

Tuberculosis



OPS/OMS/HCP/HCT/TUB

Dr. Jong-Wook Lee nominado para Director General de OMS



El Dr. Jong-Wook Lee ha sido nominado por el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud para el puesto de Director General del Organismo. El Director General es el funcionario técnico administrativo de mayor rango en la OMS y fija

la política para el trabajo internacional de salud de la Organización.

Nacido el 12 de abril de 1945, en Seúl, República de Corea, el Dr. Lee recibió su título de Médico (M.D.) en la Universidad Nacional de Seúl y una Maestría en Salud Pública en la Universidad de Hawai. Ha trabajado en la OMS por 19 años en las posiciones técnicas, de gestión y de política, conduciendo en particular la lucha contra dos de los retos mayores para la salud y el desarrollo: la tuberculosis y enfermedades prevenibles por vacunación. Después de dirigir el Programa Mundial de Vacunas e Inmunización de la OMS y sirviendo de Asesor Superior de Política, en el año 2000 se convirtió en Director del programa STOP TB, una coalición de más de 250 socios internacionales incluidos los Estados Miembros de la OMS, los donantes, las organizaciones no gubernamentales, la industria y las fundaciones. El Dr. Lee habla el inglés, coreano y japonés, y lee el francés y el chino.

Los 32 miembros del Consejo Ejecutivo de OMS, presidido por el

profesor Kyaw Myint, el día 26 de Febrero escucharon las ponencias orales de la visión de cada candidato sobre las prioridades futuras y los retos para la Organización y formularon preguntas a los aspirantes. Al día siguiente fueron sometidos a votación los cinco candidatos de la lista final. Según se especificaba en una resolución del Consejo (sesión 97^o) “el candidato propuesto debe tener: amplios antecedentes técnicos en salud pública y vasta experiencia en la salud internacional; competencia en el manejo de organizaciones; pruebas históricas comprobadas sobre el liderazgo en salud pública; sensibilidad por las diferencias culturales, sociales y políticas; un fuerte compromiso con el trabajo de la OMS; la buena condición física requerida a todo funcionario de la Organización; y la habilidad suficiente del funcionario en al menos uno de los idiomas de trabajo del Consejo Ejecutivo y de la Asamblea Mundial de Salud.” Esta nominación se presentará para su aprobación a la 56^a Asamblea Mundial de la Salud programada para reunirse en Ginebra (19-28 de mayo de 2003).

El Dr. Lee sustituirá a la Dra. Gro Harlem Brundtland, quién en Agosto del año pasado decidió no postularse para un segundo término. El nuevo Director General asumirá el cargo y

Contenido

- **Dr. Jong-W. Lee nominado Director General de la OMS**
- **Día Mundial de Tuberculosis, 24 de Marzo de 2004**
- **Evaluación epidemiológica de la TB en la Región de las Américas**
- **Resultados de la 2da. Ronda del Fondo Mundial para SIDA, TB y malaria (FMSTM)**
- **Anexo 1: Categoría y proporción de los casos TB**
- **Anexo 2 y 3: Tablas Indicadores operacionales DOTS/NO DOTS**



comenzará su período de cinco años el 21 de julio de 2003.

Día Mundial de Tuberculosis, 24 de Marzo de 2003

Justificación

- La TB sigue provocando la muerte a aproximadamente dos millones de personas al año, en todo el mundo. La estrategia del tratamiento bajo DOTS/TAES cura a los pacientes, salva las vidas, previene la propagación de la farmacoresistencia y reduce la transmisión de enfermedades, no obstante, según los cálculos de la OMS basados en los datos de 2001, sólo el 30% de los casos de TB activa están diagnosticándose y tratándose con los programas de TB y la estrategia DOTS/TAES. Las metas mundiales, el 70% de la detección de los casos y el 85% de curación de los enfermos detectados, deben alcanzarse para el año 2005 a fin de reducir a la mitad la prevalencia de TB y la mitad de las defunciones para el año 2010. Por consiguiente, acelerar la detección de los casos TB es fundamental.
- El Día Mundial de TB puede desempeñar una función crucial al aumentar la conciencia sobre los síntomas, diagnóstico, tratamiento de la TB y la importancia del control eficaz de la enfermedad. También tiene el potencial para aumentar significativamente las tasas de detección de casos mediante la educación, construcción de la conciencia y la movilización social que aumenta la sensibilización de los ciudadanos.
- Podemos aumentar la repercusión de nuestras actividades al extenderse una lucha contra la TB más allá del Día Mundial de la TB, al resto del año.

