

ENFOQUE SOCIOPOLÍTICO PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN EL PERÚ

Luis Alberto Fuentes-Tafur¹

*"La medicina es una ciencia social
y la política no es más que medicina en grande"*
Rudolph Virchow

RESUMEN

La tuberculosis es una enfermedad social y es la responsable del mayor número de muertes en la historia de la humanidad. El bacilo de Koch encuentra en la pobreza, hacinamiento, exclusión social e inequidad los condicionantes que facilitan su patogenidad. A pesar de los esfuerzos para su prevención y control, en la actualidad nuestro país presenta una de las tasas de morbilidad más altas en América Latina. Por ello, se plantea un enfoque sociopolítico innovador e integral basado en los determinantes sociales de la salud. En el presente artículo se discuten los determinantes sociales de la salud vinculados a la tuberculosis en el país, así como la propuesta de un modelo alternativo de abordaje. Finalmente afirmamos que la lucha contra la tuberculosis requiere de la participación de diversos actores sociales y políticos, y que su éxito contribuirá a fomentar la ciudadanía en salud.

Palabras claves: *Tuberculosis; Determinantes sociales de la salud; Pobreza; Desigualdades en salud; Perú (fuente: DeCS BIREME).*

SOCIOPOLITICAL APPROACH FOR TUBERCULOSIS CONTROL IN PERU

ABSTRACT

Tuberculosis is a social disease and is responsible for causing the greater number of deaths in humankind history. Koch's bacillus finds in poverty, overcrowding, social exclusion, and inequality, the conditionants that facilitate its pathogenicity. Despite the efforts for its prevention and control, currently our country has one of the highest TB morbidity rates in Latin America. Thus, an innovator and comprehensive social-political approach should be considered based on the "Social Determinants of Health". This article discusses the Social Determinants of Health associated with tuberculosis in the country, as well as the proposal of an alternative model of approach. Finally we claim that the fight against TB requires the participation of various social and political actors, and that its success will contribute to promote citizenship in health.

Key words: *Tuberculosis; Social determinants of health; Poverty; Health inequalities; Peru (source: DeCS BIREME).*

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es la enfermedad que ha causado la mayor mortalidad entre los seres humanos a través de la historia⁽¹⁾. Estudios de paleopatología han demostrado la presencia del bacilo de Koch en momias de las culturas prehispánicas peruanas⁽²⁾.

Desde el siglo XIX la TB fue identificada por Virchow y otros científicos de la época como una enfermedad social vinculada con la pobreza, y con las malas condiciones de trabajo y vida⁽³⁾. Una relación lineal entre pobreza y TB sin considerar la complejidad social⁽⁴⁾, nos llevaría a plantear que acabando con la pobreza la TB no sería un problema de salud pública. Sin embargo existen países con bajos niveles de pobreza que tienen áreas con alta prevalencia de TB, o viceversa, pareciera que la clave se halla más bien en condiciones asociadas con

la pobreza en esas sociedades, tales como: inequidad e injusticia social.

Las condiciones de vida material y espiritual en las que vivimos, así como las relaciones de poder que se establecen en la sociedad, son las que generan, a la larga, inequidades e injusticia. En estas circunstancias, ciertas noxas o agentes encuentran la oportunidad para fortalecerse generando enfermedad.

En el caso de la TB, la reducción dramática de su morbilidad y mortalidad, se atribuyó tanto al descubrimiento de los efectos benéficos de la estreptomycinina como a la vacuna (BCG). Sin embargo, Mc Keown (1979) describió en Escocia que esa reducción ocurrió antes del descubrimiento de alguna terapéutica médica efectiva, lo que pudiera ser atribuido a mejoras de las condiciones sociales y económicas de las poblaciones (Figura 1)⁽⁵⁾.

¹ Dirección General de Salud de las Personas, Dirección de Salud V – Lima Ciudad. Lima, Perú.

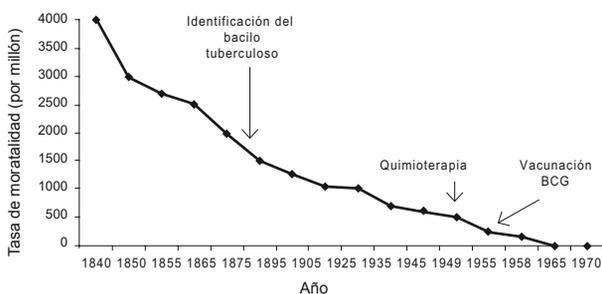


Figura 1. Tasa de mortalidad por tuberculosis en Escocia, 1840-1970 ⁽⁵⁾.

En nuestro país, a raíz de una epidemia tuberculosa elevada en 1942 se elabora un plan integral de lucha contra la TB basado en la prevención y asistencia del enfermo y su familia, pero en la práctica se priorizaba el diagnóstico, tratamiento e investigación ⁽⁶⁾. Se dio inicio así a la lucha contra la TB, enfocada principalmente en la perspectiva biomédica. Luego, este enfoque evoluciona incorporando en 1993 la estrategia DOTS recomendada por la OMS, logrando alcanzar estándares de éxito; sin embargo, no ha impedido el desarrollo de la tuberculosis multidrogorresistente (TB MDR) y recientemente la tuberculosis extremadamente resistente (TB XDR) ⁽⁷⁾.

Así, luego de 70 años de lucha nos preguntamos ¿por qué, a pesar de los esfuerzos realizados y los gastos efectuados somos en la actualidad el país con mayores tasas de morbilidad e incidencia de TB en América Latina después de Haití? ⁽⁷⁾. Nuestro país ha recibido un apoyo importante del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, TB y Malaria (FM) desde el 2003, y desde el año 2006 se ha casi triplicado el presupuesto ⁽⁸⁾; sin embargo, no abrigamos la esperanza de estar cerca de controlar este mal.

