



MARCELO LÓPEZ CAMPILLAY

Medicina, política y bien común:

40 años de historia del programa de
control de la tuberculosis (1973-2013)

López Campillay, Marcelo. **Medicina, Política y Bien Común: 40 años de Historia del Programa de Control de la Tuberculosis (1973-2013)**.
Santiago, Chile: Ministerio de Salud, 2015. 176 p.
(Nº1 Hitos de la Salud Pública en Chile)

- 1.- HISTORIA DE LA TUBERCULOSIS
- 2.- HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA - CHILE

Edición: Andrea Águila. / Tania Herrera
Diseño e impresión: Andros Impresores Ltda.
Imágenes de la portada: Atención de pacientes bajo el tratamiento triasociado y supervisado en el Centro de Enfermedades Broncopulmonares del Hospital San Juan de Dios (Boletín Hospital San Juan de Dios, 1966).
Documento disponible en formato electrónico (PDF) en:
www.patrimoniodelasalud.cl

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE

Subsecretaría de Salud Pública / División de Planificación Sanitaria / Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud
Impreso en Santiago de Chile.

Primera Edición.

1.000 ejemplares

ISBN 978-956-348-078-8

Distribución gratuita, prohibida su venta.

Cualquier reproducción parcial o total debe ser autorizada por escrito por la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud del MINSAL.

© Todos los derechos reservados



Esta publicación está bajo Licencia Creative Commons

MARCELO LÓPEZ CAMPILLAY

**Medicina, política y bien común:
40 años de historia del programa de
control de la tuberculosis (1973-2013)**

Índice

A modo de presentación	7
La Tuberculosis en Latinoamérica Andrea Águila	11
Historia del Programa de Control de la Tuberculosis, 1973-2013 Marcelo López Campillay	17
1. Preámbulo: la tuberculosis y la sociedad en Chile	17
2. La era de la tisis y el inicio de la lucha antituberculosa	23
3. Una nueva estrategia contra una enfermedad social: el preludio del programa de control de la tuberculosis, 1952-1973	45
4. El PCT y el comienzo de la eliminación de un problema de salud pública, 1973-1994	109
5. El PCT hacia el siglo XXI: la meta de la eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública: 1994-2013	135
6. Pasado y presente del PCT: consideraciones finales	158

PROCET: presente y futuro	167
Tania Herrera Martínez	
La reforma sanitaria y el financiamiento del Programa	167
El desconocimiento de la situación de la tuberculosis en Chile	171
La temida reversión epidemiológica y la preponderancia de los grupos de riesgo	173
Perspectivas para los próximos años	174

Prólogo

En tiempos en que nuestros esfuerzos en Salud Pública comienzan a abocarse a las enfermedades no transmisibles y buscamos reducirlas para también reducir el daño que producen a nuestra población, ir a hacia atrás, mirar como en el pasado implementamos políticas públicas exitosas se vuelve necesario para un organismo como el Ministerio de Salud.

Es por ello que damos inicio con este primer libro “Medicina, política y bien común: 40 años de historia del Programa de Control de la Tuberculosis 1973-2013” a la Serie “Hitos de la Salud Pública en Chile”, que busca promover la investigación histórica de las políticas públicas implementadas en este Ministerio a través de la colaboración de todos los estamentos ministeriales en alianza con el mundo académico.

Documentar la historia del Programa de Control de la Tuberculosis, que comenzó a gestarse en la década de los 50, que fue institucionalizado el 26 de junio de 1973, solo meses antes del Golpe de Estado y que logró posicionarse con grandes resultados a pesar de los embates históricos, resulta de máxima importancia para las políticas que queremos desarrollar en la actualidad y hacia el futuro.

Las estrategias implementadas, como la vacunación con BCG, el tratamiento quimioterapéutico, la creación de una red nacional, implementando junto al Instituto de Salud Pública una red de laboratorios, convirtió a esta programa en un modelo que se fue exportando a distintos países de Latinoamérica. De esta manera este Programa constituye un verdadero hito de la salud pública en Chile a destacar y rescatar.

Agradecemos a todos quienes compartieron sus valiosos testimonios, especialmente el Equipo Asesor del Programa de Control de la Tuberculosis, quienes con su vasta experiencia fueron un aporte esencial al desarrollo de esta publicación.

Sirva la lectura de esta obra para reforzar la reflexión y resguardar nuestra memoria de la salud.

Jaime Burrows Oyarzún
Subsecretario de Salud Pública
Ministerio de Salud

A modo de presentación

El libro que tiene en sus manos es el primero de la Serie “Hitos de la Salud Pública en Chile” que la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud, de la División de Planificación Sanitaria del Ministerio de Salud planea editar con el fin de preservar la memoria histórica y registrar las buenas prácticas de la Salud Pública en Chile.

¿Por qué comenzamos esta historia con el Programa Nacional de Tuberculosis? Conversando con salubristas acerca de las Políticas Públicas en Salud que marcaron una época y que pudieron ser incluso replicables en otros países, la lucha anti-tuberculosa que emprendió el país en la década de 1950 era un ejemplo de aquello y no había sido escrita.

Desde la Unidad de Patrimonio nos pusimos en contacto con el Jefe del Departamento de Enfermedades Transmisibles, Christian García, quien nos contactó con la Directora del Programa de Control y Eliminación de la Tuberculosis, Tania Herrera, quienes entregaron un gran apoyo y pusieron a disposición de la investigación todos sus medios y contactos en el tema.

Paralelamente necesitábamos encontrar un historiador que escribiera esta historia, afortunadamente existía en Chile uno cuyo principal tema de investigación era la tuberculosis, Marcelo López del Programa de Estudios Médicos Humanísticos de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile; le presentamos el proyecto, aceptó participar y desinteresadamente se sumó a esta noble empresa de reconstruir la historia de la lucha antituberculosa en Chile y una forma de comprender el papel de la Salud Pública y su relación con la sociedad.

El equipo quedó compuesto entonces por quienes trabajamos en la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud, el equipo del Programa de Control y Eliminación de la Tuberculosis y el Programa de Estudios Humanísticos de la PUC, la construcción de este libro se transformó en un trabajo intraministerial y además extrasector.

Trabajamos con una metodología que consistió en una primera etapa en que se llevaron a cabo entrevistas a diversos profesionales que fueron parte de la implementación del PNT, visitas a antiguos sanatorios en Valparaíso y Putaendo, donde se entrevistaron a pacientes y funcionarios que trabajaron con tuberculosos, luego vino un proceso de contraste entre las entrevistas y fuentes escritas como archivos ministeriales y documentos de la época y finalmente la edición del documento que estás leyendo.

Quisiéramos agradecer a todos quienes apoyaron la investigación y elaboración de este libro, a los entrevistados Zulema Torres, Manuel Zúñiga, Carlos Casar, Álvaro Yáñez, Victorino Farga, Rosario Lepe y María Teresa Valenzuela; a la Encargada de la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud, Karenlyn Mateluna; a los Encargados de Patrimonio Viviana Quevedo del Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso y José Manuel

Ibaceta del Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel de Putaendo; a la Licenciada en Historia Mirian Beltrán, encargada de la revisión documental; a las Secretarías del Programa de Estudios Médicos Humanísticos Tatiana Torrealba e Ingrid Gajardo y a todos aquellos que anónimamente nos entregaron datos, fuentes e ideas en múltiples conversaciones acerca de la tuberculosis.

Los dejamos entonces con esta parte de la historia de la Salud Pública chilena llena de hitos, sucesos, personas y desafíos que buscaron mejorar la salud de todos los chilenos mediante el desarrollo de políticas públicas innovadoras para su época.

Andrea Águila Abarca
Encargada de Gestión Documental
Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud
División de Planificación Sanitaria
Ministerio de Salud

La Tuberculosis en Latinoamérica

Andrea Águila

Durante años la pregunta acerca de si la tuberculosis estaba antes de la llegada de los españoles y portugueses ha preocupado a diversos investigadores e historiadores del área, mientras algunos señalan que fue una enfermedad introducida por los conquistadores, algunos investigadores encontraron evidencia de que la tuberculosis estaba antes de su llegada debido al hallazgo de lesiones atribuidas a la tuberculosis en restos humanos encontrados en el norte de Chile y Perú¹, lo cierto es que con la llegada de los nuevos habitantes a la región, el cambio en los estilos de vida de los indígenas, las condiciones sanitarias y los viajes que comenzaron a ser frecuentes entre América y Europa, la tuberculosis incrementó su mortalidad en Latinoamérica.

¹ Allison M, Mendoza D, Pezzia A. Documentation of a case of tuberculosis in Precolumbian America. *Am Rev Respir Dis* 1973;107:985-91.

Cifosis de columna vertebral por mal de Pott en momia posiblemente guane.



Fuente: Rodríguez, José. Tuberculosis. En: Las enfermedades en las condiciones de vida prehispánica de Colombia. Colombia: Ed. FIAN, 1999. Pag. 219

La tuberculosis junto a otras enfermedades transmisibles como la viruela y el sarampión fueron durante los siguientes siglos una de las principales causas de muerte en la región, pero es cuando estalla la Revolución Industrial cuando los factores sociales que conlleva la tuberculosis detonan y la convierten en la más letal y estigmatizada enfermedad de la época.

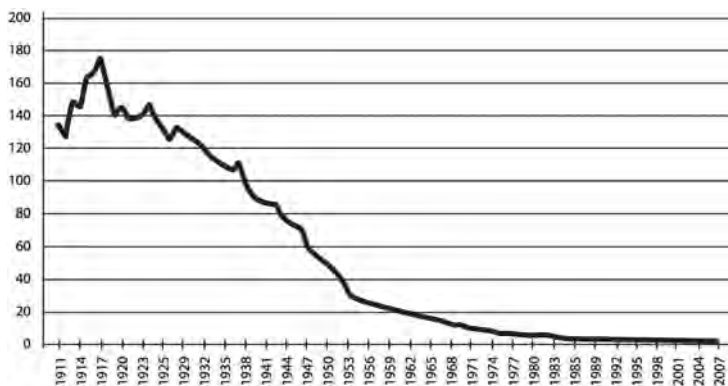
La situación en la región podríamos dividirla en dos, el primer periodo comienza con el descubrimiento del bacilo tuberculoso por parte de Koch, el que fue presentado a la sociedad científica el 24 de marzo de 1882; durante este periodo los médicos pudieron saber a ciencia cierta que esta era una enfermedad contagiosa y contaron con un examen que comprobara la infección en las personas, sin embargo no tenía cura y cerca

del 50% de los enfermos moría en un plazo de 2 a 5 años². Es durante las primeras décadas del siglo XX que los Estados en su conjunto, con mayor o menor avance según sus recursos económicos y humanos, con más o menos apoyo de la Beneficencia, comienzan a implementar medidas para el tratamiento de este tipo de enfermos, algunos comenzaron con la creación de “dispensarios”, lugares que generalmente correspondían a un pabellón en un hospital y en que podían hospitalizar a los enfermos más graves y dar tratamientos paliativos para el resto. “El Dispensario Antituberculoso sería el centro de ‘despistaje’, de profilaxis y tratamiento, con actividad extrahospitalaria, búsqueda y despistaje de los tuberculosos en su casa, trabajo, escuela, prisiones, talleres y sitios de aglomeración”³. Además, comenzaba la construcción de los Sanatorios, estos, basados en los principios que en 1854 promoviera el médico alemán Herman Brehmer, quien señalaba que un lugar situado por encima del nivel del mar haría aumentar la presión cardíaca y con ello la circulación pulmonar, además de una dieta rica y abundante, algo de alcohol, hidroterapia y ejercicio físico, todo bajo supervisión médica; fue replicada en los países de las Américas, donde se construyeron al menos un sanatorio de este tipo por país, los cuales aún así no daban abasto para la cantidad de casos que tenían y las condiciones sociales en que seguía viviendo su población.

² Sáez Arturo. Impacto del contacto hispano-indígena en la salud de la población de Chiloé. Un caso de tuberculosis en el Cementerio Puqueldón 1. Magallania (Chile), 2008. Vol 36(2): 167-174.

³ Varela-M., Cecilia. Historia de la lucha antituberculosa en Honduras. Rev Med Hondur 2005 (suplemento No 2): 66-80.

Tuberculosis en Argentina 1911-2007



Fuente: Botinelli (1954) y estadística suministrada por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Dr. Emilio Coni.

El segundo periodo de la tuberculosis en las Américas está marcado por la llegada de la vacuna y la quimioterapia, además de la inclusión de la Salud Pública y el Estado en su tratamiento y erradicación. A partir de la mitad del siglo XX los países comienzan a implementar la vacunación con BCG en sus maternidades, pero es en 1955 cuando un importante avance para el combate de la enfermedad es implementado, la interacción de 3 medicamentos: la estreptomina, el ácido paraaminosalicílico y la isoniacida logran ser el tratamiento adecuado para la cura de un gran porcentaje de infectados. Con estas medidas los países organizan sus primeros atisbos de Programas Nacionales de Tuberculosis, fortaleciendo los antiguos dispensarios, se detectan los casos y se les da tratamiento ambulatorio, algunos incluso les ayudan con comida y con visitas domiciliarias, haciéndose cargo del determinante social implícito en la enfermedad, las muertes por esta causa en los próximos 30 años comenzarán a disminuir drásticamente, los sanatorios son utilizados como hospitales generales y en la década de 1970 los países comienzan a crear sus Programas Nacionales de Tuberculosis (3), que continuarán dando segui-

miento a la detección, tratamiento y prevención del contagio de esta enfermedad.

Sin embargo, según cifras de la Organización Panamericana de la Salud⁴, el 2010 se estimaron alrededor de 267.000 casos incidentes de TB en la región de las Américas, cifra que equivale a 29 por 100.000 habitantes (rango de estimación: 24 a 34 por 100.000 hab.).

Más de dos tercios (69%) de todos los casos incidentes estimados de TB ocurrieron en América del Sur (países andinos: 30%; otros países: 39%), 14% en el Caribe, 12% en México y Centroamérica, y 5,5% en América del Norte.

Recuadro 1. Región de las Américas: los 10 países con el mayor número estimado de casos incidentes de TB

Nº	País	Casos incidentes de TB	%	Porcentaje acumulado
1	Brasil	85.000	32	32
2	Perú	31.000	12	43
3	Haití	23.000	8,6	52
4	México	18.000	6,7	59
5	Colombia	16.000	6,0	65
6	Bolivia (Estado Plurinacional de)	13.000	4,9	70
7	Estados Unidos	13.000	4,9	75
8	Argentina	11.000	4,1	79
9	Venezuela (República Bolivariana de)	9.700	3,6	82
10	Ecuador	9.400	3,5	86
	Otros	37.880	14	100

La tuberculosis en la región de las Américas

⁴ Organización Panamericana de la Salud. La Tuberculosis en la Región de las Américas. Washington: OPS, 2011

La carga de la TB en relación con la población fue más alta en el Caribe, con 78 casos incidentes estimados por 100.000 habitantes, seguido de América del Sur (países andinos: 61; otros países: 40), México y Centroamérica (24), y América del Norte (4,2 por 100.000).

En los 20 últimos años las tasas de incidencia estimada han bajado continuamente en todas las subregiones, salvo el Caribe, donde se observó una disminución de la incidencia solo en los últimos años.

La lucha contra la tuberculosis en las Américas aún no está ganada y es necesario no bajar la guardia ante una enfermedad que vemos lejana, la Salud Pública, los Programas Nacionales de Tuberculosis se ven enfrentados a nuevos retos como la interacción de VIH con tuberculosis, la tuberculosis multi-resistente y la tuberculosis extremadamente resistente, seguir avanzando en la detección de casos y el tratamiento oportuno, además de la prevención del contagio siguen siendo preocupación del siglo XXI.

Historia del Programa de Control de la Tuberculosis, 1973-2013

Marcelo López Campillay

1. Preámbulo: la tuberculosis y la sociedad en Chile

En 1933 la revista *Zig-Zag* reseñó la vivencia de un paciente afectado por tuberculosis del siguiente modo:

Un caballero chileno contrae un día el temible bacilo de Koch. Los médicos le recomiendan, como inmejorable, el clima de Suiza. “Ahí usted sanará”, le dijeron. Pero no sucedió así. El caballero chileno seguía sintiendo en sus pulmones las puñaladas de la tisis. Entonces, nuestro buen compatriota, seducido por el prestigio de la ciencia alemana, se traslada a una clínica de Berlín.

Un sabio teutón, tisiólogo por excelencia, lo ausculta detenidamente. Estudia a su nuevo enfermo. Después de un largo instante de meditar, le dice:

-Efectivamente, usted tiene una tuberculosis avanzada:

Una pausa. Luego agrega:

-¿Sabe usted dónde está Sudamérica?

-Sí doctor, responde nuestro compatriota.

-¿Sabe usted dónde queda Chile? —insiste el facultativo.

-Sí, doctor —responde el tuberculoso chileno

-Pues bien, señor —receta el especialista en pulmones—, váyase

usted a Chile, busque un pueblecito que se llama San José de Maipo y, si en ese clima no se mejora, péguese usted un tiro⁵.

El diálogo sostenido entre el facultativo y el enfermo es históricamente elocuente, toda vez que, con un cierto aire de crudeza, expone las limitadas expectativas de sanación que existían en torno a la tuberculosis en los primeros decenios del siglo XX en nuestro país. El pasaje es uno de los tantos cientos de testimonios con que la prensa chilena evidenció la presencia inconfundible de la denominada *peste blanca* en la vida social chilena de aquellos tiempos y es el punto de partida de un camino que empezamos a dibujar desde este instante.

El caso más representativo de las denominadas *enfermedades sociales*, la tuberculosis, ha constituido uno de los eventos indelebles de la historia de la salud en nuestro país no debido solamente a los aspectos etiológicos, terapéuticos o estadísticos que la caracterizan. Un examen histórico de su derrotero permite descubrir un cúmulo variopinto de experiencias científicas, profesionales, educativas, sociales, económicas, políticas y humanas como bien ha sugerido la reciente historiografía de la salud. Esta complejidad no es un obstáculo para la investigación histórica. Al contrario, es una tribuna privilegiada para indagar en los múltiples significados que la sociedad chilena ha atribuido, tanto a la experiencia humana de enfermar y sanar como a las respuestas que hemos organizado a los retos que ha planteado la tuberculosis como un tema individual y colectivo.

La cita de la revista *Zig-Zag* que hemos traído a colación remite a aquel cosmos multifacético que alcanzó la peste blanca en nuestro país hacia la década de 1930. Varias son las escenas

⁵ Revista *Zig-Zag*, 30 junio de 1933, 37.

que se desprenden de sus páginas. Por un lado, la alusión a la zona de San José de Maipo revela la validez de las propiedades terapéuticas de un recurso médico centenario a nivel mundial, el *clima*, que en esa zona condesaba propiedades favorables para el tratamiento de los enfermos de tuberculosis (temperatura templada, altitud moderada) y de las enfermedades pulmonares en general. A su vez, el mismo testimonio nos acerca a la faz dramática que la peste blanca representaba para miles de personas que, por diversas razones, no podían desplazarse a regiones que reunieran las cualidades climáticas del valle del Maipo, y, por lo que, ante un estado avanzado de tuberculosis, la muerte, el padecimiento personal y el de sus familias solían ser una posibilidad cierta. Por su parte, en el plano estrictamente organizacional-terapéutico, la ciencia médica estaba restringida a valerse del aislamiento de los tuberculosos en pabellones hospitalarios o en establecimientos especializados denominados *sanatorios para tuberculosos*. En estas instituciones médicas las personas que ingresaban debían someterse al *régimen dietético-higiénico*, una fórmula instaurada en el siglo XIX en Europa y que combinó un reposo al aire libre (mañana y tarde) junto a una abundante alimentación tres veces al día (carne, leche, mermeladas, huevos, etc.) Este método curativo demostró ser efectivo solamente para personas que reunieran dos condiciones: un diagnóstico que enseñara una tuberculosis no avanzada y la disposición a someterse a meses o años de disciplina sanatorial. La conjugación de ambos factores no fue una tarea fácil de organizar en el espacio sanatorial, pero fue una posibilidad que estuvo al alcance de la medicina chilena y mundial.

Otro aspecto no mencionado explícitamente en el artículo, pero que fue un factor que integró el contexto histórico en la que se redactó la nota de *Zig-Zag*, fue el conjunto de acciones emprendidas a nivel nacional por el poder público para

enfrentar los nocivos efectos epidémico-sociales que encarnó la tuberculosis. En este sentido, un hito clave lo hallamos en 1929, año en que se organizó el denominado *primer plan científico antituberculoso*. Este proyecto puede ser tildado como el paso que inauguró la política antituberculosa moderna, en tanto fue elaborada con la asesoría de médicos salubristas y especialistas en tuberculosis, los *tisiólogos*, financiada con fondos fiscales en una suma de 20 millones de pesos mediante la Ley n° 4.678, la que fue promulgada el 7 de noviembre de 1929.⁶ El plan apuntó principalmente al aumento de camas para los hospitales San José y Salvador (Valparaíso), obras para la preservación de la infancia en las ciudades cabecera de provincias, mejoramiento de los policlínicos existentes y la construcción de varios sanatorios para tuberculosos en la zona central del país, estos se materializaron con la inauguración del *Hospital Sanatorio para Tuberculosos El Peral* (1938), actual hospital Sótero del Río, el *Sanatorio de Putaendo* (1941) y el *Sanatorio de Valparaíso* o también conocido como Sanatorio Las Zorras (1942). Desde el punto de vista legislativo, esta política de salud para la tuberculosis fue valiosamente complementada por la *Ley de Medicina Preventiva* (1937), que entre otros detalles valorables resultó ser una vital herramienta para la detección temprana de los casos de tuberculosis, hecho que, indudablemente, incrementó las posibilidades de una atención médica y social a las personas afectadas por el bacilo.

En consecuencia, observada en perspectiva, la década de 1930 puede ser vista como un momento bisagra en la historia de la peste blanca. A partir de ese instante podemos enmarcar dos momentos históricos bien delineados dentro de un proceso de

⁶ López Campillay, Marcelo. “Un plan científico para combatir la peste blanca: origen del Hospital Sanatorio El Peral, 1927-1938”, en *Anales Chilenos de Historia de la Medicina*, 16, 1, mayo 2006, 73.

largo aliento en torno a la forma en que Chile intentó hacer frente al fenómeno tuberculoso. El primero se identifica con el período que se comenzó a gestar en el siglo XIX y que podemos calificar como el de la *tuberculización de la sociedad*. En esta fase la enfermedad condensó en gran medida los problemas sociales que las enfermedades infecciosas engendraron en una sociedad chilena que paulatinamente experimentó las luces y sombras de la modernización. El impacto de este fenómeno se hizo sentir en varios planos de la escena social, a saber: el auge de la vida urbana; la irrupción de la organización laboral y productiva del mundo industrial, especialmente luego de la guerra del Pacífico; la escolarización de la población; altas tasas de morbilidad y mortalidad derivadas de epidemias infecciosas; y la laboriosa instalación de las bases de la salud pública moderna. Para 1879 la *Revista Médica de Chile* acusó la “devastadora marcha triunfal” de la tuberculosis, una sentencia que resumía los estragos sociales que la endemia ocasionaba y que de algún modo desnudaba las limitaciones que la salubridad tenía ante ese fenómeno. Luego, un segundo período que podemos identificar es el de *era de los antibióticos*, que tuvo una indudable repercusión en el tratamiento de las enfermedades infecciosas, específicamente a contar de 1943 gracias a la aislación de la estreptomomicina alcanzada por el joven investigador Albert Schatz, pero cuyo crédito internacional se le atribuyó a su jefe de investigación, Selman Waksman, quien recibió el Premio Nobel en 1952 por tal contribución. Este acto fue el punto de partida de la aplicación antibiótica en el campo de la tuberculosis y los primeros avances exitosos en pacientes se realizaron entre 1944-1945 en la Clínica Mayo (EE.UU.). A partir de este momento se sumaron al nuevo arsenal anti-tuberculoso la *hidracida* (1952) y la *rifampicina* (1970), todo ello fue fundamental para que en el transcurso de la segunda mitad del siglo XX el mundo de la medicina saldara una de las

grandes deudas que sostuvo por décadas con miles de enfermos de tuberculosis, esto es, un tratamiento efectivo contra la enfermedad que pudiera ser aplicable a toda la población. Si tenemos presente que en Chile durante la década de 1920 se calculaba que la enfermedad cobraba anualmente 20.000 vidas, en un país con cerca de 4.000.000 de habitantes aproximadamente, no es difícil conjeturar que la irrupción de una solución terapéutica positiva no podía sino generar profundas esperanzas en muchas familias, y, seguidamente, demandas ante las autoridades sanitarias y políticas para la aplicación de aquella innovación médica.

La historia del *Programa de Control de la Tuberculosis* (PCT), que institucionalmente se funda en la década de 1970, es el epítome de aquella etapa en que el sistema médico chileno recurrió a las nuevas herramientas terapéuticas que desde 1944 brindó el mundo científico a los profesionales de la salud. Sin embargo, para apreciar nítidamente la magnitud de los cambios que cristalizaron con la creación del programa antituberculoso, hemos estimado pertinente trazar una mirada histórica a ciertos aspectos que se remontan a la primera etapa en la que la sociedad chilena comenzó a reaccionar institucionalmente ante el avance tuberculoso, específicamente en las postrimerías del siglo XIX. A lo largo de este itinerario de más de un siglo, han despertado nuestra atención la imagen social de la enfermedad, el desarrollo de la salud pública, el papel de las profesiones de la salud y los enfermos, y la relación existente entre la esfera de la salud y la sociedad chilena. Importan destacar estos factores porque a partir de ellos podemos trazar los principales hilos conductores donde guiar nuestro examen histórico respecto de los esfuerzos que, con aciertos y fracasos, emprendieron diversas generaciones para enfrentar la tuberculosis. Precisamente, en el devenir de esa historia el PCT emerge como la maduración de una empresa política, sanitaria,

profesional y humana para resolver exitosamente un problema social centenario.

Las cuatro décadas de vida que ostenta actualmente el PCT no solo retratan la historia reciente de una estrategia organizada por la salud pública chilena para hacer frente a la endemia. Su trayectoria conmina a conocer la evolución de una respuesta organizada institucionalmente que comenzó a desplegarse a partir de la segunda mitad del siglo XIX en torno a una interrogante esencial *¿Cómo hacer frente a la tuberculosis articulando los avances de la ciencia y el bienestar de la población?* La ruta histórica que delinearemos respecto del PCT es el camino que paulatinamente siguió nuestro país a partir de la década de 1950 para responder a esa interrogante, atendiendo a un conjunto singular de circunstancias sociales, económicas, culturales y políticas.

Pues bien, para comenzar nuestra narración deseamos remontarnos brevemente al siglo XIX para recoger algunos elementos particulares del impacto social de la *tisis*, denominación que recibió la enfermedad en aquella centuria. De este modo aspiramos a señalar algunas singularidades que ofrece el PCT en la historia de nuestra la salud pública y, ciertamente, en la evolución del vínculo histórico que como sociedad chilena hemos sostenido con las enfermedades.

2. La era de la tisis y el inicio de la lucha antituberculosa

2.1. El avance de la peste blanca en el siglo XIX

En el despuntar del siglo XIX, en pleno desarrollo de las guerras de independencia, en gran parte de Latinoamérica, un informe del médico y cosmógrafo peruano José Gregorio Paredes presentado a las autoridades limeñas en 1814 hizo algunas revelaciones importantes acerca del estado sanitario de Chi-

le. El documento, titulado *De las enfermedades observadas en Chile durante quince años de residencia*, congregó varias informaciones respecto las condiciones sanitarias locales y destacó un rasgo que ya había sido llamativo para los cronistas del período colonial: el país contaba con un clima privilegiado para vivir de manera saludable. De modo efectivo, sostuvo que “Chile era un país sano”, aunque evidentemente existían enfermedades, simples, pero “agudas i de marcha mui rápida”, según consignó Paredes. El *chavalongo* o tífus, el reumatismo y la sífilis eran algunas de las enfermedades *príncipes*, escenario que amplificaba su morbilidad y mortalidad en virtud de ciertas conductas vinculadas al consumo de alimentos vegetales y bebidas en forma desregulada que originaban los famosos *empachos*.

En lo concerniente a la tisis, el médico peruano confesó un hecho bastante revelador para nuestra narración, y que la siguiente cita resume:

La tisis, la enfermedad de todos los climas es en Chile más bien secundaria que no esencial i procedente de causas más accidentales que de predisposiciones conjénitas.⁷

De esta manera, a juicio del funcionario del virreinato, las bondades del clima y la “fisonomía regular de sus naturales” hacían que en Chile la tisis no tuviere un carácter protagónico.

El benevolente panorama que hemos descrito experimentó un rotundo cambio al mediar el siglo XIX. A ojos de Luis Alberto Tirapegui, un joven médico titulado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en 1861, el país se había

⁷ “Medicina. Documentos a ella relativos i a la historia de las enfermedades en Chile. Comunicación de don Wenceslao Díaz a la Facultad de Medicina en su sesión del 10 de junio de 1863”, en *Anales de la Universidad de Chile*, diciembre de 1863.

involucrado en un verdadero “cambio de civilización”. En su memoria titulada *Investigación de las causas que tan frecuente han hecho en Chile, en los últimos años, la tisis pulmonar, e indicacion de las medidas hijiénicas que convendria emplear para removerlas*, previno respecto del nuevo estatus que esta enfermedad había alcanzado en la jerarquía de epidemias y endemias del país. ¿Cuál era la razón que explicaba ese cambio? Para el novel doctor no había duda en que existía una nueva cultura material, que denominó como “el avance de la vida moderna”, la que repercutió en los patrones que definieron por décadas y quizás centurias la salud de la población chilena. Tal percepción la describió del siguiente modo:

Hace cuarenta años, Chile, este hermoso país tan querido del cielo, no presentaba entre sus hijos sino unos pocos escrofulosos que iban a buscar la salud en los variados climas que el territorio posee, o que arrastraban una existencia valetudinaria en el centro de las poblaciones hasta que los progresos inevitables de la enfermedad terminaban su vida. Hoi el cuadro ha variado singularmente; i lo que es más difícil de encontrar, es una organización pura, sin un vicio mas o ménos arraigado; los escrofulosos son innumerables, i la tisis pulmonar llena nuestros hospitales i roe la existencia de la sociedad entera⁸.

Los testimonios de los doctores Paredes y Tirapegui, escritos con casi 50 años de diferencia, expresan manifiestamente cómo en el lapso de unas cuantas décadas la tisis pasó a ser un instructivo reflejo de aquello que los historiadores han

⁸ Tirapegui, Luis Alfredo. “Investigación de las causas que tan frecuente han hecho en Chile, en los últimos años, la tisis pulmonar, e indicacion de las medidas hijiénicas que convendria emplear para removerlas. Memoria para el certamen de la Facultad de Medicina en 1861”, en *Anales de la Universidad de Chile*, 2º semestre, tomo XIX, 1861, p. 724.

denominado como una *enfermedad de la civilización*. En efecto, como anticipamos, las transformaciones producidas por la densificación poblacional de los centros urbanos, la baja calidad de la vivienda urbana, el crecimiento demográfico, deficiencias alimentarias, el impacto del hacinamiento, entre otros factores, erigieron a la tisis, junto a otras epidemias infecciosas (viruela, tifus, sífilis, difteria, etc.), en la faz sanitaria de la irrupción de la modernización en Chile. Dicho de otro modo, el cambio de civilización se tradujo en la instalación de un problema mayúsculo para la naciente salud pública nacional, especialmente a contar de la segunda mitad del siglo XIX.

Acerca de este contexto es evidente que la interrogante relativo a cómo debía plantarse la autoridad ante el progreso creciente de la tisis ocupó un lugar central en el debate público. Naturalmente, las diversas exposiciones que muchos médicos perfilaron en memorias, artículos y columnas de opinión merecían atención porque sus proposiciones, teóricamente, podían favorecer la resolución de los problemas sanitarios ocasionados por las epidemias infecciosas. Este propósito no era quimérico, por cuanto en aquella centuria la sociedad chilena conocía una experiencia positiva de una campaña sanitaria pública. Hablamos de la vacunación contra la viruela, labor que los diversos gobiernos chilenos desarrollaron desde los albores de la vida republicana mediante el sistema de *Juntas de Vacuna*. Es cierto que esta tarea atravesó muchas dificultades, como las críticas del liberalismo contra la pretensión estatal de instaurar la vacunación obligatoria, la desconfianza de la población a las “invenciones médicas”, y la escasez de personal y de recursos en algunas provincias del país. No obstante, en las postrimerías del siglo la política de vacunación comenzó a ser reconocida como una acción pública positiva como lo demostraba el descenso sostenido de la mortalidad por viruela que evidenciaron las estadísticas.

¿Podía replicarse con el fenómeno de la tisis, la experiencia de la campaña de vacunación antivariólica? Dificilmente podía ocurrir aquello, sobre todo si atendemos al hecho de que la etiología y terapéutica de la peste blanca fue un objeto de una activa discusión que atravesó el siglo XIX. De hecho, las diversas memorias que varios de los egresados de la Facultad de Medicina dedicaron al estudio de la tisis articularon diversas respuestas ante una pregunta fundamental ¿Cuál era la causa de la enfermedad? Entre los principales argumentos que los facultativos utilizaron para determinar lo que a su juicio era la fuente del mal, se acudió a elementos como la influencia del clima, la deficiente alimentación, la escasa higiene de la habitación de los sectores populares, el temperamento de los habitantes, y la herencia. Frente a un escenario en el que abundaban las explicaciones relativos a la causa de la enfermedad, no es difícil concluir que la autoridad enfrentó un serio problema al intentar adoptar una decisión de alcances públicos contra la tuberculosis.

Aceite de hígado de bacalao, uno de los remedios promovidos en el mercado para tratar la tisis en 1861.



Fuente El Ferrocarril.

Con todo, la incertidumbre en torno a la naturaleza de la enfermedad se esfumó en marzo de 1882. Gracias al descubrimiento crucial del médico y científico alemán, *Robert Koch*, quien expuso ante sus colegas la metodología que lo condujo a concluir que el origen de la enfermedad era el *mycobacterium tuberculosis*. Este hito estampó un antes y un después en

la historia de las enfermedades y en la salud pública a nivel mundial. Dentro de las principales consecuencias que conviene traer a colación para el propósito de nuestro examen, podemos mencionar dos fundamentalmente. La primera fue la determinación del *bacilo de Koch* como la causa de la tuberculosis, idea que rápidamente fue asimilada por gran parte de la comunidad médica internacional. Esta legitimación científica de la etiología de la enfermedad desplazó, pero no anuló, los otros factores (alimentación, clima, hacinamiento) que por años habían estado en la palestra como causa de la tuberculosis. La segunda consecuencia digna de mención fue de orden epistemológico. A partir de 1882 se comenzó a consagrar la *bacteriología* como la disciplina que era capaz de entregar un modelo explicativo de las enfermedades, junto con las herramientas metodológicas para descubrir los agentes microbianos causantes de las epidemias infecciosas.