Objetivos para la campaña de comunicación en el 2003:

- a) Educar al público en general en los síntomas y tratamiento de la TB;
- b) Alentar a los ciudadanos para que se examinen en un servicio de salud si tienen síntomas de la TB;
- y c) Persuadir al pueblo que cumpla plenamente con la estrategia del tratamiento supervisado según el DOTS/TAES.

Debemos trabajar para alcanzar estos objetivos a lo largo del año con diferentes actividades, forjando su base en el tema del Día de TB Mundial del 2003 *"El tratamiento DOTS/TAES me curó: ¡También lo curará a Ud!"*

Estrategias de Comunicación

En general, tenemos conocimiento que en muchos países el público es más receptivo a los mensajes auditivos sobre la TB, provenientes de personas curadas de esa enfermedad, porque son miembros de la comunidad, tienen la experiencia personal con la enfermedad y son la prueba evidente respecto a que la TB puede curarse. Por eso creemos que los **pacientes curados con TB** son los mejores partidarios del control de la TB.

Por consiguiente, la campaña de este año se centrará en lograr la transformación de los pacientes curados con TB, en los defensores y divulgadores de la TB. Dándoles a los pacientes curados con TB la autoridad y la oportunidad de divulgar sus historias con el apoyo de los socios de TB; los programas nacionales y las organizaciones no gubernamentales promoverán a otros potenciales enfermos de TB, para que sean diagnosticados y curados. Se deben crear las oportunidades a fin de que los pacientes expongan sus experiencias en el nivel local, nacional y mundial.

A nivel mundial y nacional, identificaremos a personas de relieve internacional como embajadores de la TB. Su función impulsará la acción entre la población con riesgo de enfermar por TB, pero también ayudará a superar el estigma social asociado con la enfermedad.

El público destinatario primario durante Día de TB Mundial y campañas relacionadas en 2003 será el pueblo con TB y las comunidades en las cuales viven. La audiencia secundaria es política y los encargados de adoptar las decisiones, las organizaciones no gubernamentales, las empresas y otros socios potenciales. Dirigirse a los países de alta carga TB es una prioridad, aunque los países donantes recibirán información pero habrá menos apoyo para el desarrollo de las campañas. A los socios de TB en los países donantes también se les alienta a que crean nuevas alianzas y el trabajo colaborativo.

Mensajes claves de la campaña

Para países con alta carga de TB y campañas regionales

- Si usted tiene tos persistente, fiebre y sudores nocturnos por más de tres semanas, usted debe ser examinado para detectar la TB.
- Cualquier persona puede contraer la TB, ya sea rico o pobre, joven o viejo, hombre o mujer.
- La tuberculosis es curable por medio de DOTS/TAES, la estrategia de control de la tuberculosis internacionalmente recomendada.
- El tratamiento con DOTS/TAES es gratuito en los establecimientos de salud del gobierno. (Nota: ¡adaptar este mensaje según convenga—es decir a incluir a los socios privados quién ofrecen DOTS/TAES, etc.)
- Si usted se curó de la TB, su voz es crucial al dejar a los pacientes de TB saben!

Para campaña mundial y países donantes

- En el 2003 se celebra el 10o aniversario de la TB siendo declarada como “Emergencia Mundial” por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta es la única emergencia declarada por la OMS que se mantiene vigente hasta la fecha.
- Según cálculos de la OMS, para marzo de 2003, 10 millones de pacientes con TB habrán sido tratados con DOTS/TAES, un hito que se conmemorará en el Día Mundial de la TB, conjuntamente con el 10o aniversario de la declaración: “TB Emergencia Mundial”.
- Cada año, dos millones de personas muere por TB, más que nunca en su historia y a pesar de que la TB es curable: DOTS/TAES, la estrategia recomendada internacionalmente cura a los pacientes, salva sus vidas y previene la transmisión de la enfermedad.-
- Solamente el 30% de los enfermos con TB reciben el tratamiento en condiciones de la estrategia DOTS/TAES. Incrementar los recursos financieros y el compromiso político son factores esenciales para expandir la estrategia DOTS/TAES y alcanzar las metas propuestas para el 2005.

