



# Organización Panamericana de la Salud



Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

OPS/DPC/CD/322/04  
Original: Español

## Informe de la Vª Reunion de Jefes de Programas Nacionales de Tuberculosis (PNT) de las Américas



(Ciudad de México, 7-9 de septiembre 2004)

## Índice

Abreviaturas y siglas .....	iii
Lista de tablas, figuras y cuadros.....	iv
<b>I. Objetivos de la Reunión.....</b>	<b>1</b>
Objetivos adicionales.....	1
Resultados esperados.....	1
Metodología de la Reunión.....	2
<b>II. Presentaciones.....</b>	<b>2</b>
1. Situación mundial de la tuberculosis, y la expansión del DOTS .....	2
2. Alianza <i>Stop TB</i> : pasado, presente y futuro .....	4
Visión y misión de la Alianza <i>Stop TB</i> .....	4
3. Situación de la tuberculosis en la Región de las Américas.....	6
4. Situación y perspectivas de la Red de Laboratorios en la Región de las Américas .....	8
Laboratorios supranacionales (LSR) y Centros Colaboradores (CC) .....	9
Control de calidad.....	9
Métodos nuevos y en uso para diagnóstico de TB.....	10
5. Actividades de colaboración interprogramática TB/VIH y vigilancia del VIH en pacientes con TB.....	10
6. Iniciativa de Enfoque Práctico a la Salud del Pulmón (PAL) para la expansión del DOTS .....	13
Objetivos del PAL.....	13
7. Iniciativa de Atención Mixta Público-Privada (PPM) para la expansión del DOTS.....	14
<b>III. Análisis de la situación operacional y epidemiológica de la tuberculosis en la Región de las Américas .....</b>	<b>16</b>
Análisis de las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) de los Programas Nacionales de Tuberculosis .....	16
Introducción.....	16
Metodología de trabajo.....	17
Resultado del análisis FODA por grupos de trabajo.....	18
Resumen de los principales resultados del análisis FODA: elementos de consideración regional.....	22
Presentación de información epidemiológica actualizada: Sesión de pósteres.....	23
<b>IV. Informe sobre el grado de cumplimiento de los Acuerdos de la IVª Reunión Regional de La Habana, 2002.....</b>	<b>24</b>
<b>V. Revisión, análisis y recomendaciones de la propuesta del Plan Estratégico de TB de la Región 2005–2010 y la actualización del Plan de Acción de los Países .....</b>	<b>27</b>
Objetivo General .....	27
Objetivos Específicos.....	27
Principales Metas.....	28
Líneas Estratégicas .....	28
<b>VI. Conclusiones y Acuerdos.....</b>	<b>28</b>
<b>VII. Agradecimientos.....</b>	<b>30</b>
<b>VIII. Anexos.....</b>	<b>31</b>
A. Estrategia Bandera Blanca.....	31
Visita de campo a la Comunidad de Santiago de Anaya del Municipio de Actopan en el Estado de Hidalgo (9 septiembre 2004) .....	31
B. Agenda.....	33
C. Lista de participantes.....	36
D. Instalación del Comité Interagencial <i>Stop TB</i> en México .....	38

## Abreviaturas y siglas

ARV	Antirretrovirales
BAAR	Bacilo Acido Alcohol Resistente visible al examen de esputo por la técnica de Zeihl Neelsen (tambien se utiliza BK+)
CC	Centros Colaboradores de OPS / OMS
CDC	Centros para el Control de Enfermedades en EE.UU. de América
DOTS	<i>Directly Observed Treatment Short Course</i> (estrategia recomendada por OMS para el control de la tuberculosis)
DOTS Plus	Enfoque especial para manejar los pacientes con MDR-TB
FODA	Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas
GDF	Facilidad Global para la compra de medicamentos antituberculosos (por sus siglas en inglés, Global Drug TB Facility)
GFATM	Fondo Mundial contra el SIDA, TB y malaria (por sus siglas en inglés)
GLC	Comité Luz Verde (siglas en Ingles)
IEC	Información, Educación y Comunicación
IRA	Infección Respiratoria Aguda
MDR-TB	Tuberculosis Multi Fármaco Resistente
MS	Ministerio de Salud
LSR	Laboratorio Supranacional de Referencia
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAL	Enfoque práctico a la salud del pulmón (por sus siglas en inglés, Practical Approach to Lung Health)
PIB	Producto Interno Bruto
PNT	Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PCT)
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPM	Iniciativa de Atención Mixta Público-Privada (por sus siglas en inglés, <i>Public-Private Mix</i> )
RSS	Reforma del Sector Salud
SR	Sintomático Respiratorio
SIDA	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
<i>Stop TB</i>	Iniciativa para <i>Detener la TB</i> en los países con mayor carga
TAES	Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (DOTS)
TB	Tuberculosis
TBCTA	Coalición para Asesoría Técnica en TB
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
WHA	Asamblea Mundial de Salud (siglas en inglés de la <i>World Health Assembly</i> ).

## Lista de tablas, figuras y cuadros

### Tablas

Tabla 1: Resumen de los acuerdos, Reunión de Jefes de PNT, La Habana, 2002, y grado de cumplimiento .....	25
---	----

### Figuras

Figura 1: Población cubierta por DOTS/TAES, 2002 .....	3
Figura 2: Estructura de la Alianza <i>Stop TB</i> .....	4
Figura 3: Numero de casos y tasa de incidencia notificada de las Américas, 1992–2002 .....	6
Figura 4: Carga de TB, Región de las Américas, Año 2002 .....	7
Figura 5: Situación de la implementación de DOTS/TAES en las Américas, 2002 .....	7
Figura 6: Resultados del tratamiento de la cohorte de TBP+ nuevos bajo DOTS, Región de las Américas, 1996-2001 .....	8
Figura 7: Número de personas viviendo con VIH/SIDA (2003) .....	11
Figura 8: Tendencia de la epidemia VIH, 1980–2002, según Regiones de OMS .....	11
Figura 9: Impacto de diferentes intervenciones sobre los casos de TB .....	12
Figura 10: Países con proyectos de PAL, 2004 .....	14
Figura 12: Incremento en la detección de casos, Mumbai .....	16

### Cuadros

Cuadro 1: Laboratorios supranacionales (LSR) y Centros Colaboradores (CC) .....	9
Cuadro 2: Componentes de la Política Provisional TB / VIH, OMS 2004 .....	12
Cuadro 3: Glosario .....	17
Cuadro 4: Conformación de grupos de trabajo, análisis FODA .....	18
Cuadro 5: Resumen del análisis FODA—Elementos identificados de extensión regional .....	22

Cada dos años se realiza la *Reunión de Jefes de Programa de Control de la Tuberculosis* de los países de América Latina y el Caribe, con el objetivo de evaluar el avance del control de la tuberculosis y el cumplimiento de compromisos adquiridos, fundamentalmente en lo referente a la aplicación de la Estrategia DOTS. Las últimas reuniones efectuadas se llevaron a cabo en México el 2000 y Cuba el 2002. La presente reunión tiene la particularidad de incluir países del Caribe Inglés, con la participación de Guyana y la coordinadora del Programa para el CAREC, además de involucrar a los responsables de los laboratorios nacionales de micobacterias.

## I. Objetivos de la Reunión

- Conocer la situación epidemiológica y operacional de la TB de cada país.
- Evaluar el progreso de la aplicación de la Estrategia DOTS y el cumplimiento de las metas del 2005.
- Conocer las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (**Análisis FODA**) de los Programas de control, así como el plan de acción y la situación de extensión de la Estrategia DOTS de los países para cumplir con las metas 2005.
- Evaluar el cumplimiento de los acuerdos y recomendaciones de la anterior reunión, celebrada en La Habana, Cuba, 2002.
- Revisar y discutir el Plan Estratégico de Acción del Programa Regional de Tuberculosis, 2005-2015.
- Fortalecer la integración de los laboratorios a los Programas de Tuberculosis.

### Objetivos adicionales

- Intercambio de experiencias y estrategias de control entre los países
- Conocimiento de los temas emergentes
  - Coinfección VIH/TB
  - Iniciativa “PAL” por sus siglas en inglés
  - Iniciativa “PPM” por sus siglas en inglés

### Resultados esperados

- Se conoce la situación epidemiológica y operacional del control de la TB en cada país.
- Se conoce el grado de extensión del DOTS en cada uno de los países.
- Se conoce el plan de acción y/o de extensión de la Estrategia DOTS de acuerdo al análisis FODA de cada país.
- Se cuenta con un Plan Regional consensuado con todos los países para la consolidación y extensión del DOTS.
- Los países conocen diferentes iniciativas de fortalecimiento de la Estrategia DOTS, tales como el PAL y el PPM.
- Se han creado mejores condiciones para una mejor coordinación entre los Programas de TB y de VIH/SIDA

## Metodología de la Reunión

La reunión estuvo basada fundamentalmente en presentaciones participativas de análisis FODA de los países, presentación de pósteres, conferencias, y trabajo de grupos, finalizando con una visita a la estrategia comunitaria Bandera Blanca, estrategia de movilización social del PNT de México.

## II. Presentaciones

### 1. Situación mundial de la tuberculosis, y la expansión del DOTS

*Dr. José Figueroa, OMS/Stop TB/TBS*

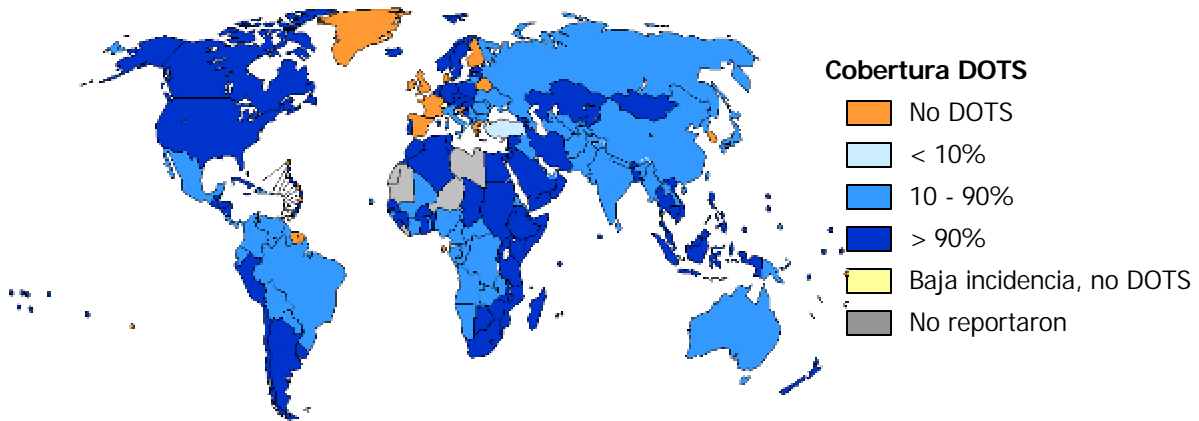
La incidencia estimada de TB en todo el mundo es de aproximadamente 8.8 millones casos, de los cuales son notificados sólo cerca de 4 millones de casos, el 80% por los países de alta carga, y el 75% de casos TB concentrados en la edad más productiva

La prevalencia mundial es de 16 millones casos, de ellos 2 millones de muertes ocurren anualmente, el 98% de ellas en países en desarrollo. Se estima que 380,000 muertes son debidas a la co-infección VIH y TB. La TB multi fármaco resistente (MDR-TB) está presente en 102 de 109 países estudiados en el periodo de 1994 a 2003.

Las metas para el control de TB propuestas por la Asamblea Mundial de Salud (2005) son *detectar el 70% de los casos infecciosos nuevos y curar el 85% de los casos detectados*. Los países mas desarrollados propusieron en Okinawa (el grupo G8), metas a cumplir en el 2010: *reducir en 50% la prevalencia y las muertes de TB*. Por último, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), marcados para 2015 y firmados por los dirigentes de 198 países del mundo, están encaminados a lograr *“Detener y empezar a reducir la incidencia de TB”*. Desde el punto de vista mundial, aún se está lejos de alcanzar la meta de detección, y haría falta un gran esfuerzo en aumentar la detección de los casos.

La estrategia propuesta por OMS para el control de la TB es el DOTS / TAES, cuya implementación progresiva en casi todos los países del mundo se muestra en la Figura 1. Esta estrategia se recomienda porque el cuidado mejorado del paciente incrementa los porcentajes de curación, a mejor adherencia se reduce la resistencia, la incidencia y mortalidad por TB; con la reducción de la transmisión se perfila el inicio del proceso de eliminación de la TB. Además, el DOTS mejora del sistema de registro y notificación que facilita la evaluación del programa.

**Figura 1: Población cubierta por DOTS/TAES, 2002**



En 1994 se inició de forma global la implantación de la estrategia DOTS y en diez años, de 211 países, 180 aplican la estrategia (86%) con diferentes porcentajes de cobertura poblacional. Los retos inmediatos para el control efectivo de la enfermedad consisten en: la coinfección TB/VIH, Multiresistencia, Recursos Humanos, Sistemas de Salud y Prioridades; retos discutidos con mayor detalle en sucesivas presentaciones.

