



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



136.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Buenos Aires, Argentina, 20-24 de junio de 2005

Punto 4.8 del orden del día provisional

CE136/17 (Esp.)

3 mayo 2005

ORIGINAL: ESPAÑOL

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

La tuberculosis es prevenible y curable, sin embargo, continúa siendo un problema importante de salud pública en las Américas. En el año 2003, se notificaron en la región 227.551 casos de tuberculosis, de los cuales 130.877 correspondieron a formas pulmonares con baciloscopia positiva. Para ese mismo año, se estimó que murieron por tuberculosis 53.800 personas. La coinfección TB/VIH y la tuberculosis multidrogorresistente representan un reto para el control de la tuberculosis y están presentes en todos los países. A estas amenazas se añade el debilitamiento del sector sanitario en los países más pobres y el impacto de las reformas del sector salud.

A lo largo de la última década, se ha implementado progresivamente en las Américas la estrategia internacionalmente reconocida para el control de la tuberculosis (DOTS), alcanzando, para el 2003, una cobertura del 78% de la población. Esta estrategia ha permitido mejorar la detección y curación de los casos. La Región se encuentra en buen camino de alcanzar los indicadores y metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, sin embargo, los resultados actuales han sido fundamentalmente alcanzados en países con altos o medianos ingresos, y con programas nacionales de tuberculosis exitosos de larga data.

Debido a la diferente dinámica de desarrollo de los países y a la aparición de nuevos retos, la cooperación técnica debe contemplar la diversidad de escenarios epidemiológicos, operativos y de desarrollo de los programas nacionales de tuberculosis, priorizando a los más vulnerables, de acuerdo a condiciones de pobreza, incidencia y carga de tuberculosis, respuesta sanitaria, impacto del VIH/SIDA y de la tuberculosis multidrogorresistente. En este contexto, se ha elaborado el *Plan Estratégico del Programa Regional de Tuberculosis 2005-2015*, que enmarca acciones de cooperación diferenciada para optimizar el abordaje del control destinado a mejorar la calidad de atención, promover la participación y movilización social, y facilitar el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El Plan pretende que los Estados Miembros y socios expandan y consoliden la estrategia DOTS y apliquen iniciativas en el marco del DOTS, incluyendo la tuberculosis multidrogorresistente y la asociada al VIH/SIDA, para revertir la incidencia, prevalencia y la mortalidad por tuberculosis.

El *Plan Estratégico Regional de Control de la Tuberculosis 2005-2015* se somete a la consideración del Comité Ejecutivo.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Introducción	3
Situación de la tuberculosis y su control en el mundo y en las Américas	4
Situación a nivel del mundo.....	4
Situación en las Américas	4
La estrategia DOTS.....	6
Impacto del control de la tuberculosis en los objetivos OMS 2005 y de desarrollo del milenio.....	7
Objetivos de desarrollo del milenio	8
Situación de la Región de las Américas frente a las metas.....	8
"Plan Estratégico del Programa Regional de Tuberculosis 2005-2015"	10
Propósito	10
Objetivo general.....	10
Objetivos específicos	10
Principales metas	11
Líneas de trabajo del plan	11
Recursos institucionales, económicos y humanos	12
Referente a los socios y movilización de recursos.....	15
Intervención del Comité Ejecutivo	15

“Lanzamiento del Plan Estratégico del Programa Regional de Tuberculosis 2005 – 2015”

Introducción

1 La tuberculosis, enfermedad producida por el *M. Tuberculosis*, es prevenible y curable, sin embargo, sigue produciendo dolor, sufrimiento y muerte entre los habitantes de las Américas. Solo se necesita diagnosticar oportunamente a los enfermos y tratarlos hasta la curación, para disminuir la transmisión del bacilo en la comunidad. Sin embargo, su control encuentra dificultades ligadas a la accesibilidad de la población a una red de servicios sanitarios que no represente costo para el paciente, la oportunidad en la consulta y diagnóstico, la adherencia del enfermo al tratamiento prolongado, y al soporte familiar y comunitario, ambos frecuentemente ausentes por el estigma social asociado a la enfermedad.

