minsa.gob.pe/.../Ayuda_memoria_Lanzamiento_TB.pdf
80. Defensoría del Pueblo. Nota de Prensa N°017/DP/OCII/2013. Defensoría del Pueblo pide mejorar las condiciones de los establecimientos de salud para combatir la tuberculosis.
81. Identificación de los determinantes sociales que influyen en la situación de la tuberculosis en el cerro San Cosme. Internet. Lima: 2009. En Internet: www.bvsde.paho.org/texcom/sct/047994.pdf
82. Fuentes-Tafur, Luis; Ticona, Eduardo, y otros. El Plan TBCero: Un enfoque integral para el control de la Tuberculosis. Acta Médica Peruana 29 (2) , 2012; pp. 104-112.
83. Galloso Villaflor, Alberto. TBC en Lima y Callao, Regresa la enfermedad de los pobres. SEMANARIO SIETE Edición 67, del 10 al 16 de Marzo 2013
84. Oficina General de Comunicaciones. Plan Comunicacional. Día Mundial de Lucha contra la Tuberculosis. La Tuberculosis se puede curar, la discriminación también. Lima. Ministerio de Salud, Febrero 2008.
85. Llanos, F.; y Cotrina, A. Evaluación Multinacional Impacto en Salud del escalamiento en la Lucha contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria; con referencia especial al Fondo Mundial. UPCH, Septiembre 2008.
- 86 Entrevista con Estela Roeder Carbo . La tuberculosis, un escenario de silencio. PAGINAS n° 221 . Marzo 2011; pp. 66-80. En Internet: www.revistapaginas.com.pe/index.php/archivo/download/640
87. Instituto Bartolomé de Las Casas. El derecho a la salud amenazado por el avance de la tuberculosis. Boletín versión webb. N° 15, Noviembre 2009. En Internet: www.bcasas.org.pe/exclusión/boletin_15/
-

Capítulo Sexto

Comentarios y conclusiones finales del estudio

6.1. SOBRE LA TUBERCULOSIS EN EL MUNDO ACTUAL

Enfermedades transmisibles en el mundo

El problema de la TB en la Salud Pública actual

Resultados de la lucha mundial contra la tuberculosis

6.2. SOBRE LA INTERVENCIÓN DEL ESTADO PERUANO EN LA LUCHA ANTITUBERCULOSA: 1821-2011

Etapas y estadios del proceso de lucha antituberculoso en el Perú: 1821-2011

Interpretación de los resultados en el Perú

6.3. CONCLUSIONES FINALES

6.4. REFERENCIAS UTILIZADAS EN EL CAPÍTULO SEXTO.

6.1. SOBRE LA TUBERCULOSIS EN EL MUNDO ACTUAL

Enfermedades transmisibles en el mundo

Como tema de estudio en la historia sanitaria mundial [1, 2, 3]

En la historia del cuidado de la salud poblacional mundial, las enfermedades transmisibles de carácter epidémico o endémico – entre ellas la tuberculosis – siempre han sido consideradas, por su magnitud y trascendencia, como problemas que exigían una respuesta social de control o de eliminación de las mismas. Respuesta que debía sustentarse, en una primera instancia, en los resultados de estudios a ser efectuados por la Higiene Pública y, luego, de la Salud Pública moderna, con propósitos descriptivos, explicativos y, finalmente, aplicativos.

Como productos efectivos de esos estudios se han construido distintos esquemas o modelos conceptuales sobre los orígenes, desarrollos y repercusiones de estas enfermedades en el mundo. Cada uno de los cuales ha sido cognitivamente hegemónico o dominante en un particular período sociohistórico de aquella historia del cuidado de la salud. Esquemas o modelos que permitieron identificar – con menor o mayor consistencia científica – las causas directas e indirectas de estas enfermedades y, por ende, proponer niveles específicos de intervención médico-sanitaria y puntos de acceso de la acción social y política para el efectivo control o eliminación de las mismas. Sin embargo, los resultados de la aplicación de tales propuestas no han sido socialmente satisfactorios en todo el mundo, especialmente en los países pobres o en vía de desarrollo.

Al final de la primera década del siglo XXI, más del 90% de la incidencia global de enfermedades, se ubica en estos países y es debido a las enfermedades transmisibles. A pesar de que las enfermedades crónicas están en aumento, las enfermedades transmisibles siguen siendo el mayor desafío para la salud mundial. El VIH/Sida, la malaria y la tuberculosis son las más importantes “enfermedades de la pobreza” a las que se dirigen los esfuerzos de los programas internacionales en materia de salud. El análisis de estas y otras enfermedades transmisibles en los países en desarrollo es, finalmente, un estudio de la desigualdad. La mayoría de los afectados a nivel global son niños y mujeres y proceden de entornos empobrecidos, en los que sufren malnutrición y no tienen acceso ni a información sobre prevención ni a la atención sanitaria adecuada.

Modelos explicativos de las enfermedades transmisibles

En la bibliografía especializada se identifican cuatro esquemas o modelos epidemiológicos sobre las enfermedades transmisibles, los tres primeros han sido dominantes en un determinado período sociohistórico y el último es contra hegemónico actualmente:

- Esquema de la constitución pestilencial o de los miasmas, utilizado por la Higiene Pública prepasteuriana, Fundamentado en las teorías anticontagionistas y de la Geografía Médica, a partir de un enfoque ambientalista proto-científico. Hegemónico en la comunidad médico-sanitaria durante gran parte del siglo XIX, hasta los descubrimientos de Pasteur y de Koch.
- Modelo monocausal de la Epidemiología de los modos de transmisión de las enfermedades infecto-contagiosas. Fundamentado en las teorías del germen y de la triada

ecológica, a partir de un enfoque biomédico determinístico, de carácter positivista. Este modelo, superando el anterior esquema, se mantuvo hegemónico durante la Era Bacteriológica de la Medicina.

- Modelo multicausal de la Epidemiología de los factores de riesgos. Fundamentado en el tratamiento estadístico de las evidencias aportadas por las ciencias médicas y otras de la salud, a partir de un enfoque biomédico probabilístico. Desde mediados de la década de 1950, se mantuvo hegemónico en el campo de la Salud Pública oficial.
- Esquemas y modelos multiniveles de la Epidemiología Crítica o Social, en sus distintas variantes: ecológico-holística e histórico-social. Fundamentados en las ciencias naturales y sociales, a partir de un enfoque social u holístico que enfatiza las desigualdades en la salud-enfermedad de las poblaciones. Propuestas interpretativas cualitativas o mixtas que, en las últimas décadas aparecen como contrahegemónicas al modelo de los factores de riesgo.

Esquemas y modelos interpretativos en la Epidemiología actual

En la Epidemiología de los riesgos de la enfermedad, se considera que las redes explicativas establecidas entre las condiciones o factores de riesgo participantes en el proceso de salud-enfermedad (denominadas causas, o efectos, según su lugar en la red) son tan complejas, que forman una unidad imposible de conocer completamente. Es decir, que aceptando el carácter multicausal de la enfermedad, advierte que intervienen factores de riesgo personales que no son visibles desde el exterior. Sugiriendo que, por ende, la Epidemiología debe limitarse a la búsqueda de aquellas partes de la red en las que es posible intervenir efectivamente, rompiendo la cadena causal, por lo que se hace innecesario conocer todos los factores intervinientes en el origen de la enfermedad: el modelo de la “caja negra”. Una de las ventajas supuestas de este modelo es la posibilidad de aplicar medidas correctivas eficaces, aún en ausencia de explicaciones completas [4, 5].

Dos cuestionamientos medulares se han hecho a este modelo conceptual, primero, su proclividad al exclusivo uso de la estadística como método de validación y, segundo, la debilidad de los constructos teóricos que emplea para sustentar su método de estudio. Respecto al primero de tales cuestionamientos, se ha apuntado que se apoya excesivamente en métodos estadísticos que con frecuencia son utilizados de modo acrítico e inercial, y no como complemento a un marco teórico sólido y a la reflexión de los hechos investigados. Implícito en este abordaje se encuentra un supuesto central: que acepta el plano individual como el sitio de la acción etiológica y que las influencias sociales y ambientales, si se manifiestan, lo hacen a nivel individual y únicamente se expresan como factores de riesgo. Así, el individuo es la unidad natural de análisis de la epidemiología (McMichael 1999, p. 887), lo que es un contrasentido epistemológico, toda vez que su interés teórico se dirige al estudio de la salud-enfermedad en las poblaciones humanas (Terris 1992, p. 909). Este conflicto entre teoría y método ha tratado de atenuarse mediante el uso de un modelo probabilístico en el que la exposición a una o diversas variables incrementa o disminuye la ocurrencia de un resultado. De este modo, la causa se ha sustituido por el término "factor de riesgo". Estas debilidades pueden explicarse por el enfoque biomédico que utiliza para abordar los problemas de salud-enfermedad. Enfoque que tiene una profunda raíz en el paradigma positivista, el cual supone a la realidad de la salud-enfermedad como algo directamente observable, sin interesarse por el contexto sociohistórico donde ocurren los hechos [4, 5, 6].

A pesar de estos cuestionamientos, las investigaciones epidemiológicas y las intervenciones sanitarias oficiales han seguido privilegiando, en sus prácticas, los modelos explicativos y aplicativos concordantes con la concepción positivista y biomédica, aún dominante en el escenario político sanitario oficial. Sin embargo, hace varias décadas que está creciendo el reconocimiento académico de las limitaciones de tales modelos, primero, para explicar de manera suficiente el proceso de salud-enfermedad en las poblaciones y, luego, para obtener resultados socialmente aceptables a través de la aplicación de estrategias de intervención derivadas de su explicación.

