

SEGUNDA REUNIÓN REGIONAL

PARA EL INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS
SOBRE EL CONTROL DE LA

TUBERCULOSIS EN GRANDES CIUDADES

ASUNCIÓN, PARAGUAY
25-27 DE AGOSTO DE 2015



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

Relatoría de la Segunda Reunión Regional para el intercambio de experiencias sobre el Control de la Tuberculosis en Grandes Ciudades. Agosto 2015.

Programa Regional de Tuberculosis
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Washington, D.C.

CONTENIDO

| | |
|---|----|
| ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS | 3 |
| PRESENTACIÓN | 4 |
| OBJETIVOS DE LA REUNIÓN | 4 |
| El control de la TB en Grandes Ciudades | 5 |
| Panel: Resultados de la implementación de los planes | 7 |
| Rafael Uribe Uribe, Bogotá Colombia | 7 |
| Guarulhos-Brasil | 9 |
| El Agustino y San Juan de Lurigancho-Perú | 11 |
| Avances, desafíos y lecciones aprendidas | 13 |
| Panel: Proceso de expansión de la Iniciativa a otros municipios | 19 |
| Colombia | 19 |
| Perú | 19 |
| Estudio de la mortalidad por TB en Guarulhos - Brasil | 20 |
| Caracterización y análisis de la mortalidad en Bogotá, Colombia | 21 |
| Presentación de los estudios de análisis de situación | 24 |
| Análisis de TB en Tijuana, México | 24 |
| Análisis de la TB en Asunción y San Lorenzo, Paraguay | 27 |
| Presentación del contexto del proyecto en Montevideo, Uruguay | 29 |
| La importancia de la gestión local en la salud pública | 31 |
| Inclusión en los planes de salud y normativas locales y nacionales | 33 |
| Panel: Minorías étnicas y tuberculosis en las ciudades | 34 |
| Poblaciones vulnerables en barrios marginales de Bogotá | 36 |
| Migrantes en barrios marginales de Guarulhos | 36 |
| Medidas de control de TB en personas privadas de libertad en Lima | 37 |
| La TB y comorbilidades en la Región de las Américas | 38 |
| TB y Diabetes Mellitus | 38 |
| TB y VIH/sida | 38 |
| TB y adicción a drogas | 39 |
| CONCLUSIONES | 40 |
| RECOMENDACIONES | 41 |
| ANEXO A. AGENDA DE LA REUNIÓN | 42 |
| ANEXO B: LISTA DE PARTICIPANTES | 46 |

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

| | |
|-----------|---|
| APS | Atención Primaria de Salud |
| BCC-CCC | Behavior Change Communication – Comunicación para el Cambio de Comportamiento |
| DM | Diabetes Mellitus |
| DOTS-TAES | Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado |
| DOTS-C | Estrategia de DOTS comunitaria |
| EAPB | Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud |
| IDH | Índice de Desarrollo Humano |
| OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud |
| PCT | Programa Municipal de Control de la Tuberculosis |
| PNCT | Programa Nacional de Control de Tuberculosis |
| PNT | Programas Nacionales de Tuberculosis |
| PPL | Personas Privadas de Libertad |
| PS | Prueba de Sensibilidad a medicamentos anti tuberculosis |
| SR | Sintomático Respiratorio |
| TB | Tuberculosis |
| TBP FP | Tuberculosis pulmonar con frotis positivo |
| TB K+ | Tuberculosis Pulmonar con Baciloscopía Positiva |
| TB-MDR | Tuberculosis multirresistente |
| TB TF | Tuberculosis Todas las Formas |
| TB XDR | Tuberculosis extensamente resistente |
| VIH | Virus de Inmunodeficiencia Humana |



PRESENTACIÓN

En la ciudad de Asunción, Paraguay, se reúnen del 25 al 27 de agosto de 2015 autoridades regionales y locales de OPS/OMS y representantes de los Programas de Tuberculosis de ocho países que implementan la estrategia de Tuberculosis en Grandes Ciudades en la región de las Américas.

La primera Reunión Regional se realizó en 2011 en Buenos Aires (Argentina) donde se había ratificado la necesidad de redireccionar las acciones de control de la TB, empleando estrategias específicas para los nuevos desafíos urbanos, trabajar intersectorial e interinstitucionalmente, articular las actividades con las autoridades del nivel local 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 ser implementadas.

