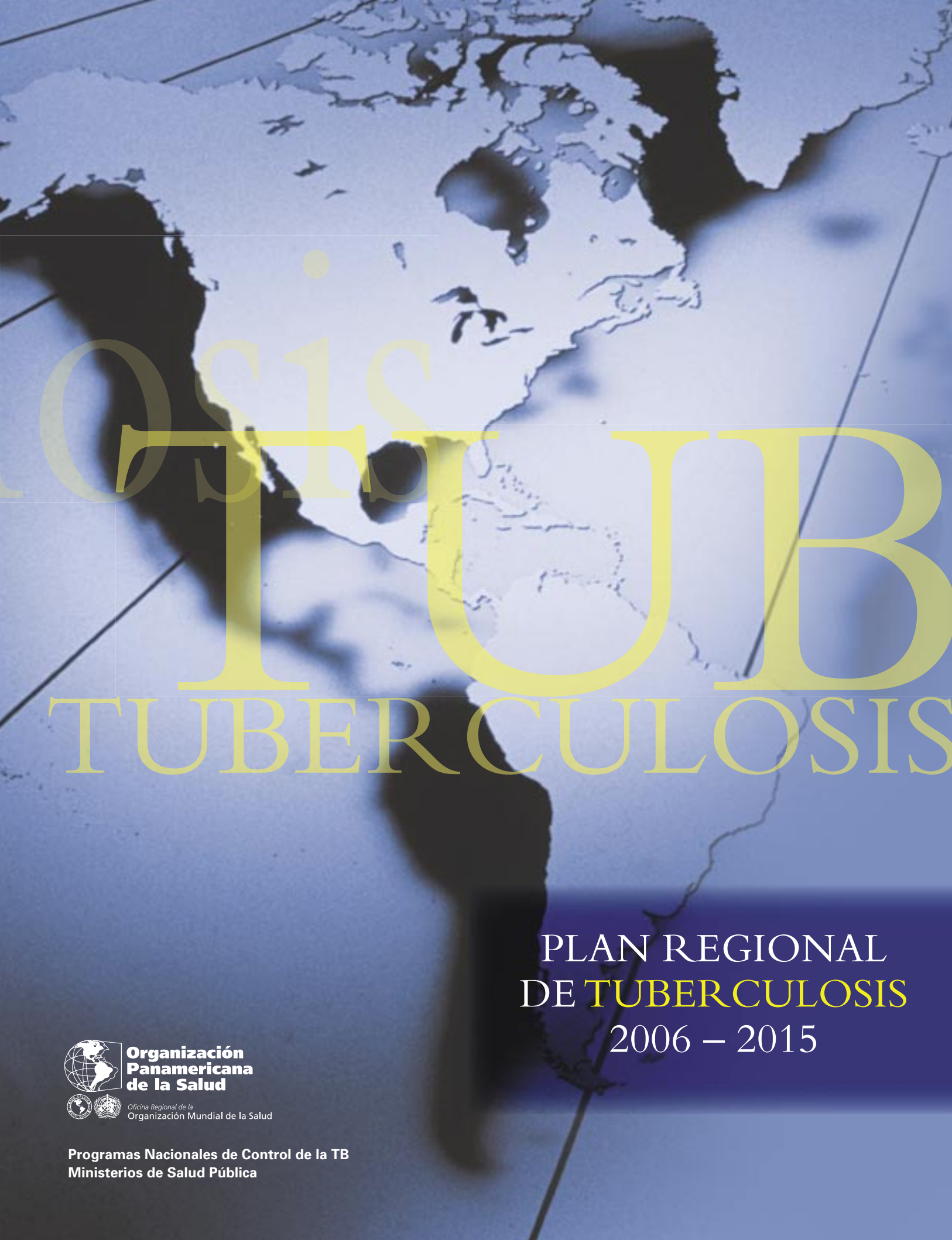




OSIS TUB TUBERCULOSIS

PLAN REGIONAL
DE TUBERCULOSIS
2006 – 2015



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Programas Nacionales de Control de la TB
Ministerios de Salud Pública

Plan Regional de Tuberculosis 2006 — 2015

Health Surveillance and Disease Management (HDM)

Programas Nacionales de Control de la TB
Ministerios de Salud Pública

Washington DC, 2006



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente
Organización Panamericana de la Salud
Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015.
Washington, D.C: OPS, © 2006.
ISBN 92 75 32673 8
I. Título
1. TUBERCULOSIS - prevención & control
2. ESTRATEGIAS REGIONALES
3. PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD
4. AMÉRICAS
NLM WF 200

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a la Unidad VIH/sida, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2005

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros productos análogos no mencionados. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

Tabla de Contenido

	Abreviaturas	
	Prefacio	
I	INTRODUCCIÓN ♦	1
II	SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN LAS AMÉRICAS ♦	5
III	JUSTIFICACIÓN DEL PLAN REGIONAL ♦	25
IV	VISIÓN, MISIÓN, OBJETIVOS, METAS DEL PLAN Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE TRABAJO ♦	27
V	LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE TRABAJO ♦	29
	5.1 Línea estratégica 1 ♦	29
	5.2 Línea estratégica 2 ♦	33
	5.2.1. Actividades de colaboración entre los programas de tuberculosis y VIH/SIDA ♦	33
	5.2.2 Implementación y/o fortalecimiento de actividades de prevención y control de la MDR-TB en todos los países de la Región con énfasis en países con altos porcentajes de MDR-TB ♦	36
	5.2.3 Implementación y/o fortalecimiento de Estrategias comunitarias para poblaciones desatendidas (control de la TB basado en la comunidad: DOTS comunitario) en todos los países de la Región ♦	39
	5.3 Línea estratégica 3 ♦	40
	5.3.1 Fortalecimiento de la red de laboratorios y la vigilancia de la drodorresistencia en los países de la Región ♦	40
	5.3.2 Estrategia PAL (del inglés “Practical Approach to Lung Health”) o Abordaje Práctico de Salud Pulmonar ♦	43
	5.3.3 Apoyo a las políticas de gestión de recursos humanos en tuberculosis y la disseminación del conocimiento ♦	45
	5.4 Línea estratégica 4 ♦	47
	5.5 Línea estratégica 5 ♦	49
	5.6 Línea estratégica 6 ♦	53
VI	LA MOVILIZACIÓN INTERNACIONAL EN LA REGIÓN. LOS SOCIOS Y AGENCIAS DE COOPERACIÓN ♦	57
VII	MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN ♦	59
VIII	IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN ♦	63
IX	RECURSOS ECONÓMICOS NECESARIOS ♦	65

En la elaboración del Plan han participado los siguientes expertos:

Programa Regional de OPS:

Raimond Armengol, Mirtha del Granado, Andrea Luna, Rafael Mazin, Claudia Montero, Pilar Ramón Pardo, Alfonso Tenorio y Silvio Waisbord.

Responsables de los Programas Nacionales de Tuberculosis de los Países:

Elsa Zerbini (Argentina); Salome Huitz, (Belice); Mirtha Camacho (Bolivia); Rosalia Maia, Joseney Pires Dos Santos (Brasil); Denise Clarke (CAREC); Rosario Lepe Lepe, Manuel Zuñiga, (Chile); Maria Cecilia Matamorros, Zeidy Mata A. (Costa Rica); Ernesto Moreno Naranjo (Colombia); Liliana Rodríguez González, Ernesto Montoro Cardoso (Cuba); Elizabeth Romero Ayala (Ecuador); Ana Margarita Ramírez Lemus, Julio Garay Ramos (El Salvador); Francisco Cerezo (Guatemala); Franz Lamothe, Vary Jacquet (Haití); Hilda Membreño, Tomasa Sierra (Honduras); Elizabeth Ferreira Guerrero, Susana Balandrano (México); Luis Chacón Reyes, Higinia Mayorga H. (Nicaragua); Jaime E. Bravo, Cecilia Lyons de Arango (Panamá); Juan Carlos Jara Rodríguez, Margarita Godoy López (Paraguay); Neyda Adriana Quispe Torres, César Bonilla Asalde (Perú); Leonarda Reyes, Juan José Cordero, Belkis Marcelino (Rep. Dominicana); Carlos María Rivas Chetto, Jorge Rodríguez De Marco (Uruguay) y Alexis Guilarte (Venezuela).

El documento fue enriquecido con los aportes de:

Comité Técnico Asesor del Programa Regional de Tuberculosis: Susan Bacher (USAID-USA), Lucia Barrera (INEI, Argentina), César Bonilla (PNT-Perú), José Caminero Luna (LA UNION), Martín Castellanos (PNT-México), Peter Gondrie (KNCV), Dick Menzies (MUHC & McGill University), Joseney Pires Dos Santos (PNT-Brasil) y Charles Wells (CDC).

OPS — Oficina Central en Washington:

Stephen Corber, DPC/CD; John P. Ehrenberg, Roberto Salvatella, CD; Paloma Cuchi, FCH/AI; Jean Marc Gabastou, THS/EV y Edwina Yen, SHD/HR.

OPS — PAÍSES:

Enrique Vázquez (Argentina), Rodolfo Rodríguez, Luis Castellanos, Ademih Albuquerque, Matias Villatoro (Brasil), Celsa Sampson, Martha Idaly Saboya (Colombia), Humberto Montiel (Costa Rica), Rolando Miyar (Cuba), Célia Riera (Rep. Dom.), Ángel Valencia (Ecuador), Enrique Gil (Guatemala), Luis Valdez (Guyana), Pascal Frison, (Haití), Delmin Cury (Honduras), Melanie de Boer (México), Sylvain Aldighieri (Nicaragua), Marcia Moreira (Paraguay), Rubén Figueroa, Juan Carlos Millán (Perú), Mario Valcarcel (Venezuela) y Marlene Francis (CAREC).

OMS — GINEBRA:

Leopold Blanc, Marcos Espinal, José Figueroa, Adalbert Laszlo, Knut Lonnroth, Salah Ottmani, Fabio Scano (HTM/STB).

SOCIOS:

Alexander Sloutsky (Massachusetts State Laboratory Institute), Marcos Burgos (University of New Mexico), Antonio Marrero (Fundación Damian, Panamá), Edgar Barillas (MSH-USA), Lucero Hernandez (ACP-Canada).

APOYO ADMINISTRATIVO:

Susan Stephens y Rita Suárez (OPS-WDC).

Abreviaturas

ACMS:	Abogacía, Comunicación y Movilización Social.
AIEPI:	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.
APS:	Atención Primaria de Salud.
ARV:	Antirretrovirales.
BAAR:	Bacilo Ácido Alcohol Resistente.
CAREC:	Sigla en inglés de <i>Caribbean Epidemiology Center</i> .
CC:	Centro Colaborador.
CLV:	Comité Luz Verde.
DDRRHH:	Desarrollo de Recursos Humanos.
DOTS/TAES:	Estrategia de control de la TB internacionalmente recomendada, que incluye el tratamiento acortado estrictamente supervisado.
DOTS-PLUS:	Estrategia para el manejo de casos de tuberculosis con farmacorresistencia múltiple, bajo DOTS-TAES.
HSH:	Hombres que tienen sexo con Hombres.
IDH:	Índice de Desarrollo Humano.
IEC:	Información, Educación, Comunicación.
IC:	Investigación Clínica.
IE:	Investigación Epidemiológica.
IO:	Investigación Operativa.
IRA:	Infección Respiratoria Aguda.
LSR:	Laboratorio de Supranacional de Referencia.
MDR-TB:	Tuberculosis Multidrogo Resistente.
ODM:	Objetivos de Desarrollo del Milenio.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
ONG:	Organización No Gubernamental.
OPS:	Organización Panamericana de la Salud.
PAL:	Abordaje Práctico de Salud pulmonar.
PNS:	Programa Nacional VIH/SIDA.
PNT:	Programa Nacional de Tuberculosis.
PPM:	Iniciativa Público-Privado de la sigla en inglés (Public & Private Mix).
PVVS:	Personas viviendo con el VIH.
RRHH:	Recursos humanos.
SIDA:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
TARGA:	Terapia Antirretroviral de Gran Actividad.
TB/VIH:	Coinfección TB y VIH.
TB:	Tuberculosis.
TBP:	Tuberculosis Pulmonar.
TBP BK+:	TBP con Baciloscopia de esputo Positiva (+).
TBP BK-:	TBP con Baciloscopia de esputo Negativa (-).
UICTER:	Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias.
VIH:	Virus de inmunodeficiencia humana.
WHA:	<i>World Health Assembly</i> .

Plan Regional de Tuberculosis 2006 — 2015

La región de las Américas ha alcanzado importantes logros en el control de la TB con la implementación exitosa de la estrategia DOTS/TAES, lo cual ha permitido en algunos de los países alcanzar anticipadamente las metas de Desarrollo del Milenio. Sin embargo, en el 2004 de acuerdo a estimaciones de la OMS, se produjeron en la Región 370 mil nuevos casos y 53 mil muertes de tuberculosis, acaecidos especialmente en países pobres. Estas cifras resultan inaceptables en nuestros días cuando contamos con tratamientos eficaces que podrían evitar el sufrimiento y dolor que genera la tuberculosis. La OPS conjuntamente con los Programas Nacionales de Control de la Tuberculosis de los países y en respuesta a esta carga de enfermedad y muerte, ha elaborado el “Plan Regional de Control de la Tuberculosis 2006-2015”, con la visión de construir una América libre de Tuberculosis para el 2050. La misión es asegurar que cada paciente con tuberculosis tenga pleno acceso al diagnóstico y tratamiento de calidad, para disminuir la carga social, económica y de inequidad que impone la TB.

Los nuevos retos para el control de la tuberculosis fundamentalmente representados por la asociación de la tuberculosis con la infección del virus de la inmunodeficiencia humana, la resistencia del *Mycobacterium tuberculosis* a los medicamentos antituberculosos, el incremento de inequidades producidas por el empobrecimiento de los pueblos con inaccesibilidad a la atención oportuna y de calidad y a la presencia, en muchos de los países, de sistemas sanitarios débiles, ha generado grandes diferencias en la situación epidemiológica y de control de la tuberculosis entre los países de la región.

El “Plan Regional de Control de la Tuberculosis 2006-2015” incorpora estrategias costo-efectivas de control que promuevan el diagnóstico oportuno y la equidad en la comunidad como la estrategia DOTS/TAES; incorpora la atención integral con énfasis en la prevención y control de la TB asociada al VIH y la tuberculosis multiresistente; favorezca el acceso, disminuya los costos para el paciente y reduzca la demora diagnóstica al involucrar a todos los proveedores de salud; contribuya a fortalecer los sistemas sanitarios especialmente la atención primaria de salud, fortificando las redes de laboratorios, las políticas de recursos humanos e incorpore la atención integral de los enfermos respiratorios; incluya la investigación dentro el quehacer de los Programas

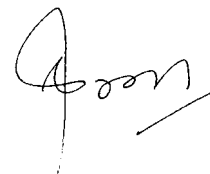
de Control de la Tuberculosis como un complemento a la evaluación, identificando intervenciones apropiadas; involucre al enfermo con tuberculosis y a la comunidad en actividades de control, fomentando estrategias de abogacía, comunicación y movilización social.

Estas estrategias están reflejadas en seis líneas de trabajo identificando intervenciones en el ámbito nacional como regional, diferenciadas de acuerdo a los heterogéneos escenarios epidemiológicos, priorizando aquellas que reduzcan las brechas epidemiológicas y de control entre los países y dentro de los mismos.

El Plan Regional ha sido concebido como un instrumento destinado a acelerar la consecución de las metas propuestas para 2005 en países rezagados y alcanzar en cada uno de ellos las Metas de Desarrollo del Milenio de reducir a la mitad la prevalencia y la mortalidad causada por la tuberculosis al 2015 en relación al año 1990, como paso para la eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública.

Los recursos necesarios para el cumplimiento del Plan ascienden a U\$ 1,800 millones. Con apoyo de las Resoluciones “Financiación Sostenible de la Prevención y el Control de la Tuberculosis” aprobada en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud (WHA 58.14) y la CD46.R12 “Estrategia Regional de Control de la Tuberculosis” aprobada en la 46º Consejo Directivo, emitidas en el 2005, se refuerza el compromiso de los países para contribuir con recursos nacionales y hacer un llamado a los socios para obtener recursos externos suficientes para el cumplimiento del Plan.

Este Plan, ampliamente debatido y en armonía con el Plan Global de “Alto a la Tuberculosis”, diseña las intervenciones a seguir en los próximos 10 años -2006 al 2015 – para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Las líneas estratégicas de trabajo están acordes con la nueva estrategia de la OMS “Alto a la Tuberculosis”, las acciones a desarrollar están detalladas y los recursos necesarios han sido estimados. Resta demostrar nuestra firmeza y habilidad para involucrar a otros actores sociales, lograr los compromisos políticos y obtener los recursos financieros para su ejecución.



Dra. Mirta Roses Periago
Directora

I. Introducción

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) como respuesta al gran desafío epidemiológico que la tuberculosis representa declaró, en 1996, a la tuberculosis como prioridad sanitaria con la aprobación de la resolución CD 39/20 del Consejo Directivo, que convocó y comprometió a los gobiernos de los países a aplicar la estrategia DOTS/TAES.

Desde entonces, se trazó una política regional que buscó obtener los siguientes objetivos de trabajo: (i) extender y/o implementar la estrategia DOTS/TAES, (ii) posicionar el control de la TB como prioridad de la salud para los gobiernos y (iii) sensibilizar a los socios y agencias donantes internacionales para apoyar a los países de la Región.

Hasta 1996, solo seis países de los 44 que conforman la Región de las Américas, aplicaban la estrategia DOTS/TAES a escala nacional, con una cobertura del 9.9% de la población de la Región. Entre 1996 y 2003, se inició la implementación y posterior expansión del DOTS/TAES a prácticamente todos los países, alcanzando una cobertura del 78% de la población de las Américas para 2003.

Las agencias donantes y los socios jugaron un papel importante en esa etapa y las acciones conjuntas que se desarrollaron se tradujeron en el incremento de recursos económicos disponibles para los PNTs destinados a la implementación y expansión de la estrategia DOTS, y para el Programa Regional a fin de fortalecer la capacidad técnica de los Programas Nacionales.

Sin embargo, y pese a los esfuerzos realizados en los últimos años, la tuberculosis sigue produciendo sufrimiento humano y pérdidas económicas en las Américas. Ante esta realidad, la OPS en colaboración los países de la Región han decidido profundizar el control de la TB con el fortalecimiento de la estrategia DOTS/TAES y la aplicación de nuevas iniciativas para detenerla y superar los nuevos retos producidos por la propagación del VIH/SIDA, la tuberculosis multirresistente, el incremento de inequidades y la pobreza. Estas nuevas iniciativas deben responder a metas a mediano y largo plazo destinadas a reducir la carga de enfermedad y alcanzar los Objetivos del Desarrollo del Milenio.

La cuadragésima sexta Sesión del Consejo Directivo llevada a cabo en septiembre de 2005, en respuesta a los nuevos desafíos que impone el control contra la TB, adoptó la Resolución CD46.

R12 “Estrategia Regional para el Control de la Tuberculosis para 2006-2015”, que reafirma el compromiso de los países de ratificar el control de la TB como una prioridad en los programas de salud, asignando los recursos financieros y humanos necesarios, y recomienda el Plan Regional de TB 2006-2015 como base para la formulación de planes nacionales.

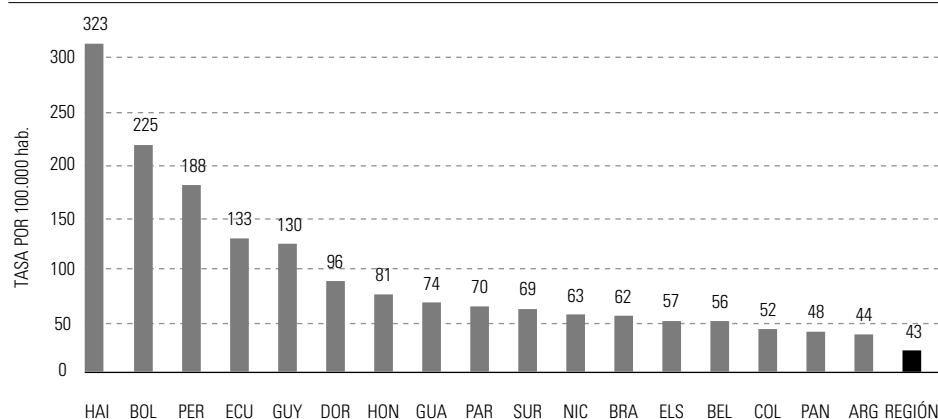
El Plan Regional de TB 2006-2015 ha sido construido en base a la experiencia de la expansión de la estrategia DOTS en la Región y se cimienta en el compromiso renovado por parte de los países en el control de la TB, proyectando implementar la nueva estrategia de OMS “Alto a la tuberculosis”.

II. Situación de la tuberculosis en las Américas

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Para el año 2003, de acuerdo a estimaciones de la OMS, hubo 502.605 casos prevalentes, 370.107 casos nuevos de TB todas las formas y 53.803 muertes; con tasa de incidencia estimada para TB todas las formas¹ de 43 por 100.000 hab., con variaciones de 323 para Haití y menos de 5 por 100.000 hab. para Estados Unidos. Diecisiete países presentaron tasas de incidencia estimada de TB todas las formas superiores al promedio de la Región, concentrando el 82% de los casos nuevos estimados y 43% de la población (gráfico 1).