*Para el periodo 2004-2010, en la Región de las Américas se debe*

- Acelerar la expansión de DOTS y para eso se requiere:
  - Aumentar el compromiso político
  - Aumentar la movilización de recursos
  - Incrementar el apoyo a los países que lo necesiten
  - Expandir la cobertura DOTS y mejorar el acceso a los grupos de alto riesgo (prisioneros, poblaciones indígenas y demás poblaciones marginadas, VIH, etc.)
  - Mantener altos niveles de capacitación y supervisión
- Promover otras iniciativas:
  - Involucrar a los proveedores, públicos y privados en DOTS, PAL
  - Coordinar estrategias conjuntas con los programas VIH-SIDA
  - Desarrollar estrategias para reducir la MDR-TB
  - Mantener vigilancia para resistencia a los fármacos anti TB
  - Trabajar con las comunidades (IEC)
- En conclusión: aplicar un marco ampliado del DOTS

## 2. Alianza Stop TB: pasado, presente y futuro

*Dr. Marcos Espinal, Secretario Ejecutivo, Stop TB Partnership*

La Iniciativa *Stop TB* se estableció en 1998, tras el 1º Comité *ad hoc* sobre la epidemia de TB convocado por la OMS (Londres). Los hitos más importantes en su historia fueron la Declaración de Ámsterdam *Stop TB* (marzo, 2000), en la que se definieron los 20 países de alta carga, y la Asamblea Mundial de Salud celebrada en mayo 2000, donde se endosaron las metas de control de la tuberculosis y la creación de la Alianza *Stop TB* (Alto a la TB). En octubre de 2001, se firmó el Compromiso de Washington, mediante el cual se lanzaba el Plan Mundial *Stop TB* (Alto a la TB). En el mes de marzo de 2004, en Nueva Delhi, en el 2º Foro de Socios *Stop TB* se demandó acción urgente para alcanzar las metas del 2005.

### Visión y misión de la Alianza Stop TB

La Alianza *Stop TB* es un movimiento social mundial contra la TB, que plantea la necesidad de un abordaje multisectorial y busca nuevas oportunidades para trabajar con aliados

- **Visión: Un mundo libre de TB**
- **Misión**
  - o Asegurar que cada paciente con TB tenga acceso a un efectivo diagnóstico, tratamiento eficaz y cura
  - o Cortar la transmisión del bacilo de Koch
  - o Reducir las inequidades sociales y económicas generadas por TB
  - o Desarrollar e implementar nuevas herramientas diagnósticas, terapéuticas, y preventivas contra la TB

**Figura 2: Estructura de la Alianza Stop TB**



Las **áreas de trabajo** son las siguientes:

- (1) reforzar la alianza a nivel mundial y fomentar alianzas a nivel regional y nacional,
- (2) movilización social, comunicación y abogacía ,
- (3) movilización de recursos y financiación,
- (4) acceso a tratamientos anti-TB mediante el *Global Drug Facility (GDF)* y el *Comité Luz Verde (CLV)*,
- (5) siete diferentes grupos de trabajo - *Plan Mundial Stop TB* , y
- (6) apoyo y asistencia técnica a través de los Grupos de Trabajo & Socios (*OMS, KNCV, CDC, IUATLD, DF, MSF, etc.*)

La Alianza Mundial *Stop TB* es un modelo para otras alianzas internacionales de salud pública, y ha presentado importantes logros desde su formación, como el Plan Mundial *Stop TB*. Los principales avances en este plan mundial para detener la TB son:

- La expansión DOTS/TAES en 180 países.
- Políticas para actividades de colaboración TB/VIH
- Tratamiento para MDR-TB en más de 15 países, a través de proyectos DOTS-Plus
- Estimular el desarrollo del marco necesario para el desarrollo de herramientas diagnósticas
- Seguimiento al desarrollo de fármacos prometedores
- Dos vacunas entrando a estudios clínicos fase I

La comunicación e información entre los socios se ve facilitada mediante una página web. Las iniciativas para 2004-2005 son fomentar el desarrollo de alianzas regionales y nacionales, movilización de recursos y financiación del plan mundial, integrar la TB a las estrategias de reducción de la pobreza, realizar movilización social, comunicación y abogacía mundial y local para aumentar el compromiso político y los recursos financieros, y mantener las actividades del Global TB Drug Facility.

El Global TB Drug Facility (GDF) ha distribuido tratamiento para 3 millones de pacientes (2.5 millones a través de donaciones, 500,000 a través de procuraduría directa), ha conseguido US\$ 39 millones para donaciones de medicamentos, ha procesado más de 80 aplicaciones, y de estas se han aprobado por el conducto regular 61, y de emergencia, 15- Se han enviado fármacos a 52 solicitantes, y el valor de las órdenes de procuraduría es US\$ 6 millones. La calidad de los medicamentos está asegurada mediante la Primera Lista Blanca de proveedores.

Las **recomendaciones del 2º Comité ad hoc sobre la TB**, a largo plazo, fueron:

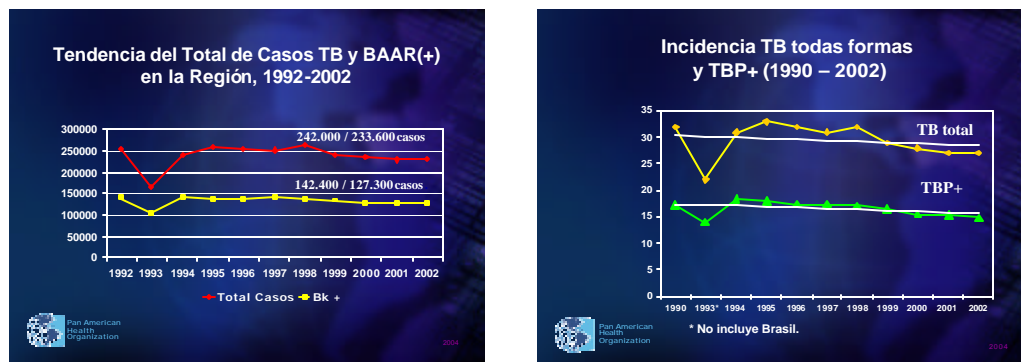
- Consolidar, sostener y avanzar los logros
- Incrementar la voluntad política
- Afrontar la crisis de los trabajadores de salud
- Reforzar los sistemas de salud, particularmente el nivel primario
- Acelerar la respuesta a la pandemia VIH/SIDA
- Movilizar las comunidades y el sector privado
- Invertir en la investigación y el desarrollo para de nuevas herramientas para un mejor futuro

### 3. Situación de la tuberculosis en la Región de las Américas

*Dra. Mirtha del Granado, OPS/DPC/CD*

En la Región de las Américas, la tuberculosis sigue representando un grave problema de salud, para el 2002 se estimó que ocurrieron 369.744 casos de TB en todas sus formas, de los cuales 165.142 fueron nuevos pulmonares BK positivos (TBP+). Para el mismo periodo se notificaron 233.648 casos de TB (63% de lo estimado) y 131.519 correspondieron a TBP+ (77% de los estimados), con tasas de incidencia notificada de TB en todas sus formas de 27 y de TBP+ de 15 por 100.000 habitantes (Figura 3).

**Figura 3: Numero de casos y tasa de incidencia notificada de las Américas, 1992–2002**



La tendencia desde 1994 al 2002 es ligeramente descendente de 1.6% anual para TB todas las formas debido fundamentalmente a disminución en la notificación de: Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Cuba, Estados Unidos, Ecuador, El Salvador, Nicaragua, Perú y Puerto Rico; y de 2.6% anual de TBP+ por disminución importante en la notificación de: Cuba, Estados Unidos, Ecuador, El Salvador, República Dominicana y el Perú; y disminuciones menores en la Argentina, Bolivia, Chile, Guatemala y Nicaragua. La disminución de la notificación *no* en todos los países se debió a un fenómeno epidemiológico, si no mas bien, a un deterioro en la detección de casos de los PNT.

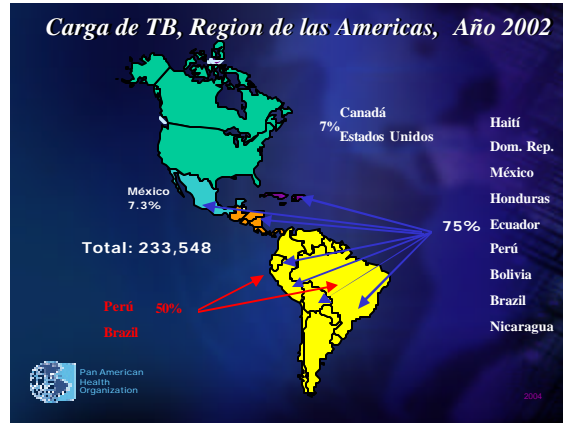
El análisis diferenciado por países muestra una heterogeneidad de la severidad de las tasas de TB estimada:

- 7 países con tasas de incidencia > 85 por 100.000 habitantes (Bolivia, República Dominicana, Ecuador, Guyana, Haití, Honduras y Perú).
- 9 países con tasas de incidencia entre 50 y 84 (Bahamas, Belice, Brasil, Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Surinam); 5 entre 25 y 49 (Argentina, Colombia, México, Uruguay y Venezuela).
- Resto de países con tasas < 24 por 100.000 habitantes (Costa Rica, Chile, Cuba, Canadá, EEUU, Puerto Rico, Jamaica, Trinidad y Tobago y países del Caribe Inglés no citados).

El Programa Regional, con base en la severidad de las tasas de incidencia y carga, ha priorizado 9 países que notifican el 75% de los casos de la región (Figura 4), correspondiendo al Perú y Brasil

el 50% del total. El conjunto de países priorizados notifican tasas de incidencia cuatro veces superior que los no priorizados.

**Figura 4: Carga de TB, Región de las Américas, Año 2002**

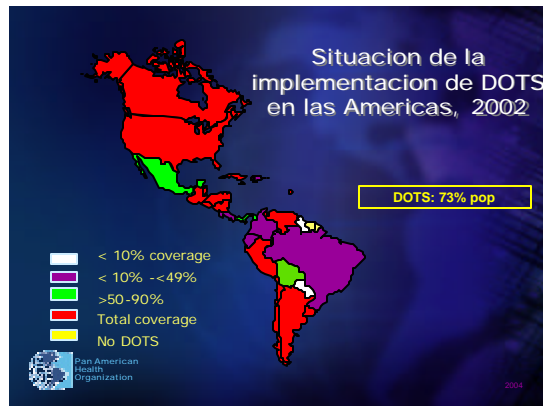


La distribución etárea de la TB en la región muestra un predominio en la población joven, con 57% de los casos comprendidos entre 15 a 44 años. La relación hombre-mujer fue de 1.5:1 en el 2002.

La coinfección TB/VIH y la MDR-TB representan un reto para el control en la región. La mayoría de los países presentan epidemia VIH concentrada o generalizada, entre estos últimos se destacan países con alta carga de TB como: Honduras, República Dominicana, Haití, Guyana y Guatemala. La MDR-TB esta presente en todos los países donde se efectuaron encuestas, con MDR primaria superior o igual al 3% en Perú, Guatemala, República Dominicana y Ecuador.

La Estrategia DOTS/TAES ha sido expandida rápidamente desde el 2000, con 73% de la población viviendo en áreas DOTS/TAES en 2002, sin embargo, países como Brasil, Ecuador, Colombia, Guyana y Surinam tienen limitada expansión de la misma (Figura 5)

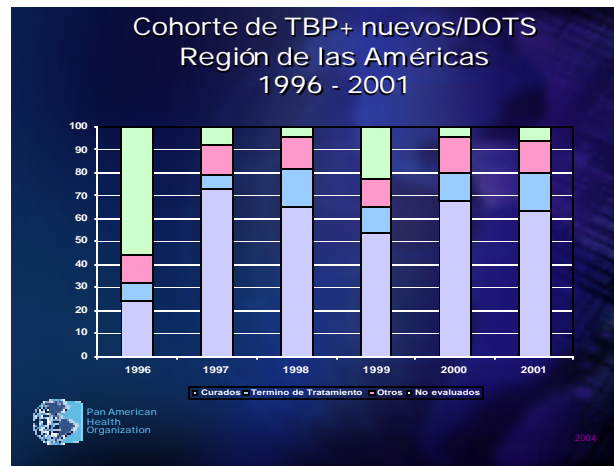
**Figura 5: Situación de la implementación de DOTS/TAES en las Américas, 2002**



El análisis de resultados de tratamiento de los casos de TBP+ nuevos notificados (DOTS y no DOTS) en 2001, reporta 46% de curación, 25% de tratamientos terminados, 7% de abandonos y 12% de no evaluados; con solo 75% de tratamientos exitosos.

El mismo análisis de casos notificados bajo DOTS en 2001 muestra, 63% de curación, 17% de tratamientos terminados, 5% de abandonos y 5% de no evaluados; con 80% de tratamientos exitosos (figura 6).

**Figura 6: Resultados del tratamiento de la cohorte de TBP+ nuevos bajo DOTS, Región de las Américas, 1996-2001**



Referente a las metas 2005, la región ha alcanzado una detección de casos nuevos de TBP+ bajo DOTS de 46% de los estimado y una tasa de curación de los mismos del 80%, la primera, explicada por la limitada extensión de la estrategia fundamentalmente en Brasil y la segunda debida a países cuyas cohortes bajo DOTS reportan tasas de éxito por debajo del 80% como: EEUU, Canadá, Argentina, Colombia y Haití.