En esta II Reunión Regional para el Intercambio de Experiencias de Tuberculosis en Grandes Ciudades la metodología incluyó exposiciones y mesas redondas donde se presentaron resultados de experiencias exitosas y los principales desafíos. Se realizaron trabajos en grupos con presentación de conclusiones en plenaria. Al final del evento se elaboraron las conclusiones generales y recomendaciones, que se presentan en este documento.

OBJETIVOS DE LA REUNIÓN

- Presentar los resultados de la documentación de los avances, desafíos y lecciones aprendidas de la implementación de la iniciativa en Lima, Bogotá y Guarulhos.
- Conocer el proceso de expansión a otras ciudades o municipios de la aplicación del Marco de Trabajo en Brasil, Colombia y Perú.
- Conocer los resultados de los estudios de situación de las Ciudades de Guatemala, Guatemala; Montevideo, Uruguay; Tijuana, México; y Asunción, Paraguay.
- Discutir temas comunes para la identificación y abordaje de poblaciones especialmente a riesgo de TB de ciudades, en el contexto de la estrategia “Fin de la TB”.

El control de la TB en Grandes Ciudades

Antecedentes y estado actual

Perspectivas después del 2015 de acuerdo a la Estrategia Fin de la TB



Dra. Beatriz Cohenca, Punto focal VIH, TB y Hepatitis OPS Paraguay; Dra. Mirtha del Granado, asesora regional para TB de OPS/OMS; y Dra. Vidalia Lesmo, Jefe de Programas XVIII Región Sanitaria Capita (Paraguay).

La Asesora Regional de Tuberculosis OPS/OMS, **Mirtha del Granado**, presentó un panorama sobre los desafíos del control de la TB en las Américas, destacando la poca reducción en la incidencia en los últimos años. En ese sentido, se estima que en el 2013, 65.000 enfermos con TB en las Américas no fueron diagnosticados.

Otro desafío es la coinfección TB/VIH. Después del África, las Américas es la región con mayor porcentaje de coinfección TB/VIH (13%) y en 2013, solo el 69% de los pacientes de TB se habían realizado la prueba de VIH. Este rezago genera que se hayan dejado de diagnosticar la infección de VIH en 9.400 personas.

La TB-MDR es otro desafío emergente. En 2013, se detectó el 50% de los casos TB-RR-MDR y se inició tratamiento al 90% de los mismos.

La doctora Del Granado destacó que la TB no sólo afecta a los más pobres, sino que además es un factor de empobrecimiento. Presentó el gráfico de un estudio en República Dominicana, donde se observa que en un grupo de pacientes, el porcentaje de personas por debajo de la línea de pobreza antes de padecer la enfermedad era del 9% y después de la enfermedad se incrementó al 56%.

Los datos regionales muestran que la desigualdad social y la TB no han variado en el tiempo, lo que es prueba de que los determinantes sociales no han sido suficientemente abordados.

La profesional mencionó que los cambios demográficos en la región, tales como el envejecimiento de la población, el incremento de la tasa de migración y la urbanización acelerada, son otros puntos a tener en cuenta en el abordaje de la TB.

Asimismo, el aumento de las enfermedades no transmisibles: diabetes mellitus, alcoholismo, adicción a drogas, tabaquismo, constituyen temas a ser afrontados por los programas de TB, por las interacciones que se generan entre estos problemas de salud.

Ante estos antecedentes regionales, la asesora regional planteó la interrogante de qué podemos hacer de diferente en el control de la TB en las Américas. Como respuesta, presentó las estrategias mundiales con las que el “Marco de Trabajo de control de la TB en Grandes Ciudades” está en consonancia: a) la “Estrategia de acceso universal para la salud y la Cobertura Universal de Salud”; y b) la “Estrategia TB Post-2015”.

Focalizar el control en grandes ciudades

El marco de control de la TB en grandes ciudades, propone: a. focalizar las acciones de control en poblaciones vulnerables a la TB: pobres de ciudades, minorías étnicas, personas privadas en libertad; y b. trabajar con todos los proveedores de salud, otros programas de salud (de forma interprogramática) y con otros sectores fuera del de salud (trabajo multisectorial).

