

Capítulo 6

Periodo de proyección epidemiológica en los programas del sector salud. Final de la dependencia sanitaria en las ciudades de Panamá y Colón

1948-1958. Significativo avance en la organización del sector salud con apoyo de instituciones internacionales (OPS, UNICEF y CISP), participaron de las comunidades.

Al inicio de este período, año 1948, se produce un relativo retroceso en el desarrollo programático del Sector Salud con la formación progresiva de una débil estructura Técnico-Profesional del Departamento Nacional de Salud Pública, brazo técnico ejecutivo los programas del Sector Salud. Los numerosos funcionarios que venían preparándose, desde los programas desarrollados por la Rockefeller Foundation, con la asistencia técnica del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP) y la OPS/OMS, no formaban parte de los recursos humanos del Departamento Nacional de Salud Pública en mayo de 1951.

FIRMA DEL CONVENIO SOBRE EDUCACIÓN SANITARIA. El ministro Juan A. Galindo firma el Convenio sobre Educación Sanitaria con el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. Este convenio proveerá por una intensa campaña educativa sobre la salud. Aparecen el Dr. J.G. Townsend, Director del Servicio, el Dr. Alberto E. Calvo S., Director del Departamento de Salud Pública, la señorita Charlotte Kerr, Asesora en educación de enfermeras del SCISP, y el Lic. Guillermo E. Beleño C., Jefe de la Sección de Estadísticas Vitales y Educación Sanitaria



En la Memoria correspondiente a ese año del Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública presentada a la Asamblea Nacional por el Ministro Ing. Juan de Arco Galindo, se presentan ciertas evidencias de lo anteriormente expuesto como sigue: "Desde el comienzo de esta administración, se planteó la necesidad de reorganizar integralmente el Departamento Nacional de Salud Pública en base a las disposiciones del Código Sanitario y en las normas avanzadas, que impone la ciencia

sanitaria moderna. Muy poco o nada se habría logrado con diseñar la nueva estructura propuesta, sin la restitución de los técnicos especializados que en años anteriores habían sido separados de su cargo. Con el esfuerzo y consagración de estos funcionarios se ha conseguido impulsar en forma positiva la labor del Departamento Nacional de Salud Pública, de tal manera que sus beneficios se han hecho sentir en la comunidad panameña. Los resultados favorables ya se han puesto de manifiesto, con la reducción de la mortalidad causada por la malaria, la cual bajó de 200 en 1950, a 70 en el presente año 1951".

Continúa el Ministro en su comentario, al informar el reestablecimiento del apoyo de los organismos internacionales a los programas del Sector Salud, el cual había sido suspendido en años anteriores: "Se han reestablecido las relaciones con los organismos internacionales, tales como la Organización Mundial de la Salud, OMS/OPS, el Instituto de Asuntos Interamericanos con su Agencia el (SCISP), la Organización de las Naciones Unidas con su Agencia el Fondo Internacional de Socorro a la Infancia (UNICEF). La reanudación de estas relaciones, que involucran positivos beneficios para nuestro país, ha sido posible gracias a la confianza que inspira la actual administración a tales Organismos Internacionales. Puede decirse que este respaldo que recibe hoy el Departamento Nacional de Salud Pública es una gran conquista de la presente administración en el campo de la salud, ya que con la celeridad con que se atiende a nuestros requerimientos, demuestra la buena impresión que se han formado de nuestros funcionarios, los representantes de las Instituciones mencionadas".

Como ejemplos de este apoyo técnico y económico mencionamos los siguientes:

- La UNICEF donó 270,000 lbs. de leche en polvo descremada y 40,000 lbs. de margarina que son aprovechadas diariamente por 15,000 niños panameños.
- La SCISP suministró vacunas BCG para el programa de vacunación en masa contra la tuberculosis en menores de 30 años de edad que resultaron con la prueba tuberculina negativa. Esta agencia diseñó los planos para el sistema del acueducto y alcantarillado, necesario para el Hospital Nicolás A. Solano cuya construcción se estaba terminando en La Chorrera, hospital que originalmente se había planeado para crónicos mentales y que en mayo de 1951 dicha construcción estaba totalmente abandonada.
- La OMS/OPS dio una intensa asistencia técnica mediante becas para la especialización en salud pública a un número significativo de funcionarios del departamento y suministró apoyo técnico a los programas nacionales de malaria y tuberculosis.

La preocupación inicial en la Dirección Nacional de Salud Pública, recién reestructurada en 1951 se centralizó en los siguientes aspectos:

- 1.-El reducido recurso financiero ante la magnitud de los problemas en el campo de la salud, principalmente en los niveles de promoción y prevención, en la atención materno-infantil, en la dotación de agua potable a la

población rural, el control eficiente de la malaria, la tuberculosis, enfermedades de origen hídrico y otras enfermedades transmisibles evitables y la desnutrición, especialmente en el infante y el escolar.

Para el año 1950 se asignó una suma per cápita de B/.5.08 al sector salud, del cual lo asignado al nivel de recuperación (Recuperación Hospitalaria) fue de B/.3.25 y a todas las otras actividades de promoción y prevención de la salud sólo B/.1.83. En 1951 el per cápita fue de B/.4.88 para todo el sector, pero se logró un aumento del per cápita para los niveles de promoción y prevención a B/.1.90, a pesar de todos los esfuerzos en lograr que se aceptara que la salud y no la enfermedad debe ser la meta, principio y prioridad de toda la ejecutoria del **sector público**. Estos niveles per cápita dedicados a proteger la salud del panameño serán comparados con los niveles asignados posteriormente y en la actualidad.