A continuación se explora algunas posibles respuestas desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud (DSS), y líneas más adelante se plantea un enfoque integral para el manejo de la TB.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA TUBERCULOSIS EN EL PERÚ

El año 1974 ⁽⁹⁾ Mark Lalonde, Ministro de Salud de Canadá planteó que la salud estaba condicionada por cuatro factores: los estilos de vida, el medio ambiente, los aspectos biológicos y los servicios de salud; pero que no tenían la misma prioridad política o presupuestal que se le daba al último de los mencionados. En el mismo sentido Antonovsky planteó que: *La salud se gana o se pierde, ahí donde el hombre nace, crece, trabaja, se recrea y también ama* ⁽¹⁰⁾. Es decir, la salud está

condicionada por un conjunto de determinantes sociales de acuerdo al medio donde vive. De allí la denominación de determinantes sociales de la salud (DSS) ⁽¹¹⁾.

Para el caso de la TB, los DSS influirían tanto en la posibilidad de exponerse al contagio, como en el desarrollo final de la enfermedad ⁽¹²⁾, puesto que una persona infectada no siempre enferma, sino más bien un conjunto de condiciones: biológicas, sociales y ambientales, son las que determinan las probabilidades de su evolución hacia un estado patológico. En adición, en países donde además de la pobreza y la inequidad; la estigmatización, exclusión y discriminación son males sociales, la situación se agudiza y vuelve a los pobres más vulnerables.

En nuestro país, entre los DSS se pueden citar a la pobreza e inequidad, nutrición, hacinamiento y vivienda, discriminación y exclusión social, empleo, educación, servicios de salud y seguridad social.

POBREZA E INEQUIDAD

La TB se considera una enfermedad relacionada con la pobreza, así afecta en mayor grado a los continentes más pobres, a los países más pobres o a las ciudades donde hay más pobres. Por ello, no sorprende que Lima y Callao concentre 58% de pacientes TB sensibles, el 82% de TB MDR y 93% de TB XDR del país ⁽⁸⁾ y que, coincidentemente, Lima Metropolitana tiene en cifras absolutas la mayor cantidad de pobres del país ⁽¹³⁾.

Nuestro país, ha mostrado en los últimos años un crecimiento económico sostenido. Así, en el año 2006 el crecimiento del PBI fue del orden del 7,6%, el año 2007 fue 8,9%, y en el 2008 fue de 9,8%, de la misma manera la pobreza se ha reducido en dicho periodo. Actualmente, los pobres representan el 23,6% de nuestra población, mientras los pobres extremos constituyen el 12,6%. Esto podría haber significado un escenario favorable para la disminución de la epidemia tuberculosa; sin embargo, un estudio elaborado por el Banco Mundial mostró que el ingreso medio de los más ricos es 15 veces mayor que los del quintil inferior ⁽¹⁴⁾. En el mismo sentido, la relación de los ingresos entre el 20% más rico y el 50% más pobre ha crecido de 3,27 en el 2002 a 4,46 en el 2008, lo cual sugiere que los beneficios y oportunidades del crecimiento de los últimos años se han distribuido inequitativamente ⁽¹⁵⁾.

Esta inequidad perpetúa la pobreza, la que finalmente vulnera las potencialidades de las personas. De hecho, la pobreza ocasiona pérdida de dinero, recursos, prestigio, autoestima y fundamentalmente pérdida de poder para la toma de decisiones. Es así que el bacilo, al encontrar

un cuerpo humano carente de dominio sobre su vida/existencia, halla el ambiente propicio para desarrollar la enfermedad. La pobreza es el principal DSS de la TB y es el reflejo de las condiciones de desigualdad política, social, económica y cultural de una sociedad.

NUTRICIÓN

La relación entre nutrición y TB es dialógica, puesto que los problemas de desnutrición exponen al organismo a una mayor probabilidad de enfermar y la infección por TB conduce o agrava la desnutrición ⁽¹⁶⁾.

Un factor que afecta la situación nutricional de nuestra población es su condición socioeconómica, la que opera de dos maneras: una, por las limitaciones del ingreso familiar para acceder al consumo de alimentos y dos, debido a un determinado nivel educativo que le permita orientar un determinado porcentaje de su ingreso para el gasto en alimentación ^(17,18), considerándose en este punto los hábitos alimentarios, entre otros.

Diversas evidencias ^(16,19) han demostrado que el déficit nutricional está asociado con el riesgo de adquirir TB, así como la infección tuberculosa conduce o agrava la desnutrición, por lo que la mayoría de pacientes afectados por TB se hallan, en el momento del diagnóstico, en mal estado de nutrición, lo que contribuye a incrementar la gravedad del cuadro.

En respuesta a ello, el Estado ha instituido programas de apoyo alimentario, a través de la entrega de canastas de víveres a los pacientes, las cuales se diluyen al compartirlas con su núcleo familiar ⁽²⁰⁾. Así, este apoyo es insuficiente y descoordinado, debido a la existencia de otros proveedores (ONG) que no participan en sus esfuerzos con una política articulada, que permita una racionalidad en el uso de los recursos así como un control efectivo. Sin embargo, parece que este apoyo alimentario contribuye a la adherencia al tratamiento en un gran número de pacientes, pero muy poco contribuye a la mejoría nutricional del paciente.

HACINAMIENTO Y VIVIENDA

Diversos estudios señalan una clara asociación entre el hacinamiento y la TB ^(21,22), además, la inadecuada ventilación y el escaso ingreso de luz solar en las viviendas, son importantes factores asociados a la transmisión de TB. Sin embargo, estas características también son comunes en centros laborales y en los medios de transporte público ⁽²³⁾.

En el Perú de la década de 1940, la población urbana representaba el 30%, mientras que hoy es el 76%. Las corrientes migratorias hacia las grandes urbes han generado un crecimiento desordenado y con disponibilidad de viviendas precarias y en número limitado ⁽²⁴⁾. En la actualidad, aproximadamente 40% de las viviendas en Lima tienen entre una y dos habitaciones y en 42% de ellas viven entre cuatro y seis personas, esto refleja las condiciones de hacinamiento en las que viven las personas ⁽²⁵⁾. Por ejemplo, el Cerro San Cosme (La Victoria, Lima), presenta altos niveles de hacinamiento y posee una tasa de morbilidad por TB de 1347 por 100 000 habitantes, casi diez veces el promedio nacional ^(a).