En Latinoamérica hay múltiples razones que justifican el abordaje: 80% de la población de la región vive en ciudades; 1 de cada 4 habitantes es pobre; el 27% (117 millones de personas) vive en barrios marginales; y las ciudades de Latinoamérica son consideradas las más inequitativas y violentas del mundo. En los barrios marginales las familias tienen limitado acceso a servicios básicos (agua, saneamiento básico, electricidad) y a viviendas y entornos saludables. La violencia, como una patología social, impacta en la calidad de vida y el funcionamiento de los servicios de salud.

En las áreas urbanas se han identificado barreras específicas para el control de TB, entre las que destacan la fragmentación y multiplicidad de proveedores de salud; las múltiples autoridades de salud; la diversidad étnica de las poblaciones que las expone a discriminación; la pobreza y marginalización y su reflejo en las inequidad de salud. Destacó además que la fragmentación de la atención de salud repercute en altos costos y tiempos para los servicios de salud y para el paciente.

El marco de trabajo de TB en grandes ciudades permite abordar estos problemas con estrategias que se adaptan a la realidad de cada centro urbano, tal como lo demuestran las experiencias que se presentan a continuación.

Marco de Trabajo para el control de la TB en grandes ciudades

1. Afianzar el compromiso político a nivel nacional, local y coordinar a las diferentes autoridades de salud.
2. Realizar un mapeo epidemiológico de la situación de la TB de las ciudades e identificar poblaciones a riesgo
3. Realizar un levantamiento y mapeo del sistema sanitario y de los proveedores de salud existentes.
4. Adaptar la atención de salud a las necesidades de las poblaciones a riesgo.
5. Incorporar el abordaje interprogramático en el control de la TB para garantizar la atención integral de los enfermos con TB.
6. Incorporar el trabajo intersectorial para el control de la TB e introducir la TB en los programas de protección social.
7. Promover la participación de la sociedad civil en actividades de prevención y control de la tuberculosis
8. Establecer un sistema de monitoreo y evaluación rutinario.

Panel: Resultados de la implementación de los planes

Presentación de los principales desafíos y logros en tres ciudades

Experiencia en Rafael Uribe Uribe, Bogotá Colombia

El Coordinador Programa de Tuberculosis, de la Secretaría de salud de Bogotá (Colombia) **Óscar Andrés Cruz Martínez**, presentó el contexto socioeconómico de esta ciudad, considerada como el sexto centro urbano más poblado de Latinoamérica y donde a pesar de su alto Índice de Desarrollo Humano, la persistencia de bolsones de pobreza, hacinamiento, barreras de acceso a los servicios de salud y el estigma social constituyen un desafío para el control de la TB.

Bogotá aporta aproximadamente un 10% a la carga nacional de casos (**Cuadro 1**) y se reconoce la necesidad de fortalecer las acciones de búsqueda de casos de TB Bk+ y el estudio de contactos como parte de la responsabilidad de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) y demás prestadores.

El profesional presentó un análisis de casos de tuberculosis por aseguradora y régimen de afiliación, así como un resumen de la distribución de casos, según edad, sexo y comorbilidades.

Mayor compromiso político

El marco de trabajo de TB en Grandes Ciudades ha contribuido en Bogotá a afianzar el compromiso político. Se han generado mesas de trabajo con las EAPB y se ha logrado el aumento en la financiación de recursos económicos para el programa de TB Distrital y Local (**Gráfico 1**). El profesional destacó que esta articulación ha propiciado el desarrollo de proyectos orientados a grupos vulnerables.

Para los próximos años, se ha fijado el reto de afianzar la gestión intersectorial, para visibilizar el control de la TB en las agendas locales y orientar recursos a proyectos del nivel local. Para ello, se prevé continuar el desarrollo de mesas de trabajo y visitas con las EAPB, así como la definición de lineamientos para incluir componentes del programa de TB en Consejos de Gobierno Locales. Se espera lograr mayor compromiso de las EAPB en la gestión del programa de TB, que se vea reflejado en mayores recursos financieros y humanos.

