

La eliminación de la tuberculosis como problema de Salud Pública. Situación de Chile en el año 2008

MANUEL ZÚÑIGA G.*

Tuberculosis elimination as a public health problem. Situation of Chile in 2008

In this communication the most relevant aspects, both positive and negative, of the evolution of the Chilean Tuberculosis Control Program in the last 15 years are synthetically presented, including the completed phases of the process which should lead to the goal of elimination of Tuberculosis as a public health problem (incidence < 5/100.000). To attain this effect the requisite of previously overcoming the intermediate phases of "threshold of elimination" (< 20/100.000) and "advanced elimination" (< 10/100.000) was established. Besides pointing out the different kinds of difficulties met until now in this process and the fulfillments reached in the precedent phases, the current epidemiological and operational situations are described alongside with the new obstacles which the Tuberculosis Control Program has faced since the second semester of 2008 and the possible paths of solution, from which the consecution of the sanitary goal for the year 2010 depends.

Key words: Tuberculosis control, threshold of elimination, advanced elimination

Resumen

En esta comunicación se presentan de manera sintética los aspectos más relevantes, positivos y negativos, de la evolución del Programa de Control de la Tuberculosis en los últimos 15 años, incluyendo en este periodo las etapas ya cumplidas en el proceso que debe conducir a la meta de eliminación de la TBC como problema de Salud Pública (Tasa < 5 x 100.000). Para este efecto se estableció como requisito superar las metas intermedias previas: "umbral de la eliminación" (< 20 x 100.000) y "eliminación avanzada" (< 10 x 100.000). Junto con señalar las dificultades de diverso orden encontradas hasta ahora en este proceso y los éxitos obtenidos en etapas precedentes, se define la situación epidemiológica y operacional actual, los nuevos obstáculos que el programa ha debido afrontar a partir del 2º semestre del año 2008 y las posibles perspectivas de solución, de las cuales depende la consecución de la meta sanitaria para el año 2010.

Palabras clave: Control de la tuberculosis, umbral de eliminación, eliminación avanzada.

1. Antecedentes y primeras etapas "Hacia la Eliminación"

En diversas publicaciones de Organismos Internacionales de Salud y de expertos de reconocida solvencia, a comienzos de la década de los noventa se postulaba la posibilidad de transformar los Programas de "Control" de la Tuberculosis en Programas de Eliminación. Para este propósito, se establecían los requisitos necesarios, se formulaban recomendaciones, estrategias y pautas de trabajo y se advertía respecto a las dificultades que se podían presentar en los

países de baja prevalencia para asegurar el mantenimiento de los programas en fase de eliminación¹⁻⁴.

Para Chile no era fácil asumir la responsabilidad de pasar al objetivo de eliminación, a pesar de los buenos resultados obtenidos a partir de los años 70-73. Esto debido principalmente a que entre 1995-1997, el Programa Nacional de Tuberculosis afrontaba una situación particularmente difícil. En ese período, el proceso de reforma del sector salud, impulsado por el Banco Mundial, se aplicaba en Chile de acuerdo a las recomendaciones establecidas en sus infor-

* Encargado del Programa de Eliminación de la Tuberculosis, Ministerio de Salud, Chile.

mes de los años 1987 y 1993⁵⁻⁷. En la década de los ochenta, las líneas principales de este proceso, fueron: a) la descentralización, mediante creación de Servicios Regionales con relativa autonomía y la Municipalización de la Atención Primaria (consultorios y postas); b) la separación de funciones (creación de FONASA), para materializar la diferenciación de la gestión técnica operacional de la financiera; y c) el apoyo al sector privado (creación de las ISAPRES), sentando las bases del sistema de seguro público de enfermedad, todo ello para dar cumplimiento a uno de los objetivos del plan básico del Banco Mundial: hacer pagar a los usuarios tanto del sector privado como de los Servicios de Salud Pública, que de esta forma pasaban a convertirse en “clientes”⁸.

En una segunda etapa, en la década de los noventa, se consolidan las ISAPRES, participando empresas transnacionales en lo que denominaron “el negocio de la Salud” y se reestructuró el nivel superior del sistema público de salud, con el propósito de reducir el aparato técnico central. Se postuló además la eliminación de programas específicos, argumentándose que esto sería consecuencia de la necesidad de redefinir su carácter de acuerdo a la “transición epidemiológica” que estaría viviendo el país.

En este contexto, difícil, como se señala al inicio de estos comentarios, el Programa de Tuberculosis logró finalmente evitar su desmovilización manteniendo su estructura y las actividades de control de acuerdo a los conceptos centrales básicos establecidos en sus Normas Técnicas y administrativas en lo relativo a funciones, cobertura universal, gratuidad y estrategias que lo definen como un “Bien Público”, en la terminología de la reforma⁹. Por sobre todo, la perspectiva de ese momento fue evitar la desarticulación de su estructura y la descentralización del abastecimiento de medicamentos e insumos de laboratorio, que haría competir a la tuberculosis con prioridades asistenciales más remunerativas, modificarían lo esencial de su calidad de programa de salud pública y lo llevarían inevitablemente a su desmovilización¹⁰.

A la defensa del programa, que permitió su continuidad como tal en los años siguientes, contribuyeron las opiniones del eminente experto internacional Dr. Karel Styblo, quien en un informe muy valioso publicado en 1997, calificó a Chile como “uno de los pocos países en el mundo que ha logrado un decrecimiento ininterrumpido de las tasas de Tuberculosis (TBC) desde los años setenta” y anunció que se podría dar inicio a la fase de eliminación si se alcanzaba la tasa

de < 20 por cien mil, que él consideraba próxima¹¹.

