

# Reunión Regional de Jefes de Programas Nacionales de Control de la Tuberculosis

“Las Américas frente a los  
Objetivos de Desarrollo del Milenio,  
planificación para la implementación de la estrategia  
*Alto a la TB* y la iniciativa *Alianza Público-Privada*”



(Río de Janeiro, 12–14 septiembre 2006)

La preparación de esta reunión fue realizada por el Programa de Tuberculosis (DPC/CD) de la Organización Panamericana de la Salud, en colaboración con la Representación de la OPS/OMS en Brasil.

La realización de esta reunión fue posible gracias al aporte de la Oficina de Desarrollo Regional Sostenible, Oficina para América Latina y Caribe, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, según lo acordado por el subsidio No LAC-G-00-04-00002-00

## **Agradecimientos**

---

Los participantes y organizadores de la VII Reunión de Stop TB de la Región de las Américas expresan su agradecimiento al Ministerio de Salud de Brasil y a los responsables del PNT de Brasil, por las facilidades y apoyo brindado para el desarrollo de ésta reunión.

También se hace extensivo el reconocimiento al personal de la oficina de la OPS/OMS en Brasil por la atención y apoyo logístico que hizo posible su realización.

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 peticiones de información deberán dirigirse al Área de Prevención y Control de Enfermedades, Unidad de Enfermedades Transmisibles (DPC/CD), 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, 2006

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 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 o productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

## Tabla de Contenido

|  |           |
|--|-----------|
| <i>Agradecimientos</i> .....   | <i>i</i>  |
| <i>Abreviaturas</i> .....  | <i>1</i>  |
| <b>1. Introducción</b> .....   | <b>2</b>  |
| <b>2. Objetivos</b> .....  | <b>2</b>  |
| <b>3. Metodología y resultados esperados</b> .....   | <b>2</b>  |
| <b>4. Desarrollo de la reunión</b> .....   | <b>3</b>  |
| 4.1 <i>Situación de la TB en el mundo y en la Américas y la planificación para su control</i> .....  | <i>3</i>  |
| 4.1.1 Situación epidemiológica de la TB en el mundo .....  | 3         |
| 4.1.2 Situación epidemiológica de la TB en las Américas.....   | 4         |
| 4.1.3 La nueva estrategia <i>Stop TB</i> y presentación del Plan global II 2006–2015 .....   | 5         |
| 4.1.4 Presentación del Plan Regional 2006–2015.....  | 6         |
| 4.1.5 Discusión.....   | 8         |
| 4.1.6 Instalación de posters, trabajo de grupos y presentación de resultados.....  | 8         |
| 4.2 <i>La gestión de los medicamentos anti TB</i> .....  | <i>10</i> |
| 4.2.1 La Gestión de los medicamentos anti TB de 1 <sup>era</sup> línea, de la compra al control de su<br>utilización. Global Drug Facility (GDF) ..... | 10        |
| 4.2.2 Rol del Fondo estratégico de OPS en la compra de medicamentos anti-TB .....  | 11        |
| 4.2.3 Discusión.....   | 11        |
| 4.2.4 Extensively Drug-Resistant TB (XDR-TB) .....   | 12        |
| 4.3 <i>Plataforma única de información en Tuberculosis y nueva estimación del número de casos<br/>  de TB en México</i> .....                          | <i>12</i> |
| 4.4 <i>Situación del control de la Tuberculosis en Brasil</i> .....  | <i>13</i> |
| 4.5 <i>Situación de la red supranacional y regional de laboratorios</i> .....  | <i>13</i> |
| 4.6 <i>Planificación estratégica</i> .....   | <i>14</i> |
| 4.6.1 Herramienta para el cálculo de costos hacia la planificación.....  | 14        |
| 4.6.2 Fortalecimiento de los recursos humanos para el control de la TB en la nueva estrategia<br><i>Alto a la TB</i> .....                             | 15        |
| 4.6.3 Mesa redonda: Presentación de los Planes Estratégicos de los países priorizados .....  | 15        |
| 4.7 <i>Sistema de Registro y Notificación</i> .....  | <i>16</i> |
| 4.7.1 Presentación de los nuevos formatos .....  | 16        |
| 4.7.2 Presentación de resultados de test en terreno .....  | 17        |
| 4.8 <i>Participación de Activistas</i> .....   | <i>17</i> |
| 4.9 <i>Alianza Público-Privada (APP)</i> .....   | <i>18</i> |
| 4.9.1 Importancia de la iniciativa <i>Alianza Público-Privada (APP)</i> .....  | 18        |
| 4.9.2 Alianza Público-Privada y Público-Pública .....  | 19        |
| 4.9.3 Estándares internacionales para la atención de la Tuberculosis .....   | 20        |
| 4.9.4 Guías de implementación de la APP.....   | 20        |
| 4.9.5 Herramientas y Etapas de la implementación de la APP.....  | 20        |
| 4.9.6 Discusión.....   | 21        |
| 4.9.7 Información básica necesaria para la implantación de APP .....   | 22        |
| 4.9.8 Resultado de la investigación en Brasil, El Salvador y México .....  | 22        |
| 4.9.9 Discusión.....   | 24        |
| <b>5. Conclusiones y acuerdos</b> .....  | <b>24</b> |
| <b>6. Anexo: Lista de participantes a la Reunión de Jefes de Programa de TB</b> .....  | <b>28</b> |

## Abreviaturas

---

|                   |  |
|-------------------|--|
| <b>ACP:</b>       | Asociación Canadiense del Pulmón.  |
| <b>ARV:</b>       | Medicamentos Antirretrovirales.  |
| <b>BK+:</b>       | Baciloscopia Positiva.   |
| <b>CDC:</b>       | Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.   |
| <b>CLV:</b>       | Comité Luz Verde   |
| <b>DAHW:</b>      | Asociación Alemana de Asistencia a los enfermos con Lepra y Tuberculosis   |
| <b>DFID:</b>      | Agencia para el Desarrollo Internacional del Gobierno Británico  |
| <b>DOTS/TAES:</b> | Estrategia de control internacionalmente recomendada para la Tuberculosis, que incluye el tratamiento acortado estrictamente supervisado.  |
| <b>DOTS-PLUS:</b> | Componente del ampliado de la estrategia DOTS/TAES para el manejo de casos de Tuberculosis con farmacorresistencia múltiple, usando drogas de segunda línea en países de ingresos medianos y bajos.  |
| <b>FG:</b>        | Fondo Global de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria   |
| <b>GTA:</b>       | Grupo Técnico Asesor   |
| <b>GDF:</b>       | Global Drug Facility   |
| <b>IEC:</b>       | Estrategia de Información, Educación y Comunicación  |
| <b>IO:</b>        | Investigación Operacional  |
| <b>LRN:</b>       | Laboratorio Nacional de Referencia   |
| <b>LSN:</b>       | Laboratorio Supranacional  |
| <b>MDR-TB:</b>    | Tuberculosis con farmacorresistencia múltiple  |
| <b>MSH:</b>       | Management Sciences for Health   |
| <b>ODM:</b>       | Objetivos de Desarrollo del Milenio  |
| <b>OMS:</b>       | Organización Mundial de la Salud   |
| <b>ONG:</b>       | Organización No Gubernamental  |
| <b>ONU:</b>       | Organización de las Naciones Unidas  |
| <b>ONUSIDA:</b>   | Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA  |
| <b>OPS:</b>       | Organización Panamericana de la Salud  |
| <b>PAL:</b>       | Iniciativa del marco ampliado de DOTS para mejorar la accesibilidad y Atención de los pacientes. Sigla en inglés de <i>Practical Approach to Lung Health</i> ) o Abordaje Práctico de Salud Pulmonar |
| <b>PNS:</b>       | Programa Nacional de VIH / SIDA  |
| <b>PNT:</b>       | Programa Nacional de Control de la Tuberculosis  |
| <b>PPD:</b>       | Prueba de Tuberculina (Derivado Proteico Purificado)   |
| <b>PPM:</b>       | Iniciativa Alianza Público Privada (sigla en inglés <i>Public-Private Mix</i> )  |
| <b>PVVS:</b>      | Personas que viven con VIH - SIDA  |
| <b>RRHH:</b>      | Recursos Humanos   |
| <b>SIDA:</b>      | Síndrome de Inmunodeficiencia Humana   |
| <b>SR:</b>        | Sintomático Respiratorio   |
| <b>TARGA:</b>     | Tratamiento Antirretroviral de gran actividad  |
| <b>TB -VIH:</b>   | Coinfección TB - VIH   |
| <b>TB</b>         | Tuberculosis   |
| <b>TB CAP:</b>    | Sigla en inglés del programa de asistencia para el control de la TB  |
| <b>TBCTA:</b>     | Coalición para la asistencia técnica al control de la TB   |
| <b>TBP:</b>       | Tuberculosis Pulmonar  |
| <b>UICTER:</b>    | Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias  |
| <b>USAID:</b>     | Sigla en inglés de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional   |
| <b>VIH:</b>       | Virus de la Inmunodeficiencia Humana   |
| <b>WHA:</b>       | Sigla en inglés de la Asamblea Mundial de la Salud.  |
| <b>XDR - TB</b>   | Tuberculosis extremadamente droga resistente   |

# 1. Introducción

---

La *Reunión de Jefes de los Programas de Control de la Tuberculosis* de los países de América Latina y el Caribe es un evento recurrente que se sucede cada dos años y que tiene el objetivo general de evaluar el avance del control de la tuberculosis y compartir las experiencias de la Región.

La reunión de septiembre de 2006 se efectuó en un momento estratégico para la evaluación de los avances en el control de la TB referente a las metas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2005, con el fin de elaborar planes nacionales destinados a alcanzar los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (*Millennium Development Goals / MDG*).

Esta reunión además se constituyó en una oportunidad para difundir el Plan Global *Alto a la TB* y la nueva estrategia de la OMS *Alto a la TB* así como discutir su implementación.

Previamente se desarrolló la reunión de la red supranacional de laboratorios, cuyos resultados y conclusiones fueron presentados durante el segundo día de ésta reunión.

Al inicio de la reunión se presentan los objetivos, resultados esperados, metodología y la agenda de la misma. A la agenda originalmente prevista se incluyeron los tres temas siguientes:

- a. TB-XDR (Extensively Drug-Resistant TB)
- b. México: “Plataforma Única de información en Tuberculosis y nueva estimación del número de casos de TB en México”
- c. Presentación de representantes de activistas y afectados

## 2. Objetivos

---

Los objetivos de la reunión fueron los siguientes:

- Conocer el Plan Global II 2006–2015, el Plan Regional 2006–2015 y los planes de los países priorizados.
- Evaluar el progreso de la aplicación de la Estrategia DOTS y el cumplimiento de las metas OMS 2005.
- Evaluar la situación epidemiológica y operacional del control de la TB en cada país frente a los MDG.
- Discutir la implementación de los nuevos elementos de la estrategia *Alto a la TB*.
- Discutir la metodología para la implementación de la iniciativa *Alianza Público-Privada (APP)*.
- Conocer los nuevos formatos de recolección de la información propuestos por OMS y discutir la importancia de la implementación de los mismos.

## 3. Metodología y resultados esperados

---

La metodología utilizada en el evento incluyó la realización de conferencias y discusiones en plenarios, presentación de *posters*, trabajo de grupos con exposición de resultados y finalmente presentación y revisión de conclusiones y recomendaciones.

Los resultados esperados de la reunión fueron los siguientes:

- Se conoce la situación epidemiológica y del control de la TB en los países.
- Se conocen los planes de los países priorizados con miras a cumplir las metas de impacto de los MDG.