DISCRIMINACIÓN Y EXCLUSIÓN SOCIAL

La pobreza y la enfermedad producen no sólo pérdida de recursos económicos sino también de autoestima y prestigio, que en última instancia es pérdida de poder en la capacidad de acción, por lo que no gozan de autonomía para resolver sus asuntos cotidianos y son vulnerables a la exclusión y discriminación.

Esto ocurre en nuestra sociedad que es discriminatoria y altamente jerarquizada ⁽²⁶⁾, en ella los pobres no pueden ejercitar sus derechos a plenitud. Las personas afectadas por TB reciben dentro de sus familias y comunidades, tratos duales ⁽²⁷⁾, por un lado comprensión y soporte y, por otro, manifestaciones de discriminación. Asimismo, la exclusión de las reuniones familiares y sociales a los que se ven sometidas, lastiman su sentimiento de valía. Una persona carente de este soporte social pierde prestigio y reconocimiento.

Por ello, deben establecer instituciones especiales que ofrezcan tratamiento y bienestar al enfermo, hasta que el riesgo de transmisión desaparezca, así cuando regrese a su familia/comunidad, participe activamente dentro de su grupo social, sin haber pasado por momentos de marginación, que los deje marcados en su comunidad.

EMPLEO

Para lograr la equidad sanitaria hace falta que el empleo sea seguro, sin peligros y bien remunerado, que haya posibilidades de empleo a lo largo de todo el año y que exista un equilibrio justo entre vida profesional y vida privada para todos ⁽²⁸⁾. Así, este planteamiento contrasta con la situación de empleo en el país, en especial de la población pobre, debido a los bajos niveles educativos que dificulta el acceso a un empleo digno. Siendo así, la

^(a) Datos proporcionados por la Estrategia de Prevención y Control de Tuberculosis de la Dirección de Salud V Lima Ciudad.

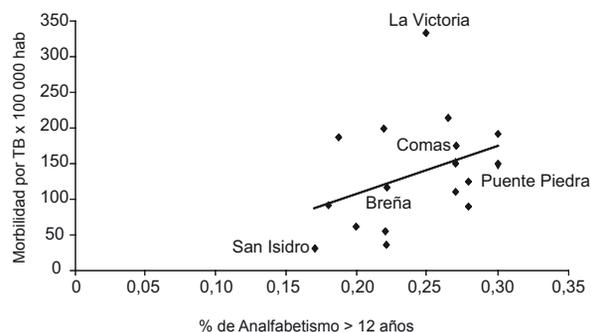


Figura 2. Relación entre analfabetismo en mayores de 12 años y morbilidad por TB en distritos de Lima, 2007

informalidad con bajos ingresos y condiciones laborales de elevado riesgo físico y mental, es el principal campo de trabajo.

Un estudio sobre el impacto económico de la TB en el Perú⁽²⁹⁾ señaló que 72% de los pacientes que trabajaban tuvieron que dejar su empleo debido a la enfermedad. Así mismo, otro estudio señala que un paciente con TB pierde, en promedio, cada año entre tres y cuatro meses de trabajo como consecuencia de la enfermedad. La pérdida de ganancias puede totalizar hasta 30% de los ingresos domésticos anuales⁽³⁰⁾. Esta situación configura un drama familiar, de ahí la importancia de mejorar los niveles de salud y educación, así como la incorporación a redes sociales de soporte económico y laboral.

EDUCACIÓN

La relación entre educación y salud es compleja, diversos estudios señalan que la deficiencia de ambas puede provocar un círculo vicioso de pobreza⁽³¹⁻³³⁾. Los países que presentan bajas tasas de escolarización y altas tasas de mortalidad muestran importantes limitaciones en el desarrollo⁽³⁴⁾.

En un análisis de la situación de la TB en población aymara, se observa que el analfabetismo se encuentra presente en las provincias que tienen altas tasas de incidencia de TB y coincidentemente presentan un menor índice de desarrollo⁽³⁵⁾. Al analizar los distritos de Lima Metropolitana, encontramos una correlación positiva entre los niveles de analfabetismo en población mayor a 12 años y tasas de morbilidad total por TB (Figura 2).

Diferentes estudios han mostrado que las personas afectadas por TB dejan de estudiar temporalmente o abandonan los estudios, lo que genera externalidades económicas en los jóvenes y en la familia^(27,30), esto contribuye a la larga, al empobrecimiento del capital humano nacional, en especial de los más pobres.

SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

La accesibilidad a los servicios de salud es uno de los determinantes sociales más importantes, por ello, el estado garantiza el derecho a la atención de los afectados por TB. En ese sentido, el Ministerio de Salud (MINSa) considera la atención gratuita de esos pacientes como una prioridad, debiendo garantizar en los establecimientos de salud, recursos humanos capacitados y en suficiente cantidad, así como medicamentos y exámenes auxiliares de manera adecuada y oportuna.

En nuestro país existen insuficientes recursos humanos en salud para atender la creciente demanda de los ciudadanos⁽³⁶⁾, siendo el caso de los afectados por TB, el de mayor consideración. Para satisfacer la demanda, se extiende la oferta mediante los agentes comunitarios de salud⁽³⁷⁾.

El Seguro Integral de Salud (SIS), que busca facilitar la accesibilidad económica a los servicios de salud aún no logra sus objetivos. Un breve estudio realizado por la DISA V Lima Ciudad en el Cerro San Cosme - La Victoria (lugar del país con la más alta tasa de morbilidad por TB) determinó que sólo 53% de la población asegurable estaba inscrita en el SIS y 21% no sabía que existía (datos no publicados).