Las tareas inmediatas a seguir son: apoyo técnico a países en la extensión de la estrategia DOTS (Brasil, Ecuador, Haití, Colombia y Guyana), sostener la expansión de la estrategia en países con ingreso económico medio o bajo, como Perú, Bolivia, Honduras y Nicaragua, encarar la coinfección TB/VIH en países priorizados tanto por el tipo de epidemia VIH como por la carga de TB, y la MDR-TB con asesoramiento en la implantación y/o expansión de la estrategia DOTS-Plus.

#### **4. Situación y perspectivas de la Red de Laboratorios en la Región de las Américas**

*Dra. Andrea Luna, OPS/DPC/CD*

Durante los días 5 y 6 de septiembre, se desarrolló la Reunión Regional de los representantes de los laboratorios nacionales, quienes se sumaron posteriormente a la reunión de Jefes de Programas de TB. Las conclusiones generales del trabajo desarrollado en la reunión de laboratorios fueron las siguientes:

- Existe una rica y variada información en los países que no está siendo compartida ni aprovechada en su totalidad.
- Es necesario crear una posición de punto focal regional para Laboratorio de TB, encargado de facilitar los procesos dentro de la red en términos de coordinación, planificación y comunicación entre los diferentes laboratorios y con el PNT de OPS/OMS
- Es necesario fortalecer y formalizar la Red Regional de Laboratorios
  - o Desarrollo de Términos de Referencia
  - o Creación de un comité de la red electo y con términos claros y específicos
  - o Creación de un Grupo de Trabajo para facilitar la coordinación de labores y responsabilidades de los LSR
- Desarrollar labores de abogacía para aumentar el reconocimiento del laboratorio como componente fundamental de la estrategia DOTS y la movilización de recursos económicos.
- Creación de diferentes comités para facilitar el mapeo, planeación y coordinación de las diversas áreas de investigación en la que los laboratorios de la región estarán envueltos
- Realizar reuniones periódicas para evaluar las tareas que se generaron de esta reunión para discutir y proponer un trabajo mas estandarizado y con calidad en la región.

### **Laboratorios supranacionales (LSR) y Centros Colaboradores (CC)**

Se dieron a conocer cuales son los LSR y CC vigentes para la Región, como es el proceso y requisitos a cumplir para ser nominados y cuales serían sus roles y funciones.

#### **Cuadro 1: Laboratorios supranacionales (LSR) y Centros Colaboradores (CC)**

##### **LSR**

- a) CDC, Atlanta, USA
- b) Laboratorio Estatal de Massachussets, USA
- c) Instituto de Salud Pública de Chile  
(en validación Instituto Malbrán de Argentina e INDRE de México)

##### **CC**

- a) Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (Argentina)
- b) Instituto Pedro Kouri (Cuba)

Cada LSR y CC compartió las actividades que realiza y el apoyo que ha brindado a otros países dentro de la Región. Se programará una reunión con los LSR y CC para coordinar y establecer el trabajo de los laboratorios de referencia a la Región y constituir un documento marco para constituir esta Red Regional.

### **Control de calidad**

Los laboratorios de TB reconocen las actividades de control de calidad como una prioridad en la región.

- Si bien el control de calidad externo cumple un rol muy importante no se debe descuidar el control interno que debe ser evaluado y registrado para permitir medidas correctivas.
- Respecto de control de calidad externo, este debe cumplir con 2 condiciones básicas que son: muestreo al azar, lectura con resultado desconocido y en forma estandarizada.
- Muchos países en la región han adaptado diferentes metodologías de control de calidad de baciloscopía de acuerdo a las condiciones nacionales; estos países tienen una valiosa experiencia que debe ser compartida para buscar las mejores combinaciones posibles para ser recomendadas de acuerdo a la realidad de los países
- Es necesario crear un comité técnico regional para ocuparse del punto anterior así como de consolidar y actualizar guías técnicas para la región
- Las actividades de control de calidad deben incorporar un elemento de desarrollo de recursos humano
- Debe potenciarse la asistencia técnica al laboratorio de TB a través de la coordinación con el Responsable de Laboratorio en OPS
- Para una segunda oportunidad, se abordaría el Control de Calidad de Medios de Cultivo y Pruebas de Sensibilidad

### **Métodos nuevos y en uso para diagnóstico de TB**

- Se revisaron las técnicas básicas que pueden ser delegadas a personal no profesional, pudiendo alcanzar una amplia cobertura, pero que están condicionadas a capacitación y supervisión permanente y control de calidad adecuado.
- Es una necesidad agregar técnicas nuevas que permitan un diagnóstico oportuno y confiable, pero que puedan ser solventadas por programas de salud pública en países seleccionados
- Formar un comité para revisar y resumir las nuevas metodologías de las que se tiene evidencia científica.

## **5. Actividades de colaboración interprogramática TB/VIH y vigilancia del VIH en pacientes con TB**

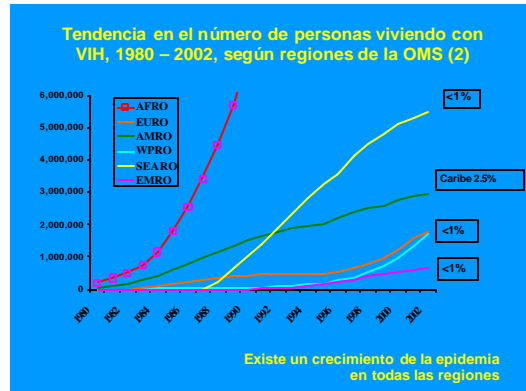
*Dr. Fabio Scano, OMS/Stop TB/TDE*

Se revisaron tres temas: la situación epidemiológica mundial sobre el VIH y la tuberculosis, la relación entre las dos infecciones y brevemente la estrategia global para reducir su carga. El número estimado a nivel mundial de adultos y niños viviendo con VIH/SIDA a finales del 2003 era de un total de 37.8 millones y de 1.6 millones para América Latina. El número estimado a nivel mundial de adultos y niños muertos por causa de SIDA para el año 2003 es de 2.9 millones y 84,000 mil para América Latina.

**Figura 7:  
Número de personas viviendo con  
VIH/SIDA (2003)**



**Figura 8:  
Tendencia de la epidemia VIH, 1980–  
2002, según Regiones de OMS (2)**



Además existe un crecimiento de la epidemia en todas las regiones del mundo, siendo más marcado en el Caribe dentro las Américas, con un crecimiento anual del 2.5%. En relación a la prevalencia de VIH en adultos, en América Latina el país más afectado es Haití.

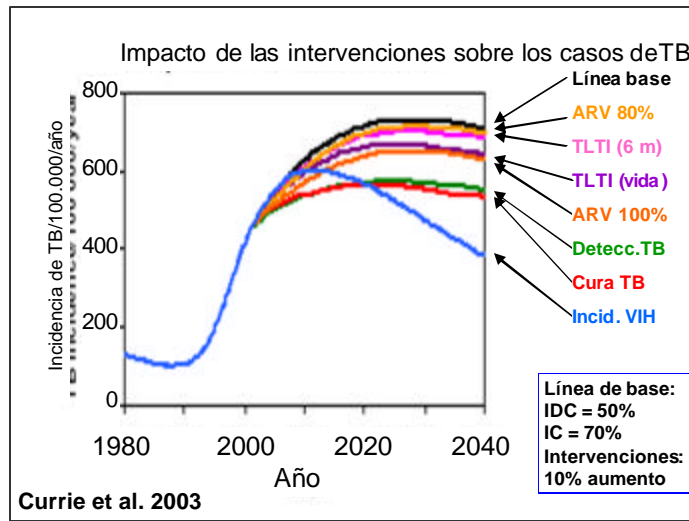
La confluencia de las dos epidemias, TB y VIH, produce un impacto negativo sobre la situación epidemiológica de la TB, con aumento de la mortalidad, ya que el VIH promueve la progresión de la infección por *M. tuberculosis* adquirida recientemente o que se encuentra latente a enfermedad TB. En las personas coinfectadas el riesgo anual de desarrollo de la enfermedad TB está entre el 5 al 15%.

Se necesita una estrategia combinada para controlar la epidemia de TB/VIH basada en la colaboración de los programas de TB y VIH/SIDA en todos los niveles de atención, para lo cual la OMS recomienda un conjunto de intervenciones:

- Curar la TB y tratar el VIH con antirretrovirales (ARV)
- Aumentar los índices de detección oportuno de casos (DOTS)
- Aumentar la realización de pruebas de VIH en pacientes TB para tratar el VIH y disminuir la mortalidad de TB
- Aumentar la investigación de TB en pacientes VIH a fin de prevenir y tratar la TB en forma oportuna, si es posible realizar la búsqueda activa de casos de TB pulmonar en pacientes con VIH.

En la Figura 9 se puede observar el impacto de las intervenciones (uso de antirretrovirales al 80% y 100% de los casos, tratamiento de la infección latente por 6 meses y toda la vida, detección y curación de casos y disminuir la incidencia de VIH) sobre los casos de TB.

**Figura 9: Impacto de diferentes intervenciones sobre los casos de TB**



Los principios de la política provisional de TB/VIH son fortalecer las acciones centrales de TB (DOTS/TAES) y del VIH (prevención y atención) haciendo uso de los servicios de salud generales, reconociendo y refiriendo los pacientes con sospecha de TB y VIH a los servicios especializados para su manejo adecuado. En el cuadro 2 se encuentran los diferentes componentes e intervenciones de la política provisional TB/VIH.

**Cuadro 2: Componentes de la Política Provisional TB / VIH, OMS 2004**

**A. Fortalecimiento de los servicios de salud mediante:**

- Vigilancia epidemiológica de VIH entre los pacientes de TB
- Establecer un grupo coordinador TB/VIH
- Planificación conjunta de las actividades
- Monitoreo y evaluación de las actividades

**B. Reducción de la carga de enfermedad por TB en PVVS:**

- Intensificar la búsqueda de casos de TB
- Tratamiento preventivo con isoniacida
- Control de la infección TB en los organismos de salud e instituciones colectivas

**C. Prevención de VIH/SIDA para los pacientes de TB:**

- Consejería y test VIH
- Introducción de métodos preventivos
- Proporcionar atención continuada.
- Incluyendo TPC y ARV

En conclusión, los hechos que apoyan las actividades colaborativas entre los programas de TB/VIH son el fortalecimiento de la colaboración interprogramática entre TB/VIH, la mejora de la capacidad de respuesta de los recursos humanos y de las instituciones, los cambios en las conductas de riesgo, la promoción del test para VIH, aumentar la localización y seguimiento de casos de TB, crear una base para el uso de ARVs y fortalecer los sistemas de información y vigilancia epidemiológica de la coinfección.

## **6. Iniciativa de Enfoque Práctico a la Salud del Pulmón (PAL) para la expansión del DOTS**

*Dr. Salah Eddine Ottmani, OMS/Stop TB/TBS*

La implementación de esta iniciativa ha de ser en los países donde la estrategia DOTS está consolidada o donde existe mucha dificultad para alcanzar las metas en la detección de casos. La detección de la TB está basada en la captación de pacientes con síntomas respiratorios. Donde la tasa de detección de casos de TB es baja (37% a nivel mundial) la OMS propone diferentes iniciativas para la expansión de la cobertura de DOTS en los países para lograr alcanzar las metas del 2005, dentro de estas se encuentra el PAL.

El PAL es un enfoque práctico a la salud del pulmón, mediante el enfoque sindrómico de los pacientes que acuden a los servicios de atención primaria de salud con síntomas respiratorios. La estrategia PAL se dirige a los trabajadores de salud multidisciplinarios (enfermeras, médicos y gerentes) de atención primaria en salud, en países con programas de control de tuberculosis exitosos y a los países con mediano y bajo ingreso.

### **Objetivos del PAL**

- 1. Mejorar la calidad del manejo individual del paciente con problemas respiratorio.**
- 2. Mejorar la eficiencia y la eficacia en función de los costos de la atención respiratoria dentro de los sistemas de salud.**

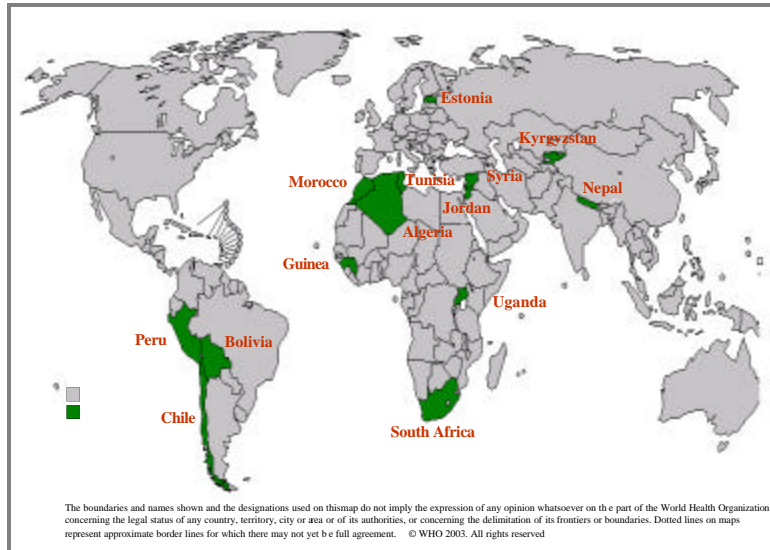
El PAL se centra prioritariamente en cuatro enfermedades respiratorias (TB, IRA -con énfasis en la neumonía-, asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica) entre los pacientes de 5 años o más que acuden a los servicios de salud por problemas respiratorios. El PAL se compone de dos elementos, que son (1) la estandarización de la prestación de servicios de salud mediante el desarrollo y la ejecución de normas de práctica clínica y (2) la coordinación entre diferentes niveles de la atención, así como entre los programas de control de la tuberculosis y los servicios generales de salud.

