

*El Dr. Manuel Zúñiga es un eminente epidemiólogo, encargado nacional del Programa de Control de la Tuberculosis y miembro del comité directivo del Grupo PAL-OMS, Salud Pulmonar del Adulto. Desde su graduación como médico ha ejercido la especialidad de Salud Pública, tanto en Chile como en otros países y en la Organización Panamericana de la Salud. Es un experto de nivel mundial en lepra. Ha tenido además responsabilidades en administración superior de salud en nuestro país y en OPS/OMS. El Dr. Zúñiga es el especialista más calificado para hacer conocer a los lectores de Cuadernos la situación actual y las perspectivas de la tuberculosis en Chile y en el ámbito internacional. Su artículo es un verdadero hito en la difusión de este tema.*

## LA TUBERCULOSIS EN CHILE: ¿Es posible la Eliminación?

### Tuberculosis in Chile ¿Is its elimination possible?

Dr. Manuel Zúñiga Gajardo\*

#### RESUMEN

Se presenta una síntesis de la evolución y de la situación actual de la Tuberculosis en Chile. Sobre esta base, se fundamenta la factibilidad del cambio de programa de "control" a programa de "eliminación", lo que constituye ahora un objetivo sanitario del Ministerio de Salud. Entre los fundamentos considerados está la constitución por parte de la Organización Panamericana de la Salud de un grupo especial de "países de baja prevalencia" que incluye a Cuba, Uruguay, Costa Rica y Chile, el cual debe definir las metas parciales a cumplir "hacia la eliminación".

En cuanto a las perspectivas, se hace referencia a los obstáculos detectados en diversas experiencias internacionales y a las encontradas en Chile en las etapas cumplidas, para finalizar analizando el eventual impacto de la Reforma de la Salud en la posible evolución de la tuberculosis en el país.

#### ABSTRACT

The evolution and the present situation of tuberculosis in Chile are described. On this basis, the feasibility of changing from the current "control" program to an "elimination" program, which is now a Ministry of Health objective, is discussed. One of the relevant circumstances considered is the recent configuration, by the Panamerican Health Organization, of a special group of "low prevalence countries", comprising Cuba, Costa Rica, Uruguay and Chile, which has been entrusted with the task of defining the intermediate targets to be reached on the way to the goal of elimination.

As regards the future perspectives an analysis is made of the obstacles faced so far in Chile and in other countries. The last section deals with the possible effects of the current Health Reform on the future evolution of tuberculosis in the country.

\* Encargado Nacional Programa de Control de la TBC. Ex-Consultor OPS/OMS.  
<mzuniga@minsal.cl>

## 1. SITUACIÓN ACTUAL

En el año 2003, la tasa de morbilidad por tuberculosis, en todas sus formas (TBC-TF), fue de 18.4 por cien mil, la más baja históricamente registrada en Chile. La incidencia de tuberculosis pulmonar con baciloscopía directa positiva [TBC-BK+ (D)] también llegó a su nivel más bajo: 8.1 por cien mil (1).

La morbilidad total por tuberculosis ha descendido de 52.2 por cien mil en 1989 a 18.4 en el año 2003, en tanto que la [TBC-BK+ (D)] se reducía de 24.2 a 8.1 en el mismo período. En el período 1989–2002, la mortalidad descendió de 5.9 a 2.0 por 100.000 (2). Para una correcta valoración de estos resultados, se debe tener presente que el indicador “Casos Nuevos (TBC-TF)”, es considerado como el más adecuado para la evaluación de la situación epidemiológica aunque desde el punto de vista del control de la tuberculosis es más importante la incidencia de casos de tuberculosis pulmonar bacteriológicamente confirmados (3).

Los significativos avances obtenidos en el control de la tuberculosis a partir de 1990, que se reflejan en un descenso de la morbilidad del 7.8% anual en el decenio 1990–1999, permitieron al Programa de Control de la Tuberculosis (PCT) postular el objetivo de alcanzar antes del año 2020 la “eliminación” de la tuberculosis como problema de Salud Pública, definida ésta como el logro de una tasa de incidencia igual o inferior a 5 x 100.000 (4,5). Como etapa intermedia, se estableció la meta “eliminación avanzada” (tasa 10 x 100.000) para el año 2008–2009, la que ha sido incorporada por el Ministerio de Salud como uno de los Objetivos Sanitarios a alcanzar en el decenio 2000–2010 (6).

La primera etapa del Programa de eliminación, meta denominada “umbral de eliminación”, definida como una tasa (TBC-TF) de 20 x 100.000, fue alcanzada el año 2000. En el gráfico 1 se comparan las tendencias de la morbilidad (todas las formas) registradas en los decenios 1981–1990 y 1990–1999. La diferencia de la declinación es evidente: en el primer decenio es de -3.1% anual y en el segundo de -7.8%.

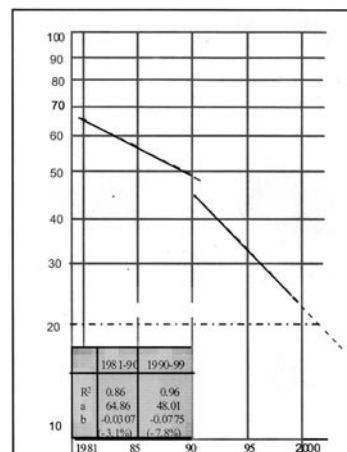
Un elemento determinante para la decisión de orientar el Programa de Control a la meta más audaz de “eliminación”, fue la opinión de K. Styblo a raíz de la visita de evaluación realizada en Octubre de 1997, expresada en su Informe en los siguientes términos (5):

“Chile es uno de los pocos países que han tenido un ininterrumpido decrecimiento de las tasas registradas de Tuberculosis desde mediados de los años setenta. Aún más importante, la incidencia de Tuberculosis caerá en un futuro próximo a 20 x 100.000 (casos TBC todas las formas) y ese es el comienzo de la fase de eliminación”. Como conclusión señalaba que las medidas de control aplicadas por el Programa deberán ser ajustadas en la fase de eliminación (7).

Contrastando con esta situación favorable observada en Chile, la OMS expresa reiteradamente su preocupación por la situación epidemiológica mundial y por la falta de programas eficientes de control, en tanto que en la Región de las Américas las tasas permanecieron estancadas durante toda la década de los noventa (8). En 1993, la OMS tomó la decisión sin precedentes de declarar a la tuberculosis una “EMERGENCIA GLOBAL”, y la Asamblea Mundial de la Salud de 1995 consideró a esta enfermedad como uno de los problemas de salud “RE-EMERGENTES” que requieren preocupación especial.

**Gráfico 1. Tendencia de la Morbilidad por TBC (todas formas) (decenios 1981-1990 y 1990-1999) Chile**

AÑO	Nº	TASA
1980	8.523	76.8
1985	6.645	55.0
1990	6.151	46.9
1995	4.150	29.2
2000	3.021	19.9



El propósito de esta comunicación es entregar una síntesis de los aspectos más relevantes en la evolución del Programa de Control y de la endemia TBC que explicarían los éxitos alcanzados y las perspectivas futuras, incluyendo la posibilidad de lograr la eliminación.

## 2. EL PASADO.

Chile, con una de las endemias más altas observadas en la primera mitad del siglo en América Latina, ha sido un país en el cual las actividades de control de la tuberculosis se han ceñido y, con frecuencia, se han anticipado a las recomendaciones de la OMS. Factor determinante de ello fue la concepción y desarrollo del PCT a lo largo de décadas, su establecimiento formal a comienzos de 1972 y su mantenimiento, continuidad y perfeccionamiento hasta ahora.

En un lapso de pocos años, el Servicio Nacional de Salud dió cobertura nacional a las actividades de control de la tuberculosis; cambió la orientación de la pesquisa y el diagnóstico al uso de la bacteriología, constituyendo una red nacional de laboratorios de tres niveles de complejidad que participan de las actividades de control; logró imponer una norma de tratamiento e introdujo tempranamente, entre 1965 y 1970, el sistema de tratamiento totalmente supervisado. Se garantizó el abastecimiento de medicamentos. La vacunación BCG fue de administración obligatoria para todo recién nacido en el país y desde 1972 todo caso de tuberculosis debe ser notificado. Centenares de médicos generales de zona, de sucesivas promociones, fueron adiestrados en el manejo del programa y de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos establecidos por las normas nacionales. Estas acciones son gratuitas para toda persona, independientemente de su condición social, económica, laboral o de afiliación previsional (9).

## 3. HITOS EVOLUTIVOS.

Para caracterizar la evolución de la endemia se dispone de información sistemática de mortalidad desde 1903, de morbilidad (TBC-TF) desde 1971, y de TBC pulmonar bacilífera desde 1981.