El incremento de casos de TB adquiridos en los servicios de salud cobra relevancia en estos tiempos, ya que los trabajadores de salud se encuentran sometidos a un mayor riesgo que la población que atienden^(38,39). A esta situación se exponen tanto los que laboran en establecimientos del primer nivel como de los hospitales.

El rol rector, la gobernabilidad y gobernanza del MINSa, son elementos sustantivos para garantizar la implementación de políticas afirmativas, integrales y de carácter sistémico que garanticen la adecuada interacción entre sectores públicos y privados. Estas funciones deben ser fortalecidas.

PROPUESTA DE ABORDAJE

¿QUO VADIS?

El abordaje para el control de la TB ha tenido relativo éxito en nuestro país, disminuyendo las tasas de morbilidad en virtud (entre otros), a la implementación de la estrategia DOTS⁽⁸⁾. El Estado peruano y en los últimos años el FM han invertido importantes cantidades de recursos económicos, fundamentalmente en medicamentos e insumos de laboratorio, evidenciándose un gran esfuerzo

por garantizar una adecuada atención en los servicios de salud. Sin embargo, el número creciente de casos de TB MDR y TB XDR demuestran que el modelo debe ser revisado ⁽⁷⁾. Esto nos haría recordar el drama de Sísifo, *Esfuerzos cada vez más intensos pero a su vez menos efectivos*. Por otro lado, las personas que responden al tratamiento médico vuelven a su cotidianidad donde conviven con las mismas condiciones ⁽²⁷⁾.

Nuestro país, ha adquirido compromisos internacionales en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, para lo cual el control de la TB se convierte en una prioridad ⁽⁴⁰⁾. Sin embargo, este enfoque exclusivamente biomédico se muestra insuficiente para obtener éxitos costo-oportunos, y que además viene comprometiendo la salud de los proveedores de salud (personal de salud) ⁽³⁸⁾. De ahí que es necesario replantear las estrategias, introduciendo como elemento prioritario un enfoque innovador e integral que incorpore los determinantes sociales de la salud.

Para ello, es fundamental comprender que en los cuerpos de los ciudadanos y en las comunidades mismas se inscriben y escriben a diario las expresiones del poder a través de acciones políticas y decisiones de los políticos ⁽⁴¹⁾. También es necesario entender el papel de la sociedad civil y de la ciudadanía, valiéndonos de las lecciones aprendidas durante el desarrollo de otras epidemias ocurridas en el país, la última de ellas la del cólera donde el enfoque de DSS impidió mayores daños.

MODELO DE ABORDAJE

Se plantea un modelo que vaya de las estrategias tradicionales a estrategias integrales (Figura 3)

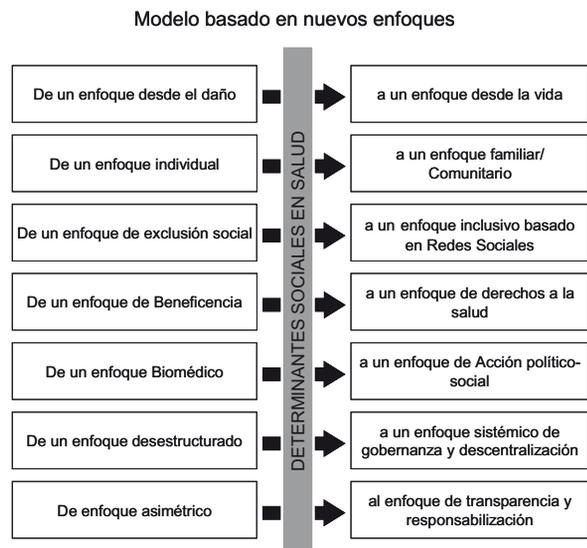


Figura 3. Propuesta de abordaje basado en determinantes sociales de la salud.

1. De un enfoque desde el daño a un enfoque desde la vida.

El principal enemigo no es el bacilo, sino mas bien las precarias condiciones de vida de las personas. En este contexto podemos entender que no se trata de combatir a un ser vivo (que se adapta continuamente y busca sobrevivir) sino mas bien que el ser humano (ser inteligente), debe prepararse como individuo/colectivo para modificar o transformar su ambiente físico, social y político (vivienda, seguridad, alimentación, políticas públicas, situación económica) y mejorar su calidad de vida. A fin de no facilitarle condiciones de desarrollo y transmisión al *M. tuberculosis*.

Este es un enfoque que nace desde la cotidianidad de la persona, nace de la vida misma. Es necesario complementar las ideas de nuestro sistema médico occidental con las ideas y paradigmas de otros sistemas médicos, en los que precisamente se ve la enfermedad más bien como un desencuentro o pérdida de armonía con los demás y con el medio ambiente (medio ecológico-social).

Desde la “perspectiva de la vida”, la TB se combate con justicia social, redistribuyendo no sólo la economía, sino también el reconocimiento, la solidaridad y la inclusión social a los afectados, es decir reconociendo a éstos como seres humanos (temporalmente afectados por TB).

Este enfoque de vida, es un enfoque de ciudadanía que busca un trato digno de cada uno de los miembros de nuestra sociedad, que incluye a los afectados por TB; es decir, de conseguir que la ciudadanía tenga una acreditación de vida digna que finalmente, es salud.

2. De un enfoque individual a un enfoque familiar y comunitario.

En nuestro país, la presencia de la enfermedad en una persona, somete a toda la familia, no sólo a riesgo en salud sino también a riesgo social y económico. La estigmatización familiar es frecuente y afecta la integridad familiar, la salud mental y los proyectos de vida de sus integrantes ⁽²⁷⁾.

En nuestra realidad social condicionada por fuertes relaciones comunitarias, se compromete inclusive a las comunidades, de ahí que se debe hablar de familias y comunidades afectadas por TB, siendo entonces las medidas a tomarse, de carácter integral. Se debe garantizar la seguridad alimentaria al grupo familiar, establecer un programa de apoyo laboral a los afectados, promover las escuelas saludables con contenidos curriculares específicos y que incluyan a los

educandos como promotores de mensajes educativos en sus familias y su comunidad. De por sí la TB es un evento catastrófico para la familia y la sociedad debe acudir a su rescate.