2 La situación de los enfermos con tuberculosis que no acceden a los establecimientos sanitarios es triste, con riesgo de muerte para el 80% de los mismos, sufrimiento y dolor por varios años de enfermedad y aparición de nuevos casos de tuberculosis en la familia y la comunidad. Como promedio un enfermo no tratado contagia una persona por mes, pudiendo sumar un solo paciente entre 24 a 96 nuevos infectados, 10% de los cuales desarrollará la enfermedad durante su vida.¹ Esta situación se ve agravada por el VIH/SIDA, que incrementa el riesgo de enfermar por tuberculosis entre 5% y 15% por año en las personas coinfectadas.² Si los enfermos consultan a servicios de salud que no aplican normativas de los Programas Nacionales de Tuberculosis (PNT), en muchos casos son sometidos a tratamientos irregulares, de alto costo, con riesgo de padecer de la Tuberculosis Multidrogorresistente (TB-MDR).

3 Debe destacarse la asociación íntima de la tuberculosis a determinantes sociales generados por las diversas dinámicas sociales y económicas en el desarrollo de los países, que producen gran inequidad entre y dentro las naciones, entre y dentro los pueblos; por el incremento de la pobreza, la exclusión social y la discriminación para citar algunos ejemplos. Factores que predisponen a las poblaciones más desfavorecidas de una comunidad a la infección y enfermedad por tuberculosis y crean barreras de acceso a la atención de salud de calidad.

¹ Caminero Luna, Jose A. Guía de la Tuberculosis para Médicos Especialistas. Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. Francia, 2003

² Ravigliani MC, Harries AD, Msiska R, Wilkinson D, Nunn P. Tuberculosis and HIV: current status in Africa. AIDS 1997; 11 (Suppl B): S115-S123.

Situación de la tuberculosis y su control en el mundo y en las Américas

Situación a nivel del mundo

4 La tuberculosis continúa siendo un problema mayor de salud pública en el mundo. La OMS³ estimó que en el 2003, se produjeron 8.8 millones de casos de tuberculosis y 1.7 millones de muertes por tuberculosis.

5 La tasa media de éxito de tratamiento de pacientes tratados el 2002 fue de 82%, siendo inferior la notificada en África y Europa, atribuida en parte a la coinfección TB/VIH y a la fármaco resistencia.

6 La tendencia de la tasa de incidencia de tuberculosis es descendente o estable en cinco de las seis regiones de la OMS, pero aumentó en todo el mundo a razón de 1,0% año. Este incremento se debió a África por la alta infección VIH. De no ser por las tendencias adversas que se observan en África, las tasas de prevalencia y mortalidad estarían disminuyendo en el mundo.³

Situación en las Américas

7 En la Región de las Américas, durante el año 2003 se notificaron 227.551 casos de tuberculosis, de los cuales 130.877 correspondieron a formas pulmonares con baciloscopia positiva (TBP+), con tasas de notificación de casos de 26 y 14 por 100.000 habitantes respectivamente. De acuerdo a estimaciones de la OMS, se captó el 61% de los casos en todas sus formas y el 76% de TBP+.

8 Para el mismo año, se estimó que murieron por tuberculosis 53.800 personas correspondiendo a un promedio de 6 por 100.000 habitantes en la Región; con variaciones desde 71 muertes para Haití a menos de 1 por 100.000 habitantes para Estados Unidos de América.⁴ La tuberculosis en los países más afectados representa una de las principales causas de muerte.