En aquellas circunstancias de cuestionamiento académico, se están desarrollando nuevos enfoques, teorías y modelos interpretativos desde la Epidemiología Crítica o Social, tanto en su vertiente ecológico-holística como en la histórico-social. Todos ellos, parten de la idea que la comprensión o interpretación de la presencia o ausencia de problemas de salud humana son más complejas que las proporcionadas por modelos netamente biomédicos, ya que es el producto de la interacción de complejos contextos o niveles físicos, biológicos, socio-culturales y económicos que se dan dentro de escalas temporales y espaciales específicas.

En opinión de Kaplan [7], todas esas nuevas opciones tienen de común: un abordaje multinivel o jerárquico de la realidad del proceso salud-enfermedad, una consideración de la existencia de distintos mecanismos o subprocesos de producción de la salud-enfermedad en cada nivel, así como de la existencia de una influencia recíproca entre ellos. Por ejemplo, de acuerdo con Susser, el nivel más externo debía ser el ambiente físico (el campo de la ecología); éste contiene, sucesivamente, a: sociedades y poblaciones (el campo de la epidemiología); individuos y sistemas fisiológicos (el campo de la clínica médica); y tejidos, células y moléculas (el terreno de la biología). Entre estas nuevas opciones destacan tres en la bibliografía especializada:

- El “Enfoque Ecosalud” (Lebel, 2005; Charron, 2012), con base a seis principios, que incluyen el pensamiento sistémico, la investigación transdisciplinaria, la participación social, la sostenibilidad social y ambiental, la equidad de género y social, y el acercamiento de la brecha entre conocimiento y acción [8, 9].
- El modelo de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS, que pretende aclarar los mecanismos por los cuales estos determinantes (en dos niveles) generan desigualdades o gradientes en el proceso de salud-enfermedad. Los factores sociales estructurales (primer nivel), que definen la posición social de la persona, tienen efecto sobre la salud a través de factores sociales intermedios o “factores de riesgo” (segundo nivel) que definen la exposición y la vulnerabilidad específicas de la persona a la acción del agente etiológico de la enfermedad o de otro daño a su salud [10, 11].
- El enfoque de la producción social del proceso de salud-enfermedad – sustentada por la Medicina Social Latinoamérica – vinculado con el materialismo histórico y dialéctico. De él se derivan modelos o esquemas que identifican los determinantes políticos, económicos y sociales de la distribución de la salud-enfermedad, al interior y entre las sociedades, identificando los aspectos protectores y los nocivos a la salud presentes en la organización social [12, 13].

En resumen, cada vez se hace más evidente que los procesos causales de la salud-enfermedad poblacional comprenden diversos niveles e involucran la interacción de variables de tales niveles, por lo que parece necesario seguir desarrollando modelos holísticos que integren esos niveles para incluir así estos tipos de variables en los estudios epidemiológicos. Pero tal como lo señalan Ana V. Diez-Roux [14] y Rita Barradas [15],

la formulación de una teoría causal que integre variables individuales y grupales de múltiples niveles y explique las relaciones e interacciones entre niveles de distinta dimensión es muy compleja. Por ello, la Epidemiología Social sigue enfrentando dilemas y desafíos para su desarrollo y aplicación, que todavía están por resolverse. Esta complejidad es una dificultad pero, al mismo tiempo, reflejo de las grandes limitaciones del modelo multicausal biomédico positivista que hasta hoy prevalece en la Salud Pública oficial.

El problema de la TB en la Salud Pública actual

Situación epidemiológica de la TB en el mundo

Por su magnitud y trascendencia social a nivel planetario, el problema de la TB poblacional ha sido objeto, desde el final de la Primera Guerra Mundial, de distintas políticas y estrategias internacionales de control y prevención. Estrategias que tienen de común haber sido formuladas, en cada oportunidad, por un grupo de expertos en TB de organizaciones de salud mundial que, con distintos énfasis, sustentaron sus propuestas de intervención a partir de los resultados de la aplicación del modelo explicativo biomédico propuesto, primero, por la Epidemiología de los modos de transmisión y, luego, por la Epidemiología de los factores de riesgos. Los resultados de la aplicación de tales estrategias señalaron avances y retrocesos en el logro de sus objetivos, sin haber tenido hasta la fecha resultados socialmente satisfactorios y sostenibles, especialmente en países del Tercer Mundo o en desarrollo [1, 16, 17].

En el año 1991, la OMS tuvo que declarar a la tuberculosis como una emergencia mundial [18]. Ello sucedía, no obstante los avances en el conocimiento de la historia natural de esta enfermedad y la creciente utilización de métodos probados de diagnóstico y esquemas de intervención biomédica de alta eficacia para su control. Veinte años después de esta declaración de emergencia, existen más personas con TB en el mundo de las que haya existido en algún año de la historia de la humanidad y es la enfermedad infecciosa que causa mayor número de muertes (1,7 millones por año). La TB está presente en todos los países, aunque el 80% de los casos se concentran en 22 países del Tercer Mundo o en desarrollo. Uno de los factores que contribuye a esta situación es la epidemia de VIH; entre las personas infectadas por el bacilo de Koch, los VIH seropositivos son 10 veces más propensos a contraer la TB activa que los seronegativos [19].

Asimismo, la situación mundial se está agravando con la aparición, primero, de la Tuberculosis Multidrogoresistente (TB MDR) y, luego, de la Tuberculosis Extremadamente drogo-resistente (TB XDR), nuevas modalidades de esta enfermedad, que cada año adquieren más relevancia. Para la OMS y el Centro de Control de Estados Unidos, un solo caso de TB XDR debe ser manejado como una situación de emergencia sanitaria, lo cual no se cumple en la gran mayoría de los países que los reportan. En el año 2011 los progresos en la lucha contra la TB-MDR seguían siendo lentos, el número de sus casos alcanzó casi los 60.000 en todo el mundo, lo que significa que uno de cada cinco casos (19%) calculados padece de esta modalidad de TB; el 85% de estos casos se presentan en 27 naciones del mundo [20].

Conocimientos actuales sobre la historia natural de la TB

La TB es causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, que cuando es inhalado por un individuo puede provocar en éste una infección pulmonar local. Si el sistema inmunitario de tal individuo funciona bien, la infección local puede ser contenida sin causar ningún síntoma. Cerca de la tercera parte de la población mundial es corrientemente infectada por el *Mycobacterium*; sin embargo, solo en ciertos individuos vulnerables la infección progresará convirtiéndose en una TB activa, ubicada con más frecuencia en los pulmones. De acuerdo con la historia natural de la TB en países desarrollados, el 90% de las personas sanas infectadas por dicho agente no desarrollará la enfermedad y no podrá transmitirla. Cerca del 5% de los infectados desarrollará TB activa dentro de los dos primeros años siguientes a la infección. Posteriormente, un 5% adicional de individuos infectados desarrollará también la enfermedad activa [21, 22].

El riesgo específico de una persona a estar expuesto a infectarse con el bacilo de Koch (BK) está determinado por numerosos factores relacionados con el nivel y duración de la infecciosidad del caso fuente. Factores que, a su vez, dependen del acceso de este caso al diagnóstico y tratamiento, de la intensidad y duración del contacto, así como del nivel del hacinamiento y la calidad de la ventilación en el ambiente físico, donde dicho contacto tiene lugar. Además, dependerá del nivel de exposición de la persona al caso BK(+), de la virulencia de la cepa específica de este BK y del estado de su sistema de defensa contra la infección [21].

Luego de estar expuesta la persona a infectarse en su contacto con el caso BK (+), su riesgo de pasar a ser un nuevo caso de TB activa estará determinado por la virulencia de la cepa bacteriana, y la capacidad de su sistema inmunitario para neutralizar la infección primaria. Esta capacidad, a su vez, estará determinada por la predisposición genética, edad, sexo y varias condiciones médicas que pueden afectar su sistema inmunitario, tales como: HIV/SIDA, malnutrición, alcoholismo, consecuencias del tabaquismo, silicosis, diabetes, enfermedades malignas así como un amplio rango de enfermedades crónicas y de tratamientos inmuno-supresivos [23].

Finalmente, el riesgo del nuevo caso de TB activa de ser afectado en mayor o menor grado por las consecuencias de la enfermedad estará influenciado por un amplio rango de determinantes biológicos y sociales. En lo que se refiere a estas consecuencias, si no es tratada la TB activa el 50% del total de nuevos casos estará muerta a los cinco años de iniciada la enfermedad, en tanto que un 25% se curará solo y los restantes se convertirán en enfermos crónicos. Sin embargo, la quimioterapia actual es muy efectiva para la gran mayoría de los enfermos con TB susceptible a las drogas convencionales; enfermos que serán curados, si son tratados de manera apropiada [21, 22].

Por otro lado, los riesgos de fracaso del tratamiento antibiótico, de desarrollo de la droga-resistencia y de la mortalidad específica de los casos de TB tratados dependerán de la oportunidad y la habilidad del paciente para completar el tratamiento, así como de los factores de riesgo mencionados anteriormente, especialmente el estado del sistema inmunitario y la virulencia de la cepa del BK [24].

Resultados de la lucha mundial contra la tuberculosis

A nivel mundial

La tuberculosis es una enfermedad transmisible que desde el final de la Primera Guerra Mundial ha sido objeto de distintas políticas y estrategias internacionales de control y prevención, sustentadas éstas en los esquemas o modelos teóricos biomédicos. Estrategias que tienen de común haber sido formuladas, en cada oportunidad, por un grupo de expertos en TB de organizaciones de salud internacional que sustentaron la eficacia de sus propuestas de intervención a partir de evidencias estadísticas. Pero, si bien el enjuiciamiento de los resultados de la aplicación de tales estrategias señala algunos avances en el control de la TB, éstos no han sido socialmente satisfactorios y sostenibles, especialmente en países en desarrollo: un 95% de las personas que en la actualidad padecen esta enfermedad viven en estos países [11, 16, 17, 20].