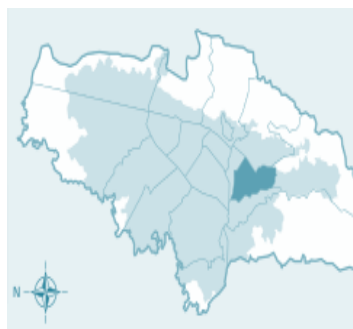


Gráfico 1. Ubicación de Rafael Uribe Uribe, en Bogotá (Colombia)

Cuadro 1. Datos socioeconómicos y de tuberculosis en Bogotá, Colombia. Año 2014

| Bogotá, D.C. | Año 2014 |
|------------------------------|------------------|
| Población | 7 776 845 |
| División administrativa | 20 localidades |
| Densidad poblacional | 4146hab/km |
| IDH | 0,904 (muy alto) |
| Incidencia TB x 100.000 hab. | 14,5 |
| Número de casos TB TF: | 1 266 |
| Casos nuevos de TB BK +: | 478 |
| Casos TB-MDR: | 7 |
| Casos TB-XDR: | 0 |
| Co-infección TB-VIH: % | 18 |
| Éxito TB sensible: % | 71 |
| Éxito TB-MDR: % | 40 |



Oscar Andrés Cruz Martínez, Coordinador Programa de Tuberculosis. Secretaría de Salud de Bogotá (Colombia)

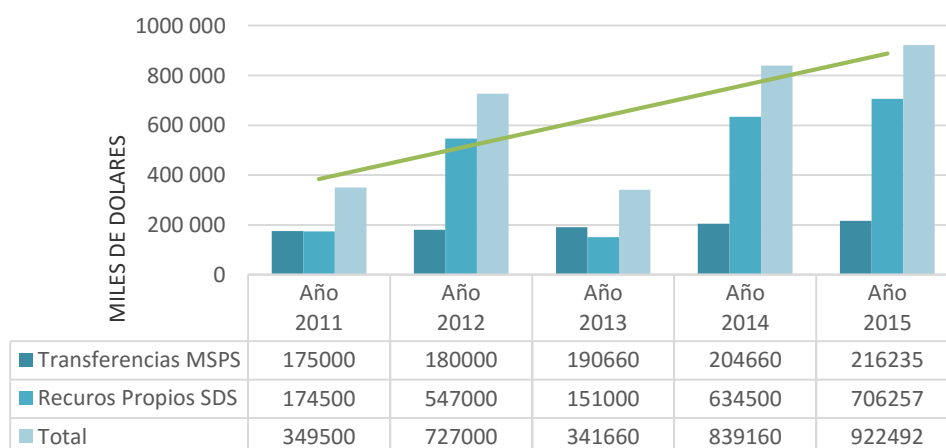


Gráfico 2. Financiación Recursos US Programa Distrital de Prevención y Control de la Tuberculosis Bogotá DC 2011-2015

Mapeo epidemiológico

Un avance destacado en el marco del proyecto TB en Grandes Ciudades ha sido la realización del mapeo epidemiológico y las encuestas a hospitales del I, II y III nivel, que han incluido la generación de planes de mejora.

Con la geoferrenciación de los casos, ha sido posible analizar de qué forma la oferta de servicios de salud del sector público y privado responde a la demanda. También se ha realizado el mapeo de actores sociales en las 20 localidades de la ciudad para identificar líderes comunitarios que puedan recibir formación y apoyar el trabajo en la estrategia de DOTS-TAES (**Gráfico 2**)

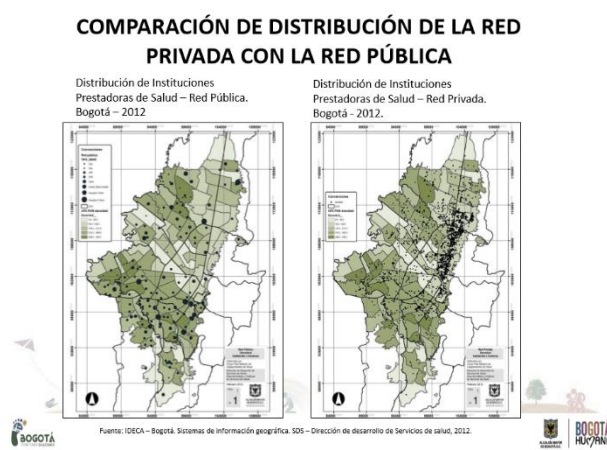


Gráfico 3. . Mapeo de proveedores públicos y privados, en comparación con la distribución geográfica de los casos de TB. Bogotá, Colombia. Año

Caracterización de factores de vulnerabilidad

El expositor resaltó que uno de los principales logros del enfoque de grandes ciudades ha sido la identificación de barreras de acceso a los servicios de salud, lo que ha permitido adecuar las intervenciones dirigidas a poblaciones vulnerables.