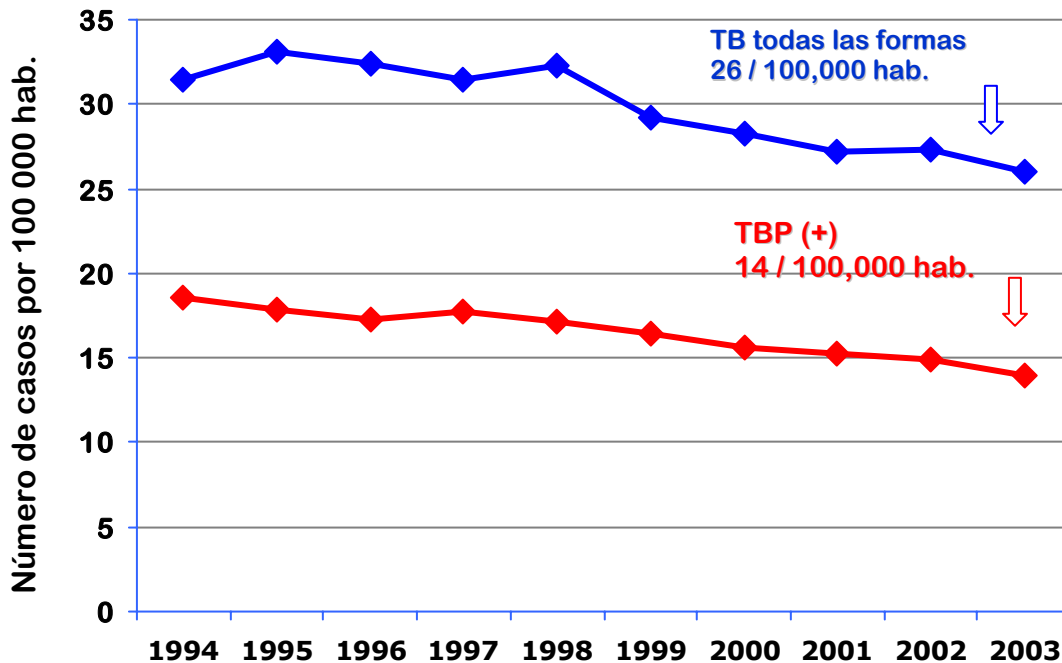
9 La tendencia de la incidencia, de 1994 al 2003, es ligeramente descendente de 1.6% anual para tuberculosis todas las formas y 2.6% anual para TBP+ (figura 1). Tendencia atribuida fundamentalmente a la disminución de casos en: Brasil, Chile, Costa

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

⁴ CDC. Reported Tuberculosis in the United States, 2003. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, CDC, September 2004.

Rica, Cuba, Estados Unidos y Perú. Correspondiendo a Brasil y el Perú el 50% de la notificación de los casos de la Región.³

Figura 1. Tasa de incidencia notificada de tuberculosis en la región de las Américas (1994 – 2003)



10 El análisis diferenciado por países muestra una heterogeneidad en la carga de la tuberculosis:

Tabla 1 Tasa de incidencia de tuberculosis estimada por 100.000 habitantes, 2003

> 85	>50-84	25-49	<24
Bolivia	Belice	Argentina	Caribe inglés
Ecuador	Brasil	Bahamas	Chile
Guyana	Colombia	México	Costa Rica
Haití	El Salvador	Panamá	Cuba
Perú	Guatemala	Uruguay	Canadá
República Dominicana	Honduras	Venezuela	EUA
	Nicaragua		Puerto Rico
	Paraguay		
	Surinam		

11 La incidencia de TBP+ en la Región, desde 1994, afecta de manera predominante a la población joven y masculina; con 60% de los casos comprendidos entre 15 a 44 años.

12 La coinfección TB/VIH y la tuberculosis multirresistente a fármacos antituberculosos (TB-MDR) están presentes en todos los países:

- La mayoría presentan epidemias VIH/SIDA concentradas o generalizadas, destacando con epidemias generalizadas países con alta carga de tuberculosis como: Guatemala, Guyana, Haití, Honduras y República Dominicana. , y.
- La TB-MDR primaria se constituye en un serio problema, fundamentalmente en países como Ecuador, Guatemala, Perú y , República Dominicana que presentan tasas de MDR superior al 3% de los casos nuevos de tuberculosis⁵.

La estrategia DOTS

13 La estrategia DOTS (por sus siglas del inglés “Directly Observed Treatment Short Course Therapy”), es la Estrategia internacionalmente aceptada para el control de la tuberculosis y ha sido calificada como una de las intervenciones más costo-efectivas de salud pública.⁶ Esta compuesta por 5 elementos técnicos-gerenciales.⁷

- Compromiso político para el control de la tuberculosis;
- Diagnóstico bacteriológico de calidad y accesible a la población;
- Dotación permanente de medicamentos de calidad certificada;
- Tratamiento con esquemas acortados estandarizados y toma de la medicación directamente observada;
- Sistema de registro e información para el monitoreo y evaluación de las intervenciones.