Gráfico 1 ▴ **Países con incidencia estimada de TB (todas las formas) superiores a la media regional, 2003**



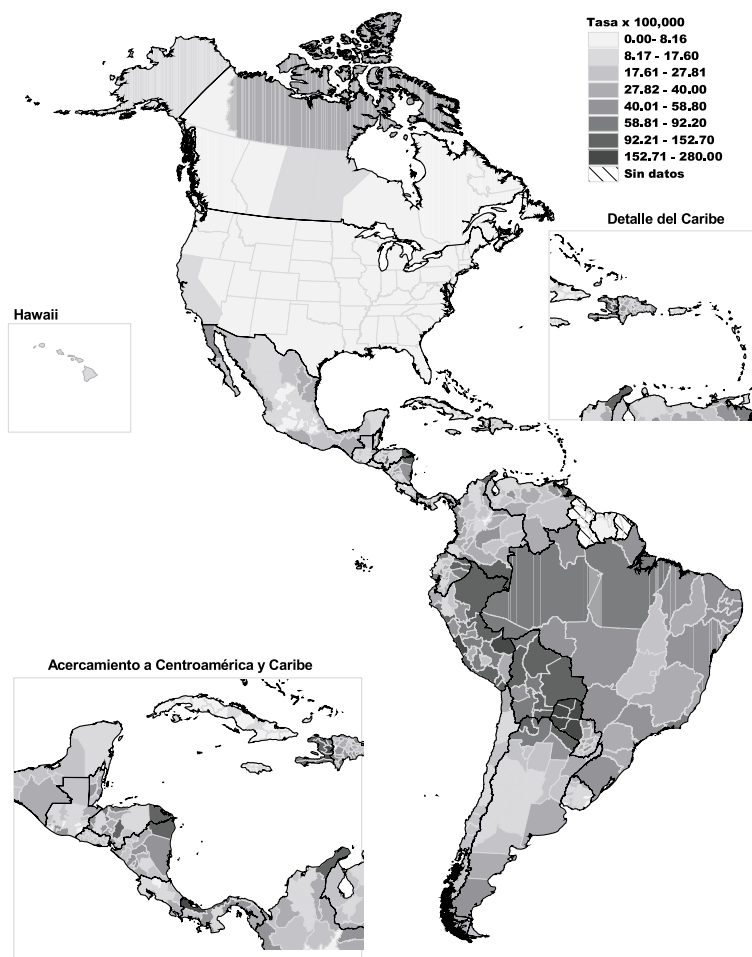
Fuente: Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing. WHO report 2005. Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/TB/2005.349).

La notificación de casos de TB por parte de los países, muestra valores inferiores a los estimados, con una tasa de detección de casos para TB todas las formas de 61% y TBP BK+ de 76%. Brasil notificó el 35% de los casos de la Región, seguido por el Perú con 15%, reportando ambos la

¹ OMS considera dentro de “nuevos casos de TB, todas las formas” todos los nuevos casos pulmonares independientemente del resultado de la baciloscopia, los casos nuevos de TB extrapulmonar y las recaídas.

mitad de los casos nuevos de toda la Región. Un veinticinco por ciento adicional fue notificado por Bolivia, Ecuador, Haití, Honduras, México, Nicaragua, y República Dominicana (mapa 1).

Mapa 1 ■ **Incidencia notificada de tuberculosis en la Región de las Américas, 2003**



Fuente: Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos.
Washington DC, Organización Panamericana de la Salud, 2005.

Tendencia de la tuberculosis, 1994-2003

Para el periodo 1994-2003 se observa una tendencia decreciente en las tasas de TB todas las formas de 32 a 26 y de TBP BK+ de 19 a 14 por 100.000 hab. en el conjunto de la Región (gráfico 2A). Sin embargo a está influenciada por el peso poblacional de Estados Unidos y Canadá. Si se analizan los datos de Latinoamérica y el Caribe la tendencia descendente de las tasas es menor y

los valores de la tasa de incidencia de TB todas sus formas y TBP BK+, para el 2003, son 1,5 y 1,6 veces superior respectivamente (gráfico 2B).

Gráfico 2A ▶ **Tasa de incidencia notificada TB todas las formas y TBP BK+**
Región de las Américas - 1994-2003

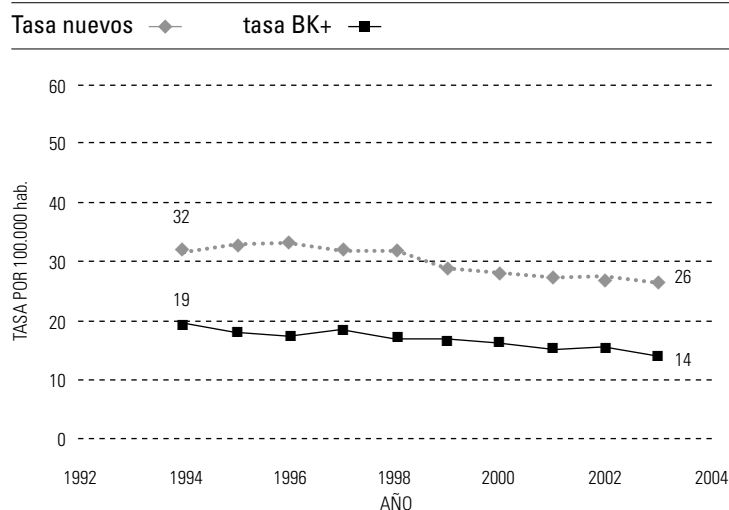
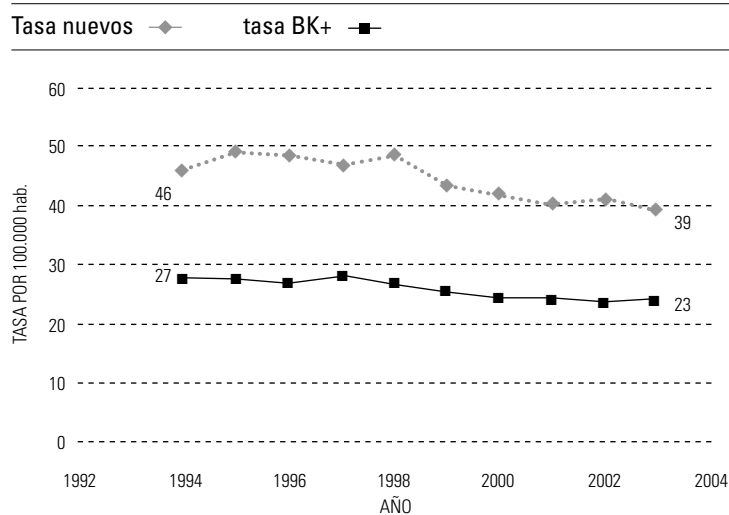


Gráfico 2B ▶ **Tasa de incidencia de TB en todas sus formas y TBP BK+**
Latinoamérica y Caribe - 1994-2003

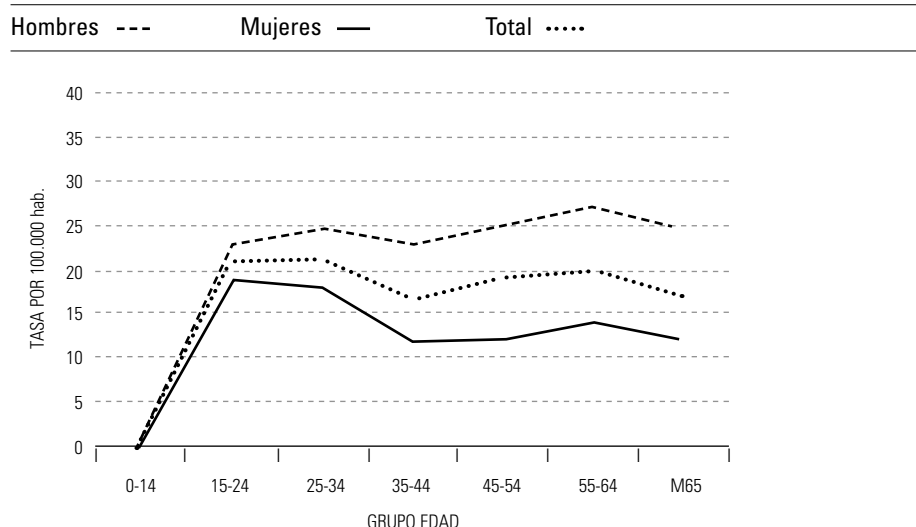


Fuente: Formulario OMS de recolección de datos de TB – 1994-2003.

2 Corbett EL, Watt CJ, Walker N, Maher D, Williams BG, Raviglione MC, Dye C. The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the HIV epidemic. *Arch Intern Med.* 2003 May 12;163(9):1009-21.

En el año 2001, la tasa de TB en los hombres fue superior a las mujeres en todos los grupos de edad, diferencia acentuada a partir del grupo de 15 a 24 años, con una razón hombre a mujer de 1,5 hombres por 1 mujer. Las características de las tasas de incidencia por edad, muestran la presencia de transmisión activa de la tuberculosis en población joven (gráfico 3).

Gráfico 3 ■ Tasa de incidencia de TBP BK+ según género y edad
Región de las Américas – 2001



AMENAZAS PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

Coinfección TB/VIH

En las Américas, el VIH/SIDA es una epidemia establecida que continúa propagándose; para finales del 2004 se estimó más de tres millones de personas infectadas, estando la mitad de ellas viviendo en Latinoamérica (1.700.000 PVVS), 440.000 en el Caribe y cerca de un millón en Norteamérica.

La epidemia VIH es generalizada en once países ubicados en Centroamérica y el Caribe inglés, de los cuales cinco presentan altas tasas de TB: República Dominicana, Guyana, Haití, Honduras y Guatemala. Se debe señalar que, en los últimos cinco años, existe un crecimiento rápido de la epidemia de VIH/SIDA en Panamá, el Caribe inglés y grandes metrópolis de Brasil, Argentina y Uruguay.

La infección por VIH es el factor de riesgo más potente conocido para el desarrollo de la tuberculosis. Una de las consecuencias de esta interacción biológica es que el VIH ha aumentado la carga mundial de tuberculosis. En Latinoamérica y el Caribe se estima que cada año 12.000 casos de TB son atribuibles al VIH². La OMS estima que la epidemia del VIH en Latinoamérica y el Caribe incrementó la prevalencia de TB en 1,3%, en 2003.

Sin embargo, existen grandes diferencias regionales respecto a la tasa de coinfección. Y en este contexto, de acuerdo a la vigilancia sistemática que realizaron seis países en 2003, la prevalencia de coinfección en pacientes con TB fluctuó entre 0% en Cuba a 40% en Jamaica.

Tuberculosis multidrogorresistente

La resistencia a drogas antituberculosas y específicamente la MDR en casos nunca antes tratados (resistencia a isoniácida y rifampicina), ha sido ampliamente estudiada en la Región y representa un problema para el control de la tuberculosis. Los resultados de los estudios realizados hasta 2002 evidenciaron que la mayoría de los países presentan prevalencia de MDR-TB en casos nuevos inferiores a 3%, siendo los porcentajes más bajos en países con programas exitosos como: Cuba, Chile, El Salvador, Uruguay y Venezuela. La mayoría de los países registran porcentajes de MDR-TB primaria entre 1 y 2,9%; solo cuatro países presentan prevalencia igual o superior al 3%: República Dominicana, Ecuador, Guatemala y Perú (tabla 1).

Tabla 1 ▴ Prevalencia de la MDR-TB primaria (casos nuevos de TBP BK+) Región de las Américas - 1994-2002					
PAÍS	AÑO	RESISTENCIA			
		Inicial		Secundaria	Combinada
		Global	MDR	MDR	MDR
Argentina	1999	10.2	1.8	9.4	3.1
Bolivia	1996	23.9	1.2	4.7	2.1
Brasil	1995	8.6	0.9	5.4	1.3
Canadá	2000	8.5	0.7	3.4	0.9
Chile	2001	11.7	0.7	4.8	1.4
Colombia	1999	15.5	1.5	-	-
Cuba	2000	5	0.3	2.6	0.5
Ecuador	2002	20	4.9	24.3	7.2
El Salvador	2001	5.7	0.3	7	0.8
Guatemala	2002	34.9	3	26.5	7.4
Honduras	2002	17.2	1.8	6.9	2
México*	1997	14.1	2.4	22.4	7.3
Nicaragua	1997	15.6	1.2	-	-
Paraguay	2002	11.1	2.1	4	-
Perú	1999	18	3	12.3	4.3
Puerto Rico	2001	12	2	-	-
República Dominicana	1994	40.6	6.6	19.7	8.6
Uruguay	1999	3.2	0.3	-	-
USA	2001	12.7	1.1	5.2	1.4
Venezuela	1998	7.5	0.5	13.5	1.7

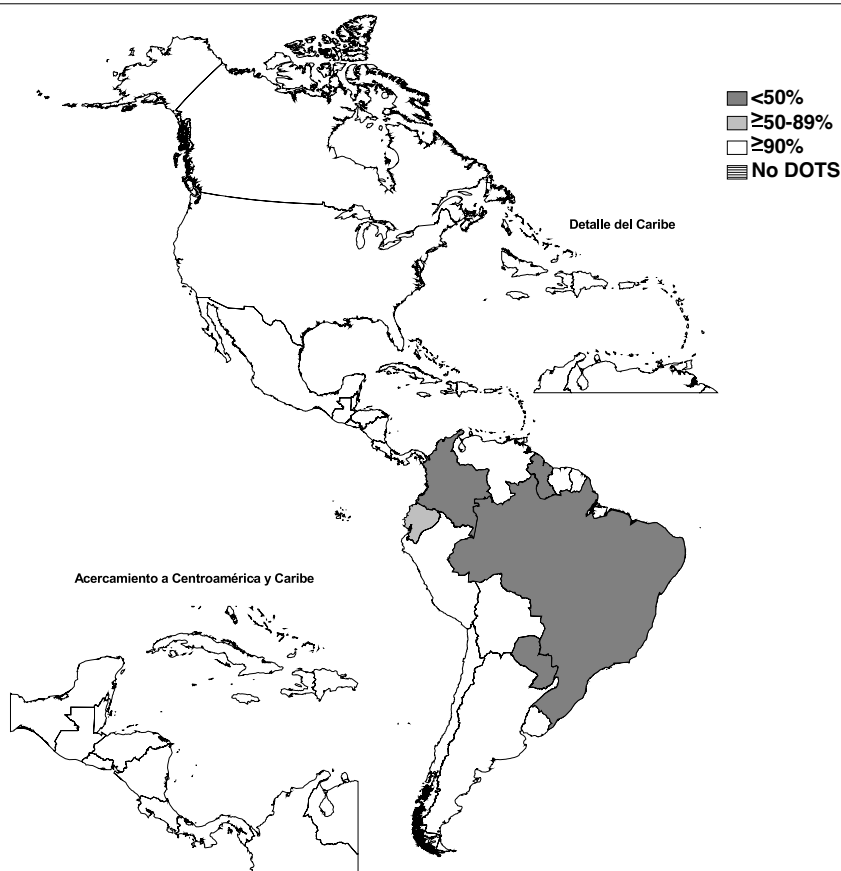
*Estudio en tres estados

Fuente: Anti-Tuberculosis Drug Resistance in the World. Report 2, 1996 (WHO/CDS/TB/2000.278) y Report 3 (WHO/HTM/TB/2004.343).

LA ESTRATEGIA DOTS EN LAS AMÉRICAS

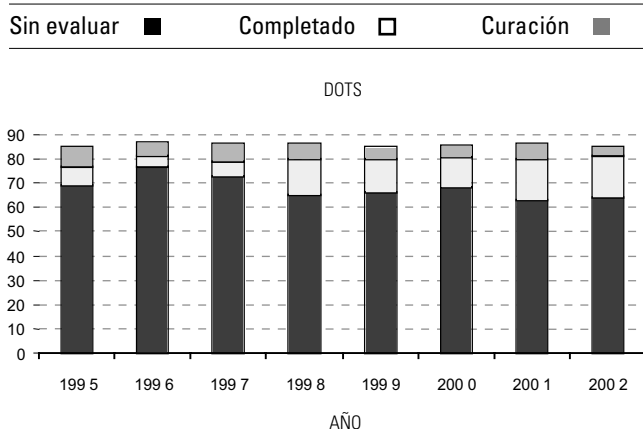
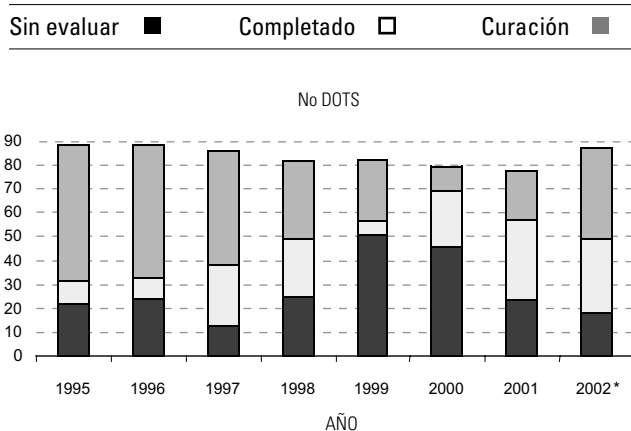
Se calcula que la población de la Región cubierta con la estrategia DOTS en el año 2003 fue del 78%, con diferentes niveles de coberturas entre países (mapa 2).

Mapa 2 ▴ Coberturas Poblacional de la estrategia DOTS al 2003



Fuente: Global Tuberculosis Control –WHO/2005.

El análisis de las cohortes de tratamiento de casos nuevos TB BK+, de 1995 a 2002, muestra que en todo el periodo analizado los porcentajes de curación fueron superiores y los porcentajes de casos no evaluados menores bajo DOTS (gráfico 4 y 5).

Gráfico 4 ▴ **Resultados de tratamiento. Casos nuevos TB BK+ bajo "DOTS". Región de las Américas 1995 – 2002**Gráfico 5 ▴ **Resultados de tratamiento. Casos nuevos TB BK+ "no DOTS". Región de las Américas 1995 – 2002**

Fuente: Formulario OMS de recolección de datos de TB – 1996-2003.

Nota: Revisado los datos No DOTS de 2002 en el Programa Regional de TB, OPS.

ESCENARIOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN REGIONAL

Con fines de análisis e intervención, los países de la Región han sido estratificados de acuerdo a criterios operacionales y epidemiológicos en cuatro escenarios (tabla 2). Estos criterios son la incidencia estimada de tuberculosis por la OMS, y la cobertura de la estrategia DOTS informada por los países en 2003. En base a estos dos parámetros, es posible seleccionar aquellas intervenciones que pueden tener un mayor impacto y por tanto reportar mayor beneficio al país para el control de la tuberculosis.

Tabla 2 ▴ **Estratificación de países según incidencia estimada de TB y cobertura DOTS/TAES. Región de las Américas, 2003**

ESCENARIO 1 Incidencia estimada de TB menor a 25 por 100.000 hab. y cobertura DOTS mayor del 90%	ESCENARIO 2 Incidencia estimada de TB entre 25 a 50 por 100.000 hab. y cobertura DOTS mayor del 90%	ESCENARIO 3 Incidencia estimada de TB superior a 50 por 100.000 hab. y cobertura DOTS mayor del 90%	ESCENARIO 4 Incidencia estimada de TB superior a 50 por 100.000 hab. y cobertura DOTS inferior al 75%
Antillas holandesas Territorios Francia* Canadá Caribe inglés** Chile Costa Rica Cuba Estados Unidos Jamaica Puerto Rico Uruguay	Argentina Belice México Panamá Venezuela	Bolivia El Salvador Guatemala Honduras Nicaragua Perú	Brasil Colombia Ecuador Guyana Haití Paraguay República Dominicana Surinam

**Países del Caribe inglés con cinco ó más casos anuales estimados: Bahamas, Barbados, Dominica, Saint Kitts & Nevis, St Lucia, St Vincent & Granadinas y Trinidad & Tobago.

*Guadeloupe, Martinique y Guyane.

ESCENARIO 1

Países con incidencia estimada de TB menor a 25 por 100.000 hab. y cobertura mayor del 90% con la estrategia DOTS

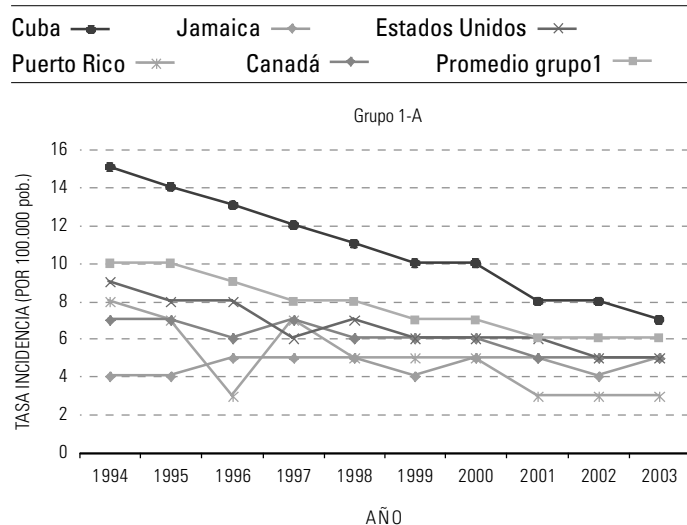
En el periodo entre 1994 y 2003, este grupo de países, disminuyó en 40% la tasa de incidencia de TB (de 10 en 1994 a 6 por 100.000 hab. en 2003), disminución debida principalmente a Estados Unidos, que representa el 81% de casos y 89% de población del grupo.

El grupo ha sido subdividido en 1 A con cinco países y tasas de incidencia estimada menor o igual a 11 por 100.000 al 2003 y el grupo 1 B con tres países con tasas entre 12 a 25 por 100.000 habitantes.

