

Quimioterapia antituberculosa en Cuba 1963-1970: sistematización de experiencias e influencia posterior

Anti-tuberculosis chemotherapy in Cuba in the period 1963-1970: experience systematization and further impact

Luisa Armas Pérez^I; Denis Pérez Chacón^{II}; Marta Castro Peraza^{III}; Lizet Sánchez Valdés^{IV}

^I Máster en Epidemiología. Especialista de II Grado en Neumología. Profesora Auxiliar Consultante. Investigadora Auxiliar. Instituto de Medicina Tropical «Pedro Kourí» (IPK), Ciudad de La Habana, Cuba.

^{II} Máster en Control de Enfermedades y Desarrollo Social. Licenciado en Sociología. Investigador Agregado. IPK. Ciudad de La Habana, Cuba.

^{III} Doctora en Medicina. Máster en Epidemiología. Especialista de II Grado en Psiquiatría. Profesora Asistente. IPK. Ciudad de La Habana, Cuba.

^{IV} Doctora en Ciencias de la Salud. Máster en Epidemiología. Licenciada en Matemática. Instructora. IPK. Ciudad de La Habana, Cuba.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) cubano adoptó en 1963-1970 el esquema de quimioterapia antituberculosa recomendado internacionalmente en esa época, pero sus resultados no quedaron bien documentados en la literatura científica nacional.

OBJETIVOS: sistematizar la experiencia pionera del período 1963-1970 en la quimioterapia antituberculosa en Cuba y su influencia en el control de la enfermedad.

MÉTODOS: se aplicó un cuestionario semiestructurado a informantes clave, para la caracterización del esquema de tratamiento antituberculoso, su organización, fortalezas y debilidades. Los cambios ocurridos posteriormente se identificaron mediante la revisión de documentos del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. La información fue introducida y analizada con el programa QSR Nvivo 7. Se utilizó la técnica de análisis de contenido cualitativo para la clasificación de la información en categorías deductivas creadas a partir de las preguntas de investigación.

RESULTADOS: como fortalezas, se refirieron la cobertura del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, la disponibilidad de recursos y suministro constante de medicamentos, la capacitación del personal de salud, la gratuidad del

tratamiento, la estandarización de los procedimientos, la toma de decisiones colectivas y la protección económica a los enfermos y sus familiares. Se identificaron debilidades de su organización, criterios no suficientemente estandarizados para el diagnóstico, para la educación sanitaria y esquema no óptimo de medicamentos. Las decisiones tomadas en consecuencia permitieron eliminar las debilidades, con resultados favorables en el control de la enfermedad. **CONCLUSIONES:** la sistematización de las experiencias de la quimioterapia antituberculosa en el período explorado permite esclarecer y explicar sus éxitos posteriores, basados en las decisiones tomadas por las autoridades políticas y sanitarias del país.

Palabras clave: tuberculosis, control, programa, quimioterapia, sistematización, Cuba.

ABSTRACT

INTRODUCTION: the National Program for the Control of Tuberculosis in Cuba adopted the internationally recommended anti-tuberculosis chemotherapy pattern of that time in the period 1963-1970, but its results were not duly documented in the national scientific literature.

OBJECTIVES: to systematize the first pieces of experience in the anti-tuberculosis chemotherapy in Cuba from 1963 to 1970 and its further impact on the control of this disease.

METHODS: a semi-structured questionnaire was administered to key informers in order to make the characterization of the anti-tuberculosis therapy pattern, its organization, strengths and weaknesses. The changes occurred afterwards were all identified through the review of the National Program for the Control of Tuberculosis documents. Data were introduced and analyzed with QSR Nvivo 7 software. Qualitative content analysis technique was used to classify the information into the deductive categories created on the basis of the questions.

RESULTS: strengths were referred as the coverage of the National Program for the Control of Tuberculosis, the availability of resources and permanent supply of drugs, training of the health staff, free-of-charge treatment, standardization of procedures, group decision taking and economic support to patients and relatives. The main identified weaknesses were found in organization of the program, not fully standardized criteria for diagnosis and for health education, and non-optimal drug schedule. Therefore, the decisions allowed eliminating the weaknesses and achieving positive results in the control of disease.