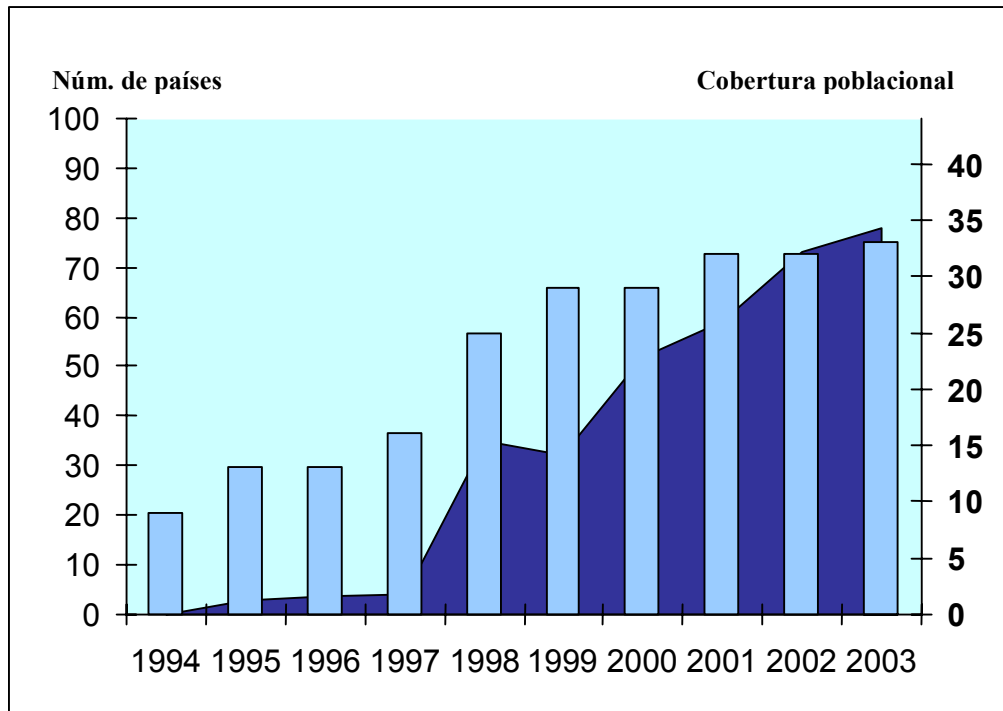
14 Para el 2003, la estrategia estuvo implementada en 33 países, con diferentes niveles de cobertura (figura 2), como consecuencia de la misma, se mejoraron los resultados de notificación de los casos y del éxito del tratamiento. Los resultados de tratamiento de los caso de TBP+ nuevos, en áreas de la estrategia DOTS, se ha incrementado de 77% de éxito al tratamiento en la cohorte de 1994 a 81% el 2002.

⁵ TB MDR Surveillance Report, Anti-tuberculosis drug resistance in the world report no. 3, Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/TB/2004.343)

⁶ Murray CJL, Styblo K, Rouillon A. Tuberculosis in developing countries: burden, intervention and cost. Bull Int Union Tuberc Lung Dis, 1990, 65:2-20.

⁷ ¿Qué es el DOTS? Una guía para la comprensión de la estrategia de control de la tuberculosis recomendada por la OMS conocida como DOTS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS/CDS/CPC/TB/ 99.270)

Figura 2. Expansión de la estrategia DOTS en las Américas, porcentaje de cobertura poblacional y número de países aplicando la estrategia. 1994-2003.



Impacto del control de la tuberculosis en las metas mundiales del control de la tuberculosis para el año 2005 y los Objetivos de Desarrollo del Milenio

15 La OMS ha alertado permanentemente al mundo sobre el impacto negativo de la tuberculosis en el desarrollo económico y social de los países, a través de las resoluciones emanadas en las *Asambleas Mundiales de la Salud*, como por ejemplo la WHA44.8 de 1991, que solicitó a los Estados Miembros otorgar “alta prioridad al control de la tuberculosis” y lanzó las metas de: detección del 70% de casos con baciloscopia positiva y de curación del 85% de los mismos; la WHA 46.36 en 1993, que recomienda la Estrategia DOTS con sus 5 componentes como herramienta de control.