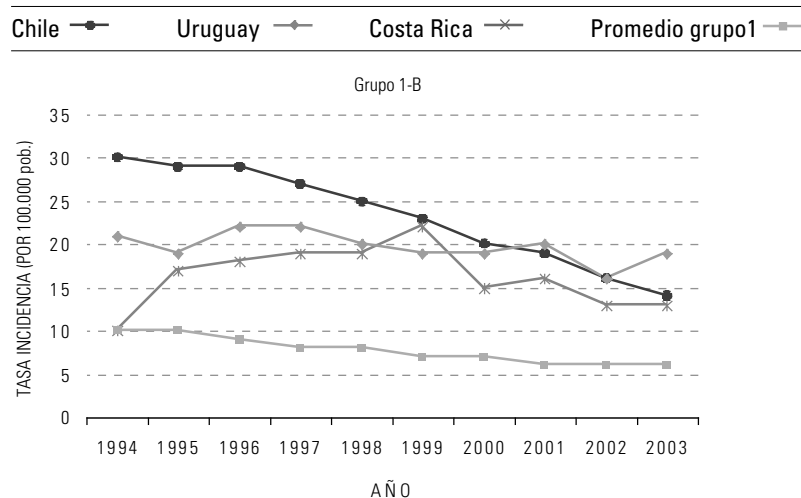
En el grupo 1 A la tendencia es decreciente en cuatro países, Cuba, Canadá, Estados Unidos y Puerto Rico. Jamaica presenta una tendencia horizontal probablemente debido a problemas en la aplicación y calidad de la estrategia DOTS.

En el grupo 1B, la disminución es marcada para Chile y Costa Rica. Uruguay no ha tenido el descenso esperado en la incidencia al 2003, atribuido entre otros factores a la coinfección TB/VIH.

Gráfico 6 ▴ **Tasa de incidencia notificada de Tuberculosis 1994-2003, Escenario 1**



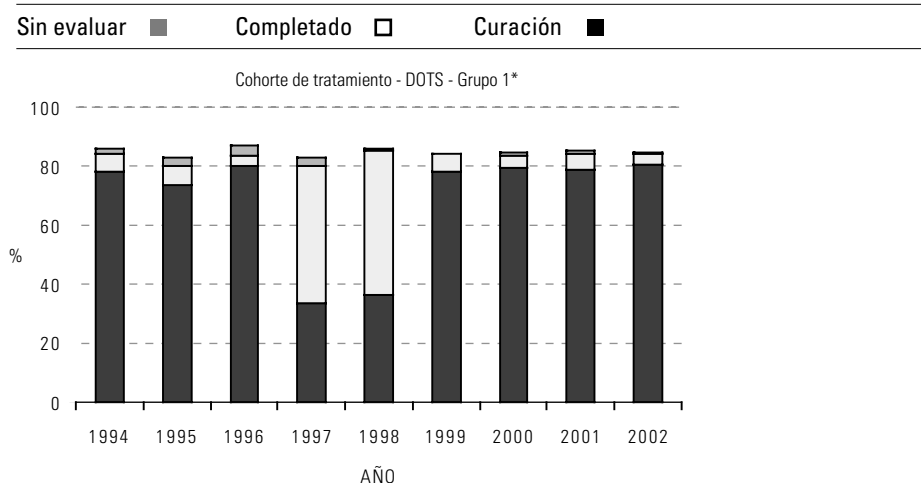
Tasa de incidencia notificada de Tuberculosis 1994-2003, Escenario 1



Fuente: Formulario OMS de recolección de datos de TB – 1994-2003.

Respecto a la situación operacional, en los países pertenecientes a este grupo, excluyendo Estados Unidos y Canadá, la tasa de éxito de tratamiento bajo DOTS (gráfico 7) fue cerca de 84% en todo el periodo, con curación (casos con baciloscopia negativa) de 80% para el 2002, y solo 0.5% de casos no evaluados. Estos son datos indicativos de una correcta implementación de la estrategia. Para el año 2002, el 91% de los casos del grupo 1 están siendo tratados bajos DOTS, representando cerca del 4% de casos bajo DOTS de la Región.

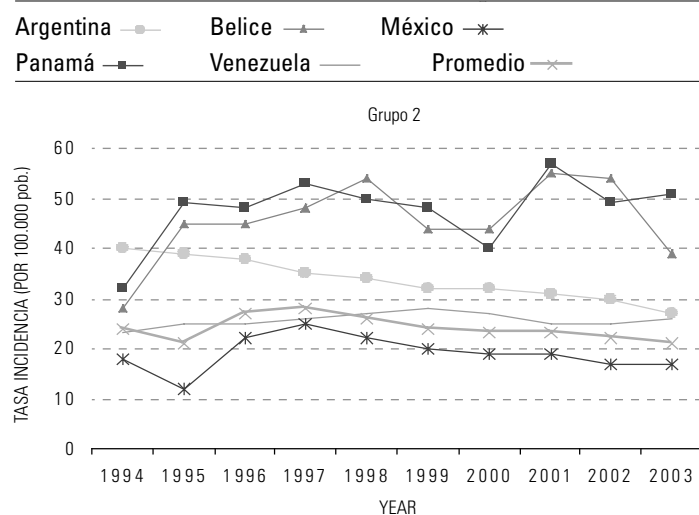
Gráfico 7 ▴ Resultados de tratamiento TB BK+ nuevos bajo "DOTS"
Escenario 1 (excluido Estados Unidos y Canadá) - 1994 – 2002



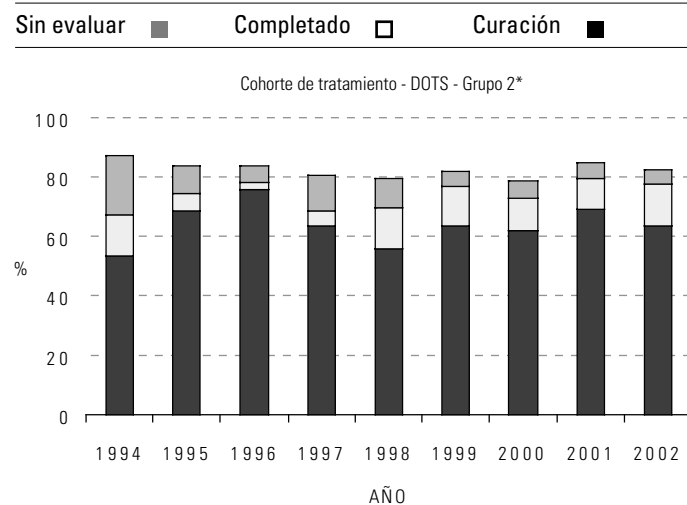
ESCENARIO 2

Países con incidencia estimada de TB entre 25 a 50 por 100.000 hab. y cobertura mayor del 90% con la estrategia DOTS

El Grupo 2 presentó una disminución de la incidencia de TB a partir del año 1998, atribuida al impacto de la tendencia de México (cerca de 48% del total de casos y 61% de la población del grupo). Argentina presenta una tendencia descendente constante desde 1994, de 40 a 27 por 100.000 hab. al 2003. Venezuela no presenta variaciones en sus tasas en el periodo. Los otros dos países, Belice y Panamá presentan elevación en su tasa entre 1994 a 1997 y a partir de 1998 amplias oscilaciones, reflejando problemas en la localización de casos y/o en el sistema de información (gráfico 8).

Gráfico 8 ▴ **Tasa de incidencia de Tuberculosis 1994-2003, Escenario 2**

Los porcentajes de éxito al tratamiento entre 1994 al 2002, presentaron fluctuaciones, alcanzando el 78% en 2002; los casos no evaluados fueron disminuyendo de año en año, correspondiendo al 3% en 2002 (gráfico 9). Para ese año el 96% de los casos del grupo 2 están siendo tratados bajo DOTS, representando el 27% de casos bajo DOTS de la Región.

Gráfico 9 ▴ **Resultados de tratamiento TBBK + nuevos bajo DOTS**

Fuente: Global Tuberculosis Report – OMS – 1997-2005.

Nota: Grupo 2 formado por: Argentina, Belice, México, Panamá y Venezuela.

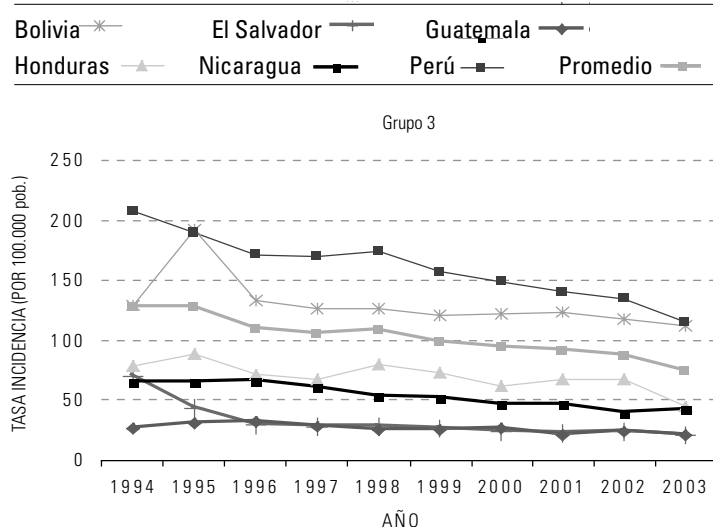
Belice no reportó datos para los años de 1996 y 1997.

ESCENARIO 3

Países con incidencia estimada de TB superior a 50 por 100.000 hab. y cobertura mayor del 90% con la estrategia DOTS

La tendencia descendente de la tasa de incidencia de TB notificada de este grupo fue importante, con una reducción de 28% en este periodo. La reducción se debió a la disminución de las tasas en la mayoría de los países (gráfico 10). Sin embargo, la mayor contribución fue de Perú, que redujo la incidencia en 35% en dicho periodo.

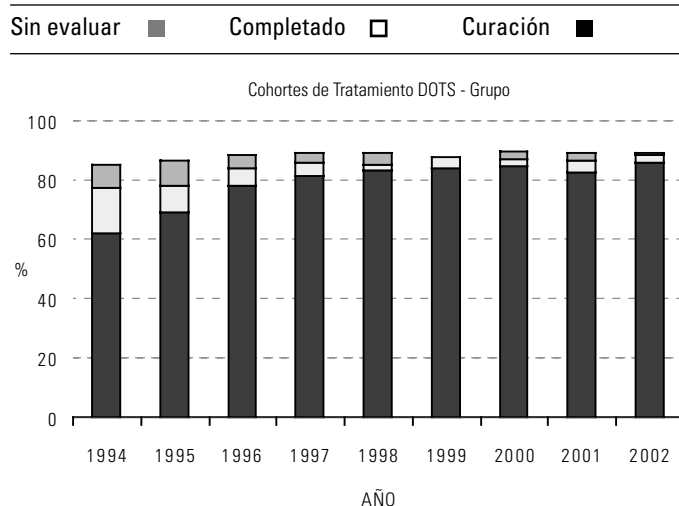
Gráfico 10 ▴ Tasa de incidencia notificada 1994-2003, Escenario 3



Fuente: Formulario OMS de recolección de datos de TB – 1994-2003.

En el año 2002, el 100% de los pacientes fueron tratados bajo DOTS. El éxito del tratamiento fue de 85%. Estos países contribuyen con cerca de 44% de casos bajo DOTS de la Región (gráfico 11).

Gráfico 11 ▀ Resultados de tratamiento TB BK+ nuevos bajo "DOTS", Grupo 3 - 1994 – 2002



Fuente: Formulario OMS de recolección de datos de TB – 1996-2003.

ESCENARIO 4

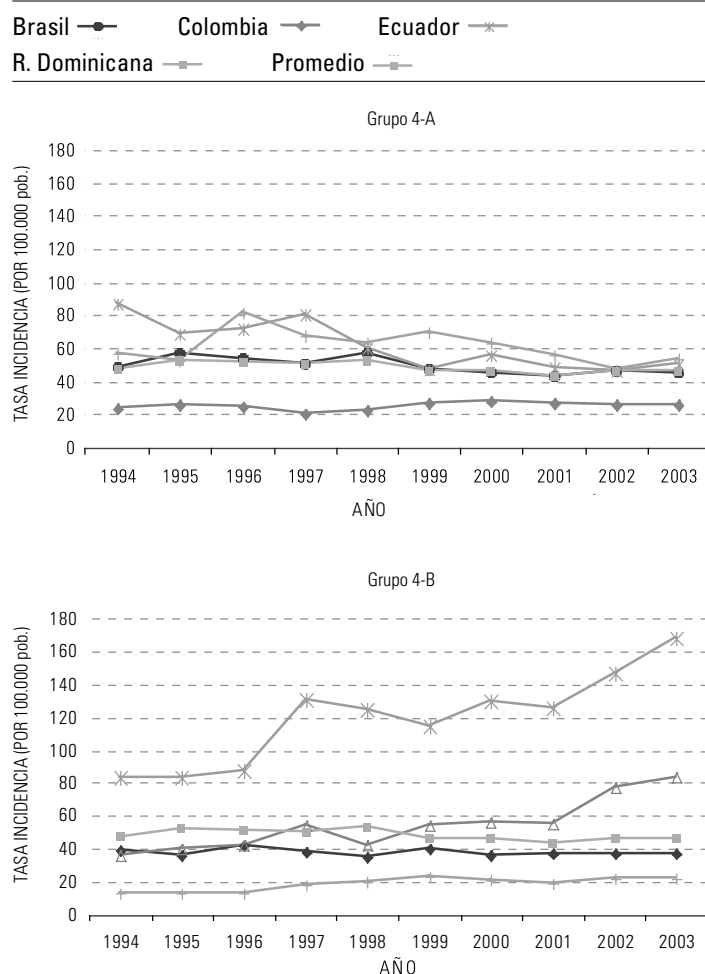
Países con incidencia estimada de TB superior a 50 por 100.000 hab. y cobertura inferior al 75% con la estrategia DOTS

Los países en este grupo tienen la característica común de implementación tardía de la estrategia DOTS, y/o expansión lenta o ausencia de implementación en el caso de Surinam. El promedio del grupo es influenciado por las tasas de Brasil, que representa el 69% de la población y 67% de los casos notificados por el grupo.

El grupo fue dividido en dos subgrupos: grupo 4 A: Brasil, Colombia, Ecuador y República Dominicana, y el grupo 4 B: Guyana, Haití, Paraguay y Surinam. El grupo 4A muestra un descenso de la incidencia notificada en Ecuador y República Dominicana, relacionado más a problemas en la localización de casos y/o al sistema de información, no representando un descenso real de la incidencia. Brasil y Colombia mantuvieron constantes sus tasas de incidencia notificada para el periodo, debido a la lenta expansión de la estrategia DOTS, cobertura que para el 2003 fue de 34% y 19% respectivamente.

En el grupo 4 B se observan tres países con tendencia ascendente de la incidencia: Haití presenta las tasas más elevadas de la Región, con incremento de 100% entre 1994 y 2003 (de 83 a 168 por 100.000 hab.), relacionado a una mejor actividad de localización de casos, al incremento de la coinfección TB/VIH y a las malas condiciones socioeconómicas que afectan al país; Guyana muestra un incremento de más de 100% en su tasa de incidencia entre 1994 a 2003 (de 36 a 83 por 100.000 hab.), relacionada a la epidemia del VIH, pobreza y a una incipiente utilización de la estrategia DOTS (gráfico 12).

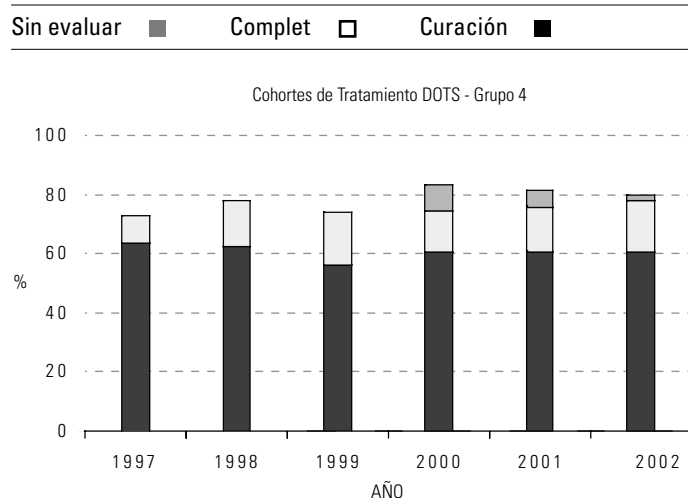
Gráfico 12 ▴ Tasa de incidencia notificada 1994-2003, Escenario 4



Fuente: Formulario OMS de recolección de datos de TB – 1996-2003.

En el grupo 4 solo el 23% de casos son tratados bajo DOTS, con mejores tasas de éxito de tratamiento en DOTS que en no DOTS, estos últimos con importante número de no evaluados. En el 2002 el éxito de tratamiento en áreas DOTS llegó al 79% con solo 2% de casos no evaluados (gráfico 13). Ese grupo representó cerca del 20% de casos bajo DOTS y 98% de casos no DOTS de la Región en 2002.

Gráfico 13 ▴ Resultados de tratamiento TB BK+ nuevos bajo "DOTS", Grupo 4 - 1996 – 2002



Fuente: Formulario OMS de recolección de datos de TB – 1996-2003.

LA REGIÓN FRENTE A LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO (ODM)

La meta 8 del Objetivo de Desarrollo del Milenio número 6 establece “haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015 la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves” Este **Objetivo 6** de los ODM en lo que respecta a la tuberculosis, define indicadores de implementación y de impacto.

A) Indicadores de implementación

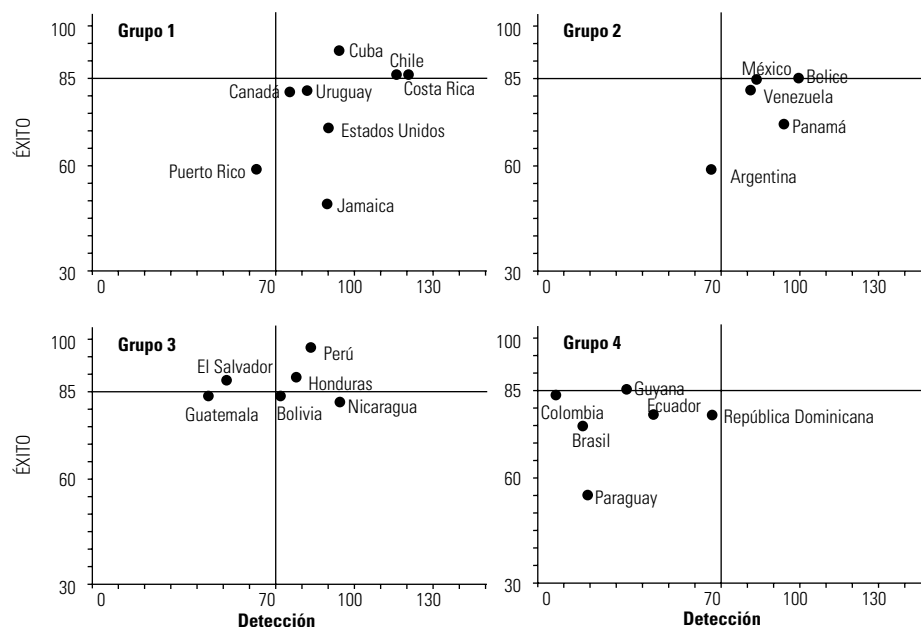
Indicador #24:

- Detectar el 70% de los casos estimados de TB BK+ bajo DOTS 2005.
- Tratar exitosamente al 85% de los mismos.

La detección promedio de la Región bajo DOTS fue de 50% a 2003 y el éxito de tratamiento de la cohorte del 2002, de 81%. Se estima que al 2005 se detectará cerca de 70% de los casos y se tratará exitosamente al 85% de los mismos.

3 Global Tuberculosis
control: surveillance,
planning, financing.
WHO report 2005.
Geneva, World
Health Organization
(WHO/HTM/
TB/2005.349)

Gráfico 14 ▴ Tasa de detección (2002) y éxito de tratamiento (2003) bajo DOTS por grupo de países, expresado en porcentaje. Región de las Américas – 2002 y 2003



Fuente: Formulario OMS de recolección de datos de TB – 1996-2003.

B) Indicadores de impacto

De acuerdo a estimaciones de OMS, la incidencia en las Américas siguió una tendencia decreciente desde 1990, de 66 a 43 casos por 100.000 habitantes para 2003. Sin embargo, esta disminución no es homogénea en toda la Región, siendo menor en aquellos países en los que se inició recientemente la aplicación de la estrategia DOTS.