En términos de salubridad, el cambio de concepción de la enfermedad a contar del célebre hallazgo del científico alemán abrió la posibilidad de organizar públicamente la erradicación de la tuberculosis mediante acciones concretas, como podremos detallar a continuación.

2.2. La organización de la lucha antituberculosa: la irrupción de la bacteriología, la participación de la sociedad civil y el trabajo multidisciplinario

El paradigma bacteriológico generó un reordenamiento esencial para planificar la erradicación de las epidemias que asolaban las poblaciones urbanas. En el caso de la tuberculosis, quedó claro que hacia el 1900 el enemigo a combatir era la bacteria y el terreno donde se debía desplegar la lucha era el espacio donde se concentraba esta microscópica amenaza, esto es, la vivienda, especialmente la del proletariado, y los espacios

que concentraban a las personas, como las fábricas, oficinas, cines, transporte público, entre los principales.

En nuestro país, el cuerpo médico y el Estado adhirieron al nuevo paradigma científico de las enfermedades con medidas concretas, como lo demuestran la fundación del *Instituto de Higiene* en 1892, cuya sección bacteriológica fue sede de la labor de destacados impulsores de la microbiología chilena, como Aureliano Oyarzún, Mamerto Cádiz y Alejandro del Río, y la creación de la *cátedra de bacteriología* en 1895. El primer profesor de este nuevo curso fue precisamente el doctor Del Río, quien había obtenido una beca de parte del gobierno chileno para estudiar la naciente disciplina en Alemania. Un efecto quizás tan o más importante que los anteriores se hizo palpable fuera del ámbito institucional. En efecto, la bacteriología reforzó la idea de que los tuberculosos, especialmente los pobres, eran los portadores de una enfermedad altamente infecciosa y letal. Desde esa óptica, quedó abierto el camino para que surgiera la imagen o estigma del tuberculoso como una amenaza para la vida social.

Con todo, el esclarecimiento de la etiología de la tuberculosis no atenuó la discusión acerca de la epidemia. Todo lo contrario. Si consideramos la estadística médica chilena de fines del siglo XIX, las cifras ratificaron la inquietante relevancia de la tuberculosis en las tasas de mortalidad del país. La cuantificación de la enfermedad era un paso básico para resolver una cuestión esencial antes de adoptar soluciones: saber a cuántas personas afectaba la enfermedad. Un episodio bastante revelador del problema que convocó en términos estadísticos la peste blanca está representado por un oficio enviado en 1897 por José Joaquín Aguirre, presidente del *Consejo Superior de Higiene Pública*, al Ministerio del Interior. En ese documento, el doctor Aguirre esbozó una proyección de las mediciones registradas en la mortalidad por tuberculosis

Tabla nº 1. Mortalidad por tuberculosis entre 1892 y 1895.

Año	Muertos por tuberculosis pulmonar	Total de defunciones
1892	7.077	99.274
1893	7.698	90.712
1894	7.714	89.779
1895	6.677	84.225
Totales	29.166	363.990

El promedio de defunciones anuales por tuberculosis para el período indicado fue de 8.010. El tema de fondo que acusó el presidente del Consejo apuntó a que estas cifras diferían abiertamente de los casos reales que se endosaban a la enfermedad. En rigor, Aguirre afirmó que el problema radicaba en la ausencia de precisión en la medición, uno de los dolores de cabeza de la estadística médica nacional. De hecho, según el médico, muchas defunciones que aparecían causadas por neumonías o pulmonías se las calificaba muchas veces como tisis⁹.

A esta dificultada metodológica, hubo que agregar una conducta social que agravaba el problema de la cuantificación. Las personas afectadas por la tuberculosis fueron reacias a solicitar atención en los hospitales ¿Qué razones explicaban ese comportamiento? Podemos especular respecto de algunas. Posiblemente, la ausencia de tratamientos efectivos generó sensaciones de displicencia, resignación o incluso nihilismo ante la enfermedad. También es conveniente atender a que el tuberculoso antepuso vivir la enfermedad y esperar la muerte junto al círculo familiar a la estadía en un establecimiento. De ahí se explica la actitud refractaria hacia el hospital que

⁹ Decretos. Oficio enviado por el Consejo Superior de Higiene al Ministerio del Interior, en Archivo Nacional. Fondo del Ministerio del Interior, 1897, v. 2247, f. 261.

demonstraron los enfermos en general. Este escenario indujo a muchos médicos a sugerir que para estimar una cifra global de la mortalidad por tuberculosis, los resultados que se obtenían de los recuentos de fallecidos en los hospitales necesariamente debían duplicarse en virtud de la existencia de una población de tuberculosos que era invisible para los escrutinios estadísticos.

Por tanto, en el ocaso del siglo XIX el escenario de la tuberculosis estuvo sometido a varias transformaciones que posteriormente determinaron las principales coordenadas en donde se enmarcó un proceso que se alzó como uno de los rasgos distintivos de la historia de la enfermedad y su vínculo con la sociedad chilena en los comienzos del siglo XX. Nos referimos al inicio de la *lucha antituberculosa*. Algunos de los antecedentes que autorizan a hablar de la inauguración de esta etapa en la historia tuberculosa han sido enunciados: la determinación del bacilo como causa de la enfermedad; la bacteriología como el paradigma científico que empezó a revelar los secretos de la enfermedad; el alza sostenida de la morbilidad y mortalidad por tuberculosis; y la progresiva identificación de la enfermedad con la cuestión social.

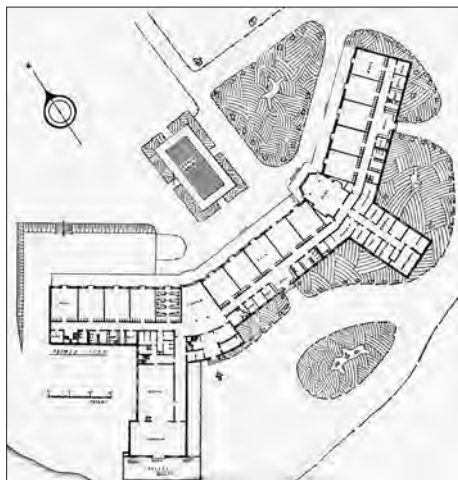
A partir de este cúmulo de experiencias, los grupos dirigentes, sociales y políticos comenzaron a enhebrar en Chile una respuesta al desafío médico-social que personificaba, dramáticamente, la tuberculosis. La lenta ordenación de una creciente voluntad en ciertos sectores sociales por emprender una lucha organizada, con todas las restricciones económicas, políticas y médicas consabidas, es un hecho histórico que reúne los suficientes méritos para señalar que la salud pública moderna en nuestro país, en el contexto de la historia de la tuberculosis, desde la etapa finisecular comenzó a transitar en una nueva escena que comenzó a relegar las experiencias sanitarias del siglo XIX.

Si entendemos por lucha antituberculosa la reunión planificada de esfuerzos y recursos científicos y políticos con la finalidad de detener el avance del mal infeccioso en el país, las décadas de 1890 y 1900 ocupan un lugar destacado. Existen dos argumentos históricos que avalan esta afirmación. En primer lugar, es posible afirmar que el Estado chileno asumió la tarea de combatir la tuberculosis no solo a partir de la inauguración del Instituto de Higiene y la cátedra de bacteriología. Tan o más trascendente que esas obras fue la decisión adoptada en 1897 consistente en la construcción del *primer sanatorio para tuberculosos* financiado por recursos fiscales, medida respaldada por el gobierno del presidente Federico Errázuriz Echaurren. Para esos años la experiencia europea indicaba que si se realizaba un diagnóstico oportuno el establecimiento sanatorial podía ser un instrumento efectivo para el tratamiento de la tuberculosis. En aquel entonces habían existido un par de iniciativas privadas en el valle del Maipo para instalar pequeños sanatorios, sin embargo, el Estado chileno, a partir de diversos ejemplos de la aplicación de la herramienta sanatorial del Viejo Mundo, decidió formular una propuesta.

En 1897 se formó una comisión integrada por los médicos Alejandro del Río, Ramón Corbalán Melgarejo, David Salamanca, Ernesto Soza, y otros profesionales, que comenzó a elaborar los estudios para la instalación de un sanatorio que atendiera la población tuberculosa, perteneciente en su mayoría al proletariado urbano. Luego de un viaje que el doctor Soza realizó por Europa para conocer en terreno las experiencias sanatoriales desarrolladas en algunos países (Suiza, Francia, Alemania) y de examinar las zonas geográficas apropiadas que la región central de Chile ofrecía (cajón del Maipo, Lampa, valle de Aconcagua, San Bernardo) para la instalación de un establecimiento de esta naturaleza en la zona central del país, se determinó que el sanatorio debía construirse en el sector

de Apoquindo. El diseño del proyecto se entregó en 1904, sin embargo el sanatorio de Santiago nunca se materializó porque fue una iniciativa que contó con el auspicio de un gobierno, pero no del Estado. Con esto queremos decir que en los años posteriores la financiación del proyecto siempre estuvo en tela de juicio y con el tiempo dejó de ser una prioridad del Estado. Para ciertos sectores de la sociedad, especialmente grupos de salubristas, la suerte que corrió el proyecto fue un episodio más de la displicencia estatal en materia sanitaria que algunas voces anhelantes de un mayor involucramiento del poder público en el campo de la salud pública siempre acusaron en las últimas décadas del siglo XIX.

Plano del sanatorio Apoquindo (1904), diseño que respondió al modelo arquitectónico mariposa.



El segundo argumento que podemos entregar acerca de la instauración de la lucha antituberculosa moderna tiene relación con aquella crítica sostenida por algunos relativa al débil com-

promiso que había demostrado el Estado hacia la calamitosa realidad de las enfermedades sociales. En enero de 1901 se celebró en Santiago el *Primer Congreso Médico Latinoamericano* y fue una ocasión privilegiada para observar cómo en nuestro continente los diferentes cuerpos médicos de las jóvenes repúblicas, conscientes de los desafíos que les deparaba la interrelación entre salud pública y el progreso social, decidieron acordar pautas de acción comunes. La reunión tuvo dos resultados significativos: abrir un espacio de participación directa a la sociedad civil en la lucha contra la peste blanca y generar un consenso respecto de la profilaxis antituberculosa.

Las medidas que integraron esta suerte de estrategia continental contra la peste blanca fueron doce, de diverso orden, algunas propias de la medicina curativa y otras que auguraron la era de la seguridad social. Podemos subrayar la inclinación por la instalación de sanatorios; la creación de sociedades de seguros contra la tuberculosis; la declaración obligatoria de la tuberculosis; el aislamiento de los tuberculosos en hospitales especiales o secciones separadas de los hospitales generales; y, una que recibió un amplio apoyo, la creación de las *ligas nacionales contra la tuberculosis*¹⁰, la “resolución más notable y trascendental” que formuló el Congreso, según sentenció el diario *El Mercurio*¹¹. Para la *Revista Médica de Chile* estas propuestas apuntaron a superar dos condiciones que explicaban en gran parte el avance de la tuberculosis y el déficit que Chile ofrecía en materia de higiene pública: la “despreocupación” del Estado y los “hábitos inveterados” del pueblo en materia de desaseo¹².

¹⁰ *Revista Médica de Chile*, Santiago de Chile, año XXIX, enero de 1901, 47-48.

¹¹ *El Mercurio*, 8 de enero de 1901, 2.

¹² *Revista Médica de Chile*, Santiago de Chile, año XXIX, enero de 1901, p. 6.

La consecuencia mediata que el congreso médico latinoamericano arrojó para nuestro país fue el protagonismo que asentó una *coalición antituberculosa*, integrada por médicos y personas ligados al mundo de la beneficencia, la que promovió varias obras que articularon el movimiento, como la *Liga contra la Tuberculosis* y la *Asociación de Señoras contra la Tuberculosis*. Sus labores se concentraron en campañas de educación para evitar el contagio del bacilo (aireación de las habitaciones, evitar los esputos sobre todo tipo de superficie, impedir la acumulación de polvo, etc.), difusión de la institución *Gota de Leche* para fortalecer la deteriorada nutrición infantil, y la administración de algunos *dispensarios*, principalmente situados en Valparaíso y Santiago, que se encargaron de realizar una doble función: los exámenes médicos que determinaban si un tuberculoso debía ingresar a un sanatorio y prestar una ayuda en alimentos y ropas a los enfermos y sus familias.

Este despliegue de soluciones canalizó la convicción generalizada acerca de que la *tuberculosis era curable* si se reunían las condiciones apropiadas para el tratamiento de los enfermos: aire puro, alimentación sana y abundante. El movimiento antituberculoso estimó que la institución apropiada para poner en práctica la terapia dietético-higiénica era el sanatorio, y, por tal motivo, entre las décadas de 1910 y 1920 se fundaron unos cuantos establecimientos sanatoriales en Los Andes, Peña Blanca, San José de Maipo, Diaguítas, etc. En suma, podemos afirmar que aquello que hemos denominado como la *organización de la lucha antituberculosa de primera generación*, apeló a la utilización de soluciones institucionales que habían echado raíces en Europa (sanatorios, nutrición materno-infantil) a lo que se sumó la intensificación de campañas educativas entre la población.

El jarabe *Guilliermond*, una de las soluciones que el mercado médico chileno entregaba al público en 1912.



Fuente: *El Mercurio de Valparaíso*.

Estos esfuerzos encomiables constituyeron una respuesta organizada que se prolongó hasta la década de 1930 aproximadamente. Mas, a todas luces resultaron insuficientes para abordar un problema de envergadura pública que involucraba muchas dimensiones que escapaban a las acciones emprendidas por aquella empresa antituberculosa montada desde la sociedad civil. La clausura y reapertura del sanatorio de Peñablanca y el cierre del establecimiento ubicado en Diaguitas, evidenció uno de los talones de Aquiles de esa cruzada: la irregularidad en la provisión de recursos económicos para sostener los establecimientos. La buena voluntad de los benefactores y benefactoras, como Juana Ross, fue tan valiosa como limitada.

Otro motivo que develó las restricciones de la lucha antituberculosa de primera generación fue de orden político. En 1911, en palabras del doctor Soza, unos de sus promotores más activos, indicó que la mortalidad generada por la tuberculosis alcanzó el 17,5% del total de defunciones por enfermedad en

el país y, como acontecía en otras urbes del mundo, en los lugares de mayor densidad demográfica llegaba a un promedio anual de 28,9%. Ante tal panorama y con cierta desazón, Soza acusó que “nuestros poderes públicos aún no han correspondido con algunas medidas prácticas al movimiento universal contra la tuberculosis”¹³.

Esta confesión puede ser vista como la expresión de una sensación de impotencia que fue compartida por quienes se involucraron en la cuestión social sanitaria. Dentro del mundo médico no fue inusual dar fe de un sentimiento de abatimiento pese a los esfuerzos que se realizaban para contrarrestar la tuberculosis. Tal estado anímico que provocaba la existencia de un “enemigo formidable” fue retratado con una severa sinceridad por el doctor Rolando Castañón en la siguiente frase

Estamos solos, solos en este combate titánico; contra nosotros actúan el alcohol, la prostitución, el conventillo, la indiferencia de la gente, más aún, la resistencia que oponen para llegar a los dispensarios, los hospitales en el momento oportuno, cuando se puede luchar con éxito¹⁴.

No es necesario subrayar que el descargo del médico vislumbra el aglutinamiento de un grupo de profesionales de la salud y otros agentes en torno a una convicción: *el problema de la tuberculosis tenía raíces sociales y culturales que no podían ser postergadas si se querían adoptar soluciones plausibles*. En este sentido, no deja de ser ilustrativo que Ramón Subercaseux, el renombrado político y diplomático, al ser interrogado acerca de por qué en Chile la tuberculosis tenía tanto impacto,

¹³ Soza, Ernesto. “Tuberculosis y movimiento antituberculoso en Chile”, en Ferrer, Pedro Lautaro. *Higiene y Asistencia Social en Chile*. Imprenta, Litografía y Encuadernación Barcelona, Santiago de Chile, 1911, p. 369.

¹⁴ *La Federación Obrera*, 18 de marzo de 1922, 1.

toda vez que el país era tierra privilegiada por el sol, “un gran microbicida”, él respondiera develando una causa que era determinante: *la existencia del hambre*¹⁵. En consecuencia, ¿los responsables de la salubridad del país debían abordar los problemas socioeconómicos coligados al crecimiento de la tuberculosis o más bien acentuar los esfuerzos en profilaxis directa contra el bacilo? Fue una interrogante que circuló por años en las filas de los grupos que se movilizaron para hacer frente a las enfermedades sociales.

El ánimo reformista sanitario que develó el desarrollo de la lucha antituberculosa anotó una conquista en 1918, la que debemos sopesar como un precedente de lo que acaeció en el gobierno de Carlos Ibáñez del Campo. En aquel año se promulgó el primer *Código Sanitario* chileno, una iniciativa que había ingresado al trámite parlamentario en 1909. Su realización arroja varias lecturas históricas pertinentes para nuestro examen. En primer lugar, el nuevo instrumento sanitario importó la creación de la *Dirección General de Sanidad*, institución que hizo realidad una vieja demanda el cuerpo de salubristas chilenos, vale decir, una exclusiva entidad ejecutiva para gobernar los asuntos sanitarios del país. Y, en segundo término, el código fue una de las primeras decisiones públicas que hizo eco de aquella atmósfera en la que reinó un ánimo permanente de interpelación al Estado en favor de un mayor compromiso con los problemas de la salud. Esto no significó el divorcio del poder público respecto de la Junta Central de Beneficencia, entidad que tenía a su cargo gran parte de la gestión hospitalaria nacional. Por ahora, es suficiente afirmar que la ley sanitaria de 1918 reforzó el itinerario de una corriente de opinión que desde la década de 1900 fue ganando parti-

¹⁵ *El Despertar de los Trabajadores*, 28 de diciembre de 1915, 1.

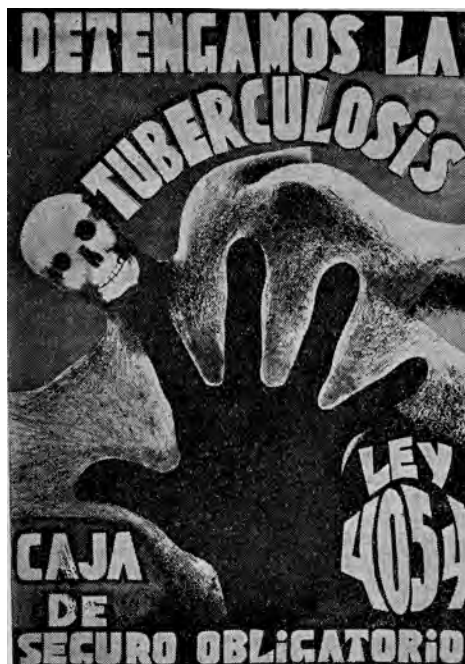
darios en su afán por superar las dificultades que sembraron por décadas las epidemias sociales apelando a la intervención directa del poder público.

2.3. La lucha antituberculosa y el papel del Estado

Los años 20 anotan un momento revelador en razón de un nuevo curso institucional que adoptó la salubridad chilena. A partir de la Ley nº 4.054 se comenzó a edificar la instalación institucional de la *seguridad social* en Chile, proceso en el que la esfera de la salud y el Estado chileno rediseñaron sus nexos con el fin de que las bondades de la medicina moderna, en sus facetas curativa y, especialmente, preventiva, fuesen accesibles a gran parte de la población. El motivo de fondo que cimentó esta nueva alianza yace en el afán de diversos agentes políticos por resolver la cuestión social sanitaria y fortalecer de ese modo un modelo de desarrollo que se comenzó a gestar en ese período, en el que la centralidad del Estado fue una nota distintiva.

El plan de lucha antituberculosa que se inauguró en 1929 asentó definitivamente la convicción pública de que esa empresa médica-social era insostenible sin la participación directa del Estado, ya fuese mediante el concurso de los hospitales y sanatorios o de la Junta Central de Beneficencia o la Caja del Seguro Obligatorio.

La publicidad sanitaria contra la tuberculosis desplegada por la Caja de Seguro Obligatorio.



Fuente: Acción Social, 1932.

No obstante, los giros históricos no solo son verificables a nivel del despliegue de los instrumentos y objetivos que englobaron la política del Estado hacia la tuberculosis a partir del decenio de 1930. Debemos llamar la atención acerca de nuevos matices profesionales que cambiaron el diseño de la asistencia médica a los tuberculosos y la forma en que se comprendió el vínculo entre disciplinas, los que a la larga se transformaron en realidades indispensables para una nueva etapa histórica de la lucha antituberculosa que se empezó a generar en la década de 1950.

Un primer aspecto que es imprescindible mencionar es la consolidación de la *tisiología* como un campo médico especializado en virtud del cual se desarrolló un conocimiento, una práctica e investigación clínica en torno a la tuberculosis en el ámbito universitario, hospitalario y sanatorial del país. Según el doctor Héctor Orrego Puelma, quizás el principal gestor de la creación de la cátedra, hasta 1929 la práctica tisiológica había estado reducida a unos pocos médicos, como Víctor Villagra, Manuel Moreno y Ernesto Soza¹⁶. En cambio, con la creación de la *Sociedad Chilena de Tisiología*, en marzo de 1930, y el impulso de la cátedra, el cuerpo médico chileno dispuso de una base científica y profesional para perfeccionar sus conocimientos de la enfermedad. Gracias al entusiasmo de Orrego Puelma, el Hospital San José, otrora espacio de tuberculosos moribundos, fue ganando relevancia en virtud gracias a su servicio de tisiología, el que se transformó en la punta de lanza de la aplicación del nuevo saber. De modo paralelo, el doctor Sótero del Río, que al igual que Orrego Puelma, adquirió los principios de la tisiología en Europa, en 1929 se hizo cargo de la jefatura de la sección de tisiología de la Dirección General de Beneficencia. Y, en el campo de seguridad social, en la década de 1930 la Caja del Seguro Obligatorio inauguró su servicio de tuberculosis. Un complemento fundamental a este proceso de modernización médica resultó ser la fundación en 1935 de la revista *Aparato Respiratorio y Tuberculosis*, publicación que recogió la experiencia de quienes aplicaron el saber tisiológico en hospitales y sanatorios y que se convirtió en una fuente de referencia para la ciencia médica y para la salud pública.

¹⁶ Orrego Puelma, Héctor. *Apuntes sobre la Historia de la Tuberculosis. Trabajo presentado en la sesión conjunta de las Sociedades Chilenas de Historia de la Medicina y de Tisiología, en el Salón de Honor de la Universidad de Chile, el 20 de junio de 1956.*

Sin embargo, también debemos añadir otra faceta de crecimiento profesional que fue tan relevante como la anterior. Nos referimos al *trabajo interdisciplinario* que la lucha antituberculosa fue cobijando en su seno, especialmente con la maduración del paradigma de la *medicina social* en la década del 1930. Junto a la labor diagnóstica del médico, el tratamiento de las personas afectadas por tuberculosis requirió de la participación de a los menos dos cuerpos profesionales. Por un lado, la *enfermería sanitaria*, una tarea doblemente fundamental, tanto por su responsabilidad en la aplicación regular de los tratamientos como por el acompañamiento que brindaron al paciente tísico en sus extensas estadías en los sanatorios. Y, por otro, la *visitadora social*, profesión que fue catapultada públicamente en 1925, año en que se estableció la *Escuela de Servicio Social*, obra que fue complementada con la creación en 1929 de la Escuela de Servicio Social de la Universidad Católica. La tarea de la visitadora social fue importante en tanto fue la intermediadora entre el hogar de la persona tuberculosa y el sistema de atención médica que se desarrolló bajo el paradigma de la seguridad social. A partir de una suerte de la elaboración de un “diagnóstico social” estas profesionales determinaban mediante encuestas y entrevistas aspectos particulares de los pacientes que fueron fundamentales para la aplicación del tratamiento médico, especialmente cuando se optaba por iniciar el tratamiento de un tuberculoso en un sanatorio.

En consecuencia, a partir de comienzos del decenio de 1930 se articularon varias reformas significativas en la lucha antituberculosa. No solamente fue fundamental el nuevo protagonismo que alcanzó el poder público como eje central en esa tarea. Como ya anunciamos, la creación un seguro médico y la posterior instauración de una legislación médico-preventiva fueron apoyos esenciales para progresar en el tratamiento de la enfermedad. A ello debemos añadir la convergencia de un conjunto

de profesionales que marcaron un camino para las siguientes generaciones en un concepto más integral de la enfermedad y de los enfermos. Todas estas aportaciones fueron encomiables y marcaron algunos cambios cualitativos en la cruzada contra la peste blanca. Sin embargo, sería aventurado afirmar que con ello la campaña contra la enfermedad logró aproximarse a uno de sus objetivos históricos, esto es, frenar el avance tuberculoso. Quizás haya sido hasta utópico en esas décadas concebir esa meta en virtud de la prevalencia que mantuvo la enfermedad en la mortalidad y morbilidad del país. Por ahora, basta señalar que en la década de 1930 y siguientes el tema siguió siendo objeto de preocupación pública en Chile, mientras en algunos países del hemisferio norte la tuberculosis comenzaba a batirse en retirada.

El movimiento antituberculoso, gestado a partir de comienzos del siglo XX, comenzó a disolverse en el decenio de 1940. Según anticipamos, el inicio de la aplicación de los antibióticos en Chile fue un hito extraordinario desde el punto terapéutico, hecho que no necesariamente significó que esa nueva herramienta de por sí resolviera el problema de la tuberculosis. Como ha sido posible constatar a lo largo de la historia de la salubridad moderna, los nuevos descubrimientos médicos se tradujeron en beneficios concretos para la población en la medida en que los países consiguieron elaborar un marco organizacional apropiado para materializar las respectivas políticas de salud. Por este motivo, desde nuestra perspectiva es posible proponer que a partir de 1950 podemos configurar un nuevo escenario que congregó continuidades e innovaciones a un punto tal que estamos en condiciones de afirmar que a contar de aquel momento se inició la *lucha antituberculosa de segunda generación*. En esta nueva etapa se construyó un nuevo esquema para hacer frente a la tuberculosis y que demostró la virtud de modular nuevas relaciones entre el Estado chileno, el

mundo de la salud internacional, y los profesionales sanitarios y los pacientes. El fruto de ese reordenamiento fue, precisamente, el PCT.

3. Una nueva estrategia contra una enfermedad social: el preludio del programa de control de la tuberculosis, 1952-1973

3.1. El papel del SNS y las “drogas que hacen milagros”: el año 1952

En la historia del PCT, el decenio de 1950 tiene un significado germinal. En este lapso se afincaron algunos de los factores centrales que dieron vida a un nuevo paradigma para combatir la peste blanca a nivel nacional, todos ellos estuvieron estrechamente ligados a la evolución de la organización sanitaria del país. En efecto, esta nueva etapa incluyó la incorporación de innovaciones tecnológicas y terapéuticas que cambiaron la cara de la medicina a nivel mundial, como también allanó espacio a ciertas continuidades representadas por visiones respecto del papel de la salud pública y el trabajo interprofesional, las que se habían ido asentando en el transcurrir del siglo.

En este sentido, pensamos que el año 1952 pueda ser apreciado como un momento histórico que revela algunos de los elementos que fueron trascendentales para generar un plan de lucha antituberculosa verdaderamente eficaz para la salud de la población. En particular, quisiéramos ilustrar esta afirmación citando dos experiencias históricas. Desde el punto de vista institucional, aquel año ocupa un lugar indiscutido en la evolución sanitaria chilena, por cuanto se promulgó la Ley nº 10.383, norma que dio vida al *Servicio Nacional de Salud* (SNS), un viejo anhelo de la comunidad de profesionales de la salud. Básicamente, la nueva legislación pretendió erigir un organismo público y técnico que dispusiera de los suficientes recursos y facultades para aplicar políticas preventivas y

curativas a nivel nacional. Efectivamente, la inauguración del SNS como la institución administrativa y operativa de la salud pública chilena significó la instauración de un nuevo orden sanitario que, dentro de sus consecuencias inmediatas, comenzó a resolver un problema histórico de la salubridad nacional: la dispersión de instituciones asistenciales y técnicas que se había producido en Chile desde el siglo XIX. Si bien desde la década de 1900 se habían ejecutado esfuerzos loables en materia sanitaria, como por ejemplo en los campos de la salud materno-infantil y la difusión de la educación higiénica, no es menos cierto que la multiplicación de instituciones públicas y privadas que en ese esfuerzo participaron generó muchas veces una infructuosa utilización de los recursos económicos y profesionales que, evidentemente, menoscabó la efectividad de medidas sanitarias favorables para la población. En cambio, gracias al nacimiento del SNS Chile se alineó con uno de los principios doctrinarios claves de la salubridad del siglo XX, vale decir, la “unificación de servicios sanitarios”, una condición indispensable para mejorar la planificación, ampliar la cobertura de salud a todo el país y optimizar la distribución de recursos a nivel nacional¹⁷.

Sobre esta base institucional, indudablemente, crecieron las posibilidades de desplegar con mayor éxito las políticas de salud y, por consiguiente, elaborar una estrategia efectiva contra la tuberculosis. Pero si seguimos recorriendo la senda de la modernización de la salubridad chilena debemos añadir una segunda experiencia que contribuyó a cimentar el PCT, esto es, la aplicación de drogas en la terapia antituberculosa. Ciertamente, no es necesario insistir en la trascendencia histórica

¹⁷ Urzúa, Hernán; Jiménez de la Jara, Jorge. “Servicio Nacional de Salud: eficaz herramienta de medicina social”, en Jiménez de la Jara, Jorge (Editor). *Medicina social en Chile*. Ediciones Aconcagua, 1977, 92.

que alcanzó la era de los antibióticos para la historia de la salud en Chile y en el mundo entero en el transcurso del siglo XX. Pero sí quizás sea conveniente ahondar en un matiz de esta revolución médica y que a nuestro parecer está representado por un fenómeno cultural: *la expectación que generó la aplicación de los primeros antibióticos entre profesionales y pacientes*. Subrayar este aspecto es fundamental para nuestra perspectiva porque abre la posibilidad de conocer las dos cara de un mismo fenómeno. Por un lado, el efecto en la psicología social que ocasionó la expansión de la modernidad terapéutica que encarnó el empleo de un conjunto de drogas antituberculosas; y, por otro, contribuye a comprender el camino que los profesiones de la salud (medicina, enfermería, tecnología médica) y enfermos recorrieron en forma conjunta en torno al proceso de sanación de la tuberculosis.

El doctor Orrego Puelma, uno de los pioneros de la tisiología nacional, fue enfático en subrayar la paradoja que significó para la medicina chilena la administración de la estreptomina y la isoniazida (hidrazida del ácido isonicotínico). Como una voz autorizada en la lucha antituberculosa, el tisiólogo presenció la rápida transición que en el terreno terapéutico médicos y enfermos experimentaron en la década de 1940. Sabemos que hasta ese entonces el arsenal antituberculoso reunía algunos procedimientos que habían sido avalados por las autoridades sanitarias y la comunidad médica chilena. Entre ellos, el sistema sanatorial, quizás la principal herramienta utilizada por la Junta de Beneficencia, la Caja del Seguro Obligatorio y otras instituciones para atender a los pacientes que por meses e incluso años permanecían sometidos a una rutina terapéutica. Precisamente, este largo camino hacia la curación tuvo una particularidad negativa, según Orrego Puelma: “transformaba la mentalidad del enfermo, ya sea angustiándolo-

lo y llenándolo de sensación de claustrofobia”¹⁸. Al sanatorio debemos añadir la *cirugía torácica* que, en palabras del maestro de la tisiología nacional, ganó un reputado grado de eficiencia en las manos de Armando Alonso y su grupo de trabajo quirúrgico del hospital San José. No obstante, esa imagen no fue tan benevolente a los ojos de los pacientes, para quienes el paso por el cirujano era un procedimiento que despertaba desconfianza, sino franco temor, ya que era valorado como un acto “sangriento”, “mutilador” y muchas veces infructuoso¹⁹. Puede ser aventurado afirmar que las aprensiones de los tuberculosos constituyeron una expresión generalizada en la comunidad de pacientes, pero no por ello debemos subvalorarlas, sobre todo si disponemos de un testimonio de un médico que fraguó gran parte de su saber compartiendo con sus pacientes en el hospital San José o en el hospital del Salvador.

Pues bien, las referencias que hemos realizado a las opiniones de Orrego Puelma tiene el propósito de ilustrar una parte importante del trasfondo en el que podemos ubicar la recepción de ciertas drogas que fueron determinantes para reenfocar el trabajo antituberculoso y, sobre todo, para dar cuenta de un escenario paradójico que emergió a principios de la década de 1950. Efectivamente, el propio académico aseveró que las primeras comprobaciones exitosas que se realizaron en EE.UU. acerca de la aplicación de la estreptomycin y, especialmente, de la hidrazida, generaron tal estado de entusiasmo entre médicos y enfermos que muchos llegaron a exclamar que “¡la tuberculosis ha sido vencida!”²⁰. Una afirmación tan resonante como debatible.

¹⁸ Orrego Puelma, Héctor. *Retorno*. Zig-Zag, 1965, Santiago, 82.

¹⁹ *Ibíd.*, 79.

²⁰ *Ibíd.*, 83.

La prensa chilena retrató en el año 1952 el alto nivel de expectación que acompañó la administración de antibióticos contra la tuberculosis, especialmente a partir del instante en que el Ministerio de Salubridad comenzó a realizar las primeras aplicaciones en pacientes. El 13 de marzo de aquel año el diario *La Nación* anunció que la autoridad iniciaría la aplicación experimental de “nydrazyd” en pastillas de 100 miligramos. ¿Cuáles eran las ventajas que el nuevo método prometía a juicio de la prensa? En primer lugar, revestía una mejoría de orden médico porque la nueva droga era más efectiva y menos tóxica que la estreptomycinina; y, en segundo término, traía un alivio económico para las arcas fiscales porque si bien el costo anual del tratamiento bordeaba los 3.200 dólares, empleado a gran escala el valor se reducía a 200 dólares²¹. El ministro de Salubridad, Jorge Mardones, que encabezó el desarrollo del nuevo plan terapéutico, fue asesorado por un comité de expertos en fisiología, compuesto por nombres como Héctor Orrego Puelma, Alejandro Garretón, Arturo Scrogie, Miguel Etchebarne, René García Valenzuela, Oscar Boticelli y Alfredo Leonardo Bravo. El jefe ministerial afirmó que debido a la falta de experiencia clínica que existía en Chile en esta materia se hizo necesario seleccionar a 100 pacientes a lo largo del país para aplicar la “maravillosa droga”, como sostuvo *La Tercera*²². Si, tal como se esperaba, los resultados eran positivos, se procedería a la importación de nydrazida.

Las noticias parecieron alentadoras. Mas, los medios de comunicación hicieron presente algunos hechos que comenzaron a instalar las primeras interrogantes respecto de la nueva etapa que se vislumbraba para la salud pública. Para *El Mercurio de*

²¹ *La Nación*, 10 de marzo de 1952, 17.

²² *La Tercera*, 11 de marzo de 1952, 5.

