



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la
Salud



aecid
Agencia Española
de Cooperación
Internacional
para el Desarrollo

Reunión Regional sobre control de la TB en las grandes ciudades

Desafíos y Abordajes

Ciudad de Buenos Aires, Argentina – 14 al 16 de septiembre, 2011

Agradecimiento

Los participantes y organizadores de la Reunión Regional sobre Control de la TB en Grandes Ciudades en la Región de las Américas expresan su agradecimiento al Ministerio de Salud y a los responsables del PNCT de Argentina por las facilidades y el apoyo brindado.

También se hace extensivo el reconocimiento a la Representación de OPS/OMS en Argentina y al personal que se desempeña en ella, a los invitados especiales por la respuesta a su convocatoria, a Maggie Clay, a Rafael López Olarte, a todos los presentes y a cada uno de los que de una u otra forma hicieron que la actividad sea posible.

Contenido

Abreviaturas.....	4
Resumen	5
Summary	5
1. Introducción	6
1.1. Antecedentes	7
1.2. Inauguración.....	7
2. Objetivos.....	8
3. Metodología.....	9
4. Desarrollo de la Reunión	9
5. Principales conclusiones y recomendaciones de la Reunión.....	36
ANEXO 1 Lista de participantes en la Reunión	39
ANEXO 2 Agenda.....	42
ANEXO 3 Trabajo de grupos	45
ANEXO 4 Evaluación.....	47

Abreviaturas

ACMS	Abogacía, Comunicación y Movilización Social
APS	Atención Primaria de Salud.
CIDOB	Confederación de pueblos indígenas de Bolivia
CS	Centro de Salud
DM	Diabetes Mellitus
DOTS/TAES	Estrategia internacionalmente recomendada para el control de la TB
DOTS-C	Estrategia de DOTS comunitaria
ECOS familiares	Equipo de salud familiar
HSH	Hombre que tiene Sexo con Hombre.
LAC	Latinoamérica y el Caribe
PAL	Abordaje práctico de salud pulmonar del adulto
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PNCTB	Programa Nacional de Control de TB
PNTs	Programas Nacionales de TB
PPL	Personas Privadas de Libertad
PPM/APP	Public – Private – Mix /Alianza Público - Privada
PSD	Prueba de sensibilidad a medicamentos
PTMI	Prevención de la transmisión materno-infantil
RDO	Reclutamiento de Personas Ocultas
RLTB	Red de Laboratorios de TB
SP	Sistema Penitenciario
SS	Servicio de Salud
TARV	Tratamiento Anti-Retroviral
TB	Tuberculosis
TB-MDR	Tuberculosis Multirresistente
TPC	Tratamiento preventivo con Cotrimoxazol
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Resumen

En 2010, la región de LAC se constituyó en una de las más urbanizadas del mundo, sólo superada por América del Norte. En ese año, el 80% de la población de LAC vivía en áreas urbanas, especialmente de grandes ciudades, con un crecimiento con bolsones de población en asentamientos informales, importantes déficits de infraestructura y altos índices de pobreza.

Esta situación hace necesario redireccionar las acciones de control de la TB, empleando estrategias específicas para los nuevos desafíos urbanos. Para ello se convocó a esta Reunión en la ciudad de Buenos Aires (Argentina) con el propósito de analizar los desafíos en la implementación de la Estrategia Alto a la TB en poblaciones marginales de grandes ciudades, intercambiar experiencias exitosas referentes al control de la TB en las diferentes sub-poblaciones de las grandes ciudades, identificar los diferentes actores de salud de esas ciudades para entablar alianzas conjuntas dirigidas al control eficaz de la TB y definir estrategias para abordar la problemática de TB en las grandes ciudades de LAC.

Participaron autoridades regionales y locales de OPS/OMS y estuvieron representados 12 países de LAC. La metodología incluyó conferencias y mesas redondas donde se presentaron resultados de experiencias exitosas en las diferentes temáticas, seguidas de discusiones en reuniones plenarias. Se realizaron trabajos en grupos con presentación de conclusiones en asambleas. Al final del evento se elaboraron las conclusiones generales y recomendaciones, destacándose la necesidad de trabajar intersectorial e interinstitucionalmente y la de articular las actividades con las autoridades municipales de salud de grandes ciudades para estratificar las áreas urbanas en función de riesgo de TB e identificar los principales desafíos del control de la TB y las intervenciones sanitarias a implementar.

Summary

In 2010, the LAC region became one of the most urbanized regions globally, only second to North America. In that year, 80% of LAC population lived in urban areas, mostly in big cities with a pervasive growth of overcrowded sprawls with serious shortage of infrastructure and a high poverty rate.

This backdrop requires TB control actions to be redirected using specific strategies for the new urban challenges. This meeting in the city of Buenos Aires (Argentina) was called precisely for the purpose of addressing challenges for the implementation of Stop TB Strategy in the outcast populations of big cities, exchanging successful TB control-related experiences in different big city sub-populations in the countries, identifying the different city health agents in order to coordinate joint activities towards an effective control of TB, and agreeing strategies to deal with all the issues regarding TB in LAC region big cities.

WHO/PAHO Regional and local officials participated and 12 LAC countries were represented. The methodology choice included conferences and round tables where successful experience outcomes were presented for every topic, followed by plenary session discussions. Group activities were performed and conclusions brought forward in meetings. At the close of the event, general conclusions and recommendations were laid out, highlighting the need for cross-sectoral and cross-institutional work and the need to coordinate the activities with big city health officers in order to stratify urban areas in terms of TB risk and identify TB control major challenges and the health interventions to be implemented.

1. Introducción

La Reunión del 14 al 16 de septiembre de 2011, en la ciudad de Buenos Aires, Argentina, se efectuó en un momento oportuno en relación con la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (resolución 55/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas) donde 147 Jefes de Estado y 189 países rubricaron el compromiso de hacer realidad el derecho al desarrollo con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la humanidad en el nuevo siglo.

La estrategia “Alto a la TB” que contribuye al logro de la Meta 8 del Objetivo 6 de la Declaración del Milenio, es una iniciativa global adoptada para tratar de contener y reducir las consecuencias del azote que representa esta enfermedad milenaria.

En los últimos años, los gobiernos han asumido, cada vez más, compromiso político y financiero en la lucha contra la TB y otros problemas sanitarios prioritarios.

Los indicadores 23 y 24 del Objetivo 6, están destinados a la supervisión de los logros específicos en el control de la TB. El Indicador 23 hace referencia a “la Tasa de morbilidad y mortalidad asociadas a la TB” y el Indicador 24 a “la proporción de casos de TB detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa”.

Estos indicadores están en relación directa con la actual situación de la TB en el mundo y en la Región. Por otra parte la TB resistente a múltiples fármacos va en aumento en muchos países, debido a las prácticas deficientes en materia de tratamiento y a la movilidad de las personas.

Es necesario por tanto reforzar las acciones y actividades destinadas a lograr que toda la población, particularmente aquella en situación de mayor vulnerabilidad de contraer TB, tenga acceso a las medidas básicas de prevención, detección precoz y tratamiento efectivo completo.

Esta Reunión fue una oportunidad para difundir los resultados y conclusiones de estrategias exitosas de *Alto a la TB* adoptadas por los países y discutir su implementación.

Al inicio de la Reunión se presentaron los objetivos, resultados esperados, metodología y la agenda de la misma, la cual incluyó los temas siguientes:

Situación de TB en las Américas y su problemática en las grandes ciudades; caracterización de la epidemia del VIH; desigualdades de género, problemática y abordaje; control de la coinfección TB/VIH; pobreza y TB; drogadicción, alcoholismo y TB; binomio diabetes mellitus (DM) y TB; acceso efectivo a la atención integral y control de TB; las Redes de Laboratorio de TB (RLTB); control integral de la TB en grandes hospitales, en barrios, en habitantes de calle y en poblaciones especiales (indígenas, desplazadas, afrodescendientes, migrantes, privadas de libertad); incorporación de grandes proveedores (PPM/APP) en el control de TB; evaluación de contactos en población marginal; desafíos de atención de salud en minorías y grandes ciudades; experiencias exitosas de atención y control de TB frente a los desafíos en grandes ciudades de Latinoamérica, logros y desafíos.

1.1. Antecedentes

En las Américas cada año se dejan de diagnosticar cerca de 120.000 casos prevalentes de TB, de los cuales 54.000 corresponden a casos nuevos. Poder detectar más del 90% de los casos de TB y curar exitosamente al menos al 87% de ellos para 2015 es una de las metas internacionales comprometidas por los países de la Región de Las Américas.

En 2010, la región de LAC se constituyó en una de las más urbanizadas del mundo, sólo superada por América del Norte. En ese año, el 80% de la población de LAC vivía en áreas urbanas, especialmente de grandes ciudades, que se caracterizan por un crecimiento con bolsones de población en asentamientos informales, con importantes déficits de infraestructura y con altos índices de pobreza.

Los barrios marginales en la mayoría de los países de LAC son identificados por: estar asentados en zonas vulnerables a desplazamientos, inundaciones y contaminación ambiental; problemas en la calidad de las viviendas y hacinamiento; inadecuado acceso a servicios básicos de agua potable, saneamiento básico y servicios de salud (SS); violencia que genera trastornos de comportamiento; abuso de alcohol y drogas, entre otros.

En estos entornos, el *Mycobacterium tuberculosis* encuentra las mejores probabilidades de desarrollarse y transmitirse, por eso es frecuente que las tasas de incidencia de TB en grandes ciudades sean superiores a la media nacional de los países.

Su abordaje a través de la estrategia Alto a la TB y especialmente de la estrategia de Tratamiento Acortado Directamente Observado (DOTS/TAES) deberá ser aplicado de acuerdo a las realidades locales, facilitando el acceso a la atención de salud de calidad y al tratamiento centrado en el paciente con o sin VIH y con TB sensible o resistente a los medicamentos antituberculosos.

Sólo se lograrán las metas del Milenio si se avanza en el control de la TB en barrios marginales, identificando los desafíos comunes, compartiendo experiencias exitosas e intervenciones costo-efectivas que algunos países de la región de LAC ya están implementando.

La preparación de esta Reunión fue realizada por el Programa Regional de TB de la OPS/OMS, en colaboración con el Programa Nacional de Control de la TB (PNCTB) y la Representación de la OPS/OMS en Argentina.

1.2. Inauguración

En el acto inaugural de la Reunión estuvieron presentes: la Asesora del Programa Regional de TB, autoridades del Ministerio de Salud de Argentina, la Consultora en Epidemiología de la Representación de OPS/OMS en Argentina, representantes de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Paraguay, Perú y Venezuela.