Indicador #23: Reducir a la mitad la prevalencia y mortalidad por tuberculosis al 2015 con respecto a 1990

- La Región al 2003 presenta la siguiente situación:

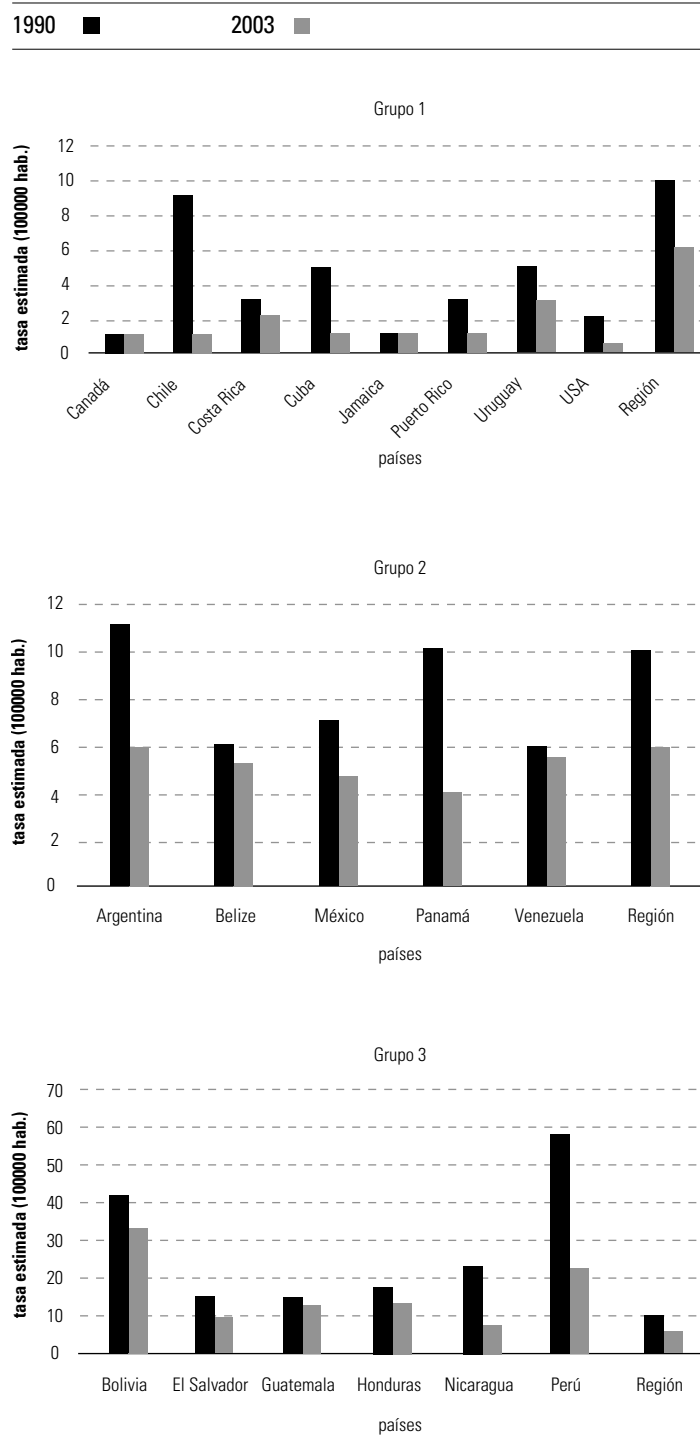
	Línea de Base (1990)	2003	Meta (2015)
Prevalencia TB *	100	58	50
Mortalidad TB *	10	6	5
(*) Tasas por 100,000 habitantes (Estimaciones OMS ³)			

La Región de las Américas está próxima a alcanzar estos indicadores, sin embargo, los resultados actuales han sido fundamentalmente alcanzados en países con altos o medianos-altos ingresos y/o con programas nacionales de tuberculosis exitosos, de larga data y con disminución sostenida de la morbi-mortalidad. La disminución necesaria para alcanzar este indicador, del 2003 al 2015, dependerá de los países de medianos bajos o bajos ingresos y con alta prevalencia o carga de tuberculosis, así como de la coordinación inter-programática TB/VIH-SIDA

La mortalidad por tuberculosis

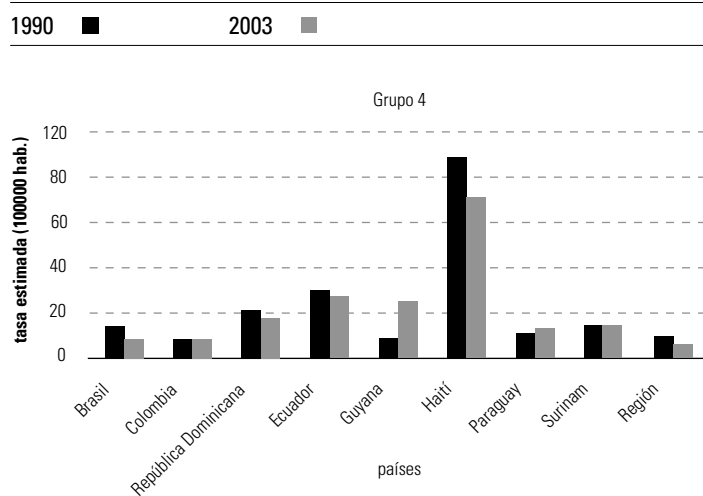
El monitoreo de la mortalidad por tuberculosis es necesario para medir el avance hacia los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Al no ser posible contar con información de mortalidad reportada en todos los países de la Región, el análisis fue realizado con tasas de mortalidad estimadas por OMS.

Gráfico 15 ▴ Tasas estimadas de Mortalidad por Tuberculosis. Región de las Américas – 1990 y 2003



Fuente: Global Tuberculosis Control –WHO/2005

Gráfico 15 ▴ Tasas estimadas de Mortalidad por Tuberculosis. Región de las Américas – 1990 y 2003



Fuente: Global Tuberculosis Control –WHO/2005

En resumen, este capítulo ha considerado las bases epidemiológicas y operacionales en las que se sustentan las intervenciones detalladas en el Plan Regional; cuyo objetivo final es apoyar a los países de la Región en sus procesos nacionales de planificación estratégica con miras a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

do
les
res

III. Justificación del Plan Regional

Los desafíos actuales para el control de la TB en los países de la Región son probablemente mayores que hace una década por:

- A) El aumento de las inequidades en la distribución del ingreso, incremento de la pobreza, la marginalidad y la inestabilidad política en los países más pobres; adicionalmente al advenimiento de desastres naturales, epidemias y endemias de enfermedades transmisibles no TB, que obligan a los gobiernos a reorientar recursos para mitigar dichas condiciones en detrimento de otros programas como el de TB. Condiciones que pueden reflejarse en:
- Inaccesibilidad a la atención sanitaria de poblaciones vulnerables a la TB debido a barreras económicas, geográficas, y/o culturales o simplemente inexistencia o débil infraestructura sanitaria en países pobres.
 - Ausencia de voluntad política frente al control de la tuberculosis a diferentes niveles.
 - Ausencia o insuficiente financiamiento que genera brechas en el control de la TB, como la disponibilidad de insumos y medicamentos, que pueden poner en riesgo actividades primordiales.
 - Crisis en la dotación de recursos humanos por la permanente rotación, inestabilidad laboral y/o ausencia de políticas de recursos humanos.
 - Coberturas menores al 75% de DOTS/TAES en un grupo de países de alta carga de enfermedad y baja calidad en su aplicación en algunos países con cobertura superior al 90%.
 - Redes de laboratorio no suficientemente desarrolladas ni integradas a los PNTs.
 - Reformas del sector salud con descentralización y debilitamiento de los PNTs.
 - Poca o ninguna participación de otros proveedores de salud tanto del sector público como privado.
 - Ausencia de participación en el control de la TB de los afectados por la enfermedad y la comunidad en general.

- B) La rápida expansión de la epidemia del VIH, el subsiguiente problema de coinfección TB/VIH y la presencia de la MDR-TB existente en todos los países del continente.

Además, el Plan da respuesta a tres compromisos previamente realizados.

- a) El cumplimiento de los compromisos mundiales asumidos por todos los países de la Región referente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (objetivo 6 y meta 8), de disminuir la incidencia por TB, detectar el 70% de los caso infecciosos y curar el 85% de los mismos bajo DOTS/TAES (OMS 2005) y lograr la reducción a la mitad de la prevalencia y mortalidad por tuberculosis al 2015.
- b) El cumplimiento de la Resolución CD46.R12 del Consejo Directivo con el fin de profundizar el control de la TB en todos y cada uno de los países del continente para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).
- c) La implementación de la nueva estrategia de la OMS “Alto a la tuberculosis” (anexo 1) dirigida a consolidar el DOTS de calidad en el mundo, la atención integral de la TB asociada al VIH y la MDR-TB, al fortalecimiento de los sistemas sanitarios, al empoderamiento del enfermo y la comunidad y a la investigación operativa y de nuevas herramientas como vacunas y medicamentos. Elementos plasmados en Líneas Estratégicas del Plan Regional.

Todo ello obliga a elaborar e implementar un plan regional a largo plazo que permita enfrentar los desafíos, evaluarlos continuamente, y medir el avance de su implementación e impacto hasta alcanzar las metas propuestas.

IV. Visión, misión, objetivos, metas del plan y líneas estratégicas de trabajo

Visión	Una América libre de tuberculosis.
Misión	Asegurar que cada paciente con TB tenga pleno acceso a diagnóstico y tratamiento de calidad, para disminuir la carga social, económica y de inequidad que impone la TB.
Objetivo General	Los países de la Región revierten la incidencia, prevalencia y la mortalidad por TB aplicando la estrategia "Alto a la Tuberculosis".
Metas Principales	La Región notifica más del 70% de los casos nuevos BAAR+ y cura el 85% de los mismos para el 2005 (Resolución WHA 44.8). Todos los países de la Región revierten la incidencia de TB y disminuyen al 50% la mortalidad y la prevalencia al 2015 respecto a la de 1990 (metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio –ODM-).
Objetivos Específicos	
1° Objetivo	Asegurar a todo paciente con TB atención en servicios de salud que implementan la estrategia DOTS/TAES de calidad.
	Meta El 100% de los países de la Región implementan la estrategia DOTS/TAES con calidad en todos los servicios estatales de salud, al 2007.
2° Objetivo	Disminuir la incidencia de la TB y VIH en poblaciones afectadas por ambas infecciones
	Metas El 100% de los países de la Región incorpora un sistema de vigilancia epidemiológica TB/VIH en concordancia con su realidad epidemiológica y efectúa actividades de colaboración, al 2015.
3° Objetivo	Prevenir y controlar la MDR-TB en el marco de la estrategia DOTS/TAES.
	Metas El 100% de los países realizan un manejo integral de la MDR-TB dentro la estrategia DOTS/TAES al 2015.
4° Objetivo	Garantizar el diagnóstico y el control bacteriológico oportuno y de calidad a través de redes de laboratorio fortalecidas.
	Metas - El 100% de las redes de laboratorio de TB, integradas operacionalmente a los PNTs, cumplen estándares establecidos por OMS al 2015. - El 100% de los países utilizan sistemáticamente el cultivo como método de rutina en el diagnóstico y seguimiento de los casos al 2010. - El 100% de los países de la Región cuenta con vigilancia permanente de la MDR-TB determinada en todos los fracasos terapéuticos al esquema inicial, y periódica a través de estudios nacionales en países seleccionados, al 2010. En países seleccionados se incluirá vigilancia a drogas de 2ª línea.

5° Objetivo	Incorporar a todos los proveedores de salud (públicos, no gubernamentales y privados) al control de la TB.
	Metas El 100% de los países de la Región involucran sistemáticamente a todos los proveedores de salud relevantes al control de la TB a 2015.
6° Objetivo	Reducir el estigma y la discriminación y mejorar el acceso de pacientes con TB a servicios DOTS con el apoyo de estrategias de abogacía, comunicación y movilización social y de la participación de personas afectadas.
	Metas El 100% de los países implementan estrategias de abogacía, comunicación y movilización social en tuberculosis a 2015, e incorporan a la asociación de afectados en actividades de control.
7° Objetivo	Fortalecer la gestión de los PNTs a través de estrategias de desarrollo de recursos humanos como parte integral de los planes nacionales de los PNTs.
	Metas El 100% de los países cuentan con programas de desarrollo de recursos humanos en tuberculosis a 2015.
8° Objetivo	Desarrollar y/o fortalecer la capacidad de investigación de los PNTs.
	Metas El 80% de los países de la Región desarrollan sistemáticamente investigaciones operativas, epidemiológicas y/o clínicas dentro de las actividades rutinarias de los PNTs.
Líneas Estratégicas de Trabajo	
Línea Estratégica 1	Expansión y/o fortalecimiento de la estrategia DOTS/TAES, con calidad (Objetivo 1).
Línea Estratégica 2	Implementación y/o fortalecimiento de: - Actividades de colaboración interprogramáticas TB y VIH/SIDA. - Actividades de prevención y control de la MDR-TB. - Estrategias comunitarias para poblaciones desatendidas –indígenas, privados de libertad, poblaciones periurbanas marginadas y otras- (Objetivos 2 y 3).
Línea Estratégica 3	Fortalecimiento del sistema sanitario enfatizando la atención primaria, el abordaje integral de enfermedades respiratorias (iniciativa PAL), la red de laboratorios, y el desarrollo de políticas de recursos humanos en tuberculosis (Objetivos 4 y 7).
Línea Estratégica 4	Mejoramiento del acceso de la población al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis a través de la incorporación de todos los proveedores de salud, tanto públicos como privados (Objetivo 5).
Línea Estratégica 5	Facilitación del empoderamiento de los afectados y la comunidad con la implementación de estrategias de abogacía, comunicación y movilización social (ACM) en acciones de control de la TB (Objetivo 6).
Línea Estratégica 6	Inclusión de la investigación operativa, clínica y epidemiológica dentro de los planes de los Programas Nacionales de Control de la TB (Objetivo 8).

V. Líneas estratégicas de trabajo

5.1 LÍNEA ESTRATÉGICA 1

Expansión y/o fortalecimiento de la estrategia DOTS/TAES, con calidad, en todos los países de la Región.

La implementación y posterior expansión de la estrategia DOTS/TAES es el primer paso que un país debe dar en el control de la tuberculosis.

La estrategia DOTS/TAES está compuesta por cinco elementos, que deben trabajarse con igual énfasis:

1. Compromiso gubernamental sostenido, reflejado en la planificación a largo término, con recursos humanos adecuados e incremento sostenido de recursos financieros necesarios para alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).
2. Detección de casos a través de exámenes bacteriológicos (baciloscopia de esputo como primera opción, cultivo y pruebas de sensibilidad a los medicamentos antituberculosos en casos necesarios,) fortaleciendo las redes de laboratorio con control de calidad para facilitar la detección de los casos esputo positivo, esputo negativo y con resistencia a medicamentos antituberculosos.
3. Manejo adecuado de los casos con tratamientos estándares, estricta supervisión de la toma de la medicación a fin de reducir el riesgo de resistencia adquirida y apoyar al paciente para garantizar la adherencia al tratamiento y aumentar las tasas de curación.
4. Contar con un sistema efectivo y regular de suministro de drogas de calidad, incluyendo el mejoramiento de la capacidad de gestión de medicamentos y ofertando tratamiento gratuito a los enfermos.
5. Sistema eficiente de monitoreo, supervisión y evaluación del programa que incluya la evaluación del tratamiento por cohortes y la medición de impacto.

4 3 Reunión Subregional de Países de Baja Prevalencia de Tuberculosis – Santiago de Chile 2003 (Cuba, Chile, Costa Rica y Uruguay).

La realidad epidemiológica y operacional heterogénea entre los países, exige la aplicación de actividades diferenciadas hacia la expansión, consolidación y/o fortalecimiento del DOTS/TAES como primer paso, para llegar a estrategias de eliminación como paso posterior (ver estrategias y principales actividades recomendadas a nivel país de acuerdo a estratificación).

Iniciativas de eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública

Recomendada en los países de baja prevalencia de TB, con 100% de cobertura con la estrategia DOTS/TAES de calidad. Los países en eliminación deberán alcanzar una tasa de “TB todas las formas” menor de 5 por 100.000 hab. como resultado de un esfuerzo deliberado de control y con medidas de intervención sostenidas a largo plazo.

El grupo de trabajo de “Países de baja prevalencia de la Región⁴”, para llegar a la eliminación de la TB como problema de salud pública propone tres etapas con cinco fases de acción, con una duración acorde a la situación epidemiológica y a los recursos de cada país.

Etapas y Fases	Metas Epidemiológicas
1ª Etapa 1ª Fase de control avanzado	Incidencia de 20 por 100 mil habitantes
2ª Etapa de Pre-eliminación 2ª fase de pre-eliminación incipiente 3ª fase de pre-eliminación adelantada 4ª fase de pre-eliminación avanzada	Incidencia de 19 a 15 por 100 mil habitantes Incidencia de 14 a 10 por 100 mil habitantes Incidencia de 9 a 5 por 100 mil habitantes
3ª Etapa 5ª fase de eliminación	Incidencia < 5 por 100 mil habitantes

Las estrategias que serán implementadas gradualmente incluirán el fortalecimiento del DOTS/TAES, y la aplicación rigurosa de los seis componentes de la estrategia Alto a la Tuberculosis, definiendo claramente los grupos de riesgo e intervenciones apropiadas en los mismos.

Iniciativa de eliminación de la tuberculosis como enfermedad, recomendada en países de altos ingresos, bajas tasa de incidencia y 100% de cobertura del DOTS/TAES, en los cuales se pretende la eliminación de la TB, entendiendo como tal el alcanzar un caso de TB de todas las formas por millón de habitantes.

Estrategias y actividades recomendadas del nivel de país de acuerdo a estratificación

Las acciones destinadas a implementar, expandir y/o fortalecer la estrategia DOTS/TAES, estarán en relación a su grado de desarrollo y a la situación epidemiológica del país, para lo cual se han estratificado los países en 4 escenarios (tabla 2, página 11).

Dentro de las estrategias y actividades comunes a todos los países se recomienda:

- Obtener y/o mantener el compromiso político permanente y a diferentes niveles a través de actividades de abogacía con participación de los diferentes sectores de la sociedad.
- Incorporar a las actividades de control a los socios técnicos y financieros a través de la formación de “Comités Interagenciales – Alto a la TB o STOP TB” con representación de socios que históricamente trabajan en TB e incorporación de nuevos como sociedades científicas *-médicos especialistas-*, redes de enfermería y profesionales afines DOTS/TAES, organizaciones comunitarias organizadas, asociaciones de afectados, e instituciones privadas con vocación de servicio, para la consecución de la aplicación de un DOTS/TAES de calidad y sostenible a largo plazo.
- Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica de la TB integrado al sistema nacional de vigilancia epidemiológica de los países.
- Impulsar, apoyar técnicamente y evaluar convenios fronterizos, binacionales o multinacionales de cooperación entre países para el manejo de la TB.
- Elaborar e implementar proyectos para obtener mayor flujo de recursos económicos.

Escenario 1: Países de baja incidencia estimada de TB y > 90% de la población cubierta por DOTS/TAES: Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos, Uruguay, Puerto Rico, Jamaica, países del Caribe inglés, territorios de Francia, Antillas Holandesas y Territorios del Reino Unido. Países como Cuba y Jamaica son de medianos bajos ingresos, países del Caribe inglés, Chile, Costa Rica y Uruguay son de medianos altos ingresos y el resto de altos ingresos.

Las estrategias y principales actividades de los países de este grupo deberán enfocarse a:

Elaborar planes de acción diseñados hacia la eliminación de la TB como problema de salud pública, tomando en consideración:

- Contar con compromiso político, movilización social y de socios entorno a esta iniciativa.
- Focalizar y profundizar acciones en poblaciones vulnerables.
- Estratificar geopolíticamente la carga de enfermedad y diseñar estrategias de intervención específicas por estrato.
- Implementar la iniciativa PPM y PAL.
- Realizar investigaciones operativas y epidemiológicas para validar estrategias de intervención, parámetros de programación, indicadores de evaluación y vigilancia.

Escenario 2: Países de mediana incidencia estimada de TB y > 90% de la población cubierta por DOTS/TAES: Argentina, Belice, México, Panamá, Venezuela. Países todos de medianos altos ingresos.

Escenario 3: Países de alta incidencia y > 90% de la población cubierta por DOTS/TAES: Bolivia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Perú. Países catalogados como de ingresos medios bajos, excepto Nicaragua que es de bajos ingresos. Los países de este grupo se caracterizan por tener limitaciones políticas, económicas y de infraestructura.

Las estrategias y actividades deberían enfocarse en ambos escenarios a:

- Elaborar planes nacionales a largo plazo destinados a alcanzar los ODM y que contemplen:
 - Implementar estrategias de sostenimiento y consolidación de la estrategia DOTS/TAES:
 - Mantener la supervisión permanente; monitoreo y evaluación periódica.
 - Profundizar acciones en poblaciones de riesgo especialmente alto (indígenas, privados de libertad, poblaciones marginadas de grandes ciudades e inmigrantes) e incorporar a la comunidad para mejorar el acceso y la adherencia al tratamiento de poblaciones desatendidas.

Escenario 4: Países de alta incidencia con cobertura inferior del 70% de la población por la estrategia DOTS/TAES: Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Haití, Paraguay, República Dominicana, Surinam. Países todos de ingresos medios bajos, excepto Haití con ingresos bajos.

Las estrategias y principales actividades deberían enfocarse a:

- Elaborar e implementar planes de expansión de la estrategia DOTS/TAES a corto plazo y de acuerdo al país (infraestructura, reforma de salud, distribución geopolítica del país, recursos económicos, etc.):
 - Incrementar actividades de capacitación, supervisión, monitoreo y evaluación.
 - Incorporar a médicos especialistas en actividades de los programas y crear redes de profesionales como la de enfermería.
- Elaborar planes nacionales a largo plazo destinados a sostener y consolidar la estrategia DOTS y alcanzar los ODM.

Actividades del nivel regional

- Conformar oficialmente el Comité Interagencial “STOP TB” de la Región de las Américas e incentivar la formación y consolidación de comités Alto a la TB o Stop-TB a nivel de país.
- Conformar el Grupo Técnico Asesor Regional y los subcomités de TB/VIH, MDR-TB, y de abogacía, comunicación y movilización social.

Asesorar en:

- La elaboración de planes de expansión de la estrategia para el grupo 4.
- La elaboración de planes nacionales dirigidos a fortalecer el control para cumplir con los ODM.
- La implementación de las diferentes iniciativas de acuerdo a los países y estratos.
- La elaboración de proyectos (Fondo Mundial, Fidelis, ISAC, Comité Luz Verde, Fundaciones, etc.) y acompañar en la implementación de los mismos.
- Impulsar y apoyar técnicamente a los países con amplia migración en la elaboración de convenios fronterizos, binacionales y/o multinacionales de cooperación.
- En la compra de insumos y medicamentos antituberculosos.

- Monitorear y evaluar la aplicación, expansión y calidad de la estrategia DOTS/TAES en los países de acuerdo a estratificación y en función del cumplimiento de los ODM, con énfasis en los países priorizados por OPS.
- Realizar visitas de abogacía con niveles políticos para conservar la TB dentro las prioridades de las políticas sanitarias.
- Facilitar y promover redes regionales y nacionales de profesionales en salud en control de la tuberculosis (redes de enfermería o profesionales aliados DOTS/TAES, médicos especialistas, etc.).

5.2. LÍNEA ESTRATÉGICA 2

Implementación y/o fortalecimiento de actividades de colaboración entre los Programas de Tuberculosis y VIH/SIDA, actividades de prevención y control de la MDR-TB y estrategias comunitarias para poblaciones desatendidas (DOTS comunitario) en todos los países de la Región.