Hasta la actualidad, cuando los expertos en TB de las organizaciones internacionales pretenden explicar estos resultados insatisfactorios aluden a las siguientes razones: (i) aparición de crisis político-sociales y económicas, que habría llevado a la interrupción o deterioro de programas de control ya establecidos; (ii) adquisición de resistencia de los agentes biológicos a los antibióticos, facilitada por la mala utilización de los medicamentos; (iii) modificaciones de la susceptibilidad del huésped, debido a la infección por VIH, envejecimiento de la población, etc.; y, (iv) aumento de las oportunidades para la transmisión de esas enfermedades, por el incremento de los viajes turísticos y las migraciones internacionales. Además, mencionan al aumento de la densidad poblacional y de los bolsones de pobreza, al mayor grado de urbanización, a los cambios en los patrones de conducta de las personas, entre otros determinantes. Para explicar los malos resultados en los países del Tercer Mundo, el principal argumento utilizado es la debilidad operativa del sistema oficial de salud encargado de aplicar tales estrategias [11, 25, 26].

Sin embargo de la validez parcial de tales argumentos o razones, en los últimos años la acumulación de experiencias sobre las limitaciones cognitivas y, especialmente, prácticas de la utilización del enfoque biomédico en la lucha antituberculosa está debilitando el dominio de la Epidemiología de factores de riesgos en la Salud Pública Oficial. Como limitaciones cognitivas se señalan las derivadas de la incapacidad de su modelo para conocer todo el proceso y, por tanto, para distinguir entre los determinantes individuales y los colectivos de la salud-enfermedad (entre las causas de los casos individuales y las causas de la incidencia en poblaciones). Limitaciones que le impiden comprender de manera suficiente los eventos que investiga y, por ende, definir redes explicativas sólidas que le permitan definir las estrategias de prevención y control más apropiadas en situaciones epidemiológicas distintas [11, 12, 26].

Además, desde el siglo XIX la Higiene Pública y, luego, la Salud Pública han estudiado y reconocido la influencia de los factores o procesos sociales en la prevalencia y en las desigualdades de la distribución de la TB. La revisión los datos históricos disponibles sobre la carga de tuberculosis en diferentes colectivos sociales muestran que ésta sigue una gradiente socioeconómica a través de países, dentro de países y dentro de comunidades. Estas observaciones apoyan fuertemente a la conclusión de que la reducción de la pobreza y el desarrollo socioeconómico, en el más amplio sentido, podrían llevar a una significativa reducción de la carga de tuberculosis en las poblaciones. Cada día hay más evidencias que en el curso de esta enfermedad en las poblaciones, los determinantes sociales tienen igual o más influencia que los determinantes biológicos [11, 25, 27].

Al respecto de dichas evidencias, hay que recordar que actualmente se pueden constatar cuatro hechos. El primero, solo la tercera parte de la población mundial es infectada

por el *Mycobacterium*, población que reside mayoritariamente en las áreas de mayor pobreza y de inequidad social. El segundo, entre el 80% y el 90% de las personas infectadas no desarrollará la enfermedad y no podrá transmitirla. El tercero, los determinantes sociales facilitará el inicio de la enfermedad en las personas vulnerables, así como la cura o muerte de las mismas. El cuarto, la TB está entre las llamadas “enfermedades huérfanas”, debido a que las drogas comúnmente utilizadas en su tratamiento se desarrollaron hace más de 40 años, y desde entonces no aparecen otras nuevas que puedan utilizarse en lucha contra esta enfermedad en los países pobres [10, 19, 25, 26, 28].

A nivel de los países de las Américas

En las Américas se han hecho progresos significativos en reducir la carga de la TB. Entre 1990 y 2013, la mortalidad por esta enfermedad disminuyó en un 63% en las Américas, progreso que se debe en gran medida a la ejecución de la estrategia "Alto a la Tuberculosis". Sin embargo, en el año 2013 continuaba siendo uno de los principales problemas de salud en la Región: unas 285.200 personas enfermaron de TB, entre ellas 6.900 con TB MDR; 17 mil murieron por su causa; continúa la propagación de la TB MDR, a la que se le ha sumado la TB XDR. En 2013, la incidencia de la tuberculosis en la Región fue de 29 casos cada 100.000 habitantes. Terminar con la epidemia implica alcanzar una tasa de menos de 10 casos por 100.000 habitantes [29].

Además, la carga de la TB en las Américas varía según el país: Brasil (33%), y Perú (13%) fueron los dos países de las Américas con mayor cantidad de casos en 2013. Asimismo, la TB se concentra, en su mayoría en las poblaciones más vulnerables que viven en las grandes ciudades, en general en barrios marginales donde las condiciones de vida conllevan al hacinamiento, al acceso limitado a los servicios de agua potable y saneamiento, y a las dificultades para acceder a los servicios de salud. Con el apoyo de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la OPS/OMS implementa una iniciativa para el control de la TB en grandes ciudades de la Región, que busca detectar a tiempo a quienes padecen la enfermedad, para acelerar su disminución en las Américas. En esta iniciativa, se coordinan autoridades locales con las sanitarias e incluyen acciones intersectoriales de educación, protección social, desarrollo urbano y de salud. Esta iniciativa se aplica, entre otras ciudades, en Lima, Perú [29].

Actualmente, en la bibliografía especializada disponible en América Latina [12, 13, 14, 15] se comparan las ventajas y desventajas cognitivas y prácticas, así como la viabilidad en el siglo XXI de las propuestas de tres tipos de estrategias de lucha contra la TB:

- Estrategias nacionales de control de la TB que no cuestionan el orden social vigente. Diseñadas a partir del enfoque biomédico de la Epidemiología de Riesgos. Enfatizan las intervenciones del sistema oficial de cuidado de la salud sobre los factores de riesgos biológicos y sociales de la TB, así como las orientadas al fortalecimiento del programa de control pertinente: “la prevención se inicia con la curación”.
- Estrategias nacionales de prevención y control de la TB que no cuestionan el orden social vigente en un Estado de Derecho. Diseñadas a partir de un enfoque ecológico-social utilizado en la construcción del modelo conceptual de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS. Enfatizan las intervenciones multisectoriales e intergubernamentales sobre los factores sociales estructurales y los factores de riesgo, entendiendo que los primeros son las causas de los segundos.
- Estrategias nacionales de lucha integral contra la TB, propuestas por la medicina social latinoamericana y que cuestionan el orden social neoliberal vigente. Enfoque holístico e histórico-social que amplía el utilizado por la Comisión de Determinantes

Sociales de la OMS, para fundamentar las intervenciones sobre las causas de los determinantes sociales estructurales nacionales. Es decir, para actuar sobre las causas esenciales (orden social vigente), de las causas estructurales (factores sociales estructurales), de las causas intermedias (factores de riesgo) de la problemática de la TB.

6.2. SOBRE LA INTERVENCIÓN DEL ESTADO PERUANO EN LA LUCHA ANTITUBERCULOSA: 1821-2011

Etapas y estadios del proceso de lucha antituberculoso en el Perú: 1821-2011

En el presente estudio – componente de nuestro Programa de Historia de la Salud Pública Peruana – hemos analizando las intenciones y realizaciones de las respuestas que las autoridades políticas peruanas han dado al problema de la TB, en el contexto latinoamericano y mundial, entre los años 1821 y 2011. Los resultados de este análisis muestran dos etapas en el tratamiento político de dicho problema. En una primera etapa (1821-1935), el problema de la TB estuvo ausente de la agenda política de la naciente República y, luego, del Estado Oligárquico, cuyas autoridades lo consideraron como un asunto de asistencia médico-social, a cargo de las Sociedades Públicas de Beneficencia. En una segunda etapa (1935-2011), la TB ingresó a la agenda política del Estado Peruano post-oligárquico, como un problema sanitario a ser resuelto por el sistema oficial del cuidado de la salud poblacional, con la aplicación de políticas y estrategias de control que hasta la fecha no alcanzan resultados socialmente satisfactorios.

En la segunda etapa se distinguen en el país cuatro estadios en el proceso de la organización de la lucha contra la TB, sustentados y orientados por las recomendaciones generales contenidas en cada uno de los informes de comités de expertos internacionales en TB que se sucedieron entre los años 1935 y 2011. Recomendaciones asumidas de manera acrítica, procesadas de manera descontextualizada, difundidas de forma distorsionada y aplicadas de manera insuficiente por las autoridades nacionales en los distintos períodos sociopolíticos de esa etapa de la historia peruana.

- Estadio del Programa de Control de la Tuberculosis (PCT), sustentado desde el enfoque biomédico utilizado en la fase hospitalario- sanatorial de la lucha antituberculosa mundial. Hegemónico en el país durante la gestión de los seis primeros gobiernos populistas (1935-1961).
- Estadio del Plan Nacional y Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT), sustentado desde el enfoque biomédico utilizado en la fase quimioterápica de la lucha antituberculosa mundial (Octavo Informe del Comité de Expertos de la OMS en TB). Dominante en el país durante las gestiones del último gobierno populista y de los gobiernos desarrollistas o intervencionistas (1962-1991).
- Estadio del Nuevo Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (NPNCT), sustentado en la estrategia terapéutica DOTS, recomendada por la OMS. Dominante durante los doce primeros años de la gestión de los gobiernos neoliberales en el país (1992-2004). Programa utilizado como un instrumento de la estrategia de lucha contra la pobreza, con un enfoque biomédico-político.
- Estadio de la Estrategia Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (EN-PCT), sustentado en la estrategia Alto a la Tuberculosis (DOTS-Plus), apoyada por el Fondo Mundial para la Lucha contra el VIH Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Dominante en el país entre los años 2004 y 2011 durante la gestión de los gobiernos

neoliberales de Toledo y García (2004-2011). Es una de las diez ESN del eje de prioridades sanitarias del Modelo de Atención Integral de la Salud.