- En la primera mitad del siglo pasado las tasas de mortalidad oscilaron entre 230 y 300 x 100.000 habitantes. En toda la etapa pre-quimioterápica (hasta 1950), mientras en los países europeos la tuberculosis se encontraba en franca declinación

(10), en Chile se mantuvo estable en altos niveles ("en meseta") e incluso aumentó su participación en la mortalidad general, de 8,1% en 1917 al 13,1% en 1949. Se estima que las tasas anuales de incidencia (en todas las formas) debieron ser superiores a 600 x 100.000, por lo menos hasta finales de la década de los cuarenta (11). En otras palabras, el país se encontraba aún en la fase epidemiológica llamada "de transición", con morbilidad y mortalidad elevadas, acentuada letalidad, población altamente tuberculizada e infección temprana (12). En 1950-51 el 65% de la población menor de 18 años era tuberculino positiva.

Tabla 1.

MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS CHILE 1903 - 2002		
AÑOS	N°	TASAS x 100 000
1903	7915	260.5
1910	9739	291.0
1920	9342	247.2
1930	11229	253.7
1940	11952	235.4
1950	9282	148.0
1960	4302	53.2
1970	2569	27.4
1980	1355	12.2
1990	660	5.0
2000	274	1.8
2001	318	2.1
2002	308	2.0

- Esta severa situación epidemiológica ubicaba a Chile entre los países más afectados por la TBC a nivel mundial ya ún en comparaciones restringidas al ámbito latinoamericano (13).
- A partir de la década de los cincuenta la situación se modifica sustancialmente en relación a la mortalidad, que desciende de 234 x 100.000 en el quinquenio 1943 - 47 a 65.7 en 1953 - 57. (Tabla 1) (11)

En 1948 la tasa de mortalidad era de 220.8 por 100.000; en 1950, de 154.8; en 1970, de 27.4; y en el año 2000, de 2.0 por 100.000, es decir, cien veces menor que en el año inicial anotado.

En la primera etapa, de descenso acentuado, década de los 50, la reducción de la mortalidad alcanzada en Chile fue muy similar a la observada en países desarrollados en ese mismo período. En Chile (1951-1960) el descenso fue del 10,3% anual en tanto que en Suecia, Finlandia y Austria la reducción alcanzaba al 12.0, 10.4 y 8.5%, respectivamente (Tabla 2).

**Tabla 2.**  
**TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD 1951 – 1960**  
**(Tasas x 100.000)**

PAISES	TASA INICIAL 1951	TASA FINAL 1960	REDUCCIÓN TASAS (%)* (Slope tend exp)
Suecia	22.9	8.0	-12.0
Finlandia	83.7	26.0	-10.4
Austria	51.7	23.3	-8.5
Japón	110.7	34.1	-12.2
Chile	151.5	52.9	-10.3

\* *Tendencia Exponencial* ( $Y = a \times e^{bt}$ )

El éxito nacional es atribuible a dos órdenes de factores: el descubrimiento de fármacos antituberculosos eficaces y la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952, el que hizo posible la utilización gratuita de aquellos en escala nacional y con adecuada cobertura de la población. Se reconoce que el éxito logrado en tuberculosis se debe a su abordaje como “problema de toda la población, de grupos, de comunidades, es decir, de medicina pública y no como una sucesión o acumulación de hechos clínicos”.

#### EN RESUMEN:

- En la década de los cincuenta los hechos más importantes en cuanto al control de la tuberculosis fueron: la introducción de la quimioterapia específica y la vacunación con BCG de recién nacidos y escolares mediante campañas masivas que fueron seguidas por programas regulares de alta cobertura. (11).
- En la década de los sesenta se mantuvo la tendencia al descenso de la mortalidad y de la morbilidad. Sólo en los años finales de este período se introdujeron las medidas destinadas a evitar la autoadministración de medicamentos y la monoterapia. También en este período se incrementó la utilización de la bacteriología en las actividades de control y la pesquisa de casos se orientó a los consultantes sintomáticos respiratorios.
- Por otra parte, a fines de los años sesenta y se había organizado en Chile un sistema de tratamiento supervisado (DOT, directly observed treatment), que en los años siguientes fue complementado con un esquema de quimioterapia abreviada (DOTS) (14,15).

Entre los años 1970 y 1973, se estudió y puso en práctica el Programa Nacional de Control de la Tuber-

culosis, vigente hasta nuestros días. Este Programa estableció la notificación obligatoria de los casos, la integración de las acciones básicas de control en la red de atención primaria, la localización de casos mediante la bacteriología y la aplicación de tratamiento poliquimioterápico abreviado, incluyendo rifampicina, en todo el país, después de la realización de ensayos operacionales satisfactorios (16, 17).

En conclusión, y dados los bajos niveles de morbilidad ya alcanzados, se puede afirmar que en la presente década Chile podría avanzar substancialmente hacia la meta de eliminación de la tuberculosis como problema de Salud Pública. Para ello es necesario que se mantengan las condiciones que han prevalecido en los últimos años, entre las cuales está la existencia de un Programa de Control bien definido en los tres niveles del Sector Salud (18).

#### 4. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS (PCT).

Los antecedentes mencionados en la evolución de la situación en Chile, han demostrado que la estructura funcional del programa, integrado a los servicios generales, pero conservando su especificidad y cumplimiento responsable de roles asignados en forma individualizada, ha sido altamente efectivo y eficiente. Al respecto es útil señalar algunas características de su estructura.

- El PCT se organiza en tres niveles administrativos:
  - Nivel Central o Ministerial fundamentalmente normativo, encargado de la vigilancia epidemiológica y operacional, de la permanente adecuación operativa del PCT y de las actividades de gestión de nivel central necesarios para la marcha del programa. Este Nivel Central está integrado por un médico epidemiólogo, Jefe del Programa, y una enfermera a tiempo completo. Se integra además el Jefe de la Sección de Micobacterias del Instituto de Salud Pública. Cuenta, cuando es necesario, con un grupo de asesores. El desempeño de las múltiples y a veces complejas actividades, requiere conocimiento, experiencia y crédito técnico y científico de los integrantes de dicho equipo, destinados a tiempo completo a estas funciones.
  - Nivel intermedio o de Servicios de Salud, a cargo de un equipo formado por un médico, enfermera

y técnico de laboratorio, habitualmente a tiempo parcial, con funciones de coordinación, supervisión y gestión del PCT. Este equipo constituye un referente técnico y de enlace con las unidades de atención. Su desaparición o constitución incompleta se ha asociado, sin excepciones, a retrocesos y deficiencias en el Programa (19).

- El Nivel periférico, es el nivel de ejecución de las actividades. Los roles de gestión, se efectúan sin perjuicio de las obligaciones locales de los integrantes de los equipos locales del PCT. Ello es posible en la medida que sean capaces de involucrar todo el equipo de salud en el cumplimiento de las acciones básicas.

Esta estructura, generada en nuestra experiencia nacional, fue la recomendada en 1977 por la publicación científica de la Organización Panamericana de la Salud "Control de la Tuberculosis. Manual sobre Métodos y Procedimientos para los Programas Integrados", ratificada en 1985 por la publicación científica N°498.

La OMS señala que una vez formuladas las Normas para la lucha contra la Tuberculosis, es indispensable establecer y mantener las siguientes "operaciones claves" para que esta enfermedad deje de ser una amenaza para la Salud Pública (20, 21, 22):

- Establecer un "Programa Nacional de Control de la Tuberculosis" con una Unidad Central para garantizar el apoyo político y operativo a los diversos niveles del programa.
- Preparar un Manual de Normas Técnicas que incluya la estructura organizativa y las Bases Técnicas de operación, con definiciones claras para la detección, diagnóstico y tratamiento de los casos.
- Establecer un Sistema de "Registro Nacional" y notificación.
- Organizar una red de laboratorios de bacteriología con un laboratorio de referencia nacional.
- Establecer servicios de tratamiento a nivel de la Atención Primaria de Salud.
- Garantizar el suministro regular de medicamentos y material de diagnóstico.
- Diseñar un plan de supervisión de las operaciones.

En Chile, todas estas "operaciones claves" han sido puestas en práctica por el Programa de Control de la Tuberculosis y alcanzan un adecuado nivel de desarrollo. En particular, se destacan las siguientes:

#### 4.1 Actividades de Diagnóstico

Hasta mediado de la década de los sesenta, el diagnóstico de la tuberculosis en Chile se sustentaba en la radiología, complementada con la bacteriología en aquellos casos en que se evidenciaban lesiones radiológicas compatibles o sospechosas de la enfermedad.

Siguiendo recomendaciones de asesores internacionales, se decidió priorizar la identificación y tratamiento de las fuentes de contagio, vale decir, de los enfermos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva (23).

Para tal efecto se hizo indispensable ampliar la base diagnóstica, o sea, los laboratorios en capacidad de realizar técnicas bacteriológicas para la investigación de tuberculosis. Lograda la ampliación de la base diagnóstica se procedió a articular y organizar esta infraestructura en una red funcional de laboratorios, con sus distintos niveles de complejidad técnica. Esta organización se logra en plenitud ya a comienzos de la década de los setenta, incorporando incluso, como una de sus actividades prioritarias, un programa permanente de control de calidad de la baciloscopia.