El desarrollo y la ejecución de la estrategia PAL deben adaptarse a la necesidad y contexto de salud del país, según las diferentes situaciones epidemiológicas, estructura por edad de la población, niveles del desarrollo económico y recursos disponibles dentro de cada nivel de atención.

El impacto del PAL en el control de la TB es muy importante ya que asegura el control de la tuberculosis en la transición epidemiológica y/o cuando hay cambios en el sistema de salud, además, mejora la detección de casos de TB y la calidad del diagnóstico de la misma y ayuda a las autoridades sanitarias nacionales a mantener la TB como una prioridad de salud pública en los procesos de reforma del sector salud.

Esta estrategia ya se está aplicando en distintos países del mundo y, dentro de la región, en Chile, Bolivia y Perú, donde ya se pueden ver algunos resultados exitosos.

**Figura 10: Países con proyectos de PAL, 2004**



### **En conclusión, el PAL:**

1. Fortalece a los PNT
2. Es un paso adicional para mejorar la calidad del DOTS
3. Contribuye a aumentar la detección de TB y la calidad del diagnóstico de TB mediante el establecimiento de un sistema de monitoreo y seguimiento para los casos de enfermedades respiratorias crónicas dentro del sistema de salud
4. Es una forma de hacer frente a la reforma del sector salud (RSS) y mantener como prioridad en al agenda a la TB
5. Dirige y da normas para una gran carga de morbilidad en la atención primaria
6. Mejora el sistema de información en salud
7. Mejora el sistema de referencia de enfermedades respiratorias y tuberculosis
8. Fortalece los servicios de atención primaria (sobre todo para enfermedades respiratorias)
9. Reduce la prescripción de antibióticos y otros medicamentos
10. Aumenta la competencia de los trabajadores de salud de atención primaria.

### **7. Iniciativa de Atención Mixta Público-Privada (PPM) para la expansión del DOTS**

*Dr. Mateo Zignol, OMS/Stop TB/TBS*

La repercusión de DOTS en la notificación de casos de TB ha sido moderada. En 2001, DOTS y programas no DOTS juntos detectaron menos de la mitad (45%) de todos los casos nuevos estimados de TB en el mundo; los casos nuevos con baciloscopía positiva representaron sólo un

tercio (32%) del total estimado. Esto indica que una proporción sustancial de los pacientes de TB carecen de acceso o no usan los servicios ofrecidos por los programas nacionales de tuberculosis.

En muchos países, una proporción significativa de los casos de TB son detectados y tratados por prestadores privados de salud (curanderos, farmacéuticos, médicos sin autorización, médicos especialistas, hogares para convalecientes, hospitales privados, ONG, Universidades, etc.).

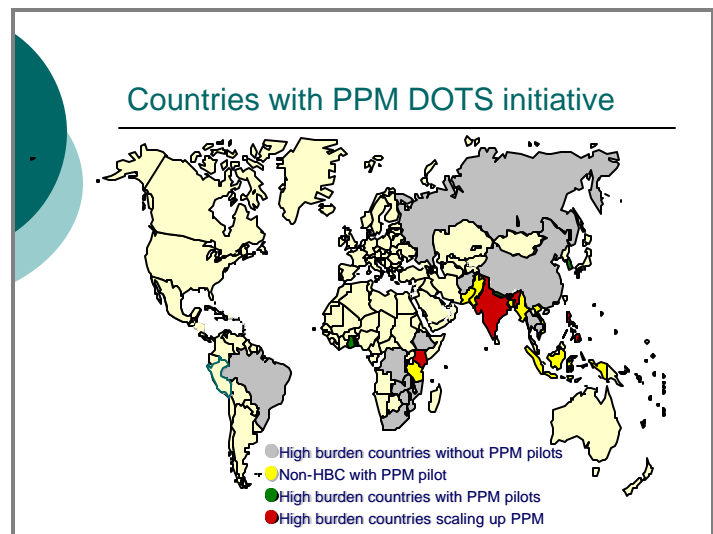
Los casos de TB tratados en el sector privado se notifican rara vez al PNT. Los estudios en varios países han revelado que la gestión de TB entre los proveedores privados es a menudo inadecuada. Sin embargo, está disponible poca información precisa sobre el número de casos tratados en el sector privado y sus resultados de tratamiento.

Aunque los esfuerzos para incluir el sector privado en la aplicación de la estrategia DOTS es muy poca, están ahora en marcha en varios países del Mundo (Figura 11), iniciativas para una colaboración formal entre PNT y proveedores privados institucionales o individuales.

Para alcanzar la meta mundial de TB en detección del 70% de casos para el 2005, los PNT deben encontrar maneras de colaboración eficaces con prestadores de asistencia sanitaria privados.

Hay evidencias de que el impacto de la combinación de la atención pública y privada en la detección de los casos de TB es muy importante, entre el 10 y el 60%, según la experiencia en diferentes provincias de la India.

**Figura 11: Países con iniciativas PPM para la expansión del DOTS/TAES, 2004**

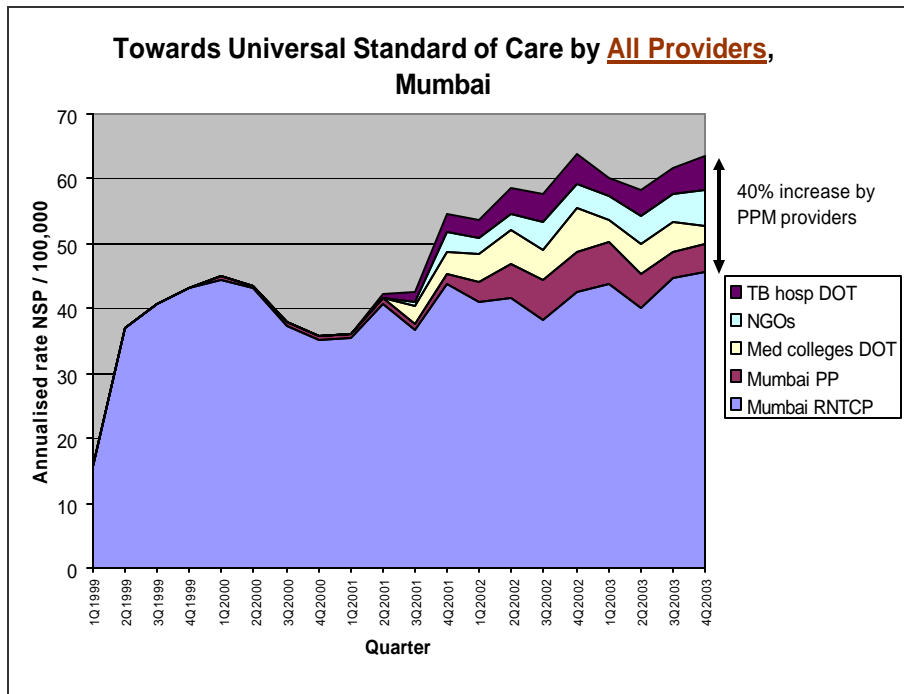


Para la implementación del PPM en los países, se recomienda dar los siguientes pasos:

1. Un inventario de los proveedores privados (PPs) de salud
2. Establecer contacto, diálogo permanente y cercano con los proveedores de TB importantes en el país (asociaciones de médicos, hospitales privados, etc)
3. Definir tareas y responsabilidades de ambas partes (PNT y PPs)

Un ejemplo de experiencia exitosa del PPM se puede encontrar en Mumbai (India), donde se alcanzó un incremento del 40% en la tasa de detección de casos, en un período de 3 años (figura 12) En esta región todos los proveedores de servicios de salud están inmersos en la implementación de la Iniciativa PPM.

Figura 12: Incremento en la detección de casos, Mumbai



### III. Análisis de la situación operacional y epidemiológica de la tuberculosis en la Región de las Américas

*Contribuciones de los países participantes en la reunión*

#### Análisis de las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) de los Programas Nacionales de Tuberculosis

##### Introducción

El análisis FODA es una de las herramientas esenciales que provee de los insumos necesarios al proceso de planeación estratégica, proporcionando la información necesaria para la implementación de acciones y medidas correctivas y la generación de nuevos proyectos de mejora.

Esta técnica, que evalúa cuatro factores para el análisis y resolución de problemas, se denomina FODA (**F**ortalezas, **O**portunidades, **D**ebilidades, **A**menazas) por las siglas del nombre de los elementos de análisis. Esta metodología permite evaluar cuáles son los recursos con los se cuenta para alcanzar el objetivo, y por otra parte, cuál es el impacto de las debilidades así como de las

amenazas y oportunidades que el medio ofrece. De entre estas cuatro variables, tanto fortalezas como debilidades son internas de la organización, por lo que es posible actuar directamente sobre ellas. En cambio las oportunidades y las amenazas son externas, por lo que en general resulta muy difícil poder modificarlas.

### Cuadro 3: Glosario

- **Fortalezas:** Son las capacidades especiales con que cuenta el Programa Nacional de Tuberculosis. Incluyen los recursos que se controlan, capacidades y habilidades que se poseen, actividades que se desarrollan positivamente, etc.
- **Oportunidades:** Son aquellos factores que resultan positivos, favorables, explotables, que se deben descubrir en el entorno en el que actúa el PNT.
- **Debilidades:** Son aquellos factores que provocan una posición desfavorable. Comprenden los recursos de los que se carece, habilidades que no se poseen, actividades que no se desarrollan positivamente, etc.
- **Amenazas:** Son aquellas situaciones que provienen del entorno y que pueden llegar a atentar incluso contra la permanencia o el adecuado funcionamiento del PNT.

El análisis y diagnóstico situacional realizado con la técnica FODA permite evaluar información relacionada con la organización de instituciones, en este caso los Programas Nacionales de Tuberculosis, su rendimiento, las principales competencias, los productos, situación social, económica y legal, etc. Tras la evaluación de los resultados de la técnica FODA, es posible identificar la alternativa estratégica más viable, así como conocer anticipadamente las restricciones y ventajas que pueden o no ser aprovechadas por la Región.

### Metodología de trabajo

En fecha previa se envió a los países un instructivo con la metodología y formatos de análisis de problemas para la aplicación de la técnica FODA. Algunos países enviaron con antelación sus resultados del análisis, y otros aportaron los mismos durante la reunión. En cada país, la metodología fue desarrollada en equipos de trabajo involucrados en el Programa de Tuberculosis, los productos fueron consensuados y analizados dentro de la Reunión de Jefes de Programa en cuatro grupos de trabajo (cuadro 4), distribuidos de acuerdo a la carga de tuberculosis de cada uno de los países respectivos.

#### **Cuadro 4: Conformación de grupos de trabajo, análisis FODA**

##### **Grupo No. 1**

(Países con incidencia TB < a 25 por 100.000 habitantes *con 100% DOTS*)

Países: Chile, Costa Rica, Cuba, Uruguay y CAREC.

##### **Grupo No. 2**

(Países con tasas de incidencia TB 25 a 50 por 100.000 habitantes *con 100% DOTS*)

Países: Argentina, Belice, México, Panamá y Venezuela

##### **Grupo No. 3**

(Países con incidencia TB > a 50 por 100.000 habitantes *con 100% DOTS*)

Países: Bolivia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Perú

##### **Grupo 4**

(Países con incidencia TB > a 50 por 100.000 habitantes *y cobertura DOTS inferior del 100%*)

Países: Brasil, Ecuador, Haití, Paraguay, República Dominicana

#### **Resultado del análisis FODA por grupos de trabajo**

##### **GRUPO I**

##### **Principales Fortalezas**

1. Marco jurídico que soporta diagnóstico y tratamiento gratuito.
2. Existencia de un PNT con cobertura nacional
3. Existencia de un PNT con Normas Técnicas y Administrativas bien establecidas
4. Abastecimiento adecuado de insumos mínimos de laboratorio y medicamentos.
5. Recurso humano suficiente y capacitado para cumplir con las diferentes actividades del PNT.
6. Laboratorio con capacidad para dar respuesta a las Normas del PNT
7. Éxitos alcanzados por el PNT.
8. Haber alcanzado las metas en las diferentes etapas del PNT para avanzar hacia la eliminación.
9. Sistema de información confiable.
10. Estabilidad del Recurso Humano en el nivel central del PNT

##### **Principales Oportunidades**

1. Acuerdos interprogramáticos entre los Programas de TB y VIH/SIDA.
2. Acuerdos para manejo de poblaciones vulnerables (indígenas, privados de libertad, poblaciones desplazadas)
3. Reconocimiento internacional de logros del PNT

4. Relación con Organismos Internacionales.
5. Recursos económicos del Programa de VIH/SIDA que apoyan el PNT.
6. Apoyo económico del CDC para realizar investigaciones operacionales.
7. Implementación del PAL.