Otras acciones exitosas estuvieron orientadas a la identificación de programas sociales y sus rutas de acceso en los niveles locales, para canalizar ayuda a los pacientes prioritarios. Queda pendiente la articulación intersectorial Secretaria de Integración Social, en sus Programa Vejez y Adultez.

Experiencia en Guarulhos-Brasil

La Estrategia de TB en Grandes Ciudades en Brasil se ha implementado en la ciudad de Guarulhos, específicamente en la Región de Salud 4, una de las cuatro regiones de salud de la ciudad, seleccionada en base a sus indicadores de TB y la disponibilidad y potencial del equipo directivo y de vigilancia del nivel regional.

Los objetivos del proyecto están orientados a sensibilizar a la población general, a los profesionales de salud y sectores relacionados sobre el problema de la tuberculosis, mejorar los indicadores de la TB en actividades de búsqueda de sintomáticos respiratorios, diagnóstico precoz, tratamiento exitoso y examen de contactos. Además se plantea evaluar la calidad del acceso a los servicios de salud, acogida y la asistencia ofrecida.

Neide Tanomaru Okamoto, del Programa de Control de la Tuberculosis de Guarulhos, presentó los datos sobre la estructura organizacional del Programa Municipal de Control de la Tuberculosis.

Destacó que de 2004 a 2015, el número de unidades de salud ha aumentado de 64 a 70, y que mientras 11 años atrás únicamente 8 ofrecían tratamiento de TB, actualmente el servicio está disponible en todas ellas. Además se cuenta con una unidad de referencia para casos resistentes y un laboratorio de salud pública que recibió el Certificado ISO 9001-2000 y actualmente realiza prueba rápida molecular para TB y test de sensibilidad para rifampicina a todos los casos diagnosticados.



Neide Tanomaru Okamoto (Guarulhos, Brasil) y Nancy Zerpa Tawara (Lima, Perú)

Cuadro 2. Datos socioeconómicos y de tuberculosis en Guarulhos, Brasil. Año 2014

| Guarulhos | 2014 |
|---|--|
| Incidencia x 100.000 hab. | 33,2 |
| Número de casos TB TF: | 498 |
| Cobertura de test VIH en paciente con TB % | 91,6 |
| Co-infección TB-VIH: % | 7,2 |
| Tasa de cura casos nuevos BK+ % | 79,5 (2013) |
| Tasa de abandono de tratamiento % | 12,9 |
| Estructura del Programa Municipal de Control de la Tuberculosis - PCT | 70 unidades de salud + 1 de referencia |

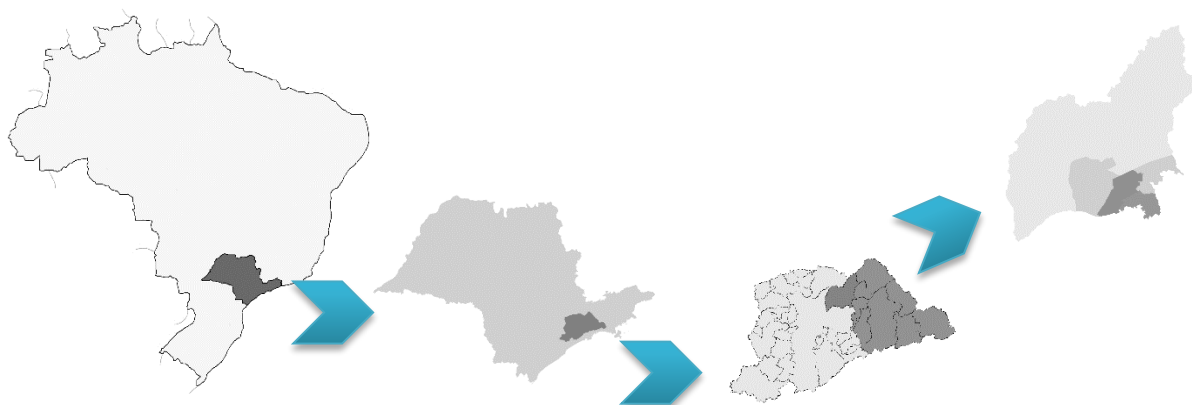


Gráfico 4. Región de Salud 4 Pimentas Cumbica, Guarulhos, Brasil

Actividades exitosas

En el marco de la implementación del Proyecto, las unidades de salud realizan un estudio detallado del territorio, identificando y georreferenciando los equipos de salud formales e informales, las estructuras sociales, educativas, religiosas y de bienestar social. Este **mapeo** es considerado un recurso esencial para las actividades de planificación.