- Solo 2 de las 6 regiones han logrado la meta de 85% para éxito de tratamiento (correspondiendo a América un logro de 83%, esperándose que pueda ser de 85% para el 2005)
- La tasa de detección bajo DOTS fue de 53% para el 2004 y se espera llegar a 60% para el 2005.
- La región del Pacífico Oeste, es la única que a logrado la meta de detección de 70%.

#### 4.1.2 Situación epidemiológica de la TB en las Américas

*Mirtha del Granado*  
*Organización Panamericana de la Salud*

- La tasa de incidencia notificada para el 2004 para las Américas fue de 27 por 100,000
- Existe gran heterogeneidad epidemiológica en la región, existiendo 3 países con tasas de incidencia estimadas de  $\leq 5 \times 100.000$  y 5 países con tasas superiores a  $100 \times 100.000$ .
- Al interior de cada país también se observa gran heterogeneidad
- El 2004 se detectaron el 79% de los casos de TBP BK+ nuevos estimados, solo 59% bajo DOTS (11 puntos porcentuales más que el 2003) debido a la expansión exitosa del DOTS en Brasil.
- La tendencia de la tasa de incidencia notificada en las Américas es permanente descendente, sin embargo, existen países que aumentaron sus tasas de incidencia, presumiblemente por la coinfección TB/VIH y/o el incremento de la TB MDR
- Se observa incremento importante de la cobertura de DOTS, pero hacen falta más esfuerzos, pues hay países que aún no la han implementado.
- Debido a las diferentes realidades de cada país y en base a los criterios de cobertura de DOTS e incidencia, se han caracterizado 4 grupos o escenarios:

**Tabla 1:** Estratificación países de las Américas  
Incidencia estimada y cobertura de DOTS, 2003

| ESCENARIO 1<br>Incidencia < 25<br>DOTS >90%  | ESCENARIO 2<br>Incidencia 25-50<br>DOTS >90%         | ESCENARIO 3<br>Incidencia >50<br>DOTS >90%                           | ESCENARIO 4<br>Incidencia >50<br>DOTS $\leq$ 70%  |
|--|--|--|---|
| <b>Carib Inglés*</b><br>Chile<br>Costa Rica<br>Cuba<br>Canadá<br>EUA<br>Puerto Rico<br>Uruguay<br>Territorios franceses** y holandeses | Argentina<br>Belice<br>Mexico<br>Panama<br>Venezuela | Bolivia<br>El Salvador<br>Guatemala<br>Honduras<br>Nicaragua<br>Perú | <b>Rep Dominicana</b><br>Haití<br>Ecuador<br>Brasil<br>Guyana<br>Paraguay<br>Colombia<br>Suriname |

\*Países del Caribe inglés con 5 o más casos anuales estimados:  
Bahamas, Barbados, Dominica, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, St Lucia, St Vincent & Granadinas y Trinidad y Tabago

\*\* Guadeloupe, Martinique y Guayana francesa

- En el escenario 2 existen países con bajas tasas de detección y curación, pese a la alta cobertura de DOTS, por lo que se pueden inferir problemas en la aplicación y/o en la calidad de la estrategia DOTS,
- En el escenario 3, por las condiciones socio-económicas y políticas de los países, el sostenimiento de los resultados logrados representa un reto.
- En el escenario 4, de acuerdo a estimaciones y a notificación, un país incrementó sus tasas de incidencia.

- La epidemia del VIH/SIDA, representa una amenaza, principalmente en países con epidemias generalizadas y programas con débil cobertura DOTS como Guatemala, Guyana, Surinam y países del Caribe inglés.
- La presencia de países con elevadas prevalencias de MDR y bajas coberturas de DOTS como Guatemala, Ecuador y República Dominicana, hacen de este uno de los principales retos.
- De acuerdo a la cohorte 2003 bajo DOTS, la letalidad en países ricos o con PNT exitosos de larga data es superior a la media regional, lo cual se ve en países con envejecimiento de casos de TB y en países con incremento de la coinfección TB/VIH.
- Se observa que los fracasos al tratamiento son superiores a la media regional en los países con incremento de la prevalencia de TB-MDR en casos nuevos.
- En relación a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (MDG) se estima que la Región notificará el 67% de los casos bajo DOTS al 2005 y habrá curado cerca del 85% de los mismos de la cohorte 2004.
- Se estima que la disminución a la mitad de la prevalencia y mortalidad, en la Región, serán alcanzadas antes del 2015, sin embargo, países del escenario 3 y 4 solo podrán llegar si se profundiza el control de la TB.
- El análisis de los MDG deberá realizarse por país y dentro de cada país por provincia, estado o departamento. Se calcula que solo Guyana no podrá llegar a cumplir las metas de tuberculosis para los MDG.

### 4.1.3 La nueva estrategia *Stop TB* y presentación del Plan global II 2006–2015

*Diana Weil*  
*Organización Mundial de la Salud - Stop TB*

El control de la tuberculosis aún implica una serie de grandes desafíos, entre los que se puede citar:

- Ausencia de la expansión de la cobertura de DOTS con la rapidez necesaria, existiendo falta de priorización del problema.
- La coinfección de VIH/TB, especialmente en África y la MDR-TB, especialmente en Europa del Este y la China
- Las debilidades de los sistemas de salud y servicios, las cuales limitan las acciones en salud pública, incluso el control de la tuberculosis.
- Falta de involucramiento de todos los proveedores de salud
- Falta de involucramiento de las comunidades
- Ausencia de estímulo suficiente para la realización de investigaciones operacionales, así como para el desarrollo de instrumentos nuevos necesarios para eliminar la TB y responder a TB- MDR

Para hacer frente a estos desafíos, se ha diseñado la estrategia *Stop TB*, cuyos objetivos son los siguientes:

#### **Objetivos**

- Conseguir el acceso universal a un diagnóstico de calidad y a un tratamiento centrado en el paciente
- Reducir el sufrimiento humano y la carga socioeconómica asociados a la TB
- Proteger a las poblaciones vulnerables contra la TB, la TB/VIH, y la TB MDR
- Apoyar el desarrollo de nuevos instrumentos y hacer posible que se usen de manera pronta y con eficacia

#### **Los componentes de la estrategia son:**

1. Expandir DOTS
2. Responder a TB/VIH, TB-MDR y otros problemas
3. Contribuir a fortalecer el sistema de salud
4. Involucrar a todo el personal de salud

5. Empoderar a los afectados y la comunidad
6. Promover la investigación

Para la operativización de la estrategia STOP TB se ha diseñado el Plan Mundial 2006 – 2015, siendo éste el segundo Plan Mundial, pues el primero cubrió del 2001-2005. Este segundo plan tiene una perspectiva a largo plazo y además una visión hasta 2050.

El plan es una respuesta a la demanda de los países, de contar con una guía para alcanzar los MDG al 2015. Está estructurado en tres partes:

#### **Parte I: Orientaciones estratégicas**

- Logros de 2000-2005 y desafíos
- Medidas necesarias para alcanzar las metas
- Consideraciones transversales
- Resultados previstos y recursos necesarios

#### **Parte II: Proyecciones – globales y regionales**

- Proyecciones y planes de los grupos de trabajo
- Perfiles regionales
- Cómo lograr las metas en África y Europa de Este
- Países de altos ingresos y de Europa Central

#### **Parte III: Actividades de la Alianza**

- Planes estratégicos de los grupos de trabajo y de la Secretaria

#### **Con las actividades previstas en este plan se pretenden alcanzar los logros siguientes:**

- 50 millones de personas tratadas
- 14 millones de vidas salvadas
- Un medicamento anti TB nuevo (2010) y poco después un tratamiento de 1-2 meses
- Un medio diagnóstico eficaz y no costoso que facilite la detección de la tuberculosis activa (2010)

#### **4.1.4 Presentación del Plan Regional 2006–2015**

*Raimond Armengol*  
*Organización Panamericana de la Salud*

El Plan regional, que corresponde al Plan global 2006–2015 y tiene como los siguientes objetivos y líneas estratégicas que corresponden a las del Plan Global:

#### **Objetivos Específicos**

##### **1<sup>er</sup>. Objetivo**

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

##### **2<sup>do</sup>. Objetivo**

Disminuir la incidencia de la TB y VIH en poblaciones afectadas por ambas infecciones

##### **3<sup>er</sup>. Objetivo**

Prevenir y controlar la MDR-TB en el marco de la estrategia DOTS/TAES.

#### 4<sup>to</sup>. Objetivo

Garantizar el diagnóstico y el control bacteriológico oportuno y de calidad a través de redes de laboratorio fortalecidas.

#### 5<sup>to</sup>. Objetivo

Incorporar a todos los proveedores de salud (públicos, no gubernamentales y privados) al control de la TB.

#### 6<sup>to</sup>. 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.

#### 7<sup>mo</sup>. Objetivo

Fortalecer la gestión de los PNT a través de estrategias de desarrollo de recursos humanos como parte integral de los planes nacionales de los PNT.

#### 8<sup>vo</sup>. Objetivo

Desarrollar y/o fortalecer la capacidad de investigación de los PNT.

### **Líneas Estratégicas**

#### Primera

Expandir y fortalecer DOTS con calidad (corresponde al objetivo 1)

#### Segunda

Implementar y fortalecer la:

- Prevención y control de la MDR
- Colaboración inter-programáticas TB y VIH/SIDA
- Estrategias comunitarias para poblaciones desatendidas  
(Objetivos 2 y 3)

#### Tercera

Fortalecer el sistema sanitario (énfasis en APS):

- aplicando PAL,
- fortaleciendo la red de laboratorios y
- desarrollando políticas de RRHH  
(Objetivos 4 y 7)

#### Cuarta

Mejorar el acceso al diagnóstico y tratamiento de la TB incorporando a todos los proveedores de salud (Alianza Público-Privada – APP\*)  
(Objetivo 5)

#### Quinta

Facilitación del empoderamiento de los afectados y la comunidad con la implementación de ACMS\*\*  
(Objetivo 6)

#### Sexta

Inclusión de la investigación operativa, clínica y epidemiológica en los planes de los PNT (Objetivo 8)

**Se espera que con el cumplimiento de este plan, para el 2015, se logren los resultados siguientes:**

En el trabajo con DOTS

- 2 millones de pacientes curados
- 20.000 pacientes MDR-TB curados

En coinfección TB/VIH

- 33.000 pacientes con TB reciben tratamiento con ARV

Con estas acciones se evitarán

- 406.000 muertes

#### **4.1.5 Discusión**

*Moderador: Rodolfo Rodríguez*

En la plenaria se realiza la importancia de contar con planes global y regional, enfatizándose que ellos deben venir acompañados de esfuerzos de búsqueda de compromiso político y de superación de las siguientes necesidades:

- Adecuada identificación de las poblaciones vulnerables (como ser personas privadas de libertad, indígenas, pacientes con TB-VIH),
- Implementación del PAL y PPM donde no se ha implementado aún y aprender de las experiencias de quienes ya han o están implementando.
- Mayor intercambio de todas experiencias que existen en la región
- Mayor participación comunitaria
- Establecer indicadores claros y trazables por cada nivel de la gestión
- Establecer estrategias de comunicación y movilización social

También se hace un llamado en el sentido de que aquellos países que están cerca o que han logrado sus metas no pueden quedar “abandonados” y que es necesario seguir acompañando técnica y financieramente, para que los esfuerzos sean sostenibles.

Se sugiere la elaboración de indicadores para las metas de curación e incidencia para el 2010, de tal manera que pueda hacerse un análisis de cómo va el camino al 2015, pues pese a estar cerca, pueden darse cambios en los compromisos o en el entorno y de esta manera se podrían identificar los mismos con anticipación para una adecuada toma de acciones.