Valparaíso, sin lugar a dudas, el porvenir debía ser mirado con optimismo. Desde luego, se anticipaba que muchas camas de hospitales quedarían disponibles para atender a enfermos afectados por otras dolencias. No obstante, era pertinente comenzar a plantear una pregunta fundamental: “¿Qué ocurriría con los pacientes cuando dejaran de consumir la nueva droga?”²³. A esta observación terapéutica se añadieron repercusiones de mayor envergadura. El 14 de marzo, hecho el anuncio ministerial de la aplicación de la nydrazida, *La Estrella de Valparaíso* dio a conocer un hecho de alta connotación pública: aproximadamente 4.000 tuberculosos en el país iniciaban una huelga que tenía como objetivo la cesación de los procedimientos quirúrgicos y la inmediata administración de la nueva droga²⁴. Al día siguiente la asombrosa noticia no fue corroborada por otros medios de prensa, como *El Mercurio*, que aseguró que varios establecimientos hospitalarios, como el sanatorio de Valparaíso, funcionaban normalmente. Asimismo, no se dejó pasar la coyuntura para hacer patente que la difusión oficial de la nueva terapia despertó vivamente entre los pacientes las esperanzas de recuperar sus “organismos derrotados”. El periódico citó las declaraciones de Rolando Onetto, director del hospital del Salvador (Valparaíso), quien hizo una afirmación que resulta elocuente relativo al antibiótico en cuestión: “No puede negarse que hay cierto trastorno entre los enfermos por la exagerada propaganda de esta droga”²⁵. La inquietud que transmitió el nuevo escenario médico impulsó al doctor Onetto a sostener que se estaba cometiendo “un daño enorme a los tuberculosos”. Ciertamente, estas palabras confirman un importante nivel de aprensión que cundió en ciertas personas

²³ *El Mercurio de Valparaíso*, 13 de marzo de 1952, 1.

²⁴ *La Estrella de Valparaíso*, 14 de marzo de 1952, 1.

²⁵ *El Mercurio de Valparaíso*, 15 de marzo de 1952, 1.

que pensaron, legítimamente, que las expectativas ante el nuevo método terapéutico estaban sobrepasando el límite de lo médicamente razonable. El hecho de que el director del hospital declarara que “algunos enfermos creen que saldrán sanos en 2 o 3 días”, confirmó ese recelo que incluso conminó al doctor Onetto a apelar al Colegio Médico para que tomara cartas en el asunto en vista de que las revistas especializadas no confirmaban las maravillas que se le endosaban a la nueva droga.

En realidad, fue sumamente complicado entrever de forma clara en la década de 1950 las consecuencias mediatas e inmediatas de tal revolución médica. Es cierto que en el transcurso de los siguientes meses y años los hechos retrucaron las desconfianzas del doctor Onetto. Pero es justo reconocer que, como ha ocurrido con muchas revoluciones terapéuticas en la historia moderna de la salud, era difícil no proyectar las genuinas incertidumbres que ocasionó la introducción de una innovación como la descrita, sobre todo en el contexto de una enfermedad de la magnitud social e histórica de la tuberculosis. Para una persona curtida en la materia como el doctor Orrego Puelma, los acontecimientos merecieron una sola lectura: la administración de nuevas drogas en la lucha antituberculosa habían despertado un “optimismo precoz e irrazonable”²⁶. En su opinión, la nueva terapia que comenzó a emplearse en Chile y en el mundo entero desde mediados del siglo XX desató un triunfalismo que condujo a la adopción de varias disposiciones que pusieron en jaque a toda una red de asistencia antituberculosa que, con todas las virtudes y defectos que podía atribuírsele, se había construido a partir de los decenios de 1910 y 1920. Algunos ejemplos concretos de esta oleada de cambios lo reflejaron los intentos de reducir el número de camas para

²⁶ Orrego Puelma, op. cit., 83.

los tuberculosos, la apuesta por transformar los sanatorios en hospitales generales, el cuestionamiento al protagonismo que debía jugar la disciplina fisiológica en esta nueva etapa, entre otras manifestaciones.

Estos cambios que se propusieron a lo largo de la década de 1950 inspiraron al doctor Orrego Puelma para que elaborara una reflexión de la que se desprende una singularidad histórica de salud pública chilena. De acuerdo con ella, los antibióticos más que reforzar, debilitaron la lucha contra el “flagelo blanco” en tanto dieron fuerza a la idea de que la tuberculosis “ya no era un problema y que su manejo era fácil y sin complejidades”²⁷. Su juicio no fue aislado. En 1966 el SNS reconoció que lo que debió ser un cambio a todas luces positivo para la salubridad nacional, recibió una errónea interpretación por parte de la comunidad al sembrar “un optimismo exagerado a los profanos y los médicos”, que hizo pensar a muchos que la tuberculosis no era un problema sanitario serio.²⁸ Esta no sería la última oportunidad en que este sentimiento de complacencia frente al estatus tuberculoso sería fuente de una discusión.

En definitiva, podemos observar que existen razones históricas que permiten sostener que el decenio de 1950 inauguró muchos desafíos para el movimiento antituberculoso nacional. En medio de una atmósfera de expectativas desbordadas que generó la aplicación de los antibióticos, quizás si el reto más importante que emergió fue diseñar una estrategia que permitiera una conexión virtuosa entre los objetivos de una nueva planificación antituberculosa a cargo del SNS y una

²⁷ *Ibíd.*, 83-84.

²⁸ SNS. *Una lucha sin tregua*. Santiago de Chile, Departamento de Protección de la Salud. Sección Epidemiología y Sección Educación Para la Salud, 1966, 14.

organización terapéutica que se tradujera en una alta tasa de sanación para la población tuberculosa ansiosa de recibir finalmente una solución médica efectiva. La resolución de este asunto se fue articulando a lo largo de las décadas de 1950 y 1960 mediante una quehacer meticuloso que congregó a múltiples agentes y que no estuvo exento de obstáculos, rasgos que no han sido ajenos en el desarrollo histórico de la salud pública moderna.

3.2. Los primeros pasos hacia la organización de un nuevo tratamiento: el Hospital San Juan de Dios y la nueva generación de médicos

En 1960, el *Comité de Expertos en Tuberculosis* de la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) declaró en su informe anual que el criterio de salud pública era esencial para seguir desarrollando la campaña antituberculosa a nivel mundial. Dentro de los elementos que constituían la estrategia a implementar contra esta enfermedad, se contaban: *métodos de exploración de la tuberculosis pulmonar* (reacción de la tuberculina, examen radiológico y examen bacteriológico), *medidas preventivas* (vacunación con BCG, quimioprofilaxis, aislamiento de tuberculosos), *tratamiento* (quimioterapia, atención en hospital, atención en domicilio, colapsoterapia y resercción pulmonar), *localización de casos* (vía dispensarios y equipos móviles) y la creación de un *programa de control de la tuberculosis*, que era una solución que sintonizaba con la gravedad social de la enfermedad²⁹. Según el Comité la organización de ese tipo de programa contemplaba tres pasos: una encuesta nacional de prevalencia, un plan piloto nacional, y la fase de generalización.

²⁹ Organización Mundial de la Salud. *Comité de Expertos en Tuberculosis. Séptimo Informe*. OMS, Ginebra, 1960.

El esbozo de los aspectos generales respecto del modelo anti-tuberculoso que la OMS sugería implementar a comienzos de la década de 1960 sirve de referencia para la narración que iniciamos acerca de la experiencia chilena de una generación que, al amparo de la ciencia y la política, se involucró en los esfuerzos para resolver el problema que representó una de las enfermedades sociales modélicas de la historia de la salud en nuestro país y en el mundo. Con la finalidad de introducirnos en los albores del PCT, que podemos situar en la década de 1950, hemos decidido valernos principalmente de los testimonios de personas que, desde diversos ámbitos del mundo profesional, participaron entusiastamente en esta nueva etapa de la historia del combate antituberculoso en Chile. En particular, hemos utilizado las experiencias de un grupo de médicos que, egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, concurrieron al proceso de articulación de las bases del PCT y de su posterior desarrollo mediante múltiples instancias, en virtud de ello representan a una generación de profesionales que ha dejado huellas en la salud pública nacional.

Comenzamos nuestro examen citando la trayectoria personal del doctor *Álvaro Yáñez*, la que constituye una fuente de significativas remembranzas de su destacada participación en el proceso de creación y ejecución del PCT. Su mirada retrospectiva se dirige en primer término al decenio de 1950, etapa en la que se plasmaron cambios que influyeron en la organización de la campaña contra la peste blanca. Precisamente, destaca el doctor Yáñez, uno de los hechos que contribuyó a generar una nueva atmósfera propicia a la lucha antituberculosa fue la superación de la tradicional dispersión de organismos públicos y privados, establecimientos médicos (sanatorios y pabellones hospitalarios) y normas (ley de medicina preventiva) que por años se habían abocado a intentar frenar la histórica endemia. Justamente, la inauguración del SNS fue fundamental para

ordenar el sistema sanitario, poniendo fin a la dispersión, y vertebrar todas las políticas que en materia de salud inicia el Estado chileno a partir de 1952.

Junto a lo anterior, el doctor Yáñez adiciona otras decisiones que las autoridades de la época adoptaron para modernizar la atención de la población tuberculosa. Al respecto, conviene referir a un par de disposiciones médicas que a su juicio fueron importantes en ese proceso y que se resumen en las siguientes palabras:

En un momento la Dirección General de Salud decidió seguir las recomendaciones que estaban alzándose en el medio internacional respecto de tuberculosis. En primer lugar, se optó por intentar hacer diagnóstico lo más temprano posible; en segundo lugar, se decidió lograr el acceso a todos los enfermos tuberculosos. El paciente tenía que atenderse en los centros de fisiología que había en el país, uno en cada hospital regional, pero había centenares de pueblos que servían como unidad dispersa donde había tanta tuberculosis como en las grandes ciudades. Por ese motivo, la Dirección General decidió en 1952 que, junto con iniciar el Servicio Nacional de Salud, la tuberculosis debía integrarse a la atención de los servicios generales, con lo que dejó de ser un tema especializado. ¿Para qué? para que toda la gente tuviese acceso a los cuidados de salud relacionados con tuberculosis³⁰.

Sus palabras manifiestan que el respaldo institucional existente tras la intención de extender una estrategia efectiva a lo largo del país fue uno de los aspectos relevantes del nuevo esquema que se comenzó a crear.

Si atendemos a este factor institucional, las opiniones del doctor *Manuel Zúñiga*, médico y epidemiólogo con una manifiesta

³⁰ *Entrevista realizada al doctor Álvaro Yáñez el 23 de abril de 2014.*

participación en la gestión del nuevo modelo antituberculoso, merecen absoluta atención. Él considera que tan determinante como lo anterior resultó la existencia de un grupo de médicos que fue capaz de sostener una visión definida del camino que se debía de seguir para combatir la tuberculosis en forma planificada. En concreto, a su juicio, fue la vasta experiencia de un conjunto de tisiólogos la que hizo una aportación fundamental, no solo por práctica adquirida en el tratamiento de cientos de casos de tuberculosos, sino por la claridad que tuvieron respecto de un concepto de salud pública. De hecho, como afirma el doctor Zúñiga, “los tisiólogos fueron los primeros dirigentes del Servicio Nacional de Salud”³¹. Inclusive, dentro de esta camada de pioneros, existieron profesionales que realizaron becas en la cátedra de salud pública en EE.UU., antes que se creara el SNS.

De este modo, esta generación de médicos experimentados en tuberculosis condensó un bagaje académico y político-sanitario que resultó de suma utilidad para dar cuerpo a la lucha antituberculosa de segunda generación. El doctor Zúñiga apunta algunos nombres que para él son memorables:

Una de las personas más importantes en esto fue (Enrique) Pereda, *el indio Pereda*, que fue el primer tisiólogo. Estaba (Abraham) Horwitz, que salió del Barros Luco, Yuricic (Bogoslav) que era del grupo de los tisiólogos, que era el segundo de a bordo. Enseguida estaban los del Barros Luco; estaba Bocardo en epidemiología; estaba (Hernán) Oyanguren que venía de la tisiología de lo que era el antiguo Hospital Sanatorio El Peral que ahora es el Sótero del Río; estaba Salvador Díaz, que fue un personaje muy importante, él fue mi tutor, el que me enseñó tuberculosis.³²

³¹ Entrevista realizada al doctor Manuel Zúñiga el 7 de abril de 2014.

³² Entrevista realizada al doctor Manuel Zúñiga el 7 de abril de 2014.

Nuestro entrevistado va un paso más allá y reflexiona en torno a una suerte de sello doctrinario que es posible identificar en el desenvolvimiento profesional de esta generación. Afirma que “tanto una estructura de salud que permita llegar a todos los enfermos y con la decisión de hacer llegar el tratamiento gratuitamente”, más “un mecanismo técnico útil” eran y son condiciones indispensables para obtener un resultado útil en el campo sanitario³³. Lo uno sin lo otro no podían traducirse en una política de salud beneficiosa para la población y en Chile la integración de estas ideas ya estaba en curso en la década de 1950, gracias en gran medida a la labor de los profesionales que se fueron sumando a la lucha antituberculosa en aquel entonces. Para sopesar estos pasos que la salud pública chilena comenzó a seguir en favor de una nueva política antituberculosa, podemos referir al Comité de Expertos en Tuberculosis de la OMS, que en 1964 enfatizó que el tratamiento debía ser gratuito para todo enfermo detectado³⁴. En nuestro país, esa recomendación era una norma desde hacía una década.

Aunque los factores institucionales y doctrinarios citados fueron valiosos para emprender el trabajo contra la tuberculosis desde una perspectiva moderna, la aplicación concreta del nuevo tratamiento a los pacientes fue una tarea a todas luces decisiva. En este sentido, la experiencia que los profesionales de la salud recogieron en algunos establecimientos santiaguinos fue fundamental para ir configurando una fórmula que se tradujera en un real beneficio para los enfermos. En particular, debemos destacar lo ocurrido en el *Hospital San Juan de Dios*, establecimiento que se transformó en la base de importantes cambios que culminaron en la instauración del *tratamiento*

³³ Entrevista realizada al doctor Manuel Zúñiga el 7 de abril de 2014.

³⁴ Organización Mundial de la Salud. *Comité de Expertos en Tuberculosis. Octavo Informe*. OMS, Ginebra, 1964. 14.

triasociado y supervisado de la tuberculosis. Es por esta razón que dicha institución, cuyo nombre está inscrito en la historia médica de Chile, también ocupa un lugar distinguido en la historia de la tuberculosis. El doctor *Victorino Farga*, protagonista de esa reforma terapéutica y una voz autorizada en la historia del PCT y en la medicina chilena de los últimos 50 años, avala el estatus histórico que alcanzó el hospital al afirmar que en ese lugar se fraguó ni más ni menos que una pequeña gran revolución a partir de la combinación de la fisiología clásica y la medicina interna³⁵. Por la revelación de algunos pasajes biográficos del doctor Farga podemos conocer un interesante ángulo del escenario de la lucha antituberculosa a mediados de la década de 1950. En efecto, en opinión de nuestro testigo existía una sensación generalizada en gran parte de la comunidad médica que se resumía en la siguiente premisa: *se disponían de buenos tratamientos para la enfermedad, pero se empleaban mal.*

Pues bien, en ese ambiente, en 1953 el doctor Farga tuvo la oportunidad de obtener una beca en el servicio de medicina interna del San Juan de Dios con el profesor Hernán Cruz. Posteriormente consiguió viajar como becario a EE.UU. para estudiar fisiopatología respiratoria y a su regreso, tras analizar el panorama para su reinserción laboral, optó por los tuberculosos porque, sencillamente, “nadie los tomaba en cuenta”. Recuerda que en aquel tiempo existía una unidad, denominada *Quinta Normal*, a cargo de los enfermos de tuberculosis, y que fundamentalmente se enfocaba en la atención ambulatoria. El principal problema que debieron asumir fue la falta de camas para atender a los pacientes que acudían al hospital cuando

³⁵ Farga, Victorino. “80 años de la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias: de la fisiología a la neumología, pasando por la medicina interna”, en, *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 2011; 27: 31-36.

la enfermedad ya había alcanzado ribetes de gravedad. El resultado no podía sino ser la muerte de decenas de personas. El médico agrega otro elemento que jugaba en contra de los enfermos un rasgo que acompañaba la suerte de los tuberculosos desde el siglo XIX: el bacilo privilegiaba a la gente más pobre y desvalida, razón por la que ellos “no tenían buena prensa”.

En virtud de esa compleja situación el San Juan de Dios decidió acoger a esa población tuberculosa, una acción que condujo de inmediato a la tarea de planificar un modelo de atención. El doctor Farga recuerda aquella circunstancia del siguiente modo

Quando comenzaron a llegar una cantidad enorme de enfermos, pronto nos dimos cuenta de que no teníamos cómo tratarlos. Se nos ocurrió hacerlo *ambulatoriamente*³⁶.

Se puede decir que entre 1955 y 1956 se comenzó a preparar el terreno para asentar un método que lograra conjugar las nuevas herramientas terapéuticas existentes y una forma de tratamiento ambulatorio que se prolongara en el tiempo de manera eficaz. Esa decisión tuvo una trascendencia histórica porque significó a la postre la paulatina superación de la era de la atención de tuberculosos en los sanatorios.

Pese a la importancia del nuevo rumbo que se comenzó a diseñar, no es difícil imaginar que desde un inicio hubo obstáculos de diversa índole para los médicos que asumieron ese desafío. Las dificultades no solamente tuvieron relación con la gran cantidad de personas que de un momento a otro acogió el hospital San Juan, sino que también con la visión profesional con la que se analizó la situación y que en cierto sentido apos-

³⁶ Entrevista realizada al doctor Victorino Farga el 16 de abril de 2014.

tó por abordar una concepción renovada respecto de la sanación de los tuberculosos. Precisamente, el doctor Yáñez, quien fue invitado por el doctor Farga a incorporarse al emblemático establecimiento, ilumina con su testimonio la formidable tarea que comenzaron a asumir, misión cuyos alcances tal vez no se vislumbraban con claridad:

Nosotros en el año 55 estábamos felices trabajando en el San Juan de Dios, y Victorino Farga quería crear un departamento de enfermedades respiratorias, no de tuberculosos. De repente nos cayeron 2.000 enfermos de tuberculosis encima para atender y nosotros no sabíamos mucho de la enfermedad³⁷.

Visto desde la perspectiva histórica del proceso de creación de una nueva estrategia terapéutica, el reconocimiento de un grado de incertidumbre profesional que yace en las palabras del doctor Yáñez puede ser catalogado como un problema más aparente que real. A nuestro juicio, en dicho relato más que una flaqueza para enfrentar la tuberculosis advertimos la búsqueda de un nuevo enfoque para tratar a los pacientes, la que tuvo como aliciente la convicción de lo inconducente que parecía hacia mediados de siglo el tradicional tratamiento sanatorial. El doctor Manuel Zúñiga avala esa postura al afirmar que “los sanatorios no servían para nada”, porque muchos de los pacientes que eran dados de alta fallecían a los pocos años³⁸. Y, efectivamente, su aserto revela el pensar de una generación de médicos que vio en el sanatorio un método cuyas ventajas eran atribuidas más a la tradición que a una confirmación científica.

³⁷ Entrevista realizada al doctor Álvaro Yáñez el 23 de abril de 2014.

³⁸ Entrevista realizada al doctor Manuel Zúñiga el 7 de abril de 2014.

Gracias al *Boletín del Hospital San Juan de Dios* sabemos que el grupo de médicos que ahí laboró en la lucha antituberculosa tuvo pleno conocimiento de la experiencia realizada en el *Centro de Quimioterapia de Tuberculosis de Madrás*, India, en 1956, la que determinó que ambulatoriamente se obtenía exactamente el mismo resultado que con el tratamiento sanatorial y que aún la terapéutica ambulatoria tenía ventajas sobre la homóloga cerrada.³⁹ En concreto, a partir de esa experiencia se obtuvieron algunas conclusiones llamativas, entre las que podemos mencionar: 1) que si bien el reposo y la alimentación eran valiosos, no repercutían mayormente en la mejoría definitiva del paciente, tanto bacteriológica como radiológicamente; 2) que el porcentaje de recaídas era igual en los dos grupos y que la colaboración del paciente en el hogar era mejor que en el sanatorio; y, 3) que el porcentaje de infección de los contactos no se modificaba si se aislaba al paciente, ya que en la mayor proporción de los casos de infección se realizaba antes de iniciar el tratamiento. Estas evidencias, junto a otras, fortalecieron la voluntad de transitar hacia una etapa que brindara soluciones innovadoras y eficaces a los tuberculosos.

³⁹ Grinspun, M., Yáñez, A., Carrasco, E., Valenzuela, P., Mena, G., Busel, I., Ossandón, I., Faba, J., Allende, B., Araya, D., Ruiz, P., Quezada, N., Cajas, M. “Aplicación práctica del tratamiento controlado de la tuberculosis”, en *Boletín del Hospital San Juan de Dios*, v. 14, nº 1, enero-febrero de 1967, 17.

Atención de pacientes bajo el tratamiento triasociado y supervisado en el Centro de Enfermedades Broncopulmonares del Hospital San Juan de Dios (1966).



Fuente: Boletín del Hospital San Juan de Dios.

De ese modo, en la década del nacimiento del SNS comenzó a engendrarse la aspiración de conseguir un tratamiento específico aplicable a la mayor cantidad de enfermos existentes en el país. No obstante ser una meta plausible, el tema de fondo fue cómo se lograba alcanzar ese objetivo, es decir, una cuestión que dependía de la organización de medios y recursos, y que se constituyó en un asunto político que cruzó a la década siguiente. Gracias al testimonio de algunos de los integrantes del *Centro de Enfermedades Broncopulmonares* del San Juan de Dios, iniciativa creada por los profesionales cuyo testimonio ilumina nuestra narración, es posible palpar las dimensiones del problema. En concreto, hacia 1965 ellos afirmaron que

En ninguna enfermedad se presenta con más claridad, hoy en día, la disociación entre los que sabemos y lo que hacemos, como en la tuberculosis. Tenemos los conocimientos y las herramientas para erradicarla como problema de salud pública en un plazo de cincuenta años, pero carecemos de la organización y la actitud adecuada para lograrlo⁴⁰.

⁴⁰ Farga, V., Carrasco, E., Yáñez, A., Mena, G., Busel, I., Valenzuela, P., y Grispun, M. “Algunas novedades en el tratamiento de la tuberculosis”, en

Un ejemplo patente de aquella falencia organizacional era la dificultad que presentaba el procedimiento de pesquisa de tuberculosos, el que solamente cubría al 30% de los casos activos del país. Esta evidencia nos enseña la magnitud de las dificultades existentes, pero, al mismo tiempo, exhibe la fuente de motivación que sustentó el empeño de un grupo de médicos por encarar la tuberculosis y ayudar a quienes la padecían día a día, los más pobres. Según el doctor Yáñez, existían otros dos asuntos concretos que los alentaron a ir un paso más allá: los procesos de seguimiento a enfermos que no se justificaban; y, especialmente, los innumerables exámenes radiológicos para seguir la evolución de la lesión, cuestión que desde sus años de estudiante le resultaba tan carente de sentido que la cátedra de fisiología le era simplemente aburrida y, según confiesa, “me hizo pensar que jamás me dedicaría a esto”⁴¹.

Sin embargo, la experiencia vivida en el San Juan de Dios fue suficiente estimulación para que Yáñez, Farga y muchos de sus colegas comenzaran a fijar otro destino al tratamiento de la tuberculosis. Quienes dirigieron en primera instancia este grupo de trabajo fueron Victorino Farga y *Carlos Carrasco*, “una persona muy estudiosa”, como lo recuerda el doctor Yáñez. La organización operativa propiamente tal emergió con la creación de un *Comité Zonal de Control de la Tuberculosis* que funcionaba a partir de las 6 de la tarde, cada quince días. Esta instancia congregaba a los directores de los principales sanatorios del país, todos convocados por el doctor *Salvador Díaz*, a juicio del doctor Yáñez, “un hombre que sí sabía de tuberculosis”⁴². De hecho, había sido fisiólogo y fue

Boletín del Hospital San Juan de Dios, v. 12, n° 6, noviembre-diciembre, 1965, 404.

⁴¹ Entrevista realizada al doctor Álvaro Yáñez el 23 de abril de 2014.

⁴² Entrevista realizada al doctor Álvaro Yáñez el 23 de abril de 2014.

el primero que llevó a cabo un estudio tuberculínico en Chile.

Los primeros pasos de la utilización de los antibióticos fueron una verdadera instancia de aprendizaje. Cuenta el doctor Farga que una cuestión relevante que ellos afrontaron fue comprobar que algo definitivamente no marchaba bien en los pacientes que recibían las drogas antituberculosas bajo régimen ambulatorio y cuyas consecuencias eran determinantes tanto para el tuberculoso como para la salud pública:

Vimos que venían los enfermos a hacerse el tratamiento, que consistía en inyecciones de estreptomina. Pero cuando se lo daban para la casa, la cosa no era fácil. Si bien se le ponía la inyección y se le daban medicamentos para tomar, el problema era que muchos enfermos no los ingerían⁴³.

Esta descripción expone uno de los temas medulares en la cimentación del nuevo tratamiento de la tuberculosis y en donde los profesionales de las áreas de medicina y enfermería se volcaron decididamente. Quizás una de las motivaciones fundamentales para proporcionar una respuesta al problema del cumplimiento integral del tratamiento por parte de los tuberculosos fue el posible impacto negativo que podría tener para la salubridad chilena. El doctor Farga deja en claro las consecuencias que en aquel entonces podía generar un procedimiento terapéutico mal dirigido, como era la detección de una monoterapia, lo que era “un crimen en tuberculosis”⁴⁴. Vale decir, la aplicación de un solo medicamento provocaba la temida resistencia y, por consiguiente, el fracaso del tratamiento. Este problema es suficientemente ilustrativo para comprender un contexto histórico marcado por cambios médicos y científicos que, indudablemente, irrumpieron en la

⁴³ Entrevista realizada al doctor Victorino Farga el 16 de abril de 2014.

⁴⁴ Entrevista realizada al doctor Victorino Farga el 16 de abril de 2014.

vida social de Chile y de otros países. Hoy, cuando la *tuberculosis multidrogo resistente* es un asunto que ha ido acaparando atención en el mundo de la salud global, podemos sopesar la extensión que ha alcanzado en el tiempo la aplicación de los antibióticos y sus permanentes desafíos.

Para aproximarnos a las inquietudes que el tema de la resistencia a las drogas levantó en el escenario médico local hace más de medio siglo, conviene citar algunas afirmaciones que surgieron en un foro organizado por el SNS el 2 de septiembre de 1959 en el auditorio de nuestro conocido San Juan de Dios. Básicamente, en dicho evento existió un consenso en torno a las ventajas que los antibióticos habían reportado para la salud, salvando miles de vidas. Pero, asimismo, un acuerdo similar generó la preocupación por el cariz negativo que para entonces había adquirido el uso regular de esas drogas. En efecto, basta conocer lo aseverado por el doctor Rodolfo Armas Cruz, que indicó que el mayor mal que se divisaba era el descuidado uso que los médicos hacían de los antibióticos administrándolos sin diagnóstico en enfermos que no los requerían. “Esto es sencillamente una monstruosidad”, sostuvo el médico, hecho que en el mediano plazo podía convertirse en una nueva morbilidad.⁴⁵ ¿Cuál era el camino que podía corregir este grave error? En opinión del doctor Armas Cruz, resultaba imprescindible realizar un diagnóstico efectivo, hacer una indicación apropiada y entregar dosis exactas. En el campo de la cirugía, las aprensiones no eran menores, según afirmó el doctor Ítalo Alessandrini, porque la confianza depositada en los antibióticos se transformó rápidamente en una complicación para la técnica quirúrgica debido a que muchos cirujanos comenzaron a relegar a un

⁴⁵ Servicio Nacional de Salud. *Uso indebido de antibióticos*. Santiago de Chile, 1959, 7.

segundo plano la importancia que desempeñaban las defensas naturales del cuerpo⁴⁶.

En resumen, podríamos aludir a otras opiniones vertidas en ese encuentro que en mayor o menor medida apuntaron al mismo desafío: era un deber de la comunidad médica velar meticulosamente por la utilización de los antibióticos porque el viejo adagio de “lo que abunda no daña” no era adaptable en este escenario, menos cuando la recuperación de los enfermos estaba en juego. En lo que respecta a nuestro examen, las observaciones planteadas en ese foro realizado en el San Juan de Dios en 1959 importan en tanto corroboran una de las principales dificultades que los médicos detectaron al momento de suministrar un tratamiento antibiótico, esto es, la resistencia a los efectos del medicamento derivada de un incorrecto manejo. Esto constituyó un reto universal para la organización moderna del combate contra la tuberculosis y que debió ser resuelto en forma urgente, ya que la enfermedad seguía cobrando las vidas de cientos de personas en el país.

Las respuestas a este desafío no se hicieron esperar, y para ello conviene recurrir a dos ejemplos concretos. Por un lado, conocemos la experiencia de la tecnóloga médica *Rosario Lepe*, egresada de la Universidad de Chile en 1963, y que debido a su interés por la salud pública tuvo la oportunidad de trabajar en esta etapa de construcción del PCT. En lo concerniente al problema de la resistencia de los antibióticos ella recuerda que entre 1960 y 1961 visitó Chile el profesor del Instituto Pasteur, *Georges Canetti*, con el fin de efectuar un curso en el que expuso el tema de la capacidad biológica que poseía el bacilo de Koch para hacerse resistente a las drogas. Las enseñanzas de Canetti no pasaron inadvertidas y una prueba de

⁴⁶ *Ibíd.*, 9.

ello queda reflejada en la siguiente afirmación que realiza la tecnóloga médica:

Nació toda una revolución en virtud de la cual los tisiólogos pasaron a un segundo plano y se comenzó a desarrollar el trabajo a nivel de laboratorio⁴⁷.

Esta opinión está acreditada por las evidencias que recogieron los laboratorios que ejecutaron cientos de baciloscopías, estas confirmaron que en la década de 1960 el problema de la resistencia a los antibióticos era evidente. En consecuencia, pese a las esperanzas generadas por estas drogas, el problema de la tuberculosis permaneció como una fuente de preocupación para la salubridad del país, como lo refleja el siguiente comentario de nuestra entrevistada:

Lo interesante frente a un paciente que tenía síntomas respiratorios, se le investigaba su esputo y si se encontraban bacilos, ellos se cultivaban después frente a las drogas anti-tuberculosas. Entonces nos dimos cuenta que aquí en Chile de los pacientes que se enfermaban había alrededor de 48% de ellos que sus bacterias eran resistentes. En definitiva, existía un grave problema de salud⁴⁸.

El curso en cuestión se consolidó y su duración osciló entre dos a tres meses. Lo importante fue que, según indica Rosario Lepe, esta instancia de perfeccionamiento adoptó al *Instituto Bacteriológico de Chile* como su sede. A partir de entonces, esta entidad se convirtió en una de las piezas indispensables en el desarrollo del PCT, específicamente en la enseñanza de la bacteriología que requerían los profesionales vinculados a la nueva doctrina antituberculosa.

⁴⁷ Entrevista realizada a Rosario Lepe el 21 de abril de 2014

⁴⁸ Entrevista realizada a Rosario Lepe el 21 de abril de 2014.

Doctores Victorio Farga y Georges Canetti durante una visita de asesoría del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (1967)



La segunda alternativa para conocer las respuestas que formuló el sistema sanitario chileno al tema de la resistencia reside en el trabajo del grupo de profesionales del San Juan de Dios. Como confiesa el doctor Farga, la solución a ese problema fue una misión prioritaria y donde el control minucioso de la administración de las drogas u observación directa y la aplicación de un esquema triasociado fueron los objetivos centrales. Afortunadamente, estos esfuerzos pronto arrojaron resultados concretos que allanaron el camino para diseñar un plan antituberculoso traducible en una política de salud a nivel nacional. Al respecto, el doctor Farga ofrece detalles que nos aproximan a la dimensión del trabajo realizado y en donde a él le correspondió desempeñar un papel indiscutible:

Nos encontramos con la sorpresa que nuestros enfermos ambulatorios, que prácticamente se arrastraban, que no

comían bien, se mejoraban mejor que los que estaban en los sanatorios, donde no había un tratamiento controlado, donde los remedios los ponían y no los tomaban. Ahora se llaman Terapia de Observación Directa o DOTS según su sigla en inglés. Pero eso no fue producto de una casualidad, sino que emergió en virtud de una necesidad⁴⁹.

La instauración de la terapia de observación directa fue un acierto médico que demuestra la maduración de algunas decisiones que originadas en diversos planos convergieron en una solución histórica. En primer lugar, sobresale el resultado de la correcta aplicación de las drogas que comenzó a verse reflejado estadísticamente. Y, en segundo lugar, asoma la importancia de contar con una estructura institucional como el SNS, la que facilitó la progresiva difusión del nuevo método a lo largo del país. El doctor Farga es enfático en subrayar este aspecto:

A partir de ese momento se hicieron redes de central de tratamientos controlado. Lo más importante fue el Sistema Nacional de Salud porque fue fundamental para consolidar el tratamiento y porque se logró disponer de la tecnología más avanzada en los hospitales públicos.⁵⁰

La organización de un método terapéutico que tempranamente brindó evidencias acerca de la senda correcta que se había escogido, logró posicionar a los profesionales sanitarios vinculados a la tuberculosis en un “conocimiento frontera”, como afirma el doctor Yáñez. Este camino significó que en la década de 1960 se asentara una verdadera política antituberculosa, integrada por protocolos de atención de los pacientes que tuviesen que ver con el diagnóstico específico.

⁴⁹ Entrevista realizada al doctor Victorino Farga el 16 de abril de 2014.

⁵⁰ Entrevista realizada al doctor Victorino Farga el 16 de abril de 2014.

3.3. Las contribuciones del sistema internacional de la salud: la nueva bacteriología de la tuberculosis y la relevancia del laboratorio

Junto a las innovaciones que comenzaron a perfilar el moderno tratamiento terapéutico, conviene referirse a la influencia que el *sistema sanitario internacional* tuvo en esta etapa del proceso de gestación del PCT. Tal vez esta referencia no constituya novedad para quienes conozcan el itinerario de la historia de la salud moderna. Sabido es que desde los albores del siglo XX se fue conociendo la instalación de algunos organismos multilaterales (*Oficina Sanitaria Panamericana, Sección de Higiene de la Liga de las Naciones*) que paulatinamente fueron generando instancias de colaboración con los diversos países para promover la salud, coordinar esfuerzos para mejorar las condiciones sanitarias sobre todo de las naciones más pobres y generar circuitos de perfeccionamiento para los profesionales de la salud. En la segunda mitad del siglo XX este sistema global de colaboración se fortaleció con la inauguración de la *Organización Mundial de la Salud* (OMS), que aunque no fue el único organismo que dedicó sus esfuerzos a mejorar las condiciones sanitarias de la comunidad global, fue la institución símbolo de esta nueva era multilateral.

A partir de la visión del doctor Yáñez podemos rescatar una valoración positiva del sistema internacional sanitario, porque gracias a algunas instancias de colaboración existentes en el extranjero y a la concurrencia de ciertas decisiones de las autoridades chilenas, se hizo factible el acceso a los médicos chileno a los conocimientos más actualizados de la tuberculosis. De acuerdo con su opinión, es posible indicar dos hitos que retratan los canales que se establecieron entre nuestro país y el mundo científico.