5.2.1. Actividades de colaboración entre los Programas de Tuberculosis y VIH/SIDA

La tendencia creciente de la epidemia VIH significa un gran reto para los PNTs, que ven incrementar la infección con VIH en los casos de TB y la aparición de nuevos casos de TB en los infectados con el VIH, comprometiendo el desempeño de los sistemas sanitarios y la eficiencia de los PNTs debido al aumento de la incidencia de TB, la letalidad, abandonos al tratamiento y retos para el tratamiento integral de ambas enfermedades.

La situación descrita crea la necesidad de efectuar acciones conjuntas de colaboración entre los PNTs y los PNSs, dentro del marco de políticas de la OMS, destinadas a:

- *Establecer mecanismos de colaboración*, con la conformación de equipos de coordinación entre ambos programas a diferentes niveles, la implementación o fortalecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica de la coinfección entre pacientes TB, elaboración y ejecución de planes conjuntos de actividades TB/VIH que incluya actividades de monitoreo y evaluación..
- *Disminuir la carga de TB en personas que viven con el VIH*, a través de búsqueda activa de casos de TB, tratamiento e introducción de tratamiento preventivo en las personas VIH+, y acciones de control de la infección en personal sanitario y en poblaciones congregadas con alto riesgo de contraer ambas infecciones como en las prisiones, el ejército, la policía, etc.
- *Disminuir la carga de VIH en enfermos con TB*, a través de ofertar a todo enfermo TB consejería, prueba consentida de VIH y métodos de prevención de la infección VIH; garantizar acceso a terapia antirretroviral, terapia preventiva con co-trimoxazole, cuidado y soporte emocional a largo plazo a los enfermos TB infectados con el VIH (seguimiento de guías sobre atención integral de personas que viven con la coinfección de TB/VIH en América Latina y el Caribe).

La heterogeneidad de la epidemia de VIH entre los países de la Región obliga a agrupar las intervenciones de acuerdo al estado de la epidemia VIH y la carga de TB, para identificar acciones inmediatas y a mediano plazo, adecuadas a los diferentes escenarios epidemiológicos (tabla 3).

Tabla 3 ▲ **Clasificación de los países de acuerdo a tipo de epidemia VIH*. Región de las Américas, 2003**

Epidemia VIH generalizada		Epidemia VIH concentrada	
<i>Alta incidencia de TB</i>	<i>Baja y mediana incidencia de TB</i>	<i>Alta incidencia o carga de TB</i>	<i>Baja y mediana incidencia de TB</i>
Belice	Bahamas	Brasil	Argentina
Haití	Barbados	Bolivia	Chile
Honduras	Jamaica	Ecuador	Colombia
Guatemala	Trinidad y Tobago	El Salvador	Costa Rica
Guyana		México	Cuba
Rep. Dominicana		Nicaragua	Panamá
Surinam		Paraguay	Uruguay
		Perú	Venezuela

*Epidemia VIH generalizada: Prevalencia de VIH >1% en embarazadas; Epidemia VIH concentrada: Prevalencia >5% por lo menos en una sub-población definida y <1% en embarazadas y Epidemia Incipiente: Prevalencia <5% en cualquier sub-población.

ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES DEL NIVEL PAÍS DE ACUERDO A LA EPIDEMIA VIH

1. Epidemia VIH generalizada

Con tasas altas de incidencia TB (> 50 casos por 100.000 habitantes): Grupo conformado por siete países, de los cuales solo tres declaran cobertura total con DOTS/TAES, tres están en etapa de expansión de la estrategia y uno en implementación. Todos cuentan con disponibilidad para terapia antirretroviral inmediata y recursos económicos para acciones de colaboración TB/VIH (Proyectos del Fondo Mundial, anexo 3).

Con tasas bajas o medianas de incidencia de TB (< 50 por 100.000 habitantes): Grupo conformado con cuatro países del Caribe inglés con dificultades en la aplicación de la estrategia DOTS/TAES, sin embargo, todos ellos tienen proyectos VIH/SIDA (proyectos multi-países a excepción de Jamaica) aprobados por el Fondo Mundial a 2005 (anexo 3), teniendo la oportunidad de fortalecer las actividades de colaboración TB/VIH y la aplicación de la estrategia DOTS/TAES.

Las estrategias y actividades que se deberían desarrollar en ambos grupos incluyen:

- Establecer mecanismos de colaboración interprogramática, con el objetivo de:
 - Conformar grupos de trabajo y comités de expertos en el manejo de TB/VIH.
 - Revisar y/o actualizar normas técnicas de los PNTs, incluyendo el manejo de la coinfección TB/VIH.
 - Establecer y/o fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica mediante la recolección de datos de la atención rutinaria al enfermo TB (consejería y prueba voluntaria para infección VIH a todo caso de TB).
- Disminuir la carga de TB en PVVS:
 - Intensificar la identificación de casos de tuberculosis entre las PVVS.
 - Introducir el tratamiento preventivo con isoniácida.
- Disminuir la carga de VIH en pacientes con TB:
 - Proporcionar consejería y prueba voluntaria de VIH en los pacientes con TB.
 - Promover la prevención del VIH entre los pacientes con TB.
 - Introducir la prevención de infecciones oportunistas en coinfectados.
- Asegurar la atención integral de las PVVS:
 - Introducir y/o fortalecer la terapia antirretroviral.

2. Epidemia VIH concentrada e incipiente

Los países con epidemia concentrada o incipiente son países con cobertura total de DOTS/TAES, salvo Ecuador, Brasil, Paraguay y Colombia, que están en etapa de expansión. Todos cuentan con tratamiento ARV, sin embargo, existen limitaciones de acceso al tratamiento en algunos países.

Las recomendaciones globales que estos países deberían desarrollar incluyen:

- Establecer mecanismos de colaboración interprogramática:
 - Conformar grupos de trabajo y comités de expertos en el manejo de TB/VIH.
 - Revisar y/o actualizar normas técnicas de los PNTs, incluyendo el manejo de la coinfección TB/VIH.
 - Disminuir la carga de TB en PVVS con acciones específicas dirigidas a los grupos de riesgo (HSH, usuarios de drogas, trabajadores del sexo y en poblaciones congregadas) y en aquellas áreas con porcentajes superiores a la media nacional de prevalencia en embarazadas.
- Establecer y/o fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica con base a:
 - La recolección de datos dentro de la atención rutinaria al enfermo TB (consejería y prueba voluntaria para infección VIH a todo TB).
 - Establecer vigilancia centinela y/o encuestas de prevalencia periódicas, en países que no puedan efectuar la vigilancia rutinaria.

5 Para el año 2000 se estimaron en el mundo 273.000 casos de TB con fármaco-resistencia múltiple (MDR-TB) entre los casos nuevos de tuberculosis, mientras que la MDR-TB entre los pacientes antes tratados puede cuadruplicar o quintuplicar los porcentajes encontrados en la MDR-TB primaria. Para medir este fenómeno, la OMS y La Unión han desarrollado a la fecha tres encuestas mundiales para medir la prevalencia y tendencia de la MDR-TB.

El resto de actividades dirigidas a disminuir la carga de TB en pacientes que viven con el VIH y a disminuir la carga de VIH en pacientes TB, serán las mismas que en países con epidemia VIH generalizada.

❖ *Actividades del nivel regional*

- Desarrollar un plan de actividades regionales conjunto de VIH/SIDA y TB en OPS WDC para fortalecer la cooperación interprogramática.
- Conformar el Subcomité Regional de expertos en TB/VIH.
- Realizar acciones de abogacía en altos niveles políticos con la participación del Comité Regional para priorizar el control de la TB/VIH en países con epidemia VIH generalizada.
- Facilitar la formación de expertos regionales en TB/VIH y capacitar jefes de PNTs y jefes VIH/SIDA en actividades de colaboración inter programática.
- En estrecha coordinación con el Programa de VIH/SIDA:
 - Asesorar en la implementación y/o fortalecimiento del sistema de información y vigilancia epidemiológica de la coinfección, en ejecución de estudios centinelas y de prevalencia.
 - Implementar el manejo integral TB/VIH en la atención primaria y comunitaria (consejería al enfermo con TB para el consentimiento de la prueba VIH, toma de prueba VIH, recuento de CD4, tratamiento ARV, profilaxis de infecciones oportunistas y cuidado comunitario del enfermo), a través de la elaboración y adaptación de guías para consejería TB/VIH y directivas del tratamiento antirretroviral y TB.
 - Asesorar a los PNTs en la elaboración de estrategia ACM con inclusión de la problemática TB/VIH.
- Contribuir al fortalecimiento de la capacidad de las redes de laboratorios en técnicas diagnósticas y de tipificación de cepas de micobacterias.
- Consensuar normas de diagnóstico de la infección y la enfermedad tuberculosa en PVVs.
- Coordinar y facilitar con los socios la movilización de recursos económicos.
- Monitorear y evaluar a través de seminarios y visitas de terreno en coordinación con el Programa Regional de VIH/SIDA las actividades de colaboración interprogramática y su impacto.

5.2.2 Implementación y/o fortalecimiento de actividades de prevención y control de la MDR-TB en todos los países de la Región con énfasis en países con altos porcentajes de MDR-TB

En 1994 la OMS y La Unión pusieron en marcha el Proyecto Global de Vigilancia de Resistencia a Drogas Antituberculosas con los objetivos de evaluar y monitorear la prevalencia de resistencia utilizando metodología estandarizada.

Posteriormente, en 1999, frente a la evidencia de la amenaza que representa la MDR-TB⁵, la OMS conformó, bajo los auspicios de STOP TB el “Grupo de Trabajo de DOTS-Plus”, y creó el Comité Luz Verde (CLV) para facilitar el acceso a drogas de segunda línea de bajo costo y calidad

certificada, y brindar asesoría técnica para garantizar su uso racional en países de medianos o bajos ingresos. Basándose en la evidencia de factibilidad, efectividad y costo-efectividad la OMS ha incorporado el manejo de MDR-TB dentro de la estrategia DOTS/TAES.

Tabla 4 ▲ **Agrupación de países según prevalencia de MDR-TB primaria (inicial).
Región de Las Américas, 2004**

MDR-TB $\geq 3\%$	MDR-TB entre 1% y 3 %	MDR-TB < 1%
Guatemala	Argentina	Chile
Ecuador	Brasil	Cuba
Perú	Bolivia	El Salvador
República Dominicana	Colombia	Uruguay
	Hondura	Venezuela
	México	Canadá
	Nicaragua	
	Paraguay	
	Puerto Rico	
	USA	

No se cuenta con datos de MDR para Haití, Guyana, Surinam, Panamá, Costa Rica y CAREC.

El Programa Regional siguiendo las directivas de la OMS ha impulsado la implementación del manejo integral de los casos MDR-TB en los países recomendando la aplicación de las siguientes estrategias y/o actividades de país:

- Fortalecer la estrategia DOTS/TAES (línea 1).
- Elaborar, implementar, expandir proyectos de manejo de la MDR-TB en áreas donde se esté aplicando la estrategia DOTS con buenos resultados.
- Identificar y corregir las causas de multidrogoresistencia en el país:
 - Garantizar la calidad de los medicamentos.
 - Fortalecer los laboratorios y los procedimientos de control de calidad de medicamentos.
 - Promover mecanismos que limiten la venta indiscriminada de medicamentos de primera y segunda línea.
 - Promover el uso de medicamentos combinados a dosis fija.
 - Utilizar el mecanismo de suministro de drogas de segunda línea y apoyo técnico del Comité Luz Verde.
- Fortalecer el sistema de vigilancia de la MDR-TB:
 - Monitorear sistemáticamente la resistencia a fármacos en los casos de fracaso terapéutico a esquemas I, que lo recibieron bajo supervisión.
 - Mantener la vigilancia de la resistencia a nivel regional promoviendo la realización de estudios nacionales en casos nuevos y casos previamente tratados.

6 Hasta junio de 2005, el CLV aprobó nueve proyectos MDR-TB en los siguientes países: México, Bolivia, Honduras, Haití, Costa Rica, El Salvador, Nicaragua, Perú y República Dominicana. Para 2006 se espera contar con la aprobación de dos nuevos proyectos en Ecuador y Paraguay, así como la expansión de proyectos existentes.

❖ **Actividades a nivel de país diferenciadas de acuerdo a clasificación MDR-TB primaria**

- Países con **MDR-TB primaria < 1%**: Utilizar el mecanismo de suministro de drogas de segunda línea del Comité Luz Verde (medicamentos de calidad y a bajo costo, apoyo técnico en la implementación de la estrategia y su monitoreo) y adecuar y/o ajustar medidas de control de acuerdo a las guías de manejo de MDR-TB de la OMS.
- Países con **MDR-TB primaria (inicial) entre <3% y ≥1%**: se incentivará a que progresivamente implementen la realización de pruebas de sensibilidad a todos los casos que inicien el retratamiento.
- Países con **MDR-TB primaria (inicial) ≥ 3 %**: se incentivará a que progresivamente implementen la realización de pruebas de sensibilidad a todos los casos que inicien el retratamiento y a todos los casos nuevos BK+ que tengan baciloscopia positiva al segundo mes de tratamiento. Se recomienda en casos MDR-TB inicial realizar estudios puntuales de resistencia a drogas de 2ª línea, especialmente en países que han venido utilizándolas, con asesoramiento y control de calidad externo de los laboratorios supranacionales.

❖ **Apoyo regional a estrategias y actividades para países sin datos de MDR-TB a la fecha**

Grupo formado por Haití, Guyana, Surinam (altas tasas de incidencia de TB), Panamá, Costa Rica y el resto de países del CAREC (con bajas tasas de incidencia). Las estrategias y actividades que se deberían desarrollar incluyen:

Realizar estudios de vigilancia de la resistencia a fármacos antituberculosos:

- Implementar el cultivo y prueba de sensibilidad a drogas de primera línea en todos los países que cumplan con los requisitos establecidos por las normas de OMS.
- Elaborar protocolos y cronograma de estudios para evaluar la resistencia primaria y secundaria.

❖ **Actividades del nivel regional**

- Mediar frente a las autoridades de salud de países y donantes para que apoyen el manejo de la MDR-TB dentro del DOTS/TAES.
- Crear un Subcomité Regional de expertos en el control de la MDR-TB para dar asistencia técnica a los países de la Región en la preparación de proyectos MDR-TB, su implementación, monitoreo y expansión dentro la estrategia DOTS/TAES⁶.
- Formar expertos regionales en el manejo de la MDR-TB, integrada dentro la estrategia DOTS/TAES.
- Facilitar la incorporación del tratamiento de MDR-TB en países o áreas de países con DOTS/TAES. Para tal propósito, se enfatiza en la importancia de cumplir los requisitos descritos en el proceso de aprobación del CLV.
- Brindar a través de los LSR y CC transferencia técnica y apoyo logístico para el diagnóstico y el control oportuno y confiable de los pacientes MDR-TB.

- Asesorar la implementación o fortalecimiento de sistemas de vigilancia de la MDR-TB.
- Asesorar, facilitar y canalizar la compra de medicamentos de segunda línea a través del CLV.
- Promover y asesorar la prevención y control de la transmisión de MDR-TB, especialmente en hospitales que concentran la atención de estos pacientes, en prisiones, y en poblaciones desatendidas
- Promover entre los países la búsqueda de apoyo técnico en el CLV, no solamente para la compra de medicamentos, sino para la asesoría integral a la implementación de esta línea estratégica.
- Facilitar la ejecución de cursos sobre MDR-TB para los equipos nacionales con énfasis en las guías de manejo de MDR-TB en los países que implementan proyectos e iniciativas de MDR y estimular su utilización en el ámbito nacional.

5.2.3 Implementación y/o fortalecimiento de Estrategias comunitarias para poblaciones desatendidas (control de la TB basado en la comunidad: DOTS comunitario) en todos los países de la Región

El Programa Regional promueve la equidad y las políticas en favor de poblaciones desatendidas y pobres⁷, basadas en actividades de prevención y control de la TB (estrategia DOTS/TAES), y abordajes específicos para cubrir las brechas de diagnóstico y tratamiento que afectan a estas poblaciones y la incorporación de la comunidad en actividades de prevención y control. Medidas que contribuirán a disminuir la prevalencia de TB entre los pobres y la pobreza en las naciones.

La Región se adhiere a la recomendación de la OMS para el abordaje de la TB en poblaciones pobres y apoyará a los países en la implementación de los siguientes pasos:

Paso 1. Identificar los grupos pobres y vulnerables.

Paso 2. Determinar las barreras que impiden el acceso de los grupos vulnerables a servicios que proporcionan diagnóstico y tratamiento de tuberculosis.

Paso 3. Identificar y priorizar las acciones o intervenciones frente a las barreras.

Paso 4. Revisar las situaciones y grupos de población que requieren atención especial.

Paso 5. Explorar las posibilidades para obtener recursos adicionales.

Paso 6. Evaluar el impacto de medidas en favor de los pobres.

❖ Actividades a nivel de país

En todos los países de la Región existen bolsones de poblaciones desatendidas y pobres donde la incidencia por TB es varias veces superior a las tasas nacionales, por tanto, en las etapas de consolidación y sostenimiento de la estrategia DOTS, los países deberían implementar medidas específicas destinadas a estas poblaciones.

7 La asociación entre pobreza y TB es bien conocida y documentada. Es así que se incluye como grupo vulnerable a la TB aquellos que viven en pobreza. Vulnerabilidad que nace de diferentes factores tales como el limitado acceso a los servicios de salud, a la educación, al conocimiento y al empleo; barreras a las que se suman factores étnicos, de género, ubicación geográfica, condiciones de vida, migración y exclusión social.

❖ *Actividades a nivel regional*

- Asesorar en la elaboración de planes de intervención coherentes con los seis pasos enumerados.
- Incentivar a los países y PNTs para comprometerse a adoptar y desarrollar políticas y estrategias orientadas a enfrentar el problema que representa estos grupos poblacionales.
- Propiciar encuentros regionales con expertos de países para intercambiar experiencias, definir criterios para priorizar poblaciones y líneas de intervención, con énfasis en cárceles, población indígena y poblaciones marginales de grandes ciudades.
- Contribuir al desarrollo de materiales para la capacitación, información y guías
- Propiciar alianzas estratégicas para la movilización de recursos y establecer coordinación con Servicios de Salud (THS/OS)

5.3. LÍNEA ESTRATÉGICA 3

Fortalecimiento del sistema sanitario enfatizando la atención primaria, el abordaje integral de enfermedades respiratorias (iniciativa PAL), la red de laboratorios y el desarrollo de políticas de recursos humanos en tuberculosis, en los países de la Región.

5.3.1 Fortalecimiento de la red de laboratorios y la vigilancia de la drogoresistencia en los países de la Región

El desarrollo de la red de laboratorios de bacteriología de la tuberculosis en los países de la Región debe ir paralelo al desarrollo de otros componentes de la estrategia DOTS/TAES. La infraestructura y dotación de equipos debe estar acorde con las necesidades, renovarse y actualizarse de acuerdo a las recomendaciones de bioseguridad y necesidades tecnológicas; además, la red debe fortalecer su capacidad de ofrecer cultivo con un adecuado rendimiento y suficiencia técnica. Contará con personal suficiente y calificado para garantizar la permanente calidad y oportunidad del trabajo.

Con la finalidad de que la red de laboratorios pueda dar respuesta oportuna y de calidad al Programa Nacional de Control de la TB y optimizar su trabajo se impulsarán cinco áreas de trabajo:

- 1 **Desarrollo de la red de laboratorios regional:** Para asesorar a los países con oportunidad y calidad, se consolidará la Red Supranacional a través de los Laboratorios de Suprarreferencia (LSR) y Centros Colaboradores (CC) que prestan asistencia técnica en TB, promoviendo su integración a los PNT.
- 2 **Desarrollo de Recurso Humano:** actividad integrada al punto 5.3.3. Apoyo a las políticas de gestión de recursos humanos en tuberculosis y la diseminación del conocimiento.
- 3 **Fortalecimiento del área técnica:** para optimizar la cobertura y el rendimiento de las técnicas básicas en uso, con garantía de calidad y bioseguridad e incorporar nuevas tecnologías de acuerdo a la realidad epidemiológica y recursos de cada país.

- 4 **Vigilancia de la resistencia a medicamentos antituberculosos:** se apoyará a los laboratorios en la implementación de estrategias e iniciativas que cuantifiquen la resistencia a fármacos antituberculosos de primera línea, con el fin de mejorar la representatividad, calidad y oportunidad de los resultados. En países seleccionados, se introducirán estudios que evalúen el comportamiento de la resistencia a drogas de segunda línea de acuerdo a los proyectos de MDR-TB.
- 5 **Investigación:** Se estimulará la investigación técnica y operativa para el desarrollo de métodos y estrategias más adecuados destinados a los servicios de laboratorio, con el objeto de mejorar la atención de los pacientes. Se propiciará la investigación en laboratorios con capacidad técnica y operativa suficiente para desarrollarla sin menoscabo de sus funciones esenciales.