CONCLUSIONS: the systematization of experience in the anti-tuberculosis chemotherapy in the studied period made it possible to clear up and explain the reasons for further success, on the basis of the decisions made by the political and health authorities of the country.

Key words: tuberculosis, control, program, chemotherapy, systematization, Cuba.

INTRODUCCIÓN

El control y la eliminación de la tuberculosis (TB) en escala mundial se ha venido ajustando a los progresos tecnológicos y en mucho menor medida a las realidades económicas, sociales y étnicas de los países.¹⁻⁴ Esto ha respondido a las políticas y estrategias diseñadas en diferentes momentos. Se han logrado elevar las tasas de curación, pero los resultados globales del tratamiento han sido insatisfactorios por causa, entre otros aspectos de: problemas de políticas nacionales, la pobreza, la desigualdad social y económica; la accesibilidad, calidad y dotación de recursos de los servicios de salud; irregularidades en la prescripción y administración de los medicamentos, o por el abandono del tratamiento.^{1,5,6} Estos dos últimos factores han sido los principales causantes de la aparición de la resistencia bacteriana.^{1,4} La utilización de la combinación de múltiples fármacos permitió mejorar los desenlaces del tratamiento, pero otro elemento esencial debía ser resuelto. Por ello Fox W.⁷ insistía en lo inadecuado de la automedicación, ya sea en enfermos hospitalizados como en los tratados ambulatoriamente. El desafío de las políticas de control especializado (privado + público) contra, control integrado en servicios generales- (públicos o públicos + privados) se planteó desde la década de los sesenta y aún se mantiene.

Muy tempranamente las autoridades sanitarias cubanas brindaron gran prioridad al tratamiento dentro del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT). La Dirección Nacional de Epidemiología (DNEp) del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) del país en 1968, enfatizaba que "la etapa donde se decide el futuro de cada enfermo tuberculoso es la de los 3 a 6 meses que siguen a su diagnóstico. Un buen control del enfermo en esta etapa garantiza la eliminación de la fuente de infección, evita la resistencia a las drogas, previene las reactivaciones y ocurrencia de casos crónicos, y evita la cirugía de rescate".

El PNCT cubano había adoptado en 1963 un esquema de quimioterapia antituberculosa recomendado internacionalmente en esa época.⁸ Se esperaban buenos resultados de su aplicación en escala nacional, sin embargo, esta no quedó bien documentada. Se notan vacíos de información en la literatura científica nacional. De este modo el propósito del presente estudio es sistematizar la experiencia pionera en la lucha antituberculosa en Cuba en el período de 1963 a 1970.

La sistematización consiste en mirar las experiencias como procesos históricos complejos en los que intervienen diferentes actores y se realizan en un contexto económico-social determinado.⁹

El objetivo de este trabajo consistió en sistematizar la quimioterapia antituberculosa (QAT) a partir de un ordenamiento de los elementos estructurales y funcionales de su implantación en el país y del desempeño de los servicios de salud; identificar sus fortalezas, debilidades, las lecciones aprendidas y los condicionantes de su evolución hacia la etapa de eliminación.

MÉTODOS

Se aplicó un cuestionario semiestructurado entre los meses de mayo y noviembre de 2008 a 6 informantes claves, actores importantes de la primera etapa (1963-1970) del PNCT en Cuba, con vistas a obtener su contribución para caracterizar el esquema de tratamiento antituberculoso, su organización y resultados, e identificar sus fortalezas y debilidades.

Se consideró informante clave a todos los especialistas que estuvieron involucrados o se hubiesen involucrado en el control de esta enfermedad, o en diferentes niveles del sistema nacional de salud (SNS), como miembros del Grupo Técnico Asesor Nacional y Provincial, jefes provinciales del PNCT, epidemiólogos, microbiólogos, neumólogos, clínicos, enfermeras, etc., quienes cumplieran con los criterios de elegibilidad siguientes: que fueran mentalmente competentes (a pesar de su avanzada edad actual) y tuvieran disposición a participar en la investigación. Se aplicaron 6 cuestionarios individuales que involucraron a todas las personas elegibles. La guía de preguntas se aplicó vía correo electrónico, para garantizar la accesibilidad a personas residentes en diferentes provincias del país y fuera del territorio nacional.