3. De un enfoque de exclusión social a un enfoque inclusivo basado en redes sociales.

Desde su cotidianeidad, las personas afectadas deben sostener una comunicación adecuada con el sistema político, estableciendo para ello redes sociales cooperativas. En el mundo político se deciden las políticas, es decir los cursos de acción sobre los asuntos públicos, por tanto es necesario crear en la esfera pública, el escenario propicio para dejar escuchar la voz de los afectados.

En la comunidad devienen las condiciones de existencia material y espiritual de las personas. En este espacio las condiciones de vida se autogeneran, la pobreza genera miseria, la exclusión genera discriminación, la enfermedad genera frustración; pero en lado opuesto, el reconocimiento genera prestigio y la salud genera vida.

Cualquier persona excluida, se halla en desventaja para desenvolverse y satisfacer sus diversas necesidades (y que van más allá de las primarias). En ese sentido, las redes de soporte social fortalecen a los individuos y familias afectadas incrementando sus niveles de estima y autovalía⁽⁴²⁾.

Está demostrado que aquellos que viven en red tiene mayores ventajas y oportunidades para desarrollar una vida saludable. Las redes sociales se comportan como un factor protector. Pueden ser una fuente de solidaridad y una base para los compromisos éticos con otros sectores como por ejemplo los privados. Del mismo modo, las redes de soporte social mejoran no solamente el sentimiento de valía y autoestima sino también mejorarían la respuesta inmunológica de las personas expuestas a daños en su salud^(43,44).

Esta concepción aporta a la construcción de capital social ya que las redes son una fuente de cooperación, solidaridad, reciprocidad y compromisos cívicos⁽⁴⁵⁾. Pero es necesario el establecimiento de interacciones no sólo tipo vínculo (pobres con pobres, afectados con afectados) sino también tipo puente (pobres con no pobres, excluidos del poder con los poseedores del poder). Una red social de esta naturaleza permite la inclusión con sentido de empoderamiento individual y colectivo.

Se trata entonces de un tema de poder. Las personas afectadas por TB se empoderan en la red y ejercitan su derecho a tomar decisiones sobre sus vidas a

través de la formulación de políticas públicas (cursos de acción). De esta manera, podemos, entre otros, mejorar la adherencia al tratamiento, que en última instancia es también reflejo de su sentido de autovalía y empoderamiento. La red es autopoietica (en el sentido de ser auto-regenerativa) y vital.

En este campo, la comunicación ha demostrado también ser efectiva al apoyar el combate contra el estigma y la discriminación, y favorecer el empoderamiento de las comunidades y personas afectadas por TB⁽⁴⁶⁾.

4. De un enfoque de beneficencia a un enfoque de derechos a la salud tanto de los pacientes como de los servidores de la salud.

Este enfoque de derechos humanos⁽⁴⁷⁾ tiene como fundamento las *obligaciones de justicia* que implica el reconocimiento y el respeto a la dignidad de las personas afectadas, que lo diferencia de enfoques basados en *obligaciones de benevolencia*.

Para ello, el Estado debe garantizar las mejores condiciones sanitarias a la población, tanto desde la perspectiva de los servicios de salud como desde los DSS. Mientras la primera, es de responsabilidad del sector salud; la segunda corresponde a todos los sectores del Estado y a los gobiernos regionales, gobiernos locales y también a la responsabilidad individual.

Por otro lado, un tema poco considerado en los planes sobre el control de la TB es el derecho de los servidores de salud. El Estado debe garantizar las medidas de control de infecciones y bioseguridad en los establecimientos: controles administrativos, controles ambientales y de protección respiratoria personal; pero, además, algún tipo de medidas complementarias como reforzamiento alimentario⁽²⁷⁾, evaluación médica periódicas efectivas, entre otros. Asimismo, para el caso de pacientes renuentes al tratamiento, la sociedad debe establecer mecanismos persuasivos para el cumplimiento de sus obligaciones. Es útil recordar que el derecho de uno termina donde empieza el derecho del otro.

Otra forma de garantizar el derecho a la salud de los servidores, es disminuir la exposición al riesgo. Si los programas de prevención y control de la TB en la comunidad resultan exitosos, entonces disminuye el riesgo de transmisión, inclusive dentro de los establecimientos de salud.

En los últimos tiempos diversas corrientes de la bioética⁽¹⁾ vienen colocando en la agenda pública entre otros temas, el derecho de los pacientes a la confidencialidad de su enfermedad, en especial, en aquellos portadores

de TB XDR, asimismo, el confinamiento obligatorio de los pacientes que se rehúsan a recibir el tratamiento como ocurre en los Estados Unidos. Este es un reto del presente ante el cual debemos estar preparados.

5. De un enfoque biomédico a un enfoque de acción político-social.

En una sociedad justa la libertad no sólo consiste en el ejercicio del voto, sino en tener las posibilidades de acceder a mejores condiciones de vida, a tener dominio sobre su vida y también a tener voz y ser escuchados. La libertad no es solamente potencialidad para elegir sino opciones sobre las cuales elegir, por qué elegir, para qué elegir y cómo elegir; en esto último, radica el auténtico poder de la libertad.

Desde este punto de vista, una persona pobre y afectada por TB tiene, por lo general, pocas opciones de elegir; discriminada y excluida debe recibir el soporte social y público correspondiente. Se trata no de conmiseración sino de respeto a la dignidad de las personas, se trata de equidad no de prebendas, se trata de justicia y no de benevolencia.