16 Las mismas fueron respaldadas por *resoluciones del Consejo Directivo de la OPS y Consejo Ejecutivo de la OMS*, entre las que se cita la CD39.20 en 1996 que declaró la tuberculosis como “prioridad sanitaria” convocó y comprometió a los gobiernos de los países a dar prioridad a su control y la 114.^a Sesión del Consejo Ejecutivo de la OMS en 2004, que alertó acelerar el progreso hacia las metas: detectar el 70% de casos nuevos infecciosos y tratar con éxito al 85% de estos, para alcanzar los ODM; mejorar la

colaboración entre los programas de VIH y tuberculosis e implementar y fortalece estrategias para un control efectivo de la TB-MDR.

17 Resoluciones que han contribuido a la construcción de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Objetivos de Desarrollo del Milenio

18 En septiembre 2000, todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas acordaron ocho objetivos básicos de desarrollo con la aspiración de alcanzarlos en 2015. El Objetivo 6 destinado a “Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades” establece la Meta 8: “*Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves*” con los indicadores específicos para tuberculosis: Indicador 23, de reducir a la mitad la prevalencia y mortalidad por tuberculosis, y el Indicador 24; de detectar el 70% de los nuevos casos bacilíferos y tratar exitosamente 85% de estos bajo DOTS.

Situación de la Región de las Américas frente a las metas

19 Frente a las metas mundiales de la OMS lanzadas en la 44.^a Asamblea Mundial de la Salud, para alcanzar en 2005:

- Al 2003, se detecta el 76% de los casos contagiosos, sin embargo, solo el 50% bajo DOTS, con el 26% restante en servicios públicos no DOTS. Se trata exitosamente a 81% de estos casos.

Se estima que se alcanzará la meta de tratamiento y se notificará cerca al 70% de los casos bajo DOTS a finales del 2005.

20 Frente a las metas 2015, Objetivos de Desarrollo del Milenio: “*Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves*”.

- De acuerdo a estimaciones de OMS,³ la incidencia ya comenzó a disminuir desde 1990, de 66 a 43 por 100.000 habitantes para el 2003.

21 Notándose que existe una disminución discreta de la incidencia en los siguientes países: Belice, Bolivia, Colombia, Ecuador, Haití, Paraguay y Venezuela.

22 Respecto a las *metas de prevalencia y mortalidad por tuberculosis*, la Región al 2003 presenta la siguiente situación:

	Línea de Base (1990)	2003	Meta (2015)
Prevalencia TB *	100	58	50
Mortalidad TB *	10	6	5

(*) Tasas por 100,000 habitantes

22 Posicionando a la Región, se encuentra próxima a las metas de los ODM; sin embargo, se debe enfatizar que los resultados actuales han sido fundamentalmente logros alcanzados en países con altos o medianos ingresos, con programas nacionales de tuberculosis (PNT) exitosos de larga data y disminución sostenida de sus indicadores.

23 La disminución necesaria para alcanzar los ODM, del 2003 al 2015, dependerá de los países de medianos o bajos ingresos y con alta prevalencia o carga de tuberculosis, debiendo tomarse en cuenta que algunos de ellos están sometidos a inestabilidad política-social, empobrecimiento y rápida propagación del VIH/SIDA.

24 El análisis de los datos permite concluir que desde 1996 al 2003 se obtuvieron grandes logros que deben ser protegidos, sin embargo, quedan algunos inconclusos y otros por alcanzar, en consecuencia el Programa Regional de Tuberculosis, orientará sus políticas de control en el periodo 2005 – 2015 (Plan Estratégico Regional)a:

- a) **Proteger** la *sostenibilidad de la expansión exitosa de la estrategia DOTS*, en 16 países de la Región. Protección que debe priorizar países de medianos o bajos ingresos económicos con alto riesgo de tuberculosis como: Bolivia, Guatemala, Nicaragua y Perú.
- b) **Proteger** el abastecimiento regular de medicamentos en todos los países.
- c) **Expandir** la estrategia DOTS en países con coberturas bajas.
- d) **Expandir** iniciativas dentro el DOTS destinadas a *mejorar el acceso al control de poblaciones marginales*.
- e) **Expandir** actividades de colaboración entre los Programas de *Tuberculosis y VIH*.
- f) **Expandir** el tratamiento en el marco de DOTS de la *TB-MDR*.
- g) **Fortalecer** la *formación de recursos humanos*, la investigación operativa y epidemiológica.