Se destacó que el abordaje del problema de la TB en los grandes conglomerados depende del empeño que pongan los Estados, reconociendo la diversidad y complejidad. El compartir experiencias que han tenido éxito, permitirá aprender de estos emprendimientos y poder adaptarlos a otros requerimientos.

Se hizo alusión a que en 1996, el Dr. Rodolfo Rodríguez Cruz comenzó la ardua tarea de la implementación de la estrategia DOTS/TAES en la Región de Las Américas, en 2006 se comprobó que esa estrategia no era suficiente y se implementó "Alto a la TB" que, si bien aceleró el proceso, tampoco es suficiente para llegar a las Metas del Milenio y que el gran desafío de aquí a 2015 es trabajar en las grandes ciudades con otros requerimientos y dificultades. Hay experiencias en la Región de abordaje del control de TB en poblaciones privadas de libertad (PPL), indígenas, afro-descendientes, habitantes en situación de calle, que están en San Pablo y Río de Janeiro, Brasil; Santa Cruz, Bolivia; Bogotá, Colombia; Rosario, Argentina; Ecuador; Lima, Perú; Asunción, Paraguay; Caracas, Venezuela; Santiago, Chile; Tijuana, México; San Salvador, El Salvador.

2. Objetivos

1. Analizar los desafíos en la implementación de la Estrategia Alto a la TB en poblaciones marginales de las grandes ciudades.
2. Intercambiar experiencias exitosas referentes al control de la TB en las diferentes sub-poblaciones de las grandes ciudades de los países.
3. Identificar los diferentes actores de salud de las grandes ciudades para entablar alianzas conjuntas dirigidas al control eficaz de la TB.
4. Definir estrategias para abordar la problemática de TB en las grandes ciudades de LAC.

3. Metodología

La metodología utilizada en el evento incluyó conferencias y mesas redondas donde se presentaron resultados de experiencias exitosas en las diferentes temáticas, seguidas de discusiones en reuniones plenarias. Se realizaron trabajos en grupos con presentación de conclusiones en asambleas. Al final del evento se elaboraron las conclusiones generales y recomendaciones.

4. Desarrollo de la Reunión

Situación de TB en las Américas y su problemática en las grandes ciudades de LAC.

Se presentó la Información sobre TB en la Región y se habló sobre el Plan Mundial 2010 – 2015, los Objetivos del Milenio y la Estrategia “Alto a la TB”. Se destacaron las modificaciones en las metas de localización de casos de TB y de resultados del tratamiento, esto es, detectar 90% de los casos de TB de todas las formas y tratar exitosamente al 90% de ellos.

Con el fin de describir en qué situación está la Región frente a las metas de TB/VIH 2015, se presentó información sobre:

- Pacientes TB con prueba VIH y prevalencia de co-infección TB/VIH, 2005 – 2009
- Pacientes TB/VIH con TARV y TPC, 2005- 2009
- Actividades de colaboración TB/ VIH, 2009

En cuanto al posicionamiento de la Región frente a las metas de TB-MDR para 2015, se mostraron:

- la proporción de casos nuevos y retratamientos de TB con PSD – 2009
- casos de TB-MDR notificados y registrados para inicio de tratamiento, 2009

En base a lo expuesto, se presentaron como desafíos del control de la TB para alcanzar las metas 2010-2015:

- Incrementar la detección de casos de TB de todas las formas y de la co-infección TB/VIH.
- Aplicar DOTS/TAES con calidad.
- Mejorar la aplicación de las medidas de colaboración TB/VIH.
- Incrementar la utilización del cultivo y la PSD para mejorar la detección de casos de TB-MDR.

Se destacaron como factores agravantes de la TB en las grandes ciudades de LAC: la alta densidad poblacional, las viviendas y lugares de trabajo precarios, la pobreza y los estilos de vida no saludables, la contaminación ambiental e intradomiciliaria, las poblaciones con especial riesgo de TB, los Programas de Control de la TB con gestión débil y los problemas vinculados al Sistema

Sanitario. Para describir algunos de ellos se presentó información sobre TB en San Pablo, Río de Janeiro y Buenos Aires.

¿Qué podemos hacer diferente en el control de la TB en grandes ciudades que responda a los desafíos?

- Fortalecer la gestión del PNT a diferentes niveles y desconcentrar decisiones estratégicas
- Fortalecer la implementación de la estrategia Alto a la TB (calidad de DOTS/TAES, TB/VIH, TB-MDR, PAL)
- Prohibir la venta libre de medicamentos antituberculosos
- Estudios operativos que validen las nuevas estrategias

Situación de salud de las grandes ciudades de LAC.

La atención primaria de salud (APS) debe tener su base en los determinantes sociales y articular con:

- Educación.
- Ministerio de Desarrollo Social.
- Ministerio de Seguridad.
- Seguridad Social.
- Servicios Privados.

Los determinantes sociales de la salud fueron definidos como “las condiciones sociales en las cuales la gente nace, crece, vive, trabaja y envejece, y que influyen en la salud de las personas”.

Se hizo referencia a la equidad en salud, la cual implica que ninguna persona debería estar en desventaja para alcanzar su máximo potencial de salud, idealmente todos deberían tener las mismas oportunidades de llegar a su pleno potencial.

Los desafíos presentados fueron: las transiciones demográfica, epidemiológica, nutricional, cultural, tecnológica y organizacional, las crisis financieras globales y el cambio climático.

Se presentaron los logros de los diferentes Programas e instituciones descentralizadas dependientes del Ministerio de Salud de Argentina, destacando los nuevos Programas incorporados y los nuevos institutos creados. En dicho Ministerio se crearon comisiones intersectoriales que se articularon para definir objetivos y donde se respetó a los referentes y se obtuvieron consensos. Los objetivos se definieron en una mesa directiva/ejecutiva/técnica/jurídica en cada jurisdicción.

Caracterización de la epidemia del VIH en grandes ciudades de LAC.

Las particularidades del problema de la infección por VIH representan un desafío para la epidemiología clásica. Los sistemas de vigilancia deberían responder a las siguientes preguntas:

- ¿Qué personas tienen riesgo de infectarse por VIH?
- ¿Cuáles son los grupos más vulnerables?
- ¿Quién, cuándo y dónde se infectan las personas por VIH?
- ¿Quién se enferma hoy de SIDA?
- ¿Quién se muere hoy de SIDA?

Luego se presentó la situación del VIH en LAC, destacándose que:

- en LAC hay 2 a 3 hombres PVV por cada mujer PVV.
- en el Caribe más de la mitad de las PVV son mujeres (en torno al 53-55%)
- la tendencia (últimos 5 años) en LAC es hacia una estabilización (o crecimiento lento en Latinoamérica y disminución lenta en Caribe)

Se presentó:

- la región de residencia de las personas con infección por VIH según año de diagnóstico – Argentina (2001-2008)
- la prevalencias de VIH en 10 grandes ciudades de Brasil

Las metas para 2015 del Plan estratégico del sector sanitario de OMS 2011-2015, son:

- Reducir los nuevos casos de infección por el VIH: reducir un 50% el porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años infectados
- Eliminar las nuevas infecciones por el VIH en los niños: reducir en un 90% los nuevos casos.
- Reducir la mortalidad relacionada con el VIH en un 25%.
- Reducir un 50% las muertes por TB en personas que viven con VIH.

En resumen:

- El VIH es un problema importante de salud pública en la región.
- Las infecciones nuevas comienzan a descender lentamente.
- Hay disponibles antirretrovirales (ARV) para prevenir la transmisión materno-infantil en 53% de embarazadas.
- La mortalidad por SIDA es todavía un reto.
- Hay transmisión principalmente en grupos específicos de población (epidemias concentradas).
- Existe un alto estigma y discriminación incluso desde servicios salud (SS)
- Es necesario abordar otras barreras legales, económicas, sociales y mantener un enfoque integral para controlar la epidemia.

Desigualdades de género en las Grandes Ciudades: su problemática y abordaje.

Se diferenciaron los conceptos de sexo y género, marcando que “sexo” hace referencia a las diferencias biológicas entre el hombre y la mujer, mientras que “género” identifica las características socialmente construidas que definen y relacionan los ámbitos del ser y del quehacer femenino y masculino, dentro de contextos específicos.

También se resaltó el error frecuente de tomar igualdad y equidad como sinónimos. Sobre la equidad de género en la gestión de la salud, se hizo referencia al requerimiento de una justa distribución del trabajo remunerado, del cuidado de la salud y de la participación igualitaria de mujeres y hombres en la toma de decisiones, definición de prioridades, y asignación de recursos para asegurar la salud. Entre los acuerdos y los hechos hay una gran brecha.

Existen diferencias en las respuestas del sector salud y la sociedad respecto a problemas o situaciones de hombres y mujeres como: enfermedades cardiovasculares, esterilización voluntaria, violencia doméstica, exclusión de las mujeres en estudios clínicos sobre patologías que afectan a ambos sexos, baja prioridad asignada a la investigación de patologías y tratamientos que afectan exclusiva o preferencialmente a la mujer, la carga de la salud sexual y reproductiva sobre la mujer, el uso del condón como responsabilidad de la mujer. Generalmente el control de salud es menos frecuente en los hombres porque no están sujetos al control de embarazo.

Se presentaron hallazgos de un estudio cualitativo sobre TB y la influencia del género como determinante.

Control de la coinfección TB/VIH en El Salvador.

Se presentó la situación epidemiológica y operativa de la TB y TB/VIH en El Salvador.

Se definió:

- El riesgo social, como el conjunto de eventos, predecibles o impredecibles, que ligados a una condición previa de vulnerabilidad, generan efectos negativos en el bienestar de las personas.
- La pobreza, como una situación de acumulación de vulnerabilidades.

En la 9ª Ronda del Fondo Global, El Salvador presentó un proyecto sobre “Prevención y control de TB en poblaciones vulnerables de 26 municipios priorizados”.

Se destaca como nueva figura el Promotor de salud urbano que ayuda a establecer redes de trabajo solidario para prevenir y tratar la TB y la coinfección TB/VIH, lleva el DOTS/TAES a los hogares con mayores problemas socioeconómicos, marginales y/o con problemas de inseguridad, contribuye a la adherencia de los pacientes a su tratamiento, trabaja de cerca con los líderes comunitarios de su área de influencia y actúa de enlace entre el

equipo comunitario de salud familiar (ECO familiar) y el establecimiento de salud.

A continuación se describieron las funciones de los ECOS familiares, destacándose la de dispensarización de la población para facilitar una adecuada intervención según grupos, así como la modificación de riesgos para la salud, particulares y del entorno.

También se mencionó la incorporación de la estrategia de atención público-privada (APP), con la incorporación de otros Proveedores NO PNT'S, como los Centros Penales, estudiantes de pregrado y de año social de las Universidades que prestan servicios en las comunidades y el Comité de Docencia de las Universidades.