En las dos décadas pasadas, el número total de laboratorios que han integrado la red ha bordeado o sobrepasado los 200 establecimientos, con un laboratorio central y de referencia nacional, coordinador y cabeza de esta red; alrededor de 28 laboratorios de nivel intermedio y 180 a 190 laboratorios locales o periféricos. A ello se suma un número mayor de pequeñas unidades de salud que no cuentan con laboratorio, pero que actúan como recolectoras de muestras.

En el mismo periodo, esta infraestructura y organización de laboratorios ha permitido absorber la demanda de baciloscopías para localización de casos y diagnóstico, que ha oscilado entre 320.000 y 380.000 anuales; realizan además 180.000 a 190.000 cultivos, según indicaciones selectivas normadas; 2.000 a 3.000 exámenes consistentes en pruebas de sensibilidad e identificación de micobacterias, son centralizados en el laboratorio de referencia nacional.

La creación y mantención de esta red de laboratorios de bacteriología de la tuberculosis, a través de más de tres décadas, aparece como uno de los elementos decisivos en el éxito del Programa.



## 4.2 Tratamiento.

Toda persona diagnosticada de tuberculosis debe iniciar su tratamiento con el esquema diferenciado apropiado a su condición. Los esquemas son asociaciones de medicamentos, de probada eficacia, establecidos por norma que se debe respetar para evitar las medicaciones espontáneas y mal fundamentadas. Los tratamientos se administran diariamente o en forma intermitente, debiéndose mantener por 6 o 9 meses (24).

Es crucial mantener la adherencia al tratamiento y supervisar la ingestademedicamentos. En la experiencia mundial, sólo el Programa de Control ha sido capaz de ofrecer una organización, que permita resultados apreciables en este sentido (DOTS) (25, 26, 27).

Por cierto que un elemento que garantiza la cobertura diagnóstica y la adherencia al tratamiento, es la gratuidad universal de la pesquisa y tratamiento.

Un adecuado sistema de registro de actividades, consolidación y acumulación de la información permite evaluar la efectividad de las actividades de control. Ello permite inferir el impacto epidemiológico. Expertos interesados en la eficiencia han señalado que el Programa de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis es una de las intervenciones en salud con excelente relación costo beneficio.

El abandono del Programa, con la esperanza de que la simple atención de la demanda permita similares resultados, no se ha observado en ninguna parte del mundo y donde se ha intentado, los resultados han sido desastrosos. Rápidamente se constata un incremento en el número de casos, un aumento de fracasos por multiresistencia a drogas y un mayor gasto para tratar, con pobres resultados y numerosos casos crónicos (28, 29).

En el caso de la tuberculosis la organización pública debe estar en actitud y capacidad de sobrepasar los elementos de satisfacción de la demanda individual. Eso sólo es posible con un Programa que parte del principio de que la más importante medida preventiva es el tratamiento exitoso de los casos pulmonares bacilíferos, para cortar la cadena de transmisión y proteger así a la población sana.

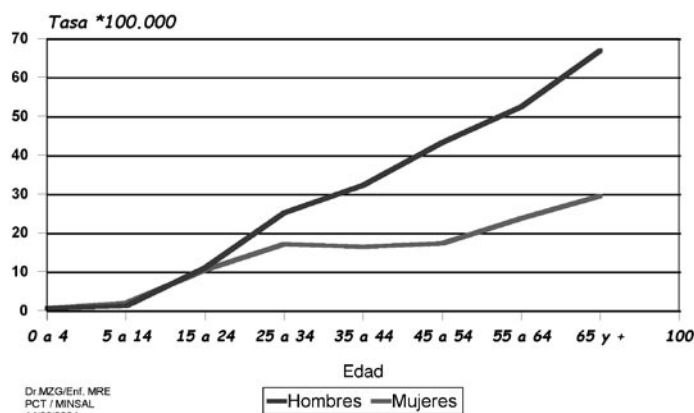
## 5. EL PROGRAMA DE ELIMINACIÓN.

La persistente declinación de la endemia, acelerada en la década de los noventa, dio origen a las opiniones de Styblo y reseñadas y a las conclusiones de la OPS/OMS, que en el Informe Final de la Reunión Regional de Directores de Programa de Control de la Tuberculosis, realizada en octubre de 1998, señaló: "Cuba, Chile y Uruguay mantienen un trabajo exitoso en el control de la tuberculosis y están considerando las acciones futuras a desarrollar en sus programas para eliminar la TBC como problema de Salud Pública. Estos países deben constituir un grupo especial dentro del contexto latinoamericano con miras a profundizar y coordinar un trabajo conjunto para pasar a etapas superiores del control de la TBC" (30).

En los dos primeras reuniones realizadas por este Grupo Sub-Regional, se han definido de manera concreta los aspectos considerados más relevantes que deben ser abordados por los Programas de Control para que las intervenciones resultantes sean las requeridas para alcanzar el carácter de un auténtico "Programa de Eliminación" (31, 32).

En el caso de Chile, algunas de las recomendaciones más importantes ya han tenido aceptación y formas de aplicación específicas. Es el caso de la utilización de los

**Gráfico 2. Tuberculosis en Todas las Formas Distribución según Sexo y Edad. Chile 2003.**



indicadores epidemiológicos recomendados para definir las etapas requeridas para alcanzar el nivel de eliminación y las metas operacionales consideradas necesarias para obtener el impacto epidemiológico esperado. Otras recomendaciones iniciales que se refieren a la necesidad del análisis epidemiológico de las diferentes etapas del proceso de eliminación, se cumplen regularmente en Chile en las evaluaciones nacionales y regionales del programa. Este análisis incluye las variaciones de la distribución por edades, sexo, positividad de la baciloscopía, letalidad, distribución por grupos socioeconómicos, formas clínicas y características del reservorio de la transmisión. Otras recomendaciones se orientan a reforzar la acción y la estrategia de eliminación ahí donde se mantenga una incidencia superior a  $20 \times 100.000$ . En regiones de baja incidencia, se orientan a identificar áreas territoriales de concentración de grupos de alto riesgo para intensificar las medidas de intervención.

En el gráfico 2 se resumen los datos de este análisis, correspondientes a la distribución por sexo y edad de la TBC todas las formas en el año 2003.

Esta información confirma una situación epidemiológica propia de la tendencia descendente de la morbilidad. Ella se expresa en el desplazamiento de la incidencia hacia los grupos de mayor edad y en un predominio creciente del sexo masculino.

La razón masculino-femenino, que en el total es de 1.75, aumenta desde los menores de 15 años, en los cuales no hay diferencia de la incidencia específica entre sexos; es de sólo 1.06 en el grupo de 15-24 años; sube a 1.47 en el de 25-34 años, a 1.96 en el de 35-44 años, a 2.50 en el de 45-54 años, a 2.21 en el de 55-64 años y a 2.27 en el grupo de 65 años y más.

Esta distribución de tasas específicas por sexo y edad, es característica de una endemia en declina-

ción. Estas curvas, que expresan nuestra actual situación epidemiológica, son similares a las observadas en países europeos con tasas de TBC (todas las formas) cercanas o inferiores a 20 por cien mil (33).

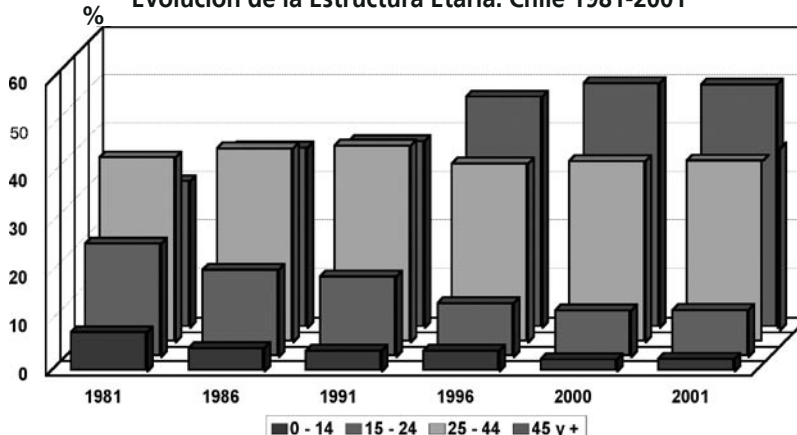
El desplazamiento hacia edades avanzadas se evidencia claramente al observar un período más extenso. En el gráfico 3 se presenta la distribución porcentual por grupos de edades en el período 1981-2001, en el cual se comprueba un descenso marcado de la participación de los grupos 0-14 y 15-24 años, estabilización en las edades intermedias (25-34) y claro ascenso a partir de los 45 años (34).

La proporción de formas clínicas extrapulmonares, en el total de casos nuevos registrados anualmente, es otra característica que se relaciona con el nivel de la endemia: a medida que disminuye la tasa total (TBC-TF), aumenta la proporción de casos extrapulmonares. En el caso de Chile esta participación alcanza al 24.8%, muy similar a la observada en años recientes en países europeos con tasas de morbilidad inferiores a  $20 \times 100.000$ : 24.3%. En países europeos con tasas cercanas a  $30 \times 100.000$  la proporción de casos extrapulmonares es del 12.0% (35).