Se aplicaron las preguntas siguientes:

1. ¿Cómo consideras que fue aplicado el esquema de tratamiento y su organización a los enfermos de tuberculosis en el período de 1963 a 1970?
2. En caso que consideres fue apropiado ¿crees que pudo ser mejor? ¿por qué? Nárrame tus experiencias.
3. En el caso que consideres no fue apropiado ¿cuál otro esquema de tratamiento u organización podría haberse utilizado?
4. ¿Cuáles fueron en tu opinión las fortalezas y debilidades del proceso de tratamiento u organización durante el período de 1963 a 1970?

Para la identificación de los cambios fundamentales del PNCT se analizaron las versiones oficiales de los documentos del programa de 1982, 1995 y 1999.¹⁰⁻¹²

La información fue introducida en una base de datos y analizada con el programa QSR Nvivo versión 7.0. Se utilizó la técnica de análisis de contenido cualitativo^{13,14} para la clasificación de la información en categorías deductivas, creadas a partir de las preguntas de investigación. A través del escrutinio interactivo de los datos se identificaron categorías inductivas que también se utilizaron para la clasificación. Finalmente se crearon modelos teóricos dinámicos para la visualización de las categorías de análisis creadas y sus conexiones entre sí.

RESULTADOS

En la [figura 1](#) se muestran los elementos esenciales para la descripción de la estrategia cubana de la QAT 1963-1970 y sus relaciones entre sí. El PNCT cubano de 1963-1970 se concibió teniendo en cuenta los criterios internacionalmente aceptados y la organización de la salud pública cubana en aquella época. Los entrevistados coinciden en que el esquema de tratamiento médico fue adecuado. Bondades del contexto internacional como los avances científicos alcanzados en la época y la asesoría de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, tienen una reconocida influencia en el esquema de medicamentos y, en menor medida, en la estrategia organizativa para el tratamiento de los pacientes. Al respecto dice un entrevistado:

"El esquema de tratamiento se correspondía con los mejores esquemas estandarizados disponibles en esos años. Un esquema con tres medicamentos, la estreptomycin, la isoniacida y el PAS durante al menos 18 meses para enfermos de

reciente diagnóstico supuestamente sensibles, en cuanto a las micobacterias que albergaban podía considerarse teóricamente efectivo en más de 90 % de los casos".

Del contexto nacional, las oportunidades más significativas que sentaron una pauta en el establecimiento y los resultados alcanzados por el PNCT fueron los cambios socioeconómicos y la accesibilidad a los servicios de salud, a partir del triunfo de la Revolución Cubana (Fig. 2). Para los entrevistados estas oportunidades están estrechamente ligadas a las fortalezas que le atribuyen al PNCT: cobertura del programa, disponibilidad de recursos y suministro constante de medicamentos, personal de salud capacitado, gratuidad del tratamiento, estandarización de los procedimientos, toma de decisiones colectivas y protección económica a los pacientes y sus familiares. Uno de los planteamientos más ilustrativos expresa:

"Se sabe también universalmente que la tuberculosis constituye un problema social con algunos aspectos médicos. Esto quiere decir que si la sociedad es capaz de reducir o eliminar la pobreza dando oportunidades de trabajo y bienestar equitativo a todos, eliminar el analfabetismo, potenciar la cultura, y brindar acceso irrestricto a los servicios de la salud (médicos, enfermeras, técnicos, equipos, medicamentos, instalaciones), la ocurrencia de la enfermedad es inexorablemente evitada. Esa es la experiencia de los países desarrollados industrialmente y es también la experiencia cubana como país muy desarrollado socialmente".