- 2.-La intensa preparación de nuestros profesionales y técnicos en las especialidades de salud pública, acción indispensable para formar un equipo humano adiestrado para programar y ejecutar las múltiples y complejas actividades que conforman un moderno Departamento de Salud Pública. Así lo expresa el Director del Departamento en la Memoria de 1951 cuando dice: "*La tecnificación de nuestros funcionarios tiene que ser una preocupación de primera magnitud y prioridad para el Gobierno Nacional*". Esa labor se realizó progresivamente y con amplia cobertura a lo largo de los siguientes 15 años con el apoyo técnico de los organismos internacionales con numerosas becas, lo cual hizo posible la formación de un recurso técnico-profesional, que aseguró el desarrollo de una estructura sólida del Sector Salud, de reconocimiento internacional.
- 3.-El ataque intensivo hacia el control a corto plazo y erradicación a mediano plazo de las enfermedades transmitidas por vectores, especialmente la *malaria*. El avance realizado con la cooperación del SCISP fue significativa. En 1956 se creó, para tal efecto, el Servicio Nacional de Erradicación de la malaria (SNEM).
- 4.-La organización de un programa nacional contra la enfermedad que más muertes estaba cobrando en el país: tuberculosis, recibió también el apoyo de organismos internacionales lo que permitió desde 1953 ampliar la vacunación en masa con la vacuna BCG y con la inauguración del Hospital Nicolás A. Solano. Se amplió el ataque contra esta enfermedad a nivel nacional en 1958, con la estructuración de un organismo que reemplazó a la llamada lucha contra la *tuberculosis*. La Campaña Nacional Antituberculosa, se extendió con múltiples actividades de control en todas las áreas, tanto urbana como rural a partir de ese año. Este programa se informará con detalle más adelante y se seguirá describiendo en el capítulo séptimo.

5.-La aplicación de tecnologías de dinámica de grupo para la organización de las comunidades para impulsar su participación, especialmente en las poblaciones rurales, con la formación de Comités Locales para el apoyo en el ataque y la atención de sus necesidades en el campo de la salud, para ir las convirtiendo progresivamente de comunidades con problemas en comunidades con soluciones. Esta actividad se inició con la campaña nacional antituberculosa a partir de 1958.

Con esta obligante introducción, pasamos a la presentación histórica, analítica de los aspectos relevantes a lo largo del desarrollo de los programas del Sector Salud, en este período 1948-1958.

Como consecuencia de los aspectos negativos que se encontraron al inicio del año 1951 y ya comentados en esta introducción, nos encontramos con varios brotes epidémicos de enfermedades controlables, precisamente cuando dichos enfoques no estaban adecuadamente dirigidos hacia el control preventivo de estas enfermedades. A pesar de que habíamos sido receptores de la extraordinaria actividad que en este campo se había realizado durante la construcción del Canal, con el positivo control de todas las enfermedades cuarentenables, en 1948 no contábamos aún con una adecuada proyección epidemiológica, base indispensable para atacar en forma racional la diseminación de las enfermedades transmisibles. Así vemos cómo en 1948, se registra un brote epidémico de tos ferina a nivel nacional de 386 casos, brote que se transformó en verdadera epidemia en 1949 cuando se registraron más de 2,200 casos. Igualmente en 1949 se registra por primera vez en el país, un número de 90 casos de poliomielitis, los cuales siguieron en aumento en 1950. Igualmente se registró un aumento considerable de casos de Sarampión, especialmente en la población indígena de la provincia de Chiriquí (Gnobe Bugle), siendo la población indígena muy susceptible a esta enfermedad y a sus complicaciones, a veces fatales. Durante este mismo año -1949- apareció sorprendentemente un brote de fiebre amarilla. Su compleja característica epidemiológica será analizada más adelante.

En relación con la Buba - Píán o Frambesia, en este período aún se registraba esta enfermedad en nuestra población rural, la cual había sido beneficiada durante los 10 años anteriores, con el desarrollo de la Campaña Anti-Pianica. Sin embargo, en 1950 dicha campaña fue eliminada.

En la proyección analítica del *Continium* de Salud en el transcurso del primer centenario de la República, consideramos que al inicio de este período, de 1948-1950, los conceptos modernos de la tecnología epidemiológica, no estaban siendo aplicados en nuestros programas nacionales de salud pública, con excepción de la campaña contra la malaria. Lógicamente era necesario contar para ello, con un equipo técnico profesional bien adiestrado en este campo para establecer una proyección logística - epidemiológica efectiva. Como se comentó en la introducción de este capítulo, numerosos profesionales y técnicos con experiencia ganada, desde el desarrollo de los programas dirigidos por la Funda-

ción Rockefeller y los primeros años de la asistencia técnica del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, no formaban parte del equipo que el Departamento Nacional de Salud Pública requería para el desarrollo de los programas del Sector Salud.

Se reconoce que el arma más eficaz, de proyección investigativa y programática en salud pública es la Epidemiología, ya que es la base fundamental para la planificación de los programas de salud de un país. Este avance tecnológico, que comenzó décadas antes del período que abarca este capítulo, se inicia con los Clásicos Postulados de Koch de finales del siglo XIX y actualizados por Topley y Wilson en 1936, así:

- 1- "El microorganismo debe ser definido y encontrado en todos los casos de la enfermedad en cuestión. Su localización y distribución en el enfermo debe estar de acuerdo con las lesiones observadas".
- 2- "El organismo así aislado debe producir la misma enfermedad en animales susceptibles".

Estos postulados constituyen el concepto epidemiológico fundamental de causa-efecto. Estos postulados fueron la base clásica de la identificación del bacilo Koch en 1882 y siguen siendo la base científica, programática y estratégica del ataque a la diseminación de esta enfermedad, como la de todas las enfermedades, inclusive a las no transmisibles.

La Campaña Nacional Anti-Tuberculosa que se desarrolló con intensidad y amplitud nacional, a partir de 1958, se organizó basada en estos postulados clásicos de Koch y en las avanzadas y originales tecnologías epidemiológicas desarrolladas en Panamá, que al ser aplicadas en forma agresiva y con participación activa de la comunidad, logró prácticamente dominar su conducta endémica que por muchos años había estado diezmando a nuestra población. Este programa de avanzada, será descrito y analizado más adelante.

Nos parece necesario profundizar, algo más, en la proyección epidemiológica de los programas de salud pública, como sigue:

Para proyectar con eficiencia y buen éxito, los programas de control de los daños a la salud, se requiere establecer estrategias que sean dirigidas a la asociación causal específica, incluyendo todos los factores condicionantes que propician e incrementan el desarrollo progresivo del daño: Enfermedad. La Epidemiología como método investigativo, probatorio y de proyección de amplio espectro en el ataque de los daños a la salud, repetimos, constituye la base para estructurar los programas de salud pública de un país, tanto en la fase planificadora, como en la operacional, basada en las estrategias programáticas.

A los tres factores clásicos que definen la Epidemiología: Agente patógeno, susceptibilidad y medio ambiente, hoy se agrega un cuarto factor que es la política de salud, la cual definimos como la forma, como el personal de salud adiestrado utiliza los recursos disponibles para incrementar progresiva y permanentemente los niveles de salud del país.