Las siguientes actividades relacionadas con la red de laboratorios deberían ser aseguradas con asesoría del Programa Regional y de la Red Supranacional de Laboratorios:

❖ *Actividades generales*

- Coordinar la cooperación técnica con los LSR y CC.
- Asegurar un flujo de información eficiente entre el PNT y la red de laboratorios a nivel país y entre el laboratorio nacional de la red de laboratorios y los LSN y CC.
- Integrar a los responsables de la red de laboratorios de TB a los equipos de gestión de los PNT.
- Realizar anualmente el diagnóstico situacional, establecer metas intermedias de eficiencia, monitorear y evaluar el desempeño de la red de laboratorios de TB.
- Identificar una línea en el presupuesto del PNT que contemple los recursos necesarios para el funcionamiento de la red de laboratorios y el cumplimiento de las metas programadas.
- Promover la implementación de programas destinados a alcanzar la garantía de calidad de la baciloscopia, cultivo y pruebas de sensibilidad a drogas de primera línea.
- Agilizar los procedimientos (incluyendo a los administrativos) que condicionan los tiempos que transcurren desde la solicitud de baciloscopías y pruebas de sensibilidad a drogas de 1ª hasta la utilización de los resultados.
- Promover el establecimiento de infraestructura, de equipamiento y de prácticas de laboratorio que cumplan con las recomendaciones internacionales de bioseguridad.
- Establecer un programa de calibración, mantenimiento y reparación de equipamiento de laboratorio.
- Incorporar o mantener actualizados los capítulos de control de calidad y bioseguridad en las normas técnicas de los PNT.
- Diseñar y desarrollar un programa de capacitación para mantener la competencia técnica de los recursos humanos de la red de laboratorios de TB, en coordinación con el PNT y de acuerdo con los resultados del diagnóstico de situación.
- Incrementar y optimizar el uso del cultivo para diagnóstico y evaluación del tratamiento.
- Involucrar a la red de laboratorios de TB en estudios operativos planificados por el PNT. Diseñar, ejecutar y/o participar de estudios operativos, nacionales, internacionales y/o multicéntricos, para generar evidencias que mejoren los servicios prestados por las redes de laboratorio.

❖ *Actividades diferenciadas por escenarios*

Escenario 1: Países de baja incidencia de TB (tasas de incidencia < 25 casos por 100.000 habitantes) con $> 90\%$ de la población cubierta por DOTS/TAES.

Escenario 2: Países de mediana incidencia de TB (tasas de incidencia entre 25 y 50 casos por 100.000 habitantes) con $> 90\%$ de la población cubierta por DOTS/TAES.

- Adecuar los programas de capacitación en la realización de la baciloscopia para garantizar su calidad en escenarios con muy baja frecuencia de resultados positivos.
- Introducir u optimizar técnicas rápidas con alta sensibilidad y que han sido validadas, para diagnóstico de acuerdo a capacidad técnica, necesidades y/o recursos del país.
- Introducir u optimizar la utilización de técnicas rápidas y preferentemente sencillas validadas para determinar la sensibilidad y resistencia a drogas de primera línea.
- Elaborar normas de interpretación de resultados en la utilización de pruebas rápidas.
- Elaborar y promover el uso de un diagrama de flujo para la aplicación de las nuevas técnicas de diagnóstico, pruebas de sensibilidad y resultados.

Escenario 3: Países de alta incidencia (tasas de incidencia > 50 casos por 100.000 habitantes) con $> 90\%$ de la población cubierta por DOTS/TAES.

Escenario 4: Países de alta incidencia (tasas > 50 casos por 100.000 habitantes) con cobertura inferior del $< 75\%$ de la población por DOTS/TAES.

- Implementar el cultivo y pruebas de sensibilidad a drogas de primera línea en Guyana, Surinam y Haití.
- Introducir u optimizar técnicas rápidas y sencillas de sensibilidad y resistencia a drogas de primera línea en países con 3% o más de MDR primaria.
- Introducir u optimizar técnicas rápidas y sencillas de sensibilidad y resistencia a drogas de 1a línea en Brasil.

❖ *Actividades del nivel regional y de la Red Supranacional de Laboratorios*

- Mantener al laboratorio de TB como prioridad en la agenda de trabajo del Programa Regional.
- Apoyar la reactivación de la Red Regional y de la Red Supranacional de Laboratorios de la Región.
- Asesorar en la organización o reorganización de las redes nacionales con redefinición de roles y funciones de los diferentes niveles de laboratorios de TB.
- Apoyar la elaboración de estándares técnico-operativos mínimos y de bioseguridad para los laboratorios de distinto nivel de complejidad.
- Elaborar estándares para mantener la calidad y costo-eficacia en los laboratorios en países de baja prevalencia.
- Promover la investigación operativa de técnicas innovadoras para mejorar el rendimiento de los exámenes de esputo.

- Consensuar normas de control de calidad de los diferentes métodos bacteriológicos, facilitar y asesorar su implementación.
- Introducir el método de Kudoh para el transporte de muestras de lugares con difícil acceso al cultivo.
- Asesorar en el delineamiento de estrategias dirigidas a mejorar la gestión administrativa y operativa de la red.
- Establecer alianzas estratégicas con los socios para movilizar recursos y/o aprovechar experiencias específicas que optimicen la asistencia técnica.
- Promover y mantener un programa de entrenamiento y capacitación de recurso humano profesional de laboratorio en TB y en escuelas de formación.
- Incentivar estudios operativos que validen técnicas destinadas a un diagnóstico más eficaz y oportuno de los casos de TB.
- Asesorar en la ejecución de estudios de vigilancia periódica de la TB-MDR y en la implementación de una vigilancia permanente de la fármaco-resistencia en los fracasos terapéuticos a esquemas iniciales de tratamiento.
- Asesorar en la transferencia de tecnología de los países desarrollados a los países en desarrollo.
- Monitorear y evaluar el funcionamiento de las redes de laboratorio de la Región.
- Promover la creación de una línea de presupuesto destinada a mejorar la capacidad de la red de laboratorios en los proyectos de cooperación.

5.3.2 Estrategia PAL (del inglés “Practical Approach to Lung Health”) o Abordaje Práctico de Salud Pulmonar

El PAL es la estrategia desarrollada para el manejo sindromático de los pacientes con síntomas respiratorios que consultan en los servicios de salud de áreas DOTS.

El PAL ofrece intervenciones estandarizadas, para dar respuesta adecuada y costo-efectiva en la Atención Primaria de Salud (APS), a la elevada demanda de consultas por enfermedades respiratorias en población mayor de 5 años. Su propósito es mejorar (i) la calidad de atención de cada paciente respiratorio (ii) la eficiencia de los servicios de APS en el tratamiento de enfermedades respiratorias, focalizando la TB, las infecciones respiratorias agudas (neumonía) y enfermedades respiratorias crónicas (asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica). El PAL, por tanto, contribuye a incrementar la localización de casos de TB y mejorar la calidad y oportunidad de su diagnóstico.

Actividades específicas de país

A) Países que han iniciado el PAL

Monitorear y evaluar las actividades en forma periódica (incluyendo aportes del PAL en la localización de casos) y elaborar planes de expansión de la estrategia de acuerdo a las realidades locales, resultados en áreas piloto y de las evaluaciones periódicas.

8 Atención

*Integrada a las
Enfermedades
Prevalente.
de la Infancia*

9 Infección Respiratoria Aguda.

B) Países que aun no han iniciado PAL

Escenario 1 y 2: Países de baja y mediana incidencia estimada de TB y con más del 90% de la población cubierta por DOTS/TAES:

- Implementar PAL siguiendo las directivas para su implementación.

Escenario 3: Países de alta incidencia con más del 90% de la población cubierta por DOTS/TAES:

- Implementar PAL posterior a la aplicación de planes de consolidación de la Estrategia DOTS/TAES de calidad.

Escenario 4: Países de alta incidencia con cobertura inferior del 75% de la población por la estrategia DOTS/TAES:

- Implementar PAL después de culminada exitosamente la expansión del DOTS con calidad y de la elaboración de un plan de sostenimiento y consolidación del mismo.

❖ *Actividades del nivel regional*

- Crear un grupo de trabajo regional sobre PAL y apoyar a la creación de grupos nacionales.
- Apoyo a los países en cada uno de los pasos requeridos en la implementación del PAL ya sea a nivel nacional o en áreas de verificación:
 - Incentivar a las autoridades de salud de los países y PNT para comprometerse políticamente a adoptar y desarrollar la estrategia PAL.
 - Orientar en la evaluación de las condiciones existentes para adaptar la estrategia PAL.
 - Contribuir en la adaptación y desarrollo de guías PAL y materiales para la capacitación.
 - Apoyo en el diseño y ejecución de una encuesta de base sobre el manejo de patología respiratoria en áreas pilotos, previo y posterior a la capacitación (Investigación de factibilidad).
 - Contribuir a la capacitación del personal en las guías PAL.
 - Apoyar en la evaluación del impacto PAL en las áreas pilotos y en el desarrollo del plan de expansión nacional.
 - Asistir al PNT en la movilización de recursos y en la expansión a nivel nacional de la estrategia PAL.
- Establecer coordinación con el Plan Regional para la Influenza así como con la estrategia AIE-PI⁸ en su componente de IRA⁹ y tuberculosis de OPS/OMS, así como con iniciativas para el manejo de enfermedades respiratorias conducidas por otros socios internacionales.
 - Organizar y realizar reuniones con países aplicando la estrategia PAL para el intercambio de experiencia, resultados de investigaciones y elaboración de planes nacionales PAL.
 - Contribuir al desarrollo de guías de manejo y vigilancia epidemiológica de enfermedades respiratorias en los mayores de 4 años de forma integrada con el sistema de registro e información del PNT, así como complementaria y coordinada con AIEPI y Plan Regional de Influenza
 - Establecer alianzas estratégicas para la movilización de recursos.

5.3.3 Apoyo a las políticas de gestión de recursos humanos en tuberculosis y la diseminación del conocimiento

Una de las principales limitaciones identificadas para la implementación y expansión de la estrategia DOTS/TAES a nivel mundial, es la ausencia de suficiente recurso humano calificado en los diferentes niveles de los PNT.

Análisis recientes en la Región de las Américas sobre el desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública revelan que el desarrollo del recurso humano en salud es una de las funciones más descuidadas en países de la Región.

Las estrategias de DDRRHH deben ser integrales, multidisciplinarias, transversales en los sistemas de salud y de largo plazo. Deben considerar aspectos no solamente relacionados con los requerimientos de los servicios y sistemas de salud, sino también con el derecho de los usuarios y trabajadores. La estrategia promoverá la participación activa de todos los sectores directamente relacionados con la formación de recurso humano, desde la etapa de formulación de políticas hasta las etapas de aplicación y evaluación.

Se considerará la formación de recursos humanos para el control de la TB dentro del marco estratégico de los sistemas de salud, tomando en cuenta las oportunidades y amenazas representadas por la descentralización.

Por todo lo anterior, la estrategia de DDRRHH en tuberculosis es asumida como un elemento fundamental en el logro de las metas trazadas en el control de la enfermedad de los países y de la Región.

Las políticas de gestión y de desarrollo de los recursos humanos en tuberculosis considerará varios aspectos: (i) la planificación de los recursos, (ii) la utilización eficiente, (iii) la capacitación del personal por niveles (especialistas, médicos generales, personal del nivel gerencial, nivel intermedio de los PNTs, nivel periférico y la comunidad) y (iv) por tipo de servicios.

Se considerará la importancia de otros factores como: (i) la distribución adecuada del recurso humano, (ii) los incentivos laborales, (iii) la estabilidad contractual, (iv) la educación continua y (v) el desarrollo de carrera.

❖ *Actividades del nivel país*

El DDRRHH, cuando se enfoca en el ámbito de país, debe estar dirigido a garantizar la correcta aplicación de las normas nacionales que soportan la implementación o expansión de la estrategia DOTS/TAES, haciendo especial énfasis en la distribución, disponibilidad, composición y el desempeño de recursos humanos y deberá considerar los siguientes aspectos:

- Identificar en el país las instancias que pueden apoyar al PNT en la gestión de recursos humanos para el programa.

- Evaluar la situación actual de recursos humanos disponibles para la implementación de la estrategia DOTS/TAES teniendo en cuenta números, distribución, capacidad y motivación.
- Incrementar las actividades de monitoreo, supervisión y evaluación con carácter formativo más que represivo.
- Crear, implementar y fortalecer metodologías que identifiquen deficiencias de desempeño relacionadas con la falta de aptitudes, y que permitan planificar acciones de formación (capacitación formal o capacitación en el trabajo).
- Desarrollar o mejorar los planes de capacitación que garanticen que los nuevos funcionarios en el control de la TB participen en programas de inducción y entrenamiento tan pronto lleguen a la nueva posición.
- Implementar o mejorar los programas existentes de entrenamiento en el control de la tuberculosis.
- Lograr la conformación de alianzas con universidades, asociaciones científicas y gremiales, así como con otras instituciones formadoras de recurso humano en salud, que permitan tener centros multidisciplinarios de excelencia que apoyen de manera integral las políticas y actividades de control de tuberculosis en el país.
- Analizar y revisar los programas de entrenamiento básico de médicos, enfermeras, profesionales del laboratorio y otros profesionales de la salud que participan en la implementación o expansión de la estrategia DOTS/TAES y fomentar el desarrollo profesional de los mismos.
- Coordinar con otros programas relacionados con la TB las actividades de entrenamiento como con el PN VIH/SIDA.
- Promover la existencia a nivel nacional de un funcionario que se desempeñe como punto focal responsable del tema de recursos humanos en tuberculosis.
- Implementar un sistema de vigilancia de recursos humanos en tuberculosis, que incluya la utilización de bases de datos del personal.

❖ *Actividades del nivel regional*

- Organizar actividades de abogacía para superar la crisis de recursos humanos en salud, y que esta sea reconocida como una prioridad para los Ministerios de Salud y en la agenda de los socios en la Región.
- Promover en la Región el desarrollo de metodologías que permitan a los países determinar las necesidades reales de recursos humanos para el control de la tuberculosis, y facilite evaluar las necesidades de la Región y subregiones.
- Apoyar a los países en la elaboración de planes de DDRHH en salud, particularmente para el control de la tuberculosis. La producción de recursos humanos en salud es un proceso a largo plazo; los planes de desarrollo deben considerar intervenciones a mediano y largo plazo.
- Coordinar la participación de los socios que trabajan en este tema en la Región, con el propósito de evitar la duplicación de actividades y promover la conjunción de esfuerzos para alcanzar objetivos comunes.

- Identificar un punto focal para el DDDRHH a nivel regional para facilitar la coordinación con la OMS y los países.
- Traducir y difundir las recomendaciones sobre el tema de recursos humanos emitidas por la Asamblea Mundial de Salud (WHA), Grupo de Trabajo de Expansión de DOTS (DEWG), los comités *ad hoc* establecidos para la epidemia de TB y de otras organizaciones relacionadas con el tema.
- Desarrollar cursos regionales y subregionales de entrenamiento en el manejo y desarrollo del recursos humanos.
- Organizar talleres para los países de la región para generar capacidad local en temas como DDDRHH, manejo de personal, motivación, capacitación continuada, investigación y fomentar el diálogo entre países al respecto.
- Promover la participación de las Universidades y otras instituciones formadoras de recursos humanos en salud en actividades relacionadas con el control de la tuberculosis, más allá de las actividades formales de entrenamiento básico.
- Intensificar la cooperación técnica prestada a los países para la elaboración y aplicación de estrategias eficaces para el desarrollo y manejo de recursos humanos en el control de la tuberculosis.
- Apoyar en la elaboración y adaptación de material de entrenamiento que facilite el desempeño de los funcionarios que participan en el control de la enfermedad a diferentes niveles.

5.4 LÍNEA ESTRATÉGICA 4

Mejoramiento del acceso de la población al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis a través de la incorporación de todos los proveedores de salud, públicos y privados

En numerosos países de la región gran parte de su sistema de salud, especialmente el sector privado, aún no participa en la implementación del DOTS. Muchos proveedores de salud no emprenden el tratamiento y diagnóstico de la tuberculosis con prácticas basadas en la evidencia. Esto puede originar sobre-diagnóstico o sub-diagnóstico, demora diagnóstica o incluso falta de diagnóstico, malos resultados del tratamiento, incremento de la droga-resistencia y mayores costos institucionales para el paciente.

Muchos pacientes con síntomas sugestivos de TB, incluyendo los muy pobres, buscan atención de su enfermedad dentro de una gran variedad de proveedores de salud que no siempre ofrecen adecuada atención en TB. La iniciativa PPM DOTS/TAES es el marco coherente y estructurado para incorporar a todos los proveedores relevantes de salud en el DOTS/TAES, asegurando que aplican los *estándares internacionales para el control de la TB*.

Todos los proveedores de salud poseen potencialmente alguna función específica para contribuir con el control de la TB, la cual será identificada, acordada y coordinada con el PNT. Por su parte,

10 Pertenecientes al Ministerio de Salud como Hospitales Nacionales, especializadas y todas las demás unidades, hospitales y ambulatorios del Seguro Social, hospitales de Instituciones docentes, servicios y hospitales dependientes de corporaciones gubernamentales o Ministerios, servicios médicos de prisiones, Fuerzas Armadas, Policía, etc.).

11 Hospitales y clínicas privadas, servicios médicos corporativos, hospitales y clínicas de organismos no gubernamentales, médicos, enfermeras, parteras privadas, farmacias y expendios de medicamentos, médicos y otros practicantes tradicionales, personal informal que presta servicios de salud, etc.).

12 PPM: del inglés Public & Private Mix (Combinación Público-Privado)

el PNT deberá fortalecer su liderazgo en el sector, ofreciendo la regulación, financiamiento, monitoreo, evaluación e investigación en PPM.

En general, la actividad “Público-Privada” ha tenido escaso desarrollo en la Región, mientras que la “Público-Pública” ha sido emprendida por varios países. En la región se pretende que todos los proveedores de salud públicos¹⁰ y privados¹¹ relevantes adopten los nuevos *estándares internacionales para el control de la tuberculosis* a través de la adhesión y/o extensión de la iniciativa PPM¹².

Actividades a nivel de país

Los países con estrategia DOTS implementada exitosamente y con capacidad de sustentar la incorporación de nuevos actores deben abordar la iniciativa PPM; no obstante no es necesario esperar a que el DOTS haya alcanzado cobertura total en el país, pues el PPM puede ser iniciado en áreas donde el DOTS está operando efectivamente.

Para la implementación del PPM se sugieren los siguientes pasos:

- Realizar estudios de situación que permitan:
 - Identificar y elaborar un listado de los proveedores existentes en el país o de la Región de implementación de la estrategia.
 - Determinar cuantos y cuales de estos proveedores tienen relación con el PNT e implementan actividades para el control de la TB.
 - Definir la contribución actual o potencial que tiene cada uno de ellos para el control de la TB.
 - Identificar las intervenciones que optimicen su contribución.
 - Identificar y generar recursos nacionales. Elaborar un plan de implementación de PPM DOTS de acuerdo a datos aportados por el estudio de situación:
 - Designar a un responsable del PPM dentro del PNT.
 - Crear un grupo trabajo PPM DOTS (PNT y representantes de diferentes proveedores relevantes).
 - Elaborar un plan operativo de implementación.
 - Identificar recursos económicos para actividades esenciales (abogacía, capacitación, supervisión y monitoreo, incentivos, etc.).
- Elaborar guías operativas de funcionamiento o adaptar guías PPM DOTS de la OMS. Identificar herramientas de trabajo (cartas acuerdo, contratos, compromisos y algunos instrumentos de registro e información).

❖ Actividades a nivel regional

- Incentivar a los países y PNTs para comprometerse políticamente a adoptar y desarrollar la iniciativa PPM para incorporar al Sector Salud Público y Privado en el control de la TB.

- Difundir las guías de implementación de PPM DOTS de la OMS y estimular su utilización por los países.
- Asesorar a los países en la realización de estudios de situación, planes de implementación y guías nacionales PPM.
- Difundir los “Estándares Internacionales de Atención de los Enfermos con TB” en los Ministerios de Salud, sociedades científicas, seguros sociales, ONGs, medicina privada y población.
- Facilitar el intercambio de experiencia de los PNT en la investigación, implementación e impacto de PPM.
- Coordinar con las Unidad de Servicios de Salud (THS) en OPS para el desarrollo de estrategias de implementación integradas.
- Establecer alianzas estratégicas para la movilización de recursos.

5.5 LÍNEA ESTRATÉGICA 5

Facilitación del empoderamiento de los afectados y la comunidad, e implementación de estrategias de abogacía, comunicación y movilización social (ACM) en países de la Región.

Facilitación del empoderamiento de los afectados y la comunidad

Experiencias de distintos programas de salud muestran que se obtienen mejores resultados cuando personas y comunidades afectadas están empoderadas y participan activamente en el cuidado y tratamiento, particularmente cuando las redes sociales (familia, vecindario, comunidad) y el capital social local (instituciones y organizaciones políticas, económicas, religiosas, civiles, educativas, deportivas) tienen un papel indispensable.

El empoderamiento de los afectados y la comunidad es fundamental para lograr los objetivos del control de la TB. Es un proceso continuo para que personas y comunidades participen activamente en el control de la TB a través de instituciones, coaliciones y otras formas de participación a nivel local y nacional. Puesto que no es responsabilidad exclusiva de una institución o grupo comunitario, el empoderamiento le compete a una variedad de organizaciones interesadas en estimular y brindar oportunidades para fortalecer la capacidad local de participación.

Los programas de control de la TB se comprometen a facilitar oportunidades para que las personas afectadas y sus comunidades identifiquen necesidades y prioridades, y diseñen e implementen cursos de acción con el propósito de mejorar la detección precoz y tratamiento de TB. El objetivo es brindar y apoyar oportunidades para promover diálogos y consensos sobre objetivos y actividades.

Posibles estrategias para estimular el empoderamiento:

- Promoción del sentido de responsabilidad y propiedad a nivel comunitario.
- Realización de diagnósticos participativos para analizar obstáculos para la detección de personas con TB y sugerir acciones para superarlos.
- Apoyo a redes sociales para que contribuyan a la detección precoz.

