

### PRONUNCIAMIENTO

## La tuberculosis en el Perú requiere atención integral

*A las autoridades del MINSA, a las autoridades del Gobierno, a las Personas y organizaciones de afectados de TB, a los Gremios Profesionales, a las Organizaciones Sociales, a los profesionales multidisciplinarios de salud, a la Opinión Pública en general:*

La Mesa Temática de Tuberculosis, espacio de diálogo y propuesta ciudadana en tuberculosis en el Perú, constituida por organizaciones sociales, instituciones, profesionales comprometidos en la lucha integral contra esta enfermedad, manifestamos nuestra profunda preocupación y desconcierto por la forma de gestión que hacen nuestras autoridades en Tuberculosis. Observamos que el Estado no está cumpliendo los compromisos asumidos para enfrentar la tuberculosis en el Perú, persisten las deficiencias en el primer nivel de atención en salud y, en los últimos meses, hay una insistencia para cambiar el Esquema de tratamiento de TB sensible sin tener los sustentos científicos que asegure la evidencia de la mejora.

En tal sentido, nos pronunciamos en los siguientes términos:

1. La tuberculosis (TB) en el Perú es un problema de salud pública. Somos el segundo país con más alta morbilidad en la región y quienes sufren más los embates de la enfermedad son las poblaciones empobrecidas, hacinadas en Lima, las ciudades de la Costa y algunas de las regiones de la selva. Además las condiciones de pobreza de la población, no debidamente enfrentadas por políticas del Estado, generan un ambiente propicio para la expansión de la TB, que la convierte en una verdadera amenaza a la salud de la población. El Estado tiene la obligación de crear y garantizar las condiciones para tratar y salvaguardar la salud de la población, con servicios de atención de calidad.
2. El tratamiento actual de TB sensible que consta de dos fases: la primera con dosis diaria de medicamentos (2 meses) y la segunda con dosis de dos veces por semana (4 meses), ofrece según los estudios de Cohorte un 89.7% de curación y 0.8% de fracasos (Cohorte 2010)<sup>1</sup>, que lo convierte en un tratamiento altamente eficaz.
3. A pesar de que los Establecimientos de Salud del MINSA tienen grandes deficiencias en infraestructura, personal de salud, laboratorios y medicamentos (ver informe de supervisión de la Defensoría del Pueblo<sup>2</sup>), el actual esquema de tratamiento ha respondido con resultados muy aceptables pese a las limitaciones mencionadas.
4. El MINSA, por recomendación de la OMS/OPS, viene impulsando desde hace años cambios en el tratamiento de TB sensible, que consiste principalmente en aumentar un día más de dosis por semana en la Segunda Fase del tratamiento. La intención de este cambio ha causado cuestionamientos sobre la falta de sustento técnico que demuestre un mayor éxito en el tratamiento TB y por no considerar el impacto en la vida de las Personas Afectadas por Tuberculosis<sup>3</sup> (PAT)
5. Desde la sociedad civil se ha solicitado información, oportunidades de diálogo, debate y concertación con las autoridades con respecto al controvertido cambio en el Esquema de tratamiento TB, pero hemos encontrado de parte de ellas poca apertura a la transparencia de la información y a la participación ciudadana en salud. Por el contrario han persistido en el cambio del esquema de tratamiento haciendo oídos sordos a las organizaciones de afectados de TB (OAT) que no han recibido respuesta alguna de varias cartas que enviaron al MINSA sobre este tema. Incluso a la reunión sobre la

## MESA TEMÁTICA DE TUBERCULOSIS

revisión de la Norma Técnica realizada el 17-18 de diciembre de 2012, no se invitó a las OAT ni a los representantes oficiales de las PAT ante CONAMUSA.