A partir de las entrevistas se identificaron debilidades del PNCT relativas a su organización, los criterios para el diagnóstico, la educación sanitaria y el esquema de medicamentos utilizado (Fig. 3). Es importante destacar que algunas de las decisiones tomadas, relativas por ejemplo a la organización y la medicación, pueden considerarse apropiadas si se analizan dentro del momento histórico concreto de su aplicación. No obstante, los resultados alcanzados fueron en su mayoría positivos, curación de los pacientes y reducción del riesgo de infección, entre otros.

Los entrevistados coinciden en que las debilidades encontradas se fueron solucionando paulatinamente en etapas posteriores. Un ejemplo de ello fue la integración del PNCT a los servicios generales de salud. Estos cambios organizacionales muestran la capacidad del PNCT para ir autocorrigiendo sus propias debilidades en etapas posteriores (tabla).

Tabla. Principales cambios del Programa Nacional para el Control de la Tuberculosis a partir de las debilidades del período 1963-1970

Debilidades	Modificaciones del PNCT	Año o etapa
Servicios especializados (sanatorios y dispensarios antituberculosos)	Integración a los servicios generales de salud	1970-1971
Diagnóstico clínico y bacteriológico, centrado en la clínica y la radiología	Se refuerza el criterio bacteriológico para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar	1971
	Creación de comisiones para diagnóstico de casos de tuberculosis con baciloscopia negativa (TBpBAAR[-])	1998

Tratamiento auto administrado, de larga duración y en dispensarios y hospitales	Controlados, ambulatorio y de duración intermedia	1971
	Tratamiento controlado, ambulatorio y de corta duración	1982
Infraestructura insuficiente	Capacitación de los técnicos de los laboratorios clínicos de todos los policlínicos y hospitales generales del país	1970-1971
	Curso gerencial de tuberculosis	1971

DISCUSIÓN

El estudio realizado proporcionó información valiosa para la caracterización de la QAT en el período 1963-1970, para una mejor comprensión del decursar del PNCT en Cuba en etapas posteriores. Todo esto debe ser analizado a la luz de la evolución de las políticas del control de la TB orientada por la Organización Mundial de la Salud desde 1948 hasta 2001.¹ El uso de la metodología cualitativa permitió entender la lógica de las prácticas y los procedimientos utilizados en el tratamiento antituberculoso en el contexto organizacional, social y cultural en el que se desarrollaron. Una posible limitación del estudio pudiera originarse por algún sesgo de información, pues se indagó sobre un período lejano en el tiempo, pero los sujetos participantes en la investigación mostraron buena capacidad y memoria para sus respuestas, porque a su vez también fueron, y algunos aún son, protagonistas de etapas posteriores del PNCT. Además el método permitió que los informantes claves consultasen fuentes documentales sobre el tema, que tienen en su poder, de modo que sus respuestas fuesen rigurosamente fieles y válidas. Para minimizar esos posibles sesgos, las respuestas más infrecuentes se sometieron a criterio de otros expertos.

La distribución equitativa de la riqueza nacional, la eliminación del analfabetismo y el incremento de la formación de profesionales universitarios y técnicos medios, la política de desarrollo del sistema único de salud, la ampliación del presupuesto dedicado a la salud con la expansión de la red de centros de atención primaria y secundaria de salud, la construcción de capacidades específicas para el PNCT, son evidencias del desarrollo social puesto como basamento de las fortalezas para el desempeño de la QAT en el período estudiado.^{15,16}

La influencia de los cambios socioeconómicos en el país a raíz de la Revolución cubana corroboran la perspectiva social de la TB, lo que ha sido ampliamente abordado en la literatura mundial.^{1,15} Los programas de salud deben tener la capacidad de ajustarse a los cambios del contexto, ya sean cambios producidos por avances científico-técnicos en el control de la enfermedad, organizacionales (referidos al sistema de salud pública, sociales o políticos) o cambios en la situación epidemiológica (por ejemplo, las acciones para lograr el control de la TB no son iguales a las acciones para su eliminación). Estos programas de salud también requieren monitoreo y evaluación continuada, para la reevaluación y corrección de aquellas debilidades o dificultades que no estén asociadas a los cambios en el contexto.¹⁷⁻²²