Según Amartya Sen ⁽⁴⁸⁾ diferentes corrientes del pensamiento acerca de la justicia social difieren en la valoración del tipo de desigualdad evitable e innecesaria. La respuesta a preguntas como ¿igualdad de qué? y ¿equidad de qué forma? dependen de los contenidos de las teorías que las sustentan. Pero todas coinciden que la equidad en salud es fundamental para entender la justicia social. Por tanto, la equidad en salud es un asunto de justicia social y como tal, es un componente de ella pero, además, es requisito fundamental para su realización.

Toda sociedad establece un contrato social (Carta Magna y políticas públicas) para garantizar que los hombres en las actividades vinculadas con la satisfacción de sus necesidades no se conviertan en competidores excluyentes (que el hombre no sea lobo del hombre). Es tarea del Estado garantizar la paz y la justicia social y esto supone eliminar brechas que ocasionen desigualdades evitables e injustas. En este contexto la pobreza y las enfermedades no deben ser motivo de la existencia dolorosa de ningún ser humano, y menos aun de la indiferencia de los otros.

Por este motivo se debe formular políticas sobre la TB escuchando la voz de los afectados, promoviendo su participación en la planificación, gestión y control de las actividades vinculadas a la prevención y control. En otras palabras, crear los espacios de encuentro, los compromisos compartidos y las solidaridades éticas. A esto llamamos "acción política".

6. De un enfoque desestructurado a un enfoque sistémico de gobernanza y descentralización en salud.

El MINSA debe ejercitar su rectoría respetando la diversidad de actores, pues los esfuerzos desplegados por el sector evidencian la superposición de acciones, generando el uso irracional de los escasos recursos. En este sentido, la elaboración de una propuesta de intervención supone la articulación entre diversos actores y niveles de gobierno (nacional, regional y local).

De esta manera, teniendo un centro de poder que garantice espacios de encuentro, se puede facilitar la toma de acuerdos y compromisos compartidos. Los ciudadanos, las personas y familias afectadas, las organizaciones sociales de base, las ONG y el sector privado tienen las posibilidades de participar, deliberar, agendar, efectuar control social, y ejecutar políticas públicas que vulneren los DSS negativos para la salud.

En el marco del proceso de descentralización, la participación de los gobiernos locales resulta meritoria, pues de ellos depende la responsabilidad de los factores que afectan la calidad de vida de sus ciudadanos. Se configura así, un escenario de actuación de actores diversos y complementarios, el gobierno local como líder político y el MINSA como líder técnico.

Esto sugiere que los servidores de salud deben cambiar su enfoque y paradigma, no se trata entonces "que en el manejo de la TB, los otros actores sociales sean nuestros colaboradores, muy por el contrario los servidores de salud somos colaboradores de ellos", reafirmando que el estado tiene la obligatoriedad de garantizar la satisfacción del derecho a la salud.

Este enfoque contribuye a, profundizar la descentralización de las funciones del sector salud hacia los gobiernos locales, a respetar los arreglos y normas institucionales, y a estructurar los esfuerzos sociales basados en la confianza, sentido de cooperación y solidaridad.

7. Del enfoque asimétrico de la información al enfoque de transparencia y responsabilización.

La gestión de cualquier programa, proyecto o plan debe obligatoriamente basarse en la ética pública. Si de promover la participación social y fortalecer la confianza se trata, debemos ser transparentes en el uso de los recursos públicos y de la cooperación internacional.

El enfrentamiento de la TB puede ser un modelo de rendición de cuentas que coadyuve a que nuestra sociedad establezca parámetros de lucha contra la

corrupción. Existen *formas escondidas de corrupción*, como por ejemplo, no compartir la información con relación al uso de recursos de cualquier naturaleza empleados por los diferentes actores. El ejercicio de los derechos requiere de información simétrica.

REFLEXIONES FINALES

La TB es una enfermedad social vinculada con la pobreza, con las malas condiciones de trabajo y vida, con la inequidad y con la injusticia social ⁽⁴⁹⁾, acepción que viene desde el siglo pasado con Virchow y otros científicos de la época ⁽³⁾.

A más de 15 años de haber sido declarada la TB como una urgencia mundial, el cuadro no ha mejorado; a ello han contribuido diversos factores:

- El incremento de la población marginal con problemas de pobreza y hacinamiento (la falencia de factores socioeconómicos y educativos);
- El deterioro de los programas de control de esta enfermedad en muchos países;
- La epidemia por el virus de inmunodeficiencia humana ⁽⁵⁰⁾;
- La resistencia a drogas de las cepas de *M. tuberculosis* ⁽⁵¹⁾.

Desde esta perspectiva nos hallamos en una situación de crisis, donde la TB transparenta las inequidades sociales, por cuanto afecta principalmente a la población en situación de pobreza.

Todas las evidencias muestran que *el mundo de la pobreza* constituye un terreno fértil que es aprovechado para desencadenar la enfermedad por TB. Ahí, junto a otras noxas como el VIH-SIDA y la diabetes mellitus se sinergia y dispersa cada vez más fortalecida a otras partes del país.

La pobreza no sólo está en ciertas regiones rurales, también está en los sectores marginados y discriminados de las grandes urbes (por ejemplo en los cerros de San Cosme y El Pino en Lima) y presentan tasas de morbilidad que cuando menos quintuplican los promedios nacionales.

Este contexto requiere de profesionales de la salud preparados (desde su formación universitaria) para sostener estos planteamientos, y accionar en la esfera política, porque es en este lugar donde se toman decisiones sobre la pobreza, las desigualdades y la equidad de la sociedad ^(52,53).

Ello requiere de un enfoque sistémico, integrador, complementario e innovador; donde se exprese la diversidad, donde se reciba el aporte de otros sistemas médicos, que sea colaborativo, que empodere a los ciudadanos y a la sociedad civil y que genere redes sociales con capital social. Esto no significa debilitar la actual estrategia, por el contrario, busca fortalecerla con una estrategia social.