#### **Principales Debilidades**

1. Falta de coordinación interprogramática entre VIH/SIDA-TB.
2. Baja percepción de la enfermedad por el personal de salud y la comunidad
3. Déficit en la enseñanza de TB en las carreras de la salud
4. Medidas de bioseguridad insuficientes en los establecimientos de salud y laboratorios
5. Falta estímulo para el personal que trabaja en los PNT
6. Falta de recursos para implementar IEC
7. Alta rotación del personal a nivel intermedio o local

#### **Principales Amenazas del Grupo No.1**

1. Reforma del Sector Salud (gestión y financiamiento)
2. Política de recuperación de costos (dentro del marco de la Reforma).
3. Recorte de recursos para IEC
4. Variaciones en la tasa de incidencia entre Regiones.
5. Deterioro del Sistema de Salud.
6. Incremento de la pobreza asociada a problemas sociales.
7. Incremento de la infección por VIH.
8. Incremento de TB en prisiones.
9. Fenómenos migratorios externos e internos (indígenas).

#### **GRUPO 2**

##### **Principales Fortalezas**

1. Disponibilidad de tratamiento gratuito
2. Protocolos de evaluación estandarizados para la estrategia TAES
3. Sistema de información bien establecido
4. Análisis epidemiológico estratificado
5. Personal de nivel central estable
6. Red de laboratorio establecida con cobertura suficiente
7. Normas técnicas y operacionales existentes
8. Organización y coordinación intra e interinstitucional

##### **Principales Oportunidades**

1. Apoyo político
2. Redes comunitarias socio- afectivas existentes
3. PPM
4. Estabilidad económica del país

5. Incremento de recursos
6. Mejora de la calidad de la atención de los pacientes
7. Corresponsabilidad de la comunidad
8. Aprobación de proyectos por el Comité Luz Verde
9. Trabajo con comunidades indígenas
10. Programa de educación de pares

#### **Principales Debilidades**

1. Alta rotación de personal
2. Personal desmotivado a nivel local
3. Insuficiente supervisión
4. Insuficiente personal para realizar TAES
5. Multiplicidad de personal
6. Laboratorios deficientes

#### **Principales Amenazas**

1. Ausencia de reemplazo de vacantes en la administración pública
2. Migración de población
3. Falta de medicamentos de segunda línea en el mercado nacional
4. Cambio gerencial político del MINSA
5. Incremento de la infección VIH
6. Áreas geográficas de difícil acceso
7. Falta de acceso a comunidades por causas sociales
8. Influencia de tecnología foránea no requerida (PSR)
9. Falta de acceso a comunidades por causas culturales

#### **Grupo 3**

##### **Principales Fortalezas**

1. Existencia de Normas actualizadas
2. Cobertura de DOTS mayor de 95 %
3. Recursos Humanos sensibilizados y capacitados
4. Red de Laboratorios funcionando
5. Suministro regular de medicamentos con fondos del país

##### **Principales Oportunidades**

1. Apoyo activo de la cooperación internacional técnica-financiera
2. Implementación de ARV
3. Aceptación de normativas en el sector salud
4. Compra de medicamentos a través de OPS
5. Implementación del DOTS en prisiones

### **Principales Debilidades**

1. Alta rotación de personal
2. Ausencia de vigilancia de la mortalidad de TBC
3. Inadecuada infraestructura y equipamiento para realizar cultivo
4. Poca supervisión, monitoreo y evaluación
5. Baja detección de SR en relación a lo programado

### **Principales Amenazas**

1. Poco trabajo interfronterizo
2. Emergencias sanitarias
3. Incremento de índice de pobreza
4. Incremento de casos de MDR
5. Epidemia de VIH /SIDA
6. Poca voluntad política a nivel intermedio
7. Alta rotación de personal de niveles operativos e intermedios

## **GRUPO 4**

### **Principales Fortalezas**

1. Voluntad política, traducida en plan de expansión de DOTS/TAES
2. Suministro de medicamentos garantizado, y gratuito
3. Existencia de normas técnicas actualizadas
4. Sistema de información y registro
5. Existencia de sistemas de salud identificados con la lucha contra la TB

### **Principales Oportunidades**

1. Apoyo técnico de organismos internacionales
2. Apoyo financiero externo
3. Participación de la sociedad civil y ONGs
4. Promulgación de leyes sanitarias

### **Principales Debilidades**

1. Baja cobertura de la estrategia DOTS:
  - Bajo nivel de detección
  - Baja tasa de curación
2. Funcionamiento inadecuado de la red de laboratorios
3. Falta de supervisión del programa en sus diferentes niveles de atención
4. Inestabilidad de recursos humanos vinculados a las actividades del programa
5. Falta de integración de los programas TB y VIH/SIDA

### Principales Amenazas

1. Cambios políticos: Cambios en las prioridades políticas de gobierno, en la estructura y en el personal
2. Reforma del sector salud
3. Dependencia de fondos externos para actividades operativas del programa
4. Evolución de la epidemia VIH/SIDA
5. Riesgo de incremento de MDR
6. Falta de servicios adecuados para las necesidades de grupos vulnerables

### Resumen de los principales resultados del análisis FODA: elementos de consideración regional

Entre todos los elementos mencionados por los grupos de trabajo, se seleccionaron aquellos que afectaban a la mayoría de los países. Para considerar que un elemento tenía extensión regional, se seleccionaron aquellas fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas mencionadas en **al menos tres grupos** de países.

**Cuadro 5:**  
**Resumen del análisis FODA—Elementos identificados de extensión regional**

<p><b>FORTALEZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Existencia de un PNT con normas técnicas y administrativas, dentro de un marco jurídico que soporta diagnóstico y tratamiento gratuito.</li> <li>➤ Laboratorio con capacidad para dar respuesta a las normas del PNT</li> <li>➤ Sistema de información confiable.</li> </ul>	<p><b>OPORTUNIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Acuerdos para manejo de poblaciones vulnerables (indígenas, privados de libertad, poblaciones desplazadas por emergencia social)</li> <li>➤ Apoyo activo de cooperación técnica y financiera internacional</li> </ul>
<p><b>DEBILIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Alta rotación del personal a nivel intermedio o local.</li> <li>➤ Insuficiente supervisión, monitoreo y evaluación.</li> <li>➤ Deficiencias en el laboratorio: inadecuada infraestructura y equipamiento para realizar cultivo, funcionamiento inadecuado de la red de laboratorios.</li> </ul>	<p><b>AMENAZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Incremento de la pobreza asociada a problemas sociales, falta de acceso a comunidades por causas sociales o culturales.</li> <li>➤ Incremento de la infección por VIH.</li> </ul>

El análisis FODA permite visualizar acciones directas que la región puede implementar para fortalecer la operación de los PNT. Así mismo, durante las visitas de evaluación y asesoría a los países se hace necesario tener presente estas debilidades para identificar algunos factores internos del programa que requieren atención específica, y plantear alternativas de solución.

Aunque la mayor parte de los países de la región disponen de un laboratorio que presta apoyo a las labores del PNT, y esto es considerado como una fortaleza; también la mayoría de los países señalan deficiencias en el funcionamiento o en los servicios que presta. El control de calidad y la formación de redes de laboratorios funcionales son las debilidades que se presentan en esta área.

Existen sistemas de información en todos los países de la región, que se encargan de la recogida, compilación, análisis y reporte de la información epidemiológica, operacional y financiera sobre la tuberculosis. Sin embargo, el grado de desarrollo de estos sistemas es muy variable, manifestando algunos países problemas en disponer de una información confiable que les ayude a la toma de decisiones.

Los recursos humanos es un tema controvertido en la región. Por una parte, a nivel central, los países consideran que disponen de los recursos humanos capacitados y motivados para el ejercicio de sus funciones. Pero a nivel periférico o local, existen importantes deficiencias en la capacitación de los recursos humanos, agravados por la alta rotación. Resulta, en consecuencia, necesaria la implementación de una estrategia innovadora que permita a los recursos humanos seguir desarrollando acciones en contra de la tuberculosis y no solo por el sentido humanitario o laboral, sino también con el estímulo de sentirse impulsado a continuar en esta lucha.

No debemos dejar fuera la alerta que nos señalan todos los grupos de países en este análisis FODA respecto al incremento de los problemas sociales que van de la mano con el incremento de la incidencia de la TB, como son el aumento de la pobreza, la focalización de la tuberculosis hacia los grupos vulnerables, aunque ya se han iniciado acciones específicas hacia la extensión del DOTS/TAES hacia estos grupos. La realización de la II Reunión de Regional sobre coinfección TB/VIH tuvo como objetivo el analizar y discutir estrategias para hacer frente y disminuir esta amenaza para el control de la tuberculosis.

Esta primera etapa de trabajo permitió a todos los participantes, tener elementos previamente conceptualizados para abordarlos posteriormente en la revisión de los Planes de Acción que cada país llevo para su discusión, se les pidió a los moderadores que en la siguiente sesión los tuvieran a la mano para que cada punto analizado los pudiera incluir en sus planes de acción y así dar respuesta a las principales necesidades de los países.

## **Presentación de información epidemiológica actualizada: Sesión de pósteres**

Con el objetivo de cumplir con el primer resultado esperados de la reunión que era “conocer la situación epidemiológica de cada país”, se desarrolló la actividad de la presentación y análisis de los pósters la cual se realizó por grupos de países clasificados previamente por su carga de TB y cobertura de DOTS en cuatro grupos, los cuales estuvieron moderados por expertos de TB (Dr. Raimond Armengol (OPS, ELS), José Figueroa (OMS), Dr Juan Carlos Millan (OPS/Perú), Dra. Mirtha del Granado (OPS/WDC) Dr. Antonio Marrero (Fundación Damián).

Con esta metodología todos los países tuvieron la oportunidad de presentar la situación epidemiológica, operacional de la TB y la expansión de la estrategia DOTS y su Plan de Acción 2004-2005

Los moderadores de cada grupo presentaron un resumen y conclusiones de los países, donde en términos generales se manifestó que los países todavía presentan problemas con la oportunidad y consistencia de su sistema de información. Los niveles de cobertura de DOTS entre los países es diferente y se pudo observar que hay una mejoría en cada uno de ellos, Brasil pese a presentar un grado de avance no alcanzará las metas para el 2005, pero si para el 2007.

Se hizo notar que en cada uno de los grupos hay países a los cuales se debe hacer un seguimiento estricto a fin de acelerar la expansión o sostener la estrategia DOTS: en el grupo 1 a Costa Rica, por su reciente implantación del DOTS por arriba del 95%, en el grupo 2 a México por su alta complejidad, en el grupo 3 a Guatemala por su inestabilidad de recursos humanos en nivel central con problemas de liderazgo del PNT y en el grupo 4 a todos para alcanzar las metas 2005, y dirigirse al cumplimiento de los objetivos del milenio.

Al igual que los años anteriores, pero con metodología diferente se procedió a la premiación de los pósteres. Dicha actividad fue difícil realizarla ya que la mayoría de los afiches tenían una excelente calidad en su diseño y presentación de la información de acuerdo a parámetros solicitados por la Oficina Regional, agregando mucha creatividad por parte de los países participantes. Los países ganadores fueron: BRASIL Y CUBA

#### IV. Informe sobre el grado de cumplimiento de los Acuerdos de la IVª Reunión Regional de La Habana, 2002

Se presentó una evaluación sobre el grado de cumplimiento de los acuerdos de la Reunión anterior de Jefes de PNT. Participaron los países durante la discusión, con preguntas y comentarios; trece países además presentaron por escrito sus comentarios y consideraciones al grado de cumplimiento. El grado de cumplimiento se clasificó en las siguientes categorías:

1. Alcanzado
2. Parcialmente alcanzado
3. No logrado, pospuesto
4. Cancelado

**Tabla 1: Resumen de los acuerdos, Reunión de Jefes de PNT, La Habana, 2002, y grado de cumplimiento**

Acuerdo	Grado de cumplimiento
1. Aquellos países que no trajeron el formulario de OMS con los datos del año 2001 recibirán de nuevo el formulario para su llenado y envió inmediato al Programa Regional de TB/OPS.	Alcanzado
2. Incorporar las sugerencias y modificaciones hechas al informe de la Reunión de Santa Cruz y publicar la versión final en el mes de octubre 2002.	Alcanzado
<i>Comentarios:</i> En algunos casos, los países no reciben puntualmente los informes, se recomienda emplear otros métodos de distribución, como correo electrónico o colgarlo en la página web.	
3. Coordinar con el Dr. Marcos Espinal la revisión final de las propuestas al Green Light Committee de Costa Rica y Bolivia, mediante la visita de asesores a ambos países.	Alcanzado
<i>Comentarios:</i> Ambas propuestas han sido exitosas. Además están aprobadas las de Nicaragua y Honduras. En marcha la de Perú, y Ecuador. Otros países aplicarán en (ej Paraguay)	
4. Coordinar y dar seguimiento a los compromisos adquiridos en la visita al Instituto Pedro Kourí (OPS/OMS)	Parcialmente alcanzado
5. Realizar en el año 2003 la reunión STOP/TB de países priorizados en República Dominicana (mayo) y la reunión de países de baja prevalencia en Chile (octubre 2003).	Alcanzado
6. Incluir a Colombia en el grupo de países priorizados en la Región de las Américas	No logrado, pospuesto
<i>Comentarios:</i> Colombia no fue incluida, sin embargo, en 2003, se incluyó a Guyana, ya que cumplía requisitos para ser considerado prioritario (baja implementación del DOTS, país de bajos ingresos, y amenaza para el aumento de la incidencia de TB por la elevada tasa de coinfección TB / VIH).	
7. OPS/OMS, identificará fondos para implantar un plan acelerado de eliminación de la TB en la República de Cuba	Parcialmente alcanzado
<i>Comentarios:</i> Se está dando apoyo para la identificación de recursos necesarios para la eliminación de la TB en Cuba, pero hasta el momento, los resultados no han sido exitosos.	
8. Cada país en fase de expansión de DOTS/TAES debe estratificar la situación en base a carga de TB y limitantes del programa en cada área geográfica del país.	Parcialmente alcanzado
<i>Comentarios:</i> Esta estratificación de la carga de TB a nivel país está en diferente grado de avance. El resultado procede de la respuesta de los países.	