#### **4.1.6 Instalación de posters, trabajo de grupos y presentación de resultados**

**1<sup>er</sup> grupo** (Cuba, Chile, Costa Rica, Uruguay, Puerto Rico)

El denominador común del grupo es la baja incidencia de TB. El principal reto es evitar el estancamiento de los avances logrados y mantener el compromiso político.

Otros retos existentes son la existencia de poblaciones de alto riesgo (indígenas, privados de libertad) que requieren atención coordinada, el incremento de coinfección TB-VIH. Consideran que están en condiciones para realización de estudios operativos y sugieren que podría pensarse en la realización de un estudio multinacional de MDR.

## **2<sup>do</sup> grupo** (Argentina, Belice y Panamá)

Los 3 países tienen realidades diferentes en relación a: cobertura DOTS, incidencias, resultados de tratamiento, coinfección, TB MDR, pero comparten algunas dificultades, como ser: necesidades de ampliar o fortalecer las capacidades de los recursos humanos en los diferentes niveles, orientar acciones a poblaciones vulnerables y afrontar los retos de la coinfección TB – VIH.

## **3<sup>er</sup> grupo** (El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua)

Es un grupo aparentemente homogéneo, pero resalta el éxito del PNT de El Salvador. El grupo menciona que existen diferentes capacidades para afrontar la coinfección y la TB MDR, en este último aspecto resaltan la necesidad de apoyo para el PNT de Guatemala, el cual, al no estar cumpliendo los criterios internacionales para el manejo de medicamentos, puede convertirse en un potencial generador de TB MDR.

Otro problema común que afrontan estos países son los grandes flujos de migración, pero lamentablemente no se cuenta con datos precisos de la magnitud y características de este problema.

Concluyen que se están realizando esfuerzos reales orientados al logro de las metas del milenio, en lo referente a TB y que los retos son mantener el éxito donde se ha logrado, reforzar aquellos que lo necesitan y hacer un replanteamiento en el caso de Guatemala.

## **4<sup>to</sup> grupo** (Brasil, México y Perú)

Los 3 países muestran características diferentes, comparten la característica de ser países con mucha población. La situación de DOTS es de expansión para Brasil, consolidación en México y la reactivación – consolidación en Perú.

En Brasil existe la necesidad de fortalecer la red de laboratorios y mejorar el uso de la baciloscopía para diagnóstico y control, pues muchos casos son “curados” sin confirmación baciloscópica. En relación a la coinfección Brasil tiene muy buena experiencia de coordinación con VIH.

México está muy cerca de cumplir con los MDG, en lo referente a TB, y el reto es mantener la voluntad política para el control de la enfermedad, además debe mejorar la consolidación de laboratorios para cultivo y consolidar su red de cultivo. Tiene amplia experiencia en estrategias de movilización social.

El caso de Perú es de éxito en los años 90's y problemas del 2000 al 2004, en los cuales bajó la calidad de su DOTS, debido a pérdida de compromiso político, actualmente están llevando acciones de recuperación del compromiso político.

## **5<sup>to</sup> Grupo** (Ecuador, República Dominicana y Bolivia)

El grupo concluye que los 3 países tienen en común la presencia de un buen sistema DOTS y la alta incidencia de TB. Observan que los resultados de tratamiento bajo DOTS, son en líneas generales buenos, aunque dos de los países presentan problemas de TB - MDR.

## **6<sup>to</sup> Grupo** (Paraguay y Haití)

Se observa que ambos países tienen gran variabilidad de la situación al interior de sí mismos, en relación con su tasa de incidencia promedio.

En Haití se observa incremento en la notificación de casos que se debe principalmente al incremento de la incidencia debida a la coinfección. Las prioridades son expansión de DOTS, fortalecimiento de la red de laboratorios y aplicación de estrategias para afrontar la coinfección TB VIH y la TB MDR.

## 4.2 La gestión de los medicamentos anti TB

---

### 4.2.1 La Gestión de los medicamentos anti TB de 1<sup>era</sup> línea, de la compra al control de su utilización. Global Drug Facility (GDF)

*Homero Hernández  
Global Drug Facility – Stop TB*

El GDF es una iniciativa de la alianza *Alto a la TB*, situada en la OMS y administrada por el secretariado de la alianza *Alto a la TB*. Tiene como meta proveer fármacos de alta calidad a precios asequibles donde y cuando sean necesarios, por ello es más que un simple mecanismo de adquisición. Básicamente los servicios que ofrece el GDF son:

- **Subvención** de medicamentos TB de primera línea para los países y las ONG que son donantes-dependientes de parte o de la totalidad de su suministro de medicamentos y desean ampliar/fortalecer sus programas de DOTS.
- **Adquisiciones directas** para los países, ONG y donantes que cuentan con fondos suficientes pero carecen de sistemas adecuados de adquisición o garantía de la calidad.
- **Servicio de precalificación** de medicamentos antituberculosos implementado por la OMS; para los países que disponen de fondos y buenos mecanismos de adquisición, pero carecen de un sistema de garantía de la calidad.

#### A la fecha los logros del GDF son:

- 10 millones de pacientes tratados en 5 años
- Entregas de medicamentos a mas de 65 países
- Precios competitivos: US\$ 18-22 el costo de tratamiento por paciente
- Adquisición de fármacos de primera línea de US\$ 35 - 40 millones por año
- Introducción de envases innovadores: mas de 1 millón de *Kits* entregados en Indonesia, Kenya & Filipinas
- Mas de 150 misiones de evaluación y apoyo técnico a los países

#### Los planes futuros del GDF son:

- Fusión de operaciones con GLC para proveer medicamentos de segunda línea
- Desarrollo de productos nuevos como *kits* de diagnóstico (finales del 2006) y formulaciones pediátricas de primera línea (mediados del 2007)
- Servicio de apoyo técnico (profundizado) en gestión de medicamentos y otros aspectos identificados a programas que lo necesiten

## 4.2.2 Rol del Fondo estratégico de OPS en la compra de medicamentos anti-TB

*James Fitzgerald  
Organización Panamericana de la Salud – PWR Brasil*

### **El Fondo Estratégico de la OPS tiene como objetivos:**

- Mejorar la disponibilidad y accesibilidad de Insumos Estratégicos de Salud Pública en los Estados Miembros
- Mejorar la capacidad nacional en la adquisición y gestión de Insumos Estratégicos de Salud Pública
- Promover principios y conceptos de calidad en la adquisición y gestión de los insumos suministros
- Fortalecer los programas de salud prioritarios a nivel nacional y promover la aplicación de mandatos normativos de la OPS/OMS

### **Un producto es considerado un “Suministro Estratégico de Salud Pública” cuando reúne los siguientes criterios:**

- Está incluido las listas de medicamentos esenciales o en listados de plaguicidas o insumos sanitarios reconocidos y recomendados por un comité de expertos o grupo de trabajo de la OMS
- Está incluido en los protocolos o algoritmos de diagnóstico recomendados por la OMS y es considerado sumamente eficaz para el tratamiento o prevención de una enfermedad
- Contribuye considerablemente a mejorar las tasas de mortalidad y la calidad de vida de los pacientes
- Está sujeto a desafíos particulares en las áreas de adquisición del producto
- Se pueden lograr economías de escala a medida que aumentan los volúmenes adquiridos

### **De esta manera el Fondo estratégico ofrece:**

- Apoyo técnico en:
  - Planificación, distribución y la previsión de la demanda futura de productos médicos
  - Área de calidad: procesos y productos
  - Fortalecimiento del sistema de suministro
  - Comunicación entre proveedores y países participantes
- Transparencia en la adquisición de productos
- Vinculación con mecanismos globales (GDF y CLV)

## 4.2.3 Discusión

*Moderador: Diana Weil*

### **Luego de la discusión se aclara que:**

- Los medicamentos e insumos adquiridos a través del fondo estratégico no incluyen la liberación de impuestos ni desaduanaje.
- Para los medicamentos de la segunda línea se debe seguir el mismo método con el GLC, porque la integración con GDF recién se está iniciando.

- Los representantes de PNT pidieron que el GLC agilice sus procesos, pues las experiencias que se tienen son de demoras de más de seis meses y que en algunos casos los medicamentos llegan cuando ya no son necesarios.

#### 4.2.4 Extensively Drug-Resistant TB (XDR-TB)

*Kenneth G. Castro  
CDC*

El **MMWR** (*Morbidity and Mortality Weekly Report*) publicó el 23 de marzo la emergencia de una cepa de *M. tuberculosis* que presenta resistencia a Isoniazida y Rifampicina y además a por lo menos 3 de los 6 grupos de Drogas de Segunda Línea (Aminoglucósidos, Polipéptidos, Fluoroquinolonas, Tioamidas, Cicloserina y PAS) lo que se ha venido a llamar la Extremely Drug-Resistant TB o XDR-TB. A raíz de esto se surge la necesidad del establecimiento de un plan de acción de consenso global que incluya:

- Desarrollo de un plan de respuesta para la emergencia nacional de MDR y XDR TB (3 meses)
- Realizar encuestas rápidas de TB MDR y XDR (3 a 6 meses)
- Mejorar la capacidad de los laboratorios (con énfasis en pruebas rápidas de susceptibilidad a drogas)
- Implementar medidas de control de la infección con especial énfasis en servicios cuidado de PVVS
- Mejorar las capacidades técnicas del personal clínico y responsables de la salud pública para una respuesta efectiva al problema de la TB MDR y XDR.
- Promover el acceso universal a la terapia ARV para todos los pacientes, a través de acciones conjuntas de TB-VIH
- Incrementar la investigación y soporte del desarrollo de nuevas drogas anti tuberculosas así como de *tests* de diagnóstico rápido para TB-MDR y XDR.

**Segundo día:** miércoles 13 de septiembre de 2006

### 4.3 Plataforma única de información en Tuberculosis y nueva estimación del número de casos de TB en México

*Pablo Kuri Morales  
Ministerio de Salud – México*

El **objetivo** fue conocer la metodología que utiliza OMS para la estimación de casos, para que en base a la información producida por el país (luego de ser validada por la OMS), se puedan precisar las estimaciones de la carga de TB.

Para ello se revisaron datos históricos y estrategias del PNT de México, se comprobó la consistencia y veracidad de la información generada por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (morbilidad y mortalidad), se precisaron los supuestos metodológicos de las estimaciones que realiza la OMS y con todo ello se llevaron a cabo nuevos cálculos para la carga de TB en México.

Los resultados mostraron que, para el 2004 existiría una reducción de la tasa de 32 a 24 x 100 000 Hab. lo que eventualmente haría pasar a México del Escenario 2 al 1.

Concluyen indicando que es necesario fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica e información (morbilidad, mortalidad, seguimiento de casos y gerencia de programa) para contar que, de ésta manera puede ser factible mejorar las estimaciones de la carga de TB en los países.

Posteriormente se realiza la presentación de la herramienta “Plataforma Única de información en Tuberculosis” que México utiliza (ver Anexos).