En el Perú y al final del año 2011, las mismas autoridades de la ESN-PCT informaban que esta enfermedad continuaba siendo un serio problema de salud pública nacional, agravado por la presencia de la comorbilidad TB-VIH SIDA y de las nuevas formas de TB MDR y TB XDR. El país ocupaba el segundo lugar en carga de enfermedad TB en América y, en los últimos años eran notificados anualmente más de 1.000 casos de TB-MDR, y alrededor de 50 casos de TB XDR. Además, el diagnóstico y el tratamiento de la TB eran cada vez más complejos y costosos para el sistema de cuidado de la salud oficial. De acuerdo a cálculos de la OMS, en el año 2010, mientras que el tratamiento de un caso de TB sensible tenía un costo en fármacos de US\$ 20, el de un caso de TB-MDR podía costar hasta US\$ 5.000 [30, 31, 32, 33].

Cuatro años después de la aprobación del *Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en el Perú 2010 – 2019*, con ocasión del “Día Mundial de Lucha contra la Tuberculosis”, la Red de Organizaciones de Personas Afectadas por la Tuberculosis (REDOAT LM) emitirá un Comunicado, fechado el 24 de marzo de 2014, en el que afirmaría que “La lucha contra la tuberculosis en nuestro país pasa por una crisis por las graves deficiencias de la Estrategia Sanitaria Nacional de Tuberculosis a pesar que se han incrementado ingentes recursos económicos”. Al entender de sus dirigentes dicha incapacidad se traducían en siete hechos: (i) reiterados desabastecimientos de diversos medicamentos para pacientes con TB; (ii) en muchos EE.SS no se cumple la meta del 5% en la captación de sintomáticos respiratorios, pese a ubicarse en distritos con una alta tasa de incidencia de tuberculosis; (iii) insuficientes medidas de prevención y control de transmisión de TB en el personal de salud; (iv) escasos recursos financieros para atender a los pacientes de TB; (v) inadecuada infraestructura, en particular en el área donde se ubica la estrategia de TB; (vi) difícil acceso a los servicios de Rayos X, principalmente por el reducido número de establecimientos que cuentan con este servicio; (vii) “Y, para redondear esta deficiente gestión, se suma la aprobación de una nueva Norma Técnica... sin demostrar evidencias científicas que dicho tratamiento es mejor... sin embargo se aprobó vulnerando la ley 29414” [34].

“Por todo lo expuesto,... levantamos nuestra voz de protesta, y proponemos un abordaje integral basado en estrategias y patrones con bases científicas, políticas de salud pública y de planes sociales urgentes con un enfoque humano y no mercantil” (REDOAT LM, Lima, 24 de marzo del 2014).

Interpretación de los resultados en el Perú

En el marco de los modelos sustentados desde un enfoque biomédico

Hasta el año 2009, las autoridades encargadas de conducir la lucha antituberculosa en el país utilizaron un enfoque biomédico para sustentar esquemas o modelos explicativos y aplicativos basados en el diagnóstico y tratamiento de los casos de TB activa. De acuerdo con este enfoque, el éxito de las estrategias de lucha contra la TB dependía tanto de la capacidad de oferta efectiva de servicios de prevención y de control pertinentes del sistema de salud oficial, como de las creencias, actitudes y prácticas de los enfermos con relación a la eficacia de tales servicios. Las probabilidades de éxito de la lucha antituberculosa aumentarían, entonces, con el incremento de la cobertura y de la calidad de los servicios de diagnóstico precoz, tratamiento apropiado y apoyo social y

económico requeridos por el enfermo. Por otro lado, el nivel educativo, ingreso, género, etnicidad, estigma y posición social del enfermo serían las variables que en conjunto seguirían determinando el acceso y la demanda efectiva de la población a los establecimientos del sistema oficial del cuidado de la salud.

Con ese enfoque de la lucha antituberculosa, el Perú recién se vio beneficiado, de manera significativa, desde principio de la década de 1990. Ello, debido a la introducción de la estrategia DOTS, pudiéndose apreciar una declinación en la incidencia anual de casos de TB activa. Sin embargo, desde 1997, surgió un incremento progresivo de casos de TB MDR que obligó a una mayor inversión económica para el control de la enfermedad, la cual incluye tanto fuentes del Estado como del Fondo Mundial. Esfuerzo económico que no ha logrado, al final del año 2011, los resultados esperados tanto en la reducción de casos de TB MDR, como en evitar la aparición y el incremento de la TB XDR. Estos resultados trataron de ser explicados por las autoridades, desde un enfoque biomédico, como una consecuencia de la mala aplicación de la estrategia DOTS de parte del personal de salud encargada de su operación: insuficiencia de personal, rotación constante del mismo, escasas actividades de capacitación, ausencia de supervisión, falta de provisión de insumos junto a un retraso en el diagnóstico, maltrato a los pacientes, entre otros. A partir de esta explicación, el control de la tuberculosis sería posible a través del desarrollo de sistemas de cuidado de la salud públicos más fuertes y eficientes, haciendo abstracción casi total de lo referente a las limitaciones y restricciones contextuales para tal desarrollo en situaciones de pobreza.

De manera contraria a los argumentos oficiales utilizados para explicar o justificar esos resultados, desde el año 2009 se estaban publicando varios trabajos de médicos peruanos que señalaban las limitaciones del enfoque biomédico para enfrentar con eficacia y equidad la problemática vinculada con la TB en nuestro país [33]. Proponiendo, para este fin, reemplazarlo por otros enfoques de mayor amplitud contextual; entre éstos, el enfoque “sociopolítico” [35], el “social” [36], y el de “los derechos humanos” [37].

En el marco del modelo de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS

Recién el 6 mayo del 2010, las autoridades peruanas reconocieron formalmente, aunque parcialmente, las limitaciones de las respuestas derivadas del enfoque biomédico y sectorial, aprobando el *Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis 2010-2019* [31], formulado con un nuevo enfoque inspirado en el utilizado por la Comisión de Determinantes Sociales de las desigualdades de salud, nombrada por la OMS. El cambio de enfoque se justificó oficialmente y explícitamente en la norma que aprueba el Plan: “... existe la necesidad de una respuesta multisectorial orgánica en la lucha contra la tuberculosis, para optimizar el uso de los recursos y potenciar el accionar de los diferentes actores, a fin de articular las respuestas desde los sectores estatales y la coordinación entre la sociedad civil y el Estado para desarrollar el Proyecto del Fondo Mundial”. Ello sucedía, en un contexto de críticas que desde la sociedad civil y de las organizaciones de los afectados por la TB se hacía al sistema oficial de cuidado de la salud, el cual se mostraba incapaz para enfrentar, de manera socialmente satisfactoria, los problemas de salud colectiva, entre ellos el de la TB MDR.

En la parte diagnóstica del Plan se distinguen dos niveles de determinantes sociales (los estructurales y los intermedios) de las desigualdades en el proceso de la TB. En el nivel de los estructurales, está el contexto socioeconómico, político y cultural de la so-

ciudad peruana donde se aplican actualmente políticas económicas, sociales y ambientales desarticuladas e inequitativas orientadas por las señales del mercado en un mundo que está en proceso de globalización. Políticas que al mantener la estratificación del viejo orden social (fragmentado y excluyente) se muestran incapaces para superar la pobreza extrema, el bajo estado socioeconómico y la deficiente educación de amplios segmentos de la población. Incapacidad que explica en gran parte la alta vulnerabilidad a la TB, la persistencia de conductas poco saludables, la discriminación y estigmatización que recae en las personas con TB, así como el fracaso de las reformas destinadas a elevar los niveles de eficacia y de equidad de un sistema oficial de salud, cuyo progreso nunca ha sido realmente prioritario en el país [10, 11, 25].

Esos determinantes estructurales dan origen (causas de las causas) a los determinantes sociales intermedios o factores de riesgos (causas) de la exposición, infección, enfermedad activa y complicaciones de la TB. Entre ellos se incluyen los que aumentan el nivel de contacto de las personas con las secreciones infecciosas: presencia de casos de TB activa en la comunidad, concentración demográfica urbana, hacinamiento en espacios cerrados, pobre ventilación e insalubridad de la vivienda, ausencia de medidas de bioseguridad en los establecimientos de salud; así como aquellos que debilitan o dañan las defensas inmunitarias del huésped: infección HIV, malnutrición, tabaquismo, alcoholismo, diabetes, silicosis, enfermedades sistémicas crónicas y tratamientos inmuno supresivos. En este último grupo también se incluyen los factores biológicos, como la edad avanzada de las personas y factores genéticos [10, 11, 25].

El uso de este nuevo modelo en la interpretación del problema permite identificar cuatro puntos de intervención o de acceso, fuera y dentro del sistema de cuidado de salud, para tratar de reducirlo. Primero, sobre la estratificación social en si misma, a través de políticas sobre el mercado laboral, la educación, la asistencia familiar. Segundo, sobre la exposición diferencial a los factores de riesgo, a través de políticas sobre las viviendas insalubres, las condiciones peligrosas de trabajo, las carencias alimentarias, etc. Tercero, sobre la vulnerabilidad de las personas desfavorecidas, a través de políticas para reducir sus exposiciones o desigualdades cotidianas. Cuarto, sobre las consecuencias de la mala salud y el deterioro socioeconómico adicional de los enfermos, a través del sistema oficial de cuidado de la salud [10, 11, 25].