Desde esta perspectiva, este abordaje de la TB se constituye en una gran oportunidad para mejorar las condiciones de vida de los afectados (familias y comunidades), porque busca eliminar la discriminación y las inequidades. De la misma manera sirve para desarrollar un efectivo ejercicio de los derechos ciudadanos a la salud, a la humanización de la atención; es decir: la lucha contra la TB se convierte en una poderosa estrategia para fortalecer la democracia con justicia social en el país.

Si la pobreza es la madre de las enfermedades y del dolor –como nos recordaba Peter Frank en 1790– lo más grave es que ella, muchas veces mata la esperanza. Por ello debemos retomar las lecciones aprendidas de otras epidemias que afectaron nuestro país, donde la ciudadanía y las redes sociales tuvieron un papel importante generando capital social que desde la vida contribuyen a fortalecer la esperanza en las comunidades.

La actual crisis financiera internacional ha ocasionado que gobiernos de países ricos gasten ingentes recursos económicos para rescatar a los bancos. Se calcula que con una novena parte de ellos se podría solucionar el problema de vivienda de casi 1000 millones de personas en el mundo. Esto constituye una oportunidad para reflexionar sobre el papel de los Estados en la distribución de la riqueza, para ejercitar la política como expresión del respeto al ser humano, para reconocer a la salud como un valor indesligable de la vida y a la economía como una herramienta para ello.

Al fin y al cabo, como nos recordaría el mismo Rudolph Virchow *La medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina en grande*.

AGRADECIMIENTOS

A los médicos Eduardo Ticona Chávez, Wilder Carpio Montenegro y Lilia Linares Heredia, así como a la abogada Elizabeth Rojas Rumrill por sus valiosos aportes.

Conflictos de Interés

El autor declara no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Selgelid MJ. *Ethics, tuberculosis and globalization*. Public Health Ethics. 2008; 1(1): 10-20
2. Gómez i Prat J, de Souza SM. *Prehistoric tuberculosis in America: adding comments to a literature review*. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2003; 98(Suppl 1): 151-59.
3. Silver GA. *Virchow, the heroic model in medicine: health policy by accolade*. Am J Public Health. 1987; 77(1): 82-88.
4. Marais BJ, Hesselning AC, Cotton MF. *Poverty and tuberculosis: is it truly a simple inverse linear correlation?* Eur Resp J. 2009; 33(4): 943-44.
5. Evans RG, Barer ML, Marmor TR. *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?* Madrid: Edit. Díaz de Santos; 1996.
6. Perú, Ministerio de Salud. *Situación de la tuberculosis en el Perú*. Bol Oficina Sanit Panam. 1943; 22(7): 613-15.
7. Comité de Tuberculosis Extremadamente Resistente (TB XDR). *Análisis de situación actual y propuesta de lineamientos técnicos para el control y prevención de la tuberculosis resistente en el Perú*. Informe final. Lima: Ministerio de Salud; 2008.
8. Bonilla C. *Situación de la tuberculosis en el Perú*. Acta Med Peru. 2008; 25(3): 163-70.
9. Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadian. A working document*. Ottawa: Ministry of National Health and Welfare; 1974.
10. Antonovsky A. *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*. Health Promot Int. 1996; 11(1): 11-18.
11. Restrepo HE. *Promoción de la salud, Cómo construir vida saludable*. Bogotá: Médica Panamericana; 2001.
12. Lonroth K, Jaramillo E, Williams BG, Dye C, Raviglione M. *Drivers of tuberculosis epidemics: the role of risk factors and social determinants*. Soc Sci Med. 2009; 68(12): 2240-46.
13. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Situación de la pobreza en el 2008. Informe técnico*. Lima: INEI; 2009.
14. Giugale MM, Fretes-Cibils V, Newman JL. *Perú: La oportunidad de un país diferente próspero, equitativo y gobernable*. Lima: Banco Mundial; 2006.
15. Consorcio de Investigación Económica y Social. *Combate de la pobreza en el Perú en un contexto de recesión mundial. Resumen del conversatorio del Jueves 9 de Julio del 2009*. Lima: CIES; 2009.
16. Cegielski JP, McMurray DN. *The relationship between malnutrition and tuberculosis: evidence from studies in humans and experimental animals*. Int J Tuberc Lung Dis. 2004; 8(3): 286-98.
17. Cantewell MF, McKenna MT, McCray E, Onorato IM. *Tuberculosis and race/ethnicity in United States. Impact of socioeconomic status*. Am J Respir Crit Care Med. 1998; 157(4 Pt 1): 1016-20.
18. Hudelson P. *Gender differentials in tuberculosis: the role of socioeconomic and cultural factors*. Tuber Lung Dis. 1995; 77(5): 109-13.
19. Pakasi TA, Karyadi E, Dolmans WM, van der Meer JW, van der Velden K. *Malnutrition and socio-demographic factors associated with pulmonary tuberculosis in Timor and Rote Islands, Indonesia*. Int J Tuberc Lung Dis. 2009; 13(6): 755-59.
20. Salazar V, Figueroa R, Machaca R. *Variación del estado nutricional de los beneficiarios del programa PanTBC en Arequipa Metropolitana, 1996 - 2002*. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2005; 22(2): 134-38.
21. Ríos M, Suárez C, Muñoz D, Gómez M. *Factores asociados a recaídas por tuberculosis en Lima Este - Perú*. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2002; 19(1): 35-38.
22. Zarate E, Lobon I, Saavedra C, Castañeda M. *Tuberculosis en nuevos escenarios: establecimientos penitenciarios*. An Fac Med (Lima). 2005; 66(2): 148-58.
23. Horna-Campos OJ, Sánchez-Pérez HJ, Sanchez I, Bedoya A, Martín M. *Public transportation and pulmonary tuberculosis, Lima, Peru*. Emerg Infect Dis. 2007; 13(10): 1491-93.
24. Santa María R. *La iniciativa de vivienda saludable en el Perú*. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2008; 25(4): 419-30.
25. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Perú: crecimiento y distribución de la población, 2007. Censos nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda*. Lima: INEI; 2008.
26. Sulmont D. *Encuesta nacional sobre exclusión y discriminación social*. Lima: DEMUS; 2004.
27. Perú, Ministerio de Salud/ Proyecto VIGIA. *Vivir la tuberculosis. Estudio socioantropológico de la tuberculosis en dos zonas de alto riesgo en Lima: San Cosme y El Agustino*. Lima: MINS/USAID; 2000.
28. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación - ¿Cómo?* Ginebra: OMS; 2008.
29. Perú, Ministerio de Salud/ Proyecto VIGIA. *Impacto económico de la tuberculosis en el Perú 1999*. Lima: MINS/USAID; 2001.
30. Ahlburg D. *The economic impacts of tuberculosis*. Geneva: WHO; 2000. Stop TB Initiative Series, WHO/CDS/STB/2000.5.
31. Simond AM. *Función de la educación sanitaria en la lucha antituberculosa*. Bol Oficina Sanit Panam. 1965; 58(4): 308-13.
32. Harling G, Ehrlich R, Myer L. *The social epidemiology of tuberculosis in South Africa: a multilevel analysis*. Soc Sci Med. 2008; 66(2): 492-505.
33. Cosiglio E. *Pobreza, salud y educación*. Econ Gest Desarro. 2007; 5: 159-75.
34. Marmot M. *Social determinants of health inequalities*. Lancet. 2005; 365: 1099-104.
35. Culqui D, Zavaleta C, Romero J, Bonilla C, Trujillo O, Cueva N. *Tuberculosis en población indígena del Perú: los aimaras del Perú, 2000-2005*. Rev Peru Epidemiol. 2009; 13(1): e4.
36. Arroyo J. *Los sistemas descentrados de recursos humanos en salud: el caso del Perú, 1990-2005*. Cienc Saude Coletiva. 2006; 11(4): 1063-72.
37. Perú, Ministerio de Salud. *Guía metodológica en IEC - tuberculosis para la formación de agentes comunitarios*. Lima: MINS/USAID; 2001.
38. Accinelli R, Noda J, Bravo E, Galloso M, López L, Da Silva J, et al. *Enfermedad tuberculosa entre trabajadores de salud*. Acta Med Peru. 2009; 26(1): 35-47.