Entre las actividades colaborativas TB/VIH, en este país queda pendiente aún la puesta en funcionamiento de Comités comunitarios de coinfección TB/VIH, la implementación de nuevos métodos de diagnóstico, la edición de material educativo de coinfección TB/VIH, la creación de la Comisión MINSAL, Programa TB y VIH y Dirección de Centro Penales para asegurar el trabajo en coinfección en los centros penales y el fortalecimiento de la participación de la sociedad civil del gran San Salvador en actividades colaborativas TB/VIH.

Los desafíos se encuentran en:

- Los focos de pobreza extrema,
- la inseguridad de acceso a las comunidades urbano-marginales,
- la inseguridad en el acceso a los centros penales,
- la adherencia al Tratamiento con ARV y
- la integración gradual y efectiva de las actividades del Programa de TB y Enfermedades Respiratorias, iniciando con el componente DOTS/TAES en sector privado.

Drogadicción, alcoholismo y TB en la Región Metropolitana de Chile.

Se presentó la situación de la morbilidad por TB en Chile y la problemática en la Región Metropolitana.

Chile trabaja con grupos vulnerables (migrantes, pobres extremos, contactos y VIH), siendo un serio problema la extrema pobreza.

En el período 2008 - 2010 implementaron una auditoría de abandono de tratamiento y sus causas, resultando las principales el alcohol y/o las drogas y la sensación de mejoría.

Han incluido el score de riesgo de abandono, asignándose el mayor score a haber tenido abandonos anteriores, la drogadicción y el vivir solo.

Control del Binomio Diabetes y TB en Tijuana, México.

Se presentaron:

- Los antecedentes en el mundo de la comorbilidad TB-Diabetes mellitus (DM)
- La situación de la TB-DM en México
- El marco de colaboración TB-DM
- Los principios para el manejo del paciente con DM y TB
- El protocolo para la aplicación piloto de la "guía operativa de atención de la TB y DM"

Se destacó que, entre otros factores, la epidemia de DM que ocurre en el mundo obligará a reconsiderar el abordaje de la comorbilidad TB/DM.

Al presentar las comorbilidades asociadas a TB en Méjico en 2010, la DM representó el 20,1% de ellas, seguida por la desnutrición que fue del 13,1%.

Las actividades de colaboración TB/DM que se plantearon fueron:

- Establecer mecanismos de colaboración e Integración:
 - Constituir un ente coordinador de las actividades TB/DM
 - Realizar vigilancia de la prevalencia de DM entre personas con TB
 - Planificar conjuntamente las actividades TB/DM
 - Monitorear y evaluar TB/DM
- Disminuir la carga de TB entre las personas con DM:
 - Establecer la búsqueda intencionada de TB en SR con glucosa > 180 mg/dl y contactos de casos con TB activa.
 - Asegurar el control metabólico de las personas con DM y en tratamiento de TB
 - Garantizar el control de Infecciones en establecimientos de salud y sitios de congregación
- Prevenir y Controlar la DM entre las personas con TB:
 - Proporcionar información y pruebas de detección de DM (hemoglobina glucosilada HbA1c) en personas con TB
 - Fomentar estilos de vida saludable mediante orientación alimentaria y ejercicio (programa 5 pasos por tu salud) en las personas con DM.
 - Introducir el tratamiento con hipoglucemiantes a quien lo requiera.

La problemática que se evidencia en Tijuana es:

- Migración,
- Baja Curación (70% en el 2010), abandonos de tratamiento (20%).
- Usuarios de drogas.
- Presencia de casos con TB-MDR.
- Nula búsqueda de casos de TB o TB-MDR, diagnóstico tardío, no supervisión de tratamientos.
- Trabajadores de la salud enfermos por TB.
- TB en Prisiones.

También se expuso el protocolo para la aplicación piloto de las "Guías operativas de atención de la TB y la DM", cuyos resultados se midieron en Tijuana, utilizando diversos indicadores.

Trabajo en grupo

Identificación de desafíos que necesitan estrategias diferenciadas de control de TB.

Los participantes discutieron sobre los desafíos que se presentan en las grandes ciudades para controlar la TB y, en base a ellos, plantearon estrategias específicas para las diferentes situaciones.

Desafíos

- Lograr la intersectorialidad para abordar los determinantes sociales de TB.
- Priorizar las poblaciones vulnerables para TB (Personas con VIH o con DM, personal de Salud, habitantes de la calle, población indígena, afrodescendientes, PPL, desplazados y migrantes).
- Abordaje del abandono.
- Empoderamiento político que genere articulación inter e intra sectorial efectiva que intervenga sobre los determinantes sociales (educación, vivienda, trabajo, servicios públicos) que generan pobreza y TB.
- Asegurar el papel rector del sector salud.
- Garantizar la cobertura de SS con calidad para todos los habitantes, independientemente de sus características propias de etnia, nacionalidad, religión, cultura.
- Sustentabilidad Regional de los Programas sin perder la particularidad de los estados.
- Accesibilidad geográfica y económica.
- Disponibilidad de recursos e infraestructura evitando la exclusión y la discriminación.
- Calidad de los servicios: organización y humanización.
- Adaptabilidad cultural.

Estrategias

- Profundizar la estrategia de ACSM en todos los sectores, incluidos los medios de comunicación.
- Incluir indicadores de TB como medidas de desarrollo humano.
- Realizar investigaciones operativas de las intervenciones para conocer impacto (transversal).
- Reforzar el trabajo en PPL.
- Promoción de la salud.
- Incluir a los promotores de salud.
- Identificar poblaciones vulnerables.
- Conformar equipos especializados en manejo de poblaciones vulnerables.
- SS amigables.
- Fortalecer la estrategia de APS para que llegue a los sectores más vulnerables.
- Fortalecer la gestión programática.
- Intersectorialidad básica.
- Política pública de Estado que priorice la TB.
- Cumplimiento de la normativa para todos los actores.
- Intervenir sobre la corrupción para que los servicios sean oportunos y directos.
- Recuperar la confianza en el sector salud.
- Empoderamiento de los pacientes como sujetos de derecho y veedores de la prestación de servicios.
- Humanización de la atención de salud.
- Mejorar las políticas de talento humano.
- Incluir la TB en el currículo de las entidades formadoras.
- Firmar un Pacto de Presidentes de la Región para poner a la TB como prioridad política.
- Compromiso internacional para cumplir las metas del Milenio.

Control de la TB en Argentina: logros y desafíos

Se presentó la situación epidemiológica y operacional de la TB en Argentina.

Se destacó que en 2011 hubo un fortalecimiento del Recurso Humano del PNCTB: designación de un Coordinador Nacional del PNCTB (Resolución Ministerial N° 86 de Febrero de 2011) y conformación de un equipo multidisciplinario.

Se hizo especial mención al Plan operativo del Programa de TB de la provincia de Buenos Aires, cuyo fin es el de fortalecer y sostener acciones con el objetivo

principal de reducir la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad. Se comenzará con su implementación en las regiones V y VI de dicha provincia, debido a la magnitud del problema.

También se presentó el Plan de Alianzas estratégicas para el control de la TB con distintas Direcciones, Unidades y Programas del Ministerio de Salud de la Nación.

Se destacaron como logros la creación y puesta en funcionamiento del Comité Nacional de Expertos en Retratamiento (CONAER) de la República Argentina, los avances en las acciones de control en servicios penitenciarios, la política de medicamentos y la redacción de una Guía de Participación Comunitaria.

Acceso efectivo a la atención integral y control de la TB en las grandes ciudades

En todo el mundo, el control de la TB en grandes ciudades es problemático, debido a que los riesgos conocidos para la enfermedad se magnifican en el contexto urbano. Esta situación la comparten todas las grandes ciudades, aun aquellas de países desarrollados.

Se presentaron las principales barreras para el control de la TB en las grandes ciudades y los retos comunes para ampliar la oferta y el acceso a los SS.

Bajo los principios de la APS las sociedades están obligadas a tomar acciones para proteger a sus grupos más vulnerables. Es importante no caer en los errores del pasado, como fue el caso de la APS selectiva. En el diseño e implementación de estrategias para la expansión de cobertura y el acceso universal a los servicios de salud no se deben olvidar los valores fundamentales de la Salud para Todos.

Enfrentar la segmentación y fragmentación del sistema de salud para obtener mejores productos (outputs) y resultados (outcomes) en el control de enfermedades prevalentes y en general un mejor nivel de salud (impacto) implica trabajar a la vez en: convergencia interinstitucional e integración operativa.

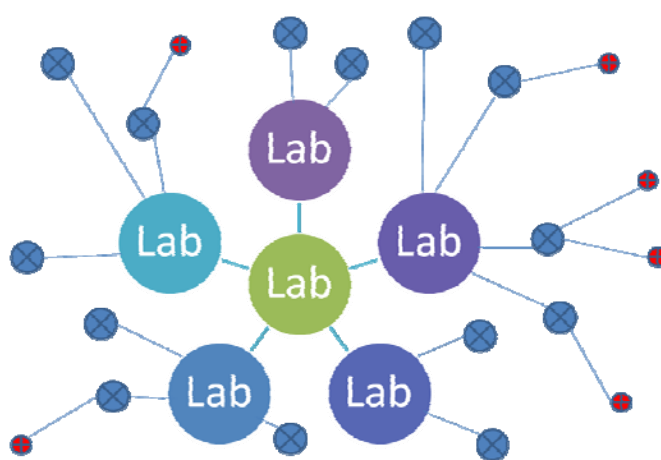
La convergencia interinstitucional implica una adecuada conducción e integración de los programas focalizados (enfermedades, riesgos y grupos poblacionales), una fuerte rectoría (políticas, regulación, gestión de recursos, prestación de servicios), una armonización de la planeación, regulación y conducción de los problemas prioritarios y las intervenciones y la gestión financiera integrada de fondos, conservando destinación específica (fondos protegidos).

La integración operativa implica: REDES integradas e integrales de servicio, la incorporación de los conocimientos de los PROGRAMAS a la organización de los SISTEMAS y Sistemas de Salud basados en APS.

Las Redes de Laboratorio de TB, desafíos que enfrentan en las grandes ciudades de LAC.

El lanzamiento en 2006 del Plan Mundial Alto a la TB, ha determinado el reconocimiento de insuficiente capacidad de laboratorios para los desafíos actuales (VIH, TB-MDR, bolsones de pobreza, sistema penitenciario con dependencias múltiples). Para ello, se creó la iniciativa de laboratorios (GLI) con la misión de guiar y coordinar la ampliación de su capacidad.