Acuerdo	Grado de cumplimiento
<p>9. El Programa Regional desarrollará un plan de asesoría a los países basado en los resultados de la 2da. Ronda del GFATM y posibilidades de aplicación a la 3ra. Ronda.</p> <p><i>Comentarios:</i> El Programa Regional ha apoyado a Bolivia, República Dominicana, y Haití en la 3ª Ronda. A Ecuador, Guatemala, Guyana, Brasil en la 4 Ronda. Ahora la prioridad es apoyar en la implementación, y en la 5ª ronda a Guatemala, Surinam y Brasil.</p>	Alcanzado
<p>10. Solicitar asesoría de OMS (GLC) para los países que han presentado o presentará propuesta para acceso a drogas de segunda línea para MDR</p> <p><i>Comentarios:</i> Se solicitó la asesoría a OMS, y el GLC está respondiendo con las visitas a los países. Es un proceso complejo, pero cada vez los países están más familiarizados con los procedimientos, y el GLC también tiene está simplificando los trámites dada la creciente experiencia para el diagnóstico de problemas y debilidades.</p>	Alcanzado
<p>11. Los países con alta notificación de casos con baciloscopia negativa, sin realización de baciloscopia y altas cifras de recaídas, deberán ejecutar investigaciones operacionales que den respuesta a estas situaciones.</p> <p><i>Comentarios:</i> Se han celebrado con el apoyo de CDC dos cursos de investigación operativa, en Ciudad de México (2003) y en Brasilia (2004). Las propuestas con calidad técnica fueron financiadas, y están en proceso de ejecución. En la reunión de <i>Stop TB</i> en Honduras (mayo 2004), se expusieron los resultados preliminares y se identificaron las debilidades en el proceso.</p>	Alcanzado
<p>12. OPS/OMS realizará una visita de alto nivel a Brasil en el primer trimestre del año 2004 tan pronto se designen las nuevas actividades del Ministerio de Salud y coordinadores del PNT.</p> <p><i>Comentarios:</i> La misión fue realizada, hubo una visita de monitoreo a los proyectos de TBCTA en el año 2003 y también recibió una visita de OMS a finales de abril de 2004.</p>	Alcanzado
<p>13. El Programa de TB de la OMS estudiará la posibilidad de certificar el laboratorio de micobacterias del IPK como laboratorio supranacional de referencia. Asimismo y en coordinación con el Programa Regional de TB se continuará apoyando el curso internacional de TB que cada año se organiza por el IPK.</p> <p><i>Comentarios:</i> El proceso de acreditación de laboratorio supra nacional de referencia es muy burocrático y lleva mucho tiempo. Los laboratorios de México y Argentina han sido validados como LSR por OMS, en 2004. El IPK actualmente está en proceso de renovación como CC de OMS / OPS.</p>	Parcialmente alcanzado
<p>14. Los programas regionales de TB y VIH trabajaran en perfeccionar el documento sobre atención integral del paciente y producir una reunión sub regional en el año 2003 donde el mismo se apruebe definitivamente y se discuta un plan de acción conjunta entre los programas de TB y VIH/SIDA.</p> <p><i>Comentarios:</i> El documento fue publicado en 2004, tras la celebración de la reunión subregional en San Pedro Sula, agosto de 2003. El documento fue distribuido a los países y se encuentra accesible en la página web de OPS.</p>	Alcanzado

Acuerdo	Grado de cumplimiento
<p>15. El Programa Regional de TB estudiará la posibilidad de repetir encuestas nacionales de vigilancia de resistencias en los países cuyo estudio anterior date de 4 a 5 años de realizado.</p> <p><i>Comentarios:</i> En 2003, República Dominicana, Paraguay, Ecuador, Guatemala y Honduras finalizaron la encuesta de vigilancia de resistencias. Brasil, Colombia, Panamá y Costa Rica la están realizando durante 2004.</p>	Alcanzado
<p>16. Debe insistirse en la capacitación del personal del nivel intermedio sobre el correcto llenado y envío de los informes trimestrales de casos y cohortes.</p> <p><i>Comentarios:</i> Diferente grado de cumplimiento según países</p>	Parcialmente alcanzado

## V. Revisión, análisis y recomendaciones de la propuesta del Plan Estratégico de TB de la Región 2005–2010 y la actualización del Plan de Acción de los Países

La Dra. Mirtha del Granado, Asesora Regional de Tuberculosis, OPS, presentó el Plan Estratégico Regional de TB 2005-2015, con énfasis en el objetivo general, específicos, metas y las líneas estratégicas de dicho plan:

### Objetivo General

- Asesorar técnicamente a los Estados Miembros y Socios en la expansión y consolidación de la estrategia DOTS, y la aplicación de iniciativas delineadas dentro el DOTS, incluyendo la MDR-TB y la TB asociada al VIH/SIDA, para revertir la incidencia de la enfermedad en todos los países hasta el 2015.

### Objetivos Específicos

- Extender, consolidar y/o profundizar la estrategia DOTS/TAES con la aplicación de diferentes iniciativas para ofertar un control de la TB con calidad y equidad a más del 90% de la población.
- Disminuir la incidencia de la TB y VIH en poblaciones afectadas por ambas enfermedades, contribuyendo a disminuir la mortalidad producida por la coinfección, y aumentar el acceso a ART (Iniciativa 3x5).
- Fortalecer las redes de laboratorios de tuberculosis de los países para garantizar diagnóstico y control oportuno y de calidad optimizando de esta manera la estrategia DOTS/TAES.
- Facilitar la implementación de la estrategia DOTS-Plus en los países con presencia de farmacoresistencia múltiple, para garantizar el manejo integral de los pacientes con TB-MDR y el acceso oportuno a medicamentos de segunda línea. Promover el uso de estrategias de Comunicación para el Cambio de Comportamiento (CCC) en los PNTs que apoyen la implementación, fortalecimiento y expansión del DOTS/TAES en los países.
- Promover la elaboración y aplicación de estrategias para el desarrollo de recurso humano en el control de la tuberculosis en los países, como parte integral de los planes nacionales de control de la enfermedad y de las actividades de fortalecimiento de los sistemas de salud.

## Principales Metas

- La Región notifica más del 70% de los casos nuevos BAAR+ y cura el 85% de los mismos para el 2005 (metas OMS).
- La Región revierte la incidencia de TB en todos los países y disminuye al 50% la mortalidad y la prevalencia el 2015 respecto a la de 1990.
- Redes de laboratorio de TB de todos los países cumplen estándares establecidos por OMS al 2015.
- Cien por ciento de los países con porcentaje >1% de TB-MDR primaria aplican la estrategia DOTS-Plus al 2015.
- Cien por ciento de los países con proyectos aprobados al Fondo Global, implementan estrategias de Comunicación para el Cambio de Comportamiento (CCC) el 2006 y 50% de los otros países implementan estrategias CCC hasta el 2015.
- Cien por ciento de los países cuentan con programas de desarrollo de RRHH en tuberculosis al 2015.

## Líneas Estratégicas

1. Extender, consolidar y fortalecer la estrategia DOTS en los países de la Región.
2. Implementar y/o fortalecer actividades de colaboración entre los PNTs y PNS con vigilancia de la coinfección TB/VIH.
3. Fortalecer la red de laboratorios y la vigilancia de la drogo-resistencia en los países de la Región.
4. Implementar y/o extender la estrategia DOTS-Plus en países seleccionados.
5. Incentivar y asesorar la implementación de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento en la población, así como la participación y movilización social.
6. Apoyar políticas de formación de recursos humanos en salud.

Posteriormente solicitó la conformación de mesas de trabajo para la revisión, análisis y posibles limitaciones al plan de acción presentado, y luego la revisión y actualización de los planes de acción de cada país. Las mesas de trabajo fueron conformadas por grupos de país clasificados previamente por su situación epidemiológica y operacional de la TB y la cobertura de DOTS.

La metodología usada fue a través del análisis FODA de cada país y luego los resultados serán incorporados al Plan. Al final se efectuó una plenaria con la presentación de resultados por grupo, las cuales se anexan.

## VI. Conclusiones y Acuerdos

1. La Región no alcanzará las metas 2005. Para el 2002, solo se detectó el 46% de los casos en áreas DOTS y se logró curar el 80% de los mismos, debido a las bajas coberturas de DOTS de países como Brasil, Colombia, Ecuador, Haití y Paraguay, enfatizando que el Brasil, notificó para el mismo año, el 32% de los casos de la región.
2. Para acelerar el porcentaje de curación y la tasa de detección bajo DOTS, el Programa Regional, deberá fortalecer la cooperación técnica, monitoreo y evaluación de los planes de expansión de DOTS del Brasil, Haití, Ecuador y Paraguay, y trabajar iniciativas de expansión de la estrategia en Colombia.

3. Se ratifico a los 9 países priorizados en 2002, con la incorporación de Guyana a este grupo en el año 2003, y se postulo la posibilidad de incluir en la lista a Colombia por el debilitamiento de su Programa en los últimos años y el bajo porcentaje de cobertura DOTS.
4. Se efectuarán visitas de monitoreo de preferencia anual a los países priorizados, y además, se brindara apoyo en algunos de ellos con consultores internacionales. Se mantendrán las reuniones anuales *Stop TB*, estando prevista la próxima para el 2005 en Ecuador.
5. En el análisis FODA de la Región, se identifico como debilidades y amenazas comunes: la alta rotación del personal a nivel intermedio y local, insuficiente supervisión, monitoreo y evaluación, deficiencias en la red de laboratorios (inadecuada infraestructura, equipamiento y funcionalidad), incremento de factores de riesgo de TB (pobreza, aumento de poblaciones marginales y emigrantes) e incremento de la coinfección TB/VIH. Aspectos que deben ser contemplados en los planes de acción de cada país y en el Plan Estratégico Regional.
6. El Plan Estratégico Regional presentado por la asesora regional, fue ampliamente aceptado, debiendo el Programa Regional, asesorar y facilitar:
  - la implementación de acciones de eliminación de la TB en países del Grupo 1;
  - la consolidación de la estrategia DOTS en países pobres con altas coberturas;
  - la elaboración de planes de expansión de la estrategia DOTS en países del Grupo 4;
  - la elaboración e implementación de planes de acciones de colaboración TB/VIH (países priorizados TB/VIH);
  - la vigilancia de la MDR-TB y la implementación y/o expansión de la estrategia DOTS-Plus;
  - la consolidación de la red de laboratorios de la Región con participación de los jefes nacionales de laboratorio de países miembros y garantizar su participación en seminarios con los jefes de Programas para evaluar los avances en la Región;
  - la aplicación de iniciativas para el DOTS, como el PAL en países de baja carga, PPM en países con grandes ciudades y participación importante de la medicina privada, y TB/pobreza en los más pobres.
7. El Programa Regional y los PNT deberán reforzar acciones de abogacía, comunicación y movilización social en la Región e incentivar el intercambio de experiencias de diferentes países.
8. El Programa Regional deberá apoyar acciones de formación de RRHH (cursos, seminarios, talleres de formación, rotación e intercambio de experiencia entre países, difusión de materiales de formación, etc.).
9. La Región (Programa Regional, PNT y socios) deberá crear el grupo *Stop TB* de las Américas, con participación de todos lo socios técnicos y financieros.
10. El Programa Regional deberá conformar el grupo técnico regional y los grupos de trabajo en VIH/TB, MDR-TB y de Comunicación Social.

11. Se efectuará en forma bianual la reunión de los jefes de PNTs de todos los países, en las cuales en sus objetivos se introducirá la evaluación del cumplimiento del Plan Estratégico de la Región. Estando programada la próxima reunión en septiembre del 2006, en Brasil.
12. El Programa Regional continuará apoyando a los países con asesorías para el GFATM, tanto para la elaboración de las propuestas, como para el seguimiento del proceso de ejecución de los planes en países con fondos aprobados.
13. El Programa Regional debe esforzarse en mantener las reuniones de prisiones, VIH/TB y población indígena, con los fondos de los proyectos GFATM de cada país, así como con el apoyo de las agencias internacionales que se interesen por estos grupos de alto riesgo.
14. Los participantes a este evento, hacen llegar sus felicitaciones al Programa Nacional de México por el desarrollo de la estrategia de movilización social “Bandera Blanca”, constituyéndose en un ejemplo para la región.

## VII. Agradecimientos

Se hace llegar un especial agradecimiento al **Ministerio de Salud de México y a la Representación de OPS/OMS**, por la excelente organización de la V Reunión de Jefes de Programas Nacionales de la Región.