#### **4.4 Situación del control de la Tuberculosis en Brasil**

---

*Joseney Pires do Santos  
PNT – Brasil*

- Para el 2005, la tasa de incidencia de TB en todas sus formas en Brasil fue de 41,9 x 100 000 Habitantes (12,1 menos que el año 1993)
- El número de casos nuevos presentados el año 2005 fue de 77,120.
- La tasa de mortalidad por TB, para el año 2004 fue de 2,7 x 100 000
- La tasa de éxito de tratamiento fue de 85% para el 2003.
- Para la acciones de control, el PNT ha priorizado 315 de los 5570 municipios del país, en los cuales está el 75% de los casos de TB

##### **Los logros al 2006 son:**

- Ejecución del Plan Nacional 2004 – 2007 con la meta de lograr el 100% de cobertura de DOTS en los 315 municipios, con una inversión de R\$120 millones
- Reforzamiento de la Red de Laboratorios con un amplio plan de capacitación e implantación de cultivo para TB en 100% de estados del país
- Fortalecimiento del Sistema de Información con mejora de la calidad y oportunidad y actualización de instrumentos de registro
- Realización de ciclos trimestrales monitoreo y evaluación macroregionales con estados y municipios prioritarios contemplados en el Plan 2004-2007.
- Consolidación del Forum de “Parceiros” (Partnership/Brasil) para el control de la TB con participación de más de 52 organizaciones de la sociedad civil.
- Lanzamiento por parte del Ministro de Salud de una campaña de comunicación social para la divulgación de acciones de control de TB
- Implantación y expansión con éxito de planes conjuntos de control de la TB en grupos de alto riesgo (TB/VIH, Población Indígenas y PPL)
- Implantación del Sistema de Control de Calidad de Medicamentos Antituberculosos y Vigilancia Epidemiológica para TB-MDR
- Inicio de Ejecución de propuesta al GFATM aprobada en 5ta. Ronda (US\$ 27.5 millones) en 10 grandes Áreas Metropolitanas del país

#### **4.5 Situación de la red supranacional y regional de laboratorios**

---

*Lucía Barrera  
Laboratorio Supranacional - Argentina*

Los **acuerdos** alcanzados durante la III<sup>era</sup> Reunión de la Red Supranacional de Laboratorios de Tuberculosis (11 y 12 de septiembre de 2006) fueron los siguientes:

- Incrementar la capacidad de gestión de los jefes nacionales de laboratorio, para lo cual propone un curso en el primer semestre del 2007
- Actualización de estudios de vigilancia de la resistencia en los siguientes países: República Dominicana, El Salvador, Panamá, Nicaragua, Ecuador, Perú, Bolivia y Venezuela, de acuerdo a la capacidad nacional de cada uno.
- Conocer la situación de las redes nacionales de la región (infraestructura, equipamiento, recursos humanos, programas de desarrollo de recursos humanos, utilización de métodos diagnósticos en la red de laboratorios, etc.), a través de una encuesta
- Se divulgará entre los PNT guías técnicas elaboradas por la red supranacional y se diseñará un curso en Gestión de Calidad

## 4.6 Planificación estratégica

---

### 4.6.1 Herramienta para el cálculo de costos hacia la planificación

*Andrea Pantoja*  
*Organización Mundial de la Salud - Stop TB*

La herramienta es un **grupo de hojas de cálculo y tablas desarrolladas en Excel para facilitar la *planeación y presupuestación*** del control de la tuberculosis en los países en línea con el Plan Mundial y la Estrategia *Alto a la tuberculosis*.

#### **Su uso ha reportado los beneficios siguientes:**

- Proporciona un marco de referencia para planear en línea con el Plan Mundial y la Estrategia *Alto a la TB*
- Agrupa todas las recomendaciones para el control de TB en un solo sitio
- Enumera actividades que sirven de guía durante la planeación
- Expone actividades/intervenciones en nuevas áreas, con base en la experiencia de otros países
- Produce análisis a través de tablas de resumen y gráficos que permiten evaluar el plan
- Funciona a nivel nacional y subnacional
- Une planeación y presupuesto con datos epidemiológicos, tal como el número esperado de pacientes a tratar en los siguientes años
- Utiliza información que no siempre está disponible a nivel nacional, tal como proyecciones
- Se beneficia del apoyo de expertos en computación
- Es flexible, puede ser adaptada a las necesidades del país
- Estandariza los presupuestos de TB, permitiendo comparaciones entre países
- Ahorra tiempo en el mediano y largo plazo
- Produce automáticamente el formulario financiero de recolección de datos anual de la OMS

#### **Para su utilización se requiere:**

- Inversión de tiempo al principio (para llenar los costos unitarios, pero luego los cálculos se hacen automáticamente)
- Un plan que incluya: Perspectivas acerca de la tasa de detección, los planes para alcanzarla y para manejar el volumen de nuevos pacientes.
- Tener algún conocimiento de Excel

## 4.6.2 Fortalecimiento de los recursos humanos para el control de la TB en la nueva estrategia *Alto a la TB*

*Karin Bergstrom*  
*Organización Mundial de la Salud - STOP TB*

- Los recursos humanos son los responsables de llevar a cabo las intervenciones en salud pública y son los insumos más importantes de los sistemas sanitarios.
- El desempeño del sistema sanitario depende del conocimiento, habilidad y motivación del personal responsable de la entrega de los servicios.
- La meta para un amplio control de la TB es alcanzar y sostener una situación en la cual:
  - El Personal clínico y administrativo del sistema de salud en sus diferentes niveles, tenga las habilidades, conocimientos y actitudes necesarias para una amplia, exitosa y sostenida implementación para el control de la TB, incluyendo las nuevas y revisadas estrategias e instrumentos para el manejo de la TB-VIH y TB – MDR.
  - Hay personal suficiente en todos los niveles del sistema sanitario, el que está motivado para proveer servicios preventivos y curativos de calidad.
- Es así que los PNT deben:
  - Determinar claramente sus necesidades para que el control de la TB que sea capaz de alinearse al sistema sanitario y las políticas de salud.
  - Colaborar cercanamente con otros programas de control para asegurar acciones concertadas
  - Colaborar y coordinar con otros departamentos y servicios del Ministerio de Salud para asegurar la sinergia y consistencia de los planes del sector
  - Compartir lecciones aprendidas
- Los principales retos a superar son:
  - Mantener el equilibrio en el financiamiento de los programas, de tal manera que se evite el desvío de recursos a otras prioridades de salud.
  - Evitar el desarrollo de soluciones específicas para acelerar la implementación el programa, sin considerar las implicaciones que ello tiene para los otros programas
  - Evitar las soluciones simples como capacitación en servicio o capacitación a mucho personal sin tomar en cuenta la calidad.
  - Limitada perspectiva acerca del tiempo necesario para que los cambios implementados den resultados

En la sesión de preguntas, se sugiere que debería haber un punto focal del tema dentro de los programas y/o un trabajo coordinado con el departamento de recursos humanos de los Ministerios de Salud

## 4.6.3 Mesa redonda: Presentación de los Planes Estratégicos de los países priorizados

Nicaragua, Republica Dominicana, Perú, México Ecuador, El Salvador, Colombia, Bolivia y Haití hicieron las presentaciones de sus planes estratégicos (ver anexo) y posteriormente a tiempo de felicitar y resaltar la importancia de que los países cuenten con Planes Estratégicos, en plenaria se hacen las siguientes observaciones y recomendaciones:

- En general las metas que se están poniendo los PNT no son lo suficientemente ambiciosas para alcanzar las metas globales 2005 (para países que no las alcanzaron) y las de los Objetivos de Desarrollo del Milenio al 2015
- Existe la necesidad de mejorar el diagnóstico de TB extrapulmonar y de casos negativos

- Deben incluirse componentes de estudios operativos en los planes, se ha visto que en los países existen estrategias innovadoras y sería importante evaluarlas y estudiar su impacto
- El plan regional, que apunta a una América libre de TB fue elaborado con la participación de todos y es éste el que debe guiar la elaboración de los planes estratégicos en los países, los que a su vez, además de permitir disminuir la prevalencia e incidencia de la TB se pueden constituir en un instrumento para negociar recursos económicos.

## 4.7 Sistema de Registro y Notificación

---

### 4.7.1 Presentación de los nuevos formatos

*Pilar Ramón  
Organización Panamericana de la Salud*

Se está realizando la **revisión** del sistema de registro y notificación de tuberculosis, con el fin de alinearlos a la estrategia *Stop TB*, por ello los objetivos para esta sesión son:

- Presentar el proceso de elaboración de los nuevos formatos de registro y notificación de tuberculosis.
- Analizar los formatos seleccionados, con el fin de valorar su aplicabilidad en la Región de las Américas.

Los **nuevos aspectos** de la estrategia *Stop TB* que no están incluidos en el actual sistema de registro son:

- TB/VIH
- Uso del cultivo y *test* de sensibilidad
- Logística de medicamentos – nuevas presentaciones
- Involucrar a todos los proveedores de salud
- Diagnóstico y tratamiento de MDR
- Contribución al fortalecimiento de los sistemas de salud

Mientras que los **objetivos** de un sistema de registro y notificación son:

- Asegurar la atención al paciente con TB
- Ayuda para el personal de salud
- Gestión del programa a diferentes niveles
- Medir el desempeño del programa
- Desarrollo de políticas
- Vigilancia epidemiológica

La revisión del sistema estuvo a cargo de un grupo de expertos en dos niveles:

- Grupo de nivel Central: KNCV, UNION, CDC, OMS
- Grupo de trabajo: algunos PNT seleccionados, 6 Regiones de OMS, Secretariado de OMS-GDF, DEWG, TB/HIV WG, MDRWG, que tenía a su vez 4 subgrupos (pobreza, TB pediátrica, APP, Algoritmos diagnósticos)

El desarrollo de los formatos tomó seis meses (de abril a octubre de 2005), mientras que las pruebas de campo han tomado 8 meses (de noviembre a junio de 2006)

Los formatos desarrollados son los siguientes:

### Formatos de registro: 6

- Tarjeta de tratamiento TB
- Tarjeta del paciente
- Registro de la Unidad Básica de Gestión
- Registro de Laboratorio para microscopía
- Registro de Laboratorio para cultivo
- Registro de Laboratorio para pruebas de sensibilidad

### Formatos de notificación: 6

- Informe trimestral sobre el registro de TB
- Informe trimestral sobre la conversión de esputo (*opcional*)
- Informe trimestral sobre los resultados de tratamiento
- Orden trimestral de medicamentos
- Orden trimestral de suministros de laboratorio
- Informe anual sobre gestión de programa

### Boletines de ligazón: 3

- Solicitud de microscopía de esputo
- Solicitud de cultivo y test de sensibilidad
- Formato de referencia/transferencia

Los formatos traducidos al español actualmente están disponibles en la siguiente dirección electrónica <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/tb-reg-form-rev.htm> para la consulta.

## 4.7.2 Presentación de resultados de test en terreno

*Julio Garay  
PNT - El Salvador*

El Salvador hace la presentación del sistema de registro del Programa Nacional de control del a Tuberculosis (ver anexo)

Tercer día: jueves 14 de septiembre de 2006

## 4.8 Participación de Activistas

---

Los representantes de las comunidades afectadas y activistas de Brasil y Ecuador realizan unas breves presentaciones acerca de sus experiencias en el trabajo comunitario del control de la Tuberculosis, haciendo énfasis en la necesidad de que se incluya una real participación de las comunidades afectadas en la planificación e implementación de acciones, así como en la necesidad de llevar adelante acciones coordinadas con VIH /SIDA.

## 4.9 Público-Privada (APP)

---

### 4.9.1 Importancia de la iniciativa *Alianza Público-Privada (APP)*

*Salah Ottmani*  
*Organización Mundial de la Salud - Stop TB*

Es importante involucrar a los proveedores privados de salud, porque ello permite:

- Mejorar la calidad del cuidado de la TB
- Incrementar la detección de casos
- Mejorar el resultado de los tratamientos
- Optimizar el acceso y la equidad
- Reducir la carga económica para los pacientes

Los **principios** que guían la iniciativa APP son los siguientes:

- Los beneficios de DOTS deben alcanzar de manera equitativa a todos los pacientes sospechosos de TB, incluyendo los que los PNT no alcanzan.
- El control de la TB es un mandato para el sector público, pero el sector privado tiene también claras responsabilidades en la provisión de servicios del cuidado de la TB.
- Los PNT deben promover y brindar ayuda sostenida al sector privado para la provisión de la estrategia DOTS.