- Identificación de mecanismos sociales y estrategias para estimular la realización completa del tratamiento.
- Desarrollo de actividades educativas a nivel comunitario para reducir el estigma de la tuberculosis y las personas afectadas, la falta de información sobre derechos y responsabilidades, y la baja percepción de riesgo (tales como charlas grupales, intercambio de experiencias, y presentaciones por personas directamente afectadas).
- Trabajo conjunto con el personal de salud para realizar actividades de apoyo en los centros DOTS (administración de medicamentos, monitoreo, visitas domiciliarias).
- Identificación de recursos institucionales a nivel comunitario (sociedad civil, sector privado) para apoyar actividades.
- Promoción de mecanismos para trabajar con familias para entender y mitigar el impacto de la TB por medio de la atención y consejería.
- Apoyar actividades y sostenibilidad de las organizaciones de pacientes y su involucramiento en tareas de educación, participación en intercambio de experiencias locales en foros nacionales e internacionales, diseño y gerenciamiento de actividades, y esfuerzos para lograr financiamiento.

❖ ***Fomento a la implementación de estrategias de abogacía, comunicación y movilización social (ACM) en países de la Región***

Las estrategias de abogacía, comunicación y movilización social (ACMS) constituyen un proceso interactivo con las comunidades que va más allá del IEC. Son empleadas para planificar intervenciones adecuadas a los desafíos de cada PNT con el fin de promover y mantener prácticas positivas entre poblaciones específicas (particularmente en las más vulnerables) usando diversos canales de comunicación y mensajes. La ACMS debe estar basada en un riguroso diagnóstico de los obstáculos que dificultan llevar a cabo comportamientos deseables como así también en un análisis estratégico de los factores motivadores que puedan ser utilizados en las intervenciones.

En el contexto de la tuberculosis, las estrategias ACMS deben ser parte esencial de las actividades de promoción de la salud de los PNTs, en los que deben participar profesionales de la salud del sector público y privado, familiares, líderes comunitarios y medios de comunicación. Las comunidades adquirirán comportamientos que faciliten el diagnóstico y tratamiento oportunos de los enfermos cuando cuenten con conocimientos básicos de la TB, adopten actitudes y prácticas adecuadas ante la enfermedad y tengan garantía de acceso a los servicios de salud.

Como un elemento integral de las actividades de control de la tuberculosis, la ACMS pretende incrementar el conocimiento básico que la comunidad tiene sobre la enfermedad; estimular la discusión comunitaria frente a la problemática generada por la tuberculosis; cambiar la actitud frente a los enfermos, frente a los más vulnerables y ante la posibilidad misma de enfermar; reducir el estigma y la discriminación familiar, social y laboral; generar demanda de servicios diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación; promover la adecuada atención de poblaciones postergadas y en lugares de congregación con alto grado de vulnerabilidad. Actividades efectivas

de ACMS también son útiles para lograr la respuesta política, social y económica necesaria para la implementación, fortalecimiento y expansión de estrategias como DOTS/TAES. De ese punto de vista, los grupos organizados de pacientes o ex pacientes deberían jugar un papel importante en las actividades de abogacía y las labores para el respeto de los derechos de los enfermos.

El desarrollo de una estrategia de comunicación debe decidirse teniendo en cuenta los recursos disponibles y la gravedad del problema relacionado con comportamientos no deseados frente a la enfermedad, tanto a nivel nacional, seccional o estadual y local. De igual manera debe considerarse el grado de implementación de la estrategia DOTS/TAES en el que se encuentre el país.

❖ *Actividades del nivel país*

Los países deberían:

- Identificar las personas y organizaciones especialistas en comunicación y establecer conjuntamente la coordinación, planeamiento y ejecución de actividades.
- Elaborar e implementar una estrategia de Comunicación en Tuberculosis según las prioridades de cada PNT y basada en resultados de diagnósticos de base.
- Involucrar a pacientes y grupos de pacientes en diagnósticos comunitarios y actividades educativas, presentaciones con socios y autoridades, y el diseño y realización de campañas de comunicación.
- Apoyar la formación de asociaciones de personas afectadas por TB y ofrecer capacitación en diferentes aspectos del control de la TB.
- Realizar reuniones de trabajo con personal de salud y afectados para identificar formas de colaboración.
- Promover el establecimiento de coaliciones nacionales para discutir y apoyar actividades para el control de la TB.

Los países deben considerar las siguientes etapas en el diseño e implementación de estrategias de comunicación:

Etapas 1. Análisis de la situación. Entender la naturaleza de las barreras para el control de la tuberculosis a nivel local o nacional debidas a conocimiento, actitudes y prácticas no deseadas y la resistencia al cambio. Valorar las políticas y estrategias de comunicación existente o previa, las fuentes de información, las fortalezas y debilidades en comunicación y analizar los recursos de comunicación disponibles. Las metodologías usadas en la investigación social aportarán la infor-

mación necesaria para hacer el análisis situacional.

Etapas 2. Análisis de las necesidades y recursos disponibles en comunicación. Una revisión crítica de las experiencias previas y de los recursos técnicos y económicos disponibles permitirán a esta línea estratégica no repetir errores, fortalecerse sobre los éxitos logrados, determinar la naturaleza de la asistencia técnica necesaria, y una planeación (incluyendo presupuesto) más realista y relevante para los países y la Región. Un inventario de los socios expertos en el tema y su integración oportuna serían de gran importancia para el éxito de esta línea estratégica.

Etapas 3. Definición de los cambios de comportamiento deseados. Idealmente, los cambios buscados deben ser específicos, verificables y alcanzables en determinado tiempo, y deben ser claramente definidos y priorizados basados en el análisis de los problemas que dificultan el diagnóstico precoz y la compleción del tratamiento.

Etapas 4. Definición de las audiencias. Identificar las poblaciones/audiencias prioritarias y de mayor vulnerabilidad en relación con los comportamientos deseados para establecer objetivos prioritarios de intervención. Esta estrategia tomará en cuenta los diferentes estratos de la comunidad, las autoridades de salud y los profesionales de salud.

Etapas 5. Planificación y selección de las estrategias. Se pretende generar un comportamiento deseado como respuesta a la identificación de uno o varios factores relacionados con la salud. Los servicios que se presten deben satisfacer las expectativas creadas con los mensajes, deben ser de alta calidad, idealmente de fácil acceso y permanentes para mantener el comportamiento alcanzado.

Etapas 6. Selección de materiales y canales. Decidir los canales y mensajes que se emplearán para la ejecución de la estrategia según los datos de la investigación de base. Las estrategias efectivas utilizarán diversos canales de comunicación y materiales adecuados a las poblaciones y necesidades identificadas.

Etapas 7. Manejo y ejecución de la estrategia. Identificar las instituciones o empresas que participarán en la ejecución de la estrategia, y decidir conjuntamente las responsabilidades individuales, los mecanismos de integración y coordinación, y el presupuesto.

Etapas 8. Evaluación de la estrategia. El riguroso análisis del proceso y efecto de las intervenciones son fundamentales para generar el conocimiento y mejorar la calidad e impacto de futuras intervenciones y definir guías, políticas nacionales y regionales al respecto. Se espera que el cambio en el comportamiento logrado se refleje en los indicadores epidemiológicos de detección y seguimiento de la enfermedad.

Etapas 9. Proyectos demostrativos de comunicación en tuberculosis. La selección de proyectos exitosos como áreas demostrativas para el país, en los que el beneficio de la comunicación para el control de TB se deberá establecer.

❖ *Actividades del nivel regional*

- Apoyar la constitución, capacitación y trabajo de un grupo de consultores en comunicación para que provean asistencia técnica para el desarrollo e implementación de estrategias de comunicación en tuberculosis en la Región.
- Fomentar alianzas entre socios con experiencia en el campo de la comunicación para el desarrollo de estrategias a nivel nacional y subregional.
- Facilitar los procesos de desarrollo de proyectos para la búsqueda de financiamiento para las estrategias de comunicación de los PNT.
- Ofrecer asistencia técnica sobre las estrategias de comunicación a los PNTs.
- Desarrollar y promover proyectos pilotos sobre comunicación en tuberculosis y sus contribuciones para el control de la TB a nivel regional.
- Organizar talleres regionales y subregionales para personas afectadas por TB para capacitación en temas epidemiológicos, comunicacionales, y organizacionales e intercambio de experiencias en el control de la TB.
- Realizar reuniones para identificar formas de participación de asociaciones de afectados y estrategias para el financiamiento de actividades.

5.6 LÍNEA ESTRATÉGICA 6

Inclusión de la investigación operativa, clínica y epidemiológica dentro los planes de los Programas Nacionales de Control de la TB en los países de la Región

El control de la TB en los países de las Américas, ha tenido grandes avances en la aplicación del DOTS/TAES y la inclusión de novedosas estrategias que van dirigidas al manejo integral de la TB/MDR, TB/VIH y a la atención de poblaciones desatendidas fundamentalmente privados de libertad y poblaciones indígenas; acciones que han fortalecidos la capacidad de respuesta del sector público. Frente a los ODM, los PNTs se ven ante la necesidad de analizar profundamente sus datos epidemiológicos y operativos, medir el impacto de sus actividades y participar en la aprobación de nuevas herramientas de control. Por tanto, los PNTs de acuerdo al desarrollo de sus capacidades deberían incorporar la investigación en sus planes de acción.

La investigación operativa (IO) es una de las más desarrolladas entre los países de la Región, que busca conocer con mayor profundidad las actividades y funciones diarias de los PNTs, obtener la información necesaria para mejorar actividades, servicios y planificar actividades nuevas; estudiar la manera práctica de solucionar problemas en el ámbito programático y encontrar mejores métodos de gestión. La IO busca responder a preguntas prácticas sobre la ejecución, eficiencia y efectividad de los PNTs. En la Región se efectúa sistemáticamente la IO en varios países gracias al aporte de socios, como el CDC las que contribuyen en la construcción de la capacidad de investigación en los países.

La investigación epidemiológica (IE) en tuberculosis está más enmarcada a describir el impacto de la enfermedad, y/o impacto de las actividades de su control, y a la identificación de poblaciones con alto riesgo de infección, enfermedad y/o muerte. Actualmente la IE presenta un especial interés, puesto que todos los países de la Región han establecido como metas de control de TB al 2005 y 2015 las de los ODM, obligándolos a la medición de la incidencia, prevalencia y mortalidad por TB. Todos los países miden sistemáticamente la tendencia de la incidencia notificada por TB, pero desconocen la incidencia y prevalencia real de la enfermedad. Los países acopian dentro el registro de eventos vitales la mortalidad específica por TB, sin embargo, algunos carecen de este registro y otros tienen un notable subregistro. Adicionalmente se realizan estudios de vigilancia epidemiológica de la resistencia a medicamentos antituberculosos, dentro de la iniciativa de la OMS/UICTER, contándose con resultados en muchos países. Con el objetivo de medir impacto y hacer vigilancia de la MDR-TB, los PNTS deberían incluir dentro las actividades de investigación, la IE como una prioridad.

La investigación clínica (IC) tiene gran relevancia sobre la práctica asistencial, al identificar factores y grupos de riesgo y la forma de enfrentarlos. La IC desde un contexto social y global tiene como principal objetivo el conseguir la mayor eficiencia científica y técnica para responder a los interrogantes que se presentan en la consulta asistencial diaria. Dentro de control de la tuberculosis, la IC tiene un papel importante referido fundamentalmente de la investigación de nuevos medicamentos, vacunas y pruebas diagnósticas, sin embargo, es secundario en el quehacer cotidiano de los PNTs. De acuerdo al desarrollo de los PNTs, diferentes países de la Región, han incursionado en la IC, a través de estudios multicéntricos de investigación de nuevas pruebas diagnósticas, pruebas rápidas de sensibilidad y resistencia a drogas antituberculosas, medida de eficacia de pautas terapéuticas con medicamentos combinados, etc. Actualmente la iniciativa de algunos países, se está conformando una red latinoamericana de IC, con el fin de crear capacidad local para la IC.

❖ *Actividades del nivel país*

Los países deberían incorporar la investigación como un componente de los PNTs, involucrando los diferentes actores como médicos, biólogos, funcionarios de laboratorios, enfermeras, afectados, etc., para realizar las siguientes acciones:

- Identificar, de acuerdo al análisis de los datos de vigilancia rutinaria y los planes de implementación de nuevas iniciativas (PAL, PPM, MDR-TB, coinfección TB/VIH eliminación de la TB, grupos de riesgo, etc.), los tópicos de investigación operativa, elaborar protocolos de investigación, ejecutarlos y difundirlos.
- Identificar estudios epidemiológicos para medir el impacto de las medidas de control y medir el cumplimiento de las metas de los ODM, así como el impacto de proyectos de gran magnitud (GFATM).
- De acuerdo al desarrollo de los PNTs, los países deberían participar en estudios multicéntricos
- Realizar estudios sociales y/o socioantropológicos para identificar estrategias que modifiquen comportamientos no deseados en la población.

- Establecer conexiones entre el PNT con los organismos nacionales que conducen y financian la investigación científica y tecnológica para insertar los temas de interés en el control de la TB.
- Intervenir activamente en la movilización de fondos nacionales o internacionales para financiar la investigación.
- Difundir en niveles nacionales e internacionales los resultados de las investigaciones realizadas.

❖ *Actividades del nivel regional*

El nivel regional se propone ejecutar las siguientes actividades:

- Contribuir a construir la capacidad nacional de investigación en los PNTs.
- Incentivar la investigación y difundir los estudios exitosos en la Región.
- Asesorar a los países que desarrollan proyectos de investigación.
- Contribuir a establecer coordinación con centros internacionales y nacionales de reconocida trayectoria en investigación, así como con universidades e instituciones nacionales.
- Establecer alianzas estratégicas para la movilización de recursos con el objeto de disponer de financiamiento para investigaciones prioritarias.

VI. La movilización internacional en la Región.

Los socios y agencias de cooperación

Para alcanzar las metas establecidas en el Plan Regional, el Programa Regional de Tuberculosis deberá contar con el apoyo de socios que permitan acelerar acciones técnicas y políticas de priorización del control de la TB en las agendas sanitarias de los países para controlar la tuberculosis en la Región. La contribución de los socios conjuntamente con los PNTs está enfocada a asegurar que todas las personas tengan acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno con calidad y a reducir el costo social y económico que la TB causa a las familias, comunidades y naciones. Esta iniciativa de trabajo conjunto está en consonancia con el “*STOP TB Partnership*”, en el marco del “La Estrategia para Alto a la TB” de la Organización Mundial de la Salud.

Con la Declaración de Ámsterdam en 2000, el Compromiso de Washington en 2001, se ha incrementado la voluntad política y los mecanismos operativos necesarios para controlar la TB, y permitir a los países avances rápidos contra la enfermedad hacia las metas de 2005, voluntad que ha sido ratificada en la Región de las Américas con la Resolución CD46.R12 de la 46ª Sesión del Comité Directivo de OPS en 2005. El apoyo y participación activa de los socios son elementos indispensables para garantizar la celeridad en la consecución de las metas, incluyendo los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Todas aquellas organizaciones con interés en el control de la TB están invitadas a participar como socios, incluidas las instituciones y asociaciones científicas y académicas, los donantes financieros, los gerentes a nivel de país y los profesionales de TB, las organizaciones no gubernamentales, el sector privado, militar y la sociedad civil. La metodología de trabajo se realiza a través del desarrollo de grupos temáticos, intercambio de la información y en un futuro con la formalización del Comité Interagencial de la Región.

Los socios y países prioritarios se reúnen regularmente, bajo la coordinación del Programa Regional en “Reuniones Interagenciales Alto a la Tuberculosis”. Uno de los objetivos de las mismas es consolidar las alianzas estratégicas en la Región. Hasta la fecha se han celebrado seis reuniones, las últimas cuatro fueron en Bolivia, República Dominicana, Honduras y Ecuador. El trabajo y la

cercana relación con los socios facilitan los foros de discusión para desarrollar consenso en una variedad de áreas relacionadas con el control de la TB. Así se identifican las áreas de mayor necesidad y las fuentes de apoyo para abordarlas.

En la implementación del Plan Regional, los socios juegan un papel relevante en la aceleración de la expansión del DOTS así como en la consolidación de los logros ya alcanzados, en la prevención y tratamiento de la coinfección por el VIH y de la tuberculosis multirresistente y en la inversión en nuevas herramientas y medios de diagnóstico, medicamentos y vacunas contra la tuberculosis.

El Programa Regional incentivará la continuación de las “Reuniones Interagenciales Alto a la TB”, consolidará las alianzas estratégicas en la Región e impulsará la creación de Comités “Alto a la TB” en los Países. A la fecha en la Región de Las Américas han sido creados seis comités nacionales “Alto a la TB” Canadá, USA, Honduras, México, Brasil y Perú.

Por otra parte el Programa Regional gestionará e incentivará la movilización de recursos financieros y ofrecerá asesoría a los países para la elaboración de proyectos específicos de país o subregionales incluyendo el componente TB para el Fondo Mundial (GFATM), con apoyo en la ejecución, monitoreo y evaluación de los mismos.

VII. Monitoreo y evaluación del plan

El proceso de monitoreo y evaluación del Plan estará a cargo del Programa Regional de Tuberculosis de la OPS. Los resultados obtenidos serán compartidos con el Comité Técnico Asesor de la Región y de subcomités de expertos en las líneas estratégicas.

El monitoreo y evaluación es un componente esencial del Plan Regional con la finalidad de medir la eficacia de las intervenciones realizadas. Este componente será incluido desde la etapa de diseño y planificación de los planes operativos bianuales, para la toma de decisiones adecuada para conseguir las metas, así como el uso más eficaz de los recursos existentes.

Se aplicará un abordaje cualitativo y cuantitativo en la compilación y análisis de la información, ya que esto ayudará a comprender mejor los avances del Plan Regional, garantizar la comparación de fuentes de datos y reducir los sesgos de la información recabada.

METODOLOGÍA

Fuentes de Verificación

En términos generales, se emplearán como fuentes de verificación:

- Los informes de recolección de datos epidemiológicos y operacionales que completan anualmente los países para la elaboración del Informe Global de la OMS.
- Los informes de las visitas de evaluación llevadas a cabo por la OPS/OMS y por las agencias sociales.
- Resultados de estudios de investigación, tanto operacional, como epidemiológica (prevalencia, RAIT, prevalencia de MDR-TB, coinfección TB/VIH, etc.).
- Informes de reuniones y talleres, específicamente aquellos referentes al control de la TB en prisiones, poblaciones indígenas, TB/VIH, instituciones formadoras de recursos humanos en salud, PPM, PAL y reuniones de la red de laboratorio.

Cronograma

La recopilación de información necesaria para la evaluación se hará de manera continua, según se vayan implementando las diferentes actividades.

De manera bianual se realizará una revisión y análisis del plan, aportando la información recopilada. Los resultados de esta revisión y análisis serán expuestos durante las reuniones del Grupo Técnico Asesor, con el fin de recibir comentarios y sugerencias a la misma. En 2007 se realizará la primera medición de los indicadores de impacto y resultado establecidos en el plan.

A partir de 2007, con la elaboración del subsiguiente plan operativo, se determinará el cronograma de actividades de monitoreo y evaluación.

Responsabilidad en la recolección de datos, análisis y toma de decisiones

El Programa Regional de Tuberculosis será el responsable de la recolección de datos, incluyendo los informes de las visitas de evaluación a los países y las reuniones coordinadas por el Programa Regional (Reunión Interagencial Alto a la TB, Reunión de Jefes de Programas, de Red de Laboratorios y reuniones relacionadas con las seis líneas estratégicas), procesamiento y análisis de los mismos, y tendrá la facultad de introducir los cambios pertinentes en el Plan Regional.

Tabla 5 ■ Monitoreo y Evaluación — Plan Regional 2006-2015

Objetivo General: Los países de la Región revierten la incidencia, prevalencia y la mortalidad por TB aplicando la estrategia “Alto a la Tuberculosis”.

Indicadores de impacto

	Medios de verificación	Basal (año)	Meta 2007	Meta 2010	Meta 2015
Tasa de prevalencia. Número estimado de todos los casos activos de TB por 100,000 habitantes en un momento dado.	Resultados de estudios de prevalencia. Informes de OMS.	100 (1990)	55	52	50
Tasa de incidencia. Número de casos nuevos de TB que ocurren en un año dado, por 100,000 habitantes.	Resultado de estudios RAIT. Informes de OMS.	66 (1990)	40	35	33
Tasa de mortalidad por TB. Número de muertos por TB en un año dado, por 100,000 habitantes.	Resultados de análisis de registros de mortalidad de los países. Informes de OMS.	10 (1990)	6	5.5	5

Indicadores de resultado

1° Objetivo específico: Asegurar a todo paciente con TB atención en servicios de salud que implementan la estrategia DOTS/TAES de calidad.