## II. Anexos

### A. Estrategia Bandera Blanca

#### Visita de campo a la Comunidad de Santiago de Anaya del Municipio de Actopan en el Estado de Hidalgo (9 septiembre 2004)

Como parte de las actividades de la Vª Reunión de la Región de las Américas, se realizó una visita de campo con el propósito de conocer las acciones de Movilización Social del Programa de Tuberculosis de México.

Esta actividad se llevó a cabo en la comunidad de Santiago de Anaya del municipio de Actopan en el estado de Hidalgo, con la asistencia de aproximadamente de 300 personas entre autoridades, personal de salud, invitados nacionales e internacionales y personas de la comunidad.

En el evento participaron activamente los agentes y procuradoras de salud, que fueron las que explicaron a los presentes el trabajo que realizan para la prevención y control de la TB, siendo el mismo:

1. Informar a toda la población sobre la tuberculosis, lo que coadyuva a que la población se apropie del problema, y contribuya a disminuir los riesgos y daños a la salud.
2. Participar en la detección de sintomáticos respiratorios.
3. Obtener la colaboración de la comunidad en la incorporación y supervisión del tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES) de los casos de tuberculosis.

Entre los propósitos de la Iniciativa Bandera Blanca se pueden enumerar:

- Promover la organización de la comunidad y de los sectores público, social y privado alrededor de acciones que beneficien la salud.
- Organizar y orientar en salud a las amas de casa y población en general.
- Reducir los riesgos de enfermedad en el hogar por medio de la participación activa de la madre, padre, hijos y familiares en general.



**Procuradoras de la salud  
capacitadas y evaluadas**

Uno de los mayores éxitos de la estrategia ha consistido en la formación de agentes de salud, capacitados que representan el punto de contacto con la comunidad, y son el medio de transmisión de conocimientos en salud a la comunidad, actividad que se realiza bajo la supervisión y asesoría del personal de la unidad de salud, logrando de esta manera ampliar la red de salud y el apoyo social.

Después de una evaluación del trabajo efectuado con resultados exitosos, se iza la Bandera Blanca que es la constancia ante la comunidad, autoridades de salud nacional, estatal y municipal, del trabajo efectuado generando el compromiso y corresponsabilidad de la población en el programa de tuberculosis.

Esta estrategia se lleva a cabo en todo el país, con la flexibilidad de adaptarse a las necesidades epidemiológicas de cada municipio y localidad donde se implementa.

## B. Agenda



### Reunión Regional de los Jefes de Programas Nacionales de TB (PNT)

(México, DF, 7–9 septiembre 2004)

### Agenda (preliminar)

Esta Reunión es la segunda de una Reunión regional principal de tres partes sobre la TB que se celebra en México, Distrito Federal, durante la semana del 6 de septiembre de 2004, y que organiza el Programa Regional de Tuberculosis de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), con apoyo de su Representación en México (OPS-México) y de la Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (ADI/USAID).

**Introducción:** Cada dos años se realiza la reunión de Jefes de Programa de Control de la Tuberculosis de los países de América Latina y el Caribe, con el objetivo de evaluar el avance del control de la tuberculosis y el cumplimiento de compromisos adquiridos, fundamentalmente en lo referente a la aplicación de la Estrategia DOTS. Las últimas reuniones efectuadas se llevaron a cabo fueron en México el 2000 y Cuba el 2002. La presente reunión tiene la particularidad de incluir países del Caribe Inglés, inicialmente con la participación de Guyana y la coordinadora del Programa para el CAREC, además de involucrar a los responsables de laboratorios.

#### Objetivos

- ↗ Conocer la situación epidemiológica y operacional de cada país.
- ↗ Evaluar el progreso de la aplicación de la Estrategia DOTS y el cumplimiento de las metas del 2005.
- ↗ Conocer las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA), así como el plan de acción y de extensión de la Estrategia DOTS en aquellos países que no alcanzan cobertura total para el 2005.
- ↗ Evaluar el cumplimiento de los acuerdos y recomendaciones de Cuba 2002.
- ↗ Revisar y discutir el plan de acción de la Región.

#### Resultados esperados

- ↗ Se conoce la situación epidemiológica y operacional del control de la TB en cada país.
- ↗ Se conoce el grado de extensión del DOTS en cada uno de los países.
- ↗ Se conoce el plan de acción y/o de extensión de la Estrategia DOTS de acuerdo al análisis FODA de cada país.
- ↗ Se cuenta con un Plan Regional consensuado con todos los países para la consolidación y extensión del DOTS.
- ↗ Los países conocen las diferentes iniciativas de fortalecimiento de la Estrategia DOTS.

**Metodología:** La reunión esta basada fundamentalmente en presentaciones participativas de análisis FODA de los países, presentación de *posters*, conferencias, y trabajo de grupos, finalizando con una visita a la estrategia comunitaria *Bandera blanca*. Se llevaran a cabo reuniones fuera de agenda con miembros de las iniciativas PPM y PAL de la OMS.

#### Público

- ↗ Jefes de Programas de Tuberculosis
- ↗ Jefes de las Redes de Laboratorio de TB
- ↗ Invitados especiales (Consultores OPS, Epidemiólogos de países problema, etc.)

**Lengua de trabajo:** Español (servicios disponibles solo para traducir presentaciones en inglés al español)

#### Sitios Web

- ↗ Para esta reunión: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/tb-pnts-2004.htm>
- ↗ Para las otras dos reuniones: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/tb-3mtqs-2004.htm>

## Martes, 7 septiembre 2004

(primer día)

8.00 – 8.30	Inscripción de los participantes	
8.30 – 9.00	Inauguración de la Reunión	<i>Autoridades Nacionales, OPS, OMS</i>
9.00 – 9.15	Objetivos de la Reunión	<i>OPS</i>
9.15 – 9.45	Situación de la TB en el mundo	<i>José Figueroa, OMS</i>
9:45– 10.15	<i>Stop TB Partnership: Pasado, presente y futuro</i>	<i>Marcos Espinal, Stop TB Partnership</i>
10:15 – 10.30	Café	
10.30 – 11.00	Situación de la TB en la Región de las Américas	<i>Mirtha del Granado, OPS</i>
11.00 – 11.30	Situación y perspectivas de la Red de Laboratorios de TB en la Región de las Américas	<i>Andrea Luna, OPS</i>
11.30 – 11.45	Preguntas y respuestas	
11.45 – 12.00	Resumen de los acuerdos de la Reunión Regional en La Habana en 2002 y cumplimiento	<i>Pilar Ramón, OPS</i>
12.00 – 1.30	Almuerzo	
1.30 – 1. 45	Análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) <i>Grupo 1</i> (países con incidencia TB < a 25 por 100.000 habitantes <i>con 100% DOTS</i> ):	Chile, Costa Rica, Cuba, Uruguay, CAREC
1:45 - 2:15	Discusión	
2.15 – 2.30	Análisis de FODA (continuación)	
	<i>Grupo 2</i> (países con tasas de incidencia TB 25 a 50 por 100.000 habitantes <i>con 100% DOTS</i> ):	Argentina, Belice, México, Panamá, Venezuela
2.30 – 3.15	Discusión	
3.15 - 3.30	Café	
3.30 – 3.45	Presentación de FODA (continuación)	
	<i>Grupo 3</i> (países con incidencia TB > a 50 por 100.000 habitantes <i>con 100% DOTS</i> ):	Bolivia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Perú
3.45 – 4.30	Discusión	
4.30 -4.45	Análisis de FODA (continuación)	
	<i>Grupo 4</i> (países con incidencia TB > a 50 por 100.000 habitantes <i>y cobertura DOTS inferior del 100%</i> )	Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Haití, Paraguay, Republica Dominicana
4:45 – 5:30	Discusión	
5.30 – 6.00	Presentación especial del PNT de México <i>Logros del PNT en la aplicación de la estrategia DOTS y la movilización social</i>	<i>Elizabeth Ferreira, México</i>

---

## Miércoles, 8 septiembre 2004

(segundo día)

- 8.30 – 9.00 Actividades de colaboración interprogramática VIH/TB y vigilancia VIH en pacientes  
*Programa TB, OPS*
- 9.00 – 9.30 Iniciativa PAL para la expansión del DOTS  
*Salah Otmani, OMS; Andrés Hernández, OPS*
- 9.30 -10.00 Iniciativa PPM para la expansión del DOTS  
*Mukund Uplekar, OMS; Alfonso Tenorio, OPS*
- 10.00 -10.15 Preguntas y respuestas
- 10.15 – 10.30 Café
- 10.30 - 12.30 Sesión de *Posters*
- 12.30 – 1.30 Almuerzo
- 1.30 – 2.30 Presentación del Plan Estratégico Regional 2005-2010  
*Mirtha del Granado, Pilar Ramón, Andrea Luna, OPS*
- 2.30 - 5.00 *Trabajo de Grupos*: Revisión planes de trabajo de países y plan regional
- 5.00 – 5.15 Café
- 5.15 – 6.15 Presentación de las conclusiones del trabajo de grupos

---

## Jueves, 9 septiembre 2004

(tercer y último día)

- 8.00 – 11.00 Visita de terreno de observación de la aplicación de la Estrategia *DOTS* y la Estrategia *Bandera Blanca*
- 11.00 – 12.00 Informe de la visita de observación  
Presentación de Conclusiones y Recomendaciones de la Reunión