En primer lugar, un episodio vinculado a la visita del histórico experto en epidemiología de la tuberculosis *Karel Styblo*,

acaecida a fines de la década de 1960, producto de los buenos resultados conseguidos en Chile y que tuvieron suficiente eco en la OMS como para alentar la venida al país del experimentado investigador. En su estadía en Chile, Styblo quedó positivamente impresionado del trabajo que se estaba efectuando, pero hizo una observación que se la hizo saber al doctor Yáñez en los siguientes términos:

Un día, Karel Styblo, me dijo: *lo están haciendo muy bien, pero se nota que no tienen la proyección epidemiológica de lo que es el control de esto*. Luego, agregó *¿Por qué no mandan a alguien al curso de epidemiología? Vaya usted, me dijo. ¿Yo?* respondí. *Sí, vaya y averigüe en la OPS*. Investigué y me mandaron con una beca que fue maravillosa⁵¹.

Ese fue el momento que transformó al doctor Yáñez en uno de los primeros médicos chilenos que se perfeccionó en un programa en tuberculosis de la OPS. El destino de esa beca fue Checoslovaquia, que poseía un acreditado programa de control de la tuberculosis y que reunía a destacados profesores europeos en la materia. En el transcurso de tres meses recibió conocimientos de bacteriología y estadística de la tuberculosis, curso que realizó en Dinamarca como parte del programa de estudios. En resumen, sostiene el doctor Yáñez, esa experiencia fue importante para potenciar algunas aristas de la labor que se estaba llevando a cabo en Chile, según se desprende de la siguiente confesión:

Mejor beca no podía haber tenido y es la única que tuve en mi vida. Felizmente casi todas las cosas que aprendí ya las estábamos haciendo acá, pero había que darles un sentido de proyección operacional y epidemiológico. Había que unificar muchas acciones dispersas⁵².

⁵¹ Entrevista realizada al doctor Álvaro Yáñez el 23 de abril de 2014.

⁵² Entrevista realizada al doctor Álvaro Yáñez el 23 de abril de 2014.

Esta experiencia fue determinante para que el doctor Yáñez, a comienzos de la década de 1970, asumiera la conducción del nuevo proyecto antituberculoso. Tendremos la oportunidad de entregar más detalles al respecto.

El otro hito internacional que favoreció la organización anti-tuberculosa de segunda generación fue el ascenso del tisiólogo Enrique Pereda al *Comité Internacional de la Tuberculosis* de la OMS, en los inicios del decenio de 1960. Desde esta tribuna él canalizó hacia Chile las principales indicaciones que realizaban los especialistas internacionales respecto de la enfermedad.

Dentro de esta gama de valiosas aportaciones internacionales que ayudaron a cimentar las bases del PCT, figura el resurgimiento de la bacteriología como una disciplina fundamental para perfeccionar el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. En este sentido, el siguiente relato del doctor Yáñez deja en claro la importancia de ese hecho:

Una contribución fundamental provino desde Inglaterra. Los ingleses tenían un centro de investigación y disponían del Consejo Británico de Investigaciones Médicas, entidades que se dedicaron mucho a tuberculosis, consiguiendo avances extraordinarios. Primero, junto a equipos médicos de Europa demostraron que el estudio radiológico en busca del diagnóstico incipiente tenía graves fallas porque muchos de los análisis que hacía radiología no tenían valor. La radiología podía describir lesiones, pero no hacer un diagnóstico etiológico. Se demostró que eran exámenes tardíos y que habitualmente el diagnóstico era muy posterior y encontrar una tremenda caverna y un pulmón destruido no era ninguna gracia. Y, en segundo lugar, reivindicaron la bacteriología que Koch había fundado a fines del siglo XIX⁵³.

⁵³ Entrevista realizada al doctor Álvaro Yáñez el 23 de abril de 2014.

Este testimonio ofrece la posibilidad de aquilatar una de las claves histórica más valiosas del PCT, la que adelantamos a propósito de los comentarios de palabras de Rosario Lepe pertinentes a las aportaciones de la tecnología médica y del laboratorio. Efectivamente, a partir de 1960 la lucha anti-tuberculosa de segunda generación reinstaló la bacteriología como pieza central de su armamento.

En las postrimerías del siglo XIX dicha disciplina había sido el pilar de la profilaxis antituberculosa que aplicaron las autoridades sanitarias de los Estados modernos. No obstante, como producto del desarrollo del movimiento sanatorial y de los enfoques socioeconómicos respecto del origen y evolución de las enfermedades, el saber y la práctica bacteriológicos fueron relegados a un segundo plano en la primera mitad del siglo XX. El relato del doctor Yáñez deja en claro que en el decenio de 1960 la *nueva bacteriología* cambió el panorama, por cuanto se convirtió en un instrumento de alta especificidad para hacer diagnósticos. Afirma el doctor Yáñez que incluso los científicos ingleses habían conseguido demostrar que un tuberculoso grave, nunca antes tratado, que recibiera el denominado tratamiento triasociado, mejoraba en 100%. Vale decir, era viable un cambio radical de escenario para la suerte de los enfermos si se consideraba que la enfermedad era letal en 80% en enfermos altamente comprometidos con el bacilo. Respecto de estas innovaciones, el doctor es concluyente al recordarlos:

Toda esa información la tomamos y nos olvidamos de los neumotórax, de la cirugía, etc. De este modo comenzamos a organizar en buena forma el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis⁵⁴.

⁵⁴ Entrevista realizada al doctor Álvaro Yáñez el 23 de abril de 2014.

La relevancia que alcanzó el enfoque bacteriológico, como apunta el doctor Yáñez, puede ser corroborado por la opinión que emitió uno de sus colegas en el San Juan de Dios, *Luis Herrera Malmsten*, quien desempeñó un papel importante en el desarrollo de PCT y la bacteriología en la década de 1960. Por ahora, debemos indicar que con ocasión de una mesa redonda que se realizó acerca del estado del tratamiento de la tuberculosis en Chile, en 1966, publicada en el Boletín del Hospital San Juan de Dios, Herrera Malmsten reveló el modo en que ellos definían la tuberculosis, afirmación que revela su apego irrestricto al enfoque microbiológico:

Consideramos que la tuberculosis es una enfermedad debida a la interrelación de dos seres vivientes, el hombre y el germen. Si consideramos que la terapia con antibióticos está destinada no a mejorar las defensas del hombre, sino a dar el ataque contra el germen, es indudable que sin olvidar los fenómenos defensivos del organismo, debemos considerar que la base de la terapéutica antibiótica es microbiológica⁵⁵.

En nuestra opinión, la preponderancia que obtuvo la nueva bacteriología en esta etapa abre la posibilidad de escudriñar en un aspecto histórico que ha sido resaltado por las diversas generaciones de profesionales que han participado en el PCT y que tiene relación con la apreciable cuantía que se le adjudicó al trabajo de laboratorio para realizar tareas que perfeccionaron el tratamiento triasociado, como por ejemplo, la baciloscopia necesaria para detectar y confirmar los casos de tuberculosis.

⁵⁵ “Tratamiento actual de la tuberculosis”, mesa redonda, 29 de septiembre de 1966, en *Boletín del Hospital San Juan de Dios*, v. 14, nº 1, enero-febrero 1967, 3.

Equipo de enfermeras supervisando la administración del tratamiento en el Centro de Enfermedades Broncopulmonares del Hospital San Juan de Dios (1966).



Fuente: Boletín del Hospital San Juan de Dios.

El trabajo antituberculoso del grupo de profesionales del San Juan de Dios, según apunta el doctor Yáñez, contó con el respaldo de un muy buen laboratorio. Inicialmente, las atenciones de enfermedades pulmonares se efectuaban en el subterráneo del establecimiento en “cuatro piececitas” y tal fue la repercusión que obtuvo esta iniciativa que “pronto se llenó de enfermos tuberculosos que nos iban a ver” y cuya presencia incomodó en cierto modo al resto del personal. ¿Cuál fue la solución que se propuso? Las autoridades del SNS decidieron comprar un terreno con casas antiguas situado en la intersección de las calles Huérfanos, Portales, Chacabuco y Matucana. En un caserón construido a comienzos del siglo XX se instaló el Centro de Enfermedades Broncopulmonares en 1964. Algunos detalles de sus actividades y especialmente el trato con los enfermos son claramente descritos por el doctor Yáñez:

Se habilitó esa casa, un gran caserón, con buena sala de estar, con un patio con parrón, con piezas grandes. Instalamos un equipo de rayos y en una casa chica que da a Chacabuco situamos el laboratorio y a un becario médico que le gustó la tuberculosis. Le gustó más que la clínica. Él tenía unas técnicas, yo era endoscopista, por ejemplo, experto en

mirar por dentro a los pobres tuberculosos. A él no le gustó nada de eso, pero confesó que le gustaba la bacteriología y se dedicó a eso. Su nombre era Pedro Valenzuela⁵⁶.

El doctor prosigue su narración centrando su atención en un asunto mayúsculo: el tratamiento y los pacientes. Al poco andar podía decirse que el trabajo realizado en el Centro era bueno, pero pronto se percataron de un tema del que pendía ni más ni menos que gran parte del éxito de la nueva modalidad terapéutica. Se comprobó que “los tuberculosos no entendían nada del tratamiento que les hacían”, especifica el doctor Yáñez. Si bien les indicaban “usted tiene una tuberculosis, le salieron bacilos de Koch en el desgarró, tiene que tomar estos medicamentos, esta pastilla tanto, esta otra tanto”, algo fallaba. Muchos pacientes francamente no mejoraban, pese a recibir los medicamentos, motivo por el que, se recurrió a un clásico recurso sanitario: *educación*. Se resolvió que en cada consulta médica se implementaría “una pequeña clase” acerca del tratamiento y, acto seguido, se le entregaría directamente las pastillas al paciente, no siendo necesario que fuera a la farmacia. Sin embargo, la mortalidad de los tuberculosos no retrocedía, sentencia el doctor Yáñez, y la evidencia indicaba pocos réditos médicos:

Aprendimos que se seguían muriendo los enfermos y que llegaban las señoras todas de negro, y nos confesaban: “Mi marido se murió doctor, le quería dar las gracias porque se preocuparon tanto de él y queremos devolverle kilos de medicamentos...”⁵⁷.

La conducta reticente de los enfermos fue un obstáculo serio que hubo que remediar porque de ello dependía todo el proceso de modernización.

⁵⁶ Entrevista realizada al doctor Álvaro Yáñez el 23 de abril de 2014.

⁵⁷ Entrevista realizada al doctor Álvaro Yáñez el 23 de abril de 2014.

Algunos pacientes eran realmente “mañosos”, narra nuestro privilegiado testigo. No se escatimaron estrategias para cambiar esa conducta. Estuvo contemplado que incluso la auxiliar les examinara la boca para comprobar que hubiesen ingerido las pastillas. Es más, hasta el aseador de la calle se sumó a esta tarea de control cuando nos advertía en múltiples ocasiones de la situación:

Oiga doctor, paso barriendo un montón de pastillas porque se las llevaban en la boca y las botaban⁵⁸.

Recordemos que para 1966 el *Comité Nacional de Lucha Antituberculosa* del SNS estipulaba en sus recomendaciones terapéuticas que el tratamiento, administrado diariamente, debía iniciarse con las “tres drogas de primera línea”, esto es, estreptomomicina (1 gr), isoniazida (5 mg) y el PAS (10 gr)⁵⁹

Podrían citarse más ejemplos al respecto, pero los que hemos presentado son lo suficientemente demostrativos del camino que los médicos del Centro de Enfermedades Broncopulmonares debieron seguir para perfeccionar su propuesta terapéutica. De este modo, señala el doctor Yáñez, resolvimos algo que se convirtió en una decisión trascendental: *el tratamiento de la tuberculosis debía ser observado por personal de salud bajo un procedimiento de control*. Para 1967 y 1968, la casa de Matucana que se había constituido en un núcleo de la modernización del tratamiento antituberculoso se adaptó para llevar a cabo adelante su histórica empresa médica, cuestión que revelan los siguientes detalles que nos da a conocer el doctor Yáñez:

En el segundo piso teníamos un montón de mesitas con estanterías donde había auxiliares y el enfermo sabía qué

⁵⁸ Entrevista realizada al doctor Álvaro Yáñez el 23 de abril de 2014.

⁵⁹ SNS. *Normas para la protección de la tuberculosis*. Comité Nacional de Lucha Antituberculosa, Santiago de Chile, 1966, 5.

auxiliar le correspondía. Existía un casillero con sus medicamentos, un vaso con su nombre, leche y el señor tenía que tomarse ahí los medicamentos⁶⁰.

Añade nuestro testigo que el resultado alcanzado fue tan notable que rápidamente en todo Chile comenzamos a dar tratamiento supervisado. La expansión territorial de esta nueva modalidad terapéutica estuvo apuntalada por el SNS, en particular, por el doctor *Adrián Pierry*, quien según el doctor Yáñez, fue “un hombre de bajo perfil, pero muy importante”. La razón de esta aseveración yace en un antecedente concreto, que nuestro entrevistado recuerda del siguiente modo:

Pierry nos llamó y nos dijo: ustedes que están marcando avances tienen que proyectarse al país. Yo podría viajar, pero son ustedes los que deben ir a hablar de su experiencia en las distintas partes. Entonces a mí me tocó, como encargado del San Juan de Dios, ir a Talagante, Peñaflor, Melipilla, San Antonio, a repartir esta información y a corregir los problemas que estaban viviendo ellos que eran los mismos que habíamos vivido nosotros. Tenían enfermos y no sabían cómo manejarlos operacionalmente en forma útil y ya no tenían el recurso de mandarlos a especialistas porque ya se habían acabado los tisiólogos⁶¹.

Relata el doctor Yáñez que llegó un momento en que él estuvo a cargo de más o menos la quinta parte de la población del país asesorando el tratamiento de la tuberculosis, tarea en el que estuvo involucrado también el doctor Farga. En suma, toda la labor realizada hasta entonces tuvo el siguiente colofón, confiesa el médico:

⁶⁰ Entrevista realizada al doctor Álvaro Yáñez el 23 de abril de 2014.

⁶¹ Entrevista realizada al doctor Álvaro Yáñez el 23 de abril de 2014.

Chile fue el primer país que lo hizo en forma sistémica, que todo tratamiento de la tuberculosis debe ser observado por personal de salud, anotado y llevado en un registro. Establecimos, en forma experimental, en el Centro Broncopulmonar, esquemas de tratamientos normados. No cualquier esquema, sino el esquema triasociado en las dosis indicadas por el tiempo adecuado, administrado por el personal de salud⁶².

Indubitablemente, el afianzamiento de este nuevo camino terapéutico tuvo en el desarrollo de una red nacional de laboratorios un respaldo inigualable para que se pudiera cumplir el objetivo central del SNS de mejorar la calidad de vida de los pacientes tuberculosos, garantizando su gratuidad universal a todos los pacientes independiente de sus condiciones socioeconómicas. Desde el punto de vista técnico, algunos organismos internacionales como la OPS estimaban que la microbiología de la tuberculosis era importante en virtud de la relevancia que le asistía en cuatro momentos de toda planificación anti-tuberculosa, a saber: *el diagnóstico etiológico de la enfermedad, la elaboración de un esquema antibiótico para los pacientes, el control del tratamiento y la precisión de la esterilización permanente del enfermo*⁶³.

Esta perspectiva sirve de marco para contextualizar la mirada de Rosario Lepe respecto de la evolución de la microbiología nacional. En su opinión, existieron dos personas cuyo papel fue inapreciable en la expansión de una red y en el fortalecimiento de la microbiología de la tuberculosis a contar de 1965. La primera de ellas, una persona a la que hemos referido, el doctor

⁶² Entrevista realizada al doctor Álvaro Yáñez el 23 de abril de 2014.

⁶³ Herrera Malmsten, Luis. “Estado actual de la microbiología de la tuberculosis en Latinoamérica”, en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, abril, 1970, 282.

Luis Herrera Malmsten, quien dirigió el servicio de bacteriología del Instituto Bacteriológico de Chile. No solamente fue el gestor del incremento de unidades de laboratorios a nivel nacional, sino que asesoró a otros países latinoamericanos en la consecución de ese objetivo. Incluso él asumió un cargo de la OPS con residencia permanente en Londres que fue la sede desde la que visitó en calidad de asesor diversos países de América Latina. Acorde a nuestra entrevistada, el doctor Herrera Malmsten, su primer jefe en el Instituto, fue quien se hizo cargo del curso de bacteriología para la tuberculosis e implementó los procedimientos para poder detectar estas condiciones diferentes de un paciente a otro. El testimonio de la tecnóloga médica es refrendado por el doctor Zúñiga, quien afirma lo siguiente acerca del director del Instituto:

El doctor Herrera Malmsten montó la red de laboratorios para la tuberculosis. Él *jeringueó* a medio mundo y consiguió un éxito en ese plano, precisamente por la existencia de la red⁶⁴.

⁶⁴ Entrevista realizada al doctor Manuel Zúñiga el 7 de abril de 2014.

Técnico Paramédico, Carlos San Martín. Baciloscopia en Alto Biobío, 24 de abril de 1970.



“Se trataba de una de las rondas médicas realizadas en Alto Biobío cada cierto tiempo, en un trabajo junto con Carabineros de Chile. Ello implicaba llegar con el personal, primero a la escuela de Ralco y luego subir hasta Callaqui, a una estación de avanzada de Carabineros, ambos lugares donde acudía la gente para atención de diversos problemas de salud. Por aquel entonces el Dr. Rafael Vera era Director del Servicio de Salud, Dr. Luis Burgos Director del Hospital de Los Ángeles y el Dr. Iván Olgún, médico internista de esta institución encargado del programa de TBC, de igual forma participante de esta actividad. Es para el Día del Carabinero, 27 de abril de la década de 1970, cuando solicitan a Carlos San Martín, Técnico Paramédico de nuestro hospital, aportar a dicho equipo multidisciplinario con su experiencia en el diagnóstico bacteriológico de la TB. Llevaba para ello un microscopio con una adaptación para luz solar, lo que permitía realizar la lectura de baciloscopia durante el día. En tanto en las tardes y el anochecer, este instrumento poseía una adaptación que permitía conectar la ampolleta a una batería de vehículo, lo que permitía obtener la iluminación necesaria para realizar la lectura microscópica de los exámenes”.

El segundo personaje que Rosario Lepe recalca es el doctor Adrián Pierry, quien se desempeñó en la sección de epidemiología de la *Dirección General del SNS* y hasta 1970 dirigió el

plan antituberculoso en el país. Tanto los doctores Herrera Malmsten y Pierry, junto a otros profesionales, lideraron la distribución de laboratorios a lo largo de país a partir de la década de 1960 con el objetivo de robustecer la efectividad de la lucha contra la tuberculosis bajo el paradigma bacteriológico. Para Rosario Lepe no cabe duda que esa empresa fue una “labor titánica”, ambiciosa, que demandó un trabajo casi los siete días de la semana y que se hizo en terreno a lo largo del país, donde destacó especialmente el doctor Pierry. Un pasaje de la historia del PCT que recuerda nítidamente el afán con el que se trabajó:

Este caballero (Pierry) visitó Chile de norte a sur pero no solo en las provincias, en las cabeceras de provincias, sino que en todos los rincones del país, en Pozo Almonte, en Pica, en Mamiña, etc. Él hizo un rastreo con varios objetivos. Primero, ver la factibilidad de que ahí existiera un laboratorio. Segundo, observar si había personal que se podía capacitar, porque se sabía que no había gente competente. Tercero, constatar si tenían equipos como para formar un laboratorio básico, para ello le otorgaron a Pierry la facultad incluso de revisar las bodegas de los hospitales a objeto de verificar si habían equipos que estaban arrinconados en desuso y de ese modo retirarlos para mandarlos al ISP. En el Instituto se mandaban a reparar a técnicos calificados de la Región Metropolitana y después ese equipo volvía al lugar de origen o a alguna otra localidad que no tuviese. Hablemos de microscopios, que era lo que más se necesitaba.

El movimiento de miles de muestras entres regiones y Santiago fue un desafío porque las condiciones del viaje no siempre fueron las más favorables, confiesa la tecnóloga médica.

Tan importante como la ampliación de los métodos microbiológicos de la tuberculosis fue que su aplicación obedeciera a un *sistema estandarizado de trabajo*, enfatiza Rosario Lepe

Se consideró indispensable que en todos los laboratorios que existieran en el país, los procedimientos de diagnóstico fueran los mismos. Si se estandarizaran los procedimientos técnicos, resultaba más fácil capacitar a la gente que lo necesitara⁶⁵.

La labor uniforme por la que se apostó requirió de una constante supervisión, tarea en donde se obtenía una información del paciente que llegaba a los servicios que era válida y representativa. Nuestra entrevistada recuerda que los programas de capacitación estandarizados fueron orientados tanto para profesionales como para personal técnico no profesional, a fin de sustanciar la uniformidad que se pretendía alcanzar. En este escenario, Rosario Lepe indica que en 1968 le correspondió protagonizar un hecho inédito, esto es, ser la primera profesional no médica que salió a supervisar a provincias, una experiencia profesionalmente enriquecedora, en su opinión. Su remembranza brinda detalles del compromiso que existió en la campaña contra la tuberculosis en aquellos años, según describe la tecnóloga:

Nosotros llevábamos desde el instituto los elementos y nos decían: te vas a Tomé y no vuelvas si ese laboratorio no queda caminando. Esas eran las misiones que le daban a uno. Yo lo máximo que estuve afuera fueron 25 días y tenía que volver con la misión de que ese laboratorio estaba funcionando. Para ello yo llevaba reactivos del Instituto, llevaba algunos elementos básicos, vidrios preparados, reactivos, manuales de procedimientos y partíamos hasta con microscopios en la maleta⁶⁶.

En definitiva, Rosario Lepe, recordando su faceta de supervisora, no tiene dudas en afirmar que ese quehacer fue inigualable,

⁶⁵ Entrevista realizada a Rosario Lepe el 21 de abril de 2014.

⁶⁶ Entrevista realizada a Rosario Lepe el 21 de abril de 2014.

porque “nos enseñó la realidad local tal cual era.”⁶⁷ En virtud de esas salidas a terreno pudieron informarse directamente de las condiciones de los servicios existentes en las provincias.

En fin, si en este instante de nuestro relato hacemos una mirada retrospectiva, constatamos la existencia de un proceso en el que paulatinamente se modeló una moderna estrategia antituberculosa en el tránsito del decenio de 1950 hacia la década de 1960. Los sustanciosos testimonios que hemos convocado han iluminado el itinerario que emprendió una generación de profesionales de la salud que apuntó a instalar los fundamentos de un paradigma que combinó tradición e innovación. Algunos aspectos, heredados de la fisiología y medicina interna, se integraron a las aplicaciones de la nueva bacteriología de la tuberculosis que fue determinante para ejecutar con mayor precisión el diagnóstico y el tratamiento supervisado de los enfermos. Naturalmente, tal esfuerzo profesional y colectivo se fortaleció gracias al respaldo del poder público simbolizado por el SNS, la cara visible del interés del Estado chileno por hacer de la salud uno de los pilares de bienestar de la población.

Sin embargo, debemos ser cautos en pensar que el episodio que hemos descrito como una fase formativa crucial en la historia del PCT sea apreciado como señal de una marcha triunfal de la salud pública nacional en la consecución de una meta primordial como fue el combate contra la tuberculosis. Lejos estamos de adherir a esa intención. Del mismo modo en que podemos enseñar varias decisiones que contribuyeron a configurar un modelo efectivo, es menester hacer presente que existieron dificultades de diverso orden que en ciertas circunstancias condicionaron los anhelos de quienes participaron en

⁶⁷ Entrevista realizada a Rosario Lepe el 21 de abril de 2014.

esta etapa. Y para ser sinceros, los avatares de ese proceso histórico se justifican plenamente, ya que las décadas de historia de prevalencia tuberculosa que vivió nuestro país no podían modificarse de la noche a la mañana.

A continuación conoceremos cómo desde mediados de la década de 1960 se conformaron los pasos institucionales para darle un giro histórico al *fatum tuberculoso* de Chile.

3.4. El nacimiento e institucionalización del PCT: 1966-1973

Trazar una fisonomía básica del escenario de la salubridad chilena en el que surgió formalmente el proyecto de creación de un programa antituberculoso puede contribuir a sopesar algunas circunstancias que por un lado sirvieron de obstáculo, pero al mismo tiempo fueron un aliciente para movilizar esfuerzos organizados por el Estado. Para ilustrar este momento, debemos referir a algunos episodios que nos pueden iluminar en ese sentido.

En primer lugar, es menester insistir en un hecho histórico fundamental. En la década de 1960 el problema tuberculoso conservaba su estatus de enfermedad social mayúscula. Es cierto que el escenario era notoriamente distinto al de décadas anteriores. Institucionalmente, existían para entonces algunos avances que el Estado había conseguido establecer para enfrentar dicho problema. Sanitariamente, era incuestionable el progresivo descenso estadístico de la morbimortalidad de la tuberculosis. No obstante, todo ello no aplacó su gravedad social. Al menos así fue interpretado, por ejemplo, en el *Plan de Salud* que formó parte del programa del FRAP, la coalición política que apoyó a Salvador Allende en su candidatura a la presidencia en 1964. En aquel documento se hizo mención expresa a algunos problemas sanitarios que aún causaban elevadas tasas de mortalidad, a pesar de los “10 años de experien-

cia en la operación del SNS”⁶⁸. Las cifras que ahí se manejaron no eran alentadoras: 120 de cada 1.000 menores de un año morían cada año. La tuberculosis no se quedaba rezagada con 4.000 muertes anuales. Esta evidencia dio pábulo para hacer hincapié en que la organización sanitaria vigente en el país había sido incapaz de disminuir los casos existentes, evitar la aparición de nuevos casos y aminorar los focos extrahumanos.

Ahora bien, en el plan de salud no solamente se acusaron algunas de las causas del problema tuberculoso. Los encargados del plan de salud del FRAP delinearon algunas soluciones, entre las que podemos indicar: el mejoramiento del sistema de pesquisas de casos, la hospitalización de enfermos en las zonas rurales, la mantención o reducción de la hospitalización en áreas urbanas en favor del incremento de tratamientos ambulatorios y perfeccionamiento de las indicaciones, y la adopción de las “más modernas técnicas terapéuticas, con apoyo constante de la radiología y el laboratorio”⁶⁹. Como vemos, la política de salud del FRAP en 1964 permite sacar un par de deducciones en materia de tuberculosis: una, que nos indica que el nuevo enfoque terapéutico se había desplegado en todo el espectro médico nacional; y, la segunda, que sugiere que el Estado chileno aún tenía una deuda social pendiente a partir de las condiciones en que se hallaba la lucha antituberculosa.

Valga lo anterior para evidenciar que las decisiones fundamentales para el combate tuberculoso debían ser adoptadas por quienes tenía en sus manos el desarrollo de la salud pública chilena. Al respecto, podemos indicar que las autoridades del SNS y del Ministerio de Salud, como un paso previo para

⁶⁸ “Plan de salud, atención médica y medicina social”. Santiago de Chile, 1964, en Cuadernos Médicos Sociales (Chile), abril, 2006, volumen 46, 82.

⁶⁹ Ibídem.

estructurar un plan de control de la enfermedad, se esmeraron en resolver algunas de las dificultades médicas y técnicas que la tuberculosis había generado. En este sentido, el examen de la propuesta programática realizada por el doctor Pierry hacia 1966 nos conduce a aclarar el conjunto de inconvenientes que debían ser superados para organizar un programa antituberculoso moderno en consonancia con las sugerencias que venían realizando las entidades internacionales de la salud. En efecto, en marzo de 1966 el médico especialista en tuberculosis expuso lo que a su juicio debían ser las bases de la política oficial del SNS y en el que da cuenta tanto de los problemas más apremiantes como de las soluciones que debían aplicarse para conducir una estrategia fructífera mediante lo que calificó como un “plan de control de la tuberculosis”⁷⁰. Dentro de las principales situaciones desafiantes que el doctor Pierry reveló en su propuesta, deseamos rescatar algunos temas en particular: *la administración del tratamiento, el reclutamiento de personal para hacerse cargo de la lucha antituberculosa, el papel de la bacteriología y el tratamiento triasociado*.

En primer término, respecto de los pacientes y la nueva terapia antibiótica existían tres dificultades evidentes, a saber, el retraso en la tarea del descubrimiento de todos los enfermos existentes en las comunidades; la falta de tratamiento para tuberculosos que sí estaban identificados; y, una cuestión crucial, la suspicacia o el rechazo de los enfermos hacia la terapia. Este último aspecto debemos resaltarlo porque se entrelaza con varias de las observaciones que nuestros testigos citados han expresado respecto de un asunto esencial: *convertir al paciente*

⁷⁰ Pierry, Adrián. “Plan de Control de la Tuberculosis”, 29 de marzo de 1966. Anexo al acta de la sesión n° 793 del Consejo Nacional de Salud del 30 de marzo de 1966. *Archivo Histórico de la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud*. Fondo Actas del SNS, v. 2-602.

tuberculoso en un verdadero socio en el largo proceso de sanación.

La conquista de este objetivo fue un verdadero canon para los profesionales involucrados en el desarrollo de la quimioterapia tuberculosa, tarea que el doctor Farga, citando a un médico inglés, indicó que demandaba “la paciencia de Job”. En este sentido se comprende que el doctor Pierry hiciera hincapié en que la actitud del tuberculoso requería ser tratada con diligencia porque de ella estribaba en gran medida el progreso del trabajo terapéutico basado en drogas. Era habitual que el paciente fuese sensible a factores como la extensión del tratamiento (mínimo un año) o la distancia que debía recorrer desde su casa al consultorio. Para hacer frente a estos obstáculos, se recomendó lo siguiente para los consultorios periféricos:

Hay necesidad de adecuar a estos para que sean sitios atractivos, donde el enfermo acuda a tomar sus medicamentos y permanecer con gusto las horas que recibe el tratamiento, entreteniéndose, aprendiendo algo, educándose⁷¹.

Esa tarea era totalmente realizable porque existía un lugar que, en palabras del doctor Pierry, podía ser un ejemplo a seguir en el manejo del tratamiento según las pautas indicadas. Ese modelo era el Centro de Enfermos Broncopulmonares que había sido impulsado por el grupo de médicos del San Juan de Dios.

Un segundo foco que concentraba complicaciones tuvo que ver con la capacidad del sistema de SNS para congregarse a los profesionales necesarios para emprender las múltiples tareas que reclamaba la lucha antituberculosa. Apuntando al campo de las especialidades médicas, el doctor Pierry encendió la alarma respecto del número de tisiólogos que existían en el país, 91 en total, lo que era escaso para una nación con 8.656.000

⁷¹ Ibídem.

habitantes. Asimismo, había que sumar que ese conjunto de especialistas estaba mal distribuido, pues solamente en Santiago existían 53, hecho que evidenciaba una concentración que perjudicaba la atención en las provincias. Junto a lo anterior, se indicó la existencia de un déficit de personal en áreas tan importantes como bacteriología, trabajo social, y enfermería. El caso del hospital de Putaendo fue dramáticamente revelador, pues manejaba 624 camas y no disponía de personal de enfermería ni asistente social. No obstante las dificultades descritas, la constatación de estos aprietos ofrece una ventaja para nuestro examen histórico y que está vinculada a la posibilidad de sopesar un rasgo histórico subyacente a la modernización de la lucha antituberculosa y sus innovaciones terapéuticas, a saber, su carácter interdisciplinario que, como podemos apreciar, se hacía más necesario que nunca hacia los años sesenta. De hecho, el doctor Farga afirma que ellos habían conseguido congregarse en el San Juan de Dios un equipo multiprofesional compuesto por psicólogos, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales⁷². El quehacer de este cuerpo fue esencial para generar sistemas de incentivos para que el enfermo concurriera a controlarse y un canal de provisión de leche y alimentos para contribuir a resolver los problemas sociales que eran inherentes a la condición de ser tuberculoso.

Pese a las falencias detectadas en el contingente de profesionales que el plan antituberculoso requería, el doctor Pierry hizo ver algunas medidas que estaban en curso para remediar la cuestión. Una de ellas involucró el entrenamiento en diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis para los *médicos generales de zona*. Si bien para 1965 existían 14 de ellos cumpliendo con el curso de perfeccionamiento, se requerían otros 10 profesio-

⁷² Entrevista realizada al doctor Victorino Farga el 16 de abril de 2014.

nales⁷³. La otra ayuda provino de la contratación de *auxiliares de enfermería* que se había logrado gracias a dineros extras provistos por el Ministerio de Salud, las que habían cumplido notablemente en las labores claves del tratamiento de los tuberculosos en los consultorios, como la tarea de educación sanitaria de los pacientes, el registro de sus controles y la agenda de sus citas.

Como tercer asunto que merecía atenderse, según enunció el doctor Pierry en su propuesta, fue la necesidad de articular con mayor precisión aspectos claves de la administración del nuevo tratamiento que se estaba desarrollando en Chile. En primer término, los dos principios cardinales que se pretendió defender en materia de medicamentos fueron su apropiado uso y su aprovisionamiento. Ya conocemos que el problema que presentó la resistencia. Pues bien, el programa hizo presente que 17% de los pacientes tratados, según datos del doctor Herrera Malmsten, presentaban ese problema, hecho que obligaba a los responsables del manejo terapéutico a ser precavidos con las monoterapias. En cuanto a la disponibilidad de medicamentos, se insistió en que el gobierno debía garantizar su adquisición porque existían denuncias concretas de falta de estreptomycin y PAS. Tan importante como lo anterior fue el reconocimiento del servicio que prestaban los laboratorios, sin ellos no era posible lograr que el programa avanzara hacia la meta de reducir la incidencia de la tuberculosis a nivel nacional. Por este motivo, en 1965 el Ministerio de Salud y el Instituto Bacteriológico habían puesto en marcha un plan para el entrenamiento de personal en microbiología de la tuberculosis. A partir de esa iniciativa, el doctor Pierry señaló que los

⁷³ El doctor Yáñez afirma que gracias a esta iniciativa en pocos años se logró reunir 200 a 300 médicos jóvenes adiestrados en el nuevo tratamiento de la tuberculosis.

pilares de este trabajo estaban compuestos por un laboratorio mínimo, que debía estar al alcance del médico tratante, el servicio de laboratorio de los hospitales y los laboratorios zonales. Para fortificar el trabajo en provincias y descentralizar parte de la labor bacteriológica afincada en Santiago se había procedido a adquirir equipamiento para formar 10 laboratorios.

Ahora bien, es necesario advertir que la implementación de estas medidas no deben distraernos de una de las aristas del enfoque antituberculoso del SNS que se sostuvo en la década de 1960, consistente en la combinación del trabajo bacteriológico con el radiológico. Ello merece ser destacado porque en aquellos momentos la OMS y algunas voces de los países desarrollados sugerían favorecer el método microbiológico. De este modo, la inclinación de la autoridad sanitaria chilena por la metodología mixta puede ser vista como una expresión de confianza en la experiencia local que había acopiado hasta entonces el combate antituberculoso.