En el mismo sentido, de reconocimiento de los avances logrados en Chile y de posibilidades de iniciar la fase de eliminación, se manifestó OPS/OMS en documentos oficiales¹².

En realidad, la mejor defensa del programa, era y ha sido hasta ahora, su calidad de instrumento de Salud Pública, que da respuesta a los problemas de salud de las personas en este campo específico, sin discriminaciones, y la evaluación positiva de su impacto epidemiológico¹³.

Por otra parte, cambios favorables del personal directivo del Ministerio de Salud, ubicados en posiciones clave, y una mayor flexibilidad respecto a la continuidad de los programas, hicieron posible reiniciar las actividades en los términos previstos en las Normas Técnicas, después de superar los daños ocasionados por la llamada “extinción de los programas”⁸⁻¹⁴.

Sobre esta base positiva, el programa postuló ante las autoridades ministeriales el desarrollo de una nueva etapa, destinada a obtener la eliminación de la tuberculosis como problema de Salud Pública para el año 2020. La proposición fue aceptada y luego complementada por las definiciones acordadas por el “Grupo de países de Baja Prevalencia” organizado por OPS/OMS, que establecieron como metas parciales para este propósito el llamado “umbral de eliminación” (< 20 x 100.000), seguida de una meta intermedia denominada “eliminación avanzada” (< 10 x 100.000).

El Ministerio hizo suya la meta intermedia de “eliminación avanzada” en calidad de objetivo sanitario a alcanzar en el año 2010¹⁵.

La continuación del programa bajo este nuevo enfoque positivo y la renovación del apoyo del Ministerio tuvo éxito, dándose cumplimiento a la primera meta “umbral” en el año 2000: 19,9 x 100.000 para la TBC en todas sus formas y 17,9 x 100.000 para la incidencia (casos nuevos).

A pesar de estos buenos resultados y del antecedente favorable que significaba haber alcanzado en un 100% el objetivo inicial, las etapas siguientes del proceso de reforma de la salud, cumplidas en los primeros años de la década del 2000, generaron nuevas dificultades para el desarrollo del programa de tuberculosis. En particular, la aprobación y puesta en práctica de la “Ley de Autoridad Sanitaria”, que incluía importantes modificaciones estructurales del Sector Salud, tuvo repercusiones negativas, que afectaron la organización del programa y la disponibilidad de recursos: numerosos profesionales,

integrantes de los “Equipos Técnicos de Tuberculosis” (ETT), que funcionaban a nivel de las direcciones de los 28 Servicios de Salud del sistema público, fueron destinados a otras funciones, para cubrir las necesidades de contar con personal con experiencia en Salud Pública, que se generaron en las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIS) como consecuencia de dicha ley. La mitad de los ETT fueron prácticamente desmantelados, creando nuevas necesidades de capacitación de personal técnico para las tareas del nivel intermedio, que es crítico para el desarrollo del Programa de Tuberculosis, por la responsabilidad que este nivel tiene para asegurar el cumplimiento de las actividades operacionales básicas de localización de casos y de tratamiento en la Atención Primaria.

En ese mismo período, el presupuesto para la tuberculosis se redujo drásticamente, limitándose sólo al necesario para asegurar los insumos de laboratorio y los medicamentos, situación que la Subsecretaría de Salud comunicó oficialmente a los Servicios de Salud¹⁶.

Las restricciones señaladas obligaron a suspender durante dos años las principales actividades de capacitación de personal profesional (Cursos de Epidemiología y Control) y de evaluación global del Programa (Reunión Nacional de Evaluación). Estas importantes limitaciones se produjeron justamente cuando se generaban mayores necesidades de supervisión, capacitación y evaluación.

Por otra parte, también por esta causa hubo una importante reducción de la capacidad de los laboratorios de bacteriología de tuberculosis en todo el país, los que no pudieron complementar o reponer su equipamiento en los términos previstos por el Instituto de Salud Pública (ISP).

Naturalmente las modificaciones desfavorables que afectaron la estructura y el funcionamiento del Programa, tuvieron un negativo efecto en la situación epidemiológica. No resulta aventurado considerar que las medidas restrictivas adoptadas, se originaron en falta de voluntad política para apoyar el Programa de TBC, puesto que no fueron consecuencia de una reducción general del presupuesto de Salud, hecho que no ocurrió en ese período.

Posteriormente, otro cambio favorable en el personal directivo del Ministerio de Salud, permitió una nueva reactivación del programa, con un aporte presupuestario mayor. La elaboración, impresión y amplia distribución de las Normas Administrativas y Técnicas del Programa, que confirmaban su carácter de Bien Público, actualizadas en el año 2005 y aprobadas por resolu-

ción del Ministro de Salud, hicieron posible intensificar las actividades y recuperar el paso necesario para alcanzar la meta sanitaria fijada para el año 2010¹⁷.

2. Situación epidemiológica y operacional

A pesar de las dificultades señaladas, la situación epidemiológica que se registra en Chile y la evolución observada en los últimos 15 años, se considera altamente positiva. En el contexto internacional, Chile ocupa un lugar destacado en la Región de las Américas, como consecuencia de un decrecimiento sostenido de la incidencia de la enfermedad, mayor que el observado en la región en su conjunto y en casi todos los países que la integran. En la actualidad es uno de los 4 países que constituyen el grupo llamado de “baja prevalencia”, al cual OPS/OMS ha dado vigencia convocándolo a reuniones separadas del resto de los países, a fin de facilitar el intercambio de experiencias orientadas “hacia la eliminación” y a registrar experiencias de utilidad para los demás países.