En la misma forma como este concepto constituye la base para la adecuada implementación de los planes de salud en los diferentes niveles, en tiempo y espacio, lo es también en los planes de comando central, dirigidos al ataque de la tuberculosis, la malaria, la desnutrición, la dotación de agua potable, etc. y se desarrollan temporalmente, cuando los criterios que lo justifican definen la magnitud del daño y su vulnerabilidad, y se aplican las técnicas disponibles, con especificidad y efectividad. Además deben cumplir con características claras para someterse al indicador económico: Costo/Efecto:

- 1.-Que cubran gran extensión territorial y preferiblemente el total del país.
- 2.-Que cubran la población accesible y no accesible.
- 3.-Que tengan metas de control o de erradicación del daño a corto, a mediano o largo plazo.
- 4.-Que mediante el cumplimiento del punto 3, los planes de Comando Central puedan ser descentralizados a nivel de áreas programáticas locales.
- 5.-Que requieran instrumentos específicos y altamente especializados.
- 6.-Los instrumentos son monovalentes - específicos.
- 7.-El daño a la salud (enfermedad), debe ser reducible y de alta vulnerabilidad.

Todos estos factores clásicos integrados con las tecnologías de avanzadas de planificación, basadas en bien definidas políticas de salud y nuevas u originales estrategias se aplicaron en la estructuración de la Campaña Nacional Antituberculosa a partir de 1958, cumpliendo además con las características enunciadas anteriormente, que son indispensables para la aplicación del indicador Costo/Efecto. En el capítulo 7mo. se ampliará el análisis de las nuevas tecnologías de la planificación de la salud.

La aplicación efectiva del método epidemiológico debe tener una cobertura significativa en todos los niveles de prevención de los programas de avanzada de la salud pública:

- | | |
|--------------------------|---|
| 1.-Prevención Primaria | <ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la Salud: • Educación Sanitaria, Nutrición, etc. |
| 2.-Prevención Secundaria | <ul style="list-style-type: none"> • Protección de la salud. • Diagnóstico precoz. • Producción de inmunidad (vacunación). • Tratamiento oportuno y eficaz. |
| 3.-Prevención Terciaria | <ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación integral. • Limitación de las complicaciones y de la incapacidad. |

El desarrollo anterior relacionado con el método epidemiológico aplicado, se ha presentado como ejemplo del modelo utilizado con tanto éxito en el control de la tuberculosis desarrollado en Panamá y algunas de las estrategias aplicadas, como la organización de las comunidades, especialmente la dinámica de grupo para lograr la participación activa de cada comunidad en el programa. Estas estrategias se siguieron aplicando en otros programas del Sector Salud con muy buen éxito.

Campaña Nacional Antituberculosa

Para la lucha contra la *tuberculosis*, como se ha comentado anteriormente, se proyectaron varios esfuerzos gubernamentales que nunca fueron puestos en práctica o que no dieron resultados efectivos. Así por ejemplo, en 1917 se dictó una Ley de Impuestos sobre los licores, los cuales serían dedicados a la lucha contra esta enfermedad, cuyo producto aparentemente nunca fue usado para este propósito. En 1929 se creó una Comisión Nacional contra la tuberculosis que resultó inoperante. En 1938 se creó un Departamento contra la tuberculosis y no se registra avance significativo en el control de la enfermedad. Ya en 1945, dependiente del Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública opera la denominada Lucha Antituberculosa. Este organismo estatal desarrollaba actividades centralizadas para el control de dicha enfermedad, en dos Dispensarios Antituberculosos, uno en la ciudad de Panamá y el otro en la ciudad de Colón. Las actividades de estos organismos estaban por consiguiente, limitadas al diagnóstico y tratamiento de los casos que concurrían a estos Dispensarios. La cobertura resultaba ser muy baja en relación con la alta prevalencia de la tuberculosis a nivel nacional, ya que los pacientes provenientes de todas las áreas del país, fuera de las ciudades de Panamá y Colón, tenían que desplazarse de sus comunidades, para obtener la atención brindada por estos dispensarios. El aislamiento de los casos avanzados, se llevaba a cabo en la Sección H del Hospital Santo Tomás, la cual sólo contaba con alrededor de veinticinco camas y por consiguiente, el aislamiento de los casos activos, contagiosos era muy limitado. La importantísima actividad de protección con la vacuna BCG (Bacilo Calmette-Guerine) se comenzó a aplicar con alta cobertura desde 1953. Un proyecto de hospital antituberculoso que se debía construir en la carretera transistmnicna con planos ya terminados, no llegó a realizarse.

A continuación presentamos los hechos que produjeron una proyección epidemiológica altamente exitosa contra la tuberculosis de 1958 a 1968. En este periodo se redujo progresivamente la incidencia y prevalencia, a nivel nacional, en forma sin precedentes y la mortalidad bajó, del primer lugar a por debajo de las 10 primeras causas de muerte, al final de la década de los sesenta y la ausencia casi total de la meningitis tuberculosa, que tantas muertes causaba a nuestra niñez en los primeros cincuenta años de nuestra vida republicana.

El 11 de mayo de 1951 con el inicio del nuevo gobierno nacional presidido por el presidente Alcibiades Arosemena, el recién nombrado Ministro de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública, Ing. Juan de Arco Galindo, solicitó una terna a la Asociación Médica Nacional para escoger al nuevo Director Nacional del Departamento de Salud Pública, que de acuerdo con el Código Sanitario vigente debía contar con la especialización en esta rama de la medicina. El autor de esta obra fue el escogido de dicha terna. El Ministro Galindo, con el deseo de realizar una obra o programa de gran importancia, en el periodo relativamente corto que quedaba de esa administración (1951-1953), solicitó al nuevo Director del Departamento de Salud Pública, que le presentara una recomendación de posible realización en ese corto periodo. El