En resumidas cuentas, aquello que en marzo de 1966 el doctor Pierry calificó como la política nacional del SNS en materia antituberculosa, se resumió en varias directivas cuyo cumplimiento debía ser prioridad en el corto plazo. A la extensión a todo el país de las ventajas de la bacteriología en materia diagnóstica y terapéutica, el incremento del abastecimiento de drogas y la priorización del tratamiento ambulatorio, debía sumarse el deber del Estado en reforzar la vacunación de la BCG en los recién nacidos y ampliarla a los escolares, así como mejorar el sistema estadístico de la tuberculosis, un tema de largo aliento en la salud pública nacional. Finalmente, no se dejó de subrayar la pertinencia de apelar a la *educación médica universitaria*, para ello se hizo un llamado a la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile a fin de que cumpliera con una doble misión: primero, incrementar el conocimiento de la enfermedad entre sus alumnos de pregrado y en la

práctica del internado; y, segundo, coordinar con la escuela de graduados un esfuerzo que apuntara a perfeccionar a los médicos de todo el país en el tema tuberculoso y a ampliar las becas para aumentar el número de especialistas.

La propuesta diseñada por Pierry desde la sección de epidemiología del SNS, que condensó en cierto modo algunos esfuerzos que totalizaban una suerte de “PCT no escrito”, como lo define el doctor Farga, tomó tiempo para que hiciera eco en el gobierno, matiz que no impidió que el tema conservara notoriedad en el debate público. Así lo podemos observar, por ejemplo, en la participación del senador Salvador Allende en la discusión que se realizó en el Congreso Nacional en 1967 en torno a la ampliación de los beneficios de la denominada *medicina integral* a sectores de la población que estaban fuera de la esfera del SNS. Como parte de un conjunto de medidas directas para mejorar las “acciones preventivas de carácter colectivo”, el exministro de salubridad del Frente Popular planteó “la puesta en marcha de un programa nacional contra la tuberculosis”, que debía estar dirigido por el departamento de epidemiología del Ministerio de Salud⁷⁴. Similar petición revivió en enero de 1970, cuando en medio de otra discusión destinada a perfeccionar el SNS a fin de robustecer su misión médico-social, el senador Allende insistió con un plan de medidas equivalente al anterior. Una vez más, dentro de los medios preventivos aludidos, emergió el despliegue de un programa nacional de la tuberculosis como una solución primordial⁷⁵.

En otras palabras, podemos afirmar que esas alocuciones manifiestan que a comienzos de la década de 1970 la fórmula del SNS, diseñada en 1966, permaneció en vilo, una situación

⁷⁴ *Diario de sesiones del Senado*, 17 de mayo de 1967, 794.

⁷⁵ *Diario de sesiones del Senado*, 14 de enero de 1970, 2661.

que en modo alguno debe causar sorpresa si atendemos a la evolución de las políticas de salud en el siglo XX. En efecto, si concebimos el programa antituberculoso como una iniciativa compuesta por una doble naturaleza, médica y social, es pertinente citar el punto de vista de Alfredo Leonardo Bravo, quien a propósito del diseño de las políticas de salud en Chile afirmó en 1962 que “el progreso social integrado no es una empresa que pueda cumplirse en todas sus fases a corto plazo; es tal vez una tarea de una o más generaciones e involucra un enfoque simultáneo de todos los enfoques en juego”⁷⁶. Bajo esta mirada, se comprende que consensuar recursos económicos, voluntades políticas y perspectivas científicas no ha sido nunca una tarea expedita, y la consecución de una estrategia estatal antituberculosa moderna no fue una excepción.

En 1971 las expectativas comenzaron a convertirse en un programa antituberculoso normado. La institucionalización de un órgano de control comenzó a germinar al alero de la política de salud a gran escala que encarnó el *Plan Nacional de Salud* del gobierno de la Unidad Popular. Acerca del particular, el doctor Farga mediante un editorial de la *Revista Médica de Chile* expuso que, pese al ostensible descenso a nivel nacional de la mortalidad por tuberculosis desde 1949, esta enfermedad era aún un problema superlativo de salud pública causante de 2.500 muertes anuales hacia 1970. No obstante, la medicina chilena podía dar cuenta de que el tiempo no había pasado en vano y que se habían sacado lecciones importantes. Una de ellas fue la convicción de que no existía impedimento para afirmar que la buena ejecución de una quimioterapia era plenamente factible en el país tras seis años de trabajo. Para ello se

⁷⁶ Bravo, Alfredo Leonardo. “Problemas de la Salud Pública y sus relaciones con el desarrollo económico y social de Chile”, en *SNS. Doctrina y política del SNS. Planificación en Salud y el SNS*. Santiago de Chile, 1962, 29.

había logrado arraigar entre los profesionales el compromiso con las tres reglas básicas de la quimioterapia moderna: tratamiento asociado, administración de medicamentos controlada y terapia prolongada y sin interrupciones⁷⁷.

Sin dudas, el cumplimiento de esta meta dejaba a Chile en un muy buen pie para desarrollar un plan antituberculoso a gran escala. Luego, el mismo doctor Farga se encargó de moderar cualquier atisbo de optimismo desbordado al afirmar que si se pretendía que el plan antituberculoso basado en la quimioterapia fuese una “herramienta de salud pública” para la erradicación de la enfermedad, la adhesión de los pacientes al esquema de tratamiento quimioterapéutico era el principal desafío a zanzar. La experiencia acumulada indicaba que para 1971 de cada 100 pacientes que comenzaban el tratamiento aproximadamente el 50% no lo finalizaba. Es decir, se disponía de una herramienta terapéutica formidable que socialmente podía ser eficiente a condición de que toda la población tuberculosa se sumara al tratamiento. En otras palabras, del mismo modo en que en un primer momento la resistencia a la medicación había sido la principal barrera a superar, en una etapa posterior fue la cobertura el objetivo prioritario a alcanzar. El doctor Farga sintetizó en la siguiente afirmación una de las obligaciones a cumplir con el tuberculoso:

Nos interesamos por el costo de los diversos tratamientos, por su toxicidad, y, muy especialmente, por su aceptación por parte del paciente. Para hablar de erradicar la tuberculosis tenemos que asociarnos a la comunidad, y, más especialmente, con el enfermo⁷⁸.

⁷⁷ Farga, Victorino. “Tratamiento actual de la tuberculosis”, en *Revista Médica de Chile*, v. 99, números 1 al 12, enero a diciembre de 1971, 979.

⁷⁸ *Ibíd.*,

En consecuencia, junto a la prescripción de tratamiento científicamente correcto, la obtención de la cooperación del paciente asomó como el segundo pilar en el que debía sustentarse un modelo de quimioterapia exitoso. Para cumplir con este cometido el doctor Farga sugirió que la medicina se abriera hacia las ciencias sociales con el objeto de obtener conocimientos que propiciaran una mejor relación con los pacientes.

Según los antecedentes señalados y haciendo eco de una historia que comenzó a gestarse hacía más de un decenio, en 1971 como parte del Plan Nacional de Salud del gobierno de la Unidad Popular se puso en marcha el PCT, cuyo funcionamiento se integró al sistema organizacional del SNS. El plan fue redactado por un equipo que estuvo integrado por médicos de diversas reparticiones, a saber: Mario Grinspun y Adrián Pierry (Dirección General del SNS), Alfredo Estrada, Edgardo Carrasco, Victorino Farga, Felicindo Mendoza, Leonel Rojas, María Vicencio y Álvaro Yáñez, más la colaboración de Laura Cornejo y Laura Sepúlveda (Oficina de Planificación del SNS). Si algo llama la atención del documento es que sus gestores se cuidaron de advertir el propósito fundamental del PCT, vale decir, su carácter transitorio.

¿Qué motivos se esgrimieron para esa decisión? En virtud de la experiencia adquirida, es posible que se considerara que era necesario disponer de cierto grado de precaución en la implementación del programa, toda vez que la salud de cientos de pacientes era el principal objetivo y cualquier retraso o desajuste repercutía directamente en ello. Por tanto, los principales cometidos que se propusieron fueron equiparar las técnicas y métodos, junto con estandarizar un sistema de registros a nivel nacional, ambas condiciones básicas para evaluar el progreso del PCT y de ese modo conocer las modificaciones que era necesario introducir. De este modo, en el transcurso de esta fase inicial el programa estuvo inmerso en un proceso de acumulación de

información epidemiológica. Si todo resultaba según lo planificado se tenía contemplado que luego de 2 a 3 años se podía materializar un programa con metas específicas a largo plazo.

En líneas generales, el PCT que nació con un carácter transitorio en 1971, se puede resumir en los siguientes contenidos. En primer término, su diseño organizacional se articuló a partir de tres áreas básicas:

1) El *nivel central*: dependiente de la sección de Epidemiología del subdepartamento de Protección de la Salud. Las operaciones del laboratorio estarían coordinadas por el Instituto Bacteriológico. Sus funciones primordiales fueron: dictar las normas para acciones de carácter preventivo o clínico; evaluar anualmente el PCT; realizar asesorías de alto nivel; planificar el entrenamiento de médicos, enfermeras, técnicos y auxiliares; calificar los centros especializados que en el plano nacional funcionaran como centros de referencia; y coordinarse con los otros organismos de salud (Subdepartamento de Estadística, Sección de Atención Médica, Instituto Bacteriológico de Chile, Central de Abastecimiento y Sección de Educación para la Salud). Todas estas tareas estarían en manos de un equipo compuesto por el jefe del PCT, un médico epidemiólogo y una enfermera.

2) El *nivel zonal*: integrado por un comité de tuberculosis compuesto por un epidemiólogo zonal, el jefe zonal del PCT, una enfermera zonal y otros grupos de profesionales que colaboraran en el plan.

3) El *nivel local*: según los autores del PCT “el nivel ejecutivo por excelencia”⁷⁹. Su hábitat de desarrollo era el consultorio

⁷⁹ “Programa Nacional de Control de la Tuberculosis”, en *Revista Médica de Chile*, v. 99, números 1 al 12, enero a diciembre de 1971, 1015-1039.

del hospital base o de otro establecimiento especializado. En este escenario el comité ejecutivo estaría constituido por el epidemiólogo del área, el jefe del PCT en el área, los médicos que trabajaban en tuberculosis en esas instituciones y la enfermera jefa del área.

En lo concerniente a las denominadas bases técnicas del PCT, se enfatizó que tanto la vacunación de la población susceptible, una clásica herramienta del armamento antituberculoso, y la pesquisa (radiológica y bacteriológica), diagnóstico y tratamiento eran los pilares de la labor del programa. Con relación a la medicación de los pacientes, naturalmente se apostó por la fórmula quimioterapéutica que había madurado exitosamente en los años precedentes: correcta asociación de drogas, administración controlada y aplicación prolongada. Para casos de tuberculosis nunca antes tratada se contemplaron como esquemas recomendados: estreptomina (1 g o 0,75 g para mayores de 40 años), isoniácida (5 g por kilogramo de peso, 300 g en promedio), PAS 10g⁸⁰. Un segundo esquema fue el compuesto por estreptomina (1 g), isoniácida y tioacetazona (estreptomina-tiviene). Respecto de los siempre preocupantes pacientes resistentes a estreptomina e isoniácida, se propuso un esquema compuesto por pirazinamida (30 a 40 mg por kg de peso, con dosis máxima diaria de 3 g), ethionamida (15 a 20 mg, por kg de peso, dosis habitual 750 mg diarios), y cicloserina (15 mg por kg de peso, dosis habitual 750 mg.).

La misión del laboratorio, indudablemente, ocupó un lugar destacado, específicamente, en el control bacteriológico de los

⁸⁰ Luego del período inicial de tratamiento triasociado diario, se sugería seguir con un esquema simplificado intermitente, dos veces por semana: estreptomina, 1 g, isoniácida, 14 mg por kg de peso promedio. *Ibíd.*, 1021.

pacientes bajo tratamiento, el que se efectuaría a partir de una baciloscopia en “expectoración mensual”, la que se repetiría mientras persistiera el estado expectorante. En cuanto a la identificación de los agentes bacterianos, el Instituto Bacteriológico estaba en condiciones de asumir esa tarea que a no dudar era importante para aquellos casos que sembraran sospechas para el juicio del médico. A su vez, el control radiológico, ya que podía ser factible de realizarse a lo largo de todo el país, siguió siendo recomendado para examinar a los pacientes cada tres meses.

Un último punto que deseamos subrayar en esta reseña general del PCT de 1971 y que tiene relación con la pesquisa de los pacientes, en especial con quienes desertaban del tratamiento, una situación que era sensible y que, evidentemente, los profesionales involucrados deseaban evitar a toda costa en virtud de las repercusiones que ocasionaba para el extenso proceso de curación, una de las claves de su éxito. En tal sentido, se insistió en que el personal de enfermería debería llevar la iniciativa en terreno a fin de reinsertar al enfermo en su itinerario de sanación. Para ello se debía citar al paciente para que retomara su medicación y educarlo para consolidar algo tan valioso como su cooperación con el proceso. Aquel tuberculoso que no asistía en una semana era considerado como “inasistente”, y si no lo hacía en tres meses su situación era declarada como “abandono”.

En 1973 el doctor Mario Grinspun, miembro de la sección de epidemiología del SNS, redactó un informe en el que resumió cuantitativamente los resultados que arrojó el trabajo del PCT en 1971 y que fueron evaluados como una señal positiva. Si bien existían labores que perfeccionar, la mirada del conjunto indicaba que el proyecto estaba cumpliendo sus propósitos iniciales. A modo de ejemplo, en la Tabla 2 hacemos referencia

al registro de la campaña de vacunación de BCG y sus resultados.

Tabla 2

Cumplimiento del programa de vacunación BCG. Año 1971 *						
Zona	Recién nacidos		Educación Básica			
		Primer año		Último año		
	BCG hechos	% cumplido	BCG hechos	% cumplido	BCG hechos	% cumplido
I	11.705	95,0	13.352	94,2	7.395	77,6
II	11.343	100,8	11.992	65,8	6.878	93,8
III	3.180	102,7	4.176	75,4	1.371	59,8
IV	14.413	97,6	16.522	76,0	9.622	70,7
V	74.193	99,3	81.023	100,2	41.945	95,8
VI	9.163	65,0	16.221	77,2	7.984	102,7
VII	10.715	58,6	13.649	56,1	6.540	77,5
VIII	5.194	57,8	5.481	46,1	3.386	71,5
IX	24.544	91,3	31.484	81,6	16.471	82,1
X	12.190	83,0	16.738	68,7	9.185	72,8
XI	7.344	62,0	14.903	85,9	5.468	70,2
XII	6.335	67,4	8.300	53,7	3.641	68,5
XIII	1.740	107,5	2.162	84,5	928	65,9
Total País	192.059	86,9	236.003	79,7	120.808	83,5

* Grispun, Mario. "Evaluación del Programa de Control de la Tuberculosis en 1971", en *Revista Médica de Chile*, 101, 1973, 84.

El doctor Grispun subrayó la satisfacción que merecía el 86,9% de cumplimiento en el segmento de recién nacidos y el 79,7% en la población escolar. Aunque las cifras reflejaban cuantita-

tivamente los esfuerzos efectuados, recalcó que no había sido posible medir la calidad de la vacunación efectuada, hecho que era una labor que debía concretarse en un plazo inmediato a efectos de afinar la evaluación de la política antituberculosa.

Una segunda fuente informativa tiene relación con la búsqueda de casos (Tabla 3), esta se expresó en los siguientes términos:

Tabla 3. Cumplimiento del programa de búsqueda de casos, año 1971⁸¹

Zona	Abreu		Baciloscopia	
	Realizado	% Cumplimiento	Realizado	% Cumplimiento
I	20.046	188,0	9.000	75,6
II	9.436	50,4	8.488	70,6
II	701	16,3	2.035	84,5
IV	27.833	210,0	14.771	78,7
V	135.205	109,0	55.344	103,8
VI	5.508	81,0	5.678	47,3
VII	5.087	52,7	13.472	96,6
VIII	837	15,9	2.939	41,6
IX	20.419	118,6	25.505	133,4
X	12.576	170,0	13.192	92,2
XI	14.144	155,0	11.266	138,8
XII	4.465	106,1	10.616	119,8
XIII			1.154	37,0
País	256.257	120,0	174.461	93,9

Al respecto, Grispun hizo dos observaciones que manifestaron la actitud vigilante que debía mantenerse en la ejecución del PCT. Primero, respecto de la pesquisa de enfermos con Abreu se verificó que la meta se había cumplido con exceso con

⁸¹ Ibíd., 85.

120% de promedio en el país, pero al mismo tiempo en cinco zonas no se había logrado el 100%. Por lo demás, el número de baciloscopias resultó insatisfactorio, hecho que demostraba que el programa poseía defectos que debían ser corregidos a la brevedad. Podríamos agregar otros problemas importantes que se detectaron y que debían ser atendidos cuanto antes, como por ejemplo, el 27,2% de casos de personas que abandonaron el tratamiento antes de los 12 meses, una cifra considerada alta, o bien la carencia de los datos requeridos para realizar la evaluación epidemiológica del PCT, específicamente la incidencia y prevalencia de la tuberculosis, en razón de que el objetivo central del plan antituberculoso en su primera etapa fue el cumplimiento de metas que en su mayoría fueron conseguidas.

Asimismo, el doctor Grispun advirtió que el informe que entregaba acerca de los avances del PCT en 1971, en el que se comprobaban varios objetivos cumplidos, no daba pie para generar una sensación de tarea cumplida. Su rechazo al exitismo quedó plasmado en la siguiente afirmación:

No queremos terminar este trabajo dejando una impresión de que el Programa de Control de la Tuberculosis de nuestro país está en un alto plano de eficiencia. Muy por el contrario, creemos que las metas se han cumplido, porque las que se fijaron fueron muy modestas⁸².

Sincero y realista, este juicio respondió en gran medida a una coyuntura que emergió en 1973 y que en palabras del médico redactor del informe obedeció a una crisis que el PCT comenzó a enfrentar en aquel año. El problema en concreto radicó en un acelerado descenso de los profesionales que atendían los casos de tuberculosis. No se explicitaron las causas de este

⁸² *Ibíd.*, 88.

fenómeno, pero ello exigió que se apostara por una simplificación del programa mediante dos medidas: utilización exclusiva de la pesquisa bacteriológica y la integración de los casos activos a los hospitales y consultorios, mientras los especialistas se harían cargo de los casos difíciles de resistencia.

A partir de las fuentes que hemos manejado es difícil determinar cuál fue el nivel de recepción que tuvieron las observaciones de Grispun en la dirección del SNS, pero es indudable que para junio de 1973 se hicieran algunos ajustes respecto del plan presentando en 1971, como estaba dispuesto en función de su perfil provisorio. De acuerdo con la circular n° 78 del 26 de junio de 1973, emitida por la sección de epidemiología de la Dirección General del SNS, y dirigida a los jefes zonales, directores de hospitales, jefes de servicio, entre otras autoridades, es posible detectar algunas modificaciones específicas, como por ejemplo la incorporación al equipo de profesionales del nivel central de un profesional estadístico (Subdepartamento de Estadística del SNS) y del jefe de tuberculosis del Instituto Bacteriológico de Chile o una descripción más amplia de las labores de la enfermería de terreno⁸³.

No obstante, más allá de los aspectos técnicos del programa, la iniciativa ya había tomado un curso de desarrollo. Hacia 1972 el doctor Álvaro Yáñez había asumido la dirección del PCT y, como él recuerda, para junio de 1973, junto a sus colegas elaboraron una directiva para iniciar oficialmente la marcha del programa de control de la tuberculosis. Las condiciones ya estaban asentadas:

⁸³ Circular n° 78 del 26 de junio de 1973 emitida por la Sección de Epidemiología de la Dirección General del SNS. Serie Hitos de la Salud Pública Chilena, tomo I. *Archivo Histórico de la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud*.

La estructura estaba dispuesta en todo el país. Teníamos gente muy bien preparada en muchas partes gracias a las visitas a provincias que se habían realizado. Es decir, una verdadera red nacional⁸⁴.

A partir de este momento el PCT se transformó definitivamente en un instrumento plenamente institucionalizado del Estado chileno en su largo duelo contra la tuberculosis. La clave que nos invita a pensar este episodio como un momento histórico de la salud pública nacional tiene relación con el principio de solidaridad social que integró el PCT desde su inauguración y que había sido ratificado con unas semanas de antelación. En concreto, el 30 de mayo la Dirección General del SNS, mediante la circular n° 77, hizo pública un objetivo fundamental: *la gratuidad de las prestaciones del PCT*. Según se estableció:

El Programa de Control de la Tuberculosis del Servicio Nacional de Salud pretende tener una cobertura nacional. Para cumplir dicho objetivo sus actividades deben extenderse a todas las instituciones médicas, tanto públicas como privadas involucradas, en el problema y que cualquier persona residente en el país pueda beneficiarse de los procedimientos de prevención, pesquisas, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, sin limitaciones de ningún tipo⁸⁵.

Aunque la gratuidad legalmente estaba contemplada en normas establecidas con anterioridad (Código Sanitario, Ley n° 10.383, circulares del SNS de 1969) se insistió en el acceso universal al PCT en atención a que todo tipo de discrimi-

⁸⁴ Entrevista realizada al doctor Álvaro Yáñez el 23 de abril de 2014.

⁸⁵ Circular A.3.1 n° 77 del 30 de mayo de 1973, emitida por la Sección de Epidemiología de la Dirección General del SNS. Serie Hitos de la Salud Pública Chilena, tomo I. *Archivo Histórico de la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud*.

nación atentaba contra en propósito social y sanitario de la propuesta.

Un año después, un editorial del *Boletín Chileno de Neumotisiología* enfatizó que la trascendencia del paso que se había dado era de tal magnitud que se podía confiar que a partir de 1973 era posible hablar de una nueva era porque se comenzaría a eliminar la tuberculosis como problema de salud pública en Chile. Era una cuestión de décadas para que esa meta se cumpliera. Los motivos para hacer ese augurio quedan explicitados en las siguientes palabras:

Este Programa es la síntesis de todos los avances científicos y operacionales que se han logrado en los últimos veinte años en el campo de la tuberculosis. Sigue estrictamente las recomendaciones de las organizaciones internacionales y es posible de aplicar de inmediato a las condiciones que presenta actualmente la medicina chilena. Deseamos llamar la atención sobre su engañosa simplicidad y, muy especialmente, el hecho de que sus recomendaciones son revolucionarias y van a tropezar en la práctica con dificultades que debemos tener presentes si queremos evitar que se hagan insalvables⁸⁶.

El carácter revolucionario se explicaba por la introducción y puesta en práctica de dos ideas esenciales que, como tales, no fueron fáciles de materializar, según insinuó el editorial. La primera, la *integración del programa a los Servicios Generales de Salud*, a partir de normas simples que podían ser practicadas por personal no especializado. La consecuencia de esta medida merece ser subrayada. Ella consistió en un cambio de eje en el control de la tuberculosis en virtud del cual el manejo

⁸⁶ “Editorial. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis”, *Boletín Chileno de Neumotisiología*, v. 39, enero, 1974. Citado por la *Revista Médica de Chile*, v. 102, 69, 1974, 69-73.

quedó en manos de la administración de la salud pública y no en el médico clínico. ¿Cuál fue el papel que asumieron los especialistas? Una posición marginal, la que se redujo a no interferir con las resoluciones de los supervisores y ejecutores del PCT. Ello no significó inacción absoluta de esos profesionales porque debían velar porque las normas del programa se aplicaran tanto en sus respectivos servicios como en una posta rural. Al mismo tiempo, debían resolver problemas clínicos que no estuvieran contemplados en el plan⁸⁷. La segunda idea fundamental fue la *simplificación y estandarización de las normas de prevención*, cuestión que había logrado un importante grado de eficiencia como lo demostraba el trabajo de pesquisa de casos, las baciloscopias, el tratamiento quiroterapéutico, etc. Para concluir, la principal dificultad técnica que debería enfrentarse en el corto plazo fue el reemplazo de la pesquisa radiológica por la bacteriológica, porque el Abreu era poco específico, ineficiente y de alto costo, razones suficientes para ser un instrumento poco apto para los fines del programa⁸⁸. En el largo plazo, pronosticó el editorial, el gran desafío consistiría en aplicar a gran escala el PCT porque ello confirmaría su diseño de “alta eficiencia”.

¿Cómo podemos ponderar históricamente la trayectoria que culminó con la instauración del PCT en 1973? En primera instancia, tal acontecimiento puede ser catalogado como un punto de llegada de un prolongado proceso de búsqueda de una estrategia antituberculosa que conjugara efectividad terapéutica, cobertura y solidaridad. Como hemos visto, tal ideario comenzó a fraguarse en la década de 1950 con la creación del SNS, el símbolo de la concepción de la salud pública

⁸⁷ Ibíd., 69.

⁸⁸ Ibíd., 70.

como herramienta de inclusión social, junto al desarrollo y aplicación de la revolución antibiótica en Chile. La década de 1960 fue la etapa en que los principales elementos del moderno modelo de tratamiento, generados a partir de experiencias profesionales concretas (Hospital San Juan de Dios, Instituto Bacteriológico, consultorios, etc.), comenzaron a ser ensamblados en un proyecto en 1966, propuesta que fructificó entre 1971 y 1973 con los rasgos propios de un programa de salud pública, como apunta el doctor Manuel Zúñiga. A la luz de estos hechos, es posible argumentar que el PCT fue producto de un compromiso de una generación de profesionales por establecer una política antituberculosa del Estado de Chile que, amén de las diferentes aportaciones de los gobiernos de turno, pudo fructificar en una estrategia que a partir de 1970 fue dirigida por todas las administraciones que hicieron del PCT una cuestión de Estado y un pilar del bienestar de la población.

A propósito de la relación entre el poder público y la lucha antituberculosa, una segunda mirada hecha a partir de una perspectiva histórica más extensa, invita a observar el año 1973 como el punto de llegada de un esfuerzo que, oficialmente, comenzó en 1897 cuando el Estado chileno organizó una comisión para establecer el primer sanatorio público para tuberculosos en las proximidades de Santiago, y prosiguió en 1929 con la financiación del primer plan científico antituberculoso, como se lo calificó en aquel entonces, que contempló la construcción de sanatorios y pabellones a lo largo del país. Tal vez no revista mayor mérito comparar episodios situados en contextos históricos radicalmente distintos en muchos de sus aspectos, pero sí creemos que conviene destacar como la consecución de una lucha exitosa contra la tuberculosis fue un anhelo que, desde mediados del siglo XX, fue dejando atrás la impotencia que esa epidemia social despertó muchas veces

entre la población y, especialmente, entre quienes se dedicaron a combatirla en el campo médico. Aquí, una vez más, insistimos en rehuir a la interpretación triunfalista de la historia del combate contra la tuberculosis porque no debemos olvidar que mientras el PCT se fue construyendo, miles de personas, padres, madres, hermanos, ancianos y, especialmente, jóvenes sucumbieron al bacilo de Koch. No obstante, sí es pertinente reafirmar que la asociación entre el Estado, la ciencia y una generación de profesionales de la salud, fue fundamental para arraigar una de las políticas de salud emblemáticas del siglo XX. Desde la década de 1970 la estrategia contra la tuberculosis, definitivamente, abandonó los visos utópicos que por décadas acompañaron los esfuerzos que se realizaron para enfrentar a la peste blanca. En otras palabras, el *fatum tuberculoso* de Chile comenzó a ser parte del pasado a partir de ese momento.

Sin embargo, 1973 también puede ser catalogado como un punto de partida en el itinerario antituberculoso. Desde entonces, el PCT debió hacer frente a un conjunto de nuevos desafíos. Primeramente, quizás uno fundamental, fue asegurar todo el terreno ganado en tanto cualquier retroceso se podía traducir en el deterioro de la salud de las personas en el corto y largo plazo. Junto a lo anterior, desde fines de la década de 1970 y en el transcurso del decenio de 1980, el PCT no estuvo ajeno al contexto social, económico y político que experimentó el país en aquel entonces, hecho que deparó problemas que debieron resolverse prontamente a fin de cumplir con las metas que el plan fue estableciendo.

En el siguiente capítulo abordaremos el desarrollo de la etapa de nuevos retos que enfrentó el PCT.

3. Una nueva estrategia contra una enfermedad social:
el preludio del programa de control de la tuberculosis, 1952-1973

20 MILLONES DE ESCUDOS

6 DE MAYO DE 1973
ENTERO E° 2.000 / VIGESIMO E° 100

Polla
con 2 gordos y 2 terminaciones
BENEFICIARIOS: UNIVERSIDADES DEL PAIS

EN EL PROGRAMA DE VACUNACION
LAS ESCUELAS A SACARSE UN «7»



Tarea de hoy: TUBERCULOSIS y DIFTERIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Campaña de vacunación del SNS contra la tuberculosis y la difteria, mayo de 1973.
Fuente: Folletos, Biblioteca del Congreso Nacional.

4. El PCT y el comienzo de la eliminación de un problema de salud pública, 1973-1994

La historia de la salud es un fiel espejo de los vaivenes de la evolución de las sociedades. Pese a que este aserto puede poseer un semblante tautológico, es plenamente pertinente citarlo para comenzar a examinar la etapa en la que se inscribe la inauguración del PCT, específicamente el decenio de 1970, que fue significativo por diversas razones. En esta etapa se conformó un contexto histórico en el que sucedieron importantes eventos en la historia mundial y nacional que, en mayor o en menor medida, definitivamente marcaron el desenvolvimiento del programa y de la salud pública chilena.

Naturalmente, el examen minucioso del marco histórico en el que delineamos nuestra narración en el presente capítulo escapa a nuestro propósito general. No obstante, sí podemos aproximarnos a algunos procesos y hechos que concitan nuestra atención por su trascendencia en el plano de salud. Para efectos expositivos hemos optado por presentar una doble perspectiva histórica, internacional y nacional, pero que en la práctica estuvieron profundamente imbricadas como muchos procesos sociales contemporáneos.

Queremos referir en primer lugar al sistema internacional, que en la década de 1970 estuvo caracterizado por varios cambios sobresalientes en el mundo sanitario, algunos de ellos fueron fruto de fenómenos que se habían comenzado a gestionar con antelación. Quizás el principal hito que debemos invocar es la histórica reunión de Alma Ata en 1978, celebrada en la república de Kazajistán, URSS. La importancia que esa conferencia revistió para la salud pública ha sido profusamente comentada por décadas, y, por ahora, nos interesa solamente rescatar que ella condensó algunas propuestas renovadoras que nacieron como una forma de superación de lo que algu-

nas voces críticas calificaron como un conjunto de problemas que afectaban al mundo de la salud (rechazo a la elitización de la medicina, escasa participación comunitaria, rechazo a la hipertecnologización médica, etc.). Todo ello se traspasó a un modelo de asistencia médica cuyos pilares debían ser la prevención, la medicina científica eficaz y la participación directa de la comunidad, es decir, las bases de la *Atención Primaria de Salud*. El clásico lema “salud para todos el año 2000”, resumió el idealismo que impregnó a Alma Ata y que se concretó en un plan con metas específicas que debían ser revisadas periódicamente por los signatarios de la declaración. Aunque ese compromiso perdió fuerza a nivel global en los siguientes años, la declaración de Alma Ata se transformó en un verdadero modelo de desarrollo alternativo para el Tercer Mundo, como así lo ha analizado el historiador Marcos Cueto⁸⁹.

En segundo término, la década de 1970 fue también relevante porque en ella cundió con fuerza el cuestionamiento al concepto de *Estado de Bienestar*. Las objeciones a este modelo de seguridad social tuvieron como principal argumentación los altos costos que ese sistema originaba en razón de los servicios que eran necesarios para hacer efectivos ciertos derechos sociales. Hacia 1970 ese proceso evidenció un agotamiento producto de un déficit en los presupuestos de varios países europeos, una circunstancia que alentó a quienes propusieron restricciones en los gastos correspondientes a las prestaciones sociales (salud, educación, vivienda, etc.). Las acusaciones se amplificaron con la crisis mundial del petróleo de 1973 generada por las decisiones restrictivas de la OPEP, todo ello avi-

⁸⁹ Cueto, Marcos. “Los orígenes de la Atención Primaria de Salud y la Atención Primaria Selectiva de Salud”, en Cueto, Marcos.; Zamora, Víctor (Editores). *Historia, Salud y Globalización*. Instituto de Estudios Peruanos, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú, 2006, 27-58.

vó el debate respecto de la viabilidad del Estado benefactor. En consecuencia, a partir de esas coyunturas políticas y económicas se generó el espacio apropiado para que se elevaran propuestas alternativas a un modelo estatal que algunos consideraron desahuciado y que merecía ser superado.

El principal proyecto alternativo que emergió como respuesta a esa crisis fue el acuñado por el *neoliberalismo*, que comenzó a ser puesto en práctica en aquel decenio. En su visión de orden social, existió una incuestionable predilección por la libertad individual, que era el camino óptimo para la consecución del bienestar social, así como como una inclinación por el mercado como instrumento mucho más eficiente que el Estado al momento de distribuir recursos entre los integrantes de la sociedad. Las proyecciones de este paradigma alcanzaron todos aquellos ámbitos donde, a juicio de sus partidarios, era posible reformular las funciones donde el Estado de Bienestar había demostrado su incompetencia, entre ellos la esfera de la atención médica a la población. En efecto, para el campo sanitario, desde el “laboratorio neoliberal”, se expuso que el aparato público debía ceder espacio a la participación de los esfuerzos privados porque gracias a la competencia los servicios médicos mejorarían su eficiencia, lo que iría en directo beneficio de los pacientes.

En suma, a la luz del contexto internacional del decenio de 1970, tanto el surgimiento del modelo de Atención Primaria de Salud como del neoliberalismo contribuyeron a añadir nuevas coordenadas en el panorama mundial de los sistemas de salud pública y que en las décadas posteriores, especialmente en el decenio de 1980, fueron utilizadas por diversos gobiernos, autoritarios o democráticos, para resolver cuestiones centrales, como por ejemplo el nivel de participación del Estado. De este modo, ahondar la liberalización de los servicios públicos o retomar el protagonismo estatal fue la disyuntiva

que atravesó aquella década y que fue objeto de un extenso debate entre agentes que defendieron el sistema de derechos sociales y aquellos que, directa o indirectamente, promovieron el neoliberalismo en el campo de la salud. Entre estos últimos podemos señalar al *Fondo Monetario Internacional* (FMI) que en la “década perdida”, como la han tildado algunos a raíz de la crisis económica que afectó a Latinoamérica en los años 80, exigió a los gobiernos recortes en el gasto social como requisito para extender préstamos que reactivaran las respectivas economías. Naturalmente, la austeridad se hizo presente en el sector salud. También es pertinente hablar del papel del *Banco Mundial* que en ese período comenzó a posicionarse como un activo proveedor de empréstitos y asesor de políticas para el desarrollo de la salud a nivel global.