## 6. HACIA LA ELIMINACIÓN

La eliminación de la tuberculosis como problema de Salud Pública es sin duda un objetivo deseable, atractivo y teóricamente factible. Por otra parte, su afirmación como meta nacional es un buen medio para volver a obtener el interés de las autoridades políticas en un programa que tiende a ser olvidado a medida que disminuye su participación en el cuadro de salud del país y que por ello corre el riesgo de ser eliminado antes de que se elimine la enfermedad (36). Hasta

**Gráfico 3. Morbilidad por Tuberculosis en todas Formas  
Evolución de la Estructura Etaria. Chile 1981-2001**



ahora, ningún país ha logrado alcanzar dicha meta. Es posible que los términos extraordinariamente exigentes en que ésta fue propuesta a los organismos internacionales establecieran unamarca muy alta que incluso pudiera conducir al desánimo. Se definió la eliminación como “una incidencia inferior a un caso con baciloscopía positiva por millón de habitantes y/o una prevalencia total de infección tuberculosa en la población general menor del 1%”. Estas metas se aproximan mucho a lo que podrían ser metas de erradicación, es decir, la interrupción definitiva de la transmisión (37, 38, 39, 40, 41).

La adopción de metas epidemiológicas finales

más realistas (eliminación = 5 x 100.000) y de metas intermedias factibles en plazos relativamente breves, ha sido una decisión acertada del Grupo de Baja Prevalencia constituido por OPS/OMS (31, 32).

En el cuadro 4, se estratifican los Servicios de Salud de Chile en 3 grupos, de acuerdo a su grado de avance hacia la eliminación en el año 2003:

- Grupo I Servicios de Salud en fase de eliminación con tasas inferiores a 20 x 100.000.-
- Grupo II Servicios de Salud próximos a la fase de eliminación: Tasas de 20 – 24 x 100.000.-
- Grupo III Servicios aún lejos de la fase inicial de eliminación: Tasas de 25 y más x 100.000.-

**TABLA 4.**  
**TUBERCULOSIS EN CHILE – ESTRATIFICACIÓN SEGÚN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y POR GRUPOS DE SERVICIOS DE SALUD CHILE - 2003**

SERVICIOS DE SALUD		POBLACION	MORBILIDAD TBC TODAS LAS FORMAS	
			Nº Casos	Tasas (x 100.000)
GRUPO I SERVICIOS DE SALUD EN FASE DE ELIMINACION (<20 x 100.000)	Antofagasta	486.338	79	16.2
	Coquimbo	602.008	92	15.3
	Aconcagua	233.026	8	3.4
	Viña del Mar	921.587	146	15.8
	Metrop. Sur	1.125.895	203	18.0
	Metrop. Sur Oriente	1.470.602	172	11.7
	Metrop. Occidente	1.152.926	215	18.6
	Metrop. Oriente	1.148.867	112	9.7
	Metrop. Norte	656.730	109	16.6
	Lib. Bdo. O'Higgins	818.592	118	14.4
	Maule	937.654	178	19.0
	Arauco	175.014	25	14.3
	Bio – Bio	367.181	63	17.2
	Araucanía Norte	221.176	30	13.6
	Valdivia	361.594	61	16.9
Llanquihue	502.744	96	19.1	
<b>TOTAL GRUPO I</b>		<b>11.181.934</b>	<b>1.707</b>	<b>15.3</b>
GRUPO II SERV. DE SALUD PRÓXIMOS A FASE DE ELIMINACIÓN (20 - 24 x 100.000)	Valparaíso	458.269	100	21.8
	Ñuble	464.902	93	20.0
	Talcahuano	397.098	99	24.9
	Araucanía Sur	679.621	164	24.1
	Aysén	99.066	23	23.2
<b>TOTAL GRUPO II</b>		<b>2.098.956</b>	<b>479</b>	<b>22.8</b>
GRUPO III SERVICIOS DE SALUD AUN LEJOS DE FASE DE ELIMINACIÓN (25 y más x 100.000)	Arica	204.345	78	38.2
	Iquique	212.991	72	33.8
	Atacama	286.795	75	26.2
	Concepción	591.442	168	28.4
	Osorno	229.953	59	25.7
	Magallanes	161.121	52	32.3
Metrop. Central	805.959	219	27.2	
<b>TOTAL GRUPO III</b>		<b>2.492.606</b>	<b>723</b>	<b>29.0</b>



En el grupo I, formado por los 16 Servicios de Salud que se incorporaron a la fase inicial de eliminación, con tasas inferiores a 20 por cien mil, la tasa promedio es de 15.3, es decir, están ya adelantándose hacia la siguiente meta a alcanzar, la de eliminación avanzada, que corresponde a una tasa de 10 por 100.000. Uno de ellos, el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, ya lo logró. El Servicio de Salud Aconcagua ya llegó a la etapa denominada "eliminación de la TBC como problema de Salud Pública", con una tasa de 3.4 por cien mil. En la evaluación se hizo presente que en este Servicio ya no se presentaron casos de tipo comunitario general: en efecto, los 8 casos registrados en el año correspondieron a "grupos especiales" (cárceles, asilos, Hospital Psiquiátrico).

La población del Grupo I, de 11.181.934 habitantes, representa el 70.9% de la población de Chile. Por lo tanto, es posible afirmar que más del 70% de la población vive en áreas donde la tuberculosis se encuentra en "fase de eliminación".

El Grupo II, se encuentran 5 Servicios, con un total de 2.098.956 habitantes (el 13.3% de la población) que son considerados como "próximos a la fase de eliminación". En particular, los Servicios de Salud Ñuble y Valparaíso podrían alcanzar el umbral de eliminación en el año 2004, si mantienen sus actuales tendencias descendentes.

En el Grupo III están los 7 Servicios de Salud considerados "aún lejos de la fase de eliminación", con tasas de 25.0 y más por 100.000. Con sus 2.492.606 habitantes representan el 15.8% de la población. Es posible que al menos 4 de ellos puedan alcanzar la fase inicial de eliminación antes del año 2010.

Aunque los avances "hacia la eliminación" pueden considerarse satisfactorios y la declinación de la tendencia general haya sido relativamente sostenida y favorable, persiste la preocupación por la variabilidad de situaciones epidemiológicas que dejan de manifiesto los indicadores de morbilidad y de mortalidad. La diferencia "territorial" que se observa en las tasas de morbilidad así lo indica: oscilan entre un mínimo de 3.4 y un máximo de 38.2, lo que significa que existe un riesgo 10 veces mayor de enfermar de tuberculosis para la población de Arica, Iquique y Magallanes en relación con la de Aconcagua.

Los indicadores promedio nacionales y aún, los de cada Servicio de Salud, deben ser revisados asociándolos con factores de riesgo que afectan de

manera desigual a las diversas comunas y por sobre todo a los diferentes grupos socio-económicos que constituyen la población chilena. La asociación de condiciones de vida existentes (encuesta CASEN) con la calificación ponderada de indicadores de Tuberculosis (morbilidad, mortalidad y tendencia), deja de manifiesto la correlación existente entre tuberculosis y pobreza (4). Por otra parte, un estudio realizado en 1995 (Dr. L. Rojas) permitió comprobar que el 83.6% de los enfermos tuberculosos atendidos en el sector público de salud pertenecían a los sectores de pobreza y extrema pobreza.

Las diferencias de magnitud del problema que se observan en escala nacional, se repiten al interior de cada Servicio de Salud con diversa intensidad, cuando se comparan las tasas por comunas. Por esta razón en sucesivas evaluaciones del programa se ha recomendado proceder a estratificar la situación epidemiológica por comunas, y, en algunos casos por Unidades Vecinales (de acuerdo a la encuesta CASEN), con el objeto de focalizar acciones según las prioridades detectadas, (por ejemplo: altos niveles de pobreza y extrema pobreza en determinadas agrupaciones demográficas), para reducir brechas y mejorar el impacto del programa total (42).

El real impacto de este programa debe evaluarse por lo tanto considerando la declinación de la tendencia y también la reducción de las desigualdades epidemiológicas, sin lo cual no podrá considerarse realmente exitoso.

La estratificación actual (2003) contribuye a definir la situación en esta etapa y las perspectivas futuras del programa, mediante el cumplimiento de los hitos operacionales básicos "hacia la eliminación". De acuerdo a las recomendaciones de la OMS y del Grupo de Países de Baja Prevalencia OPS/OMS, estos son: alta tasa de detección (más del 80% de los casos esperados) y eficiencia elevada del tratamiento: al menos 85% de tasa de curación de los casos pulmonares bacilíferos. Las metas operacionales y epidemiológicas deben formularse de acuerdo a la realidad de cada Servicio de Salud y a su ubicación actual en los estratos. Las metas diferenciadas según situación epidemiológica deben tener como principal objetivo obtener que los Servicios aún alejados de la etapa inicial de eliminación, logren avances significativos en ese sentido, reduciendo así las desigualdades persistentes, tanto en lo referente a la morbilidad como a la mortalidad.