Alberto E. Calvo Sucre

Director le informó al Ministro que la tuberculosis era el problema más importante de atacar en el campo de la salud nacional y que se requería urgentemente contar con un hospital dedicado exclusivamente al aislamiento y tratamiento de los enfermos de tuberculosis. Le insistió que este hospital debía ser organizado con alta tecnología, para poder ampliar la recuperación de los casos avanzados de dicha enfermedad con técnicas médico-quirúrgicas, considerando que existía una gran cantidad de estos enfermos en estado muy avanzado de esta enfermedad y los cuales constituían la fuente principal del contagio de la población susceptible y el aumento considerable y progresivo de esta enfermedad, tanto en el aspecto de morbilidad como en el de la mortalidad, que tan alto costo producía a la economía nacional. Le informó seguidamente, que en La Chorrera, en los terrenos de la «Exceptuada», existía un hospital sin concluir y abandonado desde hacía un par de años y que originalmente se había proyectado a ser dedicado a la rehabilitación de enfermos crónicos mentales. Recomendaba por consiguiente, que el hospital fuera rescatado a corto plazo para dedicarlo como base operacional de la Campaña Antituberculosa, que también le recomendaba, fuera reestructurada en forma urgente ya que el país así lo requería. El Ministro Galindo aprobó de inmediato, tanto la recomendación referente a la recuperación del hospital ubicado en La Chorrera como la organización de una campaña nacional contra la tuberculosis. Se nombró una comisión de tres ingenieros, presidida por el Ing. Guillermo Rodríguez, Jefe de la Sección de Ingeniería Sanitaria, para que realizaran una evaluación del estado físico de la obra y calcularan la suma requerida para rehabilitar y finalizar la construcción de dicha obra. La comisión presentó el informe requerido y un cálculo de B/.300,000.00 como suma necesaria para la total recuperación del hospital de La Chorrera. Esta suma fue solicitada, con carácter urgente, por el Ministro Galindo a la Caja del Seguro Social, la cual fue aprobada en carácter de préstamo para ser cubierto por el Ministerio progresivamente con el costo de la hospitalización y recuperación de los casos de asegurados tuberculosos, que fueran atendidos en dicho hospital.

Con este préstamo de la Caja del Seguro Social y la Asistencia Técnica del SCISP y la OPS, se logró terminar la construcción del hospital conocido con el nombre de Hospital Nicolás A. Solano, que pasó a ser, como se dijo anteriormente, la base operacional de la Campaña Antituberculosa, que se comenzaba a organizar y que no vino a desarrollarse con gran intensidad y con cobertura nacional hasta el año 1958. El hospital así terminado fue inaugurado en septiembre de 1952, pero no comenzó a prestar los servicios especializados médico-quirúrgico a enfermos tuberculosos activos hasta marzo de 1953, cuando todo el equipo profesional y técnico había sido adiestrado, mediante la asistencia técnica brindada por los organismos antes mencionados, especialmente del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. Este organismo suministró los servicios de 2 enfermeras especializadas para el adiestramiento y supervisión de este importante servicio. Es necesario anotar también, que gran parte del equipo y mobiliario (camas, sillas, mesas, estanterías, escritorios, enseres de comedor y cocina, etc.) se consiguió como donación, del llamado "Surplus" de

la Zona del Canal, el cual fue debidamente preparado para su debida utilización, en las salas y oficinas del hospital, en una labor mancomunada de obreros y técnicos, designados para tal efecto, además de numerosos voluntarios que ofrecieron su apoyo, sin contar con remuneración alguna. Dicha labor, representó un significativo ahorro en el equipamiento de dicho hospital.

La Lucha Antituberculosa como tal de 1952 a 1957 concentró sus actividades en las ciudades de Panamá y Colón, con los Programas de radiografías de tórax desarrolladas en masa (Programas de Radiografías de Colectividades), con los equipos que tomaban las pequeñas radiografías - minifilms, muy económicas, las cuales permitían detectar imágenes sospechosas de la enfermedad. Estas últimas eran complementadas con radiografías de tórax de tamaño normal para la confirmación preliminar del diagnóstico, el cual debía ser confirmado definitivamente por el examen de laboratorio. Este diagnóstico radiológico inicial, permitía alimentar de inmediato la Base de Datos para el control continuo epidemiológico y la iniciación del tratamiento cuando dichas imágenes radiológicas permitían un diagnóstico presuntivo de tuberculosis pulmonar.

Estas miles de mini-radiografías- minifilms, se realizaban continuamente en todas las empresas industriales, comerciales, bancarias, instituciones educativas (Secundarias y Universitarias), y permitió detectar numerosos casos de tuberculosis incipiente que respondían efectiva y rápidamente al tratamiento específico. Esta experiencia inicial fue respaldada, a partir de 1954, por la Organización Panameña Antituberculosa (OPAT).

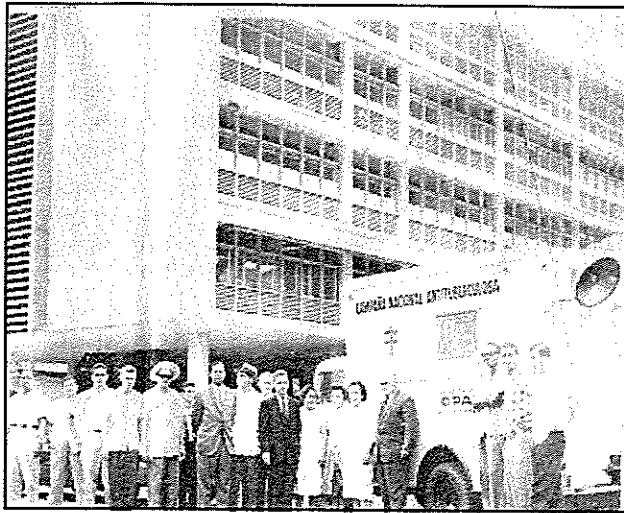
A pesar de todas estas actividades realizadas en la lucha contra la tuberculosis de 1952-1957, en la Memoria del Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública de 1957, se informa que ha habido un aumento en la incidencia de la enfermedad en el periodo de 1956 a 1957 de 999 casos nuevos. Sin embargo, se informa en esta Memoria, que sólo estaban bajo control de la lucha antituberculosa 2006 casos activos. La mortalidad en la ciudad de Panamá se mantenía a un nivel de 35 muertes por 100,000 habitantes por año. Se recomienda que, con suma prioridad la tuberculosis sea atacada, con base en la doctrina epidemiológica comprensiva con amplitud nacional.

En el siguiente capítulo presentaremos el nuevo programa: Campaña Nacional Antituberculosa que se desarrolló de 1958 a 1968.

Organización Panameña Antituberculosa (OPAT)

La Organización Panameña Antituberculosa, de merecido reconocimiento por su extraordinaria labor de apoyo a los programas de control de la tuberculosis desarrollado por el Departamento Nacional de Salud Pública, se constituyó como una organización de la comunidad nacional, no gubernamental, contrario a lo que se ha informado por diferentes medios, atribuyéndole responsabilidades que nunca asumió y que eran del dominio gubernamental. Por ello es necesario aprovechar la oportuni-

dad que nos ofrece esta obra para establecer su verdadero origen, su organización y desarrollo como la organización nacional privada dedicada a cooperar al ataque frontal contra una enfermedad específica, la *tuberculosis* que tantas vidas de miles de panameños había cobrado, a lo largo de este primer centenario de la República.