La visión de la GLI es la existencia de una red de servicios de diagnóstico de laboratorio integrados acreditados, que ofrezca pruebas rápidas y con calidad garantizada a todos los que las necesitan.



Los desafíos de las RLTB en las grandes ciudades abarcan diferentes aspectos:

- Organización de la Red:
 - Niveles bien diferenciados con funciones específicas: laboratorios distribuidos en forma adecuada con la carga de trabajo recomendada y garantía de la calidad del diagnóstico.
 - Descentralización de técnicas de menor complejidad, con garantía de calidad para mejorar el acceso al diagnóstico, principalmente en poblaciones más desfavorecidas.
 - Sistema de derivación de muestras, desde toda la población que lo necesita, para acceder a técnicas de mayor complejidad en laboratorios de referencia, optimizando el uso de recursos.
 - Interconexión para envío y recepción de todos los resultados e informes, integrados a los de otras patologías, especialmente cuando se requieren resultados inmediatos en pacientes de alto riesgo.
 - Adecuada logística para provisión de insumos (envases para muestras y para traslado de muestras, reactivos, formularios).

- Adecuada coordinación público-público, público-privado, con incorporación de todos los efectores a la red.
- Coordinación con redes de laboratorio de patologías afines (VIH, otras respiratorias).
- Sistemas de alerta sobre la posibilidad de casos de TB con resistencia a drogas.
- Incorporación de tecnología que permita diagnosticar todas las formas de TB, acelerar y/o incrementar la sensibilidad del diagnóstico, sin pérdida de la especificidad.
 - Se debe ser muy cuidadoso al momento de incorporar *equipos comerciales*. Toda introducción de nuevos test diagnósticos debe ir acompañada de la correspondiente validación en el lugar en que será empleado y capacitación en todos los niveles de la Red para conocer sus alcances y limitaciones.
 - La microscopia de fluorescencia LED es recomendable para laboratorios de alta carga y bien entrenados.
 - La amplificación de ácidos nucleicos es una excelente herramienta para detectar rápidamente una TB BK negativa entre SR HIV positivos y una TB-MDR entre SR con riesgo de resistencia. La limitante son los aún elevados costos.
- Organización de los sistemas de recolección, ingreso, flujo y análisis de la información.
 - Disponer de *formularios adecuados* para: orientar la utilización de las técnicas diagnósticas y mantener el conocimiento de la operatividad de la Red y la vigilancia de la TB-MDR en grupos de riesgo, mediante indicadores básicos recomendados por OMS.
 - Es necesario adaptar los software institucionales públicos o privados o comerciales para que contengan la información básica necesaria para el control de la TB y aseguren la transferencia de esa información a los sistemas empleados por el Programa de Control. Debe ser posible resguardar la información en bases de datos independientes de marcas comerciales o servicios profesionales privados.
- Formación de recursos humanos.
 - Es necesario capacitar a todo el personal que se desempeña en las redes sobre: el alcance y las limitaciones de las diferentes técnicas diagnósticas, algoritmos de trabajo para priorizar la oferta de técnicas complejas y/o caras, y aspectos relacionados con la garantía de calidad de las técnicas y la vigilancia epidemiológica.
- Coordinación con el Programa de TB.
 - Las Redes deben funcionar en coordinación con el PNCT.
 - La formación de RRHH debe incluir actividades conjuntas con el PNCT.

-La información de la vigilancia epidemiológica de la Red de Laboratorios y del PNCT debe estar integradas en un solo sistema o en sistemas que sean compatibles y que permitan entrecruzar la información.

El Programa Regional de OPS/OMS, formuló un plan, enmarcado en la estrategia Alto a la TB, el Plan Mundial de TB y el Plan Regional de TB 2006-2015 que contempla en una de sus seis líneas estratégicas *el fortalecimiento de las RNLTB y la vigilancia de la resistencia a medicamentos* en los países de la Región. Cualquier plan, para lograr sus objetivos y metas, necesita del compromiso político de los países, provincias o estados y municipios para concretar los desafíos presentados.

Se recalcó la importancia de la descentralización con calidad y de los servicios interconectados en Red para derivar muestras e informar resultados.

Pobreza y TB en Lima – Perú

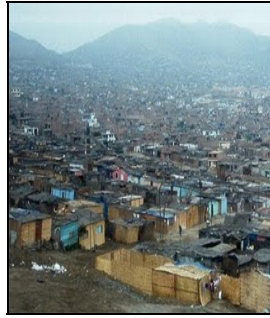
Se presentaron los datos epidemiológicos y operativos del país, mostrando en un mapa la distribución de los casos de TB-MDR y XDR.



Los principales retos en 2011 fueron: la universalización de las pruebas de sensibilidad, la radiografía de tórax gratis para enfermos de TB, el despistaje de VIH voluntario y gratuito, el despistaje y tratamiento de DM/TB, el despistaje de IRC, la tomografía para afectados TB-MDR/XDR, cirugía de tórax para afectados TB-MDR/XDR, hospitalización, PAL, apoyo alimentario, apoyo a vivienda, tratamiento TB, TB-MDR y XDR y población vulnerable (indígena, PPL).

Los futuros desafíos son los de lograr:

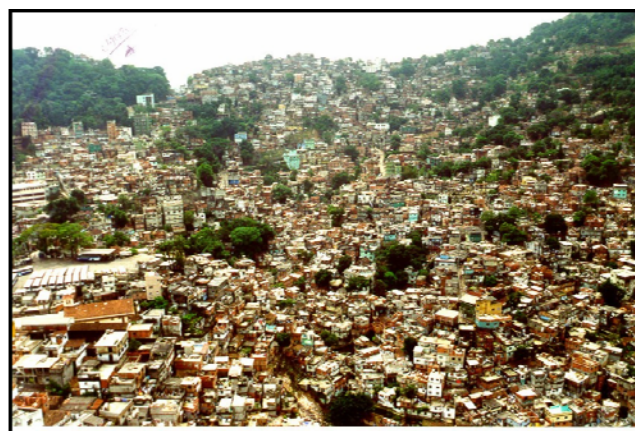
- La confidencialidad de la información personal de los afectados por TB.
- La transparencia en la información.
- La incorporación de nueva tecnología para detectar TB-MDR en <48 horas.
- La gratuidad de la Rx de tórax para todos los enfermos con TB que ingresan a tratamiento.
- Preparación de médicos consultores en TB-MDR en la Amazonía.



Experiencias de atención y acceso a servicios de salud en grandes ciudades.

Modelo de atención para el control de la TB en la favela Rocinha en Río de Janeiro, Brasil

Se presentaron los datos de TB en la ciudad de Río de Janeiro, población de 6 millones de habitantes. En 2009 hubo 5.980 casos nuevos de TB y una tasa de incidencia de 92/100.000 personas. La favela Rocinha presenta problemas no sólo de accesibilidad geográfica, de magnitud de la población y de necesidades no satisfechas, sino además de conflictos armados que se suceden todo el tiempo; todas las personas están armadas. En esta zona el personal de salud, hasta hace poco tiempo atrás, no entraba.



Se consiguió entrar con el acompañamiento de la gente del lugar. Hoy se hace búsqueda activa de casos de TB en esta y en otras favelas.

La intervención se inició en junio de 2003 con la implantación de la Estrategia DOTS/TAES utilizando un modelo basado en la comunidad (PACS Rocinha). Se armó un equipo de trabajo y se hizo el mapeo de todas las formas de organización de la sociedad civil, se visitaron las instituciones y se establecieron parcerías (socios). Otras actividades fueron: recogida de esputo en las casas, seguimiento de los enfermos en los hospitales, monitoreo de la concurrencia a las consultas médicas y orientación y referencia de los contactos para evaluación. La intervención realizada resultó en un incremento de la tasa de curación de los enfermos de TB y una reducción de los abandonos.

Para el proyecto se contrataron empleados que ahora fueron incluidos en el presupuesto del Estado. Se resaltó que es sustentable la atención casa a casa.

Modelo de atención para el control de la TB en la ciudad de Rosario, Argentina

Se mostraron los datos de la ciudad con 304 casos nuevos en 2010, el 53% del total provincial. Rosario es una ciudad que ha crecido en forma muy acelerado en los últimos tiempos debido a una gran migración en busca de mejoras económica y social, y presenta la problemática común a las grandes ciudades.

La política Institucional en TB consistió en aplicar el TDO, descentralizado y ambulatorio. La puerta de ingreso es el Primer Nivel de Atención que permite accesibilidad geográfica, inserción comunitaria y mayor franja horaria de atención.

Se destacó el compromiso multidisciplinario en APS: Enfermería, Médicos, Administrativos, Salud Mental, Trabajo social, Farmacia trabajan integradamente para el diagnóstico temprano, la adscripción del paciente, la evaluación de contactos, la búsqueda y recuperación de abandonos.

Logros

- Descentralización de los tratamientos.
- Disminución de internaciones por TB.
- Cese de brotes intrahospitalarios.
- Disminución de mortalidad.
- Mayor pesquisa de VIH.
- Trabajo en cárceles y penitenciarias.

Lo que falta

- Aumentar la localización de casos desde APS.
- Mejorar la adherencia a los tratamientos TDO.
- Involucrar y sensibilizar a otros sectores para abordar al paciente integralmente.
- Convocar a la comunidad.

Se destacó que la descentralización del diagnóstico y el tratamiento se hizo hacia los centros zonales en que está dividida la ciudad. Para ello, se fortaleció la referencia y contra referencia entre hospitales, centros de salud y laboratorios. Se acordó que la farmacia no entregue medicamentos si no recibe la planilla de notificación del caso.

Control de la TB en grandes hospitales con el "DOTs hospitalario" - Experiencia de Ecuador

Se describió el sistema de salud de Ecuador, el total de hospitales y el número de consultas generales en servicios de segundo y tercer nivel. Se presentó la información demográfica de Guayaquil, ciudad donde el problema de la TB es mayor en ese país.

En 2011 en el Hospital de Infectología se conformó el comité TB/VIH, se implementó el sistema de información combinado (PNS/PCTB), se pusieron a punto las pruebas rápidas en el laboratorio, y se elaboraron las guías de atención a afectados con comorbilidad TB/VIH y el plan de control de infecciones.

Debilidades

- Control de infecciones deficiente.
- Sistema de referencia y contra referencia deficiente.
- Sistema de Información inexistente.
- Normatización y control de uso de medicamentos deficiente.

Retos

- Implementar un adecuado sistema de registros
- Hacer eficiente el sistema de referencia y contra referencia.
- Construir salas de aislamiento.
- APP (puestos de DOTS en clínicas privadas, capacitación, monitoreo, control de infecciones).