Entre las principales actividades realizadas, la profesional destacó el **entrenamiento de los médicos** en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. Con acciones dirigidas a grupos específicos de profesionales se observó un aumento en la participación de los médicos en las reuniones mensuales, y se alcanzó a un total de 98 profesionales.

Como resultado se ha observado un aumento en la evaluación de los contactos. El distrito de salud de Jurema, pasó de 43,3% en 2013 a 75% en 2014 (incremento de 31,7%), mientras el distrito de salud Pimentas pasó de 56,4% a 59,4% en el mismo período (incremento de 3%).

Otra actividad realizada fue la **Feria Cultural y de Salud** para los hispanos. Con este tipo de actividades desarrolladas en las Unidades Básicas de Salud se busca promover la integración y salud preventiva en este grupo de población, en articulación con otros sectores como el Centro de Apoyo al Migrante y organizaciones de la sociedad civil.

Se ha realizado entrenamiento de equipos profesionales para atención especial a personas que habitan en la calle y usuarios de drogas y alcohol. Los equipos de **Clínicas de la Calle** hacen búsqueda de SR y tratamiento supervisado (DOTS/TAES).

El proyecto ha incluido la contratación de monitores para apoyar la formación en la estrategia DOTS/TAES y BCC-CCC (Behavior Change Communication – **Comunicación para el Cambio de Comportamiento**) en alcohol y drogas, que ha incluido la capacitación de 230 profesionales.

Otra iniciativa exitosa es la creación del **Comité de Mortalidad de la TB**, con el objetivo de investigar las muertes, evaluar la calidad de la atención y mejorar la articulación intersectorial.

Se ha realizado un evento para premiar los servicios de salud con los mejores indicadores, y se ha realizado un taller para desarrollar el **Plan de Acción y de Metas para 2015**. Con esto se ha buscado fomentar la participación intersectorial y de la sociedad civil en la discusión para el desarrollo eficaz de las actividades y direccionar las acciones hacia las poblaciones vulnerables.

Fortalezas

- La participación y el compromiso de los profesionales
- Apoyo de los gerentes, directores y el secretario de Salud;
- El apoyo técnico y financiero de Programas de TB y la OPS;
- Indicadores de tuberculosis incluidos en los pactos de Atención Primaria: Búsqueda de SR y la investigación de contactos.

Dificultades

- La dificultad en la integración con la Secretaría de Desarrollo Social y otros departamentos,
- La centralización de las licitaciones
- Por la epidemia de dengue las actividades de otros programas se aplazaron
- El insuficiente número de recursos humanos en los equipos de gestión

El Agustino y San Juan de Lurigancho-Perú

Dos distritos de Lima (Perú) que implementan exitosamente la estrategia de TB en Grandes Ciudades presentaron los avances de sus respectivos planes de acción: El Agustino y San Juan de Lurigancho. Ambos se diferencian en la extensión de su superficie y número de habitantes, pero comparten características similares.

Eduardo Rumaldo Gómez, de la Microred El Agustino, de la Red Lima Metropolitana, y **Nancy A. Zerpa Tawara**, de San Juan de Lurigancho, destacaron las acciones que se han realizado para afianzar el **compromiso político** a nivel nacional y local, en cada distrito.

Como marco normativo se destacó la aprobación de la Ley N° 30287 de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú en noviembre de 2014 y la Ordenanza Municipal N° 240 de setiembre de 2010, que establece la tuberculosis como una prioridad sanitaria en San Juan de Lurigancho. Esto ha estado seguido de un Plan para la reducción de la Tuberculosis en el mismo distrito, para el período 2013-2016.

Otro impulso político importante mencionado por los expositores es la creación del Gobierno Distrital de Salud El Agustino (GODISA), en febrero de 2014, a partir de un decreto legislativo de diciembre de 2013 que aprueba la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud.

Como otro ejemplo de compromiso político se resaltó que en el marco del Convenio de Gestión entre la Dirección de Salud (DISA) IV y el Seguro Integral de Salud (SIS) para el pago capitado, se ha establecido un plan de intervención extramural para incrementar la cobertura de prestaciones preventivas de los afiliados en el distrito.