Evaluación epidemiológica de la TB en la Región de las Américas

En el año de 2001, los países de la Región notificaron a OPS/OMS 229,860 casos de todas las formas de tuberculosis, con una tasa de 27.3 y los pacientes bacilíferos (BAAR+) fueron 129,527 tasa de 15.4 por 100,000 habitantes respectivamente. **En comparación con el total de casos notificados en el 2000, se observó una ligera disminución del 1.6%**, mientras que los enfermos nuevos con baciloscopia positiva fueron similares a la captación del pasado año. En la tabla presentada abajo, se pueden observar las tasas de incidencia y las proporciones de las diferentes categorías de los casos TB, **según su ingreso a los establecimientos de salud.**

**Notificación de casos TB según categorías
Porcentaje y tasas por 100.000 hab.
Región de las Américas. Año 2001**

Categoría	Nro. de casos	%	Tasa
Todas formas	229.860	100%	27,3
BAAR (+)	129.527	56,3	15,4
BAAR (-)	37.511	16,3	4,5
No BAAR	16.567	7,2	1,9
Extra Pulm	31.296	13,6	3,7
Recaídas	10.773	4,7	1,3
Sexo Mas.	139.168	60,5	
Sexo Fem.	90.747	39,5	

Fuente: Informe anual de los PNT de países

Organización Panamericana de la Salud 2001

Analizando con mayor profundidad las diferentes categorías de ingreso al PNT, llamó mucho la atención las considerables **proporciones de casos con baciloscopia negativa, en relación al promedio regional (16.3%)**. En la tabla respectiva, se destaca la situación de Panamá, Haití, Jamaica, Honduras, República Dominicana y EE.UU. El aspecto mencionado podría estar relacionado con diferentes situaciones, tales como: a) No indicación del examen por parte del médico consultante; b) limitaciones en la capacidad de diagnóstico por la red de laboratorios; c) la co-infección del VIH/SIDA/TB, o bien por; d) consideraciones clínicas muy particulares, como sucede en los EE.UU. Recomendamos que los países mencionados estudien las causas de esta situación.

Otra preocupación no menos importante, la constituye la proporción de enfermos TB ingresados por los servicios de salud sin haber sido examinado

por un seriado de baciloscopía, tal como ocurre en Paraguay, Argentina, Panamá, Puerto Rico y Brasil.

BAAR negativo en países seleccionados		BAAR no realizado en países seleccionados	
REGIONAL	16,3%	REGIONAL	7,2 %
Panamá	34,7	Guyana	31,5
USA	33,2	Paraguay	28,6
Haití	30,8	Argentina	23,3
Jamaica	30,6	Panamá	18,6
Honduras	27,9	Puerto Rico	14,9
Rep. Dominicana	23,9	Brasil	10,8
		USA	11,6

Organización Panamericana de la Salud 2001

Categorías de: Recaídas y extra pulmonar

Otra particularidad del comportamiento de la TB en los diferentes países está centrada en la proporción de enfermos que reingresan a los programas con la categoría de **recaídas positivas y los extra pulmonares**. En la siguiente tabla, se puede comprobar que a nivel regional las recaídas las constituyen el 4.7%, no obstante, en Perú, República Dominicana, Chile, Nicaragua, Canadá y EE.UU. la proporción es superior.

Es muy recomendable realizar estudios operacionales para determinar las causas de ese comportamiento epidemiológico, las que podrían estar relacionadas estrechamente con los diferentes esquemas de tratamiento acortado, la supervisión estricta del tratamiento y el creciente problema de VIH/SIDA/TB. Por otro lado, la categoría de extra pulmonar excede el promedio regional (15%) en Chile, Argentina, Costa Rica, Canadá y EE.UU. la que podría explicarse por la capacidad local de otros elementos de diagnóstico y la participación de los especialistas en el diagnóstico, como los pediatras, internistas y neumólogos.