## 7. ELIMINACIÓN DE LA TUBERCULOSIS, ¿QUÉ NOS DETIENE?

Hace algunos años el Dr. Lee Reichman publicó un artículo con el título precedente para llamar la atención sobre el siguiente hecho básico: Se reconoce que la tuberculosis es 100% curable y 100% prevenible y, sin embargo hasta ahora su eliminación no está próxima en ninguna parte del globo, incluyendo las naciones más desarrolladas (43). Insiste en que la causa principal de este fracaso es la falta de programas bien estructurados, con suficiente respaldo, que permitan dar cumplimiento completo a las tareas de detección y tratamiento activo, sin lo cual no puede impedirse la propagación de la enfermedad. "La tuberculosis no será jamás eliminada si la falta de cumplimiento no es encarada y corregida a todos los niveles" (44, 45).

De una manera más específica, la OMS y numerosos autores han puntualizado los principales obstáculos en el camino hacia la eliminación. Entre estos destacan:

- Falta de voluntad política para respaldar y mantener en funcionamiento los programas de control: "se eliminan los programas antes de eliminar la tuberculosis" (36).
- Creciente farmacoresistencia múltiple, originada por programas deficientes.

- Mantenimiento de altos niveles de pobreza y de extrema pobreza.
- No facilitar tratamiento gratuito a los enfermos tuberculosos.
- Las poblaciones migratorias.
- La coinfección TBC/VIH-SIDA
- Las Reformas de los Sistemas de Salud.
- Fallas estructurales y de gestión de los Programas de Control.

El Programa de Control de la Tuberculosis de Chile ha sido afectado en grado variable por algunos de los factores enumerados. Algunos de ellos, que han tenido mayor relevancia en otros países, no han constituido, hasta ahora, obstáculos mayores para el normal progreso de nuestras actividades antituberculosas ni han influido en su impacto epidemiológico. Nos referimos a los siguientes:

- a) Multiresistencia a las drogas antituberculosas (MDR). Como se puede observar en la última columna de la Tabla 5 el porcentaje de casos con resistencia primaria sólo llega al 0.4%, uno de los más bajos de América Latina. La vigilancia de la MDR es sin duda indispensable, aunque por ahora no constituye un obstáculo mayor (8, 46, 47).

Tabla 5.

RESISTENCIA PRIMARIA A DROGAS ANTITUBERCULOSAS EN AMERICA LATINA: ENCUESTAS NACIONALES CONCLUIDAS ENTRE 1994 – 2000						
PAIS	SONIACIDA %	RIFAMPICINA %	STREPTO %	ETAMB. %	RP <sup>c</sup> %	MDR <sup>d</sup> %
Argentina <sup>a</sup>	7.8	5.1	7.6	3.1	12.5	4.6
Bolivia <sup>a</sup>	10.2	6.0	9.8	5.0	23.9	1.2
Brasil <sup>a</sup>	5.9	1.1	3.6	0.1	8.6	0.9
Colombia <sup>e</sup>	8.5	0.5	10.0	0.5	13.4	0.5
Cuba <sup>b</sup>	0.7	0.0	3.9	0.4	4.6	0.0
Nicaragua <sup>e</sup>	9.4	1.8	8.7	0.7	15.6	1.2
Perú <sup>e</sup>	9.0	4.0	11.7	2.6	18.0	3.0
Rep.Dom. <sup>a</sup>	19.8	16.2	21.1	3.6	40.6	6.6
Chile <sup>b</sup>	3.8	0.7	7.4	0.0	9.0	0.4
Uruguay <sup>b</sup>	0.4	0.4	0.8	0.0	1.7	0.0
Venezuela <sup>e</sup>	1.8	0.5	2.7	0.5	4.1	0.0

a *Anti-Tuberculosis Drug Resistance in the World. (Proyecto Global OMS/UICITER sobre la vigilancia de resistencia a drogas anti-tuberculosas). WHO/TB/97.229, 1997 Geneva.*

b *Programas Nacionales de Control de TB.*

c *Resistencia primaria a uno o más medicamentos (no incluye la asociación de Rifampicina + Isoniacida).*

d *Resistencia a Isoniacida y Rifampicina.*

e *Anti-tuberculosis drug resistance in the world (Proyecto global OMS/UICITER) Report N°2 WHO/CDS/TB/2000.278, Geneva.*

- b) Coinfección TBC/VIH (48, 49, 50). No existen estudios recientes de infección tuberculosa que permitan un análisis fundamentado del tema. Sin embargo, recurriendo a las tablas de equivalencia propuestas por Styblo para países de baja prevalencia, el riesgo de infección anual sería menor de 0.19%, con tasa de positividad de 3% a los 15 años de edad y 6% a los 30. Este desplazamiento de la edad de infección, debido a la declinación de la endemia, y el incremento moderado de la infección VIH registrado en Chile en los últimos años, condicionarían una tasa de coinfección relativamente baja. De todos modos, se requiere actualizar estudios de infección y de prevalencia de VIH en casos de tuberculosis.
- c) Poblaciones migratorias. Se ha insistido mucho en relación con el eventual impacto de los casos de TBC en ciudadanos extranjeros, provenientes de países con situación epidemiológica más severa, en la incidencia (declinante) observada en la población del país. Al respecto solo queremos señalar que en los últimos 5 años se han producido alrededor de 220 casos acumulados en extranjeros en un total 15.563 casos registrados en el país (1.4%). Esta baja proporción indica que por ahora este es un factor marginal.

Son en cambio relevantes 3 órdenes de factores en los resultados y perspectivas del programa nacional: la persistencia de la pobreza y la extrema pobreza que afectan al 20% de la población chilena; las eventuales fallas de estructura y gestión del Programa de Control, y la Reforma de la Salud, a la cual nos referiremos a continuación en forma más detallada.

## 8. REFORMA Y SUS REPERCUSIONES EN EL PCT.

En primer término, es necesario dejar claramente establecido que la Reforma de la Salud en Chile no es el resultado de un análisis en la realidad chilena sino la consecuencia de una estrategia de carácter internacional impulsada por los organismos internacionales de crédito, particularmente por el Banco Mundial.

En un análisis muy documentado sobre el tema, P. Chaulet (51), de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Pulmonares (IUATLD), afirma que la Reforma del Sector Salud en los países en desarrollo, responde a una necesidad política que se impuso antes que se hubieran definido sus

condiciones y su contenido. Fue la respuesta del neoliberalismo a la crisis económica llamada "mundial". Como primer resultado, en la década de los ochenta, bajo la égida de organismos financieros internacionales, se pusieron en práctica los "programas de ajuste estructural" que implicaron la reducción progresiva de la participación del Estado en los presupuestos sociales, en particular de la salud.

En 1987, el Banco Mundial enumera las cuatro medidas que considera básicas para la Reforma del Sector Salud (52).

- Hacer pagar a los usuarios en los Servicios de Salud Pública.
- Desarrollar sistemas de seguros de enfermedad.
- Estimular el desarrollo del Sector Privado.
- Descentralizar la gestión de los Servicios de Salud Pública.

Estos principios fueron puestos en práctica en los países de ingreso bajo e intermedio a partir de los llamados "programas de ajuste estructural". Chaulet concluye al respecto con las siguientes afirmaciones, que la experiencia de los primeros años de aplicación de estas medidas ha demostrado ser correctas: "En los países en desarrollo un enfoque de tipo empresarial que no tenga en cuenta las estructuras socio-políticas de los países y las prioridades de la política sanitaria agrava las desigualdades y el acceso a la atención médica. En este contexto, la promoción de la salud respiratoria corre el riesgo de ser olvidada o comprometida, en tanto que la debilidad persistente o agravada de los Servicios de Salud Primarios no facilita el enfoque integrado de las enfermedades respiratorias (entre ellas la tuberculosis) ni el apoyo al paquete mínimo de actividades sanitarias a ofrecer a la población. Los factores del ambiente que influyen sobre la salud respiratoria no son tomados en consideración por la Reforma del Sector de la Salud".

Posiblemente como resultado de estas primeras experiencias, el Banco Mundial en el informe anual de 1993 ("invertir en salud") intenta una respuesta más organizada sobre el contenido de la reforma propuesta. Entre otras medidas propone:

- Desarrollar políticas de crecimiento económico favorables para los pobres.
- Financiar y hacer ejecutar un conjunto de acciones de Salud Pública.
- Mejorar la gestión de los Servicios de Salud Pública.

- Estimular la competencia en la provisión de servicios clínicos (Públicos y Privados).

En resumen, la Reforma del Sector de la Salud es enfocada en una "visión monetarista fundada en una confianza ciega en el "mercado" y el "libre cambio" para asegurar el desarrollo socio-económico de los países más pobres" (51). Para ayudar a reorientar los gastos y reforzar los recursos asignados a la atención primaria, el informe 1993 del Banco Mundial propone destinar fondos del presupuesto de Salud Pública para la aplicación de un "paquete mínimo de actividades sanitarias" (53).