Todos los proveedores privados participantes de las APP deben:

- Seguir los principios básicos de DOTS y los estándares internacionales
- Proveer medicamentos antituberculosos de calidad y gratuitos
- Mantener tarifas para exámenes y consultas al mínimo
- Aceptar la supervisión del NTP y hacer informes periódicos

Por su parte el NTP debe:

- Proveer entrenamiento adecuado a las necesidades y condiciones de los proveedores.
- Proveer medicamentos y equipamiento gratuitos y de manera permanente
- Coordinar, supervisar y controlar la calidad.
- Utilizar intermediarios como ser las ONG o asociaciones médicas.

Los posibles mecanismos contractuales incluyen la realización de contratos informales, memoranda o cartas de entendimiento, contratación formal, certificación / acreditación, franquicia social, reembolsos a través de un programa específico de aseguramiento.

Los incentivos no financieros son más importantes que los financieros (muchas iniciativas de TB no tienen ningún incentivo financiero directo con los proveedores)

Por último las lecciones aprendidas mediante la implementación de la iniciativa APP en otras partes pueden ser resumidas así:

- La motivación debe ser alta y las expectativas bajas
- Identificar y preparar “campeones” en ambos lados es de ayuda
- Las APP requieren grandes inversiones en el sector público
- Se deben estimular la autonomía y soluciones locales
- Las personas informadas tienen menos opción de sufrir malas prácticas

## 4.9.2 Alianza Público-Privada y Público-Pública

*Raimond Armengol  
Organización Panamericana de la Salud*

Se entiende por APP a la incorporación de todos los proveedores de salud al control de la tuberculosis para mejorar la calidad, acceso y equidad de la atención en TB

El **propósito** de la APP es:

- Contribuir a reducir la carga de la TB y promover el acceso a la atención de tuberculosis con calidad, aplicando los estándares internacionales
- Contribuir a aumentar la notificación de casos y reducir los costos

La iniciativa de APP se puede aplicar cuando el PNT:

- Ha demostrado éxito en la implantación del DOTS
- Tiene capacidad adicional para incorporar y mantener a los nuevos aliados

Para iniciar la APP no es necesario esperar una cobertura DOTS del 100% del país, pues puede iniciarse en áreas donde funcione el DOTS o implantar simultáneamente el DOTS en servicios públicos y privados

De acuerdo a la evidencia existente, el camino para implementar la iniciativa APP puede ser la siguiente:

- Hacer un diagnóstico de situación y justificar la necesidad de la APP
- Comprometer a las autoridades
- Movilizar recursos para iniciarlo y sostenerlo
- Desarrollar la guía operativa adaptada al contexto del país (*y recursos*)
- Definir las estrategias para la implementación
- Monitorear la implementación y evaluar la efectividad de la APP

Mientras que las condiciones para poder implementar la APP son:

- Liderazgo: por parte del PNT, para guiar y supervisar a los proveedores públicos o privados que participan en la APP
- Financiamiento: El PNT asume la responsabilidad de financiamiento, regulación y monitoreo
- Los recursos financieros son provistos o concertados por el PNT
- Entrega del servicio:
  - Tratamiento: La medicación será gratuita para el enfermo
  - Los exámenes y consultas médicas son gratuitas o tienen un costo mínimo para facilitar el acceso a los pobres.

La experiencia a nivel mundial ha demostrado que:

1. La APP es por lo menos tan costo-efectivo como el DOTS ofrecido por el sector público y mucho mejor que la atención privada convencional no DOTS
2. APP DOTS es una iniciativa factible, productiva y costo-efectiva para incrementar la detección de casos, mejorar los resultados del TTO y ofrecer un acceso de calidad equitativo y más económico para los pobres.

### 4.9.3 Estándares internacionales para la atención de la Tuberculosis

*Salah Ottmani  
Organización Mundial de la Salud - Stop TB*

Los estándares internacionales para la atención de la Tuberculosis:

- Son aplicados a todos los proveedores, sin importar las circunstancias
- Se aplican a pacientes de todas las edades, con baciloscopia de esputo positiva y negativa, tuberculosis extrapulmonar, MDR – TB, TB / VIH
- Son consistentes con los lineamientos internacionales
- Todos los proveedores deben reconocer que están asumiendo una función de salud pública con un alto grado de responsabilidad para con la comunidad y los pacientes.

Estos estándares internacionales son importantes porque:

- Armonizan el contenido de los numerosos lineamientos existentes
- Logran consenso entre los estándares clínicos y de salud pública
- Pueden ser aplicados y monitoreados dentro del marco de trabajo de los PNT

### 4.9.4 Guías de implementación de la APP

Para la implementación de la iniciativa APP deben realizarse los siguientes pasos:

- Diagnóstico de situación
- Formulación de objetivos
- Definición de las tareas mixtas acordadas para el conyunto de los proveedores
- Desarrollo de herramientas prácticas para facilitar la implementación
- Desarrollo de estrategias de capacitación para el PNT y para todos los proveedores de atención
- Reconocimiento oficial por parte del PNT (certificación) para los proveedores (individual, hospital, laboratorio, otros) del cumplimiento de los criterios establecidos en relación al diagnóstico, tratamiento y de salud pública (Estándares internacionales)
- Desarrollo de un sistema de monitoreo y evaluación

### 4.9.5 Herramientas y Etapas de la implementación de la APP

*Raimond Armengol  
Organización Panamericana de la Salud*

Las etapas, pasos y herramientas para la implementación de la APP son:

1. Diagnóstico de la situación y plan de implantación
2. Consecución de recursos
3. Desarrollo de guías operativas para
  - Formulación de objetivos
  - Definición de tareas compartidas
  - Desarrollo de herramientas
  - Capacitación
  - Certificación

- Incentivos
- Monitoreo y evaluación
- 4. Aplicar los pasos de la implementación
  - Preparación - Organización
  - Mapeo y primer contacto
  - Selección de proveedores
  - Implementación propiamente dicha
  - Abogacía y comunicación
  - Monitoreo y Evaluación
- 5. Expansión

#### 4.9.6 Discusión

*Moderadora: Susan Bacheller*

Como resultado de la discusión efectuada se resalta lo siguiente:

- La inclusión de los activistas en las planificaciones y participación conjunta debe ser constante y no solo para validar procesos
- Se debe tener presente que el sector privado busca lucro y que eso puede ser una barrera para la implementación del APP
- Actualmente algunas prácticas del sector privado se constituyen en un incremento del riesgo de MDR
- Toda acción que se lleve en APP debería estar regida o enmarcada en las normas nacionales del ente rector de salud
- Debería desarrollarse un marco legal en el país para que oriente los procesos para las APP
- En la aproximación a los prestadores privados se debe tomar en cuenta que queremos ganar un “socio estratégico” por lo cual, en caso de encontrar problemas o errores en la prestación de servicios, la actitud debe ser proactiva para ayudar a superar las dificultades y no una actitud punitiva
- Existen experiencias diversas en la región, pero no son conocidas, por ello es importante realizar un mayor intercambio de experiencias. (sistematización o investigaciones serias que permitan replicabilidad)
- La realidad en cada país es diferente por lo que cada PNT debe empezar por identificar estas realidades y esbozar planes adecuados de APP.
- La expansión de APP no implica ampliar la “cobertura” se hace solamente en aquellos sitios donde hay necesidad y donde existe la capacidad.
- La APP debe ser vista como una herramienta que ayuda a disminuir el impacto de la fragmentación de lo sistemas sanitarios en la región
- Incorporación de otras estrategias como ser los estándares y participación de la comunidad y afectados

#### 4.9.7 Información básica necesaria para la implantación de APP

*Raimond Armengol  
Organización Panamericana de la Salud*

Para la implantación del APP se recomienda iniciarla en un área demostrativa para luego extenderla, pero previamente es importante recolectar información y realizar estudios básicos de situación acerca de:

- Identificación y caracterización de proveedores
  - Lista de proveedores de salud (públicos y privados) que operan el área
  - Determinar cuales de ellos ya están coordinando actividades con el PNT y cual es su rol actual
  - Determinar la contribución eventual al control de la TB
  - Determinar sus necesidades para optimizar su contribución
- Encuesta de utilización de diferentes proveedores por parte de los usuarios.
  - Una encuesta sencilla efectuada a los enfermos de TB en tratamiento puede dar orientación de cómo el sector salud público y privado está manejando la localización de casos de TB, su diagnóstico y tratamiento.

Luego de la implementación de la APP se puede:

- Profundizar la información de cada uno de los proveedores de salud
- Hacer un mapeo de sus áreas de servicio
  - Determinar como manejan la TB
  - Número y proporción de casos de TB que detectan. Contactos.
  - Resultados del tratamiento
  - Sistema de información y referencia

#### 4.9.8 Resultado de la investigación en Brasil, El Salvador y México

Las investigaciones realizadas tenían por **objetivo**

- Conocer la contribución de los diferentes proveedores de salud en el:
  - Diagnóstico de la tuberculosis
  - Tratamiento (Supervisado o no)
  - Referencia
- Demora diagnóstica en los casos de TB BK+, dependiendo del proveedor
- Costos para el paciente, previo al inicio del tratamiento TB, según el tipo de proveedor
- Tipo de proveedores utilizados de acuerdo a algunas características de los usuarios.

##### **Brasil**

- Los resultados muestran que los proveedores privados representan un aporte de 22% en el diagnóstico
- Se observa la necesidad de hacer vigilancia de los casos BK+ diagnosticados en los hospitales para crear un sistema de referencia.
- La participación de los proveedores privados es pequeña y solamente al inicio de tratamiento
- Es importante diferenciar los tiempos de demora diagnóstica del paciente y del servicio de salud. La demora por acudir al servicio de salud, por parte del paciente fue mayor para todos los proveedores de salud. Estos resultados muestran que es la población no procura un servicio de salud más temprano pues con síntoma de la tos pues no piensa que puede ser TB.
- En el área de análisis los costos directos no fueron variables importantes, debido a la existencia de un Sistema de Salud que posibilita medicamentos, exámenes gratuitos a todos

## El Salvador

- El 100% de establecimientos del Ministerio de Salud operativizan la estrategias TAES.
- Se comprobó que todos los proveedores privados (Clínicas u Hospitales) envían las baciloscopías a laboratorios privados, los casos positivos son reportados en forma inmediata al Laboratorio de referencia nacional del Ministerio de Salud para su notificación y control de calidad.
- Según estudio se comprobó que los establecimientos públicos no Ministerio de Salud como Seguro Social, Centros Penitenciarios, Militares, tiene una buena coordinación con los establecimientos de salud del Ministerio, recibiendo apoyo de insumos, medicamentos y técnico.
- Se evidenció que los Pacientes con diagnóstico de TB que fueron diagnosticados en el sector privado (2%) fueron referidos al sistema nacional (Ministerio de Salud) para administración y supervisión del tratamiento en forma gratuita.
- Todos los pacientes TB (diagnosticados en sector publico) son registrados y posteriormente reportados al PNT
- La mayoría de pacientes con diagnóstico de TB no habían tenido demora significativa en el diagnóstico a partir del apareamiento de sus síntomas, incluyendo los casos detectados por el sector privado.