39. **Joshi R, Reingold AL, Menzies D, Pai M.** Tuberculosis among health-care workers in low-and middle-income countries: a systematic review. *PLoS Med.* 2006; 3(12): e494.

40. **Perú, Presidencia del Consejo de Ministros.** Informe del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Perú – 2008. Lima: ONU; 2009.

41. **Sánchez R.** Alcances y límites de los conceptos biopolítica y biopoder en Michel Foucault. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2007.

42. **Torres Uría R.** Estudio comparativo en enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivos de los grupos nunca tratados, antes tratados y crónicos en sus niveles de depresión y soporte social. [Tesis para optar el grado de Magíster]. Lima: Facultad de Psicología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2002.

43. **Berkman LF.** The role of social relationship in the health promotion. *Phycosom Med.* 1995; 57(3): 245-54.

44. **Smith KP, Christakis NA.** Social networks and health. *Annu Rev Sociol.* 2008; 34: 405-29.

45. **Poortinga W.** Social capital: an individual or collective resource for health? *Soc Sci Med.* 2006; 62(2): 292-302.

46. **StopTB Partnership, World Health Organization.** Advocacy, communication and social mobilization to fight TB. A 10 year framework for action. Geneva: WHO; 2006.

47. **Ugarte-Gil CA.** Tuberculosis : un enfoque de derechos humanos. *Acta Med Peru.* 2009 ; 26(1) : 55-57.

48. **Amartya S.** ¿Por qué la equidad en salud? *Rev Panam Salud Publica.* 2002; 11(5/6): 302-9.

49. **Díaz de Quijano E, Brugal MT, Pasarín MI, Galdós-Tanguís, Cayla J, Borrell C.** Influencia de las desigualdades sociales, la conflictividad social y la pobreza extrema sobre la morbilidad por tuberculosis en la ciudad de Barcelona. *Rev Esp Salud Publica.* 2001; 75(6): 517-28.

50. **Bock NN, Jensen PA, Miller B, Nardell E.** Tuberculosis infection control in resource-limited settings in the era of expanding HIV care and treatment. *J Infect Dis.* 2007; 196(Suppl 1): 108-13.

51. **World Health Organization.** Anti-tuberculosis drug resistance in the world. Report N° 4. Geneva: WHO; 2008.

52. **Gwatkin DR.** Health inequalities and the health of the poor what do we know? What can we do? *Bull World Health Organ.* 2000, 78(1): 3-18.

53. **Miranda JJ, Yamin AE.** Educando a los futuros profesionales de la salud: un reto para la salud y los derechos humanos en América Latina. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2008; 25(3): 302-8.

Correspondencia: Dr. Luis Alberto Fuentes Tafur
 Dirección: Av. Paseo de la República 3820, San Isidro, Lima, Perú.
 Teléfono: (511) 319-1600
 Correo electrónico: fuentestafur@yahoo.es

Suscríbete en forma electrónica y gratuita a los contenidos de la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, ingresa a www.ins.gob.pe, selecciona el icono de la revista y envíanos tus datos.

The screenshot shows the website of the Instituto Nacional de Salud (INS) of Peru. At the top, there is a navigation bar with links like 'Inicio', 'Contáctenos', 'Mapa del Sitio', 'INS', 'Intranet', 'Consulta Documentos', and 'Tour Virtual'. The date 'Lunes, 6 de setiembre de 2007' is displayed on the right. The main content area includes a search bar, a sidebar with categories like 'Investigación y Ética', 'Vigilancia Laboratorial', and 'Publicaciones', and several news articles. One article titled 'Mordeadura de Arañas' (Spider Bite) is highlighted under 'Temas de Actualidad'. There are also icons for 'Servicios Web' and 'Acceso a los Servicios'.