En la Tabla 1, elaborada en base a la información contenida en el informe anual que publica la OMS¹⁸, se comparan las tasas de TBC en todas formas y de TBC pulmonar bacilífera (BK D+) en los años 1990 y 2005 en Chile. Las reducciones -71,7% en “TBC-todas sus formas” y -75% en TBC Pulmonar-BK D+, son las mayores observadas en los países del grupo de baja prevalencia, incluyendo EE.UU. y Canadá.

El análisis de las tendencias anuales en la región, efectuado mediante el método exponencial, durante un período aún más largo (1980-2003), permite observar la notable evolución de la mortalidad en Chile, que después de ser uno de los países con más altas tasas en los años iniciales del período, pasa a ser uno de los más bajos en los años finales (Figura 1)¹⁹.

La evolución detallada de la incidencia anual (1990-2007) se presenta en la Figura 2, en la cual queda de manifiesto el impacto epidemiológico negativo producido en los períodos en los que la estructura y gestión del programa fueron afectados por decisiones desfavorables de las autoridades ministeriales.

Confirman esta apreciación los datos contenidos en la Tabla 2, en la que se presenta la información relativa a la evolución de la morbilidad (casos notificados, “TBC-todas sus formas” y casos nuevos) y de la mortalidad en el período 2000-2006.

Para observar la reducción de la incidencia

Tabla 1. Carga estimada de Tuberculosis en las Américas, 1990 y 2005

Países	TBC Todas las formas					TBC Pulmonar BK + (D)*				
	1990		2005		Reduc. Tasa %	1990		2005		Reduc. Tasa %
	n	Tasa	n	Tasa		n	Tasa	n	Tasa	
Chile	6.960	53	2.377	15	-71,7	3.116	24	1.058	6	-75,0
Costa Rica	681	22	622	14	-36,4	306	10	279	6	-40,0
Cuba	3.227	31	1.057	9	-71,0	1.452	14	475	4	-71,4
Uruguay	1.049	34	957	28	-17,6	472	15	429	12	-20,0
EE.UU.	23.976	9	13.499	5	-44,4	10.717	4	5.978	2	-50,0
Canadá	2.423	9	1.522	5	-44,4	1.086	4	679	2	-50,0
R. Américas	482.843	66	351.703	39	-40,9	215.578	30	156.585	18	-40,0

Reduc= reducción; BK+ (D)= baciloscopia +. Fuente: Informe OMS 2007- Global Tuberculosis Control.

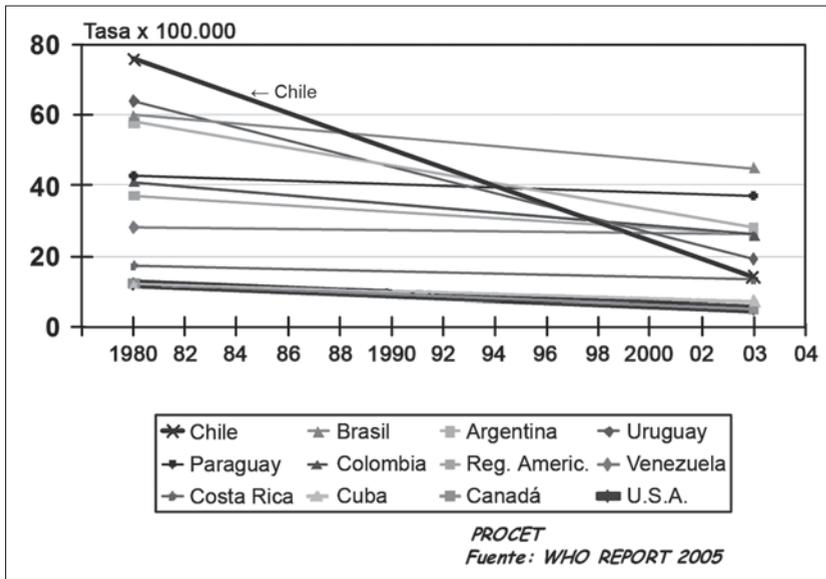


Figura 1. Tendencia de la morbilidad por Tuberculosis en la Región de las Américas. 1980-2003. Reg. Americ.: Región de las Américas.

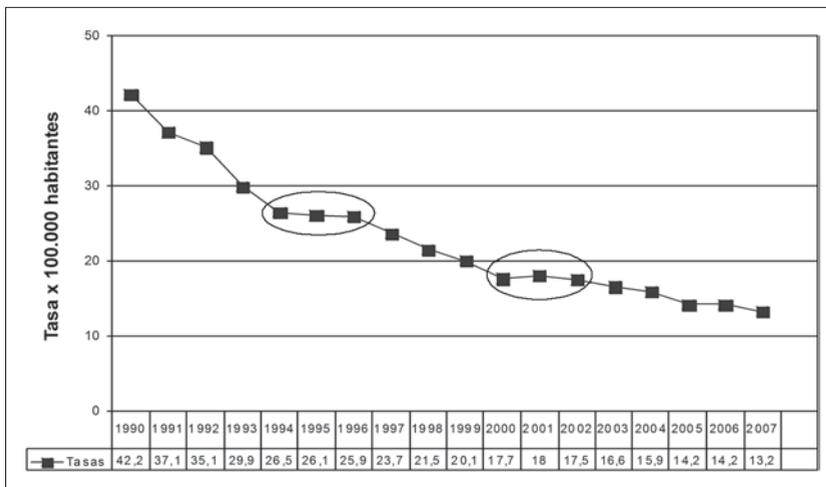


Figura 2. Morbilidad por tuberculosis en Chile 1990 -2007: casos nuevos, todas las formas de tuberculosis.