## México

El estudio en México concluye que:

- 20% de los enfermos son atendidos inicialmente por instituciones privadas, generando gastos en efectivo.
- La coordinación existente no es suficiente, se requieren estrategias ambiciosas que motiven la participación activa de los proveedores

## Republica Dominicana

- Un tercio de los pacientes inicia tratamiento antes del primer mes.
- Alrededor del 50% tardan más de 2 meses desde el inicio de los primeros síntomas hasta iniciar el tratamiento.
- La TB esta asociada a la pobreza, el desempleo y la marginación social.
- Hay evidencias de que en la República Dominicana el sector privado, las instituciones sin fines de lucro y médicos particulares están participando en actividades relacionadas con el control de la TB (Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Movilización Social) como lo demuestra nuestra Encuesta PPM, República Dominicana. 2006.
- El 6.5 % de los pacientes fueron diagnosticados en los servicios privados/ONG.
- 23.3% de los pacientes encuestados iniciaron tratamiento en instituciones privadas/ONG.

## Recomendaciones

- Hay necesidad de seguir incorporando los médicos particulares, ONGS y otras instituciones en las actividades de control de la Tuberculosis, tanto en el Área IV de salud como en las demás Áreas del Distrito Nacional donde vive un tercio de la población de la República Dominicana.
- La integración eficaz de los servicios privados de asistencia sanitaria es imperativa para lograr una cobertura total geográfica y de pacientes en la ejecución de DOTS/TAES
- El sector privado de la salud que comprende a los médicos particulares, las organizaciones voluntarias y con fines de lucro, las sociedades de profesionales, los hospitales y los servicios de salud de instituciones privadas ofrecen oportunidades adicionales para la ejecución de DOTS/TAES. Al ser incluidos en los programas de control de TB pueden mejorar el acceso de pacientes y la aceptación, así como aumentar la detección de casos y mejorar los resultados del tratamiento.

#### 4.9.9 Discusión

Moderador: Dick Menzies

Como resultado de la discusión efectuada se resalta lo siguiente:

- Se sugiere que en los países se debería hacer un estudio que sirva como línea de base en el que se determine:
  - Cual es la capacidad de los proveedores públicos para cubrir la demanda y cuan amplia es la brecha existente
  - Cual es el peso de los servicios privados dentro del sistema
- Definir localmente cual es el beneficio que el sector privado puede obtener de este proceso y en base a eso diseñar estrategias apropiadas para la aplicación de APP
- Se requiere negociar y insistir en el tema de respetar las normas y estándares de atención y tratamiento
- Los MOH deben garantizar que las farmacias no vendan medicamentos antituberculosos
- El análisis debe incluir revisión de indicadores de salud no solo los del programa, las encuestas ayudan a ver una aproximación a la realidad de cada país.

## 5. Conclusiones y acuerdos

---

Las conclusiones de la reunión se pueden resumir de la siguiente manera:

- Se estima que la Región notificará el 67% de los casos bajo DOTS y habrá curado cerca del 85% de los mismos de la cohorte 2004. Se disminuirá a la mitad la prevalencia y mortalidad antes del 2015, sin embargo, países del escenario 3 y 4 solo podrán llegar si se profundiza el control de la TB. Se estima que un solo país no podrá llegar a las metas.
- Pese a que la región en su conjunto alcanzará los MDG, el reto será alcanzarlos en cada uno de los países de la región y dentro de los países en cada una de las jurisdicciones o poblaciones desatendidas, debiendo los países por tanto estratificar intervenciones en función de riesgo.
- Resultado de la presentación de los logros del control de la TB en las Américas se propuso que se elaboren metas al 2010, para mantener la voluntad política y la alerta de los programas, de tal manera que se acelere la implementación de la estrategia *Alto a la Tuberculosis* en los países de los cuatro escenarios, con el acompañamiento del programa regional, incluso en países en eliminación.
- Durante la exposición de *posters* se evidenció que existen diferentes etapas en el control de la TB, países en expansión o consolidación de la estrategia DOTS, otros en eliminación de la TB como problema de salud pública. Sin embargo se identificaron necesidades comunes:
  - Fortalecer las capacidades de los recursos humanos en los diferentes niveles
  - Orientar acciones de control en poblaciones vulnerables
  - Consolidar las redes de laboratorio con control de calidad
  - Reforzar las actividades de colaboración de TB/VIH
  - Fortificar la vigilancia de resultados de tratamiento en pacientes previamente tratados (análisis de cohorte por categoría de ingreso)
  - Implementar el manejo TB-MDR dentro de condiciones de programa, en aquellos países que aún no lo implementan

Durante la discusión se identificó la necesidad de replantear la situación de cobertura de DOTS al 100% en Guatemala y de analizar la posibilidad de incorporarlo dentro de los países priorizados

- Se conviene que es necesario hacer un pronunciamiento en la región para que los MDG señalen específicamente y de manera clara a la Tuberculosis en el objetivo 6, meta 8, lo cual representará un instrumento de abogacía para la sostenibilidad financiera de las acciones y por tanto de los avances logrados a la fecha.
- En relación a los medicamentos antituberculosos, se concluyó que existen ventajas de la compra al Global Drug Facility (GDF) debido a que provee medicamentos combinados, de calidad, a bajos precios y asesoría técnica en gestión de medicamentos. El Fondo Estratégico de la OPS, representa otra posibilidad tanto para la compra de medicamentos de calidad como la asesoría técnica. Los países tienen varias opciones de elección para la compra de medicamentos de 1era línea, sin embargo, el Programa Regional aconseja que se efectúen ya sea a través del GDF o del Fondo Estratégico de OPS.
- Los países solicitan la celeridad de los procesos de adquisición de medicamentos de segunda línea a través del Comité Luz Verde y se comprometen a agilizar los procesos inherentes a ellos mismos.
- Se ha alertado a los jefes de programa referente a la aparición de la *Extensively Drug-Resistant TB* (XDR-TB), cuya magnitud está siendo investigada en la región. Dentro de las medidas de prevención se ha acordado que debe fortalecerse el DOTS (tratamiento estrictamente supervisado) y diagnóstico temprano de la MDR, así como la implementación de medidas de bioseguridad. La XDR – TB podría ser aprovechada como un instrumento de abogacía política dentro de cada país.
- Se felicita al PNT del Brasil por los grandes logros de la expansión del DOTS en los últimos 2 años, mostrados durante la exposición.
- La red supranacional de laboratorios, durante su III Reunión, efectuada del 11 y 12 de septiembre, señaló las siguientes líneas de acción:
  - Incrementar la capacidad de gestión de los jefes nacionales de laboratorio, para lo cual propone un curso en el primer semestre del 2007
  - Actualización de estudios de vigilancia de la resistencia en los siguientes países: República Dominicana, El Salvador, Panamá, Nicaragua, Ecuador, Perú, Bolivia y Venezuela, de acuerdo a la capacidad nacional de cada uno.
  - Conocer la situación de las redes nacionales de la región (infraestructura, equipamiento, recursos humanos, programas de desarrollo de recursos humanos, utilización de métodos diagnósticos en la red de laboratorios, etc.), a través de una encuesta
  - Se divulgará entre los PNT guías técnicas elaboradas por la red supranacional y se diseñará un curso en Gestión de Calidad
- Se sugiere que para la implementación de acciones de la red de laboratorios se realice un trabajo conjunto y coordinado con los jefes de PNT
- Durante la sesión de planificación estratégica se tuvieron las siguientes conclusiones:
  - Se cuenta con una herramienta de planificación estratégica de sencillo manejo, flexible y que puede estar sujeta a ser mejorada de acuerdo a las sugerencias de los usuarios (PNT)
  - Se destacó la importancia de la inclusión del fortalecimiento de los recursos humanos en la planificación y se recomendó seguir la tercera línea estratégica del Plan Regional que identifica actividades a nivel de país, haciéndose hincapié en la necesidad de disponer de un

punto focal del tema, dentro de los programas y /o un trabajo coordinado con el departamento de recursos humanos de los Ministerios de Salud.

- Se destacó que todos los países priorizados cuentan con planes estratégicos de largo plazo
  - Las metas de los planes estratégicos de los países requieren ser revisadas, pues son poco ambiciosas, por ello deberán replantearse hacia metas que tengan miras a lograr el objetivo de una América libre de tuberculosis, incorporando los componentes de la estrategia STOP TB y haciendo explícitas acciones de abogacía, comunicación y movilización social.
  - Los planes estratégicos deben estar incorporados dentro del plan nacional del sector salud y en armonía con las reformas y políticas de salud. En el proceso de revisión de planes se recomienda se involucre a los afectados y activistas.
  - Los planes deben constituirse en una herramienta de abogacía para el mantenimiento del compromiso político y la búsqueda de recursos económicos.
- El Programa Regional presentó los nuevos formularios de OMS que incluyen variables para medir los componentes de la estrategia *Alto a la TB*. El objetivo de la sesión fue hacer conocer y valorar su aplicación en la región.
  - A sugerencia de Colombia se propone que la próxima reunión de jefes de programa (2008) se efectúe en Bogotá
  - La próxima reunión de países priorizados (que se realiza cada 2 años) será llevada a cabo en Perú en julio de 2007
  - Durante la siguiente reunión de jefes de programa se contará además con la participación de los representantes de los laboratorios, como parte de una misma reunión y no de manera separada
  - Todos los países elaborarán planes a largo plazo con fines de profundizar el control de la TB.
  - Se reconoce a Guatemala como país prioritario por el Programa Regional, situación que será confirmada oficialmente durante la evaluación que se llevará a cabo en ese país durante la primera semana de octubre
  - Se debe impulsar la realización de más estudios operativos, se debe sistematizar las lecciones aprendidas y compartir más la riqueza de experiencias existentes en la región.
  - Debe garantizarse la inclusión de los activistas y representantes de la comunidad afectada en las planificaciones y la participación conjunta durante el desarrollo de actividades de control.
  - En relación a la Asociación Público Privada se concluye:
    - Los países participantes en el taller APP han integrado a otros proveedores de salud diferentes al Ministerio de Salud en la ejecución de diversas acciones de control de la tuberculosis.
    - El nivel de participación de otros proveedores en actividades de control de la TB varía mucho de un país a otro y en algunos de ellos la participación del sector privado es importante en la referencia de pacientes
    - La incorporación de todos los proveedores de salud relevantes, especialmente los públicos, en el control de la tuberculosis puede:
      - Contribuir a incrementar el diagnóstico y la notificación de casos, así como mejorar el manejo adecuado de los mismos
      - Posiblemente y de forma paralela, reducir la demora diagnóstica y costos al paciente.