El modelo de atención de Ecuador se basa en que la organización de los servicios está en los Ministerios, no en los programas. Las familias tienen su familiograma, no sólo de TB. Se sigue un protocolo de atención de los tratamientos y los casos de TB-MDR son atendidos por un equipo de apoyo en territorio.

Control integral de la TB en el barrio San Cosme de Lima, Perú

Se presentó el Plan TB Cero, "Un Enfoque integral para el control de la TB", con el empleo de un excelente video. Las imágenes mostraron una ciudad de Lima pujante, moderna, bella y una zona circundante con los determinantes sociales de: Pobreza - inequidad, migración - Interculturalidad, empleo informal, hacinamiento, desnutrición, falta de educación, contaminación ambiental, discriminación - exclusión social, falta de SS y seguridad social.

En el Centro de Salud (CS) San Cosme en 2008 se diagnosticaron 205 casos nuevos de TB.

- En tasa correspondió a 1028 x 100.000 hab.
- % de abandono: 20.4%
- Indicador trazador de identificación de SR : 6.1%

El Objetivo General del Plan de TB cero es:

"Contribuir a la disminución de la incidencia de TB en un 30%, en un periodo de 5 años, con enfoque de ciudadanía en la jurisdicción del CS de San Cosme, distrito de La Victoria. Lima. Perú 2009."

Las líneas de intervención fueron:

- Incidencia política,
- manejo clínico de las personas/familias/comunidades,

- factores psicosociales, nutricionales y de co-morbilidad,
- Salud y Seguridad de los Servidores de Salud,
- Promoción de la salud y comunicación
- Gestión del Plan TB cero.

Logros

- Disminución del riesgo de abandonos.
- Intervención domiciliaria integral y oportuna.
- Identificación de Sintomáticos respiratorios en Centros educativos de riesgo.
- Fortalecimiento de la Estrategia DOTS/TAES.
- Ampliación de la oferta de servicios. (Casas de alivio).
- Humanización del servicio.

Limitaciones

- Dificultades en el diagnóstico laboratorial.
- Escasa convocatoria intersectorial.
- Escasa responsabilidad social empresarial.
- Limitados recursos financieros del sector.

Incorporación de diferentes proveedores (PPM/APP) en el control de TB - Experiencia de Asunción, Paraguay

Luego de la presentación de la información epidemiológica de la TB en Paraguay, se detallaron los pasos seguidos para el establecimiento de la APP en ese país:

1. Obtención de recursos
2. Elaboración de la Guía para la implementación de la APP
3. Reuniones de Sensibilización para la Firma de Acuerdos
4. Censo de Proveedores de salud.
5. Capacitación, supervisión y monitoreo.
6. Conformación de Equipos de Salud de TB.
7. Establecimiento de la Red de Diagnóstico.
8. Elaboración de material educativo e informativo.
9. Sistema de Información: Formularios de Registros y articulación de los sistemas de Información del MSP y la Seguridad Social.

La Guía para la implementación de la APP se validó e implementó con apoyo técnico del PNCT de El Salvador y recursos de la Ronda 7 del Fondo Global.



Las Reuniones de Sensibilización a los proveedores concluyeron con la firma de acuerdos con: Comandante de las Fuerzas Militares, Ministros, Presidente del IPS, Directores Generales de Hospitales, Coordinadores de áreas.

Se hizo un Censo de Proveedores Sector Público y del Sector Privado y se realizó capacitación por niveles:

- Nivel I: capacitación al personal para la captación de SR y remisión para su Baciloscopia.
- Nivel II: capacitación a médicos para el manejo de pacientes con TB.
- Nivel III: Capacitación en Gerencia de Programas de TB.
- Nivel IV: Capacitación para el diagnóstico por Baciloscopia.

Como producto del trabajo coordinado de fronteras con los PNCT de Brasil y Argentina se realizó una capacitación en Análisis de datos dirigido a gerentes regionales de TB.

Se designó un punto focal de la seguridad social y se conformaron equipos de Salud de TB para los servicios de la seguridad social con: 1 médico consultor (clínico o neumólogo), 1 Baciloscopista, 1 personal de salud responsable del registro y notificación de casos.

Se estableció la Red de Baciloscopia y entrega de Equipos e insumos, se elaboró material educativo y se articularon los sistemas de Información del MSP y la Seguridad Social.

Desafíos

- Lograr la incorporación de todos los proveedores no-PNCT.

- Lograr el compromiso sostenido de los proveedores ya involucrados.
- Implementar el diagnóstico por Baciloscopia en todos los proveedores no-PNCT.
- Fortalecer el sistema de información.
- Implementar las actividades colaborativas TB-VIH, la vigilancia de la TB-MDR y el PAL en todos los proveedores no-PNCT.

Control de la TB en habitantes de la calle - experiencia de Bogotá, Colombia.

Se presentaron las metas del Plan Distrital y los objetivos de la intervención colectiva. Colombia es un país con muchas posibilidades, riquezas e inequidades. Bogotá tiene 7.500.000 de habitantes.

Las metas del Programa de TB son una de las prioridades del actual alcalde de Bogotá que da mucha importancia a los determinantes sociales y se están obteniendo mejoras significativas. El trabajo con los habitantes en situación de calle es una preocupación no sólo por TB sino por todos los problemas. La mayor parte de las personas en esta situación usan drogas, son delincuentes y producen mucho temor. Existe un Proyecto de Desarrollo de Autonomía (PDA) que se basa en la APS con el fin del restablecimiento de la autonomía de las personas.

Lo realizado:

- Coordinación intersectorial para el abordaje integral del ciudadano Habitante de calle afectado por la TB, previo diagnóstico de la situación de salud y perfil epidemiológico del ciudadano habitante de calle
- Intervenciones directas sobre el ciudadano que facilitan el desarrollo de otras intervenciones, como Jornadas de salud para la intervención integral de los ciudadanos habitantes de calle.
- Captación de SR, diagnóstico de los casos y seguimiento normado (Administración de los medicamentos, laboratorio, medicina y enfermería) a los pacientes en el programa de TB.
- Seguimiento a la referencia y contra referencia de pacientes que se han trasladado a otras instituciones de la SDIS y el proyecto adultez con oportunidades como son CRONICO y EL CAMINO... Intervenciones de Vigilancia en Salud Pública y control de infecciones.
- Capacitación a funcionarios de los hogares de paso en TB, VIH/SIDA, y manejo del estigma al que se ven enfrentados. Perspectiva de un enfoque diferencial que de cuenta de una caracterización desde la mirada de género y diversidad sexual (política LGTB).

Resultados

- Compromiso político e institucional.
- Coordinación intersectorial ONG s, aseguradores y prestadores para garantizar el acceso a servicios sociales y de salud

- Metodologías participativas para sensibilizar a personal administrativo y usuarios del centro sobre tuberculosis
- Coordinación con la academia para la realización de investigaciones.
- Talento Humano del equipo institucional comprometido
- Seguimiento estrictamente supervisado del tto y demás elementos TAES
- Empoderamiento de los pacientes para adherir al tto. y curarse.
- Sensibilización de pares para el apoyo en el inicio del tto.
- Sensibilización a la familia de pacientes con TB y VIH

Desafíos

- Manejo integral del 100% de los casos de TB en HC
- TAV para el 100% de los casos de VIH
- Terapia preventiva para TB en VIH
- Vincular ONGs a la intervención
- Ampliar la intervención a mas hogares y otros centros de apoyo a población vulnerable
- Mayor empoderamiento de los pacientes y trabajo de pares.
- Formación de pacientes como agentes de salud Vincular a las universidades para convenios docente asistenciales en hogares.

Control de Contactos en poblaciones que viven en condiciones de exclusión social Caracas - Venezuela.

El distrito Capital tiene una población de 4.000.000 de habitantes. Hay población flotante, muchos vienen a la ciudad y duermen en otro lugar; es la 2da. Tasa más alta de TB del país, el 50% de TB-MDR y TB/VIH están aquí.

La definición de contacto se fijó como toda persona que habite en el refugio donde se diagnostica un caso de TB.

Se utilizaron como estrategia los Consejos Comunales, forma de organización de la comunidad donde el mismo pueblo es quien formula, ejecuta, controla y evalúa las políticas públicas, asumiendo así, el ejercicio real del poder popular, es decir, poniendo en práctica las decisiones adoptadas por la comunidad.

El 14 de enero del año 2006 se creó "La Misión Negra Hipólita" como un programa de Gobierno fundamentado en el objetivo de atender a las personas en situación de calle. El 25 de septiembre de 2007 la misión adquirió el rango de Fundación; consolidando de esta manera el firme propósito de preservar los derechos vulnerados de las personas que se encuentran en situación de riesgo.

La Misión Negra Hipólita acoge en sus centros a personas en situación de calle, con énfasis en las que presentan problemas médicos, de adicción y patologías psiquiátricas, ejecutando para esto programas dirigidos a la atención y la

formación integral, donde se garantiza la asistencia, la protección y el resguardo. Una vez cumplida las etapas los ciudadanos y ciudadanas pasaran a la reinserción familiar, laboral y educativa, de esta manera devolverles la dignidad como seres humanos.



Comentarios

- La población en situación de calle va a un hospital que está cerca del barrio, allí reciben tratamiento, especialmente los enfermos pulmonares bacilíferos (por lo menos 2 semanas), luego pasan al centro del barrio. En el barrio se le da contención, tienen talleres, se les brinda información con apoyo en pacientes curados.
- La Tasa de abandono antes del proyecto era muy alta y ha bajado a la mitad. No se da tratamiento si la persona no lo puede cumplir hasta el final.
- Si el enfermo no cumple con su tratamiento, el Consejo lo excluye y pierden todo lo que consiguieron.

Trabajo en grupo

Identificación de principales barreras de acceso al sistema sanitario y estrategias que pueden ser implementadas por los PNTs.

Teniendo en cuenta que las dificultades de abordaje de las acciones del programa de TB no sólo son de oferta de servicios por parte del sistema sanitario, sino también de acceso a esos servicios para la población, se

propuso a los participantes que identifiquen cuáles son esas barreras de acceso y qué estrategias se podrían implementar para superarlas.

Barreras

- Coordinación Programa-Laboratorios.
- Organización de la Red de Laboratorios.
- Desconocimiento de los servicios por parte de la comunidad.
- Violencia.
- No inclusión de las Normas del Programa de TB en las carreras de formación.
- Culturales: promotores sin formación específica.
- Estigma y discriminación.
- Políticas: autoridades poco informadas sobre el problema y los beneficios del control de la TB en la salud y la economía de los países.
- La pobreza del país o de zonas de un país.
- Pérdida de liderazgo del sector salud para cambiar el círculo de Salud – Enfermedad.
- Determinantes sociales que influyen en forma notable en la salud de las poblaciones.
- Mayoría de poblaciones vulnerables.
- Enorme movilidad de las personas.
- Falta de accesibilidad y disponibilidad de los SS.
- Incremento de migrantes ilegales, indocumentados, sin techo.
- Servicios poco amigables para los que llegan a las grandes ciudades.
- Situación de cese de servicios (huelgas, terremotos).
- Distancia entre la distribución de los SS y acceso al diagnóstico.
- Lingüística: migrantes que hablan diferentes lenguas.
- Atención no gratuita (para otras necesidades).
- Realidad geográfica.