Donación de una unidad móvil a la Campaña Nacional Anti-tuberculosa del Departamento Nacional de Salud Pública por la Organización Panameña Anti-tuberculosa (OPAT).

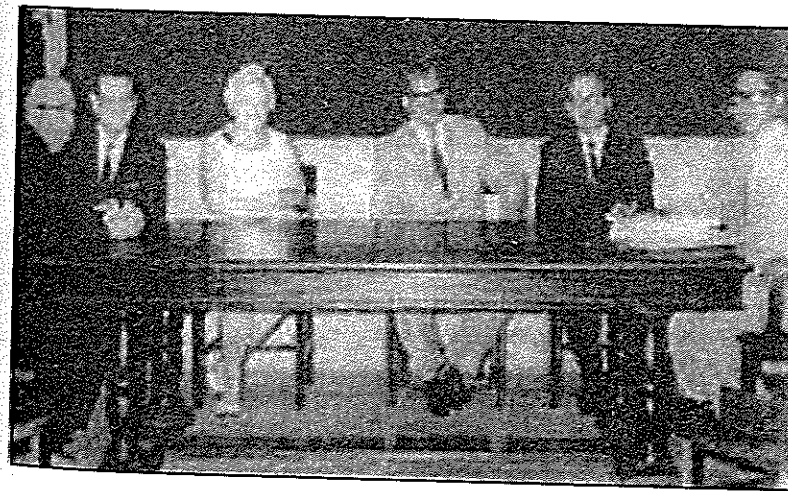
Al inicio del periodo que estamos analizando se destacó la necesidad de procurar el apoyo de la comunidad privada a los programas oficiales de salud pública, por razones obvias antes comentadas. Así se logró, a principios de 1952 estructurar el primer grupo no gubernamental mediante la participación técnica del Lic. Guillermo Beleño, especialista en salud pública con énfasis en estadísticas vitales y educación sanitaria. Esta primera organización se le llamó ONASP (Organización Nacional para el Avance de la Salud Pública). Entre sus primeros directivos recordamos a don Enoch Adames por el Club de Leones, el Dr. Juan Rivera Reyes por el Colegio de Abogados, don Julián Pérez por la Prensa y don Fernando Eleta Almaran por la Empresa Privada y otros.

Con la determinación del gobierno que se inició el 10 de mayo de 1951 de atacar la tuberculosis por considerarla el problema número uno en el campo de la salud, la Dirección Nacional de Salud Pública le propuso, en una reunión, al grupo recientemente organizado (ONASP) cambiar sus amplios objetivos de apoyo al organismo gubernamental, a uno más específico: como el de la lucha contra la tuberculosis y al ser aprobado por dicho grupo esta iniciativa, la Dirección del Departamento solicitó a Lic. Guillermo Beleño que organizara una reunión en el Auditorio del Instituto Conmemorativo Gorgas a la cual debía concurrir la mayor cantidad de representaciones de clubes, asociaciones profesionales y cívicas. Dicha reunión se llevó a cabo el 15 de agosto de 1952 y concurrieron más de 80 representantes de entidades cívicas. A don Enoch Adames le tocó, aceptando nuestra solicitud, proponer la

fundación de esta nueva organización y los nombres de los que constituían la Primera Directiva: Dr. Gaspar Arosemena, Presidente de la Asociación Médica Nacional como Presidente de la nueva organización, el autor de esta obra como Vice-Presidente y Secretario Ejecutivo (en ese entonces, Director General del Departamento Nacional de Salud Pública), al Ing. Fernando Eleta A. como Tesorero, al Dr. Juan Rivera Reyes como Síndico, a la Lic. Elsa Valdés como Presidenta del Comité de Damas, al Lic. José A. Carvajal y al Lic. Julián Pérez para presidir los Comités de Asociaciones Profesionales de Prensa y Radio respectivamente, como Secretario General al Lic. Guillermo Beleño (Ad Honoren). Con el respaldo profesional de este último preparamos los estatutos de dicha Organización y el 24 de Noviembre de 1952 se solicitó y consiguió la Personería Jurídica, mediante Resolución 685 de esa fecha, lo que permitió que a partir de Diciembre de ese mismo año la organización que tomó las siglas que se hicieron populares: OPAT, iniciará sus múltiples programas de apoyo a la Campaña Nacional Antituberculosa.

Para complementar esta constancia histórica de la OPAT describimos a continuación la estructura orgánica establecida en sus estatutos:

- 1.-Consejo Ejecutivo Nacional, máximo organismo compuesto por todos los miembros activos.
- 2.-Comité Ejecutivo. El presidente del Consejo Ejecutivo fungía de presidente del Comité Ejecutivo.
3. Comité Técnico Asesor
4. Comité de Damas
5. Comité de Prensa y Radio
6. Comité de Instituciones Cívicas y Profesionales



Comité Ejecutivo de la OPAT 1955

De izquierda a derecha: Dr. Morgan, Síndico; Señor Marciaq, Tesorero; Doña Maud de Cannavaggio, Presidenta del Comité de Damas; Dr. Gaspar Arosemena, Presidente; Dr. Alberto Calvo, Vice-Presidente; Lic. Rafael Peralta Ortega, Secretario.

Objetivos:

- 1.-Estimular la iniciativa privada y contribuir con la Campaña Nacional Antituberculosa de la República de Panamá a fin de obtener más efectiva y coordinada participación de la comunidad panameña en la Campaña contra la tuberculosis.
- 2.-Cooperar con el Departamento Nacional de Salud Pública en la realización de los planes establecidos y que se establezcan en el futuro, oficialmente por la Campaña Nacional Antituberculosa.
- 3.-Realizar campañas de educación al público en todo lo relacionado con esta enfermedad. Estas campañas serán de divulgación tendientes a un mejor conocimiento de la transmisión y recuperación de la tuberculosis.
- 4.-Procurar el establecimiento de un subsidio para las familias de los tuberculosos de bajos recursos.
- 5.-Fomentar el establecimiento de instituciones antituberculosas locales, facilitando su financiamiento.
- 6.-Estimular la creación de capítulos de la OPAT en las colectividades de la República (Comités Locales Antituberculosos).
7. Contribuir a la rehabilitación del enfermo tuberculoso.
8. Cooperar con las acciones similares existentes en el extranjero.