Tabla 2. Morbilidad y Mortalidad por Tuberculosis casos notificados todas las formas, incidencia (casos nuevos) y muertes. Chile, Decenio 2000-2006

Años	Casos Notificados TBC todas las formas		Casos Nuevos (Incidencia)		Muertes	
	n	Tasa	n	Tasa	n	Tasa
2000	3.021	19,9	2.718	17,9	276	1,8
2001	3.119	20,0	2.809	18,2	318	2,1
2002	3.016	19,6	2.755	17,7	308	2,0
2003	2.908	18,3	2.642	16,6	289	1,8
2004	2.794	17,4	2.557	15,9	267	1,7
2005	2.546	15,7	2.316	14,2	233	1,4
2006	2.559	15,6	2.334	14,2	277	1,7
2007	2.463	14,8	2.266	13,7	-	-
2008	2.462	14,7	2.275	13,6	-	-

*Tasas por cien mil habitantes. -Último dato oficial de mortalidad (INE), corresponde al año 2006.

Tabla 3. Evolución de la incidencia de Tuberculosis, todas las formas (casos nuevos), por trienios. Chile 1993-2007

Trienios 1993-2007	Incidencia TBC todas las formas		Diferencia puntos intertrienial	Diferencia Tasas Reducción porcentual (%) (trienial)	Reducción % Promedio anual
	Casos (n)	Tasa trienal (promedio)			
1993-95	14.499	27,4	-	-	-
1996-98	10.656	24,3	-3,1	-11,2	-3,7
1999-01	8.582	18,8	-5,5	-22,6	-7,5
2002-04	7.954	16,7	-2,1	-11,2	-3,7
2005-07	6.916	14,0	-2,7	-16,1	-5,2

*Tasas por cien mil habitantes. Fuente: Registro Nacional de Tuberculosis.

en sus rasgos más generales, evitando las fluctuaciones anuales, que a veces no dependen de causas epidemiológicas, se ha elaborado la Tabla 3, en la cual la evolución de la endemia se presenta mediante la comparación de tasas trienales correspondientes al período 1993-2007. La comparación entre trienios permite concluir que las mayores reducciones de la incidencia se registraron en el trienio 1999-2001 comparado con el anterior (1996-1998), es decir, después de superado el período difícil de “eliminación de programas” (con una reducción trienal de 22,6%). Nuevamente, mejora la situación en el último trienio considerado, 2005-2007, en relación al anterior 2002-2004, en el cual el programa redujo su actividad por falta de recursos suficientes.

Al margen de estas consideraciones, la Tabla 3 demuestra, además, que a pesar de la evolución favorable de la morbilidad, la magnitud que

todavía alcanza la endemia es preocupante: la notificación registrada desde 1999 en adelante, ya superado el llamado “umbral de eliminación”, alcanza a 23.452 casos en 9 años. La magnitud de esta cifra invita a no olvidarse que la tuberculosis aún existe y que es necesario mantener un adecuado nivel de actividades para evitar eventuales regresiones.

En todo caso, la situación de la TBC en Chile no es de extrema gravedad; es la que corresponde a un país de baja prevalencia, con tendencia declinante sostenida, aunque con reducción de la velocidad de descenso en los últimos años.

La baja acentuada de la tuberculosis en los niños es una de las señales epidemiológicas que confirman el diagnóstico de “tendencia en declinación”. En la Tabla 4 se presenta la evolución de tasas específicas en los grupos de edad de 0-4 y de 5-14 años, que muestran que la TBC

Tabla 4. Tuberculosis infantil según edad y sexo. Chile, años 1984, 1994, 2000 y 2007

Edades (años)	1984		1994		2000		2007	
	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem
0 - 4	7,4	7,8	3,9	3,5	0,8	1	0,9	0,2
5 - 14	8,9	10,9	3,8	4,1	2,3	1,9	0,8	1,9

Mas= masculino; Fem= femenino. *Tasas Específicas x 100.000

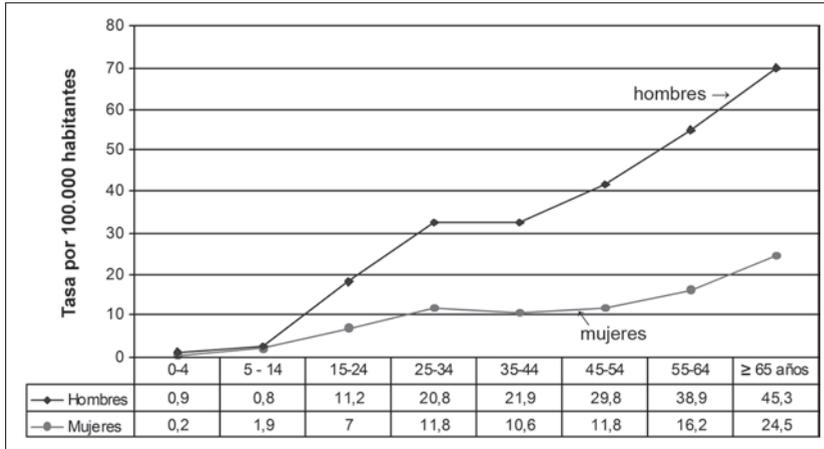


Figura 3. Distribución por sexo y edad de la Tuberculosis en todas sus formas. Chile, 2007. (*) Tasas específicas por sexo y edad / 100.000 habitantes. (**) Fuente: Registro Nacional de Tuberculosis.

infantil, aún presente en 1984, llega a niveles mínimos en el año 2007, en tanto que la meningitis tuberculosa en menores de 5 años, prácticamente ha desaparecido.