Identificados estos cuatro puntos de acceso, se deben respetar – de acuerdo con el modelo – cuatro principios de política, cuando se ejecutan las intervenciones programadas, con el fin de garantizar la factibilidad, viabilidad y operatividad de las mismas:

- Adecuación del contexto sociopolítico y de su configuración para el mejor desarrollo de las estrategias, planes y programas.
- Participación comunitaria en la adopción de decisiones políticas, incorporando el punto de vista de la comunidad en la formulación de estrategias, planes y programas.
- Promoción de la acción intersectorial, incluida la incorporación de medidas relacionadas con los determinantes sociales de la salud que son de competencia de los sectores de la actividad pública distintos al de salud.
- Eficacia de la intervención específica, a través de la asignación de prioridades a las medidas que demuestren objetivamente su eficacia al hacer frente al problema.

Sin embargo, al definir los objetivos específicos, metas, actividades y productos del Plan se omite efectuar los análisis de factibilidad, viabilidad y operatividad pertinentes. Las primeras consecuencias de esta omisión se aprecian cuatro años después de

aprobado dicho Plan, al no haberse producido ninguna actividad multisectorial o comunitaria significativa al respecto. Al final del mes de noviembre de 2014 solo se conocen apreciaciones negativas sobre la aplicación de la ENPCT, efectuadas por las organizaciones médicas y otras de la sociedad civil, entre ellas las de Asociaciones de Afectados por la TB. Por su parte, V. Alarcón, coordinadora nacional de la ENPCT, informaba que en el año 2013 se habían registrado en el país: 31 mil casos de TB en la forma sensible; 1.260 casos de TB MDR y 66 casos de TB XDR; y comentaba que una de las trabas para el éxito de la estrategia era el alto costo del tratamiento de los casos de TB MDR y TB XDR (marzo 2014) [38].

Estos últimos datos parecen validar en el Perú las observaciones que desde la Medicina Social Latinoamericana se hace al Modelo de Determinantes Sociales de la OMS, en el sentido que reduce el problema de las desigualdades en salud a un problema distributivo de carácter normativo, limitando su crítica al orden social a señalar que la mala distribución es tolerada o favorecida por defectos en las normas jurídicas y políticas en un Estado de Derecho. Problema distributivo que, las autoridades sanitarias peruanas asumen erróneamente, podría ser superado a través de una adecuación de tales normas a los cuatro principios de política propuestos en el mismo modelo, respetando el marco del sistema jurídico del Estado Peruano establecido por la Constitución de 1993. Olvidando que estos principios entran necesariamente en conflicto con los que orientaron la formulación de esta Constitución. Y, más aún, que son contradictorios con las políticas generales de desarrollo actuales que no dan primacía ni prioridad al “derecho a la salud en un ambiente sustentable” en sus decisiones y acciones gubernamentales, tal como puede apreciarse en la asignación de recursos públicos al desarrollo de la infraestructura sanitaria, en el tratamiento de los problemas ambientales y en la comercialización de los insumos para el cuidado de la salud.

En el marco del Programa de Investigación Historia de la Salud Pública Peruana

Desde hace 20 años estamos utilizando en el “Programa de Investigación sobre la Historia de la Salud Pública Peruana” un marco conceptual que nos permite analizar y enjuiciar la racionalidad, en términos de eficacia y la equidad, de las intenciones y realizaciones de las políticas sanitarias en nuestro país. Marco conceptual que se construyó tratando de compatibilizar las ideas de “acción social” y de “racionalidad de la acción social” de Jürgen Habermas [39, 40], con las ideas de “ordenes sociales” (sistemas de saberes) y de “prioridad/primacía” de la acción política de André Comte-Sponville [41, 42]. De acuerdo con este marco conceptual, para tratar de garantizar de manera auténtica la eficacia y la equidad de las intenciones y realizaciones de las respuestas políticas en nuestro país, éstas debían ser entendidas, en principio, como “acciones sociales comunicativas”. Tipo de acción social que, de acuerdo a la definición de Habermas, se orienta al entendimiento consensual, y se refiere a la interacción a lo menos de dos actores que buscan entenderse auténticamente sobre una situación de acción para poder así coordinar de común acuerdo sus planes de acción y con ello sus acciones.

El concepto central de este tipo de acción es la “interpretación”, que se refiere primordialmente a la negociación de definiciones de los aspectos de la situación de acción que son susceptibles de consenso, usando una racionalidad comunicativa. Ello implica, que las respuestas políticas que pretendan ser eficaces y equitativas tienen que ser el resultado de decisiones consensuales. Es decir, el resultado de un debate en el que los participantes en esas decisiones las fundamenten y legitimen utilizando, de manera equili-

brada, los mejores argumentos científico-tecnológicos (lógica del saber y saber hacer), político-jurídicos (lógica del poder) y ético-morales (lógica del deber) disponibles. La toma de decisiones políticas es vista, entonces, como una negociación mediada por el lenguaje para la construcción de consenso, un proceso cooperativo de interpretación con arreglo al entendimiento social. En Salud Pública sería la utilizada cuando los responsables oficiales y de la sociedad civil, así como los destinatarios de la acción política sanitaria acuerdan, de manera consensual, los fines y los medios de la misma.

En este esquema interpretativo se reconoce que estos distintos tipos de argumentos tienen origen en diferentes ordenes o sistema de saber y, por ende, tienen sus propias lógicas, pero también se reconoce que las mismas tienen que ser complementarias cuando se trata tomar decisiones eficaces y equitativas sobre las prioridades políticas (lo más importante para la supervivencia y reproducción social) y las primacías políticas (lo más valioso para la convivencia humana y la cohesión social). Complementariedad que solo puede ser alcanzada, a través del diálogo, con el supuesto y (con la permanente posibilidad) de un acuerdo consensual (por convencimiento) entre los participantes de una “acción social comunicativa”.

La información recogida a lo largo de la ejecución del Programa muestra, sin embargo, que en el país las decisiones políticas siempre fueron tomadas de manera excluyente por las autoridades gubernamentales, usando una racionalidad instrumental que privilegia el éxito material sobre la búsqueda del entendimiento social; y que, por tanto, no le interesa promover un debate dirigido a lograr un consenso. Éxito material que, desde hace dos décadas, se mide en términos de costo-beneficio. Privilegio que se expresa nítidamente en la mayor importancia asignada por las autoridades, en los distintos períodos socio-históricos, a los argumentos político-jurídicos (poder) sobre los de carácter científico-tecnológico (saber) y, de éstos, sobre los de carácter ético-moral (deber), cuando se debía tomar una decisión política en la que estos tipos de argumentos estuvieran en conflicto o en contradicción.

Al respecto de la complementariedad de los tres tipos de argumentos en el ámbito del cuidado de la salud, debemos comprender que, con relación a las prioridades, no habrá avances en la equidad (deber) que perduren sin un orden jurídico-político que los apoyen con justicia (poder), ni orden jurídico que se mantenga sin técnicas de producción de servicios y bienes sanitarios eficaces (saber hacer). De manera opuesta, del lado de las primacías, no habrá servicios o bienes eficaces (saber hacer), sin decisiones políticas y normas jurídicas que hagan factibles y viables su aplicación (poder), ni orden jurídico-político que se mantenga en el mediano y largo plazo sin respetar las normas morales vigentes (deber) en el contexto socio-histórico correspondiente.

En los estudios que hasta ahora han sido efectuados por el Programa, varias veces aludido, estamos validando nuestra hipótesis de trabajo, en el sentido que en el Perú y durante su etapa republicana los alcances y las limitaciones de las respuestas políticas a sus problemas de salud pública – entre ellos el de la tuberculosis – solo pueden ser interpretados como parte de la historia de los alcances y las limitaciones de las políticas generales o globales, explícitas o implícitas, impuestas por las elites dirigentes en su pretensión de superar los problemas económicos y sociales del país, sin afectar, en lo esencial, el carácter patrimonial, fragmentado y excluyente de la sociedad peruana, en el contexto del mundo occidental.

Se han alternado en la conducción y la gestión del Estado gobiernos constitucionales y de facto, gobiernos conservadores y progresistas. Cuyo denominador común ha sido un patrón de inestabilidad política, afectado por variaciones económicas intensas, que condicionó un escaso interés por establecer una Política de Estado orientada al logro de objetivos nacionales a largo alcance. Limitándose esos gobiernos a definir políticas sociales discontinuas, orientadas hacia objetivos particulares a corto plazo o coyunturales, sin considerar medidas efectivas de protección del ambiente y de lucha contra la corrupción. En ese contexto de inestabilidad política, económica y político-administrativa, el Estado nunca llegó a alterar en su esencia el patrón de distribución económica y del poder existente desde la colonia. Las promesas formales gubernamentales de integración e inclusión social fueron, en el mejor de los casos, solo intenciones, en tanto no se concretaron de manera efectiva y sostenible en realizaciones.