	Medios de verificación	Basal (año)	Meta 2007	Meta 2010	Meta 2015
Cobertura DOTS. Proporción de la población cubierta por servicios de salud declarados DOTS.	Informes anuales de los países sobre situación operacional. Informes de evaluación.	78% (2003)	90%	95%	98%
Tasa de detección bajo DOTS. Proporción de casos BK+ notificados anualmente bajo DOTS del total de casos BK + estimados.	Informes anuales de los países sobre situación operacional. Informes de evaluación.	50% (2004)	70%	75%	78%

Tasa de éxito TBP BK+ nuevos bajo DOTS. Proporción de casos nuevos con tratamiento exitoso (curados + tratamiento completado) del total de casos notificados.	Informes anuales de los países sobre situación operacional. Informes de evaluación.	81% (cohorte 2002)	85%	86%	87%
2º Objetivo específico: Disminuir la incidencia de la TB y VIH en poblaciones afectadas por ambas enfermedades.					
Mortalidad por TB atribuida al VIH/SIDA. Fracción de la mortalidad por TB atribuible al VIH/SIDA.	Informes epidemiológicos de los países. Resultados de investigaciones epidemiológicas. Informes de OMS.	7% (2003)	6%	5%	4%
Vigilancia epidemiológica de la coinfección TB/VIH. Países que implementan vigilancia sistemática o periódica de la coinfección TB/VIH.	Informes epidemiológicos de los países. Resultados de investigaciones epidemiológicas. Informes de OMS.	10% (2004)	30%	60%	100%
3º Objetivo específico: Prevenir y controlar la MDR-TB en el marco de la estrategia DOTS/TAES.					
Proporción de pacientes MDR tratados en el marco de la estrategia DOTS. Proporción de pacientes MDR tratados bajo DOTS del total de pacientes MDR.	Informes de evaluación de las visitas a los países. Informes elevados al Comité de Luz Verde. Estimaciones de OMS.	15% (2003)		60%	85%
4º Objetivo específico: Garantizar el diagnóstico y el control bacteriológico oportuno y de calidad a través de redes de laboratorio fortalecidas.					
Redes nacionales de laboratorios establecidas. Laboratorios de la Región que cumplen con estándares establecidos por OMS (control de calidad, supervisiones, normas, capacitación, etc.).	Informes de actividades de la red, informes o epidemiológicos de los países, publicaciones, informes de reuniones de LSN y red de laboratorios nacionales.	20 (2004)		28	35
Redes nacionales de laboratorios con capacidad de realizar cultivos. Países que utilizan sistemáticamente el cultivo como método de diagnóstico y seguimiento de casos.	Informes de actividades de la red, informes o epidemiológicos de los países, publicaciones, informes de reuniones de LSN y red de laboratorios nacionales.	5 (2004)		26	35
Vigilancia de la MDR-TB. Países que realizan pruebas de TSD* en todos los fracasos terapéuticos a esquema inicial y/o periódicos en estudios nacionales.	Informes de actividades de la red, informes o epidemiológicos de los países, publicaciones, informes de reuniones de LSN y red de laboratorios nacionales.	5 (2004)		26	35
5º Objetivo específico: Incorporar a todos los proveedores de salud (públicos, no gubernamentales y privados) al control de la TB.					
Implementación PPM DOTS. Número de países con PPM implementado y siguiendo los estándares internacionales de atención a pacientes con TB.	Informes de las visitas de evaluación a los países. Informes de las reuniones de PPM DOTS, publicaciones.	2% (2005)			
6º Objetivo específico: Reducir el estigma y la discriminación y mejorar el acceso de pacientes con TB a servicios DOTS a través de estrategias de abogacía, comunicación y movilización social y de la incorporación de personas afectadas en los planes de los PNTs.					
Estrategias de ACM en desarrollo. Numero de países que implementan estrategias de ACM e incorporan a los afectados en actividades de control.	Informes de las visitas de evaluación a los países. Informes de las reuniones y talleres de comunicación social.	3 (2005)		20	38

7° Objetivo específico: Fortalecer la gestión de los PNT a través de estrategias de desarrollo de recursos humanos como parte integral de los planes nacionales de los PNTs.

Programas de RRHH en desarrollo. Número de países que aplican programas de RRHH.	Informes de las visitas de evaluación a los países. Análisis de información recogida mediante cuestionario diseñado específicamente	1 (2005)	20	38
---	---	-------------	----	----

8° Objetivo específico: Desarrollar y/o fortalecer la capacidad de investigación de los PNTs.

Investigación como un componente de los planes de los PNTs. Número de países que realizan investigación como parte del control de la TB .	Informes de las visitas de evaluación a los países. Publicación de investigaciones.	15 (2005)	26	35
--	---	--------------	----	----

*TSD: prueba de sensibilidad a drogas antituberculosas.

VIII. Implementación del plan

La implementación del Plan Regional se hará a través de planes bianuales con metas intermedias, en consenso con los países miembros.

La metodología de la implementación del Plan Regional responderá:

- En el Programa Regional: a la planificación bianual de acuerdo a normas de la OPS/OMS y objetivos del plan.
- En los países: a los procesos de planificación de los Ministerios de Salud y a las necesidades de cada país, las cuales serán plasmadas en planes de mediano o largo plazo acordes con el Plan Regional, de acuerdo a la Resolución CD46.R12 del Comité Directivo- Washington 2005 (anexo 2).

IX. Recursos económicos necesarios

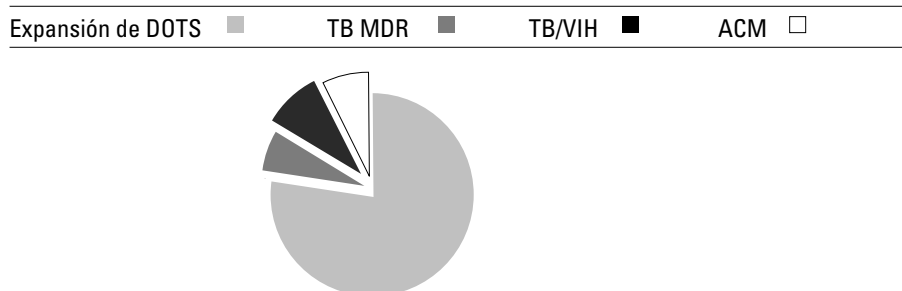
De acuerdo con el *Global Plan to STOP TB*¹³ en la Región de las Américas (países latino-americanos y Caribe) se requerirán para la implementación del Plan un total de **US\$ 1,8 mil millones** en el periodo 2006-2015.

Más del 75% de estos recursos se destinarían a la expansión y mejora de calidad del DOTS, y el resto se distribuiría en partes similares en el control de TB MDR, TB/VIH y ACM, de acuerdo con los componentes de la estrategia “Stop TB”. Estas cantidades se reflejan en la tabla 6 y gráfico 15.

Tabla 6 ▲ **Estimación de necesidades de recursos para implementación del Plan Global en LAC , 2006-2015**

Línea Estratégicas del Plan Regional	Resultados esperados	US\$ (millones)
1 Expansión de DOTS 3 Fortalecimiento de los sistemas de salud 4 Involucrar a todo el personal de salud	Expansión y mejora de calidad del DOTS	1,383 (77%)
2 TB/VIH, MDR y otros retos	Mejorar el control de TB MDR	121 (7%)
2 TB/VIH, MDR y otros retos	Implementación de actividades de colaboración TB/VIH	166 (9%)
5 Movilización Social [ACM]	Aumentar el acceso a los servicios, reducir el estigma y mejorar la adherencia al tratamiento	124 (7%)

Gráfico 15 ▲ **Distribución de las necesidades para implementación del Plan Global en LAC, 2006-2015**

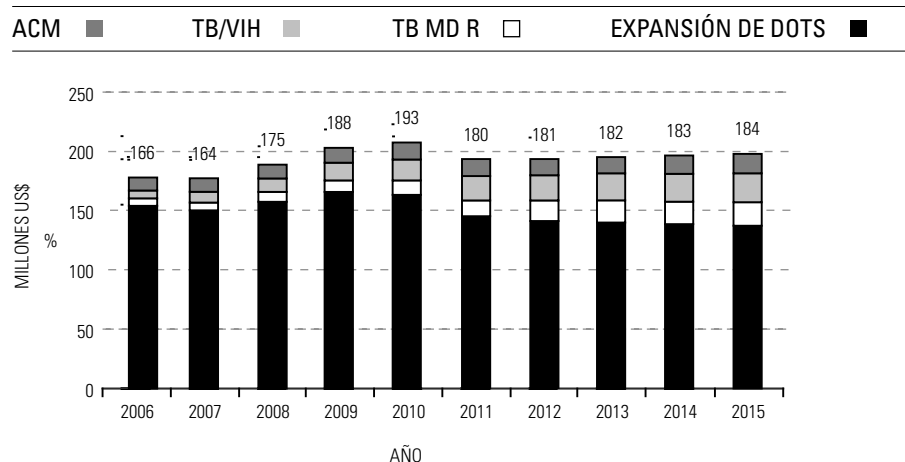


Fuente: World Health Organization, Stop TB Partnership. *The Global Plan to Stop TB, 2006–2015: Actions for Life. Towards a World Free of Tuberculosis*. Geneva: WHO; 2006.

13 *The Global Plan to STOP TB, 2006-2015, WHO, Ginebra 2006.*

Considerando la necesidad de recursos a lo largo del decenio 2006-2015, se prevé alcanzar la máxima inversión en 2010, año en el que se requerirán 193 millones de dólares; a partir de ese momento, la cantidad necesaria oscilará entre 180 y 184 millones de dólares por año (gráfico 16), para el mantenimiento y mínima expansión de las actividades.

Gráfico 16 ▴ **Estimación de necesidades de recursos para implementación del Plan Global en LAC , 2006-2015**



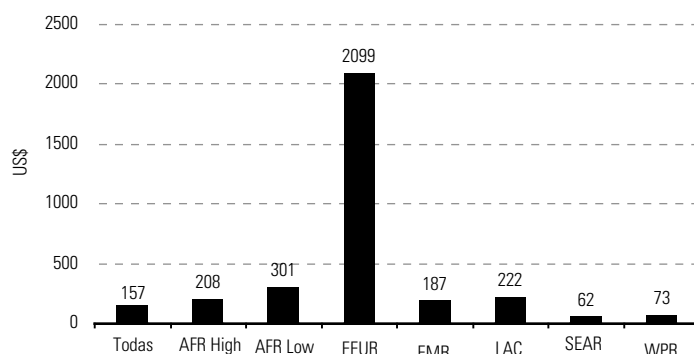
Si se mantuvieran las fuentes de financiamiento actuales, estos recursos procederían en su mayor parte de los presupuestos nacionales (62%). Un 13% procederían de donantes, incluyendo al *Fondo Mundial contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria*. De esta manera, y siempre bajo el supuesto de que estos compromisos se mantengan, la brecha para asegurar un adecuado cumplimiento de las actividades es de un 25%, que representa 456 millones de dólares americanos para el decenio.

Si las actividades contempladas en el Plan Global y Plan Regional fueran implementadas con éxito, la detección de casos se esperaría que alcanzara el 85% en 2010, y el 90% en 2015, mientras que la tasa de éxito alcanzaría el 85% en 2010, y el 87% en 2014, manteniendo este nivel hasta el 2015. La combinación de intervenciones evitaría cerca de 406.000 muertes, en comparación con una situación en la que no se implementarían programas DOTS.

Considerando los costos proyectados y el posible impacto, la implementación del Plan supondría 222 dólares americanos por año de vida ajustado por discapacidad (AVAD o DALY en sus siglas en inglés). En comparación con el resto del mundo (gráfico 17), la Región de las Américas se encuentra discretamente por encima del promedio mundial (US\$ 157). Esta medida de coste efectividad puede ayudar a los tomadores de decisión a priorizar las intervenciones para control de la tuberculosis.

Gráfico 17 ▴ **Costo efectividad del Plan Global**

Costo por AVAD ganado por región 2006-2015



Otro aspecto a considerar son los recursos financieros necesarios para la implementación del Plan Regional a nivel regional. Se calcula que el plan operativo realizado para los primeros dos años (2006-2007) requerirá un total de 4,6 millones de dólares para su implementación, encontrándose disponibles actualmente 3,3 millones. La brecha a cubrir en este periodo se estima, por consiguiente, en 1,3 millones de dólares. En la tabla 7 se muestran las necesidades financieras por línea estratégica.

Tabla 7 ▴ **Recursos para la implementación del Plan Operativo 2006-2007, OPS-WDC**

Línea Estratégica	Requerido	Disponible	Brecha
1. Expansión del DOTS	2,563,234	2,103,234	460,000
2. TB/VIH, MDR y otras	655,200	495,200	160,000
3. Sistemas de Salud	542,500	372,500	170,000
4. PPM	169,000	89,000	80,000
5. ACM + comunidad	390,000	74,000	316,000
6. Investigación	341,122	215,122	126,000
Total	4,661,057	3,349,056	1,312,000

La brecha de recursos es mayor en la Línea 1, Expansión del DOTS, en términos absolutos, pero proporcionalmente es mayor en la línea 5, ACM, en la que apenas se dispone de recursos asignados para este bienio.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. *Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO Report 2004*. Geneva, Switzerland, ISBN 92 4 156264 1.
2. Public–Private Mix for DOTS. Global Progress Report of the Second Meeting of the PPM Subgroup for DOTS Expansion. OMS/HTM/TB/2004.338.
3. Cost and Cost–effectiveness of Public Private Mix Dots. Evidence from two pilot projects in India. OMS/HTM/TB/2004.337.
4. PAL. A primary health care strategy for the integrated management of respiratory conditions in people of five years of age and over. OMS/HTM/TB/2005.351.
5. Global Disease Elimination and Eradication as Public Health Strategies. Bulletin of the World Health Organization. Supplement No. 2 to volume 76, 1998.
6. Primera Reunion Subregional de Países de baja prevalencia de tuberculosis. OPS/HCP/HCT/165/00.
7. Tercera Reunion Subregional de Países de baja prevalencia de tuberculosis. OPS/DCP/CD286/2004.
8. Situación de la Epidemia de SIDA, diciembre 2004 Versión original inglesa, UNAIDS/04.45E, diciembre de 2004 : *AIDS epidemic update: December 2004*, Traducción – ONUSIDA.
9. *Interim Policy on Collaborative TB/HIV Activities*, WHO, Geneva, 2004. WHO/HTM/TB/2004.330.
10. Laboratory services in Tuberculosis Control, WHO, 1998. OMS/TB/98.258.
11. Guidelines for surveillance of drug resistance in Tuberculosis. OMS/CDS/TB/2003.320.
12. Anti-Tuberculosis Drug Resistance in the World. Report No.3. OMS/HTM/TB/2004.343.
13. Engaging All Health Care Providers to Improve Access, Equity and Quality of TB Care.
14. Guidance on Implementing Public-Private Mix for DOTS. WHO/HTM/TB2006.360. Geneva, WHO, 2006.
15. Public-Private Mix for DOTS. Practical Tools to Help Implementation. WHO/TB/2003.325. Geneva, WHO, 2003.

Anexo I

THE STOP TB STRATEGY



ESTRATEGIA ALTO

A LA TUBERCULOSIS Stop TB Partnership

© WHO 2006

VISIÓN

UN MUNDO LIBRE DE TUBERCULOSIS

FINALIDAD

Reducir marcadamente la carga mundial de tuberculosis para 2015, en consonancia con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de la alianza Alto a la Tuberculosis

OBJETIVOS

- Conseguir el acceso universal a un diagnóstico de calidad y a un tratamiento controlado en el paciente
- Reducir el sufrimiento humano y la carga socioeconómica asociados a la tuberculosis
- Proteger a las poblaciones vulnerables contra la tuberculosis, la tuberculosis/VIH y la tuberculosis multirresistente
- Apoyar el desarrollo de nuevos medios y hacer posible que se usen pronto y eficientemente

METAS

- ODM 6, Meta 8: Detener y comenzar a reducir la incidencia de tuberculosis para 2015
- Metas relacionadas con los ODM y apoyadas por la alianza Alto a la Tuberculosis:
 - 2005: detectar al menos el 70% de los casos de tuberculosis infecciosa y curar al menos el 85% de ellos
 - 2015: reducir la prevalencia de tuberculosis y la mortalidad por esa causa en un 50% respecto a 1990
 - 2050: eliminar la tuberculosis como problema de salud pública (1 caso por millón de habitantes)

COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA Y MEDIDAS DE APLICACIÓN

1 PROSEGUIR LA EXPANSIÓN DE UN DOTS DE CALIDAD Y MEJORARLO

- a. Compromiso político para garantizar una financiación aumentada y sostenida
- b. Detección de casos mediante pruebas bacteriológicas de calidad garantizada
- c. Tratamiento normalizado, con supervisión y apoyo al paciente
- d. Sistema eficaz de suministro y gestión de los medicamentos
- e. Sistema de vigilancia y evaluación, y medición del impacto

2 HACER FRENTE A LA TUBERCULOSIS/VIH, LA TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE Y OTROS PROBLEMAS

- Implementar actividades en colaboración en materia de tuberculosis/VIH
- Prevención y control de la tuberculosis multirresistente
- Abordar el caso de los presos, los refugiados y otros grupos de riesgo o en situaciones especiales

3 CONTRIBUIR A FORTALECER EL SISTEMA DE SALUD

- Participar activamente en los esfuerzos encaminados a mejorar las políticas sistémicas, los recursos humanos, la financiación, la gestión, la prestación de servicios y los sistemas de información
- Compartir las novedades que refuercen los sistemas, en particular el Enfoque Práctico de la Salud Pulmonar
- Adaptar las novedades surgidas en otras áreas

4 INVOLUCRAR A TODOS LOS PROVEEDORES DE SALUD

- Fórmulas de colaboración dentro del sector público, y entre éste y el sector privado
- Normas internacionales para la atención a los enfermos de tuberculosis

5 EMPODERAR A LOS AFECTADOS POR LA TUBERCULOSIS Y A LAS COMUNIDADES

- Promoción, comunicación y movilización social
- Participación de la comunidad en la atención antituberculosa
- Estatutos del Paciente para la atención antituberculosa

6 POSIBILITAR Y PROMOVER LA REALIZACIÓN DE INVESTIGACIONES

- Investigación operacional basada en los programas
- Investigaciones de desarrollo de nuevos medios de diagnóstico, medicamentos y vacunas

Anexo II

RESOLUCION CD46.R12 DE LA 46a SESION DEL CONSEJO DIRECTIVO.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



46.º CONSEJO DIRECTIVO 57.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 26-30 de septiembre 2005

RESOLUCIÓN

CD46.R12

ESTRATEGIA REGIONAL PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS PARA 2005-2015

EL 46.º CONSEJO DIRECTIVO,

Reconociendo que la tuberculosis, a pesar de ser prevenible y curable, continúa siendo un importante problema de salud pública en las Américas pues ocasiona más de 230.000 casos y 53.000 defunciones cada año;

Considerando la diversidad en la situación epidemiológica de los Estados Miembros, así como las diferentes características de los sistemas de salud y el grado de desarrollo de sus programas nacionales de tuberculosis;

Teniendo en cuenta que el control de la tuberculosis enfrenta retos como la coinfección TB/VIH, la tuberculosis multidrogorresistente y las reformas del sector salud;

Habida cuenta de que la estrategia para el control de la tuberculosis reconocida internacionalmente es el tratamiento acortado directamente observado (DOTS/TAES), que alcanzó una cobertura de 78% de la población de las Américas en 2003 y que está logrando considerables avances en la detección y tratamiento de los casos de tuberculosis;

Considerando la necesidad de aumentar los esfuerzos para cumplir con los indicadores y metas referidos a la tuberculosis establecidos por la iniciativa “Alto a la tuberculosis” de la OMS así como aquéllas en el marco de los Objetivos de Desarrollo contenidos en la Declaración del Milenio, establecidos para el año 2015, y

CD46.R12 (Esp.)
Página 2

Reconociendo la Resolución WHA58.14 de la Asamblea Mundial de la Salud sobre “Financiamiento Sustentable para la Prevención y Control de la Tuberculosis”,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) ratifiquen que el control de la tuberculosis es una prioridad en los programas de salud y que expandan, fortalezcan o sostengan la aplicación de la estrategia DOTS/TAES;
 - b) consideren el Plan Regional al formular los planes nacionales, con los objetivos de consolidar los logros y alcanzar las metas incluidas en la Declaración del Milenio para el año 2015;
 - c) fortalezcan los sistemas de salud para implementar y reforzar las estrategias para la prevención y el control de la tuberculosis multidrogorresistente, incluyendo el DOTS/TAES Plus, así como para mejorar la colaboración entre los programas de tuberculosis y de VIH/SIDA;
 - d) impulsen al interior de los planes nacionales de tuberculosis acciones de abogacía, comunicación y participación social; promoviendo la colaboración del sector público y privado, la sociedad civil, las personas afectadas, los organismos de las Naciones Unidas y otras partes interesadas y formando comités nacionales de “Alto a la tuberculosis” para sostener y reforzar el apoyo a los programas nacionales de tuberculosis;
 - e) asignen los recursos financieros y humanos necesarios para el control de la tuberculosis, de modo que todos los pacientes con tuberculosis tengan acceso al nivel universal de atención basado en un adecuado diagnóstico, tratamiento e información coherente con la nueva estrategia DOTS/TAES.
2. Solicitar a la Directora que:
 - a) consolide y fortalezca el compromiso de la OPS para apoyar la expansión y sostenibilidad de la nueva estrategia DOTS/TAES en la Región;
 - b) coopere técnicamente con los países para enfrentar los nuevos retos que presenta la tuberculosis;
 - c) fomente la alianza con los sectores público y privado y los organismos técnicos y financieros que trabajan para el control de la tuberculosis, con el fin de apoyar la Alianza “Alto a la tuberculosis” en las Américas;

CD46.R12 (Esp.)

Página 3

- d) mejore la formulación y aplicación de estrategias integrales de salud pública dirigidas al control de la tuberculosis, a través de la asignación de los recursos, compartiendo experiencias y desarrollando herramientas de evaluación.
- e) evalúe e informe periódicamente al Consejo Directivo los avances del objetivo 6 de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, especialmente en lo referente al control de la tuberculosis.

(Novena reunión, 30 de septiembre de 2005)

Anexos III

PROYECTOS DEL FONDO MUNDIAL CONTRA EL SIDA.

TUBERCULOSIS Y MALARIA.

COMPONENTE DE TUBERCULOSIS.

Región de las Américas, mayo de 2006.

	Fecha de inicio del proyecto	Cantidad aprobada (USD)	Cantidad solicitada totalidad del proyecto (USD)
Bolivia	Jul 2004	2,381,646	5,688,896
Brasil	Pendiente firma	11,602,427	27,240,000
Ecuador	Nov 2005	8,901,456	16,353,319
El Salvador	Dec 2003	3,373,959	3,373,959
Guyana	Jul 2005	701,125	1,326,567
Haití	Ago 2004	8,131,836	14,665,170
Honduras	May 2003	6,597,014	6,597,014
Nicaragua	Mar 2004	2,807,564	2,807,564
Panamá	Abr 2003	570,000	570,000
Paraguay	Dec 2004	1,194,902	2,799,545
Perú	Nov 2003	27,791,766	27,791,766
República Dominicana	Pendiente firma Oct 2004	21,017,537 2,636,816	32,545,545 4,611,816