Finalmente, es necesario aludir a una segunda perspectiva, nuestra historia nacional. En ella naturalmente es insoslayable la referencia al impacto del golpe de Estado de 1973 que quebrantó una evolución social y política que con avances y retrocesos se había gestado por cerca de 50 años. Las dramáticas repercusiones sociales y políticas del fin del orden democrático obedecieron no solamente a la instauración de la Junta de Gobierno que gobernó con mano de hierro el país a partir del 11 de septiembre, sino que también a las ideas que alimentaron un proyecto de transformación que el gobierno comenzó a fraguar en ámbitos claves de la sociedad, como la economía, la educación, la previsión social y la salud, hacia 1980. Ciertamente, el régimen dictatorial que se instauró en Chile fue el terreno privilegiado para que la “fórmula neoliberal”, según sus devotos, fuese la solución apropiada para corregir falencias estructurales ligadas al estatismo que había dominado al país por décadas y que, como indicaba el contexto global, era un esquema que estaba en retirada en varias democracias occidentales, en tiempos de la Guerra Fría.

El conjunto de transformaciones ideológicas y eventos políticos y económicos que hemos introducido, tiene el propósito de bosquejar algunos de los márgenes históricos que nos pueden ayudar a ilustrar los desafíos que deparó el desarrollo del PCT en las décadas de 1970 y 1980. Sin lugar a dudas, es evidente que las nuevas circunstancias políticas que se instalaron tras el golpe de 1973 y, especialmente, la nueva doctrina económica que comenzó a permear al grupo gobernante cívico-militar, repercutieron en las bases del PCT, cuya arquitectura contempló principios de gratuidad y cobertura estatal. Ese fue uno de los principales desafíos que asomó en su desarrollo como agente de la salud pública chilena en la etapa que comenzamos a estudiar a continuación.

4.1. El PCT entre la defensa de sus fundamentos y la reforma a la salud pública: 1973-1980

Las aguas en las que comenzó a navegar el PCT a partir de septiembre de 1973 no fueron apacibles. Con esta afirmación no solamente referimos al inconfundible escenario social y político que se instauró a partir de esa fecha. En rigor, aludimos a la aparición de un nuevo concepto ideológico a partir del cual se comenzó a leer en la esfera del gobierno la realidad de la salud del país.

El docto Yáñez evidencia que la tensión inicial entre el PCT y el enfoque del nuevo gobierno era explicable a partir de ciertas diferencias esenciales. El programa respondía a una “concepción social progresista estatista” muy incómoda para el nuevo Chile que comenzaba a diseñarse, afirma nuestro testigo. Por este motivo, se entiende que dentro de las reestructuraciones importantes que llevó a cabo la Junta de Gobierno se contara la intervención del SNS, símbolo de un paradigma de la seguridad social y de toda una trayectoria histórica. Es cierto que desde sus orígenes el desempeño del SNS evidenció falencias

administrativas, déficit presupuestario y disparidades en la distribución de profesionales a lo largo del país, cuestiones que siempre fueron debatidas públicamente. No obstante, bajo el nuevo gobierno estos hechos fueron considerados como la evidencia que justificaba las reformas que comenzaron a tomar fuerza en la segunda mitad de la década de 1970. Ellas fueron parte de un objetivo mayor, esto es, reducir la competencia del Estado en ciertas áreas del desarrollo social y fomentar la participación de la iniciativa privada porque era el libre ejercicio de las reglas del mercado la mejor garantía de beneficios en salud, educación, vivienda, etc., para la población.

¿Qué ocurrió con el PCT en medio de un ambiente político que reunía todos los elementos necesarios para que fuese cuestionada su existencia? El doctor Yáñez enfatiza que el nuevo régimen no apuntó directamente al programa, sino más bien a la estructura nuclear de la salud pública, el SNS, “cortándole los pies”. Por ese motivo se implementó la municipalización de los consultorios básicos y se separaron los hospitales de área que establecían la interrelación con todos los consultorios. Esa segmentación fue parte de un reordenamiento mayor que concertó la descentralización de las competencias del SNS para “mejorar su eficiencia”, como predicaron sus reformadores. Efectivamente, en 1978, mediante una declaración titulada *Doctrina y política de Salud del Gobierno de Chile*, se estableció de manera meridiana que el SNS debía seguir siendo el eje de la salud, pero el gobierno deseaba “estimular la actividad privada y aprovechar su potencial”, en actividades compatibles con los objetivos nacionales⁹⁰. Así se explica que en 1979 el proceso de reordenamiento entre lo público y lo privado con-

⁹⁰ “Doctrina y Política de Salud del Gobierno de Chile”, en *Revista Médica de Chile*, v. 104, 1978, 314-319.

tinuara con la fusión de los recursos del SNS con SERMENA y la creación del *Servicio Nacional de Servicios de Salud* (SNSS) compuesto por 27 unidades disgregadas. El corolario de esta etapa de transformación fue la consagración de la medicina empresarial mediante la norma que consagró las *instituciones de salud previsional* o ISAPRES en 1981.

En medio de la oleada reestructuradora del sistema de salud chileno, el PCT se mantuvo en pie. Las razones obedecieron a circunstancias propias del contexto, así como a causas de índole histórica. Advertimos que esto no quiere decir que el programa haya sido impermeable a las agitaciones del momento, ya que existieron situaciones que calaron en el plano humano que posee toda institución. En este sentido, el doctor Yáñez asevera que hubo repercusiones sensibles entre los funcionarios a lo largo del país a partir del mismo año 1973.

Muchos de mis colegas que estaban a cargo del programa eran más o menos *puntudos* en todas partes, así que una buena cantidad de ellos fueron detenidos, apresados y objeto de malos tratos. Muchos debieron partir del país⁹¹.

Siendo aún director del programa, se encargó de ayudar a varios integrantes de la red de trabajo del PCT, relocalizando en otras ciudades a quienes habían estado detenidos. En ese afán el doctor Yáñez fue encarcelado entre noviembre de 1973 y octubre de 1974, acusado de ser partícipe de un presunto plan subversivo al interior de la Fuerza Aérea. El doctor Yáñez, que poseía el rango de teniente coronel, relata que mientras estuvo en prisión un día contó con la visita de un colega que había trabajado con él en el PCT, pero con quien había sostenido discusiones por diferencias políticas que existían entre ambos. Su nombre, *Leonel Rojas*, un “hombre muy

⁹¹ Entrevista realizada al doctor Álvaro Yáñez el 23 de abril de 2014.

correcto”, como él lo describe, y quien en aquella ocasión lo sorprendió con una sorpresiva petición. Nuestro entrevistado recuerda muy bien ese momento:

¡Hola!, me dijo. Te vengo a ver. Es una lástima que haya pasado todo esto. Bueno, te venía a pedir autorización para ocupar el cargo de encargado nacional del programa de control de tuberculosis. Yo me reí, y le respondí ¿Cómo me vienes a pedir autorización? ¿No ves dónde estoy? Feliz que seas tú, le dije.⁹²

El doctor Yáñez afirma que su colega “era habiloso, preparado, y había participado en la preparación del programa”. De manera que el doctor Leonel Rojas, como nuevo director del PCT, permitió generar la continuidad requerida durante los primeros años de la dictadura. Indica el doctor Yáñez que un borrador “escrito a máquina” que él dejó antes de ser apresado, fue utilizado y perfeccionado por Rojas para ser publicado en 1975 como la primera edición del PCT, también conocido como el *libro plomo*, por el color de su portada. Lamentablemente, el nombre del doctor Yáñez no apareció entre los gestores del programa, por razones más que evidentes.

Otro plano del PCT donde es posible también reconocer estabilidad en sus basamentos fue el área de los laboratorios. En 1979 se produjo un cambio histórico debido a que el Instituto Bacteriológico se transformó en el *Instituto de Salud Pública* (ISP). Sin embargo, como señala Rosario Lepe, durante el período de la dictadura “la red de laboratorios no fue tan tocada porque en el Instituto quedó un equipo”. La dirección no estuvo a cargo de Herrera Malmsten, sino que en manos del doctor *Pedro Valenzuela Hiriart*, que fue el “continuador ideal” que tuvo la sección, como señala nuestra entrevistada, y que trabajó en el Instituto Bacteriológico hasta 1978, debi-

⁹² Entrevista realizada al doctor Álvaro Yáñez el 23 de abril de 2014.

do a que por razones personales siguió su carrera en el sector privado hasta comienzos de la década de 1990, etapa en la que se reintegró al ISP. La tecnóloga médica refiere al doctor Valenzuela de la siguiente manera:

Él era un administrativo por excelencia. Era metódico, riguroso, registraba todo como debía, supervisaba a cada uno de nosotros. Él llegaba en la mañana y nadie sabía a quién le tocaba ser supervisado. Analizaba porque no le hicieron esto o porque tomaron esta decisión. Es decir, él era una persona *catete* para muchos, pero valiosa para el programa, incalculable. Fue un apoyo muy importante para el Ministerio también⁹³.

Ante la interrogante respecto de por qué se mantuvo en pie la red de laboratorios, Rosario Lepe asevera que convencimos a las autoridades, que eran militares, que “todo el avance en materia de tuberculosis se venía abajo si no tenía los laboratorios en buen pie”, un hecho que era incuestionable. Por ese motivo, fue la única sección que durante todo ese período siguió ejerciendo una supervisión a nivel territorial y prosiguió controlando los laboratorios. Sin duda, “fue la gran oportunidad que nos permitió mantener la red de laboratorios”, afirma nuestra testigo. Incluso en 1982, la OPS concedió al ISP la categoría de *centro colaborador en las áreas de inmunología y bacteriología*, una consecuencia lógica de la estabilidad que se consiguió en los equipos de trabajo⁹⁴.

Tras ser liberado, el doctor Yáñez fue contactado por otro colega suyo, políticamente ligado al gobierno cívico-militar, pero estrechamente conectado con el desarrollo del PCT por

⁹³ Entrevista realizada a Rosario Lepe el 21 de abril de 2014.

⁹⁴ *Historia del Instituto de Salud Pública de Chile. 1892-2008*. ISP, Santiago de Chile, 2008, 87.

ser uno de sus impulsores. Hablamos del doctor *José Manuel Borgoño*, un destacado consultor en epidemiología de la OMS y OPS y funcionario de la Dirección General del SNS, “un hombre muy objetivo y que valoró siempre las capacidades técnicas del personal que había trabajado en el PCT”, afirma Rosario Lepe.⁹⁵ El doctor Borgoño, que se desempeñaba en la dirección del PCT, le dijo directamente: “Álvaro, yo quiero que vuelvas acá”. El doctor Yáñez señala que si bien le hizo presente sus abiertas discrepancias respecto del actuar del gobierno, le confesó que ambos, así como muchos otros profesionales, estaban unidos por una misión concreta, que describió del siguiente modo:

Tenemos un compromiso como profesionales de salud con la salud de la gente, del pueblo y la salud de los enfermos tuberculosos que es la gente más dañada que puede existir. Ellos son los más pobres, pero cuando alguien se enferma de tuberculosis, se empobrece aún más y si no muere, termina miserable, sin trabajo. Por lo tanto, tenemos un compromiso y el programa hay que mantenerlo⁹⁶.

Las palabras del doctor Yáñez son significativas desde un punto de vista histórico, porque, a nuestro juicio, ayudan a explicar las razones de fondo de la estabilidad que ha caracterizado al PCT por décadas. El doctor Farga brinda una luz al respecto indicando que una de las claves que explican su permanencia fue y ha sido su plataforma institucional, ligada al Ministerio de Salud y al SNS. Precisamente, este rasgo evitó que ocurriera lo que vivieron otros países que desarrollaron planes antituberculosos, los que fueron afectados por la llegada de una nueva autoridad o bien porque se reformaba el programa entero,

⁹⁵ Entrevista realizada a Rosario Lepe el 21 de abril de 2014.

⁹⁶ Entrevista realizada al doctor Álvaro Yáñez el 23 de abril de 2014.

estancándose o desapareciendo todo lo avanzado. Al respecto, el médico afirma:

En Chile ocurrió que cuando cambiaba el ministro teníamos que convencerlos acerca del el trabajo del PCT. Los esfuerzos de aquellos que llegaban con las ideas mágicas del *adanismo*, que predicaban que todo lo que hicieron anteriormente no existía o era malo y obligaba a partir desde cero en adelante, no prosperaron en nuestro país, afortunadamente⁹⁷.

A nuestro modo de ver, las palabras de los doctores Yáñez y Farga se vinculan a una suerte de fuerza ecuménica que caracteriza profesionalmente al mundo de la salud, y que desde fines del siglo XIX se ha desempeñado como un instrumento al servicio de un interés colectivo. Sus testimonios, para el caso de nuestra historia como país, confirman aquel sello que ha marcado algunas políticas de salud importantes en el transcurso del siglo XX donde, pese a las diferencias doctrinarias y técnicas que se hayan manifestado en coyunturas específicas, existieron acuerdos generales en la comunidad de profesionales y funcionarios respecto del objetivo social que fundaba la salud. La historia de la lucha antituberculosa, como también la salud materno-infantil, por citar otro ejemplo relevante, es uno de esos casos notables del peso que en el mundo sanitario puede adquirir un compromiso con una causa pública que se traspasó de generación en generación.

Aunque el regreso del doctor Yáñez no fue fácil, debido a las reticencias de parte de la Dirección General de Salud, es decir, el gobierno, hacia él por su “perfil antipatriota”. Finalmente el retorno se hizo efectivo en virtud del respaldo que le brindó la Fuerza Aérea, quien acreditó y defendió su vasta experiencia en

⁹⁷ *Entrevista realizada al doctor Victorino Farga el 16 de abril de 2014.*

el campo de la tuberculosis. Su lugar de reinserción fue el hospital San José, un símbolo histórico de la lucha antituberculosa, donde trabajó dos años hasta que un día el doctor Borgoño le hizo ver que estaba desempeñándose en el lugar equivocado y lo conminó a regresar al PCT. La petición extendida al doctor Yáñez se hizo extensiva a un grupo de especialistas en tuberculosis en razón del interés del Ministerio de Salud por mejorar “aspectos operacionales y de vigilancia epidemiológica”, como argumentó el ministro del ramo, Alejandro Medina, en diciembre de 1979. La evidencia indicaba que la morbilidad de la tuberculosis seguía disminuyendo, pero se podía mejorar aún más mediante la incorporación de nuevos recursos técnicos de “probada eficiencia”. En consecuencia, mediante el decreto exento n° 29 se constituyó un “grupo asesor” del PCT integrado por José Manuel Borgoño, Jefe del Departamento de Apoyo a los Programas del Ministerio de Salud, Victorino Farga, Ximena Ferrer, Gladio Mena, Pedro Valenzuela y Álvaro Yáñez⁹⁸. En 1980 se incorporó a este grupo la doctora María Teresa Valenzuela, en reemplazo de la doctora Ferrer.

Una vez de regreso en el cargo de director, el doctor Yáñez señala que su primera tarea fue reorganizar muchas áreas que habían vivido problemas por las circunstancias descritas. En particular, una de las luchas más significativas que debió dar entre 1978 y 1979 fue la conservación del derecho a la gratuidad absoluta del tratamiento de la tuberculosis. La tensión que debió generar el choque entre esa postura frente a los aires neoliberales que circulaban en el gobierno no es difícil de imaginar. Ante el intento de establecer un cobro por la prestación, el doctor Yáñez subraya el respaldo que le brindó

⁹⁸ Decreto exento n° 29 del 26 de diciembre de 1979, en *Fondo del Ministerio de Salud*, v. 2016, *Archivo Nacional de la Administración*.

el entonces subsecretario de Salud, el doctor *Juan Giaconi*, un exalumno suyo, quien defendió la gratuidad del tratamiento por ser una pieza fundamental del esquema de atención de los pacientes tuberculosos. Junto a él, relata el doctor Yáñez, lograron elaborar una fórmula que garantizó el tratamiento sin costo a todos los enfermos.

A la luz de los antecedentes referidos, podemos afirmar que para 1980 el PCT se había logrado reorganizar, quizás no óptimamente, pero la estructura de trabajo estaba en pie. Además, se había conseguido defender su pilar central: la gratuidad para los enfermos, pese a las diferencias que existían con el gobierno cívico-militar. Quizás una de las mejores defensas que tuvo el PCT fue la propia enfermedad y su trayectoria histórica. Como afirma el doctor Yáñez, “el peso de la tuberculosis” fue tal en términos epidemiológicos y sociales que era difícil embestir a la única herramienta eficaz que había podido contrarrestar el problema.

4.2. El PCT entre avances e incertidumbres: 1980-1994

Al comenzar el decenio de 1980 se puede sostener que el PCT había entrado en una etapa de relativa estabilidad. “No nos faltaban los medicamentos”, indica el doctor Yáñez, pero existían indicios que daban motivo para expresar cierta inquietud. Según nuestro testigo, el programa estaba estancándose porque no se alcanzaban las metas propuestas. De hecho, había disminuido ostensiblemente la mortalidad, pero la morbilidad seguía siendo preocupante.

Para hacer frente a este escenario, nuevamente se combinaron los conocimientos científicos con la información que ofrecía la observación médica. Para ello, en el plano terapéutico se decidió hacer una innovación utilizando *rifampicina*, un “medicamento maravilloso”, como lo cataloga el doctor Yáñez. La

sustancia se utilizaba exclusivamente para tratar los casos de pacientes crónicos y en el decenio de 1970 había marcado una revolución terapéutica a nivel internacional, porque permitió reducir la duración de los tratamientos, facilitó que ellos fuesen exclusivamente orales y contribuyó a evitar la hospitalización. En el caso de Chile, hasta ese momento, con el uso de la rifampicina se lograba la sanación de un poco más de la mitad de los casos crónicos, mientras que los restantes fallecían. Por lo tanto, relata el doctor, decidimos acudir a una premisa básica en el manejo de la enfermedad: *la tuberculosis, incluso las formas graves, se juegan la vida en el primer intento de tratamiento*. Evidentemente, ahí había que ganar la pelea. En consecuencia, prosigue, nos preguntamos ¿por qué no dar el mejor tratamiento a los casos nuevos? La literatura decía que un esquema con isoniacida, rifampicina, estreptomycin o etambutol era magnífico. Se hizo un primer ensayo masivo de tratamiento abreviado con rifampicina y sometimos a 800 enfermos de Santiago a un esquema absolutamente supervisado, tarea en la que colaboró activamente el doctor Pedro Valenzuela.

El corolario de esta experiencia fue el esquema TA 78 o *tratamiento abreviado 78*. El doctor Yáñez describe con entusiasmo la meta alcanzada:

Los resultados fueron espectaculares. Se consiguió mejorar al 90% de los enfermos, la letalidad cayó a menos del 2% y las recaídas eran muy pocas. Gracias a eso, Chile nuevamente fue un país pionero en el tratamiento antituberculoso. Desconozco qué otros países adoptaron en esos años en forma masiva el esquema. En tanto, aquí en Santiago hubo como 20 consultorios que estaban haciendo el tratamiento en Santiago. En Valparaíso se enojaron con nosotros porque inicialmente no los sumamos a la iniciativa⁹⁹.

⁹⁹ Entrevista realizada al doctor Álvaro Yáñez el 23 de abril de 2014.

El nuevo avance cimentó una doctrina universal en materia de terapia antituberculosa a comienzos de la década de 1980, esto es, *alcanzar un esquema de tratamiento abreviado en el menor tiempo posible*, para reducir costos y asegurar la adhesión del paciente a la terapia.

Debemos subrayar que la resonancia del nuevo esquema traspuso las fronteras locales. Al doctor Yáñez y su equipo se les presentó la oportunidad de exhibir su trabajo en Washington D.C., en una reunión de la OPS. Para el director del PCT fue un hito porque fue la primera vez que, bajo el gobierno cívico-militar, le permitieron salir del país en función pública. En torno a esa reunión, el doctor añade más detalles:

Varios países presentaron sus experiencias con tratamientos cortos, 14 enfermos en una parte, 60 en otra, y sin seguimiento. Nosotros teníamos seguimiento de dos años y cuando expusimos nuestra casuística de 800 casos mantenidos, quedamos como reyes. A nuestro regreso se decidió que en todo Chile se iba a dar el tratamiento abreviado¹⁰⁰.

La consecución de un trascendente avance en el tratamiento de la tuberculosis en los albores de la década de 1980 selló un nuevo hito para la salud pública chilena. Sin embargo, esa conquista no nos debe hacer olvidar que permanecían vigentes situaciones sociales que han sido parte de la identidad histórica de la tuberculosis y que en mayor o menor grado siempre han condicionado la modernización de sus tratamientos. En este sentido, es pertinente citar la experiencia de la enfermera *Zulema Torres*, egresada de la Universidad de Valparaíso y que en la década de 1980 se incorporó a las labores del PCT. Aludimos concretamente a su testimonio porque, pensamos, contribuye a contextualizar el avance que significó el TA 78.

¹⁰⁰ Entrevista realizada al doctor Álvaro Yáñez el 23 de abril de 2014.

Ella nos relata que sus primeras tareas, aproximadamente en 1985, las realizó en la atención de pacientes ambulatorios en el sector de Pablo de Rocka, sur de Santiago. Las condiciones socioculturales de dicho escenario pusieron a prueba una de las vigas maestras que sostienen históricamente hasta el presente el éxito de PCT, esto es, la adhesión del tuberculoso a la terapia. La escena queda descrita en las siguientes palabras de nuestra entrevistada:

Era una zona conflictiva, ahí había mucha pobreza y había muchos pacientes a los que hacíamos visitas domiciliarias en una zona de muchos campamentos. Se les administraba el tratamiento y si no iban había que ir a buscarlos (...) Nosotros sabíamos que teníamos enfermos y que existían casos complicados porque de repente no iban. Teníamos claro que había que preparar el tratamiento a la hora que quisieran. Uno debía preguntarles a qué hora podía venir. Después de ahí me trasladé a la población El Castillo, otro sitio de pobreza. Fue un escenario complicado porque existían muchos abandonos y costaba que la gente hiciera los tratamientos¹⁰¹.

Este pequeño relato expresa una de las facetas importantes del progreso terapéutico y que no ha sido suficientemente subrayado en la historia de la salud en Chile. Hablamos de la instalación de una suerte de un *ritual de negociación entre el personal a cargo del tratamiento y los tuberculosos*. Es un ángulo que traemos a colación para componer el mosaico histórico en el que los avances terapéuticos y científicos son una pieza relevante, pero no suficientes, para explicar la complejidad social que encierra la historia del PCT.

¹⁰¹ Entrevista realizada a Zulema Torres el 8 de abril de 2014.

Retomemos el tema de las consecuencias que trajo la innovación que trajo el TA 78. Una de ellas se hizo sentir en la esfera personal. En efecto, para el doctor Yáñez llegó el momento de entregar el relevo tras una larga y fructífera trayectoria a cargo del PCT, decisión que fue detonada por ajustes administrativos importantes en la repartición de salud, producto de ello se suprimieron cerca de 30% de los cargos del Ministerio de Salud. La persona que monitoreó ese proceso fue Hernán Büchi, subsecretario de Salud desde 1981.

Narra el doctor Yáñez que el doctor Borgoño insistió en que permaneciera en el PCT, pero la voluntad de partir, indudablemente, gravitó más:

Yo ya estaba cansado porque no estaba muy cómodo para ser sincero, era difícil la vida para mí. Le dije: *doctor, yo sé que usted aprecia mi trabajo, me ha defendido un montón, se ha comprometido políticamente por defenderme, póngame en la lista de los que se tienen que ir. Yo se lo pido como favor.* Además, esa decisión me permitía jubilar¹⁰².

El director inicial del programa decidió jubilar, para regresar a la medicina clínica. En ese momento llegó una oferta laboral desde la OPS para trabajar con ellos. Pese a no sentirse tan calificado para el puesto, postuló y viajó para instalarse en México. Gracias a la sinergia que pudo establecer con las autoridades mexicanas, logró aplicar sus conocimientos adquiridos en Chile para poner en marcha un programa de control de la tuberculosis en el país norteamericano. A su vez, esta experiencia fue fundamental para colaborar con los gobiernos de Nicaragua y Honduras en la articulación de programas antituberculosos. Luego de 8 años en tierras mexicanas, el doctor Yáñez fue trasladado a Sudamérica para continuar con

¹⁰² Entrevista realizada al doctor Álvaro Yáñez el 23 de abril de 2014.

esa obra. En su calidad de asesor de la OPS pudo participar activamente en la organización de la lucha antituberculosa en Perú, donde en aproximadamente 10 años se pudieron realizar avances notables en la reducción de la incidencia por tuberculosis. En este país pudo contar con la ayuda de Pedro Valenzuela como asesor bacteriológico.

El PCT, naturalmente, prosiguió su marcha pues la tuberculosis no conocía de plazos, ni de pausas. La persona que asumió la dirección fue el doctor *Jorge Toro*, a quien el director saliente le dirigió las siguientes palabras:

Toro, tienes la gran oportunidad de quebrar la tendencia de la tuberculosis, si seguimos haciendo lo mismo o lo hacemos mejor, si tú lo haces mejor de lo que yo lo he hecho, la tuberculosis tiene que ir para abajo¹⁰³.

El doctor Toro fue buen ayudante y había dedicado bastante trabajo al PCT, recuerda el doctor Yáñez, aunque por su juventud “no tenía mucha cancha” para rechazar el cargo.

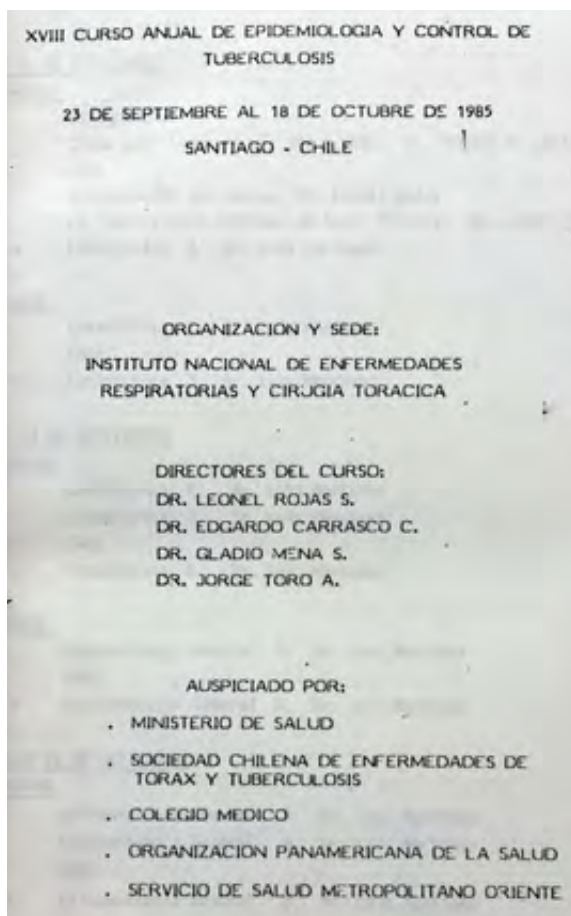
La nueva etapa que le correspondió al doctor Toro coincidió con el desarrollo de algunos eventos importantes en el ámbito epidemiológico y en el mundo de los organismos internacionales de la salud, todo ello, en un mundo en franco proceso de globalización, tuvo naturalmente repercusiones en Chile. Desde luego, la aparición del primer caso de VIH-SIDA en junio de 1981 en EE.UU., quizás la pandemia más importante del siglo XX junto a la de influenza de 1918, sacudió los sistemas sanitarios de varios países, toda vez que el nuevo virus puso serios obstáculos a los esfuerzos que los equipos de investigación desplegaron para conocer sus características, paso previo para intentar una cura. La nueva pandemia se detectó

¹⁰³ Entrevista realizada al doctor Álvaro Yáñez el 23 de abril de 2014.

clínicamente por primera vez en Chile en 1984 y sus efectos epidémicos y socioculturales siguieron patrones similares a los vividos por otras sociedades. En el mediano plazo este fenómeno representó un nuevo desafío para el PCT en virtud de la retroalimentación que se generó entre el VIH-SIDA y la tuberculosis, dando nacimiento a una coinfección o *epidemia dual*. Nuestro país había comenzado a enfrentar este tema en 1985 al clasificar dichos males como “enfermedades de notificación inmediata diaria” conforme al *Reglamento de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria* promulgado aquel año¹⁰⁴. En el plano institucional, en el transcurso de esa década algunas entidades globales como la UNESCO y el Banco Mundial ganaron terreno en iniciativas sanitarias internacionales como campañas de prevención y perfeccionamiento profesional de personal sanitario. En particular, el Banco Mundial desplegó asesorías para la modernización de los sistemas de salud, en las que enfatizó la conveniencia de recortar recursos para mejorar la eficiencia administrativa y económica.

¹⁰⁴ Decreto n° 11, 3 de enero de 1985, Ministerio de Salud, en *Fondo del Ministerio de Salud*, v. 2850, *Archivo Nacional de la Administración*.

Portada del Curso del Programa del XIII Curso de Epidemiología y Control de la Tuberculosis, una de las instancias tradicionales de perfeccionamiento que cobijó el PCT desde 1967.



Fuente: Volumen 2976. Fondo del Ministerio de Salud, Archivo de la Administración.

Los rasgos que hemos enunciado ayudan a delinear en parte el contexto en el que se desarrolló el PCT bajo la dirección

del doctor Toro. Su gestión puede ser objeto de discusión, en razón de las diferentes perspectivas que utilicemos para examinarla. En materia de avances concretos, bajo su dirección se implementaron nuevos esquemas terapéuticos, TA 82 y TA 87. En cambio, si nos ceñimos a la mirada de Rosario Lepe podemos señalar ciertos reparos. Desde su labor en el ISP, la tecnóloga médica afirma que quizás la principal observación respecto de la dirección del doctor Toro radica en la falta de iniciativa que demostró para concretar acuerdos que se adoptaban para mejorar el trabajo antituberculoso. Por motivos que no le quedan claros, ella afirma que hubo “poca capacidad de decisión” para afrontar ciertos temas, como algunas deficiencias en la estandarización o la dispersión de personal en trabajos de investigación. Frente a ese panorama, recuerda nuestra testigo, desde el Instituto “tuvieron que *catetear* mucho” para defender la causa del PCT. Un juicio con otros matices ofrece la doctora *María Teresa Valenzuela*, quien ingresó a trabajar al Instituto Bacteriológico en 1979. Gracias al apoyo de la OPS consiguió especializarse en técnicas microbiológicas en Ottawa, Canadá, y a su regreso asumió la jefatura de la sección de tuberculosis en reemplazo de Pedro Valenzuela. Los conocimientos alcanzados dieron vida a un afán de aplicarlos en áreas tan fundamentales como la detección oportuna, el diagnóstico de la tuberculosis o el estudio de las resistencias antibióticas. No obstante, ese impulso inicial se vio enfrentado a ciertos problemas, como la carencia de equipamientos y de personal preparado en el trabajo de laboratorio.

Sin embargo, el ISP disponía de una experiencia suficiente como para seguir trabajando en las tareas del PCT, pese a los inconvenientes señalados. En este sentido, la doctora Valenzuela resalta el empuje del doctor Farga quien, en su opinión, siempre se empeñó en fortalecer las bondades que ofreció el tratamiento abreviado y cuya asesoría se convirtió en una

constante fuente de referencia. Además, la doctora identifica dos aspectos que sobresalen en el desarrollo del PCT en la década de 1980 y en los cuales el ISP desempeñó una participación destacada. En primer lugar, un área donde se hizo un progreso sustantivo fue en la *bioseguridad*, que fue un paso fundamental para enfrentar nuevos escenarios epidemiológicos. Sobre el particular, la doctora Valenzuela indica:

Comenzamos a observar que el personal que trabajaba en los laboratorios de la tuberculosis enfermaba más que la población y tuvimos que empezar a trabajar en un rediseño de los laboratorios, especialmente en cómo movilizar la tuberculosis. En este terreno fuimos los pioneros al conseguir implementar una serie de normas de bioseguridad. Trabajamos en los gabinetes de bioseguridad y los traspasamos a todo el Instituto de Salud Pública, porque toda la microbiología tenía que trabajarse bajo esa norma¹⁰⁵.

Una coyuntura en la que se puso a prueba el nuevo conocimiento y práctica en bioseguridad ocurrió en 1985, cuando el ISP recibió la primera muestra de un paciente con VIH positivo. La doctora Valenzuela explica que el espíritu de servicio público, que se tradujo en la convicción de que “siempre había un paciente a la espera de un diagnóstico”, más las nuevas normas en seguridad (gafas de seguridad, gavetas de bioseguridad, etc.) adoptadas, fueron fundamentales para desarrollar una línea de trabajo frente a un nuevo fenómeno epidémico y a las enfermedades infecciosas en general. Acerca de este tema, Rosario Lepe añade otra arista. Afirma que la importancia que se le otorgó a la bioseguridad tuvo un doble efecto en el corto plazo, porque por un lado “revolucionó el trabajo en la tuberculosis”, y, por otra parte, repercutió de forma negativa en la

¹⁰⁵ Entrevista realizada a María Teresa Valenzuela el 21 de octubre de 2014.

lentitud de las labores en el laboratorio, debido a que hubo que acomodarse a trabajar con delantales, cubiertas plásticas, usar desinfectantes, etc. El manejo de guantes fue un ejemplo de las dificultades que derivan de toda adaptación tecnológica, según desprendemos de las palabras de la tecnóloga médica:

Si a uno la llamaban por teléfono, debía sacarse los guantes, lavarse las manos, ir al teléfono, o sea, si antes se podía hacer una persona 80 exámenes diarios esto bajó a no más de 50 o 60. Hubo un cambio absoluto y posteriormente se necesitaron equipos de protección al personal. Se enfermó bastante gente por descuido, por negligencia¹⁰⁶.

Un segundo punto que sobresale en la labor del ISP en el desarrollo del PCT apunta al ámbito internacional. La doctora Valenzuela subraya la creación de la *Comisión Latinoamericana de Bacteriología de la Tuberculosis* (CALABAT) en 1987. Fue una instancia que contó con el respaldo económico de la OPS y en la que participaron integrantes de los laboratorios que servían de referencia de todos los países de Latinoamérica. En este episodio, la doctora Valenzuela hace un reconocimiento a las sugerencias del doctor Yáñez, que se resumen en las siguientes palabras:

Él fue quien impulsó esta genial idea de que entrásemos a efectuar control de calidad, no solo lo que hacíamos en Chile, esto es, control de calidad de la baciloscopia, mediante la supervisión directa, supervisión indirecta, y control de calidad en los medios de cultivo. Nos pidió que este control de calidad lo ampliásemos a los países de Latinoamérica, medida con la que nos transformamos en un país referente en calidad a nivel continental¹⁰⁷.

¹⁰⁶ Entrevista realizada a Rosario Lepe el 21 de abril de 2014.

¹⁰⁷ Entrevista realizada a María Teresa Valenzuela el 21 de octubre de 2014.

Resultó ser un trabajo muy productivo, confiesa la doctora Valenzuela. El primer curso internacional de bacteriología de la tuberculosis se realizó en 1989.