Como ejemplo de resultados negativos de algunas de estas medidas de reforma, la OMS en su documento denominado "WHO Report on the Tuberculosis Epidemic, 1997" (54), se refiere en los términos textuales que siguen, a la descentralización acelerada puesta en práctica en Brasil; con el siguiente título "La ley de inesperadas consecuencias":

"Las tasas de infección y mortalidad por TBC habían venido declinando año por año en Brasil. Pero a causa de reducciones del presupuesto federal y de la rápida descentralización de la administración de los Estados, el Presidente Fernando Collor de Mello canceló el Programa Nacional Contra la Tuberculosis. La falta de financiamiento resultante significó que en seis meses, el abastecimiento local de medicamentos se agotó y la estructura de soporte de los equipos que trabajan en las comunidades colapsó. Los Estados no estaban preparados financiera o técnicamente para llenar la brecha y Brasil aún no ha adoptado, en forma completa, la estrategia DOTS recomendada por la OMS.

Hoy el Programa de Control de la Tuberculosis debe ser reconstruido desde el suelo para aprender a operar exitosamente en el nuevo ambiente".

Los efectos negativos observados por la aplicación de medidas preconizadas por la Reforma en el control de las enfermedades transmisibles fueron el fundamento de una iniciativa internacional que contó con el patrocinio de la OPS, la Universidad de Harvard, la OMS Programa TDR, (OMS, UNDP, B. Mundial) y el Ministerio de Salud Pública de Cuba. La reunión, denominada "Consulta de Expertos sobre la Repercusión de la Reforma de Sistemas de Salud en el Control y Prevención de las Enfermedades Infecciosas en América Latina", se efectuó en La Habana en Abril del 2002 (55).

En el documento de convocatoria se reconoce en forma muy explícita que las reformas han tenido su

origen en la necesidad de adecuar la salud al marco económico neo-liberal. Algunos párrafos clave de este documento lo dejan en claro:

"Desde los años 70 y 80, la mayoría de los países de América Latina y el Caribe han implementado reformas orientadas hacia la "Descentralización, separación de funciones y mayor eficiencia económica".

Estas reformas "han ocurrido como resultado de la tendencia mundial a la liberalización económica y han dado prioridad a las Funciones de Reglamentación de Mercados en lugar de mejorar las responsabilidades públicas en las áreas de rectoría del sistema, garantía del acceso a los Servicios y entrega de las funciones esenciales de Salud Pública".

Se requiere mejor comprensión de los procesos y efectos que han tenido estas reformas para definir cómo "introducir dentro de estos procesos una de las funciones esenciales del Estado, el control y prevención de las enfermedades infecciosas endémicas función que ha sido olvidada en los procesos de reforma del sector salud.

En otros países se plantea además la necesidad de examinar el papel de las reformas en relación con la protección social en salud, las dudas sobre si ellas han fortalecido o debilitado la infraestructura de Salud Pública y su impacto negativo en el control de las enfermedades infecciosas.

Aunque no es exigible a una reunión de estas características llegar a conclusiones definitivas sobre estas materias, el sólo reconocimiento de la existencia del problema y de algunas de sus causas resultó positivo y el debate dejó en claro la persistencia de aspectos muy controvertidos, en particular derivados de la intención de otorgar carácter técnico a problemas que tienen un indudable origen político, como reconoce el documento de convocatoria.

El tema también fue debatido en la 3a Reunión Subregional de Países de Baja Prevalencia, realizada en Santiago en Noviembre del 2003 (42). En sus conclusiones señaló:

- "El control de la tuberculosis es responsabilidad del Estado y el Programa de Control de la Tuberculosis (PNT) debe beneficiar a toda la población, independientemente de la situación previsional del paciente y su familia (conviviente)".
- "Lograr que dentro de la reforma del sector salud, participe el PNT o aliados del mismo".
- "Analizar el impacto para el PNT de la situación cambiante de la estructura organizativa del sector de salud bajo el proceso de reforma".

La preocupación internacional sobre el tema se ha expresado nuevamente en un documento reciente de la OMS, (escrito por C. Hanson, del Banco Mundial) en el cual se señalan entre las “oportunidades” que ofrece el cambio de los sistemas de salud, que una estrategia de “recuperación de costos” será útil en cuanto a que “los pacientes podrían percibir que los Servicios son mejores cuando se pagan” (61). Estos conceptos, originados por el fundamentalismo neo-liberal, constituyen un peligro potencial; pero, felizmente, son de muy difícil aplicación. Está claro que el término de la gratuidad del diagnóstico y el tratamiento de la TBC, significaría el término del programa de control.

## 9. REFORMA DE LA SALUD Y PCT EN CHILE.

### 9.1. Etapas de la Reforma.

La Reforma del Sector Salud se ha venido implementando en Chile por etapas, con las características de un complejo proceso que aún no llega a término. Por ahora no se puede afirmar que en Chile haya acuerdo sobre múltiples aspectos que dicen relación con el rol del Estado, las reducciones del gasto público, el apoyo a la gestión, las formas que debe asumir la descentralización, los métodos para lograr mayor eficiencia económica y las fuentes de financiamiento necesarias.

En buena medida esta falta de acuerdo se debe a que no se reconoce que la reforma tiene su origen en la necesidad de adecuar la salud al marco económico neo-liberal; en otras palabras, que la motivación básica de la reforma es política. Por el contrario, cuando se intenta demostrar la necesidad de llevar adelante este proceso, se recurre a una fundamentación de formato técnico, basada en argumentos que se aplican de manera similar a países con situaciones de salud definitivamente disímiles.

En rigor hasta ahora no está totalmente vigente en Chile una auténtica Reforma. Se han cumplido algunas importantes etapas, “hacia la reforma” y a ellas nos referiremos en cuanto a sus posibles efectos en la situación de salud del país, particularmente en lo que toca a la Tuberculosis.

La primera etapa comienza en la década de los ochenta; durante el gobierno de la dictadura militar. Las principales reformas fueron:

- a) Descentralización, mediante la creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS); división del antiguo Servicio Nacional de Salud en 26 Servicios de Salud regionales, con cierto grados de autonomía técnica y administrativa; y municipalización de los Consultorios y Postas de Atención Primaria. Los municipios asumen responsabilidad económica y de personal y los Servicios de Salud mantienen responsabilidad técnica.
- b) Separación de funciones: la creación de FONASA (Fondo Nacional de Salud), con la extinción del Servicio Nacional de Salud y del SERMENA (Servicio Médico Nacional de Empleados), materializó la separación de la gestión técnica operacional de la financiera.
- c) Apoyo al sector privado: creación de las ISAPRES (Institutos de Salud Previsional). Son empresas intermediadoras privadas de planes de salud. Se considera la única inversión genuina de los economistas neoliberales en el sector.

En la segunda etapa, década de los noventa, los principales hitos del proceso de Reforma fueron:

- a) Consolidación de las Isapres, con la participación de empresas transnacionales interesadas en el “Negocio de la Salud” (62).
- b) Ley de Municipalización de la Atención Primaria, que estableció la tuición técnica de parte de los Servicios de Salud.
- c) Reestructuración del Nivel Central y eliminación de programas específicos (como parte de la Reforma). En 1996 – 1997, se intentó con poco éxito esta reforma que implica reducción del aparato técnico central.

En la ETAPA ACTUAL (año 2004), después de la aprobación de las correspondientes leyes, se prevé llevar a la práctica los contenidos principales del proyecto de reforma impulsado por el Ministerio de Salud.

- Plan AUGE: Plan garantizado de prestaciones básicas de salud que incluye intervenciones específicas. No constituye un sistema integral de atenciones de enfermedades que incluyan aspectos de protección y prevención.
- Aumento de la capacidad de Rectoría y Regulación con disposiciones que incluyen obligaciones para el Sector Privado.
- Modificaciones en la estructura central del Ministerio de Salud y en las estructuras regionales, con



descentralización de la Autoridad Sanitaria, para adecuarlas al nuevo "modelo" de atención.

- Autogestión o autonomía de los establecimientos hospitalarios para aumentar la eficiencia y permitir su competencia con establecimientos privados (competencia entre prestadores públicos y privados).

## 9.2. Consecuencias de las etapas ya cumplidas de la Reforma:

- a) De la primera etapa del proceso de reforma (década de los ochenta):

- El mayor impacto se originó en la Municipalización de la Atención Primaria. Hasta esa época se consideraba con razón que la incorporación de las actividades básicas del PCT en los Consultorios de Atención Primaria era uno de sus éxitos mayores. Lamentablemente no hubo claridad en las atribuciones que correspondían a las Municipalidades, lo que afectó seriamente al programa. La morbilidad, que venía descendiendo al 6.4% anual en el séptenio 1977-83, redujo su velocidad de descenso en el septenio 1984-90, a sólo 2.4% anual. A partir de 1991 el ritmo de descenso se recupera llegando a una reducción cercana al 8% anual en el decenio de los noventa.

En ese mismo período se observa (1984-90) un serio deterioro de otros indicadores de salud: Mortalidad Infantil, Mortalidad de 1-4 años, Mortalidad Materna (63).