- h) **Enfrentar nuevos retos** como *el debilitamiento del sector sanitario*, reformas de salud, determinantes sociales cambiantes y el espectro heterogéneo de la situación de la tuberculosis en las Américas, a través de:
- Implementar la estrategia DOTS en países aun sin DOTS.
 - Implementar iniciativas que permitan mejorar la calidad de atención como el PAL (del inglés “Practical Approach to Lung Health”), e incorporar a todos los prestadores públicos y privados (iniciativa PPM del inglés “Public-Private Mix”).
 - Implementar y/o fortalecer la comunicación social, para obtener la participación y movilización social, y el compromiso político.

“Plan Estratégico del Programa Regional de Tuberculosis 2005 – 2015”

Propósito

25 Se han realizado grandes avances en el control de la tuberculosis en la Región, sin embargo, debido a la diferente dinámica de desarrollo de los países y a la aparición de nuevos retos, hacen que la cooperación técnica deba enmarcarse en la diversidad de escenarios epidemiológicos, operativos y de desarrollo de los PNTs, priorizando a los mas vulnerables en los diferentes contextos como: condiciones de pobreza, incidencia y carga de tuberculosis, respuesta sanitaria, impacto del VIH/SIDA y de la TB-MDR.

26 Con tal propósito se elabora el Plan Estratégico Regional, en consenso con los expertos de todos los países de la Región (jefes de los PNTs), que enmarque acciones de cooperación diferenciada para optimizar el abordaje del control con iniciativas dentro la estrategia DOTS que mejoren la calidad de atención, la participación y movilización social, caminando hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Objetivo general

27 Los Estados Miembros y Socios expanden y consolidan la estrategia DOTS y aplican iniciativas delineadas dentro el DOTS, incluyendo la MDR-TB y la tuberculosis asociada al VIH/SIDA, para revertir la incidencia, prevalencia y la mortalidad por tuberculosis.

Objetivos específicos

- Extender, consolidar y/o profundizar la estrategia DOTS/TAES.
- Disminuir la incidencia de la tuberculosis y VIH en poblaciones afectadas por ambas enfermedades.

- Fortalecer las redes de laboratorios de tuberculosis para garantizar diagnóstico y control oportuno y de calidad.
- Facilitar la implementación del manejo integral de la TB-MDR dentro el DOTS (estrategia DOTS-Plus)
- Promover el uso de estrategias de Comunicación para el Cambio de Comportamiento (CCC) por los PNTs.
- Promover la elaboración y aplicación de estrategias para el desarrollo de recurso humanos en el control de la tuberculosis en los países.

Principales metas

- La Región notifica más del 70% de los casos nuevos TBP+ y cura el 85% de los mismos para el 2005 (metas OMS).
- La Región revierte la incidencia de tuberculosis en todos los países y disminuye al 50% la mortalidad y la prevalencia el 2015 respecto a la de 1990.

Líneas de trabajo del plan

Extender, consolidar y fortalecer la estrategia DOTS en los países de la Región.

28 Línea destinada a implementar, expandir, fortalecer y/o sostener la estrategia DOTS. Trabajo a desarrollar con un abordaje multisectorial, y en función de la estratificación de países de acuerdo a la tasa de incidencia de tuberculosis y a la cobertura de la estrategia DOTS al 2003. Se introducirá nuevas iniciativas ya descritas, incluyendo la eliminación de la tuberculosis, la cooperación horizontal entre países y la incorporación de socios y nuevos actores.

Implementar y/o fortalecer actividades de colaboración entre los PNTs y PNS con vigilancia de la coinfección TB/VIH.

29 Se brindará cooperación de acuerdo a estratificación en función del estado de la epidemia VIH y carga de tuberculosis, para identificar acciones inmediatas y de mediano plazo. Implementando el manejo integral TB/VIH en la atención primaria y comunitaria (estrategia paso a paso), facilitando el acceso a antiretrovirales (Iniciativa “3x5”) y vigilando sistemáticamente la coinfección dentro la vigilancia regular de tuberculosis/HIV.