Recaídas en países seleccionados

REGIONAL	4,7%
Perú	11,0
Rep. Dom	11,0
Canadá	6,6
Nicaragua	6,6
Chile	9,7

Extrapulmonares en países seleccionados

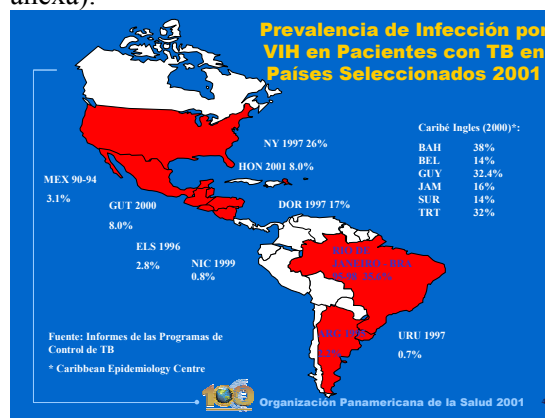
REGIONAL	13,6%
Canadá	32,6
Chile	24,1
USA	20,1
Costa Rica	16,2
Argentina	15,1

Organización Panamericana de la Salud 2001

Comportamiento del TB/VIH

Respecto a la coinfección dual de VIH y TB, se estima que en la Región al menos el 5% de la notificación de los casos TB está relacionada y condicionada por la infección del VIH/SIDA. Los países caribeños de habla inglesa, incluyendo a Guyana, presentan una situación epidemiológica preocupante y muy similar a la de países africanos ubicados al Sur del Sahara. En esa misma situación no se puede excluir a Haití.

La vigilancia epidemiológica del TB/VIH, algunos países: Cuba y Uruguay la llevan a cabo de forma sistemática; otros como Honduras y Nicaragua han efectuado encuestas nacionales representativas y ciertos países realizaron encuestas en puestos centinelas (Guatemala) y en adición, otros llevaron a cabo estudios puntuales en grandes ciudades, como en Río de Janeiro (Ver resultados en la tabla anexa).



Resistencia primaria y MDR-TB

En diferentes ocasiones, el Programa Regional de TB ha informado que hasta el año 2000 se han completado 14 encuestas nacionales para establecer

el grado de resistencia primaria, adquirida y la MDR-TB. También en el bienio de 2001-2002, se ha recomendado la repetición de los estudios en Argentina, Bolivia, Perú y República Dominicana y además obtener recursos de cooperación (proyectos USAID) para llevar a cabo las encuestas en El Salvador, Ecuador, Guatemala, Honduras, Paraguay y República Dominicana.

Resistencia Primaria a Fármacos anti-TB en América Latina, 1994-2001

País	Isonia c%	Rifamp %	Strep %	Eta m %	Rp ^c %	MDR ^d %
Argentina ^a	2.9	1.1	6.6	1.9	---	0.9
Bolivia ^a	10.2	6.0	9.8	5.0	23.9	1.2
Brasil ^a	5.9	1.1	3.6	0.1	8.6	0.9
Colombia ^c	8.5	0.5	10.0	0.5	13.4	1.5
Cuba ^b	0.7	0.0	3.9	0.4	4.6	0.0
Nicaragua ^c	9.4	1.8	8.7	0.7	15.6	1.2
Peru ^c	9.0	4.0	11.7	2.6	18.0	3.0
Rep. Dom. ^a	19.8	16.2	21.1	3.6	40.6	6.6
Chile ^b	3.8	0.7	7.4	0.0	9.0	0.4
Uruguay ^b	0.4	0.4	0.8	0.0	1.7	0.0
Venezuela ^c	1.8	0.5	2.7	0.5	4.1	0.9



Organización Panamericana de la Salud 2001

Cobertura de la estrategia DOTS/TAES

En la Región de las Américas (período de 1990-1995) eran pocos los países que llevaban a cabo la estrategia DOTS/TAES recomendada internacionalmente por OMS y UICITER. Fue a partir de 1996 que los programas nacionales de TB y la unidad de TB/OPS intensificaron los esfuerzos para implantar la estrategia DOTS/TAES en los países que todavía no la aplicaban. Actualmente, se estima que el 66% de la población de la Región recibe las facilidades para tener los beneficios de DOTS/TAES.

Resultados de tratamiento por cohortes (ingresos del 2000)

En el anexo correspondiente, se presenta el análisis de cohorte de acuerdo con los datos de ingreso (pacientes BAAR+ nuevos) en los países que aplican la estrategia DOTS/TAES y de las áreas o países donde todavía no se ha implantado. Hasta la fecha, son pocos los países que han logrado curar \geq del 85% de los enfermos tratados: Cuba, Perú, Uruguay y Honduras. El resto, deben retomar con mucha responsabilidad el cumplimiento de esa meta para el 2005. El éxito del tratamiento en los países y áreas con DOTS/TAES fue igual al 80%, mostrando pocos cambios respecto a la cohorte de 1999,

mientras que las áreas no DOTS/TAES alcanzaron solo el 52%.