Estrategias

- Empoderar a: pacientes, familias y comunidad con conocimientos adecuados.
- Fortalecer los RRHH: capacitación, monitoreo y evaluación.
- Motivar a las personas: incentivos, premios.
- Fortalecer la integración de los laboratorios en el Sistema de salud.

- Negociación con la comunidad para que acepten la enfermedad y poder trabajar con ella.
- Movilizar a las autoridades políticas.
- Fortalecer el cumplimiento de las Normas.
- Reorientar los SS para recuperar la confianza.
- Recuperar la rectoría del Sector Salud especialmente en las grandes ciudades.
- Renovar la APS.
- Focalizar los esfuerzos en la Promoción de la Salud.
- Humanizar la atención de salud.
- Fortalecer la intersectorialidad: vivienda, educación.
- Abogacía.
- IEC.
- Establecer modelos de atención equitativos para toda la población: diseño, horarios, ubicación, salud materno-infantil.
- Ofrecer modelos amigables adaptados a los contextos.
- Articular con instituciones migratorias.
- Incluir las Normas de los Programas en la currícula de Carreras formativas.
- Difundir prácticas de análisis de la información.
- Involucrar a líderes comunitarios en la atención.
- Negociación con la comunidad, elaborar un proyecto de ACSM.

Luego de las conclusiones en reunión plenaria, la Dra. Mirtha del Granado destacó tres aspectos:

- 1- Existe inequidad en la distribución de los servicios.
- 2- Las grandes ciudades crecen y los servicios básicos no crecen de igual forma.
- 3- Insuficientes SS para la población vulnerable.

Control integral de la TB en la ciudad más grande de LAC: experiencia de San Pablo, Brasil

La ciudad de San Pablo presenta realidades geográficas, demográficas, culturales, sociales y económicas muy distintas. Es una ciudad de muchos contrastes y desigualdades. En 2010 la población era de 11.224.369 habitantes; 1.441.900 habitantes vivían en las 1.565 favelas.

Existe el sistema único de salud (SUS) cuyos principios son: la universalidad, la integralidad, la equidad y la descentralización.

En El Estado de San Pablo en 2010 se notificaron 16.170 casos nuevos de TB, lo que representa una tasa de 39 casos/100.000 habitantes. En la ciudad de San Pablo esos valores fueron de 5.845 casos y 52 casos/100.000 habitantes respectivamente.

La búsqueda de casos se realiza contando con 49 laboratorios públicos y privados, estimulando la búsqueda activa día a día y realizando campañas anuales.

El tratamiento de los casos de TB se basa en el TDO, utilizando como incentivos una canasta básica y pases de transporte.

Para potenciar las acciones de control de TB, se sensibilizó sobre la situación de la TB a las Entidades Sociales que desarrollan actividades destinadas a la población en situación de calle y a los profesionales del Programa de gente en situación de calle. Se dio importancia a las cuestiones jurídicas brindando apoyo a los enfermos. Se crearon espacios de reflexión y debate y se integraron redes sociales de TB. Actualmente se realiza el monitoreo y evaluación de las actividades y las metas propuestas.

Experiencias exitosas del control de TB en poblaciones especiales de las grandes ciudades

Control de la TB en poblaciones indígenas: experiencia en Santa Cruz, Bolivia

Santa Cruz tiene 2.706.000 habitantes, siendo el 80% de la población urbana y aportando el 58% de la carga de TB. El problema de la TB descendió en los últimos 10 años.

Durante los años 2005-2006 la Confederación de pueblos indígenas de Bolivia (CIDOB) intervino en la implementación del Proyecto TB. En mayo/07 elaboró su propuesta y participó de la licitación del PNUD para adjudicarse dicho proyecto. En octubre de 2007 fue oficialmente aceptado para su implementación. Su objetivo era:

- Ofertar atención en salud (TB) a través de un modelo de atención adecuado a la realidad de las poblaciones indígenas de tierras bajas, que permita una detección permanente de casos de TBP BAAR (+) y garantice su curación a través de la Estrategia DOTS-C.
- Expandir la Cobertura de la Estrategia DOTS, DOTS-C a pueblos y comunidades originarias de Tierras Bajas de 11 pueblos indígenas desprotegidos y mayoritarios.

Las estrategias a emplear consisten en:

- Expansión de la cobertura de la estrategia DOTS-C para reducir el impacto de la morbi-mortalidad por TB en la población indígena, aportando en la mejora de la calidad de vida y productividad.
- Extensión del área de acción a 11 pueblos indígenas (tomando en cuenta etnias priorizadas de alta vulnerabilidad).

Las actividades a desarrollar son: detección y captación de SR a partir de promotores comunitarios; toma de muestras de expectoración por promotores de salud; envío de muestras a laboratorio a través de las UCS; detección oportuna de TBP BAAR positivo; tratamiento completamente supervisado mediante promotor comunitario; prevención del desarrollo de resistencia a los medicamentos antituberculosos; recolección de muestras para Baciloscopías de control; control de focos a través del control de contactos; administrar quimioprofilaxis; consejería a pacientes y familiares; comunicación social sobre prevención y control de TB en comunidades indígenas.

Los logros obtenidos fueron:

- Captación de SR en población indígena.
- Tratamiento DOTS-C a pacientes TBP BAAR positivo en población indígena.
- Pacientes curados
- CIDOB como aliado estratégico del PNCT.
- Formación de 105 promotores de salud indígenas.
- Fortalecimiento a SS
- Captación activa de SR en comunidades con baja cobertura de SS
- Sensibilización de autoridades indígenas nacionales, regionales y comunales.
- Ejecución presupuestaria de acuerdo a POA.
- Capacitación a personal de centros y puestos de salud, directores y docentes de núcleos escolares.
- Elaboración del Manual de procedimientos en TB para el Promotor de Salud Indígena.
- Diseño, elaboración, difusión y entrega de material educativo (Rotafolios, afiches, trípticos, cuñas radiales, entre otros).

Desafíos

- Fortalecer y desarrollar los procesos de concertación entre la medicina occidental y la tradicional.
- Fortalecer el acercamiento, aceptación, entendimiento y concertación del sistema sanitario con las comunidades Indígenas.
- Abordar factores determinantes de la TB como el estado nutricional, alcoholismo y vivienda.
- Vincular a los pacientes y ex pacientes, familiares y líderes en la supervisión del tratamiento a las comunidades de las áreas dispersas.
- Identificar factores sociales y culturales que inciden en la adherencia al tratamiento por las comunidades Indígenas.
- Tener en cuenta los determinantes sociales y su afluencia en la salud de las poblaciones indígenas para promover estilos de vida saludables.

Control de la TB en poblaciones desplazadas y en afro-descendientes - experiencia en ciudades de Colombia

Abordar el tema del desplazamiento es difícil porque hay muchas áreas, siendo salud una de ellas y muy importante. Se mencionaron tres tareas de suma importancia en el abordaje de poblaciones en esta situación:

- ▶ Educación escolar
- ▶ Educación sexual.
- ▶ Nutrición.

Las poblaciones desplazadas tienen un índice de desarrollo humano menor que el de la Nación.

Colombia es el 2do país del mundo, después de Sudán, de desplazamiento. Migración no es igual a desplazamiento forzado.

La Urbanización / Migración determinó un mayor número de población vulnerable, por lo tanto mayor riesgo de transmisión de TB. La urbanización no planificada expone a la población a condiciones insalubres y adopción de hábitos no saludables, hacinamiento.

En Colombia las características de la población desplazada son: 50.7% hombres, 49.3% mujeres (23% hogares mujer jefe), 9.87% niños de 0 – 6 años, 14.83% niños de 7 – 12 años, 26.4% jóvenes de 13 a 24, 3.8% adultos mayores, 1.15% discapacitados, 2.44% indígenas y 8.59% afrocolombianas, 36.53% con educación primaria en adelante. En total la población desplazada constituye 837.274 hogares formados por 3.725.000 personas.

La Sentencia T-025/2004 de la Corte Constitucional del país establece los Derechos mínimos que el Estado debe garantizar a la población desplazada: vida, dignidad, integridad física, psicológica y moral, familia y unidad familiar, subsistencia mínima, salud, protección frente a prácticas discriminatorias basadas en el desplazamiento, educación para los menores de 15 años de edad, provisión de apoyo para el autosostenimiento.

Las acciones que se implementaron para el cumplimiento de la Sentencia T-025/2004 y sus Autos de seguimiento fueron:


- Protección de los derechos fundamentales de la población afrodescendiente víctima del desplazamiento forzado (Auto 005/2009).
- Programa de Protección de las personas desplazadas, con discapacidad (Auto 006/2009).
- Asistencia Técnica para identificar barreras de acceso y adoptar mecanismos orientados a superarlas.
- Capacitación en gestión de la información con enfoque diferencial.
- Cumplimiento de Indicadores de Goce Efectivo de Derechos.

Control de TB en poblaciones indígenas que migran a grandes ciudades – experiencia de Ciudad de Guatemala.

En Guatemala hay 23 lenguas: gran barrera lingüística. Tienen migración interna y externa. En la información que se recoge, si la población es indígena, no están todas las etnias y si es migrante, el personal no lo llena.

Hay 5 departamentos donde hay mayor población indígena migrante por la situación económica

DEPARTAMENTOS CON ALTA POBLACION INDIGENA: Migración interna.

- CHIMALTENANGO
- ALTA VERAPAZ
- QUICHE  CIUDAD CAPITAL
- TOTONICAPAN
- IZABAL (GARIFUNAS)

La migración externa, en general, está conformada por pacientes que ingresan o regresan de USA, México y El Salvador.

El manejo actual de pacientes consiste en:

- Se recibe un correo electrónico o llamada de Health Network Migrant Clinicians Network Indicando la dirección en la que serán repatriados uno o más pacientes diagnosticados con TB.
- Se solicita vía telefónica a áreas o distritos de salud el lugar más cercano al cual debe acudir el paciente a continuar su tratamiento
- Se elabora un documento en formato Word con los campos NOMBRE DEL PACIENTE, DIRECCION, TELEFONO DEL PACIENTE, NOMBRE DEL AREA DE SALUD, NOMBRE RESPONSABLE DEL PROGRAMA EN AREA, TELEFONO DE RESPONSABLE EN AREA, RESPUESTA OBTENIDA EN AREA DE SALUD, OBSERVACIONES.
- Se responde vía correo electrónico adjuntando documento con la información solicitada.
- Con el personal Militar, se coordina directamente con el Centro Médico Militar; no se envía a otros países a personal que tenga TB. Cuando un militar o brigada vuelve al país se le realiza examen físico y de ser necesario pruebas diagnósticas, si es positivo se refiere al SS más cercano.