A los dos aspectos concretos del PCT que se desarrollaron en la esfera del ISP, la doctora Valenzuela añade otro rasgo que está más vinculado al grado de sociabilidad que se gestó entre quienes participaron en la lucha contra la tuberculosis en la década de 1980 y que es posible sea un de los rasgos históricos del trabajo antituberculoso. En particular, nuestra entrevista destaca el trabajo cohesionado que marcó las labores del programa, el que se fue potenciado a medida que se efectuaban todos los años encuentros nacionales de los equipos de la tuberculosis. En ellos participaron el médico, la enfermera y el o la tecnólogo médico que formaban los equipos del programa de todas las regiones de Chile.

Los temas que se abordaron en esas reuniones, bajo la modalidad de seminario, fueron diversos, relata la doctora Valenzuela:

En estos seminarios se analizaba una cohorte de pacientes de tuberculosis bacilíferos positivos y se seguía para saber cuántos de ellos fracasaban, cuántos de ellos abandonaban tratamiento, cuántos de ellos fallecían, y cuántos de ellos recaían en la tuberculosis a medida que avanzaba el tratamiento. También analizábamos otros ámbitos, como por ejemplo localización de casos, tratamiento de la tuberculosis, cobertura de vacunación BCG, la que alcanzó un nivel maravilloso, muy concordante con la cobertura de la atención profesional del parto. Teníamos 98% de cobertura institucional del parto y la cobertura de BCG estaban más o menos en ese mismo porcentaje bajo la gestión del programa¹⁰⁸.

¹⁰⁸ *Entrevista realizada a María Teresa Valenzuela el 21 de octubre de 2014.*

Los seminarios solían realizarse en una casa de FONASA, cerca de Santiago, y eran convocatorias que despertaban muchas expectativas, tanto por la calidad de trabajo que se desarrolló como por el ambiente de camaradería que despertaba. Esas reuniones fueron una forma de estímulo para que los equipos del PCT retomaran sus labores con nuevos bríos, señala la doctora Valenzuela. También se organizaron encuentros de actualización acerca de la tuberculosis en las que se entregaba información renovada de técnicas de laboratorio, por ejemplo. Generalmente, se invitaba a algún experto para que dictara una charla.

Todos los meses nos reuníamos una tarde para actualizar-nos. Asistían de Rancagua, Talca, obviamente de la Región Metropolitana y Valparaíso. Por tanto, nunca dejamos de lado a la gente. Era muy importante que ellos fueran¹⁰⁹.

A la doctora Valenzuela le correspondió asumir la dirección del PCT en 1991, y, paralelamente, estuvo a cargo del *Programa de Control de Inmunizaciones*. Sin lugar a dudas, como ella sostiene, es dable afirmar que la incidencia de la tuberculosis en la década de 1980 bajó ostensiblemente gracias en gran medida a la terapia abreviada y a una mejor adherencia a los tratamientos. No obstante, algunos desafíos permanecieron vigentes. Por un lado, la vinculación de la tuberculosis con las distintas caras de la marginalidad, encarnada por personas alcohólicas, la población carcelaria, los adultos de los hogares de ancianos, y quienes hicieron de la calle su hogar, vale decir, el espectro social que ha sido parte de la historia misma de la tuberculosis. Por otro, como anticipamos, la asociación tuberculosis y VIH-SIDA emergió como una coyuntura que a comienzos de la última década del siglo XX comenzó a adqui-

¹⁰⁹ Entrevista realizada a María Teresa Valenzuela el 21 de octubre de 2014.

rir ribetes preocupantes que se proyectaron como uno de los problemas que de modo urgente debieron ser atendidos por el PCT en el decenio de 1990, aunque para el doctor Farga más que una situación adversa, esa coyuntura significó una oportunidad para estimular la labor del PCT.

Fuera del ámbito estrictamente epidémico, pero en el mismo plano de relevancia, el tema de la financiación del PCT permaneció en el tapete de la discusión porque, como afirma el doctor Farga, “los fondos siempre fueron un problema”¹¹⁰.

En suma, hacia fines del siglo XX el PCT pudo justificar plenamente avances significativos en la tarea que desde comienzos de 1970 el Estado y la sociedad chilena le habían conferido. Mas, como hemos recalcado, la lucha antituberculosa nunca ha sido ajena al contexto histórico en la que se ha desenvuelto y el decenio de 1990 deparó circunstancias locales y globales que de diversos modos influyeron en la evolución del PCT. Quizás el punto más trascendente que desde ya podemos señalar aparece en el campo de las expectativas que se fueron amasando en el seno del PCT, específicamente, la posibilidad cierta de proponer por primera vez un objetivo históricamente trascendente: *la eliminación de la tuberculosis como un problema de salud pública*.

Esa es la última etapa del itinerario que hemos bosquejado y que pasamos a examinar a continuación.

¹¹⁰ Entrevista realizada al doctor Victorino Farga el 16 de abril de 2014.

5. El PCT hacia el siglo XXI: la meta de la eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública: 1994-2013

En 1994 ocurrió un cambio en la dirección del PCT. Asumió la conducción el doctor Manuel Zúñiga, un “epidemiólogo de tomo y lomo” como lo define el doctor Yáñez. Su extensa trayectoria en el terreno sanitario internacional y en la salud pública chilena avaló con plenitud su ascenso a la jefatura de un programa con más de 20 años de recorrido. Desde un comienzo, su tarea estuvo condicionada por las ocupaciones propias de la gestión de una política de salud. No obstante, como ocurrió regularmente en la trayectoria del PCT y de la lucha antituberculosa a lo largo del siglo XX, el contexto histórico de la década de 1990 influyó en su misión, especialmente porque el denominado proceso de globalización, para bien y para mal, empezó a acentuar sus efectos en la evolución de las sociedades de todas las latitudes.



Doctor Manuel Zúñiga, director del Programa de Control de la Tuberculosis (1994-2008).

Naturalmente, Chile y su sistema de salud fueron parte de ese fenómeno histórico. Por esta razón queremos detallar algunos

matices significativos del nuevo escenario que asomó en esa etapa finisecular porque definitivamente ellos ayudan a entender el curso que siguió el PCT hasta nuestros días. En términos conceptuales, es la noción de *salud global* el enfoque que nos puede prometer un marco para explicar la articulación de algunos hechos que han delineado el escenario de la política de lucha antituberculosa de segunda generación. En este sentido, un primer escenario ilustrativo del terreno en el que transitó el PCT desde 1990 en adelante es Latinoamérica. Como han sugerido los historiadores Marcos Cueto y Steven Palmer, nuestro continente, en las últimas décadas del siglo pasado, se transformó en un cuadro particularmente complejo. Junto con ser el campo de batalla entre concepciones antagónicas, como la APS y el neoliberalismo sanitario, sumó la presencia de eventos epidemiológicos como el ascenso de las enfermedades transmisibles (VIH-SIDA, cólera, dengue) y males propios de países que han alcanzado un cierto nivel de desarrollo, como el cáncer, diabetes, y afecciones cardiovasculares¹¹¹. Un segundo plano a tener en cuenta estuvo conformado por las decisiones adoptadas por la OMS en torno a las enfermedades infecciosas, en particular con la tuberculosis, la que fue calificada como una “emergencia mundial” en 1993, producto del acrecentamiento de la pobreza, las deficiencias de los programas de control y el aumento del número de pacientes afectados por VIH-SIDA. Para finalizar la descripción de las singularidades del escenario de fines del siglo XX, debemos considerar la aparición de nuevos agentes sanitarios, uno de los rasgos propios de la era de la salud global. En este sentido, es pertinente aludir al llamado que en 1993, bajo el título *Invertir en Salud*, hizo el Banco Mundial para que los países trabajaran en mejo-

¹¹¹ Cueto, M.; Palmer, S. *Medicine and Public Health in Latin America. A history*. Cambridge University Press, New York, 2015, 204.

rar las políticas públicas destinadas a la salud, una exigencia que era fundamental para elevar el nivel de desarrollo. Entre el cúmulo de sugerencias que la entidad global brindó, dos merecen nuestra atención. Primero se definió que el combate de las enfermedades infecciosas era un “bien público”, por lo que era necesario que los respectivos gobiernos asumieran esa tarea. Y, seguidamente, se enfatizó la participación de la iniciativa privada en la atención clínica, mucho más eficiente, la que incluso podía ser subvencionada por el Estado para mejorar la asistencia de los sectores socialmente más vulnerables¹¹². Sobre esta base el Banco Mundial postuló que era importante promover la diversidad y competencia en la prestación de servicios de salud. Estas recomendaciones tuvieron bastante eco en algunos países latinoamericanos en la década de 1990.

Respecto de aquellos lineamientos históricos vinculados a la salud global se conformó el terreno en el que el PCT, bajo la dirección del doctor Zúñiga, comenzó a desenvolverse a partir de 1994. Naturalmente, la complejidad del escenario descrito no significó algún grado de inmovilismo en el curso de la labor antituberculosa del programa. Todo lo contrario, tras la reinstauración del sistema democrático en Chile en 1990, las políticas de salud fueron objeto de algunas nuevas orientaciones que, obviamente, respondieron a las influencias del ambiente ideológico imperante.

No quisiéramos dejar de mencionar un aspecto que puede sernos útil para examinar esta etapa y que posee la singularidad de ser inherente a la trayectoria histórica de la tuberculosis en el siglo XX. Nos referimos concretamente a la formación de una paradoja similar a la que perfilamos a propósito de las

¹¹² Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial, 1993 Invertir en Salud. Resumen*. Washington D.C., Junio, 1993, 5.

reflexiones que el doctor Orrego Puelma realizó concerniente a la irrupción de la aplicación de los antibióticos en Chile. Efectivamente, creemos que a partir del decenio finisecular, una vez más, desde un sector de la esfera de la salud se hizo una lectura complaciente acerca del estado de la tuberculosis que, alentada por ciertas expectativas administrativas y económicas, comenzó a jugar en contra de las proyecciones que los encargados del PCT fueron estableciendo para la erradicación de la enfermedad. De este modo, en momentos en que era imperativo redoblar esfuerzos contra la enfermedad, los recursos comenzaron a declinar en razón de que la tuberculosis era un asunto secundario en las prioridades de la salud pública chilena. Así, pues, esta disparidad de miradas de la enfermedad fue uno de los hilos conductores del desarrollo del PCT y que influyó en el curso ha seguido el combate contra la tuberculosis en el siglo XXI.

5.1. La continuidad del PCT puesta a prueba

A partir de las apreciaciones de los testigos que hemos entrevistado, es posible afirmar que desde mediados de la década de 1990 existió una convicción en algunas autoridades gubernamentales que se tradujo en una posición que puso en jaque el potencial del PCT. En efecto, en virtud de los resultados estadísticamente positivos que se habían logrado, fue tomando vuelo en algunos personeros del Ministerio de Salud la idea de que la tuberculosis no era un problema de salud pública que requiriera el concurso de mayores fondos.

En términos cuantitativos, la evolución de la mortalidad por tuberculosis comprobaba una trayectoria alentadora que se ajustó con esa percepción.

Tabla 3. Evolución de la mortalidad por tuberculosis. Proporción de la mortalidad general en Chile, 1947-1994¹¹³

Años	Muertes por TBC		Muertes totales		%
	Nº	TASA **	Nº	TASA *	
1947	12.631	221,5	92.026	16,0	13,7
1948	12.835	220,4	98.405	16,8	13,0
1950	9.282	148,0	90.081	14,8	10,3
1960	4.302	53,2	93.625	12,3	4,3
1970	2.569	27,4	83.166	8,9	3,1
1980	1.355	12,2	74.000	6,6	1,8
1990	660	5,0	78.424	6,0	0,8
1991	475	3,5	74.862	5,6	0,6
1992	481	3,5	74.090	5,4	0,6
*1993	470	3,4	76.158	5,5	0,6
*1994	399	2,8	75.445	5,4	0,5
** Tasa X 100.000					
* Tasa X 1.000					

A la luz de esta perspectiva estadística, resulta comprensible que algunas interpretaran que el PCT había cumplido su tarea principal, reducir la incidencia de la enfermedad, y que sus necesidades económicas debían ser menores. Sin embargo, este enfoque demostró una mirada superficial del estado de la tuberculosis en el país en un mundo globalizado.

Desde las propias filas del PCT no podía existir sino una posición discrepante al respecto, sobre todo porque manejaban evidencia que delataba la existencia de riesgos latentes. Un

¹¹³ Ministerio de Salud. *Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Actualización de normas técnicas*. Departamento de Epidemiología. División de Programas de Salud. S/E, Santiago, 1996, 6.

ejemplo de ello fue un hecho que se registró en 1993, en el que se apuntó un notorio descenso de baciloscopias (9,8%) y de cultivos (11,6%). De hecho, el informe de actualización de normas técnicas del PCT de 1996 consignó que las 344.716 baciloscopias efectuadas en 1993 era la cifra más baja conseguida en una década¹¹⁴. Igualmente, si bien la situación epidemiológica había mejorado en los últimos 20 años, entre 1985 y 1992 las tasas de morbilidad habían sido superiores a las proyecciones trazadas. Estos antecedentes, junto a otros, fueron suficiente justificación para que los encargados del PCT aseveraran que la tuberculosis debía conservar el estatus de problema importante para la salud pública. Las clave para mejorar el rumbo era “la recuperación de la presencia y eficiencia del PCT en todos los niveles administrativos”¹¹⁵. Es importante consignar que su red nacional operaba a mediados de la década de 1990 sobre una infraestructura de 180 hospitales, 1.700 unidades de APS y 219 laboratorios. Esas eran las unidades de trabajo que debían hacer frente en el día a día a la tuberculosis.

Con la convergencia de dos miradas relativo al modo de abordar la tuberculosis, empezó a desenvolverse la dirección del doctor Zúñiga, bajo ella el PCT emprendió la tarea de trazar un objetivo estratégico: *la eliminación de la tuberculosis como un problema de salud pública a partir del establecimiento de plazos concretos*. El cumplimiento de esta meta, naturalmente, se hizo a partir de cimientos consolidados con la experiencia de décadas y en un entorno finisecular globalizado. Las tareas inmediatas que surgieron en esta etapa se pueden resumir en: primero, ordenar una serie de asuntos que se venían dilatando desde hacía unos

¹¹⁴ Ibíd., 26.

¹¹⁵ Ibíd., 28.

años y, segundo, consolidar el enfoque epidemiológico que la nueva dirección pretendió imprimir al PCT a partir de 1994.

Acorde con la perspectiva de Rosario Lepe, algunos de los puntos que resolvió la nueva dirección al poco tiempo de iniciar su gestión, fueron algunas falencias en la capacitación, recuperando los seminarios y las evaluaciones macrorregionales, y el reemplazo de mucho equipamiento que estaba obsoleto, lo que se obtuvo gracias al apoyo económico del Ministerio de Salud. Sobre esta, añade:

El Ministerio conseguía un presupuesto muy moderado. Asignaban una parte a laboratorio para estufas de cultivo, para centrífugas, para microscopios y algo muy importante que antes no se consideraban, para elementos de bioseguridad para el personal¹¹⁶.

Para el trabajo del ISP, la nueva etapa reportó avances, afirma Rosario Lepe. De ser un laboratorio de referencia nacional, la OPS le concedió la categoría de laboratorio de referencia supranacional, tras una marcha blanca de un año. Recuerda que ellos desarrollaron la capacidad para supervisar a otros países latinoamericanos, visitas que estuvieron encabezadas por el doctor Pedro Valenzuela, que había retornado al ISP. Estos antecedentes despertaron el interés de la OPS, lo que no impidió que debieran competir con Argentina, que tenía una tecnología más avanzada que la que se utilizaba en Chile. Sin embargo, hubo un antecedente que inclinó la balanza a su favor:

Argentina no tenía lo que teníamos nosotros, un programa de control de la tuberculosis con una trayectoria con cifras buenas, regulares, malas, deficiencias en algún momento, recuperación en otro, pero que estaba ahí, funcionando¹¹⁷.

¹¹⁶ Entrevista realizada a Rosario Lepe el 21 de abril de 2014

¹¹⁷ Entrevista realizada a Rosario Lepe el 21 de abril de 2014

Según el testimonio del doctor Yáñez, el nuevo director tuvo una tarea difícil al iniciar su trabajo en la década de 1990. Las razones que condicionaron su trabajo desde un comienzo fueron el estado de deterioro de la red en la que se había apoyado el PCT, en particular, debido a la partida de muchos funcionarios y a la insuficiente financiación para renovar equipos.

El doctor Zúñiga se ocupó de los problemas referidos y obtuvo avances al respecto. Pero quizás la principal innovación que efectuó fue introducir la “proyección epidemiológica”, una decisión que tuvo un impacto positivo en el desenvolvimiento del PCT, como asevera el doctor Yáñez:

Manuel comenzó a estudiar toda la tendencia epidemiológica, todos los elementos que había que considerar para medir la marcha de esto y dónde había que poner más acento. Acto seguido, comenzó a caer la incidencia en la década del 90 rápidamente¹¹⁸.

Esta nueva etapa de desarrollo del PCT fue la oportunidad para que el doctor Yáñez retornara. Señala que un día le dijo al director “aquí estoy Manuel, no te voy a quitar la pega, pero quiero colaborar. Si tú me llamas yo vengo”. Así fue como el doctor Zúñiga se reincorporó a su histórico conductor.

Sin embargo, bajo el manejo del doctor Zúñiga el PCT experimentó uno de los momentos claves de su historia en la década de 1990 y cuyo desenlace determinó su evolución en la siguiente década. La controversia que debió resolverse giró en torno ni más ni menos que a la supervivencia del PCT, según afirma el doctor Zúñiga. Las razones que explican gran parte de la encrucijada las hemos mencionado. El ambiente neoliberal que impregnó gran parte de la esfera sanitaria global a

¹¹⁸ Entrevista realizada al doctor Álvaro Yáñez el 23 de abril de 2014.

fin del siglo XX con sus reticencias al incremento de la participación estatal, la nueva gestión pública o *new management* que cobró fuerza a propósito del diseño de las primeras reformas a la administración del Estado que emprendió la coalición gobernante (*Concertación de Partidos por la Democracia*), más el propio éxito de la lucha antituberculosa y su paradójica interpretación.

Desde la perspectiva de quienes se desempeñaban en el PCT aquellos factores formaron un amasijo que dificultaba algunos aspectos de la trayectoria del fructífero trabajo antituberculoso que se había realizado hasta entonces. El testimonio del doctor Zúñiga es más que elocuente para describir aquel pasaje:

¿Qué pasó? vino un conjunto de reformas. Yo tuve una pelea gigantesca en el ministerio con el encargado de hacer la reforma a ese nivel (...) Prácticamente nos estaban quitando el programa porque estaban desapareciendo algunos de los programas de salud pública. Echaron a un montón de gente y no lo hicieron conmigo porque yo quedaba como asesor para la tuberculosis junto con otras 17 personas con las cuales yo tendría que trabajar siendo asesor de otras cosas y ellos a su vez serían asesores de tuberculosis¹¹⁹.

En otras palabras, nuestro testigo alude a los propósitos de eliminación de algunos programas sanitarios en la década de 1990. Esas iniciativas circularon inspiradas en el argumento de que esos esquemas ya no se justificaban en virtud de la transición epidemiológica que estaba experimentando el país, un tema que se discutió también en otras latitudes. Esta visión la confirma Rosario Lepe, que estima que en aquel entonces los encargados de adoptar decisiones en el Ministerio de Salud “pensaban que la tuberculosis era un problema casi superado”

¹¹⁹ Entrevista realizada al doctor Manuel Zúñiga el 7 de abril de 2014.

y los recursos del PCT debían ser redestinados. A esa mirada adhiere la enfermera Zulema Torres que a la luz de su experiencia asevera que “hubo algún iluminado por ahí que pensó en establecer el cobro de los exámenes que por norma eran gratuitos desde hacía décadas”¹²⁰.

¿Cómo pudo salvar el PCT ese contexto de incertidumbre que enfrentó en la década de 1990? Existieron algunas razones concretas. En primer término, el doctor Zúñiga afirma que el PCT logró “evitar la desmovilización” conservando su estructura y tareas de control, como estaban establecidas en las normas técnicas. En segundo lugar, también es posible sostener, como él sugiere, que la esencia del PCT como un “bien público” que condensó principios de igualdad y cobertura universal, fue un sostén importante para mantenerlo en pie¹²¹. Un tercer factor a considerar estuvo constituido por el sistema sanitario internacional, desde donde surtieron respaldos significativos, como por ejemplo el proveniente del encuentro organizado por el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas de las Enfermedades Tropicales (TDR) de la OMS, la Universidad de Harvard, la OPS y OMS en La Habana, reunión en la que se exhortó privilegiar criterios sanitarios antes que los económicos a la hora de evaluar los programas de salud.¹²² A nuestro juicio, debe ser considerado un cuarto argumento, el que tiene relación con la trayectoria de más de 40 años de un modelo de lucha antituberculosa que difícilmente podía ser

¹²⁰ Entrevista realizada a Zulema Torres el 8 de abril de 2014.

¹²¹ Zúñiga, Manuel. “La eliminación de la tuberculosis como un problema de Salud Pública”, en *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 25, 2009, 118.

¹²² Zúñiga, Manuel. “Tuberculosis en Chile: del control a la eliminación, un camino difícil”, en *Cuadernos Médicos Sociales*. Santiago de Chile, 48, 1, 2008, 26.

borrada por evaluaciones técnicas que, aunque eran coherentes con un hecho cierto como la transición epidemiológica, no sopesaron la historia profunda de una enfermedad con raíces sociales como la tuberculosis y la noción de salud pública que existía tras ella.

Finalmente, como afirma el doctor Zúñiga, existió una coyuntura que en medio de la controversia contribuyó a inclinar la balanza a favor del PCT y que provino desde el ámbito de la salud global. El destacado experto en control de la tuberculosis, Karel Styblo, consultor de la OMS en aquel entonces, nuevamente visitó nuestro país en septiembre de 1997, episodio en donde parte del equipo del PCT pudo discutir con él respecto del estado de la labor del programa. El experimentado consultor incluso tuvo la oportunidad de conversar con el doctor Valenzuela acerca de los sobresalientes resultados de los estudios bacteriológicos elaborados en el ISP. En resumen, Styblo recalcó que Chile era uno de los pocos países que “demostraba un ininterrumpido decrecimiento de las tasas registradas de tuberculosis”¹²³. Tal era el progreso del país que el epidemiólogo estimó que en pocos años Chile alcanzaría una tasa de tuberculosis de 20/100.000 en todas sus formas, mientras que la tasas de detección se encontraba en 80-90/100.000. Otras señales del alto grado de avance alcanzado que mencionó fue el bajo nivel de resistencia primaria a las principales drogas anti-tuberculosas, con un promedio cercano al 10% en el período 1971-1995. También podemos añadir otros aspectos que eran susceptibles de ser mejorados a juicio del experto de la OMS, como por ejemplo, la irregular distribución a nivel territorial de los logros alcanzados, según lo demostraban ciudades como

¹²³ Styblo, Karel. “Evaluación y recomendaciones del Programa de Control de la Tuberculosis de Chile”, en *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 14, 1998, 104.

Arica, Iquique y Osorno que poseían altas tasas de incidencia en comparación con el resto del país.

El balance final de Styblo, que reunió reconocimientos al buen trabajo realizado y sugerencias para mejorar algunas tareas en desarrollo, fue una contribución importante para resolver la discusión que existía concerniente a la continuidad de un modelo histórico de lucha antituberculosa. El doctor Zúñiga afirma que se aferró a las conclusiones brindadas por el ilustre visitante para hacer ver a las autoridades la importancia de mantener el PCT como una herramienta fundamental contra la tuberculosis. Definitivamente, sus esfuerzos fueron recompensados y quienes objetaban la permanencia del PCT tuvieron que echar pie atrás. Indica nuestro entrevistado que en las autoridades del ministerio emergió un cambio de actitud, especialmente gracias a la participación de nuevos directivos que se incorporaron, todo ello se plasmó en una mayor “flexibilidad” hacia los programas de salud. A juicio del encargado del PCT en aquel entonces, es posible afirmar que se concretó una “definición política” que corroboró la responsabilidad que le correspondía al Estado en el campo de la salud, tema que en la década de 1990 fue centro de un debate internacional.

5.2. La inauguración del PROCET y el papel de los nuevos grupos de riesgo de la tuberculosis

Debemos mencionar que la visita de Styblo tuvo otra consecuencia tan significativa como la anterior. A partir de la constatación de una serie de condiciones técnicas el experto de la OMS propuso un nuevo objetivo que consistió en transitar de la etapa de control de la tuberculosis a la *fase de eliminación*. Mirado desde nuestra perspectiva, esa sugerencia tiene una marcada connotación histórica, porque revela que al finalizar el siglo XX Chile alcanzó un estatus en la lucha antituber-

culosa que a nivel internacional pocos países podían exhibir. La sugerencia de Styblo no pudo haber sido fructífera si no hubiese aterrizado en un terreno técnico y político apropiado para dar un salto cualitativo. Debido a que esta condición *sine qua non* la garantizaba en plenitud la experiencia del PCT, ese paso se hizo realidad con la inauguración de una nueva etapa en la lucha antituberculosa, la que cristalizó en el *Programa de Control y Eliminación de la Tuberculosis*, PROCET. En el 2000 ya se había llegado al umbral de eliminación, 19,9 x 100.000, indica el doctor Yáñez, y sobre esa base se postuló una meta histórica: *la eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública para el 2020*. En la década siguiente las líneas del trabajo del PROCET estuvieron inspiradas en esa finalidad.

Sin embargo, si bien es posible hablar de una evolución de los objetivos que pueden equipararse a un reconocimiento efectivo de los progresos de un modelo consolidado de combate antituberculoso, ello no quiere decir que en la década del 2000 el PCT haya transitado por aguas mansas. Según la opinión del doctor Yáñez, que condujo el programa hasta el 2008, existieron circunstancias en donde el itinerario del programa y la gestión ministerial no sintonizaron y sus relaciones estuvieron sometidas a ciertos altibajos.

Un primer escenario adverso se dio entre 2002 y 2004. El evento que puso un freno al desarrollo del PCT fue una limitación presupuestaria importante que, afirma el doctor Zúñiga, hizo inevitable que se suspendieran por un par de años actividades importantes como el reputado *Curso de Epidemiología y Control de la Tuberculosis*, que se había inaugurado en 1968, y la *Reunión Nacional de Evaluación*. Además, la reducción de recursos resintió la capacidad de trabajo de la red de laboratorios a lo largo del país. Luego, otro acto que trajo consecuencias negativas fue la aplicación de la *Ley de autoridad sanitaria y gestión*. Un ejemplo de ello quedó expresado en la suerte

de desmantelamiento de los *Equipos Técnicos de Tuberculosis*, debido a que los profesionales que se desenvolvían en ellos fueron destinados a otras funciones¹²⁴. ¿Podríamos discutir si en esas acciones vinculadas a la gestión de la salud pública influyeron en la imagen de la tuberculosis como un problema controlado y que como tal debía ser tratado como un asunto de segundo orden? El doctor Farga ofrece una pista al sugerir que ha sido cierta “superficialidad” o “la falta de información” que operan las personas encargadas de tomar decisiones estratégicas en el Ministerio de Salud las que han resultado determinantes en estos casos¹²⁵.

En cambio, donde no es posible articular dos lecturas distintas es en ciertas consecuencias evidentes que tuvieron aquellas modificaciones. Indica el doctor Zúñiga que los cambios organizacionales aplicados y los recortes en la financiación al programa impactaron negativamente en la situación epidemiológica de la tuberculosis. Su interpretación respecto de este problema es explícita:

No resulta aventurado considerar que en las medidas restrictivas adoptadas se originaron en la falta de voluntad política para apoyar el Programa de Tuberculosis, ya que no fueron consecuencia de una reducción general del presupuesto de Salud, hecho que no ocurrió en ese período¹²⁶.

A la luz de estas palabras, la decisión de las autoridades trastocó seriamente las expectativas gestadas por el PCT porque, como señala Rosario Lepe, “cuando se entra en etapa de eliminación de la tuberculosis, el aumento de recursos es más necesario que

¹²⁴ Zúñiga, Manuel. “La eliminación...”, 119.

¹²⁵ Farga, V. Comentario, en *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 25, 2009, 126.

¹²⁶ *Ibídem*.

nunca”¹²⁷. Analizado desde la óptica de la historia profunda de la tuberculosis, el episodio de cambios en la gestión de salud que describe el doctor Zúñiga se puede identificar como un ejemplo destacado dentro del elenco histórico de resoluciones políticas que adquiere el potencial de repercutir tanto como el bacilo de Koch en la salud de las personas.

No obstante, hacia el 2005, hubo un giro favorable a la consecución de las metas del PCT. Un cambio de autoridades en el Ministerio de Salud generó la posibilidad concreta de reactivar las acciones programadas, especialmente gracias a un aumento de la financiación, afirma el doctor Zúñiga. En efecto, para el 2006 el director del PCT sostuvo que los recursos se habían normalizado e incluso se había logrado reactivar el histórico Curso de Epidemiología y Control de la Tuberculosis y las evaluaciones nacionales anuales. La consolidación del trabajo permitió que para entonces el PCT pasara a denominarse en propiedad PROCET, como se había anticipado. En el 2008 la incidencia nacional había alcanzado una tasa de 13,6 x 100.000 y algunas regiones habían conseguido tasas inferiores a 10 x 100.000. Esas cifras demostraban que era posible pensar que las metas trazadas para el 2010 se cumplirían en algunas regiones, mientras que otras quedarían pendientes.

Pero la historia deparó la irrupción de algunas vicisitudes conocidas. A tenor de las sinuosidades que experimentó el programa en la década pasada, un nuevo golpe de timón en el manejo de los recursos económicos realizado por el Ministerio de Salud privó de financiación varias actividades planificadas relativas a capacitación, apoyo a actividades de localización de casos de los denominados *grupos de riesgo*, etc. La nueva directriz apuntó a que fueran los Servicios de Salud los que deberían hacerse

¹²⁷ Entrevista realizada a Rosario Lepe el 21 de abril de 2014.

cargo de la financiación de las tareas del PROCET. Hacia el 2009, el panorama no fue mucho mejor evaluado e incluso fue factible pensar que el programa estaba seriamente amenazado por la política de restricciones presupuestarias y pérdida del nivel central en su conducción. El doctor Zúñiga fue franco al afirmar que el PROCET corría el riesgo de perder su sello de “bien público” que lo había definido por décadas y existía el potencial de generar una “reversión epidemiológica”¹²⁸.

El reto que representó la amenaza del estancamiento que emergió a fines de la década del 2000 correspondió a una nueva dirección asumirlo, porque el doctor Zúñiga dejó su cargo en el 2008. Al finalizar su período el PROCET estaba orientado definitivamente hacia el proceso de eliminación, pese a la presencia de algunas adversidades ya señaladas. El doctor Farga no tuvo miramientos para catalogar su gestión como “magistral” y que su tarea verificaba una vez más que el éxito de una empresa como la lucha antituberculosa se basaba en la continuidad de su aplicación y en la destreza de quienes la dirigían para poder superar los problemas que, como hemos visto, en cada década se debieron revolver. Los sucesores del doctor Zúñiga en la dirección del PROCET, los doctores *Christian García* y *Tania Herrera*, han encarnado el recambio generacional y han debido asumir los avatares que la conducción de la centenaria empresa contra la tuberculosis siempre ha deparado.

El examen de esta etapa del PCT, luego PROCET, no culmina con la constatación de los progresos epidemiológicos, ni menos con la exposición de los avatares existentes en la última década en las relaciones que sostuvieron los gestores de la labor antituberculosa y los cuerpos directivos del Ministerio de Salud. Resta recorrer ciertas facetas que permiten develar la

¹²⁸ Zúñiga, Manuel. “La eliminación...”, 125.

existencia de realidades que calzan con la perspectiva que define a la tuberculosis del siglo XXI como una fiel exponente de la salud global. En rigor, planteamos abordar la presencia de la marginalidad como un factor largamente asociado al desarrollo de la endemia, pero a la cual podemos añadir algunas texturas que confieren cierta singularidad a la experiencia de enfermar por el bacilo de Koch en el siglo XXI y que son parte del escenario desde donde algunos autores han propuesto hablar de una *nueva tuberculosis*.

Nuevas generaciones de profesionales médicos a cargo de la dirección del PROCET en el siglo XXI, Christian García y Tania Herrera.



Para intentar delinear esta dimensión recurrimos a la vinculación entre el testimonio de profesionales que han estado en el terreno tuberculoso, mano a mano con los pacientes. En particular, aquí nos aproximamos a la realidad de los grupos de riesgo que han sido objeto de particular atención en las últimas

dos décadas porque en ellos se ha concentrado no solamente la mayor incidencia de la tuberculosis, sino que también los tradicionales estigmas sociales vinculados a esta enfermedad.

En ese sentido es elocuente el testimonio de Zulema Torres, porque en su calidad de enfermera ha tenido la oportunidad de trabajar varios años en el PROCET del *Servicio de Salud Central de Santiago*, el que concentra a población de riesgo que es más permeable a la enfermedad. Su descripción nos orienta al respecto:

Yo trabajaba como encargada de programa de tuberculosis en el Central. Había salido de la atención primaria y me fui al servicio, donde trabajaba con el doctor Carlos Peña Mantinetti, el médico broncopulmonar encargado del programa de TBC del SSMC. El Servicio de Salud Central es un área bien especial porque acumula mucha población de riesgo. Tiene la cárcel, la Penitenciaría, el Hogar de Cristo y desde hace más de una década empezamos a ver los inmigrantes y la Fundación Arriarán que atendía pacientes con VIH-SIDA¹²⁹.

La referencia a la inmigración y a la presencia de los casos de VIH-SIDA y tuberculosis merece algunos matices. La primera observación apunta a que ambos fenómenos infecciosos, pilares de una epidemia dual, son una demostración de la globalización de la salud y explicitan la vigencia de la marginalidad como un campo privilegiado de la tuberculosis y la faz humana de la postergación social. En el caso de los inmigrantes, su relación con el mal tuberculoso no es nueva. Si nos remitimos al siglo XIX, conocemos los estragos que la peste blanca ocasionó en las personas que habitaron por años en zonas rurales y que a partir de la década de 1860, en busca de mejores

¹²⁹ Entrevista realizada a Zulema Torres el 8 de abril de 2014.

expectativas económicas, optaron por desplazarse a las grandes ciudades de la zona central de Chile, las que hasta entrado el siglo XX no dispusieron de condiciones óptimas para una vida medianamente saludable. Hoy, el sostenido crecimiento económico que experimentó Chile desde 1990 transformó a nuestro país en un polo de atracción laboral para muchos latinoamericanos, realidad a la que el PROCET ha debido destinar sus esfuerzos. Muchos de ellos provienen de países que aún poseen tasas de alta incidencia de la tuberculosis y su concentración en algunas zonas centro y norte de Santiago ha motivado la extensión de la cobertura de la acción anti-tuberculosa hacia ellos. El doctor Yáñez ha enfatizado que el incremento de población inmigrante no representa un riesgo epidemiológico para el país, aunque sí constituyen un factor de riesgo para sus respectivos entornos familiares¹³⁰.