- La iniciativa APP, las guías de implementación de APP y los *Estándares Internacionales para la Atención de la Tuberculosis* pueden:
  - Facilitar y estandarizar la incorporación (alianza) de proveedores relevantes en el control de la TB con calidad en los Países de la Región
  - Fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud
- Los estudios de base son útiles para implantar la APP
- En relación a la Asociación Público Privada se recomienda que:
  - Los países explorarán la necesidad y oportunidad de aplicar el APP, dentro de sus planes estratégicos, para lo cual deberán hacer un diagnóstico de situación que permita definir prioridades.
  - La OPS revisará la encuesta, los instrumentos e instructivos, que posteriormente habrán de ser adaptados a nivel de país.
  - El Apoyo técnico por parte de OPS/OMS a los acuerdos y planes de implementación de APP, esbozados en la presente reunión

## 6. Anexo: Lista de participantes a la Reunión de Jefes de Programa de TB

---

### **Abarca Runruil, Máximo Darío**

Ecuadorian Coalition of PLWHA  
10 de Agosto 1555 y Bolivia,  
Edificio Andrade, office #405  
Quito – Ecuador  
*Tel:* (+ 593-9) 6198679  
*E-Mail:* [pvvs\\_ecuador@yahoo.com](mailto:pvvs_ecuador@yahoo.com)

### **Acosta, Ivelise**

Coordinadora de la Unidad Ejecutora  
Fondo Global para Tuberculosis  
Socorro Sanchez # 160  
Santo Domingo, República Dominicana  
*Tel:* (+809) 689-0141 ext 270  
*E-Mail:* [icosta@profamilia.org.do](mailto:icosta@profamilia.org.do)

### **Alarcón, Edith Mercedes**

Consultora  
UICTER  
Orquideas 1008  
Residencial San Felipe, Jesús María  
Lima, Perú  
*Tel:* (+51-1) 799-5284  
*E-Mail:* [ealarcon@uatld.org](mailto:ealarcon@uatld.org)  
[e-alarcon@telefonica.net.pe](mailto:e-alarcon@telefonica.net.pe)

### **Arango, Cecilia Lyons de**

Cordinadora del PNT  
Ministerio de Salud  
Edificio 261 Ancón  
Apartado Postal 2048  
Panamá 1, República de Panamá  
*Tel:* (+507) 212-9269; 9100 ext 1093  
*Fax:* (+507) 212-9474  
*E-Mail:* [cecilyng@cwpanama.net](mailto:cecilyng@cwpanama.net)  
[tbpan@sinfo.net](mailto:tbpan@sinfo.net)

### **Arguello, Jacobo**

Jefe del PNT  
Colonia Palmira, Ave. Rep.de Panamá  
Frente al Restaurante Medieval  
Casa # 2024  
Tegucigalpa, M.D.C. Honduras,  
*Tel:* (+504) 238-1940/2101  
*Fax:* (+504) 222-3292  
*E-Mail:* [altotbhonduras@yahoo.com](mailto:altotbhonduras@yahoo.com)  
[progtb@yahoo.com](mailto:progtb@yahoo.com)

### **Armengol, Raimond**

Consultor  
OPS/OMS  
525 23rd Street, N.W.  
Washington DC, USA  
*Tel:* (+1-202) 974-3838  
*E-Mail:* [armengor@paho.org](mailto:armengor@paho.org)

### **Ashok, Rattan**

Caribbean Epidemiology Centre (CAREC)  
16-18 Jamaica Boulevard  
Federation Park  
Port-of-Spain, Trinidad  
*Tel:* (+1-868) 622-3277  
*E-Mail:* [rattanas@carec.paho.org](mailto:rattanas@carec.paho.org)

### **Aziz, Mohamed**

World Health Organization  
HTM/STB/TBS  
Avenue Appia 20  
Ch – 1211 Geneve 27  
Switzerland  
*Tel:* (+41-22) 791-2485  
*E-Mail:* [azizm@who.int](mailto:azizm@who.int)

**Bachelor, Susan**

TB Team Leader, Bureau for Global Health  
Room 5.09-0100, Fifth Floor, RRB  
Washington, DC 20523-5900, USA  
*Tel:* (+1-202) 712-5905  
*E-Mail:* [sbacheller@usaid.gov](mailto:sbacheller@usaid.gov)

**Barrera, Lucía**

Jefe Servicio Micobacterias  
INEI ANLIS Dr Carlos G Malbran  
Velez Sarsfield 563  
1281 Buenos Aires  
*Tel/Fax:* (+54-11) 43 02 76 35  
*E-Mail:* [lbarrera@anlis.gov.ar](mailto:lbarrera@anlis.gov.ar)

**Barillas, Edgar**

Management Sciences of Health (MSH)  
4301 North Fairfax Drive, Suite 400  
Arlington, VA 22203-1627, USA  
*Tel* (central): (+1-703) 524-6575.  
*Tel* (directo): (+1-703) 248-1611  
*E-Mail:* [ebarillas@msh.org](mailto:ebarillas@msh.org)

**Basilía, Carlos**

Fórum ONGs TB-RJ  
Parceria Brasileira contra Tuberculose  
*Stop TB* Brasil  
Membro do MCP- Fundo Global Brasil  
*E-Mail:* [carlosbasilia@ibiss.com.br](mailto:carlosbasilia@ibiss.com.br)

**Bergnstrom, Karin E**

Scientist, World Health Organization  
HTM/STB/TBS  
Avenue Appia 20  
CH-1211 Genève 27, Suiza  
*Tel:* (+41-22) 791-4715  
*E-Mail:* [bergnstrink@who.int](mailto:bergnstrink@who.int)

**Bongaers, Antoon**

Coordinador Médico América Latina  
Fundación Damian  
De la Rotonda El Gueguense  
31/2 cuadras abajo  
Edificio Popol Na  
Managua, Nicaragua  
*Tel:* (+505 266) 4644  
*E-Mail:* [toonfuda@cablenet.com.ni](mailto:toonfuda@cablenet.com.ni)

**Bonilla Asalde, Cesar**

Coordinador Nacional de la Estrategia Nacional  
de Prevención y Control de Tuberculosis  
Ministerio de Salud  
Av. Salaverry Cuadra # 801  
Jesús María  
Lima 11, Perú  
*Tel:* (+51-1) 315-6600 anexo 2715  
*Fax:* (+51-1) 316-6600 anexo 2669  
*E-Mail:* [cbonilla@minsa.gob.pe](mailto:cbonilla@minsa.gob.pe)

**Camacho, Mirtha**

Jefe Nacional del Programa Control de la  
Tuberculosis  
Calle Capitán Ravelo No. 2199  
*Tel:* (+591-2) 244-4556  
*Fax:* (+591-2) 244-1328  
*E-Mail:* [tbcos@hotmail.com](mailto:tbcos@hotmail.com)  
[mirthaca@caoba.entelnet.bo](mailto:mirthaca@caoba.entelnet.bo)  
[tuberculosis@sns.gov.bo](mailto:tuberculosis@sns.gov.bo)

**Caminero, José**

Servicio de Neumología  
Hospital de Gran Canaria "Dr. Negrín"  
Barranco de la Ballena s/n  
E-35020 Las Palmas de Gran Canaria, España  
*Tel:* (+34 928) 45 05 67  
*E-Mail:* [jcamlun@gobiernodecanarias.org](mailto:jcamlun@gobiernodecanarias.org) ;  
[jcaminer@separ.er](mailto:jcaminer@separ.er)

**Castro, Kennett**

Director, Division of TB Elimination, CDC  
11, Corporate Square Boulevard, Room 2106  
Mail St E10  
Atlanta, GA 30329, USA  
*Tel:* 404-639-8120  
*E-Mail:* [kqc1@cdc.gov](mailto:kqc1@cdc.gov)

**Cordero, Juan José**

Director, Programa Nacional de Control de TB  
Secretaría de Estado de Salud Pública y  
Asistencia Social.  
Av. Tiradentes Esquina San Cristóbal  
Santo Domingo, República Dominicana  
*Tel:* (+809) 732-8046  
*Fax:* (+809) 541 3422  
*E-Mail:* [programatuberculosisrd@gmail.com](mailto:programatuberculosisrd@gmail.com)

**Dantas, Candida**  
Brasil

**Del Granado, Mirtha**  
Asesora Regional de Tuberculosis  
OPS/OMS  
525 23rd Street, N.W.  
Washington DC, USA  
*Tel:* (+1-202) 974-3494  
*E-Mail:* [delgrana@paho.org](mailto:delgrana@paho.org)

**D'Meza, Richard**  
Directeur du Programme de lutte antituberculose  
1 impasse Theodule, Bourdon  
(Entrée Hotel Chistopher)  
Port-au-Prince, Haiti  
*Tel:* (+509) 245-6285, 510-3775, 510-3776  
*E-Mail:* [prognatbhaiti@yahoo.fr](mailto:prognatbhaiti@yahoo.fr)

**Dos Santos, Joseney Pires**  
Coordenador Geral de Doenças Endemicas  
Ministério da Saúde  
Secretaria de Políticas de Saúde  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G – Ed. Anexo  
4to andas, Sala 420 B, Brasília, DF 70-058-900  
*Tel:* (+55-61) 3226-2862  
*Fax:* (+55-61) 3225-6416  
*E-Mail:* [tuberculose@saude.gov.br](mailto:tuberculose@saude.gov.br)  
[joseney.santos@saude.gov.br](mailto:joseney.santos@saude.gov.br)

**Ferreira Guerrero, Elizabeth**  
Directora de Prevención y Control de  
Micobacteriosis del Centro de Vigilancia  
Epidemiológica y Control de Enfermedades  
Benjamin Franklin 132, 2o. piso.  
Colonia Escandón  
*Tel:* (+52-55) 2614-6433 y (52-5) 2614-6436  
*Fax:* (+52-55) 2614-6436  
*E-Mail:* [micobacteriosis@salud.gob.mx](mailto:micobacteriosis@salud.gob.mx)

**Garay Ramos, Julio**  
Jefe, Programa de Tuberculosis  
M.S.P.A.S. El Salvador  
Calle Arce No. 827  
San Salvador, El Salvador  
*Tel:* (503) 2205-7173, 205-7175  
Sitio Web: [www.mspas.gob.sv](http://www.mspas.gob.sv)  
[jgaray@mspas.gob.sv](mailto:jgaray@mspas.gob.sv)  
[juliogaray2005@yahoo.org](mailto:juliogaray2005@yahoo.org)

**Hernández, Homero**  
Technical Officer  
World Health Organization  
HTM/STB/TBP  
Avenue Appia 20  
CH-1211 Genève 27  
Suiza  
*Tel:* (+41-22) 791-2378  
*E-Mail:* [hernandezh@who.int](mailto:hernandezh@who.int)

**Dr. Lucero Hernandez**  
International Project Manager  
CLA  
3 Raymond Street, Suite 300  
Ottawa, Ontario K1V0B9  
Canadá  
*Tel:* (+1-613) 569-6411 EXT 224  
[lhernandez@lung.ca](mailto:lhernandez@lung.ca)

**Jara, Juan Carlos**  
Jefe Programa Nacional de Tuberculosis  
Avda. Venezuela 1356  
Asunción Paraguay  
*Tel:* (+595-21) 290-238/ 123/ 0981 423429  
*E-Mail:* [jararo@rieder.net.py](mailto:jararo@rieder.net.py)  
[pnct\\_py@yahoo.es](mailto:pnct_py@yahoo.es)

**Kamp, Antoinette Sjoukje**  
Senior advisor, KNCV Tuberculosis Foundation  
Parkstraat 17  
NL-2514 JD The Hague  
*Tel:* (+31-70) 416 7231  
*Fax:* (+31-70) 358 4004  
*E-Mail:* [KampN@kncvtbc.nl](mailto:KampN@kncvtbc.nl)

**Kramer, Lucia**  
Manager Honduras Project  
The Change Projef, Academy for Educational  
Development  
1825 Connecticut Avenue, NW  
Washington, DC 20009-5721 USA  
*Tel:* (+1-202) 884-8196  
*E-Mail:* [lkramer@aed.org](mailto:lkramer@aed.org)

**Kuri Morales, Pablo**  
Director General de Epidemiología  
Benjamin Franklin 132 2o. Piso  
Col. Escandón, C.P. 11800,  
México DF, México

**Lafosse, Elsie**  
OPS/OMS  
No. 295 Avenue John Brown  
Port-au-Prince, Haiti  
*Tel:* (+509) 244-7675  
*E-Mail:* [elafosse@hai.ops-oms.org](mailto:elafosse@hai.ops-oms.org)

**Laszlo, Adalbert**  
20 Parkglen Drive  
Ottawa, Ontario, K2G-3G9, Canada  
*Tel:* (+1-613) 957-1819  
*E-Mail:* [laszloa@sympatico.ca](mailto:laszloa@sympatico.ca)

**Lindner, Molly**  
USAID/MEXICO - US Embassy  
Health Program Specialist  
*Tel:* (+52-55) 5080-2918  
[mlindner@usaid.gov](mailto:mlindner@usaid.gov)