La distribución por edades y sexo (Figura 3), sigue el modelo que corresponde a países desarrollados de baja prevalencia, con la mayor proporción de casos y las mayores tasas específicas, desplazadas hacia los grupos de edad avanzada, con una creciente razón masculino/femenino que en los grupos de más edad es superior a 2,5.

Por otra parte, considerando las metas milenio de reducir a la mitad para el año 2015 las tasas de morbilidad y de mortalidad existentes en 1990, el Programa ha cumplido con amplitud dichas metas puesto que las tasas en 1990, 46,7 x 100.000 (morbilidad) y 5,0 (mortalidad), se han reducido a menos de la mitad antes del año 2000: 22,8 de morbilidad en 1999 y 2,4 de mortalidad en 1998.

La posibilidad de alcanzar la nueva meta milenio propuesta en Chile para el año 2015, estimada en la tasa 7,5 x 100.000, dependerá de la mantención de la reactivación del programa iniciada el año 2007.

Avances hacia la eliminación

En el año 2008, la incidencia nacional (casos nuevos) se mantuvo en niveles similares a los registrados en 2007 (13,6 x 100.000). Sin embargo, la estratificación que se realiza para calificar el grado de avance por Servicios de Salud, permite pensar que existen perspectivas positivas al incrementarse significativamente la proporción de la población de Chile que habita en zonas donde ya se ha alcanzado la meta en eliminación o se está muy próximo de ella. Los grupos estratificados son los siguientes:

	% población país	Tasas
I : Con tasas < 10 x 100.000	32,8	9,4
II : Tasas 10-14 x 100.000	41,7	13,0
III: Tasas 15-19 x 100.000	16,1	17,9
IV: Tasas >20 x 100.000	9,4	23,1

En la Figura 4 se comparan los resultados de los avances en los años 2007-2008 y en ellos se destaca el aumento de la población incluida en los grupos I y II, que pasan de 67,1 al 74,1%, con tasas que indican que en cerca de las tres cuartas partes del país, se alcanzará la meta

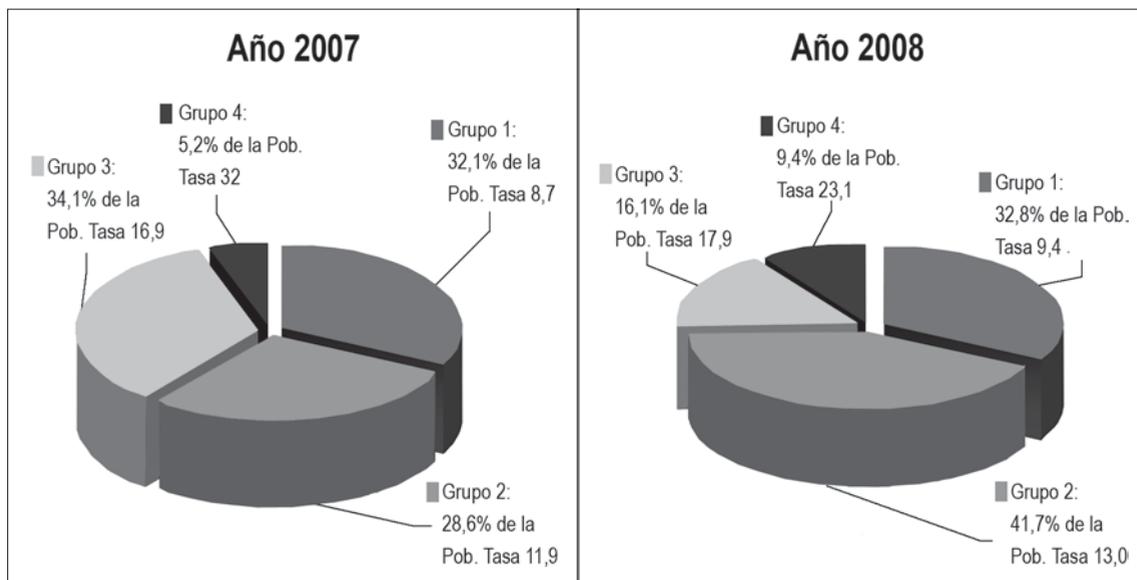


Figura 4. Avances hacia la eliminación de la Tuberculosis: Incidencia por grupos de Servicios años 2007-2008.
 * Distribución porcentual de la población según clasificación de los Servicios en los siguientes grupos de incidencia: Grupo 1: < 10/100.000 habitantes. Grupo 2: 10-14,9/100.000. Grupo 3: 15-19,9/100.000. Grupo 4: 20 y más/100.000.

propuesta, y que en el período 2007-2008, una tercera parte de la población de Chile ya vivía en regiones con tasas inferiores a 10 x 100.000, es decir en áreas definidas como de “eliminación avanzada”.