6. Hasta la fecha los funcionarios del la ESNPCT del MINSA no han podido demostrar con evidencias científicas ni técnicas que la propuesta 3 veces por semana brinde mejores resultados que el actual Esquema, elementos fundamentales para justificar un cambio que tendrá un impacto en la vida del afectado de TB y una mayor inversión en recursos, infraestructura y personal desde el Estado.
7. En este contexto, el *“Grupo Peruano de Salud Respiratoria”* se pronunció en Noviembre de 2012 afirmando que no hay evidencias que respalden tal cambio. Además, en el Simposio *“Rifampicina en la Fase de Mantenimiento”* realizado en Lima el 10 de enero de 2013, los especialistas internacionales afirmaron que no había investigación internacional que demuestre la superioridad de un tratamiento sobre el otro<sup>4</sup>.
8. También la Defensoría del Pueblo en varias oportunidades ha manifestado su preocupación por esta situación, y ha recomendado al MINSA que promueva espacios de participación ciudadana donde se lleven a cabo debates técnicos, sustentados en evidencia científica, sobre la conveniencia del cambio de esquema de tratamiento de TB, y garantizando la participación informada de la población afectada por esta enfermedad y la sociedad civil comprometida con la problemática
9. En una reunión realizada el 16 de enero del 2013, entre funcionarios de la ESNPCT del MINSA y las OAT, el debate se centró sobre el cambio en el Esquema de tratamiento propuesto, pero al final de dicha reunión, se constató que el MINSA no pudo demostrar sobre la ventaja superior del tratamiento actual, llegando afirmar uno de sus funcionarios que no se puede garantizar el mayor éxito de este nuevo tratamiento y que los resultados se verán en unos 5 ó 6 años. Esto dejó totalmente desconcertados a los líderes de las OAT que unos días después se pronunciaron enérgicamente mediante una Nota de Prensa<sup>5</sup>

Entonces ¿por qué este cambio sin las evidencias científicas, ni análisis del impacto en la vida de las PAT?

Desde la Mesa Temática de Tuberculosis, considerando la falta de sustento de un cambio que afectaría la vida de miles de personas y ante la poca apertura al diálogo y transparencia de información de las autoridades, proponemos lo siguiente:

1. Hacemos de conocimiento a todas las personas afectadas de tuberculosis (PAT), a las Organizaciones sociales y al público en general, sobre el cambio del Esquema de tratamiento de TB de 2 veces a la semana a 3 veces a la semana, que la ESNPCT del MINSA insiste implementar en el Perú, sin el debido sustento científico ni tampoco una evaluación del impacto en la vida de las PAT.
2. Lamentamos la poca disposición a la información y apertura al diálogo con la ciudadanía de parte de las autoridades en salud para debatir en torno a esta intención de cambio del Esquema de tratamiento. Recomendamos no repetir decisiones inapropiadas como en la década de los años 90 cuando las autoridades de esa época implementaron un Esquema de tratamiento que incrementó la TB resistente en el Perú y afectó la vida de miles de personas.<sup>6</sup>
3. Consideramos que no es prioritario el cambio del actual Esquema de tratamiento TB, más bien proponemos superar las deficiencias de los Establecimientos de Salud, incrementar y capacitar al personal de salud, la universalización de la GENOTYPE (prueba molecular) en las zonas de alta incidencia de TB para un rápido y oportuno diagnóstico que permite el tratamiento adecuado.

## MESA TEMÁTICA DE TUBERCULOSIS

4. Proponemos que, antes de efectuar un cambio en el Esquema de tratamiento TB, el MINSA asegure que se realice investigación, a cargo de especialistas de reconocida trayectoria profesional y ética, sobre las ventajas y desventajas de este nuevo tratamiento en comparación con el actual, considerando para ello variables sociales y el impacto que tendría en las condiciones de vida de las PAT. La investigación aportaría evidencias científicas y sustento técnico para que las autoridades tomen decisiones bien fundamentadas sobre la política sanitaria de tuberculosis en el Perú.
5. Invocamos a las autoridades para que la gestión de tuberculosis en el Perú considere una visión integral de la salud de la persona, tomando en cuenta sus condiciones de vida y no limitar la atención sólo al aspecto del tratamiento con medicamentos. La enfermedad propiamente dicha no es el único problema para las PAT, sino también las circunstancias que trae como consecuencia: discriminación, limitación en el ejercicio laboral, impacto económico en su familia, necesidad de mejorar sus condiciones de alimentación, vivienda, empleo, entre otros.