A continuación se detallan las principales actividades y realizaciones de apoyo de la OPAT a la Campaña Nacional Antituberculosa:

1.-Sello de la OPAT

El sello antituberculoso, conocido internacionalmente como el sello de navidad, se estableció en Panamá con su primera edición el mes de diciembre de 1953. Esta actividad constituyó el aporte más consistente de la OPAT a la Campaña Nacional Antituberculosa, y fue desarrollada por el Comité de Damas. Se reconoce en esta oportunidad la gran labor realizada por varios años por doña Maud de Canavaggio, como Presidenta del Comité de Damas y su intensa actividad en la venta del Sello de la OPAT. El primer sello emitido en diciembre de 1953 fue dedicado a la primera obra construida con fondos de la OPAT, o sea, el edificio de Laborterapia del Hospital Nicolás A. Solano.

Primeros Sellos de la OPAT: edificio de Labor-Terapia del Hospital Nicolás A. Solano, Vacunación BCG 1951 - 1961, Gráfica del descenso intenso de la prevalencia de la tuberculosis. Celebración del cincuentenario del sello de la tuberculosis que se originó en Francia en 1904.



2. La Semana de la OPAT

En diciembre de cada año, se realizaban las actividades más intensas y efectivas de la OPAT durante una semana de este mes. Entre estas actividades se destacan:

- 1.-Charlas en los colegios y escuelas, dictadas por los miembros del Comité Técnico Asesor de la Organización.
- 2.-Concurso de la OPAT: actividad eminentemente educativa de promoción entre el estudiantado del país.
- 3.-Parada de la OPAT: En esta actividad participaban los colegios de la capital, emulando las paradas del 3 y 4 de noviembre y en las cuales se portaba una bandera blanca con la Gran Cruz de Lorena, extendida horizontalmente. En ella los espectadores depositaban su contribución voluntaria.
- 4.-Teletón: El primer Teletón se desarrolló en el Paraninfo de la Universidad de Panamá, logrando una recolección de fondos de gran magnitud.
- 5.-Urnas selladas colocadas en áreas estratégicas para la recolección de fondos.

Entre las obras realizadas por la OPAT se destacan:

- 1.-El Edificio de Terapia Ocupacional en el Hospital Nicolás A. Solano
- 2.-El Dispensario Antituberculoso de Río Abajo, los Anexos Antituberculosos en los Hospitales de Penonomé, Soná y David.

Estos últimos facilitaron el inicio de descentralización a nivel local, de la Campaña Nacional Antituberculosa, con la supervisión profesional continua desde el nivel central.

Continuamos en el desarrollo de este capítulo, presentando otros aspectos relevantes que caracterizaron este período:

Campaña contra la fiebre amarilla: (Brotos 1948 a 1952)
Antes de informar sobre los brotes de fiebre amarilla selvática ocurridos de 1948 a 1952, procederemos a desarrollar el complejo proceso de transmisión del virus causante de la fiebre amarilla (Virus Amarilicus).

La República de Panamá, es un área en la cual se ha comprobado la existencia de la fiebre amarilla en diferentes épocas. Ha venido presentándose en forma epidémica desde mediados del siglo XIX y probablemente, desde muchos años antes y sólo se registran datos estadísticos desde 1881. De acuerdo con investigaciones realizadas por Norman W. Elton, durante el primer intento de construcción del Canal Transistmico por los franceses (1881 a 1902) se registraron 1048 muertes causadas por esta enfermedad, entre los trabajadores y 1461 un total de 2509 muertes, sin contar, las que pudieron ocurrir en las ciudades de Panamá y Colón de 1886 a 1902. Sólo en 1886 se registraron 587 muertes entre trabajadores del Canal Francés y los habitantes de la ciudad de Panamá, lo que evidencia la altísima incidencia de magnitud epidémica de la fiebre amarilla en esa época.

De acuerdo con lo informado en el capítulo segundo de esta obra, y como consecuencia de la extraordinaria Campaña de Saneamiento realizada desde el inicio de la construcción del Canal por los Estados Unidos, se logró dominar, entre otras enfermedades transmisibles, la fiebre amarilla, registrándose el último caso autóctono en noviembre de 1905. De 1906 a 1919 se registraron 17 casos, todos importados de Sur América, México y Centroamérica.

Se hace necesario comentar, que en toda esa época de altísima incidencia de esta enfermedad, se hablaba sólo de una entidad nosológica: fiebre amarilla, pues aún no se conocía de la presencia del Virus Amarílico en la selva, como se descubrió muchos años después, ya que fue mediante las primeras investigaciones realizadas por el Instituto Conmemorativo Gorgas en 1929, 1930, 1931 y más tarde en 1935 y 1936, por su Director, el Dr. Carl M. Johnson, que se comenzaron a detectar casos originados en las áreas selváticas de la provincia de Darién. En 1943 Kumn y Crawford, de la misma Institución, llegaron a la conclusión de que en el área colindante con el Río Bayano, habían ocurrido brotes de lo que denominaron fiebre amarilla selvática.

En estas intensas investigaciones realizadas por el Instituto Conmemorativo Gorgas, han participado en forma tenaz y efectiva los doctores Carl Johnson, H. Kumn, P. J. Crawford, Pedro Galindo, H. Trápido, S. Carpenter, Herbert Clark, Enid de Rodaniche, etc., los cuales, merecen un reconocimiento por su extensa labor de investigación que ha enriquecido el área de la medicina tropical. La Dra. Enid de Rodaniche, aisló por primera vez el Virus Amarílico del suero de un paciente.

Fue a base de estas investigaciones realizadas en las regiones selváticas en la República de Panamá, primordialmente a lo largo de las faldas de la Cordillera Central, en la provincia de Darién y en las pluviselvas, que se extienden a lo largo de las costas del Caribe (provincia de Bocas del Toro), como se pudo definir la diferencia entre la transmisión del Virus Amarílico en la selva y la transmisión en el área urbana.