Nopodemos atribuir todos estos hechos al proceso de descentralización, pues en el mismo período hubo otras modificaciones socioeconómicas en el país, las que afectaron severamente el área social: baja del gasto social, particularmente del gasto en salud, baja del salario real, aumento del desempleo.

En otras palabras, en el período indicado, 1984-1990, se produjo un deterioro global de la Salud Pública, del cual no pudo excluirse el Programa de Tuberculosis a pesar de haber continuado sus actividades con la misma estrategia previa (56).

También se afectaron en este período las actividades propias del nivel intermedio, que se consideran cruciales para mantener la debida presión técnica sobre el nivel operativo. La reorganización de los niveles directivos intermedios tomó tiempo y con frecuencia se observó desplazamiento del personal profesional y

técnico de tuberculosis hacia otras áreas de actividad en un enfoque de exagerada polivalencia. Al finalizar la década, sólo 13 de los 26 Servicios de Salud tenían equipos de tuberculosis completos.

La separación de funciones entregó el financiamiento de las drogas antituberculosas al FONASA. Hasta ahora este hecho dificulta el proceso de adquisición, el cual resulta poco flexible y limita las posibilidades de obtener medicamentos de cantidad y calidad suficientes a precios bajos.

- b) En la segunda etapa, década de los noventa, el principal problema que confrontó el PCT, fue el propósito de reestructuración del nivel central y de redefinición del carácter de los programas, que se promovió desde el Ministerio de Salud.

Tanto en las diversas reestructuraciones del Ministerio como en la constitución de los 26 (después, 28) Servicios de Salud, la estructura del PCT se mantuvo, salvo modificaciones menores de dependencia. Dado que este programa no maneja un auténtico financiamiento propio, no hubo grandes problemas de dependencia y siempre se garantizó su funcionalidad y capacidad de interlocución con los equipos intermedios, sostenidos por la vigencia y permanencia del nivel central.

La propuesta de reestructuración del nivel técnico ministerial formulada en 1996-1997 con el evidente objetivo de reducir el aparato central, mantenía solo cinco Programas que estarían a cargo de personal que era definido como polivalente. En este contexto la tuberculosis quedaba reducida a una "prioridad" atendida por un solo funcionario cuyo tiempo debería distribuirse entre tuberculosis y parte de quince "prioridades" más. Como contrapartida, otros integrantes de este equipo dedicarían parte de su tiempo a la tuberculosis independientemente de su experiencia y conocimiento en la materia y del crédito que pudieran tener con sus interlocutores del nivel intermedio. La experiencia de otros países demuestra los resultados negativos de tales reestructuraciones (57).

Cabe hacer presente que, en el contexto en que estaba operando esta reforma, la palabra "prioridad" carecía de real sentido pues no era la expresión conceptual de una consideración especial de ciertas actividades sobre otras, ni en aspectos administrativos ni tampoco en lo presupuestario. En estas condiciones el cambio de Programa a "prioridad" sólo podía significar una pérdida de presencia del Programa de Tuberculosis en el nivel Central.

En definitiva esta “reestructuración” no pudo ponerse en práctica, pero el daño producido a todos los niveles de la Red fue difícil de reparar.

c) En cuanto al impacto posible sobre el futuro del PCT de las medidas que corresponden a la etapa actual del proceso de reforma, y sus repercusiones en la factibilidad de alcanzar las sucesivas metas de eliminación, ésto dependerá directamente de la forma en que sean puestas en práctica dichas medidas. Diversas interrogantes surgen, particularmente en relación con los Servicios de Atención Primaria, con la autonomía de los establecimientos hospitalarios y con la organización y funcionamiento de las trece Autoridades Sanitarias regionales.

De importancia definitiva serán los resultados de la Reforma en la Atención Primaria:

- ¿Se logrará obtener y mantener tuición técnica suficiente para el cumplimiento de las actividades básicas del PCT, es decir, las que realiza el nivel primario? (80% del éxito depende del programa de este Nivel).
- ¿Con la Reforma se fortalece o se debilita la infraestructura de Servicios Primarios?
- ¿Se logrará mantener el espíritu de trabajo de Salud Pública o será reemplazado por un criterio asistencial individual?

## 10. COMENTARIO GENERAL.

Durante las etapas cumplidas por el proceso de reforma en Chile, se ha tratado, con éxito relativo, de mantener las actividades de control de la tuberculosis en todos sus aspectos (concepto de Programa; estructura, funciones, gratuidad, estrategias), definiéndolo (en la terminología de la Reforma) como un bien público. El éxito ha sido relativo, ya que la autonomía de los diversos niveles de administración en Salud está orientada a su capacidad de abatir costos, reduciendo o eliminando la estructura de coordinación del Programa, lo cual en la práctica ya está ocurriendo.

El Programa de Control de la Tuberculosis en Chile, no se ha integrado al proceso de reforma, salvo en aspectos formales, (incentivo al resultado de compromisos de gestión, por ejemplo). El Programa se ha beneficiado de la inercia de una intervención históricamente exitosa en salud, del empleo de la mejor tecnología disponible

y de la evaluación positiva de su impacto epidemiológico. La mejor defensa del PCT ha sido su calidad como instrumento de salud pública y de respuesta a los problemas de salud de las personas en este campo. No ha habido quejas ni problemas significativos por no atención, errores diagnósticos, empleo inadecuado o falta de medicamentos o corrupción en su obtención y distribución. La red de Laboratorios de tuberculosis goza de prestigio, da cobertura completa a las necesidades, la tasa de confirmación de casos sólo por cultivo es excelente (> 30%) y se desarrolla un consistente programa de vigilancia de la resistencia a las drogas utilizadas en el tratamiento de la tuberculosis.

Nuestra perspectiva es defender el PCT en su concepción y estructura operacional actual. La experiencia internacional demuestra que el PCT se puede dañar en forma muy rápida si se desarticula y/o se suprime su estructura, descentralizando el abastecimiento, haciendo competir las necesidades de abastecimiento en drogas e insumos de laboratorio con otras prioridades asistenciales, potencialmente más remunerativas; en suma, postergando y olvidando a la tuberculosis.

Para quienes apoyan la reforma en los términos señalados, es un desafío políticamente peligroso intentar desmovilizar el Programa de Control de la Tuberculosis.

Como la experiencia en diversos países lo demuestra, revertir ese daño puede ser extremadamente costoso y los países pobres seguramente no podrán afrontar esa exigencia. El resultado será aceptar convivir con una endemia de tasas de incidencia progresivamente más altas, con problemas derivados de la Resistencia Múltiple a las Drogas y, en la práctica, fuera de las capacidades de control.

Para finalizar, parece oportuno informar que en Julio del año 2003, el Programa STOP-TB de la OMS distribuyó en todo el mundo un importante documento estimulando la utilización de la estrategia DOTS (TAES). En la carta de presentación del documento, el Dr. Mario Raviglione, Director de Tuberculosis de la OMS expresa: “En países como CHILE, CUBA, JORDAN, OMAN y URUGUAY la estrategia DOTS ha hecho caer las cifras de tuberculosis años tras año, hasta el punto que algunos de estos países tienen tasas inferiores a las de algunas naciones industrializadas ricas” (58).

El Dr. Victorino Farga, comentando la situación del PCT de Chile, (18) advirtió: “Ojalá que esta felicitación de la OMS no tenga que ser ominosamente retirada”. Compartimos la inquietud; pero confiamos en el futuro y en la racionalidad de nuestro país.