Con estos resultados es posible esperar que aún sea factible alcanzar la meta nacional el 2010, aunque algunas regiones con poca población y endemia elevada no lo logren.

Situación Operacional

La localización de casos mediante la bacteriología es la medida preventiva por excelencia, porque protege a la población sana eliminando las fuentes de infección mediante la localización, diagnóstico precoz y tratamiento de los casos detectados. Es la actividad central que define el carácter de Salud Pública del Programa de Tuberculosis.

Las actividades bacteriológicas de búsqueda o tamizaje se efectúan mediante baciloscopias y cultivos, para intentar localizar tanto los casos multibacilares, como los paucibacilares, que frecuentemente son sólo positivos al cultivo. La búsqueda se orienta a la pesquisa entre sintomáticos respiratorios consultantes adultos de los Servicios de Salud (pesquisa relativamente pasiva) y, en los últimos años, a la búsqueda activa en grupos especiales de alto riesgo, donde habitualmente las tasas son más elevadas.

La meta OMS para esta actividad es lograr una tasa de detección que llegue por lo menos al

70 % de la incidencia esperada, meta que Chile ha superado con amplitud.

En Chile se efectúan anualmente aproximadamente 300.000 baciloscopias de diagnóstico. En el año 2006 fueron 308.684 y en 2007, 284.233. Los cultivos realizados fueron 167.352 en 2006 y 169.180 en 2007.

Además de estas baciloscopias y cultivos de diagnóstico, se efectúan otras actividades bacteriológicas: control mensual de los tratamientos, estudios de sensibilidad a los fármacos antituberculosos, tipificación de micobacterias y detección de casos monorresistentes, polirresistentes y multirresistentes.

En la última Evaluación Nacional del Programa, efectuada en noviembre de 2008, se recomendó mantener las acciones de localización en los pacientes sintomáticos respiratorios consultantes espontáneos a los Servicios de Salud, sin insistir en aumentar las cifras actuales. En cambio, se intensificará la búsqueda activa de casos en los grupos vulnerables, que el programa ha identificado en los últimos años, mediante estudios del riesgo según determinantes sociales. La calificación de riesgo se efectúa aplicando normas que han permitido incorporar esta información en el Registro Nacional de Tuberculosis. Para este trabajo es indispensable mantener e intensificar la actividad extramural y de relación intersectorial, que corresponde organizar a las SEREMIS y a las Direcciones de Servicios de Salud.

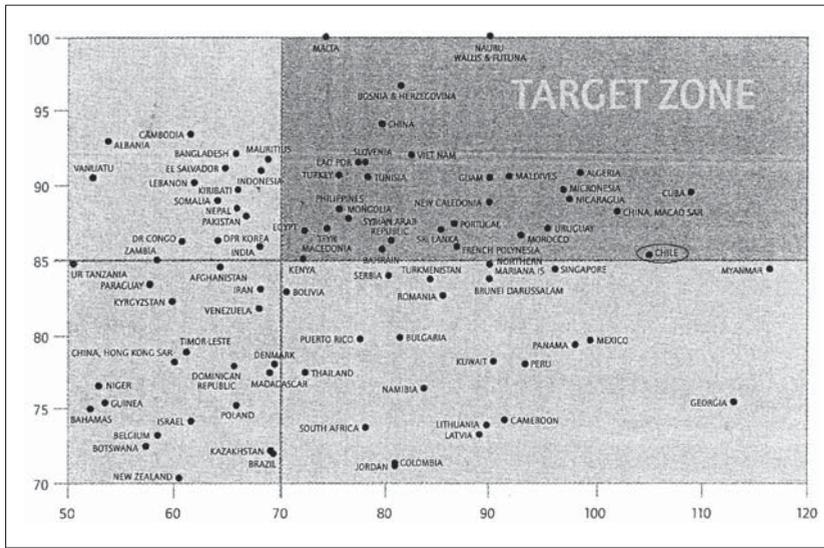


Figura 5. Representación gráfica con que la OMS califica los principales resultados operacionales de los programas de control. En la abscisa se califica la meta de detección de nuevos casos bacilíferos en relación a la incidencia esperada (meta OMS: al menos 70%). En la ordenada se presenta la proporción de casos curados en relación al total tratado mediante tratamiento supervisado (DOTS); meta OMS: 85%. WHO Report, "Global Tuberculosis Control", 2009.

Las actividades relacionadas con el tratamiento de los pacientes detectados, constituye otro aspecto operacional fundamental del programa. La negativización de los casos mediante quimioterapia normada y directamente supervisada, se evalúa midiendo las tasas de curación obtenidas en cohortes semestrales de casos nuevos. Este es el segundo elemento que la OMS considera en la evaluación de los programas y para ese efecto ha propuesto la meta de alcanzar por lo menos el 85% de curaciones. El programa de Chile ha logrado alcanzar esa meta en los últimos años, con oscilaciones entre 82- 86%.

En su último Informe Anual²⁰, la OMS presenta un gráfico (Figura 1.27 del Informe OMS) en el que se compara la situación operacional de los países, en términos de cumplimiento de las metas de detección y curación.

En ese gráfico que reproducimos aquí como Figura 5, aparece Chile calificado entre los mejores programas del mundo, en el cuadrante superior derecho, sólo superado por Cuba en cuanto a tasas de detección de casos.