El reservorio de las selvas es el mono, especialmente del género *Aloatta*, el cual habita en la copa de los inmensos árboles de la selva. Con frecuencia se producen *epizootias* de fiebre amarilla selvática causando una alta mortalidad entre los monos del género *Aloatta*. La intensa labor investigativa para identificar los vectores del Virus Amarílico en la selva, permitió puntualizar que entre los numerosos mosquitos selváticos, dos (2) especies son las que constituyen los principales vectores transmisores del virus de mono a mono y de mono al hombre que visita la selva o vive alrededor de ella. Estos son: *Haemagogus spegazzinii falco*, vector transmisor de mono a mono, que habita en la copa de los árboles (huecos del tronco o ramas) y no baja a nivel de tierra, y el *Aedes leucocelaenus*, que es el vector de mono a hombre y que se reproduce en charcas a nivel de tierra. Así se explica el proceso epidemiológico preciso que describe la transmisión en la selva del Virus Amarílico del mono a mono y de éste al ser humano, mediante picadas de dos diferentes mosquitos vectores, y que a pesar de que el agente causante de la enfermedad es el mismo virus, la enfermedad contraída en la selva por el ser humano se denomina *fiebre amarilla selvática* y la

que transmite este hombre enfermo a otro congénere en un área urbana, mediante otro vector el mosquito *Aedes aegypti*, se denomina *fiebre amarilla urbana*. Esta última es hoy controlable como lo logró el Dr. W.C. Gorgas, en el siglo pasado, durante la construcción del Canal por USA y que no pudo ser controlada durante la construcción del "Canal Francés", porque durante esa época no se conocía que la fiebre amarilla era transmitida por mosquitos, como lo es el dengue y la malaria. Por consiguiente, esta enfermedad en esa época sí podía considerarse primordialmente *fiebre amarilla urbana*, la cual producía tantas miles de muertes durante el siglo XIX, en las ciudades de Panamá y Colón y entre los trabajadores del Canal "Francés".

Conclusión:

Sino hay *Aedes aegypti*, no hay *fiebre amarilla urbana*.

Brote de fiebre amarilla selvática (1948- 1952)

En noviembre de 1948, en forma sorpresiva, se presentó el primer caso de *fiebre amarilla selvática*, en una sala del Hospital Santo Tomás. El diagnóstico originalmente establecido fue encefalitis malárica. Este caso fue seguido por 4 casos más con cuadros clínicos similares, lo que produjo una gran confusión entre el personal médico. Sin embargo, anotamos que el primer y único facultativo que sugirió la posibilidad de tratarse de casos de fiebre amarilla, fue el recordado y respetado internista Dr. José María Núñez. Los 5 casos fueron diagnosticados post-mortem como fiebre amarilla y al definirse el origen de su procedencia como agricultores que trabajaban en contacto directo con la selva (Darién), se identificó el diagnóstico definitivo post mortem como *fiebre amarilla selvática*.

El Dr. José María Herrera, Jefe de Patología del Hospital Santo Tomás informo posteriormente, que 10 residentes de la zona de donde procedían los 5 primeros casos fatales, sufrieron una fiebre de origen desconocido y que posteriormente, 8 de ellos resultaron con sueros positivos a la prueba de protección a la fiebre amarilla. Por ello se estima que este primer brote de 1948 pudo haberse elevado a 13 casos. El segundo brote epidémico ocurrió en 1949 (2 casos), ambos procedentes de áreas próximas a las selvas del Darién. Estos dos casos fallecieron 2 días después de su ingreso al hospital. En enero de 1950 ocurrió un nuevo caso procedente de la región del Chagres, el cual, también fue fatal.

Una vacunación en masa iniciada en 1949 y que duró casi un año, fue realizada bajo la Dirección del Dr. K.O. Courtney de la autoridad sanitaria del canal, y cubrió alrededor del 80% de la población urbana de toda la República y la Zona del Canal. Sin embargo el Virus Amarílico había sido llevado por los monos que en una estampida, huyéndole a la severa *Epizootia*, llegaron hasta la provincia de Bocas del Toro y siguieron hasta Costa Rica. Es así como en Bocas del Toro, se produjeron 2 casos en 1951, uno de ellos fatal a pesar de haber sido vacunado 3 días antes de su ingreso. Y a pesar de que desde 1951 no se ha informado la existencia de caso

- En esta misma población rural, encuestas sobre crecimiento y desarrollo se establece un retraso de 2 años en la relación de edad cronológica vs. edad ósea.
- Inauguración del hospital de la ciudad de Los Santos con el nombre de Hospital San Juan de Dios.
- Vacunación contra la fiebre amarilla. Cobertura 38,000 vacunados.

1957

Empréstito por 2 millones de dólares con el Export / Import Bank para la extensión de tuberías para dotar de agua potable a la población circundante de la ciudad de Panamá y la extensión del sistema de alcantarillado.

- Enriquecimiento de la harina de trigo. Mediante Decreto Ejecutivo N° 497 de 31 de octubre que establece la obligatoriedad de esta medida sanitaria.
- Aumento de costo del día/cama a pacientes de CSS. Mediante acuerdo entre el Ministerio y la CSS se establece el costo día/cama de B/.7.11 en lugar del costo día/cama anterior que era de B/.2.00.

1958

Nuevas encuestas nutricionales.

- Con la aplicación de técnicas de muestras estratificadas en 8,000 escolares se desarrollan estas encuestas en Remedios, San Félix, Bocas del Toro, Palmas Bellas y La Arena.

RESUMEN

- 1.-En 1951 se restituyeron los técnicos y profesionales de la salud, que no se encontraban formando parte del Departamento Nacional de Salud Pública de ese año. Se procedió a reestructurar dicho departamento y se logró reiniciar el apoyo de los organismos internacionales a los programas de este sector como el SCISP OMS/OPS, como UNICEF. Con las numerosas becas ofrecidas por estos organismos se inició el adiestramiento de los profesionales en el campo de la Salud Pública, los cuales más tarde formaron el equipo de técnicos que lograron progresivamente un gran avance de los programas de salud pública en nuestro país.
- 2.-Avance significativo del control de la malaria, con una nueva meta de erradicación mediante la creación en 1956 del Servicio Nacional de Erradicación de la malaria (SNEM). Este servicio asumió el Programa de Control del *Aedes aegypti* y al año siguiente, se declaró al país libre de éste vector. El Programa para la erradicación de la malaria se reforzó mediante un convenio tripartito con la OMS y UNICEF, el cual aseguró la suma de B/.2,386,930.00 aportados por el Gobierno Nacional y UNICEF.