Control de TB en poblaciones privadas de libertad en grandes ciudades de Brasil

El Riesgo Relativo (RR) de TB en las poblaciones vulnerables en relación a la población general es:

- Población afro descendiente: 2

- Población indígena: 4
- Población privada de libertad: 25
- PVVS: 30
- Población sin techo: 67

El total de casos nuevos de TB diagnosticados en el sistema penitenciario de Brasil en 2009 fue 4.420. Los casos de TB en PPL representan 5% de los casos de TB notificados, sin embargo las PPL corresponden a 0,25% de la población del país.

Las acciones para el control de la TB en PPL fueron:

- Inclusión de la variable "PPL" en el sistema de información (2007).
- Grupo de Trabajo de TB en Prisiones – Ministerio de la Salud (2008).
- Cuestionario nacional para establecimiento de indicadores y metas.
- Nuevo guía de control de la TB (2010) que incluyó un capítulo específico sobre PPL (así como sobre cada una de las poblaciones más vulnerables)
- Identificación de organizaciones de la sociedad civil que actúen en prisiones; calificación y potencialización del control social
- Oficinas Regionales y Nacional de Control de TB en Prisiones (2010)
- Visitas de M&E sistemáticas en el sistema penitenciario
- Capacitación sobre TB para profesionales de salud del sistema penitenciario y para agentes penitenciarios
- Articulación con Departamento Penitenciario y Fondo Mundial en la revisión de las Directrices para la Construcción, Ampliación y Reformas de Establecimientos Penales (Oficinas 2011)
- Campaña del día 24 de marzo de 2011: material específico para profesionales de salud del Sistema Penitenciario

Luego, se incorporaron otras actividades financiadas por el proyecto del Fondo Mundial.

Un logro importante es que en el Plan del nuevo gobierno "Brasil sin Miseria" para sacar 16.200.000 personas de abajo de la línea de pobreza, se consiguió colocar a la TB como un criterio de inclusión social y promoción de la ciudadanía.

5. Principales conclusiones y recomendaciones de la Reunión

En una reunión plenaria se presentaron las conclusiones y recomendaciones preliminares de la reunión a fin de que sean analizadas y consensuadas entre todos los participantes. Luego de numerosos intercambios de opiniones y recomendaciones, las conclusiones de la Reunión fueron:

- En la Región de las Américas la TB es una enfermedad eminentemente urbana, con una importante concentración en las grandes ciudades.
- Las condiciones socioeconómicas imperantes en las grandes urbes propician la diseminación y persistencia de la TB, por lo que el control de la enfermedad es una prioridad en ellas. Entre las condiciones más destacadas están:
 - o Formación de barrios con elevada densidad poblacional en condiciones de pobreza y extrema pobreza.
 - o Determinantes sociales de la salud como desnutrición, consumo de alcohol, tabaco, otras drogas, precariedad de la vivienda y de los lugares de trabajo, la contaminación ambiental e intradomiciliaria, la desocupación y violencia, y la presencia de otras comorbilidades como la diabetes.
 - o Infección VIH que es predominantemente una infección urbana.
 - o Población pobre con baja cobertura de los servicios básicos, entre los que se deben mencionar a los servicios de salud pública y las dificultades de acceso a los mismos.
 - o Presencia de poblaciones altamente vulnerables como las PPL, sin vivienda, desplazados, minorías como indígenas, afro descendientes, inmigrantes internos y externos de otros países.

Las recomendaciones de la Reunión fueron:

Para los PNTs

- El control de la TB en áreas urbanas tiene que ser abordado intersectorial e interinstitucionalmente, y discutido y planificado en instancias de concertación local (mesas de trabajo, consejos comunales, comités interinstitucionales, programas de municipios saludables y otros), de tal manera que permita visualizar la problemática de la TB dentro de las agendas locales de salud.
- Los PNTs tienen que trabajar con las máximas autoridades nacionales, subnacionales y municipales para abordar la problemática de la TB en grandes ciudades.
- Los PNTs deben introducir la investigación operativa y la evaluación de costo-efectividad de las estrategias actualmente implementadas en grandes ciudades.
- Los PNTs deben articular sus actividades con las autoridades municipales de salud de grandes ciudades para:
 - o Estratificar las áreas urbanas en función de riesgo de TB para la priorización de intervenciones.

- o Identificar los principales desafíos del control de la TB y las intervenciones sanitarias a implementar.
- o Identificar los principales desafíos en la respuesta sanitaria a las poblaciones vulnerables (problemas de acceso, ausencia de SS, inadecuación de los SS, múltiples proveedores, etc.) e identificar acciones, citándose como importantes la implementación de PPM, participación comunitaria y desconcentración de la atención a los sistemas de APS.

Para el Programa Regional de OPS

- Incluir en la agenda de trabajo de las áreas de determinantes sociales de la salud de la OPS el tema de control de TB.
- Mantener la prioridad del control de la TB dentro de la agenda de salud de los Estados Miembros.
- Monitorear, evaluar y documentar los avances y las lecciones aprendidas del control de la TB en las grandes ciudades de la Región de las Américas.

“EL CONTROL DE LA TB ES TAREA DE TODOS”

ANEXO 1

Lista de participantes en la Reunión

Alvarez, Eduardo

OPS Chile

Chile

alvareze@chi.ops.oms.org

Alvarez, Raúl

PNCT Argentina

Argentina

rralva_rez@yahoo.com.ar

Aragón, Miguel

OPS/ El Salvador

El Salvador

aragonm@paho.org

Baca, Maria Edith

OPS/OMS Peru

Peru

mbaca@paho.org

Barreira, Draurio

M. Salud Brasil

Brasil

draurio.barreira@saude.gov.br

Calabrese, Carina

PNCTB

Argentina

carinaandreaacalabrese@gmail.com

Calona de Abrego, Marta Isabel

M. Salud El Salvador

El Salvador

calonabrego@yahoo.com.mx

Castellanos, Martin

M. Salud Mexico

Mexico

martinjoya50@gmail.com

Cruz Peñate, Mario

OPS/OMS WDC

Washington

cruzmari@paho.org

Cuello, Monica

S. Salud. Publ.MunicRosario

Argentina

mcuello@rosario.gov.ar / mcuello@gmail.com

Chavez Pachas, Ana Maria

M. Salud

Peru

anachavezp@terra.com.pe

Darnaud, Raquel M.H.

Inst. Nacional E. Respiratorias Coni

Argentina

raquel_darnaud@hotmail.com

Del Aguila, Roberto

OPS/OMS- Chi.

Chile

delaguro@paho.org

Del Granado, Mirta

OPS/OMS

Washington

delgrana@paho.org

Dias Nakazaki , Rosa María

Municipio Sao Paulo

Brasil

rnakasaki@prefeitura.sp.gov.br

España, Mercedes

M. Salud Venezuela

Venezuela

mefiesce@gmail.com

Farida , Kerouani

OPS WDC

Washington

kerouanfe@paho.org

Freile, Clara

M. Salud Publico- PCT

Ecuador

clarafreile@msh.gov.ec / clarafreile@gmail.com

Fuentes Tafur, Luis
M. Salud Perú
Perú
fuentestafur@yahoo.com

Garay Ramos, Julio
M. Salud
El Salvador
jgaray@mspas.gob.sv

Góngora, Ilse
M. Salud
Guatemala
alquimiainc@gmail.com

Gonzalvez, Guillermo
OPS/OMS- Peru
Peru
ggonzalv@paho.org

Latorraca, Mariana
M. Salud PNCTB
Argentina
marianalatorraca@gmail.com

Lesmo, Vidalia
POS/OMS Paraguay
Paraguay
lesmovi@par.ops.oms.org

López Olarte, Rafael
OPS/OMS
Washington
lopezraf@paho.org

López Reyes , Lucy
Municip. Metrop. Lima
Peru
lucyherlopez@hotmail.com

López Roja, Lilia Edith
Secretaria de Salud Bogota
Colombia
liliaelopez@gmail.com

Martínez, Celia
PNCT-MSP Y BS
Paraguay
zhelia.martinez@yahoo.com

Moreira, Marcia
OPS/OMS- Arg.
Argentina
moreiram@arg.ops-oms.org

Moreno, Ernesto N.
MPS- Colombia
Colombia
emoreno@minproteccion-social.gov.com

Nunes, Fernando
M. Salud Nación
Argentina
fnunes@live.com.ar

Oliel, Sebastian
OPS/OMS
Argentina
olielseb@arg.ops.oms.org

Piller, Raquel
G-PS-SMSDC-RIO-Brasil
Brasil
raquelpiller@yahoo.com.br

Salamanca Kacic, Roxana
OPS/OMS
Bolivia
rsalamanca@bol.ops-oms.org

Spolidori, Sergio
M. Salud
Argentina
sergiospolidori@hotmail.com

Tapia, Mercedes
Programa de TB_ Córdoba
Argentina
dtbccba@yahoo.com.ar

Tenorio, Alfonso
OPS
Brasil
tenorioa@paho.org

Torres, Zaida
C. Regional S.R. Dist. Cap V
Venezuela
Zaida_torres0412@yahoo.es

Torres, Zulema
M. Salud
Chile
ztorres@minsal.cl

Vila, Marcelo
OPS/OMS
Argentina
vilamarc@paho.org

Villarroel Gutiérrez, Pilar
M. Salud
Bolivia
pilarv1@yahoo.es

Yamanija-Kanashiro, Jose C.
Socios en Salud
Perú
jyamanija_ses@pih.org

Zerbini, Elsa V.
Inst.Nacional E.Respiratorias Coni
Argentina
elsazerbini@arnet.com.ar