Un análisis pormenorizado de las debilidades de la QAT realizada a finales de 1969 e inicio de 1970, por un conjunto de expertos del Grupo Especial de Tuberculosis

del MINSAP, junto con el asesor regional del programa de TB OPS/OMS de las Américas, doctor Justo López Bonilla, determinó la decisión de realizar un conjunto de cambios estratégicos y tácticos que permitiesen borrar estas debilidades. Los expertos consultados en el presente estudio (algunos de ellos actores de ese diseño estratégico construido en un ambiente colectivo multidisciplinario), han reproducido válidamente elementos fuertes y débiles mediante la técnica de consultas por vía electrónica, que se ha mostrado eficiente.

La semiverticalidad del diseño organizativo del PNCT y la insuficiencia relativa de la infraestructura de los servicios de salud era crucial como barrera para proveer una QAT más efectiva y eficiente.^{1,23} Un profundo análisis de esta situación reforzó la idea de integrar todas las acciones dentro de las estructuras crecientes de la atención primaria de salud, en la figura de los policlínicos integrales, entregándoles las principales actividades que venían realizando los dispensarios y sanatorios antituberculosos.²³ El componente preventivo del PNCT se fortaleció y extendió multiplicando su cobertura y efectividad.

Todo esto permitió implantar el tratamiento estrictamente supervisado (supervisado de manera directa= TES-DOT) al acercar los servicios al entorno vital cotidiano de los enfermos. El esquema terapéutico mejoró al cambiar la combinación de medicamentos, sus frecuencias y forma de administración. Esto redujo las reacciones adversas y mejoró mucho la adherencia al tratamiento. La experiencia anterior ofrecía evidencias de la no ingestión de las dosis imprescindibles de los medicamentos.²⁴

La introducción en la práctica social de la estrategia renovada para el control de la TB, con los criterios del TES-DOT, tan tempranamente como se gestaba por *Fox W.* sobre la base de investigaciones dirigidas por el Consejo Británico de Investigaciones Médicas, la Organización Mundial de la Salud y la Unión Internacional contra la Tuberculosis, resultó en el fortalecimiento efectivo del PNCT. Para ello, se ensayaron los nuevos procesos y técnicas en 2 "áreas de verificación o pilotos" (Diez de Octubre, en Ciudad de La Habana, y la Región Holguín-Gibara de Oriente Norte).²³ La evaluación operacional demostró la factibilidad, aceptación y efectos favorables, tanto en las perspectivas del SNS como en la de los enfermos. Se produjo entonces en 1971 un escalonamiento planificado en 2 etapas: la primera, en las 8 regiones cabeceras de las Direcciones Provinciales del MINSAP; la segunda, 6 a 12 meses después, al resto de las regiones de cada una de esas provincias, incluido el municipio especial Isla de la Juventud, todo durante 1971.²³ Al comenzar 1972, la nueva versión del PNCT cubría todo el país. En las décadas siguientes se elaboraron nuevas versiones del PNCT acorde con los cambios de la salud pública cubana y de las orientaciones de los organismos internacionales.^{1,10-12} Así se produjo el cambio para aumentar las fortalezas del PNCT, que ahora quedaron mejor sistematizadas y documentadas. Sus resultados e impactos inmediatos, a mediano y largo plazo han sido documentados después y han mostrado su sostenibilidad.²⁵⁻²⁷

En conclusión, la sistematización de las experiencias de la QAT en el período explorado permite esclarecer y explicar sus éxitos posteriores, basados en las decisiones favorables tomadas por las autoridades políticas y sanitarias del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Raviglione MC, Pío A. Evolution of WHO policies for tuberculosis control, 1948-2001. *Lancet*. 2002; 359: 775-80.