Fortalecer la red de laboratorios y la vigilancia de la fármaco-resistencia en los países de la Región.

30 Línea destinada a mantener al laboratorio de la tuberculosis como prioridad. Se trabajará en la normalización, el cumplimiento de estándares técnico-operativos en las redes y certificación de los laboratorios nacionales de los países. Se abordará el mejoramiento de la gestión y de la utilización del cultivo; se introducirán nuevas técnicas y la vigilancia de la TB-MDR. A nivel supranacional se conformará la “Red supranacional de laboratorios” con participación de los laboratorios supranacionales y centros colaboradores.

Implementar y/o extender la estrategia DOTS-Plus especialmente en países con alta carga de TB-MDR.

31 Dirigida al manejo integral bajo DOTS (atención de calidad de los enfermos) de los pacientes TB-MDR–normas, medicamentos de calidad-, con un abordaje preventivo.

Incentivar y asesorar la implementación de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento en la población, así como la participación y movilización social.

32 Fundamentalmente destinada al incremento de la demanda de atención sanitaria (a la consulta y diagnóstico temprano, y a la adherencia al tratamiento), a la desestigmatización de la enfermedad a la incorporación de la comunidad para obtener la movilización social, y la abogacía que posicione al control de la tuberculosis como una prioridad en las políticas de salud.

Apoyar políticas de formación de recursos humanos en salud.

33 Apoyando políticas de recursos humanos y construyendo capacidades dirigidas a incrementar la oferta de servicios de calidad, contribuyendo al fortalecimiento de sector sanitario.

Recursos institucionales, económicos y humanos

34 Los diferentes recursos con los que cuenta la Región al 2005 son:

Recursos institucionales

a) Laboratorios supranacionales de referencia:

- Laboratorio Estatal de Massachussets, Estados Unidos
- Laboratorio de Micobacteriología / Tuberculosis, CDC, Atlanta, Estados Unidos

- Instituto de Salud Pública de Chile
- Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas de Argentina
- Instituto Nacional de Referencia Epidemiológica de México

35 Estos laboratorios constituyen la Red Supranacional de Laboratorios, encargados de la normalización de técnicas en uso, la calificación de laboratorios nacionales, supervisión y monitoreo de las Redes de Laboratorios

b) *Centros Colaboradores de OPS/OMS:*

- Instituto Pedro Kouri, Cuba
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, “Emilio Coni”, Argentina

36 Los Centros colaboradores dan apoyo en la formación de recursos humanos, actividades de investigación clínica, epidemiológica y operacional, comunicación social y difusión e intercambio de información mediante publicaciones regionales. A partir del 2005 serán incorporados en la Red Supranacional de Laboratorios.

37 *Caribbean Epidemiological Center (CAREC)* en Puerto España, Trinidad y Tobago que proporciona apoyo en la vigilancia de la tuberculosis, así como monitoreo y supervisión a los laboratorios de micobacterias en los Países Miembros de CAREC.

38 *Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME)*, en Sao Paulo, Brasil, que apoya en la promoción de la cooperación técnica en información científico técnica en salud con los países y entre los países de América Latina y el Caribe.

Recursos financieros

39 En el bienio 2004-2005, el Programa Regional de Tuberculosis contó con cerca de US\$ 2,000,000 para el control de la tuberculosis, de los cuales el 27 % correspondía a fondos propios de la Organización (fondos regulares). Se anticipa que estos recursos financieros van a sufrir una disminución del 45% en el bienio 2006-2007. Los recursos regionales, procedentes de la cooperación bilateral, también sufrirán un descenso por el cambio en las prioridades de los donantes. La disminución de recursos disponibles para el próximo bienio va a generar brechas importantes para el cumplimiento del Plan Estratégico Regional. El Programa Regional de Tuberculosis está planificando estrategias para la movilización de recursos.

40 A nivel de país, durante el pasado bienio, OPS movilizó un total de \$1,897,000 para el control de la tuberculosis en países priorizados, procedentes de la cooperación multilateral y bilateral.