El **mapeo epidemiológico** de los casos de tuberculosis y **mapeo sanitario** de los proveedores de salud se han realizado en ambos distritos. Se han georreferenciado establecimientos públicos y no públicos, incluyendo los servicios parroquiales, municipales, privados, establecimientos farmacéuticos y penitenciarios. En San Juan de Lurigancho se ha trabajado específicamente con grupos de riesgo como la comunidad amazónica y personas privadas de su libertad.

Otro principio de trabajo del marco de TB en grandes ciudades implementado en estos distrito fue incorporar el abordaje **inter-programático** en el control de la TB para garantizar la atención integral de los enfermos con TB, basada en la persona y la comunidad.



Gráfico 5. Ubicación de El Agustino y San Juan de Lurigancho, en Lima

Cuadro 3. Datos demográficos y de tuberculosis en Lima, Perú. Año 2014

| | 2014 |
|---|-----------|
| Población de Lima | 8 755 262 |
| Densidad poblacional Lima (Hab/Km2) | 274,2 |
| Población San Juan de Lurigancho | 1 047 725 |
| Densidad poblacional San Juan de L. (Hab/Km2) | 7 966,3 |
| Población de El Agustino | 190 474 |
| Densidad poblacional El Agustino (Hab/Km2) | 14 374,96 |
| Incidencia de TB en San Juan de Lurigancho | 152,0 |
| Incidencia de TB en El Agustino | 205,7 |



Actividades de información sobre prevención de la tuberculosis en el Penal Luriganho, sector El Agustino Pabellón E (Perú).

En San Juan de Lurigancho se destacan las iniciativas de Familias Saludables en TB y Grupos de Ayuda Mutua. Ambos distritos han realizado exitosas intervenciones en instituciones penales.

En la presentación de El Agustino se puso énfasis en las **acciones intersectoriales** que se han venido realizando, como la conformación de un grupo de pares adolescente-joven, y actividades de promoción de la salud con el apoyo del campeón latinoamericano de boxeo. El expositor resaltó que en el distrito se han venido desarrollando obras de infraestructura y urbanismo para mejorar el acceso y el tránsito, así como el proyecto inmobiliario de Viviendas Saludables, que se espera impacten positivamente en el futuro y contribuyan a reducir los indicadores de tuberculosis.

En San Juan de Lurigancho, en el año 2008 se ha conformado por ordenanza la mesa de concertación “Comité Alto a la Tuberculosis”, que agrupa actualmente a más de 20 instituciones de diferentes sectores. Este 2015 se ha aprobado el Plan Desarrollo Concertado del Gobierno Local 2015-2021, que incluye acciones de control de la TB. También se ha logrado la incorporación de conocimientos sobre TB en la Currícula Educativa, incluyendo la capacitación a docentes y padres de familia

Las **alianzas intersectoriales** realizadas incluyen trabajos de sensibilización con organizaciones religiosas, mujeres promotoras de salud, medios de comunicación y líderes comunales.

Con relación a los resultados del proyecto, Nancy Zerpa indicó que la tasa de morbilidad en el distrito de San Juan de Lurigancho ha sufrido un leve incremento entre los años 2013 a 2014 (pasando de 175,4 a 179,1 por 100.000 habitantes) lo que los especialistas atribuyen a la mejoría en la detección y diagnóstico de casos.

El número de sintomáticos respiratorios notificados por la red subió un 27,3% en el año 2014, pasando a 53 997, en comparación con los 42 406 identificados en 2013,

La cobertura de prueba de sensibilidad rápida molecular que en el 2012 era del 59% alcanzó un 98% en el año 2014, mientras que el tiempo promedio de inicio de tratamiento se redujo de 48 a 19 días para los casos de TB MDR.

Avances, desafíos y lecciones aprendidas

Resultados preliminares de investigación cualitativa

Los resultados preliminares de una investigación sobre la aplicación de la iniciativa de Tuberculosis en Grandes Ciudades (TB en GC) fueron presentados durante el encuentro por el médico epidemiólogo **Luis Suárez Ognio**, consultor de OPS/OMS. La investigación se trató de un estudio cualitativo de entrevistas a profundidad con informantes clave de diferentes niveles del sistema de salud de las localidades participantes del proyecto, incluyendo funcionarios del nivel nacional, (Estadual) o regional y local, así como a los trabajadores de salud.



Luis Suarez y Alfonso Tenorio (OPS/OMS)

Se realizaron en total 30 entrevistas en las tres localidades piloto del proyecto: Rafael Uribe Uribe (Bogotá, Colombia), San Juan de Lurigancho (Lima, Perú) y Guarulhos (Sao Paulo, Brasil).