**Llanes Cordero, María Josefa**  
Calle 23 esq. N, Vedado, 10400  
Ciudad de la Habana. Cuba  
*Tel:* (+537) 55-3323, 55-3376  
*Fax:* (+537) 66-2312  
*E-Mail:* [fefallanes@infomed.sld.cu](mailto:fefallanes@infomed.sld.cu)

**Marrero, Antonio**  
Fundación Damian  
Edif 261 Ancón  
Ciudad de Panamá, Panamá  
*Tel:* (+507) 628-2418  
*E-Mail:* [tbpan@sinfo.net](mailto:tbpan@sinfo.net)

**Mata Azofeifa, Zeidy Isabel**  
Tres Ríos, de la Iglesia Católica 200 metros al  
este y 50 norte,  
Residencial la Antigua, Casa No. 109  
San José, Costa Rica  
*Tel:* (+506) 279-5428; 223-1128  
*Tel (celular):* (+506) 384-0591,  
*Tel (oficina):* (+506) 256-2620.  
*Fax:* (+506) 223-1128  
*E-Mail:* [mbpzma@sol.racsa.co.cr](mailto:mbpzma@sol.racsa.co.cr)

**Menzies, Dick**  
Director, Respiratory Division,  
MUHC & McGill University  
Montreal Chest Institute, Room K1.24  
3650 St Urbain St  
Montreal, PQ, Canadá, H2X 2P4  
*Tel:* (+1-514) 934-1934, ext. 32128  
*Fax:* (+1-514) 843-2083  
*E-Mail:* [Dick.Menzies@McGill.ca](mailto:Dick.Menzies@McGill.ca)

**Mendez-Moguel, Ines**  
Coordinator of National TB Programme  
Chest Clinic Cleopatra White Health Centre  
Belize City, Belice  
*Tel:* (+501) 223-0541  
*Fax:* (+501) 223-0541  
*E-Mail:* [drmendezines@hotmail.com](mailto:drmendezines@hotmail.com)

**Moreno Naranjo, Ernesto**  
Ministerio de Protección Social  
Carrera 13 Nro. 32-76  
Bogotá, Colombia  
*Tel:* (+57-1) 336-5066 ext 1417-1442  
*Fax:* (+57-1) 336-0182  
*Celular:* (+57-1) 2-591-598  
*E-Mail:* [emoreno@minproteccionsocial.gov.co](mailto:emoreno@minproteccionsocial.gov.co)  
[morenonaranjoe@yahoo.com](mailto:morenonaranjoe@yahoo.com)

**Moherdau, Fábio**

Programa nacional de DST/AIDS- ms  
Sep 511, bl. "c" - Ministério da Saúde  
Tel de contacto: (61) 3448-8062/8009 / 8007  
Brasília, DF, Brasil  
*E-Mail:* [Fabiomoh@aids.gov.br](mailto:Fabiomoh@aids.gov.br)

**Montero, Claudia**

Ministério de Salud  
São Paulo, Brasil  
*Tel:* (+55-11) 3082-2772  
*E-Mail:* [clmontero@uol.com.br](mailto:clmontero@uol.com.br)

**Montoro, Ernesto**

Instituto Pedro Kouri  
Apdo Postal 601, Marianao 13,  
Ciudad de La Habana, Cuba  
*Tel:* (+53-7) 202-0650 / 2020633  
*E-Mail:* [emontoro@ipk.sld.cu](mailto:emontoro@ipk.sld.cu)

**Maia, Rosalia**

Bloco G, Sala 639  
Esplanada dos Ministerio  
Brasília, DF 70900-000, Brasil

**Orejel, Ivonne**

OPS/OMS  
Edifício Torre Prisma  
Horacio No. 1855, 3<sup>er</sup> Piso, Of. 305  
Colônia Los Morales Polanco  
México, D.F. México  
*Tel:* (+52-55) 5089-0860  
*E-Mail:* [orejel@mex.ops-oms.org](mailto:orejel@mex.ops-oms.org)

**Ottmani, Salah**

World Health Organization  
HTM/STB/TBS  
Avenue Appia 20  
CH-1211 Genève 27, Suiza  
*Tel:* (41-22) 791-  
*E-Mail:* [Ottmanis@who.int](mailto:Ottmanis@who.int)

**Paine, Patricia**

USAID, Brasil

**Palácios, Ivan**

Director, CARE  
Carlos Montúfar E15-14 y La Cumbre  
Sector Bellavista  
Quito, Ecuador  
*Tel:* (+593-2) 225-3615  
*E-Mail:* [ipalacios@care.org.ec](mailto:ipalacios@care.org.ec)

**Pantoja, Andrea**

World Health Organization  
HTM/STB/ME  
Avenue Appia 20  
CH-1211 Genève 27, Suiza  
*Tel:* (+41-22) 791-3225  
*E-Mail:* [pantojaa@who.int](mailto:pantojaa@who.int)

**Quiñónez, Edwin**

Coordinador del Programa de Tuberculosis  
11 avenida "A" 12-30, zona 7 La Verbena  
*Tel:* (+502) 2440-5800  
*Fax:* (+502) 2371-6546  
*E-Mail:* [edfat22@yahoo.com](mailto:edfat22@yahoo.com)

**Ramon Pardo, Pilar**

Oficial Médico  
OPS/OMS  
525 23rd Street, N.W.  
Washington DC, USA  
*Tel:* (+1-202) 974-3874  
*E-Mail:* [ramonpap@paho.org](mailto:ramonpap@paho.org)

**Rattan, Ashok**

Jefe Laboratorio  
CAREC  
16-18 Jamaica Boulevard  
Federation Park  
Port-of-Spain, Trinidad  
*Tel:* 1-868 622-4262  
*E-Mail:* [rattanas@carec.paho.org](mailto:rattanas@carec.paho.org)

**Riquelme, Cecilia**

Instituto de Salud Pública  
Av. Marathon 1000, Ñuñoa  
Santiago Chile  
*Tel:* (+56-2) 350-7410

**Rodriguez del Marco, Jorge**  
Coordinador Nacional  
Com.Nal.Hon.de Lucha Contra la Tuberculosis y  
Enfermedades Prevalentes  
Av.18 de julio 2175 Esq.Beisso.  
CP 11300 Montevideo, Uruguay  
*Tel:* (+598.2) 403-4864  
*Fax:* (+598.2) 401-4775  
*E-Mail:* [jordemar@chasque.apc.org](mailto:jordemar@chasque.apc.org)

**Rodriguez Cruz, Rodolfo**  
OPAS  
Consultor Internacional  
Setor de Embaixadas Norte, Lote 19  
70800-400, Brasília, D.F., Brasil  
*Tel:* (+55-61) 3426-9595  
*E-Mail:* [rodolfo@bra.ops-oms.org](mailto:rodolfo@bra.ops-oms.org)

**Romero, Elizabeth**  
Jefe del Programa Nacional de Tuberculosis  
Buenos Aires # 340 y Juan Larrea,  
Edif. Equinoccial, 4<sup>to</sup>. Piso  
Buenos Aires, Argentina  
*Tel:* (+54-11) 290-5535 / 2226 228  
*Fax:* (+54-11) 290-5535  
*E-Mail:* [eromero@msp.gov.ec](mailto:eromero@msp.gov.ec)

**Rodríguez Loayza, Patricia**  
Ministerio de Salud  
Av. Eloy Alfaro N-39-258 y Gaspar de Villarroel -  
Edificio Ana María  
Departamento 4B  
Quito, Ecuador  
*Tel:* (+593-2) 235-4386  
*E-Mail:* [prodriguez@msp.gov.ec](mailto:prodriguez@msp.gov.ec)

**Santos Filho, Ezio**  
Rua Marechal de Assis, 39, AP. 906, Flamengo  
Rio de Janeiro, RJ – Brasil 22.220-060  
*Tel:* (+55-21) 2205-3990; (+55-21) 9377-1620  
*E-Mail:* [ezio@pelavidda.org.br](mailto:ezio@pelavidda.org.br)

**Sequeira, Maria Delfina**  
Talcahuano 6532  
Sanfa Fe, Argentina 3000  
*Tel:* (+54-342) 4605-900  
*E-Mail:* [maritadsequeira@yahoo.com.ar](mailto:maritadsequeira@yahoo.com.ar)

**Silva, Yamil**  
OPS/OMS  
525 23rd Street, N.W.  
Washington DC, USA  
*Tel:* (+1-202) 974-3923  
*E-Mail:* [silvajam@paho.org](mailto:silvajam@paho.org)

**Shinnick, Thomas**  
Chief of the TB and Mycobacteriology Branco  
Mailstop G35  
Centers for Disease Control and Prevention  
(CDC)  
1600 Clifton Road, NE  
Atlanta, Georgia 30333  
*Tel:* (+1-404) 639-1474  
*Fax:* (+1-404) 639-1287  
*E-Mail:* [tms1@cdc.gov](mailto:tms1@cdc.gov)

**Tardencilla, Alejandro**  
Director Programa Control de Tuberculosis  
Ministerio de Salud  
Complejo Concepción Palacios  
Colonia Primero de Mayo  
Managua, Nicaragua  
*Tel:* (+505) 289-4700 Ext. 113 -  
*Fax:* (+505) 289-4605  
*E-Mail:* [AlejandroTardencilla@yahoo.com](mailto:AlejandroTardencilla@yahoo.com)  
[tuberculosis@minsa.gob.ni](mailto:tuberculosis@minsa.gob.ni)

**Velasco, Maritza**  
Instituto de Salud Publica  
Av. Marathon 1000, Ñuñoa  
Santiago Chile  
*Tel:* (+56-2) 350-7410`

**Velázquez Monroy, Oscar**  
Director General del Centro Nacional  
de Vigilancia Epidemiológica y Control de  
Enfermedades  
Secretaria de Salud  
Benjamin Franklin Nro 132 - 2do.l Piso  
Col. Escandón, C.P. 11800,  
México DF, México  
*Tel:* (+52-55) 2614-63-23 o 24  
*E-Mail:* [ovelazquez@salud.gob.mx](mailto:ovelazquez@salud.gob.mx)

**Villaseñor Ruiz, Ignacio**

Director General del Instituto de Diagnóstico y  
Referencia Epidemiológicos  
Benjamin Franklin 132 2o. Piso  
Col. Escandón, C.P. 11800,  
México DF, México

**Villatoro Reyes, Matias**

OPAS  
Setor de Embaixadas Norte, Lote 19  
70800-400, Brasília, D.F., Brasil  
*Tel:* (+55-61) 3426-9595  
*E-Mail:* [Matias@bra.ops-oms.org](mailto:Matias@bra.ops-oms.org)

**Weil, Diana**

World Health Organization  
Senior Police Adviser  
HTM/STB  
Avenue Appia 20  
CH-1211 Genève 27, Suiza  
*Tel:* (+41-22) 791-3072  
*E-Mail:* [weild@who.int](mailto:weild@who.int)

**Zerbini, Elsa**

Directora  
Instituto Nacional Enfermedades Respiratorias  
Av. Blas Parera 8250, 3000  
Santa Fe, Argentina  
*Tel:* (+54-342) 489-6851 / 2827  
*Fax:* (+54-342) 489-6851  
*E-Mail:* [inerconi@infovia.com.ar](mailto:inerconi@infovia.com.ar)  
[Direccionconi@infovia.com.ar](mailto:Direccionconi@infovia.com.ar)

**Zúñiga Gajardo, Manuel**

Encargado Programa Nacional de TB  
Depto. Programas de las Personas  
Ministerio de Salud  
Mac-Iver 541 Of 406  
Santiago de Chile  
*Tel:* (+56 -2) 6300469 - 6300470  
*Fax:* (+56-2) 638-5262/ 0507  
*E-Mail:* [Mzuniga@minsal.cl](mailto:Mzuniga@minsal.cl)