Este comportamiento se explica porque las decisiones gubernamentales sobre política económica y social dependen principalmente de la correlación de las fuerzas (económicas, sociales y políticas) existente en el orden social vigente en el país. Históricamente, las fuerzas conservadoras que apoyan el *statu quo* y priorizan el crecimiento económico sobre el entendimiento y desarrollo social han sido hegemónicas o dominantes en esta correlación. Actualmente, tales fuerzas controlan el escenario político a través de los medios masivos de comunicación, controlan la vida social mediante una serie de organizaciones conservadoras (los gremios empresariales, las iglesias, etc.), así como controlan la economía a través de las inversiones de las grandes empresas productivas, extractivas y financieras. De manera contraria, las fuerzas progresistas que priorizan el cambio democrático del orden social y promueven la redistribución económica para el entendimiento y desarrollo social, carecieron del apoyo organizativo suficiente para definir y defender una propuesta que, siendo distinta a la oficial, pueda viabilizarse y sostenerse en el país. Además, la participación comunitaria en las decisiones políticas vinculadas con la satisfacción de sus necesidades fue casi siempre negada, y cuando fue incluida en el discurso político nunca se hizo efectiva a través de sus organizaciones auténticas, continuando siendo un tema en debate: necesidad, estrategia o excusa para la manipulación de la comunidad.

Al respecto con lo comentado anteriormente, cualquiera fuera el período sociopolítico de la historia del Estado Peruano los gobiernos siempre tuvieron que estimar el “costo de oportunidad” de elegir entre objetivos económicos y objetivos sociales, entre crecimiento económico y distribución de ingresos, cuando definían la primacía y prioridad de los sectores productivos y los sociales en sus políticas globales. Pero, en la medida que la mejor distribución puede lograrse sólo a costa del crecimiento económico, todos los gobiernos – incluso los populistas – terminaron aplicando políticas que, más allá de sus intenciones tuvieron, finalmente, efectos redistributivos limitados

Además, los argumentos científicos tecnológicos que fundamentaron la supuesta eficacia de las políticas y estrategias de lucha contra la TB en el país tuvieron su origen en las recomendaciones, para su aplicación mundial, hechas por grupos de expertos convocados con este fin por la organización internacional de mayor prestigio en un particular período sociohistórico del mundo occidental. Recomendaciones, que fueron aceptadas, casi siempre, de manera acrítica y descontextualizada, por las autoridades sanitarias peruanas. En los últimos quince años, de manera concordante con el dominio de las fuerzas conservadoras y neoliberales en el escenario político mundial, la participación de los economistas en estos grupos de expertos, así como en la conducción y la gestión

nacional de los sectores sociales en los espacios nacionales se ha hecho cada vez más importante. En la actualidad, para definir la prioridad de lo social en el Perú, no basta el valor intrínseco de los objetivos sociales: educación, ambiente, salud, igualdad de ingresos o derechos de la mujer; se exige un visto bueno del economista, quien debe certificar que el objetivo social es, además, favorable al crecimiento económico. En similar sentido, en el campo de la salud pública internacional, las propuestas de un organismo financiero, el Banco Mundial, han desplazado a las de un organismo especializado, la Organización Mundial de la Salud.

En lo que se refiere a los argumentos político-jurídicos, recordemos que en todo Estado de Derecho el sistema de normas jurídicas (Constitución, leyes y otras normas legales) establece la naturaleza del poder formal, el régimen de selección y circulación de las elite sociales, la relaciones entre gobernantes y gobernados, así como fija los criterios básicos para la producción y distribución económica de los satisfactores de las necesidades humanas, entre ellos las de salud. Señalando, además, los límites legales de la aplicación del conocimiento científico-tecnológico. Es el ámbito de la Ley, dictada y respaldada por el poder del Estado y las instituciones jurídicas. Pero, la Ley siempre puede ser cambiada en función de los intereses de la autoridad política y, más precisamente, de las fuerzas sociales que sustentan dicha autoridad. La Ley es hecha por una mayoría parlamentaria. Es así, que en nuestro país los argumentos e instrumentos político-jurídicos se modificaron, en cada período socio-histórico, de acuerdo con el dominio sucesivo – en el Estado y las instituciones jurídicas – de los intereses de las fuerzas oligárquico-civilistas, populistas, desarrollistas y, actualmente, neoliberales. Fuerzas que, insistimos, han aplicado políticas que mantienen el carácter fragmentado y excluyente de la sociedad peruana.

Por lo expuesto en el párrafo anterior, la Ley no puede limitar a la Ley porque siempre puede ser legalmente cambiada (la Constitución preve el cambio de la Constitución); además, en un régimen democrático parlamentario la mayoría puede equivocarse. Además ninguna Ley prohíbe las malas intenciones como son el odio, el desprecio, el egoísmo. Debe haber una idea de justicia por encima de lo que tal institución jurídica dice explícitamente. La Ley que debe definir lo justo y lo injusto en un Estado de Derecho, puede ser ella misma “injusta”. En consecuencia, la Ley tiene que ser limitada externamente por razones ético-morales, axiológicamente superiores a las político-jurídicas. La conciencia del hombre honrado, dice Sponville, es mas exigente que el legislador, entonces hay cosas que la ley permite, y que nosotros no debemos, y otras cosas que la ley no impone y que nosotros debemos imponernos [41].

Desde el año 2000, el documento de Naciones Unidas: “Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)” [43] orienta al Derecho Internacional cuando se trata de interpretar y enjuiciar de manera auténtica los alcances de las obligaciones del Estado en el campo de la realización del derecho humano a la salud. Sin embargo, cuando las autoridades peruanas pretendían legitimar sus decisiones inequitativas en el cuidado de la salud poblacional reinterpretaron –de manera unilateral y sesgada – el argumento de “aplicación progresiva” del Pacto, con el propósito de utilizarlo en forma distorsionada en ese proceso de legitimación.

“Si bien el Pacto establece la aplicación progresiva y reconoce los obstáculos que representan los limitados recursos disponibles, también impone a los Estados Partes diversas

obligaciones de efecto inmediato... como la garantía de que ese derecho será ejercido sin discriminación alguna y la obligación de adoptar medidas en aras de la plena realización del artículo 12 (...) La realización progresiva... a lo largo de un determinado período no debe interpretarse en el sentido de que priva de todo contenido significativo las obligaciones de los Estados Partes. Antes al contrario... significa que los Estados Partes tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del artículo 12 (...) Al igual que todos los derechos humanos impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de respetar, proteger y cumplir...” (Naciones Unidas, 2000, p. 9).

En consecuencia, no obstante que el derecho universal al cuidado de la salud está institucionalizado jurídicamente, es y será una tarea siempre difícil en el Perú organizar un sistema multisectorial de cuidado de la salud que se oriente de manera auténtica y transparente a la realización efectiva de dicho derecho, en un ambiente sustentable. Debido a que todo esfuerzo en tal sentido desafía los intereses sectoriales y, especialmente, de los grupos de poder que se benefician con la situación actual de ese sistema. Más difícil aún, en un Estado que gobierna siguiendo las señales del mercado. Todos los días somos testigos de la oposición, casi siempre exitosa, de los empresarios y comerciantes a todo tipo de regulación destinada a la protección de la salud de la población y de la calidad ambiental, en tanto ella pueda hacer disminuir la rentabilidad de sus actividades.

Para diseñar y operar en nuestro país un nuevo sistema oficial multisectorial de salud que tenga la posibilidad de alcanzar y sostener logros socialmente satisfactorios, tendría que existir una nueva situación socio-histórica, en la cual todos los actores sociales entiendan que la realización del derecho al cuidado de la salud es un proceso social complejo, a ser tratado de manera integral, democrática y participativa, con una racionalidad consensual, en el marco establecido por una Política General de Estado que tenga como finalidad el bien común de las generaciones actuales y futuras. Racionalidad vinculada con el supuesto y (con la permanente posibilidad) de un acuerdo consensual entre los participantes de un debate orientado al entendimiento social auténtico. Acuerdo fundamentado – de manera equilibrada y complementaria – en los mejores argumentos científico-tecnológicos, jurídico-políticos y ético-morales, previamente debatidos y consensuados. Esta nueva situación socio-histórica, implicaría la existencia de sociedad peruana solidaria, autónoma y justa que, habiendo superado su carácter fragmentado y excluyente, considera a las desigualdades sociales y a la pobreza como las más grandes violaciones de los derechos humanos y, por tanto, problemas inaceptables e insoportables. Es decir, un nuevo orden social caracterizado por su cohesión moral, lo que actualmente nos podría parecer una utopía igualitarista antes que una verdad futura a ser alcanzada en el largo plazo.

Los resultados del presente estudio corroboran los obtenidos, anteriormente, en el desarrollo de nuestro Proyecto “Historia de la Salud Pública Peruana” en el sentido que para enfrentar un problema de salud pública, no basta con las respuestas sectoriales gubernamentales, descontextualizadas, no participativas a cargo de un sistema oficial de cuidado de la salud, más aún cuando éste no ha sido fortalecido. No basta, tampoco, la existencia de normas legales generales que formalicen estas respuestas, mientras que no se den las condiciones de factibilidad y viabilidad política y social para el cumplimiento efectivo de las mismas. Alcanzar niveles socialmente aceptables en la reducción de la magnitud y la desigualdad de los problemas de la salud poblacional, requerirá cambios profundos del Estado Peruano, para superar el carácter fragmentario y excluyente del

orden social vigente que determina finalmente sus características. Por ejemplo cambios en el funcionamiento del mercado en el país, en las funciones redistributivas del Estado, en la participación de la ciudadanía en las decisiones políticas. Cambios que por su orientación solidaria no parecen ser viables en un orden social peruano que, al inicio de la segunda década del siglo XXI, se muestra cada vez más incapaz para impedir los avances del egoísmo, la corrupción, la informalidad y la inseguridad ciudadana.

6.3 CONCLUSIONES FINALES

Primera. En el Perú republicano se identifican dos etapas en la lucha contra la tuberculosis. En la primera etapa (1821-1935), esta enfermedad fue considerada por el Estado Oligárquico como un problema de asistencia social, a cargo de las Sociedades Públicas de Beneficencia. En la segunda etapa (1935-2011), post-oligárquica, fue entendida como un problema de salud pública, a cargo del sistema oficial del cuidado de la salud poblacional.