Finalmente, desde la Mesa Temática de Tuberculosis, nos solidarizamos con las OAT que vienen exigiendo una mejor calidad de atención de su salud, respetando sus derechos como personas, y también saludamos a la Coordinadora de promotoras de CPROLIC TB, los especialistas neumólogos del “Grupo Peruano de Salud Respiratoria”, el Colegio de Enfermeros de Perú, la Sociedad Peruana de Neumología y otros gremios y espacios que han expresado interés y preocupación sobre la situación de TB en el Perú.

Lima, 4 de Febrero de 2013

## MESA TEMÁTICA DE TUBERCULOSIS

*ISDEN, Socios en Salud, PROVIDA, Pastoral de Salud de la Diócesis de Chosica, ASET Comas, Coordinadora multisectorial de San Juan de Lurigancho, CONAMOVIDI, ASET Independencia, FEMOCCPAALM, Colegio de Enfermeros del Perú, profesionales comprometidos.*

---

<sup>1</sup> Estudio de Cohorte de tratamiento de TBP+, nuevos, con esquema Uno 2RHZE/4(RH)2. Perú MINSA 2010/1sem. ESNPCT

<sup>2</sup> La Defensoría del Pueblo realizó en Abril y Mayo de 2012 una supervisión sobre la estrategia de tuberculosis a 43 Establecimientos de Salud del MINSA de Lima, Callao e Ica evidenciando grandes deficiencias en infraestructura, personal de salud, laboratorios. El informe fue presentado el 29 de Agosto de 2012.

<sup>3</sup> Hubo varios pronunciamientos al respecto exigiendo información, evidencias y debate técnico sobre el cambio: la organización de afectados por TB ASET Comas, los especialistas neumólogos del Grupo Peruano de Salud Respiratoria, la Coordinadora de Promotoras de CPROLIC TB, la red de OAT de Lima Norte

<sup>4</sup> Los conferencistas internacionales fueron Carole Mitnck, Sc.D., profesora asistente de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard, cuenta con estudios publicados sobre la efectividad de la Rifampicina; y Gerry Davies, B.M., conferencista senior en Farmacología Infecciosa de la Universidad de Liverpool.

<sup>5</sup> Nota de Prensa N° 1 “Estrategia de MINSA no garantiza más curación con el cambio de Esquema de tratamiento Anti-tuberculosis”, Red de Organizaciones de Personas Afectadas por Tuberculosis de Lima Norte, con fecha 21 de Enero de 2013.

<sup>6</sup> La Sociedad Peruana de Neumología refiere en su informe “Décimo Seminario Nacional de Tuberculosis en el Perú: Análisis y Recomendaciones de la Sociedad Peruana de Neumología” que en la década del 90, el manejo de los pacientes con TB drogo resistente (DR) y MDR era defectuoso, por lo que a mediados de los 90 portadores de cepas resistentes nuevos y antes tratados se incrementaron. En cuanto a los esquemas implementados por el antiguo Programa de Control de Tuberculosis, con asesoría de la OMS, fueron el “Esquema Dos: 1RHZES/2RHZE/5RHE (1996) Para pacientes con recaídas y abandonos de tratamiento, pero posteriormente también se administra a fracasos. En realidad fue una Monoterapia encubierta, consistente en dar un único fármaco nuevo cuando en realidad se sabía que requerían al menos tres nuevos medicamentos” (uno no era suficiente); y el Esquema Dos reforzado: 3HRZES/ 5R2H2S2 (1997-2001) para fracaso al tratamiento. Nuevamente monoterapia encubierta consistente en prolongar la única droga nueva. (Revista de la Sociedad Peruana de Neumología, Vol. 48 – N°1, Enero-Abril 2004, pág. 16-19).