## Referencias

1. Ministerio de Salud. Registro Nacional de Tuberculosis. Chile, año 2003.
2. Ministerio de Salud. Depto. de Estadística e Información de Salud.
3. Schilling W, Epidemiología y Vigilancia de la Tuberculosis en la República Democrática de Alemania. Bol. UICter Vol 65, N°2 – 3, 1990.
4. Zúñiga M, Situación epidemiológica de la Tuberculosis en Chile: evaluación y perspectivas. Rev. Chil. Infect. 1998; 15: 249-262.
5. Styblo K, Evaluación y Recomendaciones del Programa de Control de la Tuberculosis de Chile, Rev. Chil. Enf. Respir. 1998; 14: 104 – 115.
6. Ministerio de Salud. “Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000 – 2010”. Div. Rectoría y Regulación, Depto. Epidemiología, Primera Ed. Octubre 2002 pp. 20 – 21.
7. Zúñiga M, Chile inicia la primera etapa de eliminación de la Tuberculosis. Rev. Chil. Enf. Respir. 2000; 16: 105 – 110.
8. OPS/OMS Reunión Regional de Evaluación de los Programas Nacionales de Control de la Tuberculosis, México D.F. Sept. 2000. OPS/NCP/NCT176/00.
9. Ministerio de Salud, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Normas Técnicas. Actualización, 1996.
10. Styblo K, Epidemiology of tuberculosis. Selected papers 24 KNCV. The Hague, 1991.
11. Díaz S., Delgado A., y Pereda E. Epidemiología de la Tuberculosis en Chile, Rev. Serv. Nac. de Salud Vol II N°1 pp 5 – 40 (1957).
12. Zúñiga M., Epidemiología de la Tuberculosis, Bol. Hig y Epidem. La Habana, Cuba, Vol 1 (1963) pp 23 – 28.
13. Yáñez A, Evolución de la Tuberculosis en Chile, Rev. Méd. Chile 1980; 108: 1175 – 1181.
14. Farga V. Tratamiento abreviado de la Tuberculosis, Rev. Méd. Chile, 1980 ; 108:41
15. Yáñez A, Valenzuela P, Aplicación operacional del tratamiento abreviado de la tuberculosis (TA – 78) en la Región Metropolitana de Santiago, Rev. Méd. Chile 1981; 109:695.
16. Farga V., Valenzuela P., y cols. Tratamiento abreviado de la tuberculosis con y sin pirazinamida en la segunda fase (TA-80). Rev. Méd. Chile 1983; 111: 750.
17. Farga V, Valenzuela P, y cols. Tratamiento abreviado de la tuberculosis con un esquema de 7 meses con una fase intensiva diaria de un mes (TA-81). Rev. Méd. Chile 1984; 112: 290
18. Zúñiga M, Situación de la Tuberculosis en Chile 2002 y su posible evolución. Rev. Chil. Enf. Respir. 2003; 19: 179 – 191.
19. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis Evaluación año 2002. Public. Unidad TBC, División Rect. y Reg., Depto. Salud de las Personas. Ministerio de Salud, Junio 2003.
20. OMS, Directrices para los Programas Nacionales. Org. Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 1997.
21. UICter, Manejo de la Tuberculosis. Guía para los países con escasos recursos económicos, 5° Ed. 2000, París.
22. OPS, Control de Tuberculosis en América Latina. Manual de normas y procedimientos para programas integrados. Población científica N°476, 1979.
23. Yáñez A, El diagnóstico oportuno de la Tuberculosis. Rev. Chil. Enf. Respir 1997; 13: 51-54.
24. Rouillon A, Perdrizet S y Parrot R, La transmisión del bacilo tuberculoso. El efecto de la quimioterapia.
25. Farga V. ¿Cómo curar el 100% de los enfermos tuberculosos? I. Evitando el desarrollo de resistencia bacteriana, Rev. Chil. Enf. Respir. 1996; 12: 196-197.
26. Farga V, ¿Cómo curar el 100% de los enfermos tuberculosos? II. Diagnosticando oportunamente todos los casos. Rev. Chil. Enf. Respir. 1997; 13: 49 – 50.
27. Farga V, ¿Cómo curar el 100% de los enfermos tuberculosos? III. Previniendo los abandonos del tratamiento, Rev. Chil. Enf. Respir. 1997; 13: 115 – 122.
28. Anderson B, “Concurrencia por síntomas en casos pulmonares con examen directo positivo”. Bull WHO 1963; 29: 1685.
29. Nagpaul A, A socio-epidemiological study of outpatients, WHO Brasil 43, 1, 1970.
30. OPS/OMS, Reunión regional de Directores de Programas Nacionales de Control de la Tuberculosis. Informe final, octubre de 1998, Río de Janeiro, Brasil OPS/HCP/HCT/132/98-99.
31. OPS/OMS, Informe final de la Primera Reunión Sub-regional de países de Baja Prevalencia

## Referencias

- de Tuberculosis. San José, Costa Rica, Dic. 1999.
32. OPS/OMS, Informe final de la Segunda Reunión Sub-regional de países de Baja Prevalencia de Tuberculosis. Montevideo, Uruguay, Enero 2001.
  33. WHO/KNCV, Surveillance of Tuberculosis in Europe. EURO TB. Report on tuberculosis cases notified in 2001.
  34. Zúñiga M y Rojas M, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Avances hacia la eliminación, Rev. Chil. Enf. Respir. 2002; 18: 55 – 65.
  35. Comstock G y Cauthen G, Epidemiology of Tuberculosis in : “Tuberculosis, a comprehensive international approach”. Edited by L. Reichman y E. Hershfield. Lung biology in health and disease. Vol 66.
  36. J.A. Sbarbaro. “Eliminación” de la tuberculosis o de los programas de control. Bol. UICTER, Vol. 65, N° 2 – 3. Junio – Sept. 1990.
  37. Styblo K, Expected decrease in the tuberculosis incidence during the elimination phase. How to determine its trends?. La Haya, Agosto 1997.
  38. Styblo K. La eliminación de la tuberculosis en Holanda. Bol UICTER, Vol. 6 N° 2 –3, 1990.
  39. Broekmans J, Estrategias futuras para el control de la tuberculosis en los países de Baja Prevalencia. Mantenimiento de un Programa de Tuberculosis en la fase de eliminación. Bol. UICTER, Vol. 65 N°2 – 3 Junio – Septiembre 1990. SIN 1011 7911.
  40. Grange J M, Factores que deben considerarse en los programas de erradicación de la tuberculosis, Bol. UICTER, Vol. 65, N° 2 – 3, 1990.
  41. Bleiker M A, Tasa anual de infección tuberculosa, encuesta y test de tuberculosis. Bol. Unión Int. Tuberc. Enf. Resp. Vol. 66, 1991.
  42. OPS/OMS, Informe 3° Reunión Subregional de países de Baja Prevalencia. Santiago de Chile, Octubre 2003.
  43. Broekmans J, Evaluation of Applied Strategies in Low Prevalence Countries. RNTA, The Hague, Netherlands.
  44. Broekmans J F, Migliori G B, Rieder H L, Lees J, Ruutu P, Loddenkemper R, Raviglione M C, Working group report. European framework for tuberculosis control and elimination in countries with a low incidence. Eur Respir J, 2002; 19 : 765 – 775.
  45. Dyle C, Tuberculosis 2000 – 2010 : Control, but not elimination, Int J Tuberc Lung Dis 4 (12) S146 – S152. 2000 IUATLD.
  46. Stop-TB, W.G. on DOTS – PLUS for MDR – TB. A prioritized research agenda for DOTS-PLUS for Multidrug – Resistant tuberculosis (MDR-TB).
  47. Valenzuela P, Piffardi S, Lepe R, Velasco M, Panorama actualizado de la Resistencia a fármacos antituberculosos. Rev. Chil. Infect. 1998; 15: 225 – 233.
  48. Styblo K, Impacto de la infección VIH en la Epidemiología Mundial de la Tuberculosis. Bol. Unión Inter. Tuberc. Enf. Resp., Vol. 66, N°1, 1991.
  49. Kochi A. Programas gubernamentales de intervención sobre la infección VIH/Tuberculosis. Bol. Unión Int. Tuberc. Enf. Resp. Vol. 66, 1991.
  50. Yáñez Y, Bachelet M, Valenzuela MMT, Valenzuela P, Henríquez A y Child R, La infección por VIH y sus consecuencias para la endemia tuberculosa en Chile. Bol Of Sanit Panam 1995;119 (2)
  51. Chaulet P. Avec le réforme du secteur de la santé, que devient la santé respiratoire ?. Int. J. Tuberc Lung Dis 1998; 2 (5): 349 – 359, IUATLD.
  52. World Bank, Financing health services in developing countries: An agenda for reform. Washington: World Bank, 1987.
  53. World Bank, World Development Report 1993. Investing in Health. New York. Oxford University Press 1993. 3151.
  54. WHO Report on the tuberculosis epidemic, Ginebra 1997. “The law of unintended consequences” (Brazil) pp 22 – 23.
  55. Min Salud Cuba, OPS, Harvard Univ., TDR (OMS, PNUD, Bco. Mundial), “Expert Consultation Meeting on the Impact of Health Systems Reform on the control and Prevention of Infectious Diseases in Latin America and the Caribbean”. April 2002, Havana, Cuba.
  56. Ministerio de Salud de Chile, Política de Salud del Gobierno del Presidente Frei, 1998 y 1999. Énfasis y prioridades. Santiago, Chile.

57. Zúñiga M, Rojas M, Valenzuela P, y Yáñez A, Programa de Control de la Tuberculosis. Situación actual y perspectivas en un proceso de reestructuración, *Rev. Chil. Enf. Respir.*, Octubre 1988; 170 – 174.
58. WHO Stop TB Initiative, *TB Advocacy Report 2003*. ISBN 92, WHO/CDS/TB 2003. pag. 321.
59. WHO Stop TB Initiative, *First meeting of the Public-Private Mix Subgroup for DOTS expansion*, Geneva, WHO/CDS/TB/2003. pág. 317.
60. Org. Mundial de la Salud, *Global Tuberculosis Control. WHO Report 2004*. Geneva.
61. Hanson C, “Expanding DOTS in the context of a changing Health System”. WHO, Geneva, 2003.
62. Montoya C, *Seguridad Social administrada por privados*, *Cuad Méd Soc (Chile) 2004*; 44 (2): 81-90.
63. Montoya C, Marchant L, *The effect of economic changes on health care and health in Chile*, *Int. J. Health Planning and Management 1994*; 9 (4): 279-294.