41 A través del *Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria* (GFATM por sus siglas en inglés), once países de la Región hasta este momento han tenido éxito en las propuestas de tuberculosis, obteniendo cerca de \$83 millones. Estos proyectos se enmarcan en el periodo de 2003 a 2009. En la tabla 2 se muestran los proyectos del Fondo Mundial aprobados en la Región.

Tabla 2. Proyectos del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, Tuberculosis y la Malaria, componente de tuberculosis. Región de las Américas, abril de 2005.

	Periodo 2 primeros años	Cantidad2 primeros años, US\$	Totalidad del proyecto US\$
Bolivia	Jul 2004- Jul2006	2.381.646	5.688.896
Ecuador	Pendiente firma	-	16.353.319
El Salvador	Oct2003-Oct2005	1.918.344	3.373.959
Guyana	Pendiente firma	-	1.351.730
Haití	Jun2004-Jun2006	8.131.836	14.665.170
Honduras	May2004-May2005	3.790.500	6.597.014
Nicaragua	Oct2003-Oct2005	1.271.820	2.853.065
Panamá	Feb2003-Feb2005	440.000	570.000
Paraguay	Oct2004-Oct2006	1.194.902	2.799.545
Perú	Nov2003-Nov2005	20.153.818	24.228.179
República Dominicana	Aug2004-Aug2006	2.636.816	4.611.816

Recursos humanos

Recursos humanos para asesoría al Programa Regional de Tuberculosis

42 Durante el presente año se constituirá el Comité Técnico Asesor con el objetivo de contar con una visión técnica independiente que revise y asesore las políticas, estrategias y planes de acción del Programa Regional de Tuberculosis, y monitoree y evalúe el grado de alcance de las metas para mejorar el desempeño del Programa. El Comité Técnico Asesor estará formado por expertos de prestigio internacional y regional que representan a los principales socios técnicos y financieros, así como de los países de mayor carga de tuberculosis de la Región (Brasil, Perú y México).

43 Los recursos humanos específicos para tuberculosis resultan insuficientes para dar respuesta a los objetivos y actividades del Plan Estratégico Regional, por consiguiente, se está abogando a diferentes instancias para obtener un mayor apoyo dentro del Programa Regional de Tuberculosis, dentro de las áreas técnicas de laboratorio y tuberculosis multidrogorresistente.

Referente a los socios y movilización de recursos

44 La Alianza Mundial Alto a la Tuberculosis, establecida en la primera reunión del Comité adjunto sobre la Epidemia de Tuberculosis convocado por la OMS (Londres, 1998), es un movimiento social mundial contra la tuberculosis, que plantea la necesidad de un abordaje multisectorial y busca nuevas oportunidades para trabajar con socios y aliados.

45 La Alianza Mundial Alto a la Tuberculosis tiene por objetivo fomentar el desarrollo de alianzas regionales y nacionales, movilización de recursos y financiación del plan mundial, integrar la tuberculosis en 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.

46 En la Región de las Américas, se está preparando la formación del Comité Alto a la Tuberculosis Regional, en cuya base estarán los socios técnicos y financieros que desarrollan sus actividades en la Región. La OPS tratará activamente de incorporar nuevos socios y aliados potenciales. La misión de este Comité será asegurar un compromiso regional para la ejecución del Plan Estratégico Regional, que incluya la movilización de recursos, abogacía para el compromiso político y social, elaboración de estrategias y coordinación de esfuerzos entre socios. Se nominará un embajador(a) de la tuberculosis, quien será la imagen pública que abogará ante la sociedad para la lucha contra la tuberculosis en las Américas.

47 La OPS apoya la instalación de comités Alto a la Tuberculosis a nivel nacional; el 2004, se realizaron lanzamientos de los comités nacionales de Alto a la Tuberculosis/Alto a la Tuberculosis de México y Brasil.

Intervención del Comité Ejecutivo

48 Se solicita al Comité Ejecutivo que ratifique al control de la tuberculosis como una prioridad en las políticas de salud, considerando el Plan Estratégico Regional de Control de la Tuberculosis 2005-2015, y manifieste sus consideraciones sobre las posibilidades de elaboración de planes estratégicos en niveles nacionales coherentes con el plan regional, que contribuyan para que la Región alcance los Objetivos de Desarrollo del Milenio.