Desde un punto de vista de Salud Pública es muy importante el cumplimiento completo de ambos aspectos operacionales, localización de casos y tratamiento, porque de ellos depende la interrupción de la cadena de transmisión de la infección del bacilo desde su reservorio humano. Es una estrategia similar a la que se emplea en los programas de vacunación, en los cuales el corte de la cadena de transmisión y el control de la infección se obtienen mediante la protección de los susceptibles, con niveles útiles de cobertura en la población y gratuidad de las

prestaciones. Por este motivo, ambos programas son calificados como “Bienes Públicos”.

3. Perspectivas

A pesar de la buena situación epidemiológica y operacional que el programa ha logrado, a partir del 2º semestre del año 2008 se han presentado nuevos obstáculos para su desarrollo, los que hacen peligrar la obtención de las metas comprometidas en el camino hacia la eliminación.

En efecto, al iniciarse el 2º semestre del 2008 se plantearon nuevamente limitaciones importantes en los recursos disponibles para las actividades del programa de tuberculosis, cuando una inesperada decisión de la Subsecretaría de Salud, redujo una parte considerable de la asignación presupuestaria ya acordada para el año 2008, señalando que todo el presupuesto aún no ejecutado quedaba cancelado y, por lo tanto, deberían suspenderse todas las acciones que originaran nuevos gastos.

Como resultado de lo anterior, buena parte de las actividades programadas para el último trimestre del año debieron cancelarse. Sólo gracias al apoyo de la Jefatura de la División de Prevención y Control, se pudieron mantener algunas de ellas, como fue el caso de la Evaluación Anual del Programa y la realización del 33º Curso Internacional de Epidemiología y Control de la Tuberculosis, debido al avanzado grado de organización en que se encontraban²¹.

Entre las actividades que debieron suspenderse estuvieron las siguientes: “Estudio de la infec-

ción tuberculosa” cuya primera etapa de capacitación del personal de enfermería estaba prevista para el mes de octubre; la ejecución de actividades de capacitación para personal de consultorios de diversos Servicios; el apoyo a “programas especiales” puestos en práctica o ya organizados, para intensificar las actividades de localización de casos en grupos de alto riesgo y mejorar la adherencia al tratamiento; la impresión de materiales para la capacitación de personal y de Educación Sanitaria, y la participación de Chile en la Asamblea Mundial de Salud Respiratoria, inicialmente comprometida.

La situación se ha agravado el año 2009: Un nuevo enfoque conceptual para el financiamiento del Programa de TBC, anunciado en Diciembre del 2008, reduce sustancialmente el aporte del presupuesto a Salud Pública, indicando que lo esencial de las actividades del programa deben ser financiadas por los Servicios de Salud en base al presupuesto que ellos disponen para todas sus tareas asistenciales.

Bajo este concepto, las acciones bacteriológicas destinadas a la localización de casos, insumos y equipos de laboratorio, que hasta ahora habían sido adquiridas con financiamiento asignado por el programa de TBC, con fondos del presupuesto de Salud Pública, deberán ser financiadas a partir del presente año por los directores de los Servicios, como parte de la actividad asistencial que deben cumplir en relación con cualquier otra patología. Lo mismo se aplica a los insumos radiológicos, utilizados sobre todo para la detección de nuevos casos, en contactos infantiles, en algunos controles de tratamiento y como eventual complemento del diagnóstico clínico-bacteriológico.

La Subsecretaría de Salud también considera que las actividades de capacitación deben ser asumidas y financiadas por los Servicios de Salud y que las funciones de evaluación y asesoría del equipo técnico del nivel central, pueden efectuarse por medio de procedimientos más económicos, para lo cual ha sugerido recurrir a videoconferencias.

En resumen, con estos nuevos enfoques el Presupuesto de Tuberculosis se reduce a los siguientes términos:

- Presupuesto de continuidad. Total previsto para año 2009 (parte del Presupuesto a Salud Pública) = \$ 382.000.000. Se reduce en el nuevo presupuesto, aprobado por la Subsecretaría de Salud a \$ 57.400.000

Conforme a lo operado en años anteriores, el presupuesto correspondiente a medicamentos se

financia separadamente, a través de FONASA, previo estudio de necesidades efectuado por los Servicios de Salud.

Es importante reconocer que este nuevo enfoque implica una verdadera descentralización del programa, la que no está hasta ahora en conocimiento de los directores de Salud. Resulta difícil pensar que ellos puedan asumir responsablemente estas tareas que requieren de una adecuada preparación previa, aun en el caso que la descentralización del Programa de TBC se considerara factible y necesaria. Tampoco se ha comunicado un reforzamiento presupuestario a los Servicios para asumir los gastos adicionales.

En estas circunstancias se ha planteado, con buenas razones, que bajo este concepto de reducción presupuestaria y de pérdida de objetividad y de presencia del nivel central que estas decisiones implican, desaparece el carácter de Salud Pública de este programa.

No se debe olvidar que la endemia de tuberculosis en Chile sigue teniendo trascendencia nacional y que existe una meta ministerial establecida.

La tuberculosis, dado que la mayor parte de la población adulta mayor está infectada por el bacilo de Koch, tiene el potencial de provocar una reversión epidemiológica, como se ha observado en países desarrollados cuando han descuidado sus programas. La ambiciosa meta de Eliminar la Transmisión de la Tuberculosis en Chile como problema de Salud Pública, no admite el debilitamiento de las actividades de control, antes de haber logrado ese *objetivo sanitario*²².