Segunda. En esta segunda etapa se distinguen cuatro estadios organizativos program en el proceso de formulación, programación y aplicación de las estrategias de prevención y control de la tuberculosis, que se sucedieron en el curso de los distintos períodos sociohistóricos del devenir post-oligárquico peruano:

- Programa de Control de la Tuberculosis. Enfoque biomédico de la fase hospitalario-sanatorial de la lucha antituberculosa mundial. Hegemónico en el país durante la gestión de los seis primeros gobiernos populistas (1935-1961).
- Plan Nacional y Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Enfoque biomédico de la fase quimioterápica de la lucha antituberculosa mundial. Dominante durante el último gobierno populista y los gobiernos desarrollistas (1962-1991).
- Nuevo Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Estrategia terapéutica DOTS, recomendada por la OMS. Dominante durante los doce primeros años de la gestión de los gobiernos neoliberales y neopopulistas en el país (1992-2004). Utilizado como un instrumento de la estrategia de lucha contra la pobreza, con un enfoque biomédico-político.
- Estrategia Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Estrategia Alto a la Tuberculosis (DOTS-Plus), apoyada por el Fondo Mundial para la Lucha contra el VIH Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Dominante en el país entre los años 2004 y 2011 durante la gestión de gobiernos neoliberales y neopopulistas (2004-2011). Es una de las diez Estrategias Nacionales del Modelo de Atención Integral de la Salud, con un enfoque biomédico-comunitario.

Tercera. Con la aplicación de las estrategias de prevención y control mencionadas se han logrado importantes avances en la lucha contra la tuberculosis, especialmente durante la década de los noventa del siglo XX, sin embargo al final del año 2011 sus resultados aun no alcanzan resultados socialmente aceptables. Ello se hace evidente si se comparan sus índices epidemiológicos actuales con los que se estiman para el promedio de las Américas y, más aún, con los que se registran en países vecinos del área andina.

Cuarta. La legitimidad, la viabilidad y la sostenibilidad de las intervenciones previstas por estas distintas estrategias estuvieron inseparablemente relacionadas con los cambios

en la prioridad realmente asignada por los gobiernos a la política sectorial de salud, entendida como un componente de la política social, durante un particular período socio-político del proceso peruano. No se pudo mantener la continuidad de estas intervenciones, en tanto no pudieron ser apoyadas por políticas sociales más amplias y habilitantes, en el marco de políticas gubernamentales de desarrollo general, condicionadas por lo que se proponía y sucedía a nivel internacional.

Quinta. Actualmente existe un consenso en afirmar que una de las principales razones para aquellos resultados insatisfactorios fue el enfoque biomédico utilizado para estudiar de manera descontextualizada los procesos de la tuberculosis y de las representaciones de ésta en nuestro país, así como para definir las respuestas gubernamentales para enfrentarla durante estos últimos 80 años. El enfoque biomédico no considera que estos procesos expresan hechos histórico-sociales que deben ser interpretados a partir de un enfoque holístico que considere – además de los biológicos – los determinantes sociales, políticos, culturales y ecológicos de la tuberculosis.

Sexta. La definición en el país de una nueva estrategia de lucha contra la TB, enmarcada de manera auténtica en la realización progresiva del derecho humano a la salud, exige el uso de un enfoque holístico y multisectorial para su fundamentación y legitimación consensual. Ello hace necesario que dicha estrategia sea el resultado de un debate intersectorial, intergubernamental e interdisciplinario, con la participación auténtica de las principales organizaciones de la sociedad civil y de los afectados por esta enfermedad.

Séptima. Para garantizar el inicio y, luego, la continuidad de la legalidad, la legitimidad y la operabilidad de los programas que se deriven de la nueva estrategia, ésta tendrá que encontrarse apoyada por políticas sociales más amplias y habilitantes que las actualmente vigentes, constituyendo, además, parte importante de una Política General de Estado orientada de manera auténtica y solidaria al logro del bienestar general y la seguridad integral de las generaciones actuales y futuras.

6.4 REFERENCIAS UTILIZADAS EN EL CAPÍTULO SEXTO

01. Maradona, José. Historia de las enfermedades infecciosas. Oviedo. Publicaciones de la Universidad de Oviedo, 2010.
02. Heymann, David L. Editor. El control de las enfermedades transmisibles. Informe oficial de la Asociación Estadounidense de Salud Pública, Decimonovena edición., Publicación Científica y Técnica N° 635. OPS/OMS, 2011.
03. Malagón-Londoño, Gustavo. Salud Pública: perspectiva. Gustavo Malagón-Londoño, Alvaro Moncayo (2da. ed). Bogotá. Editorial Médica Internacional, 2011.
04. Álvarez, Gerardo. Limitaciones metodológicas de la epidemiología moderna y una alternativa para superarlas: la epidemiología sociocultural. Región y sociedad vol.20, spe.2. México ene. 2008
05. McMichael, A. J. Prisoners of the Proximate: Loosening the Constraints on Epidemiology in an Age of Change. American Journal of Epidemiology 149 (10), 1999; pp. 887–896.
06. Terris, Milton. The Society for Epidemiologic Research (SER) and the Future of Epidemiology. American Journal of Epidemiology. 136 (8), 1992; pp. 909–915.

07. Kaplan G. Whats wrong with social epidemiology and how can we make it better? *Epidemiol Rev* . 26, 2004; pp. 124-135.
08. Lebel, Jean. *Salud: un enfoque ecosistémico*. IDRC y Alfaomega, Bogotá, Colombia. 2005.
09. Charron, Dominique (Editor). *Ecohealth Research in Practice. Innovative Applications of an Ecosystem Approach to Health*. Ottawa. International Development Research Centre. 2012.
10. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Informe Final de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. OMS, 2008.
11. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. *Marco conceptual de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (BORRADOR)*. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. OMS, 2005.
12. Arellano, Oliva; Escudero, José; Carmona, Luz. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina Social*. 3 (4), noviembre 2008; pp. 323-335.
13. Piñeros, Juan Gabriel. *Malaria y determinantes sociales de salud: un nuevo marco heurístico desde la medicina social latinoamericana*. *Biomédica*. Vol. 30, 2010; pp. 178-187.
14. Diez-Roux, Ana. *Hacia la recuperación del contexto en epidemiología: variables y falacias en el análisis multinivel*. *American Journal of Public Health*. Vol. 88. N° 21, 1998; pp. 216-222.
15. Barradas, Rita. *Epidemiología social*. *Revista Brasileira de Epidemiologia* . Vol. 8, N° 1. Sao Paulo. Mar. 2005; pp. 7-17.
16. Raviglione MC, Pio A. *Evolution of WHO policies for tuberculosis control, 1948-2001*. *Lancet* 2002; 359; pp. 775-780.
17. Davies A. L. *A Historical Perspective on Tuberculosis and Its Control*. En: Reichman LB, Hershfield (eds): *Tuberculosis*, Second Edition, New York, Dekker, 2000.
18. *TB. A Global Emergency*. WHO Report on the TB Epidemic. WHO/TB/94.177.
19. Organización Mundial de la Salud. *Informe mundial sobre la tuberculosis 2012*. Informe. Ginebra. OMS. 2012
20. World Health Organization. *WHO Global Tuberculosis*. Ginebra. WHO, 2014.
21. Rieder H. *Epidemiologic basis of tuberculosis control*. Paris, International Union against Tuberculosis and Lung Disease, 1999.
22. Toman K. *What were the main findings of the Madras study comparing home and sanatorium treatment?* In: Frieden T, ed. *Toman's tuberculosis*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2004.
23. Lönnroth K, Raviglione M. *Global epidemiology of tuberculosis: prospects for control*. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 2008, 29; pp. 481-491.
24. Porter JDH, Grange JM, eds. *Tuberculosis: an interdisciplinary perspective*. London, Imperial College Press, 1999.
25. Lönnroth, Knut; Jaramillo, Ernesto; Williams, Brian; Dye, Chris; Raviglione, Mario. *Tuberculosis: the role of risk factors and social determinants*. In *Equity, social determinants and public health programmes*. Edit by E. Blas y A. Sivasanahara. OMS, Ginebra, 2010; pp. 219-242.
26. Amirth S. *Plague of poverty? The World Health Organization, tuberculosis and international development 1945-1980*. Cambridge, University of Cambridge Rieder H. *Epidemiologic basis of tuberculosis control*. Paris, International Union against Tuberculosis and Lung Disease, 1999.