## C. Lista de participantes

Nombre	Apellido	País	Institución	Email
Lucia	Barrera	Argentina	Laboratorio	<a href="mailto:lbarrera@anlis.gov.ar">lbarrera@anlis.gov.ar</a>
Maria	Latini (de)	Argentina	Jefa del PNT a.i.	<a href="mailto:msequeira@inforia.com.ar">msequeira@inforia.com.ar</a>
Inez	Mendez-Mogel	Belice	Jefa del PNT TB/VIH	<a href="mailto:imendez37@yahoo.com">imendez37@yahoo.com</a>
Salome	Huitz	Belice	Laboratorio	<a href="mailto:sal_huitz@hotmail.com">sal_huitz@hotmail.com</a>
Mirtha	Camacho	Bolivia	Jefa del PNT	<a href="mailto:tbcos@hotmail.com">tbcos@hotmail.com</a>
Gualberto	Limachi	Bolivia	Laboratorio	<a href="mailto:gualvertoli@latinmail.com">gualvertoli@latinmail.com</a>
Rosalía	Maia	Brasil	Laboratorio	<a href="mailto:rosalia.maia@saude.br">rosalia.maia@saude.br</a>
Joseney	Pires Dos Santos	Brasil	Jefe del PNT	<a href="mailto:joseney.santos@saude.gov.br">joseney.santos@saude.gov.br</a>
Helena	Brigido	Brasil	Programa VIH/Sida	
Denise	Clarke	CAREC	Laboratorio	<a href="mailto:clarked@carec.paho.org">clarked@carec.paho.org</a>
Marlene	Francis	CAREC	OPS/CAREC	<a href="mailto:francima@carec.paho.org">francima@carec.paho.org</a>
Rosario	Lepe Lepe	Chile	Laboratorio	<a href="mailto:rlepe@ispch.cl">rlepe@ispch.cl</a>
Maritza	Velasco Ramirez	Chile	Laboratorio	<a href="mailto:mvelasco@ispch.cl">mvelasco@ispch.cl</a>
Manuel	Zuñiga	Chile	Jefe del PNT	<a href="mailto:mzuniga@minsal.cl">mzuniga@minsal.cl</a>
Maria Cecilia	Matamorros	Costa Rica	Laboratorio	<a href="mailto:mmatamo@inciencia.sa.cr">mmatamo@inciencia.sa.cr</a>
Zeidy Mata A.	Costa Rica	Costa Rica	Jefa del PNT	<a href="mailto:mbpzma@racsa.co.cr">mbpzma@racsa.co.cr</a>
Teresita	Solano Chinchilla	Costa Rica	Programa VIH/Sida	
Liliana	Rodriguez Gonzalez	Cuba	Ministerio de salud	
Ernesto	Montoro Cardoso	Cuba	Laboratorio	<a href="mailto:emontoro@ipk.sld.cu">emontoro@ipk.sld.cu</a>
Elizabeth	Romero Ayala	Ecuador	Jefe del PNT	<a href="mailto:ERomero@misp.gov.ec">ERomero@misp.gov.ec</a>
Rene	Guevara Hernandez	El Salvador	Ministerio de salud	
Ana Margarita	Ramírez Lemus	El Salvador	Laboratorio	
Julio	Garay Ramos	El Salvador	Jefe del PNT	<a href="mailto:jgaray@mispas.gob.sv">jgaray@mispas.gob.sv</a>
Alma Yanira	Quezada	El Salvador	Programa VIH/Sida	
Matteo	Zignol	Ginebra	Oficial Médico HTM/STB/THD	<a href="mailto:zignolm@who.int">zignolm@who.int</a>
Marcos	Espinal	Ginebra	Secretario Ejecutivo HTM/STB/TBP	<a href="mailto:espinalm@who.ch">espinalm@who.ch</a>
Salah	Ottmani	Ginebra	Oficial Médico HTM/STB/TBS	<a href="mailto:ottmanis@who.ch">ottmanis@who.ch</a>
Fabio	Scano	Ginebra	Oficial Médico HTM/STB/THD	<a href="mailto:scanof@who.int">scanof@who.int</a>
Jose	Figueroa	Ginebra	Oficial Medico HTM/STB/TBS	<a href="mailto:figueroamunozj@who.int">figueroamunozj@who.int</a>
Francisco	Cerezo	Guatemala	Jefe del PNT	<a href="mailto:pnigt@intelnett.com">pnigt@intelnett.com</a>
Marco Antonio	Mena	Guatemala	Programa VIH/Sida	
Franz	Lamothe	Haiti	Laboratorio	<a href="mailto:f_lamothe@hotmail.com">f_lamothe@hotmail.com</a>
Vary	Jacquet	Haiti	Jefe del PNT	<a href="mailto:varyj@hotmail.com">varyj@hotmail.com</a>
Joelle	Deas Van Onacker	Haiti	Programa VIH/Sida	
Odalys	García Trujillo	Honduras	Programa VIH/Sida	
Hilda	Membreño	Honduras	Laboratorio	<a href="mailto:hcmembreño@yahoo.com.mx">hcmembreño@yahoo.com.mx</a>
Tomasa	Sierra	Honduras	Jefe delPNT	<a href="mailto:tomasasierrapineda@yahoo.com">tomasasierrapineda@yahoo.com</a>
Aremy	Cuellar Sanchez	México	Ministerio de Salud	<a href="mailto:aremysc76@hotmail.com">aremysc76@hotmail.com</a>
José Manuel	Atoche Enseñat	México	Ministerio de Salud	<a href="mailto:jatoche@salud.gob.mx">jatoche@salud.gob.mx</a>
Lucía del Refugio	Reyez Veyna	México	Ministerio de Salud	<a href="mailto:lucyreve@salud.com.mx">lucyreve@salud.com.mx</a>
Ma. Ventura	Rosales Luna	México	Ministerio de Salud	
Griselda	Hernandez	México	Programa VIH/Sida	
Eddie Antonio	León Juarez	México	Programa VIH/Sida	
Kely	Rely	México	Programa VIH/Sida	
Graciela	Núñez Navarrete	México	Ministerio de Salud	<a href="mailto:gracielanun@yahoo.com.mx">gracielanun@yahoo.com.mx</a>
Martha	González González	México	Ministerio de Salud	<a href="mailto:mc_glez@yahoo.com.mx">mc_glez@yahoo.com.mx</a>
Zelindaveth	García Ituarte	México	Ministerio de Salud	<a href="mailto:zelindaveth@hotmail.com">zelindaveth@hotmail.com</a>
Beatriz Adriana	Ruiz Huerta	México	Ministerio de Salud	
Lilian	Marín Vázquez	México	Ministerio de Salud	<a href="mailto:mlilia@dgepi.salud.gob.mx">mlilia@dgepi.salud.gob.mx</a>
Maria Jesús	Hoy	México	Ministerio de Salud	<a href="mailto:ghoy@dgepi.salud.gob.mx">ghoy@dgepi.salud.gob.mx</a>
Susana	Balandrano	México	Ministerio de Salud	<a href="mailto:sbalandrano@mail.ssa.gob.mx">sbalandrano@mail.ssa.gob.mx</a>
Elizabeth	Ferreira Guerrero	México	Jefe del PNT	<a href="mailto:micobacteriosis@mail.ssa.gob.mx">micobacteriosis@mail.ssa.gob.mx</a>
Ignasio	Villaseñor Ruiz	México	Ministerio de Salud	
Guadalupe	Quiros Huerta	México	Programa VIH/Sida	
Norma Irene	Luna Guzman	México	Programa VIH/Sida	
Carlos	Cruz Palacios	México	Programa VIH/Sida	
Lucilla	Villegas Icabalceta	México	Programa VIH/Sida	
Ma. Luisa	Estrata	México	Programa VIH/Sida	
Luis	Chacón Reyes	Nicaragua	Laboratorio	<a href="mailto:luis.chacon@uam.ni">luis.chacon@uam.ni</a>
Higinia	Mayorga H	Nicaragua	Programa TB	
Andrea	Luna Heine	OPS Washington	Laboratorio de Chile	<a href="mailto:aluna@ispch.cl">aluna@ispch.cl</a>
Paloma	Cuchi	OPS/Washington	Programa VIH/Sida	<a href="mailto:cuchipal@paho.org">cuchipal@paho.org</a>
Edwina	Yen	OPS/Washington	Programa Desarrollo Estratégico de Salud	<a href="mailto:venedwin@paho.org">venedwin@paho.org</a>

Informe de la Vª Reunión de Jefes de Programas Nacionales de Tuberculosis (PNT) de las Américas  
(Ciudad de México, 7–9 septiembre 2004)

Rodolfo	Rodriguez-Cruz	OPS-Brasil	Consultor Internacional	<a href="mailto:rodolfo@bra.ops-oms.org">rodolfo@bra.ops-oms.org</a>
Ademir	Albuquerque-Gomes	OPS-Brasil	Epidemiologo	<a href="mailto:ademir@bra.ops-oms.org">ademir@bra.ops-oms.org</a>
Raimond	Armengol	OPS-El Salvador	Consutor TB	<a href="mailto:rarmengol@els.ops-oms.org">rarmengol@els.ops-oms.org</a>
Melanie	de Boer	OPS-México	Programa VIH/Sida	<a href="mailto:deboerme@mex.ops-oms.org">deboerme@mex.ops-oms.org</a>
Mario	Martinez González	OPS-México	Epidemiologo	<a href="mailto:martinem@mex.ops-oms.org">martinem@mex.ops-oms.org</a>
Juan Carlos	Millan	OPS-Perú	Consultor TB	<a href="mailto:jcmillan@per.ops-oms.org">jcmillan@per.ops-oms.org</a>
Andrés	Hernandez	OPS-Washington	Consultor Asociado	<a href="mailto:andherna02@salud.gob.mx">andherna02@salud.gob.mx</a>
Rafael	Mazin	OPS-Washington	Jefe del Programa de VIH/Sida	<a href="mailto:mazinraf@paho.org">mazinraf@paho.org</a>
Matias Humberto	Villatoro Reyes	OPS-Washington	Consultor Asociado	<a href="mailto:uvillatoro@hotmail.com">uvillatoro@hotmail.com</a>
Mirtha	del Granado	OPS-Washington	Asesora Regional de TB	<a href="mailto:delgrana@paho.org">delgrana@paho.org</a>
Jean Marc	Gabastou	OPS-Washington	Asesor en Salud Publica y laboratorio	<a href="mailto:gabastoj@paho.org">gabastoj@paho.org</a>
Alfonso	Tenorio	OPS-Washington	Consultor Asociado	<a href="mailto:atenorio@iname.com">atenorio@iname.com</a>
Teresa	Broers	OPS-Washington	Programa VIH/Sida	
Pilar	Ramon-Pardo	OPS-washington	Oficial Médico	<a href="mailto:ramonpap@paho.org">ramonpap@paho.org</a>
Stephen	Corbert	OPS-Washington	Gerente de Area DPC/CD	<a href="mailto:corberst@paho.org">corberst@paho.org</a>
Jaime E.	Bravo Q	Panamá	Laboratorio	
Cecilia	Lyons de Arango	Panamá	Jefe del PNT	<a href="mailto:cecilyng@cwpp.net.pa">cecilyng@cwpp.net.pa</a>
Antonio	Marrero	Panamá	Fundación Damian	<a href="mailto:tbpan@sinfo.net">tbpan@sinfo.net</a>
Gladys Alicia	Guerrero	Panamá	Programa VIH/Sida	
Juan Carlos	Jara Rodríguez	Paraguay	Jefe del PNT	<a href="mailto:jararo@rieder.net.py">jararo@rieder.net.py</a>
Margarita	Godoy López	Paraguay	Laboratorio	<a href="mailto:dra_marga.godoy@hotmail.com">dra_marga.godoy@hotmail.com</a>
Neyda Adriana	Quispe Torres	Perú	Laboratorio	<a href="mailto:nquispe@ms.gob.pe">nquispe@ms.gob.pe</a>
Cesar	Bonilla Asalde	Perú	Jefe del PNT	<a href="mailto:cbonilla@minsa.gob.pe">cbonilla@minsa.gob.pe</a>
Jose	Sebastian	Perú	Programa VIH/Sida	
Ana L.	Frias Mejia	Rep. Dominicana	Ministerio de Salud	<a href="mailto:friasana@yahoo.com">friasana@yahoo.com</a>
Leonarda	Reyes	Rep. Dominicana	Laboratorio	<a href="mailto:leonardalab23@yahoo.es">leonardalab23@yahoo.es</a>
Juan José	Cordero	Rep. Dominicana	Jefe del PNT	<a href="mailto:programatuberculosisrd@mail.com">programatuberculosisrd@mail.com</a>
Belkis	Marcelino	Rep. Dominicana	Ministerio de Salud	<a href="mailto:belkys_tb@yahoo.es">belkys_tb@yahoo.es</a>
Sofia G.	Khouni Zonain	Rep. Dominicana	Programa VIH/Sida	
Carlos Maria	Rivas Chetto	Uruguay	Laboratorio	<a href="mailto:cmri@adinet.com.uy">cmri@adinet.com.uy</a>
Jorge Rodriguez	De Marco	Uruguay	Jefe del PNT	<a href="mailto:jordemar@mednet.org.uy">jordemar@mednet.org.uy</a>
Alexander	Sloutsky	USA (Boston)	Masachussets State Laboratory Instit	<a href="mailto:alex.sloutsky@state.ma.us">alex.sloutsky@state.ma.us</a>
Marcos	Burgos	USA (New Mexico)	University of New Mexico	<a href="mailto:mburgos@salud.unm.edu">mburgos@salud.unm.edu</a>
Alexis	Guilarte	Venezuela	Jefe del PNT	<a href="mailto:alexquil@telcel.net.ve">alexquil@telcel.net.ve</a>

## D. Instalación del Comité Interagencial *Stop TB* en México

La instalación de este Comité se realizó en el marco de la V Reunión de Tuberculosis de la Región de las Américas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS); así, el día 7 de septiembre se llevó a cabo la primera *Reunión del Pleno del Comité Nacional del Programa de Acción Tuberculosis, "Stop-TB México"*, basados en el acuerdo publicado el 16 de marzo de 2004 y emanado de la Iniciativa mundial STOP-TB.

El acto de instalación del Pleno del Comité estuvo dirigido por su Presidente, *Dr. Julio Frenk Mora*, y contó con la participación de representantes de más de 50 instituciones y organizaciones involucradas en la lucha contra la tuberculosis en el ámbito nacional e internacional. El Dr. Frenk Mora enfatizó que este Comité es la instancia encargada de contribuir a una cobertura universal, oportuna y de calidad en la atención de los enfermos de tuberculosis, mediante el seguimiento y evaluación permanente de las acciones de prevención y control.

Participó como invitado especial el *Dr. Marcos Espinal*, Secretario Ejecutivo de la Iniciativa mundial STOP-TB. La Iniciativa STOP-TB es un movimiento social mundial contra la TB cuya visión consiste en un mundo libre de tuberculosis y su misión se orienta a que todos los enfermos tengan acceso a diagnóstico y tratamiento gratuitos. El Dr. Espinal refirió que la Iniciativa mundial de STOP-TB es considerada como una de las iniciativas más prestigiadas y cuenta con 300 miembros, entre los cuales, México forma parte de la mesa directiva.

El *Dr. Roberto Tapia Conyer*, Vicepresidente del Comité y Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, se refirió a la importancia que revisten las alianzas estratégicas nacionales e internacionales para marcar el alto a la tuberculosis y resaltó que la participación de la comunidad y las Organizaciones de la Sociedad Civil marcarán la diferencia por ser pieza clave en el control de problemas de salud pública como lo es la tuberculosis.

En esta reunión participaron organizaciones públicas y privadas con las que se tienen alianzas estratégicas, en este marco intervinieron el *Lic. Antonio López de Silanes*, Presidente Ejecutivo de Laboratorios Silanes S.A.; el *Dr. Alberto Medina Chanona*, Presidente de la Asociación de Sociedades Médicas de Hospitales Privados del Distrito Federal; el *Sr. Efraín Quevedo Gurría*, Presidente Municipal de Juárez, Chiapas, y Presidente de la Red Mexicana de Municipios por la Salud; la *Maestra en Ciencias Martha González González*, Presidenta de la Red TAES de Enfermería en Tuberculosis; y el *Dr. Carlos García de León*, representante en México del Consejo Latinoamericano y del Caribe de Organizaciones de la Sociedad Civil con trabajo en VIH-SIDA y Presidente del Grupo "AVE de México" .

El Dr. Julio Frenk Mora, Presidente del Comité, presentó a los asistentes a la *Lic. Enriqueta Basilio Sotelo*, figura de máximo reconocimiento social, destacada deportista en el ámbito nacional e internacional, quien fue la primera mujer designada para portar la llama olímpica en la olimpiada de México en 1968 y quien aceptó el reto solidario para impulsar, junto con otros deportistas nacionales, el combate a esta enfermedad en México. El Dr. Frenk Mora, junto con el Dr. Marcos Espinal, entregó el nombramiento de la Lic. Enriqueta Basilio como la EMBAJADORA de la lucha contra la tuberculosis en México.

La instalación del Comité finalizó con el agradecimiento a todos los participantes e invitados de los países reunidos, y la exhortación a trabajar y mantener el interés en la lucha para lograr un "México libre de tuberculosis".

Información tomada de la página web <http://www.cenave.gob.mx/tuberculosis/boletincomite/default.htm>