La atención de los pacientes tuberculosos inmigrantes también revela algunos rasgos que definen las pautas básicas que deben sostener las acciones sanitarias ante la creciente actividad migratoria a nivel mundial. Efectivamente, la OMS en el 2003 hizo público un documento donde manifestó las adversidades sanitarias que debían experimentar los inmigrantes, cuestión que demandaba un compromiso global no solo en materia de prevención y asistencia en salud, sino que también una defensa de los DD.HH. de quienes por razones políticas y económicas viajaban por el mundo en busca de mejores oportunidades para desarrollarse¹³¹. Dentro de este marco global, la acción del PROCET por sobre todo obedeció a una razón humanitaria, según lo ha afirmado Zulema Torres. Vale decir,

¹³⁰ Yáñez, Álvaro. "Tuberculosis en inmigrantes. Situación Chile-Perú", en *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 26, 2010, 164-165.

¹³¹ WHO. *International Migration, Health & Human Rights*. Issue n° 4, December, 2003.

antes que inmigrantes, los tuberculosos provenientes de Perú, Bolivia, etc., eran personas enfermas que requerían tratamiento porque de ello dependían sus vidas. No existió una política específica de parte de PCT hacia ellos, sino que fue suficiente su calidad de tuberculosos para ser objeto de un tratamiento médico gratuito, enfatiza la enfermera.

Enfermera Zulema Torres y Carlos Peña, en Curso Internacional de Control de la Tuberculosis, año 2012.



Ciertamente, la interacción con ellos no ha sido fácil en razón de ciertas condiciones sociales, culturales y económicas que nuestra entrevistada describe de la siguiente forma:

La situación de los inmigrantes era un problema serio. Punto uno, ellos viajaban a Chile porque estaban muy mal económicamente en sus países. Ellos venían y todavía vienen, en su gran mayoría en forma ilegal. Enfermaban porque cohabitaban en una pieza chiquitita como con 15 personas. Muchos vienen de países limítrofes que llegan sanos

a Chile, pero ellos están infectados porque en esas zonas existe tuberculosis, por lo tanto ellos en algún minuto de su vida estuvieron en contacto, hicieron la infección y eso quedó ahí. En nuestro país, todas estas situaciones, el hacinamiento, la mala alimentación, la falta de asistencia formal en salud por su carácter ilegal, se sumaban para potenciar la aparición de la tuberculosis¹³².

El obstáculo a vencer para quienes estaban a cargo de llevar a cabo el tratamiento era superar el miedo y desconfianza en los inmigrantes tuberculosos, relata la enfermera. Ellos temían a que la visita al consultorio fuese la ocasión para que la policía los detuviera y fuesen deportados, pero en esta circunstancia nuevamente se apeló al trabajo de generación de confianzas con los afectados por la enfermedad. Con la “camiseta del PCT puesta”, recalca Zulema Torres, se ha realizado un intenso trabajo para integrar a los inmigrantes a la rutina del tratamiento, tarea que está llena de peripecias, como queda descrito a continuación:

Muchos de los inmigrantes trabajaban y algunos llegaban a las 7:30, 8:00 de la mañana porque tenían que salir corriendo a sus trabajos ya que corrían el riesgo de ser despedidos. Lo que hacíamos nosotros, en la gran mayoría de los establecimientos, de lo que yo conocía, del Servicio de Salud Central, era presentarse temprano en el consultorio. En lo personal, yo sabía que ese paciente iba a llegar temprano a hacerse el tratamiento y si no llegaba yo, llegaba la otra persona: María Antonieta Muñoz, la técnica paramédica del programa. Bajo esta rutina conseguimos que muchos pacientes logaran el alta¹³³.

¹³² Entrevista realizada a Zulema Torres el 8 de abril de 2014.

¹³³ Entrevista realizada a Zulema Torres el 8 de abril de 2014.

Contrario a lo que pudiera pensarse, el nivel de abandono de los tratamientos no fue alto, ello no quiere decir que cuando la inasistencia se hacía presente, el equipo del PROCET se desplazara al domicilio del paciente para reincorporarlo, asevera la entrevistada. Una herramienta de utilidad fue la elaboración de un *sistema de fichas de ingreso* para los inmigrantes, aproximadamente el 2000, que permitía establecer un seguimiento del paciente en caso de que abandonara Chile, como queda bien descrito a continuación:

Los casos que ingresaban a los libros de registros del programa se identificaban como extranjeros. En un momento nos dimos cuenta del incremento de los inmigrantes y por ese motivo se comenzaron a buscar soluciones. La enfermera del programa de TBC del ministerio Marta Rojas Esquivel, que trabajaba con el doctor Zúñiga, diseñó la *Encuesta de Pacientes Extranjeros*. ¿Qué es lo que teníamos que hacer? cuando ingresaba un paciente había que hacerle esa ficha y en ella había que colocar cuál era la dirección que tenía en Perú o Ecuador, porque la gran mayoría eran peruanos o ecuatorianos. Aquí en Santiago no llegaban tantos bolivianos como en Arica. Entonces cuando uno tenía la entrevista con los enfermos uno tenía que aplicar toda su experiencia, la paciencia, el conocimiento, el convencimiento para que te dieran la dirección de su país de origen. Entonces ¿qué era lo que hacíamos nosotros? Cuando se nos arrancaban, tomábamos nuestra ficha, en esos años se usaba el fax, y se la enviábamos a Marta, quien coordinaba con Perú. A veces era buena la coordinación, otras veces no. En ocasiones rescatábamos a los enfermos, entonces se les mandaba decir: *mire tenemos este enfermo que vive en tal parte en su país y que tiene tuberculosis*¹³⁴.

¹³⁴ Entrevista realizada a Zulema Torres el 8 de abril de 2014.

Otra dimensión humana que dentro de la esfera de los grupos de riesgo de la tuberculosis deseamos presentar es la concerniente a los pacientes de VIH-SIDA. Desde fines del decenio de 1980 la convergencia de ambas enfermedades abrió un escenario nuevo para los sistemas sanitarios a nivel global. La existencia de esta epidemia dual ha sido un asunto que en esta última etapa que revisamos ha revestido atención en la esfera del programa. Desde su experiencia, Zulema Torres afirma que ambas enfermedades estuvieron ligadas a estigmatizaciones. Quizás la diferencia fundamental que surgió entre ellas fue que la tuberculosis tenía una trayectoria histórica socialmente conocida y un tratamiento que bien administrado era efectivo. En cambio, originalmente el VIH-SIDA encerraba una atmósfera de incertidumbre que, naturalmente, despertaba celos y discriminaciones. En este sentido, Zulema Torres apunta lo siguiente:

A la Fundación Arriarán llegaba un gran número de pacientes con VIH-SIDA, y de todos los que llegaban cerca del 90% tenía tuberculosis. Entonces se nos creó un problema bastante grande porque el VIH era un tema casi tabú. No era lo mismo que la tuberculosis, aunque esta enfermedad seguía teniendo una connotación asociada a la drogadicción, al alcoholismo, a la extrema pobreza¹³⁵.

La tuberculosis mantuvo su imagen alarmante para muchas personas. La enfermera del PCT afirma que muchas veces tratar con pacientes que al conocer el diagnóstico de tuberculosis, sentían terror, especialmente porque sus familias supieran la triste noticia. Con el VIH-SIDA ocurría algo similar.

A juicio de Zulema Torres la experiencia que acumuló el Servicio de Salud Central sirvió de impulso para que se iniciara un

¹³⁵ Entrevista realizada a Zulema Torres el 8 de abril de 2014.

estudio sostenido de los grupos de riesgo. Hubo muchos pacientes que antes de tener la tuberculosis tenían asociado también el VIH-SIDA, duplicidad que aumentó la mortalidad. Por todo ello se comenzó a cuantificar los casos de alcoholismo, drogadicción, a los inmigrantes, etc., para afrontar una realidad propia de una salud globalizada, desde fines del siglo XX hasta el presente.

6. Pasado y presente del PCT: consideraciones finales

Desde agosto del 2009 hasta el 2011, el doctor Christian García asumió la dirección del PROCET, siendo sucedido por la doctora Tania Herrera a contar del 2012 hasta el presente. Como anticipamos, ambos hechos han simbolizado un relevo generacional en la conducción del programa.

Aunque a nuestro juicio no contamos con la suficiente perspectiva histórica para examinar las principales líneas del desarrollo del PROCET en la presente década, es posible aproximarnos a algunos aspectos que pueden orientarnos acerca de su historia reciente bajo el mandato del doctor García.¹³⁶ Quizás el principal tema que el joven director debió enfrentar fue establecer un nuevo trato con las autoridades del Ministerio de Salud, porque los avatares registrados en la última década se habían traducido en un desgaste en las relaciones bilaterales. Las gestiones que el director emprendió consiguieron algunos progresos, como por ejemplo, el acuerdo para incorporar el trabajo antituberculoso a las metas de la *Estrategia Nacional de Salud 2020*, un acto que consiguió acrecentar el presupuesto y con ello subsanar en parte uno de los puntos que habían generado diferencias con las autoridades ministeriales. Aunque fue

¹³⁶ La doctora Tania Herrera ha elaborado un capítulo final en el que diseña los desafíos presentes y futuros del PROCET.

un incremento significativo, no alcanzó a ser el monto ideal, afirma el doctor García.¹³⁷ Con este escenario, el director del PROCET y Zulema Torres recorrieron el país para alentar el espíritu de trabajo de los equipos que se resintió producto de los problemas que afectaron la gestión antituberculosa en el último decenio, dando pábulo para que emergiera una sensación de estancamiento. No obstante, es menester consignar que, como el doctor García sostiene, la férrea identificación con la salud pública y su cultura organizacional han sido los puntales que han permitido al personal que integra el programa perseverar en su misión en momentos complejos. El director rubrica su mirada afirmando que “esta institución sigue siendo una muy buena escuela de salud pública para la medicina chilena, en la que se conjugan gestión, la visión epidemiológica y el sentido de justicia social”¹³⁸. Con esta ilustrativa reflexión concluimos nuestra aproximación a la historia reciente del PROCET y procedemos a establecer algunas consideraciones generales del trabajo que hemos realizado.

Dentro de las diversas variantes que ofrece la historia para hacer un análisis de nuestro pasado, hemos privilegiado una narrativa que, nutrida esencialmente por testimonios orales, brindara la posibilidad de examinar los itinerarios de diversos agentes que permitieron la constitución de las bases de un modelo de acción contra la tuberculosis que está representada por una trayectoria de más de cuatro décadas del PCT.

Claramente no ha sido nuestra aspiración ahondar en los pormenores políticos, científicos, económicos, sociales y sanitarios que comprende la historia de la denominada lucha antituberculosa de segunda generación. Esa es una tarea que

¹³⁷ *Cuestionario respondido por Christian García en abril de 2015.*

¹³⁸ *Cuestionario respondido por Christian García en abril de 2015.*

sin duda se resolverá en el futuro. Sí hemos pretendido delinear una interpretación de la importancia que han revestido la conjunción de tres aspectos históricos, a saber, una forma de comprender una clásica enfermedad como un asunto médico-social, una eficaz aplicación del saber científico respecto de la tuberculosis, y la noción de la salud como bien público. Acerca de esta reunión conceptual se construyó un prototipo de política de salud sobre la base de fundamentos que aún permanecen vigentes: *universalidad, gratuidad y eficacia profesional*. Como hemos señalado, esa conjunción no fue arbitraria. Fue una respuesta concreta que la sociedad chilena legitimó por medio de la participación del poder público en el desarrollo de un esquema de bienestar social en el que la salud fue una de sus metas fundamentales hasta la década de 1970. En consecuencia, desde esta perspectiva, adentrarse en la narración de la historia del PCT es una invitación a conocer un fragmento de la historia del vínculo entre salud y sociedad a lo largo del siglo XX.

Una particularidad que nos gustaría subrayar tiene relación con la oportunidad que tuvimos de poder contar con los invaluable testimonios de algunos de los protagonistas que han participado en diversos momentos de la fundación y desarrollo del PCT hasta nuestro presente. Sus voces, sus reflexiones, sus recuerdos otorgan la posibilidad de conocer algo que no es habitual en las investigaciones históricas, como es el *perfil humano* que acompaña los quehaceres científico y político. Así, hemos podido reunir las experiencias de los profesionales que se ilusionaron con las potencialidades que brindaron los antibióticos y la posibilidad de gestar un procedimiento confiable que abriera las bondades del progreso terapéutico a la población y, especialmente, a los pobres, víctimas históricas de la enfermedad. Los fecundos relatos de los doctores Zúñiga, Farga y Yáñez son una evidencia considerable de aque-

llo. Junto a lo anterior, hemos podido aproximarnos a la alta ponderación que alcanzó una de las claves del trabajo que ha demandado el PCT, esto es, la cooperación entre profesionales de diversos ámbitos en torno a una causa común, como así lo enfatizaron María Teresa Valenzuela, Zulema Torres y Rosario Lepe, quien calificó al equipo de tuberculosis como un “grupo único” en el sistema de salud nacional. También la confianza de ciertas experiencias personales nos trasladaron a diversos momentos en que el PCT y sus integrantes vivieron los efectos de los vaivenes de la contingencia nacional, como la inquietante incertidumbre que asoló a gran parte del país tras el golpe de Estado de 1973, las reformas neoliberales introducidas a la salud pública a fines de la década de 1970 y el retorno de la democracia y la apertura de Chile a la globalización hacia fines del siglo XX.

Desde el punto de vista de la historia profunda de la tuberculosis en Chile, es menester anotar otras particularidades que emergen a propósito de nuestro relato relativo a la evolución del PCT. Al constatar las conquistas alcanzadas en las últimas décadas por el programa antituberculoso se hacen distantes para nuestra sociedad aquellas ansiedades y preocupaciones que muchos médicos publicaron en las postrimerías del siglo XIX dando cuenta de lo que ellos denominaron como el “avance triunfal de la tuberculosis”. Asimismo, pese a la rigurosidad que demarca el tiempo, en más de un siglo de lucha antituberculosa podemos vislumbrar cómo cada generación ordenó de diverso modo algunos factores comunes, a saber, el papel del Estado en la salud, la política, y el protagonismo de la ciencia. En la década de 1890 podemos verificar la creación del Instituto de Higiene, la instauración del curso de bacteriología y el proyecto del primer sanatorio público contra la tuberculosis, todos ejemplos de avances modernos apropiados para combatir la peste blanca. Este elenco de progresos, ciertamente de

mediano alcance, tuvo como articulador al poder público que desde el decenio de 1880 había comenzado a comprometerse con la modernización del sector sanitario nacional mediante una nueva organización de las enfermedades infecciosas, la cara biológica de la cuestión social.

Pero hacia la década de 1950 la lucha antituberculosa en Chile experimentó un giro copernicano, no solo gracias a la irrupción de las nuevas drogas que cimentaron el tratamiento quimioterapéutico, sino que también a la consolidación de una estructura institucional, el SNS, que consiguió garantizar que toda persona tuberculosa pudiese acceder a nuevo tratamiento mediante el PCT. En esta nueva etapa, el sello distintivo de la articulación entre poder público y ciencia fue una conciencia política y profesional orientada hacia el bienestar social que se traspasó de generación en generación.

El hecho de que en las últimas cuatro décadas esa conjunción virtuosa de elementos haya sido puesta en jaque en diversos pasajes, alcanzado repercusiones epidemiológicas en ciertos momentos, revela a nuestro juicio que el PCT o PROCET transita a comienzos del siglo XXI en una etapa que históricamente puede significar, eventualmente, la ratificación de las premisas políticas, éticas y científicas que sustentaron su progreso. La evolución del proceso de globalización de la salud, que ha alentado en algunos la proposición del concepto de nueva tuberculosis a partir de la relevancia alcanzada por la resistencia bacteriana a las drogas, la dualidad TB y VIH-SIDA y la inmigración, así como los debates emergentes respecto de una renovación del papel de la salud pública como agente del bienestar social en Chile, en mayor o menor grado serán parte del itinerario mediato del programa. El combate contra la tuberculosis nunca ha estado ajeno al devenir de su contexto histórico. Hoy, ello no debería ser la excepción.

En el mismo escenario de la perspectiva histórica de la tuberculosis y el PCT, nos parece pertinente afirmar que a la luz de la clásica discusión acerca de qué factores determinaron el descenso de la tuberculosis en el siglo XX, el progreso de la ciencia médica o el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas, debate activado por Thomas McKeown en la década de 1970, el capítulo chileno se aproxima al primer factor señalado. En el siglo XIX, los médicos chilenos que se interesaron en el ascenso endémico de la tisis ya debatieron respecto de la conveniencia de atacar directamente a la bacteria, la mirada bacteriológica, o modificar las condiciones materiales que contribuían a diseminar al bacilo, la mirada de la medicina social decimonónica. La historia del PCT revela que ha sido la perspectiva bacteriológica la base de la erradicación de la tuberculosis como problema de salud pública en Chile. No obstante, en nuestro caso, ha sido una bacteriología al servicio de una política de universalidad y gratuidad, puntales de un proyecto de inclusión social en salud. ¿Quiere decir esto que las condiciones socioeconómicas o *determinantes sociales de la salud* no han sido relevantes? En lo absoluto. Basta mirar las realidades de África o Asia, o nuestros grupos de riesgo para saber que la pobreza conserva su estatus de viejo aliado de la presencia tuberculosa. En este contexto, nadie podría negar la bienvenida a cualquier medida que favorezca la reducción de la pobreza, pero debemos reconocer que la base del progreso antituberculoso, amén de la voluntad política, sigue siendo la matriz bacteriológica como lo demuestra la historia del PCT.

Para finalizar nuestro relato, deseamos traer a colación lo que podemos calificar como la *pedagogía* que acuñó el PCT y que puede contribuir a la discusión acerca de cuáles son los pilares que deben constituir las políticas de salud en el Chile del siglo XXI. Para ello recurrimos a la experiencia profesional de quienes han colaborado en la construcción de nuestra narra-

ción. Como elementos que necesariamente debemos rescatar a partir de los testimonios citados, en primer lugar asoma la *revaloración de la educación sanitaria* en la formación de los profesionales de la salud en Chile, cuestión en la que Manuel Zúñiga puso particular énfasis. En esta misma línea, Rosario Lepe y Zulema Torres enfatizan cierto olvido de la *enseñanza de la tuberculosis* en las escuelas de salud universitarias. En nuestra perspectiva, ambas apreciaciones merecen ser atendidas, ya que el conocimiento histórico respecto del combate de la tuberculosis autoriza a sostener que la *complacencia ante las enfermedades* puede tener tanto impacto en la comunidad como una bacteria. Otro aspecto pedagógico que merece ser subrayado lo identificamos en la *dimensión internacional*, lo que ha quedado de manifiesto en las asesorías que el personal chileno vinculado al PCT ha brindado a otros países, los cursos de perfeccionamiento, como el Curso de Epidemiología y Control de la Tuberculosis, en el que han participado profesionales extranjeros, y la iniciativa de trabajo en común que, a partir del 2005 han formado Chile, Perú y Bolivia para controlar la tuberculosis en una población con un activo tránsito fronterizo.

Concluimos nuestro relato aquí, pero ello no significa una clausura de la historia del PCT. Más bien dejamos una puerta abierta para que a futuro se tejan nuevas alianzas institucionales para indagar nuevos matices de la historia de la tuberculosis y para profundizar muchos de los temas tratados aquí, como por ejemplo, las políticas de salud chilenas de los últimos 50 años, el papel de las profesiones y funcionarios del sector salud, el vínculo Estado-ciencia, la salud pública chilena y el mundo internacional, el papel de la educación universitaria, los cambios epidemiológicos de las últimas décadas, entre otros. Todas estas múltiples experiencias de la salud pública chilena tienen plena vigencia y su examen histórico puede ser una fuente de

reflexiones acerca de las facetas políticas, científicas, sociales y humanas que nos conforman como sociedad en el siglo XXI.

Según ha afirmado el historiador Georges Vigarello, una de las lecciones que podemos extraer de las primeras luchas contra las epidemias infecciosas que se desarrollaron en el siglo XIX, fue que el itinerario de los microbios contribuyó a reunificar las solidaridades. Desde nuestra perspectiva particular, quienes creemos en el conocimiento histórico como una fructífera guía para el debate público, la experiencia de PCT revela que la trayectoria del bacilo de Koch en nuestra vida social y las respuestas que se han organizado acentúan que una conciencia efectiva relativos a un *nosotros* es a la postre socialmente más fructífera que las propuestas que privilegian la individualidad. Como humanidad, nuestra relación con las enfermedades infecciosas es centenaria y el siglo XXI no será la excepción al respecto. La narración que hemos construido es una sencilla contribución a la mirada retrospectiva que algún día las generaciones venideras realizarán de la historia de la tuberculosis y la salud en Chile.

PROCET: presente y futuro

Tania Herrera Martínez

La reforma sanitaria y el financiamiento del Programa

El paso desde la idea de control de la tuberculosis hacia el concepto de eliminación reflejado en el cambio de nombre del programa, no solo apuntó a dar cuenta de un nuevo ciclo epidemiológico para Chile sino también a reposicionar a la tuberculosis dentro de las prioridades del Ministerio de Salud, incorporándola dentro del Plan de Salud Pública del país como parte de los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010. Así, la meta de eliminación avanzada de la tuberculosis, es decir, alcanzar una tasa de incidencia de menos de 10 casos por 100.000 habitantes, quedó incorporada dentro del objetivo “mejorar los logros sanitarios alcanzados”, en un reconocimiento al importante descenso de la mortalidad y la incidencia de la enfermedad en las últimas décadas y con la perspectiva de seguir avanzando en esta misma línea¹³⁹.

Pero al mismo tiempo, en el primer quinquenio de la década del 2000 Chile experimentó una nueva reforma del sistema de

¹³⁹ *El vigía*. Volumen 5 N° 15 enero 2002.

salud, dentro de cuyos ejes destacan dos leyes que afectaron directamente al programa de tuberculosis: la ley de autoridad sanitaria y el plan AUGE. La primera, llamada Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión (Ley 19.937) reorganizó el Ministerio de Salud creando dos subsecretarías y separando con ello las funciones de provisión de servicios y de rectoría. El programa de tuberculosis quedó inmerso en la subsecretaría de salud pública, responsable del rol rector y regulador de la autoridad sanitaria. Este rediseño tenía por objetivo el fortalecimiento de la salud pública y contemplaba un financiamiento independiente a la cobertura de la atención médica, a cargo de la subsecretaría de redes asistenciales.

La Norma técnica de PROCET del 2005 da cuenta de esta reestructuración, asignando funciones específicas a las Secretarías Regionales Ministeriales de salud en relación con el programa de tuberculosis, pero manteniendo explícitas las funciones de los Servicios de Salud y de los niveles locales, aferrándose de esta forma a su impronta de Programa Nacional y evitando la escisión que sufrieron otros programas entre las dos subsecretarías. Sin embargo, el tema del financiamiento prontamente se convirtió en un problema, ante la dificultad de mantener un traspaso de recursos desde Salud Pública a los Servicios de Salud, ya que la separación de funciones también contemplaba la separación de presupuestos y recursos humanos y financieros.

Numerosos profesionales, integrantes de los Equipos Técnicos de Tuberculosis, 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*¹⁴⁰.

Como describe el doctor Manuel Zúñiga en la publicación “La eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública. Situación de Chile en el año 2008”, el presupuesto del programa se redujo dramáticamente, en un contexto general donde, por el contrario, el presupuesto para salud crecía. Estas restricciones afectaron el desarrollo de algunas de las actividades básicas del programa, especialmente en lo que se refiere a las capacitaciones, reuniones de evaluación y supervisión de las actividades en la red y en los Servicios de Salud el financiamiento quedó limitado a los insumos básicos de laboratorio y a la provisión de medicamentos.

Respecto a la creación del Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas de Salud (Plan AUGE), es importante señalar que este corresponde a una política sanitaria basada en el concepto de derecho a la salud, pero focalizada por tipo de beneficiario y que aborda un número limitado de patologías. El plan AUGE está orientado a mejorar las condiciones de atención médica de patologías prevalentes con un foco en la atención individual y mediante canastas de prestaciones, debilitando el concepto de la intervención poblacional y colectiva de los programas de salud pública. En la práctica, el Plan Auge (actualmente llamado Plan de Garantías Explícitas en Salud – GES) no solo ha sido un asunto conceptual, sino que ha producido un direccionamiento de los recursos del sistema, incluidos los

¹⁴⁰ Zúñiga Manuel. La eliminación de la tuberculosis como problema de Salud Pública: Situación de Chile en el año 2008. *Rev. Chil. Enf. Respir.* 2009; vol 25(2):117-126.

trabajadores de salud, hacia el cumplimiento de estas garantías en desmedro del resto de las intervenciones sanitarias.

Así por ejemplo, tanto en los niveles locales como en los niveles intermedios del sistema de salud chileno se realizan evaluaciones de la gestión y de las actividades basadas en metas relacionadas con el sistema GES, por lo que los incentivos que tienen los equipos de salud para desarrollar actividades no contempladas en este plan son escasos.

Para el 2009 el programa de tuberculosis vuelve a sufrir un revés en relación con su financiamiento. En el Ordinario 2811 de julio de ese año la Subsecretaría de Salud Pública informa a los directores de los Servicios de Salud que los insumos y equipos de laboratorio, exámenes radiográficos y medicamentos deberán ser financiados con el presupuesto de cada Servicio de Salud, ya que correspondería a una “actividad asistencial”. Con ello se termina con los aportes desde el Nivel Central al mismo tiempo que se profundiza el concepto de prestaciones asociadas a una enfermedad particular en desmedro de educación sanitaria y las acciones de pesquisa.

El deterioro del Programa de Tuberculosis es evidente. Lejos de toda prioridad para la red asistencial tanto la gestión del programa en los Servicios de Salud como la mantención de los laboratorios se resiente. Para el 2012 el diagnóstico de la situación es grave. Los equipos técnicos de tuberculosis de los niveles intermedios están incompletos y sin horas asignadas al programa, existe un debilitamiento de las acciones de atención primaria, con baja pesquisa, diagnósticos tardíos, letalidad aumentada y un estancamiento de la incidencia de la tuberculosis que es evidente a partir del 2005¹⁴¹. Para la eva-

¹⁴¹ Programa de Tuberculosis. Informe de situación 2008-2011.

luación de los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010 la tasa de incidencia de tuberculosis correspondió a 13 casos por 100.000 habitantes, no alcanzándose la meta sanitaria de la eliminación avanzada.

El desconocimiento de la situación de la tuberculosis en Chile

La pérdida de la trascendencia del problema de la tuberculosis y probablemente el mal entendimiento que se realizó de la idea de eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública, han llevado a que tanto las autoridades de salud como la población general, los equipos de salud y la academia se hayan visto seducidos por la creencia de que la tuberculosis ya no era un problema en el país.

La dificultad en el financiamiento no es la única causa de esta situación, y así lo señala el Dr. Yáñez en una sección de comentarios de la *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias* el año 2013:

Sería un error limitar las causas exclusivamente a la falta de recursos. La ineficiencia en la localización de casos, con diagnóstico retardado de las fuentes de contagio, no se debe a la falta de recursos. La alta tasa de abandonos y muertes en el curso del tratamiento, tampoco se deben al desabastecimiento de medicamentos o falta de cobertura asistencial. Lo que indudablemente ha agravado la situación actual es la falta o débil apoyo administrativo que autoridades de salud de todo nivel ofrecen al PCT¹⁴².

¹⁴² Yáñez A. Comentarios sobre los países de baja prevalencia de tuberculosis en América Latina. *Rev. chil. Enf. Respir.* 2013; vol 29(2).

La menor frecuencia del diagnóstico en la comunidad produce el olvido de su presencia, no solo por parte de las personas que ya no la reconocen como una enfermedad existente y por tanto retrasan la posibilidad del diagnóstico al no acercarse a los establecimiento de salud ante la sintomatología, sino también por parte de los médicos y otros profesionales de la salud en su práctica diaria y como temática a desarrollar por las escuelas de formación. En los últimos años, el programa de tuberculosis ha recorrido el país realizando diversas capacitaciones como una forma de suplir el desconocimiento generalizado que existe entre los equipos de salud.

Los medios de comunicación contribuyen aún más a la desinformación sacando a la luz cada cierto tiempo reportajes acerca de la tuberculosis como una enfermedad que Chile ha superado, o a lo más asociando su presencia a focos de inmigración.

Las Últimas Noticias

Martes 25 de marzo de 2014

Cifras de la tuberculosis

En la crónica “Cuando los chilenos morían de tuberculosis y lepra” (LUN, 23/03) se da a entender que la tuberculosis es una enfermedad que ya no existe. Cabe señalar que, si bien Chile ha disminuido la tasa de tuberculosis, aún estamos lejos de que esta enfermedad se “esfume”. Cada año enferman en Chile casi 2.500 personas, de las cuales unas 250 fallecen a causa de la tuberculosis. Del diagnóstico y tratamiento precoz de la tuberculosis depende que continuemos en la ruta del descenso, y para ello la información debe ser entregada a la población en forma correcta.

Tania Herrera

*Directora del Programa de Tuberculosis
Ministerio de Salud de Chile*

Cartas al director en respuesta a reportaje del diario *Las Últimas Noticias* de marzo del 2014, aparecido un día antes de conmemorar el Día Mundial de la Tuberculosis.

La temida reversión epidemiológica y la preponderancia de los grupos de riesgo

El exceso de morbilidad respecto de lo esperado hace temer a los gestores del programa que se produzca una reversión epidemiológica de la endemia de la tuberculosis, como ha sucedido en otros países que han sufrido los mismos avatares que el programa chileno. Así por ejemplo, en Brasil, Cuba y Estados Unidos al reducirse los recursos para el programa se produjo un rebrote que requirió de la inyección de grandes sumas de dinero para contrarrestarlos. En Uruguay, la reversión epidemiológica es un hecho, volviendo este país a tener tasas de incidencia de hasta 25 casos por 100.000 habitantes.

Al respecto, el Dr. Carlos Peña, broncopulmonar miembro del equipo asesor del programa a nivel central, señala que

*A algunos especialistas les cuesta aceptar que al disminuir un problema como la tuberculosis en un país, debido a la ley de los rendimientos decrecientes, se requieren no menos, sino que más recursos para seguir avanzando en su control*¹⁴³

El perfil epidemiológico de la tuberculosis sin duda ha cambiado. La población afectada se hace cada vez más compleja de abordar, ya que mayoritariamente está constituida por grupos socialmente vulnerados y con limitaciones en el acceso al sistema de salud. Entre estos grupos destacan las personas que viven con el VIH, los privados de libertad, personas en situación de calle o que presentan problemas de abuso o dependencia a drogas y alcohol, los inmigrantes de países de alta endemia y las personas que pertenecen a pueblos indígenas.

¹⁴³ Peña C., Farga V. El difícil camino del control sanitario de la tuberculosis. *Rev. Chil. Enf. Respir.* 2012; 28: 311-318

Más de un tercio de las personas que enferman de tuberculosis actualmente en Chile pertenecen a alguno de estos grupos de riesgo, y muchas veces presentan varios de ellos asociados. En los enfermos más jóvenes, entre 15 y 44 años, este porcentaje asciende a 45%. Esta situación implica que es imperativo focalizar las acciones de pesquisa en estos grupos, pero esto a su vez requerirá de un mayor involucramiento de los establecimientos de salud con la comunidad, de un trabajo intersectorial desarrollado en todos los niveles del sistema de salud y del reforzamiento del concepto de *convertir al paciente tuberculoso en un verdadero socio en el largo proceso de sanación*, como en los albores de la creación del programa.

Perspectivas para los próximos años

El nuevo marco de eliminación de la tuberculosis en países de baja incidencia propuesto por la Organización Mundial de la Salud el 2014 busca lograr una incidencia menor a un caso por millón de habitantes para el 2050. Según las tasas que presenta Chile en la actualidad, el país aún no pertenece a este pequeño grupo de países que han superado la tasa de eliminación avanzada, pero muchas de las estrategias elaboradas por el organismo internacional ya son aplicadas o podrían aplicarse por el programa nacional si existe el compromiso político para hacerlo.

La garantía del financiamiento, tema álgido como ha sido expuesto previamente, se enfrenta a la oportunidad surgida en los últimos meses en los que el Fondo Nacional de Salud, organismo responsable de gran parte del financiamiento del sistema de salud chileno, ha reconocido a la tuberculosis como un problema de salud pública y ha dispuesto el traspaso de una gran cantidad de recursos hacia la secretaría de salud pública, y por tanto al propio programa. Desconocemos todavía la forma

en que estos recursos podrán ser dispuestos para las acciones relevantes, por lo que aún es prematuro enarbolar la bandera de una victoria, pero sin duda la situación del programa a todas luces se verá fortalecida con este cambio.

Además, un nuevo concepto está surgiendo vigorosamente desde las autoridades nacionales y sanitarias en concordancia con las políticas impulsadas por los organismos internacionales: el de la salud en todas las políticas, paradigma que impulsa el trabajo intersectorial y la asociación entre los diversos programas de salud y de desarrollo social con el fin de abordar los determinantes sociales de la salud. El programa de tuberculosis ha sido convocado para comenzar a bosquejar los lineamientos respecto de temas como inmigración, atención de salud en personas privadas de libertad y trabajo conjunto con los pueblos indígenas, entre otros.

Ambos elementos constituyen una oportunidad tal vez histórica de dar un vuelco al estancamiento que sufre actualmente el programa, y encaminarnos por fin en una real política de salud hacia la eliminación de la tuberculosis en Chile.

Antes de terminar esta revisión histórica quisiéramos destacar que a pesar de todos los problemas que ha debido enfrentar el Programa de Tuberculosis, en la actualidad este se mantiene en su posición de Programa Nacional de Salud Pública, defendiendo ante cualquier atisbo de cambios regulatorios los conceptos de universalidad y gratuidad en sus acciones, y una normativa estricta que se aplica a todo el sistema de salud chileno. A esto se agrega la permanencia y el compromiso de muchos de los equipos técnicos de los Servicios de Salud y SEREMI, cuyos miembros llevan años formando parte de lo que de algún modo es una especie de gran familia de la tuberculosis.

Lo imperceptible en las cifras epidemiológicas, lo intangible en los resultados operacionales, es justamente ese espíritu de lucha

quijotesca que se mantiene presente en los equipos a cargo del PROCET. Esa tenacidad para superar la adversidad dentro de un modelo de salud inmerso en un país donde lo colectivo es cada vez más ajeno. De alguna forma inexplicable el Programa de Tuberculosis tiene la capacidad de seducir y de hacer que el compromiso personal por sacarlo adelante predomine ante todo.

Hitos de la Salud Pública en Chile



El libro que tiene en sus manos es el primero de la Serie “Hitos de la Salud Pública en Chile” que la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud, de la División de Planificación Sanitaria del Ministerio de Salud planea editar con el fin de preservar la memoria histórica y registrar las buenas prácticas de la Salud Pública en Chile.

El Programa Nacional de Tuberculosis es un ejemplo palpable de la implementación de Políticas Públicas en Salud que marcaron época y que fueron incluso replicables en otros países, mediante este documento esperamos que pueda conocer los hitos, sucesos, personas y desafíos que se enfrentaron, con el fin de mejorar la salud de todos los chilenos.

Este primer número fue un trabajo conjunto entre la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud, el Programa de Control y Eliminación de la Tuberculosis y el Programa de Estudios Médicos Humanísticos de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.