27. Blas, Erik; Sivasanhara., Anand. 14. Synergy for equity. In *Equity, social determinants and public health programmes*. Edit by E. Blas y A. Sivasanhara. OMS, Ginebra, 2010; pp. 261-284,
28. Addressing poverty in TB control: options for national TB control programmes. HO/HTM/TB/2005.352. Geneva, World Health Organization, 2005.
29. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 23 de marzo de 2015 (OPS/OMS). En Internet: www.paho.org/.../index.php?...10607%3A2015...
30. Yagui Moscoso M, Jave HO, Curisínche Rojas M, Gutiérrez C, Romaní Romaní F. Agenda Nacional de Investigación en Tuberculosis en Perú, 2011–2014. *Rev Panam Salud Pública*. 33(1), 2013; pp. 151–8.
31. Ministerio de Salud. Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en el Perú 2010 – 2019. Lima. Asociación Benéfica PRISMA. Segunda Edición: Lima 2011.
32. Ministerio de Salud. Impacto socioeconómico de la tuberculosis en el Perú. 2010. Dirección General de Salud de las Personas. Ministerio de Salud. Lima, 2012.
33. Jave, Oswaldo. Investigando en tuberculosis, ¿dónde estamos, quiénes somos, hacia dónde nos dirigimos. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 26 (3), 2009; pp. 276-277.
34. ISDEN. Día mundial de lucha contra la tuberculosis. Internet: isden.org.pe/es/the.news/noticias/663-pronunciamiento-de-afectados-de-tb-denuncia.mas-atencion-de-autoridades.html
35. Fuentes-Tafur, Luis. Enfoque sociopolítico para el control de la tuberculosis en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 26 (3), 2009; pp. 370-379.
36. Ticona, Eduardo, Tuberculosis: ¿se agotó el enfoque biomédico?, *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 26 (3), 2009; pp. 272-275.
37. Ugarte-Gil, César. Tuberculosis: un enfoque de Derechos Humanos. *Acta Médica Peruana*. 26 (1). Lima en./mar. 2009; pp. 55-57.
38. Entrevista a Valentina Calderón, Coordinadora de la Estrategia Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. *Diario Perú 21*, Lima, 23 de marzo del 2014.
39. Habermas, Jürgen. Teoría de la acción comunicativa. I. Racionalidad de la acción y racionalización social. Buenos Aires. Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara, S. A.; 1988.
40. Habermas, Jürgen. La lógica de las ciencias sociales. 4ta. Edición. Madrid. Editorial TECNOS, 2007.
41. Comte-Sponville, André. *Valeuret et verité*. Presses Universitaires do France, París, 1995; pp. 207-217.
42. Comte-Sponville, André. *Diccionario filosófico*. Barcelona. Ediciones Paidós Ibérica S.A., 2005.
43. Naciones Unidas. Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000). Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Naciones Unidas. Doc. E/C.12/2000/4 (2000).

ANEXO N° 1

DOCUMENTO NORMATIVO

Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en el Perú. Año 1991

CAP. I SITUACION DEL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN EL PERÚ

CAP. II DEFINICION Y ORGANIZACIÓN FUNCIONAL:

(1) definición del programa; (2) estrategia; (3) objetivo general; (4) objetivos específicos; (5) población objetivo; (6) organización funcional; (7) responsables y funciones.

CAP. III ASPECTOS PREVENTIVOS DE LA TUBERCULOSIS:

(1) educación para la salud; (2) vacunación BCG; (3) quimioprofilaxis.

CAP. IV DETECCIÓN Y DIAGNOSTICO DE CASOS DE TUBERCULOSIS:

(1) detección de casos; (2) diagnóstico de caso.

CAP. V RED DE LABORATORIOS:

(1) laboratorios del nivel central; (2) laboratorios del nivel intermedio; (3) laboratorios del nivel local; (4) unidad de recolección de muestras; (5) procesamiento de la baciloscopía; (6) cultivo; (7) estudio de sensibilidad.

CAP. VI ATENCIÓN CURATIVA:

(1) medidas generales; (2) tratamiento farmacológico; (3) control de contactos.

CAP. VII INFORMACION, OPERATIVIDAD, CONTROL Y LOGÍSTICA:

(1) administración del tratamiento farmacológico; (2) programación; (3) coordinación; (4) supervisión; (5) evaluación; (6) distribución de medicamentos; (7) distribución de material e insumos de laboratorio.

CAP. VIII PARTICIPACION DE LA PERSONA, LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD:

(1) promoción y apoyo al programa comunal de vigilancia de tuberculosis; (2) alimentación complementaria; (3) atención social.

CAP. IX SIDA Y TUBERCULOSIS:

(1) vías de transmisión; (2) síntomas; (3) comportamiento y condiciones de riesgo para adquirir el SIDA.

ANEXO N° 2

DOCUMENTO NORMATIVO

Actualización de la Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en el Perú, 1995

CAP. I SITUACION DEL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN EL PERÚ

(1) logros en la lucha antituberculosa a 1994; (2) perspectivas para 1995-1999 en el control de la tuberculosis.

CAP. II DOCTRINA Y ORGANIZACIÓN FUNCIONAL:

(1) marco doctrinario; (2) estrategias; (3) objetivo general; (4) objetivos específicos; (5) definición del programa; (6) organización funcional; (7) responsables y funciones.

CAP. III ASPECTOS PREVENTIVOS DE LA TUBERCULOSIS:

(1) diagnóstico precoz y tratamiento de la tuberculosis pulmonar con baciloscopía positiva; (2) vacunación BCG; (3) quimioprofilaxis; (4) educación para la salud. .

CAP. IV DETECCIÓN Y DIAGNOSTICO DE CASOS DE TUBERCULOSIS:

(1) detección de casos; (2) diagnóstico de caso.

CAP. V EL LABORATORIO EN EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS:

(1) organización funcional de la red de laboratorios de microbacterias; (2) bacteriología de la tuberculosis; (3) supervisión de las baciloscopías (control de calidad).

CAP. VI ATENCIÓN CURATIVA:

(1) medidas generales; (2) fundamentos del tratamiento farmacológico antituberculoso; (3) esquemas de tratamiento antituberculoso diferenciados; (4) manejo de retratamiento; (5) indicaciones terapéuticas especiales; (6) reacciones adversas a los fármacos antituberculosos.

CAP. VII SISTEMA DE REGISTRO E INFORMACION OPERATIVA Y LOGÍSTICA:

(1) programación; (2) instrumentos de registros; (3) instrumentos de información: (4) evaluación y análisis de indicadores; (5) logística y operatividad .

CAP. VIII CAPACITACIÓN, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN

CAP. IX. PROMOCIÓN SOCIAL:

CAP. X TUBERCULOSIS E INFECCIÓN POR VIH/SIDA.

(1) infección por virus de la VIH y SIDA; (2) modo de tratamiento; (3) pruebas diagnósticas de SIDA; (4) diagnóstico y tratamiento de la TBC en pacientes con VIH positivo; (5) control post-tratamiento; (6) pacientes VIH (+) hospitalizados; (8) investigaciones epidemiológicas y operacionales.

CAP. XI INVESTIGACIÓN Y COMUNICACIÓN EN TUBERCULOSIS

(1) investigación básica; (2) investigación operacional; (3) investigación clínica; (4) comunicación y publicación.

ANEXO N° 3

DOCUMENTO NORMATIVO

Actualización de la Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en el Perú 2001

CAP. I LA TUBERCULOSIS EN EL PERÚ

(1) marco doctrinario (2) situación epidemiológica y operacional del control de la tuberculosis.

CAP. II DEFINICIONES Y ORGANIZACIÓN FUNCIONAL:

(1) misión; (2) visión; /3) definición del programa de control de la tuberculosis; (4) población objetivo; (5) estrategias; (6) objetivo general; (7) objetivos específicos; (8) organización.

CAP. III PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS:

(1) diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la tuberculosis pulmonar frotis positiva; (2) vacunación BCG; (3) control de contactos; (4) quimioprofilaxis; (5) educación para la salud. .

CAP. IV PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS:

(1) información-educación-comunicación; (2) promoción social.

CAP. V DETECCIÓN Y DIAGNOSTICO DE CASOS DE TUBERCULOSIS:

(1) detección de casos; (2) diagnóstico de caso; (3) procedimientos para el seguimiento diagnóstico de un S.R. sospechoso de tuberculosis pulmonar.

CAP. VI EL LABORATORIO EN EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS:

(1) organización funcional de la red de laboratorios componente tuberculosis; (2) diseño, infraestructura y equipamiento de laboratorios; (3) bacteriología de la tuberculosis; (4) control de calidad de las baciloscopías..

CAP. VII BIOSEGURIDAD EN EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS:

(1) generalidades: (2) bioseguridad en la atención de pacientes: (2) bioseguridad en laboratorios que realizan baciloscopías y cultivos.

CAP. VIII TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS:

(1) fundamentos del tratamiento farmacológico antituberculoso acortado; (2) esquemas de tratamiento antituberculoso diferenciados

CAP. IX ORGANIZACIÓN DE ATENCIÓN DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS:

(1) seguimiento del tratamiento;; (2) atención médica; (3) atención de enfermería; (4) atención social. .

CAP. X ESTUDIO DE CONTACTOS Y QUIMIOPROFILAXIS

CAP. XI FARMACOVIGILANCIA Y ATENCIÓN CLÍNICA DE LAS RAFA

(1) red nacional de vigilancia de RAFA; (2) notificados de reacciones adversas a fármacos antituberculosos; (3) atención clínica a reacciones adversas a fármacos antituberculosos; (4) esquemas de tratamiento alternativos.

CAP. XII TUBERCULOSIS E INFECCIÓN POR VIH/SIDA.

(1) definición de infección de la inmunodeficiencia humana (2) definición de caso de SIDA; (3) modo de transmisión; (4) pruebas diagnósticas en SIDA; (5) diagnóstico y tratamiento de la TB

en pacientes con VIH positivo; (6) prevención de la TB en pacientes VIH/SIDA; (7) control postratamiento; (8) pacientes con infección hospitalizados.

CAP. XIII CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD INICIAL Y MANEJO CLÍNICO DEL PACIENTE TUBERCULOSO EN RIESGO DE MORIR:

(1) factores de riesgo de muerte en TB: (2) criterios de hospitalización pacientes graves.

CAP. XIV SISTEMA DE REGISTRO E INFORMACION OPERACIONAL Y LOGÍSTICA:

(1) programación; (2) instrumentos de registro; (3) instrumentos de información: (4) evaluación y análisis de indicadores; (5) logística y operatividad . .

CAP. XV CAPACITACIÓN, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN

CAP. XVI INVESTIGACIÓN EN TUBERCULOSIS

(1) antecedentes; (2) temas de investigación; (3) condiciones para facilitar el proceso de la investigación; (4) publicaciones y comunicaciones.