ANEXO 2

Agenda

Miércoles 14 de septiembre

	Moderador del día:	M. Moreira
08:00 – 08:30	Inscripción	
08:30 – 09:00	Inauguración	Autoridades nacionales y OPS/OMS
09:00 – 09:30	Presentación de participantes Objetivos del taller Aspectos administrativos	R. López
09:30 – 10:00	Situación de salud de las grandes ciudades de LAC	F. Nunes
10:00 – 10:30	Situación de TB en las Américas y su problemática en las grandes ciudades de LAC	M. del Granado
10:30 – 10:50	Receso	
10:50 – 11:10	Caracterización de la epidemia del VIH en grandes ciudades de LAC	M. Vila
11:10 – 11:30	Desigualdades de género en las Grandes Ciudades: su problemática y abordaje	M.E. Baca
	Mesa redonda: Experiencias exitosas de atención frente a desafíos en ciudades de Latinoamérica	Moderador D. Barreira
11:30 - 11:50	Control de la coinfección TB/VIH en San Salvador	J. Garay
11:50 - 12:10	Pobreza y TB en Lima, Perú	O. Jave
12:10 - 12:30	Discusión	Todos
12:30 - 13:30	Almuerzo	
	Continuación mesa redonda	Moderador: D. Barreira
13:30 – 13:50	Drogadicción, alcoholismo y TB en Santiago de Chile	Z. Torres
13:50 – 14:10	Control del binomio Diabetes y TB en Tijuana, México	M. Castellanos
14:10 – 14:30	Discusión	Todos
14:30 – 16:00	Trabajo de Grupos: Identificación de desafíos que necesitan estrategias diferenciadas de control de la TB	Grupos
16:00 - 16:20	Receso	
16:20 - 17:30	Presentación de grupos y discusión	Todos

Jueves 15 de septiembre

	Moderador del día:	G. Gonzalez
08:30 - 09:00	Control de la TB en la Argentina: Logros y desafíos	R. Alvarez
09:00 - 09:30	Acceso efectivo a la atención integral y control de la TB en las grandes ciudades	M. Cruz
09:30 - 09:50	Las redes de laboratorio de la TB y desafíos que enfrentan en grandes ciudades de LAC	E. Zerbini
	Mesa redonda: Experiencias de atención y acceso a servicios de salud en grandes ciudades	Moderador: J. Garay
09:50 - 10:10	Modelo de atención para el control de la TB en la favela Rocinha en Río de Janeiro, Brasil	R. Piller
10:10 - 10:30	Receso	
	Continuación mesa redonda	Moderador: J. Garay
10:30 - 10:50	Modelo de atención para el control de la TB en la ciudad de Rosario, Argentina	M. Cuello
10:50 - 11:10	Control de la TB en grandes hospitales con el "DOTs hospitalario" - experiencia de Ecuador	C. Freile
11:10 - 11:30	Control integral de la TB en el barrio San Cosme de Lima, Perú	L. Fuentes
11:30 - 11:50	Incorporación de diferentes proveedores (PPM/APP) en el control de TB - Experiencia de Asunción, Paraguay	C. Martínez
11:50 - 12:20	Discusión	Todos
12:20 - 13:20	Almuerzo	
	Continuación mesa redonda	Moderador: J. Garay
13:20 - 13:40	Control de la tuberculosis en habitantes de la calle - experiencia de Bogotá, Colombia	L. López
13:40 - 14:00	Control de contactos en poblaciones marginales de Caracas, Venezuela	M. España
14:00 - 14:20	Discusión	Todos
14:20 - 16:00	Trabajo de grupos – Identificación de principales barreras de acceso al sistema sanitario y estrategias que pueden ser implementadas por los PNTs	Grupos
16:00 - 16:20	Receso	
16:20 - 17:30	Presentación de trabajo de grupos y discusión	Todos

Viernes 16 de septiembre

	Moderador del día:	R. Salamanca
08:30 - 09:00	Control integral de la TB en la ciudad más grande de LAC experiencia de San Pablo, Brasil	R. Nakasaki
09:00 - 09:30	Minorías y grandes ciudades: Desafíos para su atención en salud	E. Pina de Barros
	Mesa Redonda: Experiencias exitosas del control de TB en poblaciones especiales de las grandes ciudades	Moderador: M. Castellanos
09:30 - 09:50	Control de la tuberculosis en poblaciones indígenas - experiencia en Santa Cruz, Bolivia	P. Villaroel
09:50 - 10:10	Control de la TB en poblaciones desplazadas y en afrodescendientes - experiencia en ciudades de Colombia	E. Moreno
10:10 - 10:30	Receso	
	Continuación mesa redonda	Moderador: M. Castellanos
10:30 - 10:50	Control de TB en poblaciones indígenas que migran a grandes ciudades – experiencia de Ciudad de Guatemala	I. Góngora
10:50 - 11:10	Control de TB en poblaciones privadas de libertad en grandes ciudades de Brasil	D. Barreira
11:10 - 11:30	Discusión	M. Castellanos
11:30 - 12:00	Conclusiones y recomendaciones	M. del Granado
12:00 - 12:15	Clausura	Autoridades nacionales y OPS/OMS
12:15	Almuerzo	

ANEXO 3

Trabajo de Grupos - Identificación de los desafíos que necesitan estrategias diferenciadas de Control de la TB

Miércoles 14 de septiembre de 2011

Conformación de los grupos

Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Pilar Villaroel	Draurio Barreira	Rosa Nakazaki
Raquel Piller	Roxana Salamanca	Alfonso Tenorio
Roberto del Águila	Eduardo Álvarez	Zulema Torres
Ernesto Moreno	Lilia López	Julio Garay
Martha Isabel Calona	Clara Freile	Ilse Gongora
Celia Martínez	Miguel Aragón	Martín Castellanos
Lucy López	Luis Fuentes	Vidalía Lesmo
María Edith Baca	Mercedes España	Guillermo González
José Carlos Yamanija	Marcia Moreira	Mario Cruz - Peñate
Elsa V. Zerbini	Raquel Darnaud	Ana María Chávez
Mónica Cuello	Carina Calabrese	Raúl Álvarez
Sergio Spolidori	Rubén Iribas	María Cristina Braian
Mercedes Tapia	Fernando Nunes	

Al interior de cada grupo por favor designen un moderador y un relator. El primero coordina la discusión y da la palabra y el segundo resume las conclusiones de la discusión del grupo con base en los siguientes puntos y presenta en plenaria:

1. Identifiquen al menos tres desafíos para el control de la TB en grandes ciudades de acuerdo con los diferentes aspectos que se han planteado durante el día.
2. ¿Qué estrategias propondrían para cada uno de los desafíos identificados que pudieran ser implementadas en las grandes ciudades de América Latina y el Caribe?

¡Gracias!

Reunión Regional sobre Control de TB en Grandes Ciudades

Buenos Aires, Argentina - Septiembre 14 a 16 de 2011

Trabajo de Grupos - Identificación de barreras de acceso al Sistema de Salud y estrategias que pueden ser implementadas por los Programas Nacionales de TB

Jueves 15 de septiembre de 2011

Conformación de los grupos

Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Roberto del Águila	Raquel Piller	Pilar Villaroel
Roxana Salamanca	Draurio Barreira	Eduardo Álvarez
Rosa Nakazaki	Zulema Torres	Alfonso Tenorio
Celia Martínez	Ernesto Moreno	Martha Isabel Calona
Miguel Aragón	Clara Freile	Lilia López
Julio Garay	Martin Castellanos	Ilse Góngora
Lucy López	María Edith Baca	José Carlos Yamanija
Marcia Moreira	Luis Fuentes	Mercedes España
Vidalia Lesmo	Mario Cruz - Peñate	Guillermo González
Sergio Spolidori	Mónica Cuello	Elsa V. Zerbini
Carina Calabrese	Raquel Darnaud	Rubén Iribas
María Cristina Braian	Ana María Chávez	Raúl Álvarez
Fernando Nunes	Mercedes Tapia	

Al interior de cada grupo por favor designen un moderador y un relator, diferentes a los del primer trabajo de grupos. El primero coordina la discusión y da la palabra y el segundo resume las conclusiones de la discusión del grupo con base en los siguientes puntos y presenta en plenaria:

1. Identifiquen las principales barreras de acceso al sistema de salud existentes en las grandes ciudades tomando en cuenta lo discutido durante la Reunión.
2. Que estrategias podrían ser implementadas por los Programas Nacional de TB para contrarrestar las barreras identificadas?

¡Gracias!

ANEXO 4

Evaluación

Reunión Regional sobre Control de TB en Grandes Ciudades Buenos Aires, Argentina – septiembre 14 a 16, 2011

A continuación se presenta el consolidado de las respuestas de los participantes de la Reunión en la evaluación de los distintos aspectos del desarrollo de las jornadas.

1. Por favor, califique la calidad de diferentes aspectos de la Reunión Regional sobre Control de TB en Grandes Ciudades marcando la respuesta apropiada:

	Excelente	Muy Bueno	Bueno	Aceptable	Deficiente	Sin Dato
Aspectos Técnicos						
Metodología	15	14	1			1
Material entregado	13	12	1	1		4
Inauguración	13	14	3			1
Presentaciones	17	10	2			2
Mesas Redondas	21	8	2			
Trabajos en grupo	18	11	2			
Plenarias post trabajo en grupo	14	15	2			
Conclusiones y recomendaciones	19	10	2			
Aspectos Logísticos						
Ciudad sede	24	7				
Hotel	19	10	1			1
Refrigerios	15	12	2	1	1	
Almuerzo	18	10	3			
Apoyo administrativo antes de la reunión	24	5				1
Apoyo administrativo durante la reunión	26	3	1			1
Impresión general de la Reunión Regional sobre Control de TB en Grandes Ciudades	19	9				3

2. Por favor mencione aspectos positivos de la Reunión

-
- Revisión de una tema importante, con problemáticas comunes.
 - Oportunidad de compartir experiencias innovadores y dificultades.
 - Discusiones en grupo (buena participación).
 - Calidad de presentaciones.
 - Organización del evento.
 - Ayudará a implementar mejores acciones en ciudades.
 - Motiva personal / social.
-

3. Por favor mencione aspectos que podrían mejorarse

-
- Más tiempo para trabajo en grupo.
 - Mejorar el control de tiempo.
 - Promueve más discusión en las plenarias y de los trabajos de grupo.
 - El número de presentaciones limitó los espacios de discusión.
 - Invitar a autoridades municipales / incluir mayor participación de representantes de gobiernos locales, especialmente de grandes ciudades, para comprometerlas en los esfuerzos y ver la importancia de TB.
 - Sugerir formatos para presentaciones y entregar copias de presentaciones.
 - Contacto con más anticipación para la participación en el evento.
-

4. Sugerencias para futuras reuniones de este tipo

-
- Invitar a personal de salud con presentaciones locales / traer más funcionarios operativos.
 - Dar seguimiento al tema abordado en la reunión de jefes de PNT.
 - Presentación tanto de aspectos positivos como negativos de la implementación de las estrategias.
 - Incluir al menos una noche salir como grupo.
 - Más tiempo de análisis/ interpretación para definir cursos de acción.
 - Discusión de determinantes sociales.
 - Participación de científicos sociales
-

¡Gracias!