Es por esta razón, que entre las conclusiones de la última reunión nacional de evaluación, efectuada en noviembre de 2008, se acordó insistir que una condición básica para seguir avanzando hacia el cumplimiento de la meta sanitaria, era asegurar la continuidad del programa, manteniendo su estructura, su carácter de “bien público” y su presupuesto.

Bibliografía

- 1.- GRANGE J M. Factores que deben considerarse en los programas de erradicación de la Tuberculosis. Bol UICTER 1990; 65: 57-9.
- 2.- BROEKMANS J F, MIGLIORI G B, RIEDER H L, LEES J, RUUTU P, LODDENKEMPER R, RAVIGLIONE M C. European framework for tuberculosis control and elimination in countries with a low incidence. Eur Respir J 2002; 19: 765-75.
- 3.- SBARBARO J A. “Eliminación” de la tuberculosis o de

- los programas de control. Bol UICTER 1990; 65: 47-8.
- 4.- STYBLO K. La eliminación de la tuberculosis en Holanda. Bol UICTER 1990; 65: 49-55.
 - 5.- WORLD BANK. Financing health services in developing countries: An agenda for reform. Washington: World Bank, 1987.
 - 6.- WORLD BANK. World Development Report 1993. Investing in Health. New York. Oxford University Press 1993; 3151.
 - 7.- CHAULET P. Avec le réforme du secteur de la santé, que devient la santé respiratoire? Int J Tuberc Lung Dis 1998; 2: 349-59.
 - 8.- ZÚÑIGA M, ROJAS M, VALENZUELA P, YÁÑEZ A. Programa de Control de la Tuberculosis. Situación actual y perspectivas en un proceso de reestructuración. Rev Chil Enf Respir 1998; 14: 170-4.
 - 9.- MINISTERIO DE SALUD. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Normas Técnicas Actualización, 1996.
 - 10.- ZÚÑIGA M. Chile inicia la primera etapa de eliminación de la Tuberculosis. Rev Chil Enf Respir 2000; 16: 105-110.
 - 11.- STYBLO K. Evaluación y recomendaciones del Programa de Control de la Tuberculosis de Chile. Rev Chil Enf Respir 1998; 14: 104-15.
 - 12.- 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.
 - 13.- ZÚÑIGA M. La Tuberculosis en Chile: ¿Es posible la eliminación? Cuad Méd Soc (Chile) 2004; 44: 114-61.
 - 14.- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Política de Salud del Gobierno del Presidente Frei, 1998 y 1999. Énfasis y prioridades. Santiago, Chile.
 - 15.- ZÚÑIGA M. Tuberculosis en Chile: del Control a la Eliminación, un camino difícil. Cuad Méd Soc (Chile) 2008; 48: 24-37.
 - 16.- SUBSECRETARIA DE SALUD. Ordinario N° 15 AE/1634 (29.03.04).
 - 17.- MINSAL, PROCET CHILE. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, Manual Organización y Normas Técnicas. 2005. Norma general técnica N° 76. Resolución exenta N° 444 del 4 de Agosto de 2005.
 - 18.- WHO Report 2007.
 - 19.- WHO Report 2005.
 - 20.- WHO Report 2009. Global Tuberculosis Control.
 - 21.- Memorandum B212 /N° 1221, 07.09.08 (de DIPRECE a Subsecretaria de Salud Pública).
 - 22.- REICHMAN L B. Tuberculosis Elimination What's Stop us. Int J Tuberc Lung Dis 1997; 1: 3-11.

Comentario

El "Programa de Control de la Tuberculosis", enfocado ahora hacia la eliminación de la enfermedad, es un orgullo para Chile. En este artículo, el Dr. Manuel Zúñiga, quien lo ha conducido en forma magistral durante los últimos decenios, hace un análisis epidemiológico ejemplar de su trayectoria, éxitos y dificultades. Es edificante comprobar, una vez más, cómo el éxito de una empresa depende esencialmente de su continuidad en el tiempo, y de la habilidad de los que la manejan para sortear los obstáculos que periódicamente conspiran contra su progreso.

A veces por superficialidad, o por falta de información, muchos de los que debieran saberlo mejor, dicen que esta enfermedad ha dejado de ser problema en Chile y proceden a reducir los recursos necesarios para su eliminación. Es increíble que algunas autoridades de salud fijen metas para la eliminación de la tuberculosis y, casi simultáneamente, reduzcan el presupuesto necesario para alcanzar esas metas. Eliminan los recursos mucho antes de la eliminación de la enfermedad.

Ignoran tal vez que la Organización Mundial de la Salud tiene en alerta a todo el mundo por

el peligro que significa la tuberculosis multi-drogo-resistente (TB-MDR) y su mortífera asociación con el SIDA. Toman decisiones opuestas a las de la American Thoracic Society (ATS) y a las del Senado de Estados Unidos, que el año pasado aumentó en 40% el presupuesto dedicado a la eliminación de la tuberculosis, en un país que tiene un problema mucho menor que el nuestro.

Ha sido descrita como una característica del ser nacional, que cuando un proyecto empieza a tener éxito, se le van poniendo obstáculos para hacerlo fracasar. Parece una versión más del llamado Adanismo: "La creación empieza hoy, conmigo, Adán... todo lo que se hizo antes no sirve".

Así es cómo el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis de Chile, como casi al pasar lo menciona el Dr. Zúñiga, para lograr los éxitos que ha alcanzado, ha tenido que ir sorteando los obstáculos que algunos funcionarios, a lo largo de los años, a veces con la mejor de las intenciones, han ido poniendo en su camino.

Dr. Victorino Farga C.