2. Organización Mundial de la Salud. Comité de Expertos de la OMS en Tuberculosis: Octavo informe. Ginebra. OMS; 1964. (Serie Informes Técnicos No. 290)
3. González E. Breve revisión de los aspectos fundamentales en el control de la tuberculosis. Bol Hig Epidemiol. 1968;6:215-28.
4. Pedraza R. Quimioterapia de la tuberculosis pulmonar. Bol Hig Epidemiol. 1968;6:277-307.
5. Farmer P, Nardell E. Nihilism and pragmatism in tuberculosis control. Am J Public Health. 1998;88:1014-5.
6. WHO. Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing. WHO Report 2007. Geneva: WHO; 2007. WHO/HTM/TB/2007.376.
7. Fox W, Mitchison DA. Short-course chemotherapy for pulmonary tuberculosis. Am Rev Resp Dis. 1975;11:325-53.
8. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Lucha Antituberculosa. La Habana: Cuba; 1963.
9. Jara O. El Desafío político de aprender de nuestras prácticas. Ponencia presentada en el evento inaugural del Encuentro Internacional sobre Educación Popular y Educación para el Desarrollo, Murguía, País Vasco, 2002 [Citado 21 Ene 2009]. Disponible en: <http://www.alforja.or.cr/sistem/biblio.html>
10. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Tuberculosis. La Habana: MINSAP; 1982.
11. Ministerio de Salud Pública. Actualización del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. La Habana: Dirección Nacional de Epidemiología; 1995.
12. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis: Manual de Normas y procedimientos. La Habana: ECIMED; 1999.
13. Gómez M. Análisis de contenido cualitativo y cuantitativo: definición, clasificación y metodología. Revista Ciencias Humanas [serie en Internet]. 1999 [citado 19 nov 2008]. Disponible en: <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev20/gomez.htm>.
14. Piñuel J. Epistemología y técnicas del análisis de contenido. Estudios de sociolingüística. 2002;3:1-42.
15. Centro de Estudios de la Economía Mundial/ Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Investigación sobre el Desarrollo Humano en Cuba, 1996. La Habana: Ed. Gaguayo; 1997.
16. Méndez E, Lloret MG. Índice de desarrollo humano a nivel territorial en Cuba. Período 1985-2001. Rev Cubana Salud Púb. 2005;31:92-9.
17. Fanning A. An ethical consideration of TB: still' a social disease with a medical aspect? [Editorial]. Int J Tuberc Lung Dis. 2008;12:229.

18. Waaler TH. Tuberculosis y pobreza. [Editorial]. Int J Tuberc Lung Dis. 2002;6:745-6.
19. Stop TB Partnership, World Health Organization. Towards a TB-free future: 50 years: historical review of TB control. Geneva: WHO; 2002. WHO/CDS/STB/2002.13.
20. Lienhardt C, Rustomjee R. Improving tuberculosis control: an interdisciplinary approach. Lancet. 2006;367:949-50.
21. Raviglione MC, Uplekar MW. WHO's new stop TB strategy. Lancet. 2006;367:952-5.
22. Organización Panamericana de la Salud. Informe de la Directora General 2008. Washington DC: OPS; 2009.
23. González E, Carabaloso M. Massive application of a tuberculosis chemotherapeutic programme in Cuba. Bulletin International Union Against Tuberculosis. 1974;49:118-26.
24. González E, Suárez R. Control de la quimioterapia de la tuberculosis. Bol Hig Epidemiol. 1968;6:319-5.
25. Rodríguez R. Quince años de control de la tuberculosis en Cuba. Rev Cubana Hig Epidemiol. 1980;18:206-14.
26. Marrero A, Caminero JA, Rodríguez R, Billo NE. Towards elimination of tuberculosis in a low income country: the experience of Cuba, 1962-97. Thorax. 2000;55:39-45.
27. González E, Armas L, Llanes MJ. Progress towards tuberculosis elimination in Cuba. Int J tuberc Lung Dis. 2007;11:405-11.

Recibido: 6 de abril de 2009.

Aprobado: 22 de abril de 2009.

Prof. *Luisa Armas Pérez*. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí". Autopista Novia del Mediodía Km 6 ½. AP 601, Marianao 13, Ciudad de La Habana, Cuba. Teléf.: +53-7-2046051. Fax: +53-7-2046051. Correo electrónico: luisa@ipk.sld.cu; eddy.ochoa@infomed.sld.cu