3.-Brotos de fiebre amarilla selvática (1948-1952). En forma sorpresiva en noviembre de 1948 se presentaron en el Hospital Santo Tomás cuatro casos sucesivos con cuadros clínicos de etiología de difícil identificación y que mediante estudios patológicos post mortem fueron identificados, como fiebre amarilla de origen selvático, por su procedencia (provincia de Darién). En 1949 ocurrieron dos casos adicionales también, diagnosticados post mortem y un nuevo caso en 1950 procedentes de la región del Chagres. Finalmente en 1951, se informaron de dos casos de la misma enfermedad en la provincia de Bocas del Toro.

Como consecuencia de este severo problema epidemiológico, se realizaron intensas investigaciones en el Instituto Conmemorativo Gorgas, las cuales permitieron definir la transmisión compleja de la fiebre amarilla en las áreas selváticas la República de Panamá; lo cual representó una contribución muy importante en el conocimiento más exacto de la transmisión de la fiebre amarilla en la selva y su posible desarrollo en las áreas urbanas con la definición de la diferencia epidemiológica entre la fiebre amarilla y la fiebre amarilla selvática. En 1949 se desarrolló una vacunación en masa contra esta enfermedad que duró un año y que cubrió alrededor del 80% de la población urbana y que se llevó a cabo con la cooperación de la autoridad sanitaria del Canal.

En el período 1949-1950 se produjo un brote de Poliomielitis a nivel nacional de noventa casos, en 1956 apareció un nuevo brote de 152 casos, se desarrolló una vacunación en masa con la vacuna oral sabin.

4.-Tuberculosis

Esta enfermedad constituía uno de los principales problemas de morbilidad y mortalidad en nuestro país. Las estadísticas nacionales de morbilidad ubicaban en el primer puesto a la tuberculosis. En 1958 se organizó un nuevo programa con amplitud nacional llamado Campaña Nacional Antituberculosa, la cual contó con una base operacional: El Hospital Nicolás A. Solano, que inició sus actividades en marzo de 1953, después que, mediante empréstito de B/.300,000.00 efectuado por la CSS al Ministerio de Trabajo Prevención Social y Salud Pública, el hospital abandonado en la ciudad de La Chorrera fue reconstruido para ser específicamente dedicado a la curación médico quirúrgica de los casos avanzados de tuberculosis. Mediante una organización basada en técnicas epidemiológicas de avanzada, la campaña nacional inició sus labores con una cobertura nacional.

5.-Organización Panameña Antituberculosa (OPAT)

Esta organización privada se constituyó en agosto de 1952 e inició sus actividades de apoyo a la campaña nacional contra la tuberculosis en diciembre del mismo año. Su contribución económica se realizó a partir del año 1954 con la construcción progresiva de diversas unidades que iban a

cooperar con la campaña nacional, labor de apoyo que se describe en el texto de este capítulo.

6.-Ingeniería Sanitaria.

Al inicio de este período las actividades relacionadas con la dotación de agua y alcantarillados estaba dirigida por el Departamento de Servicios de Cloacas y Acueductos, el cual fue reemplazado por el Servicio de ingeniería sanitaria, que asumió la administración y mantenimiento de los acueducto y alcantarillados de las ciudades de Panamá y Colón, al ser traspasados por la Autoridad del Canal en 1953. Este servicio de ingeniería sanitaria continuó e incrementó el desarrollo de acueductos y alcantarillados en el resto de la república.

7.-Planificación de la salud.

En 1957 se presentó el primer Plan de Salud para ser desarrollado por el Departamento Nacional de Salud Pública, como contribución de un funcionario técnico del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, Dr. Isidoro Falk, el cual no fue desarrollado por razones que se explican en el texto.

8.-Otras actividades relevantes (Cont.):

- Inauguración del Hospital del Niño (1950)
- Convenio tripartito para la intensificación del programa materno infantil (1952).
- Traspaso de los sistemas de acueducto y alcantarillado de las ciudades de Panamá y Colón por la autoridad sanitaria del Canal.
- Inicio de la asistencia técnica de INCAP y desarrollo de variadas encuestas nutricionales.
- Inauguración del Centro de Salud de Bocas del Toro (1955)
- Inauguración del Hospital San Juan de Dios de la ciudad de Los Santos.
- Desarrollo del Centro Modelo de Demostración de la ciudad de La Chorrera con anexo Materno Infantil (1956-1957).

Capítulo 7

Período de desarrollo y aplicación de técnicas avanzadas de planificación y de políticas de salud

Control epidemiológico de la poliomieltitis, la malaria, la tuberculosis y otras enfermedades transmisibles. Período de aplicación de técnicas avanzadas de planificación estratégica del sector salud y su implementación. Desarrollo del proyecto que crea el nuevo Ministerio de Salud.

1959 - 1969 Avance considerable en la Planificación de Salud, en el ataque a la tuberculosis, a la malaria, gastroenteritis. Incremento en la dotación de agua potable en áreas rurales. Continuación intensa en la asesoría y respaldo de los organismos internacionales.

Al final del capítulo anterior nos referimos al primer plan de salud para nuestro país, realizado por el Dr. Isidoro Falk y que se conoció con el nombre de Plan Falk (1957-1958), el cual no fue aplicado en la amplitud esperada, pero que sirvió para sentar ciertas bases y criterios como la regionalización y alguna aplicación en ciertos programas de comando central como el de ingeniería Sanitaria en 1960.

A partir del año 1959, las naciones latinoamericanas comienzan a poner énfasis al hecho de que debe dársele prioridad a los esfuerzos por acelerar el Desarrollo Económico y Social de sus pueblos, preocupados por mejorar a corto plazo los bajos niveles de vida del promedio y en ciertos casos, de la mayoría de sus habitantes. Prueba de lo anteriormente expuesto, lo constituye las variadas reuniones internacionales que se realizaron para abordar este problema, como la de la Comisión Especial de la OEA que tuvo lugar en Buenos Aires. En 1960 entró en vigencia el Acta de Bogotá que incluye un capítulo especial dedicado a la salud, como parte integrante y simultánea del desarrollo y progreso económico y social, especialmente en los países así llamados "en Desarrollo" y finalmente en agosto de 1961 tiene lugar en Uruguay la magna Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social que se conoció con el nombre de Reunión de Punta del Este, a la cual tuvo el honor y la especial oportunidad de asistir el autor de esta obra, como miembro de la Delegación de la República de Panamá. En esta reunión los representantes de los pueblos del continente acordaron entre sí, promulgar la Alianza para el Progreso,