Los equipos centrales del PNT de varios países, todavía han presentado dificultades para realizar adecuadamente el análisis de tratamientos por cohortes.

Perspectivas del cumplimiento de las metas de OPS/OMS

A continuación se ofrecen las perspectivas para cumplir con las metas mundiales: *curar como mínimo el 85% de los enfermos ingresados y detectar el 70% del universo estimado*. Con el trabajo conjunto de los ministerios de salud, la comunidad, gobiernos locales, los socios y aliados, las ONGs y con la coordinación Interinstitucional e interagencial, se espera cumplir con ese reto a finales del 2005.

Propuestas por año para alcanzar las Metas de OMS y la Cobertura total de DOTS

2002	2003	2004	2005	> 2005
Belice	Bolivia	Argentina	Rep. Dom.	Brasil
Chile	Costa Rica	México	Ecuador	
Cuba	Guatemala	Paraguay	Colombia	
El Salvador	Panamá		Haiti	
Honduras			Guyana	
Nicaragua			Suriname	
Perú			English	
Puerto Rico			Caribbean	
Uruguay				
EE.UU.				
Venezuela				



Organización Panamericana de la Salud 2001

Resultados de la 2^{da} Ronda del Fondo Mundial para SIDA, TB y malaria (FMSTM)

La unidad regional de TB/OPS se ha involucrada desde su inicio en las actividades del FMSTM, tanto en la primera como en la segunda ronda: disseminando la información pertinente (formularios en diferentes idiomas) participando en la organización de talleres regionales, efectuando asesorías técnicas a los países que la solicitaron y revisando las propuestas nacionales.

En esta ocasión deseamos referirnos a *los resultados publicados sobre las propuestas del componente de TB enviadas por los países y*

aceptadas por el FMSTM. Vale la pena mencionar que las propuestas ganadoras, **lo hicieron en la categoría 2**, lo que significa: aprobación, pero pendiente a realizar aclaraciones al Fondo. En este caso, la Secretaría y el revisor principal se encargarán de obtenerlas y por lo tanto, no será necesario que el Grupo Especial en pleno o la Junta las vuelva a examinar. Los países beneficiados con recursos para 5 años han sido:

1. El Salvador – Tuberculosis (US\$ 3.4 millones)
2. Nicaragua – Tuberculosis (US\$ 2.9 millones)
3. Perú – Tuberculosis (US\$ 5.7 millones)

Lecciones aprendidas en relación a las propuestas de países

Teniendo en cuenta que las propuestas llegan al Programa Regional con muy poca antelación a su fecha de entrega a Ginebra, que en muchos casos no permite incluir nuestras sugerencias, consideramos necesario recomendar algunos puntos en base a nuestra experiencia.

Recomendaciones

1. Recibir con antelación las futuras propuestas de los países (3^{ra} ronda del FMSTM), con el fin de contar con suficiente tiempo para su revisión y mejorar los documentos elaborados en base a los requerimientos del FMSTM.
2. Participar en la *revisión de las propuestas aceptadas en la 2^a vuelta*, sujetas a modificaciones (Países aprobados en el grupo 2).
3. Prever y articular de antemano, el apoyo para la *preparación de propuestas futuras en la 3^a ronda*, introduciendo las lecciones aprendidas a nivel regional.
4. Prestar apoyo técnico a la ejecución de proyectos, colaborando en el *desarrollo de planes de implantación*.
5. Apoyar a los países en la *elaboración de los planes de seguimiento y evaluación* incluidos los indicadores (evaluación de impacto y de proceso).

Este boletín es publicado por el Programa Regional de Tuberculosis de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Para mayor información dirigirse a:
 Dr. Rodolfo Rodríguez Cruz,
 Asesor Regional Programa de Tuberculosis
 Tel: (202) 974-3494; Fax: (202) 974-3656
 E.mail: rodrigro@paho.org



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
 Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
 525 Twenty-Third Street, N.W.
 Washington DC 20037, USA