El profesional resaltó que las tres localidades piloto del Proyecto TB en GC presentan las siguientes **similitudes**:

- Proceso de **urbanización no planificada** que generó invasiones, barriadas, favelas etc;
- Población que vive con **carencias importantes** de saneamiento, vivienda, empleo, etc;
- **Transmisión activa** de tuberculosis en la comunidad;
- Sindemia de tuberculosis y de **infección por el VIH**;
- **Poblaciones vulnerables**: Gente que vive en la calle, farmacodependientes, alcohólicos, población privada de la libertad (PPL), delincuentes, indocumentados;
- **Convivencia** de población de bajos recursos y de medianos o altos recursos;
- **Población migrante** del interior del país;
- **Programa de Control de Tuberculosis** implementado en los servicios de salud locales; y
- Disponibilidad de **pruebas moleculares** para diagnóstico rápido de TB MDR y XDR

Al mismo tiempo, las localidades piloto del proyecto presentan ciertas **diferencias** relevantes, entre las que figuran:

- Población **Indígena**: población “Muisca” en Rafael Uribe Uribe – Bogotá – Colombia, y población “Shipibo-Konibo” en San Juan de Lurigancho en Lima Perú.
- Población **migrante** del exterior del país (Guarulhos – Sao Paulo - Brasil: procedentes de Haití y de Bolivia)
- **Sistema de Salud** del país (Privatizada en Colombia, Estatal en Brasil (SUS), y fraccionada en el Perú)
- **Normatividad y planeamiento** en los niveles Locales tienen influencia y dependencia del Programa Nacional en el Perú – en Brasil y en Colombia la dependencia es la Secretaria de Salud de la Municipalidad.

Preguntas de la investigación

N° 1. ¿Qué aportes a dado la iniciativa TB en GC al Control de la Tuberculosis en su localidad?

N° 2. ¿Qué logros específicos se han obtenido a partir de la implementación de la iniciativa?

N° 3. ¿Qué dificultades se han tenido en la implementación de la iniciativa en TB en GD?

N° 4. ¿Considera que existe justificación para mantener y/o expandir la iniciativa a nivel nacional?

N° 5. ¿Cuáles son los desafíos para mantener y/o expandir la iniciativa a nivel nacional?

El Dr. Suarez presentó en forma preliminar algunos de los hallazgos más llamativos de su análisis preliminar, manteniendo las expresiones textuales de las personas entrevistadas. El informe completo estará disponible poco después de la presente reunión.

Pregunta N° 1.

¿Qué aportes a dado la iniciativa TB en GC al Control de la Tuberculosis en su localidad?

Informantes clave de Bogotá, Colombia

(6 trabajadores de salud, 3 funcionarios del nivel distrital y 1 funcionario del nivel nacional)

- “Nos ha permitido conocer mejor a la población que atendemos, ha sido de gran ayuda la realización de los mapeos de poblaciones vulnerables”
- “A conocer y a trabajar conjuntamente con los otros proveedores de salud”
- “Contar con información muy detallada de las poblaciones vulnerables”
- “Ahora que estamos trabajando con poblaciones difíciles como gente que vive en la calle, alcohólicos, drogadictos etc. Nuestros indicadores van a caer al principio, pero no nos preocupa porque ahora los indicadores serán reales”

Informantes clave de Guarulhos, Brasil

(8 trabajadores de salud, 5 funcionarios del nivel municipal y 1 funcionario del nivel estadual)

- “El compromiso de las autoridades sanitarias”
- “Los representantes de salud en los consejos municipales ahora tienen información y propuestas más definidas que llevan a las asambleas donde se discute el plan municipal y se deciden las prioridades”
- “Se ha mejorado la articulación con los programas sociales”

Informantes clave de Lima, Perú

(2 trabajadores de salud, 2 funcionarios del nivel municipal y 2 funcionarios del nivel nacional)

- “Nos permitió realizar un mejor y más ordenado análisis de los determinantes sociales de la tuberculosis”

- “El trabajo más cercano con las autoridades locales especialmente con los alcaldes distritales”
- “Ayudo a mejorar mucho el trabajo integrado con otras organizaciones con las cuales empezamos a trabajar verdaderamente en equipo, es muy bueno contar con aliados que *“también se compran el pleito”*.

Pregunta N° 2

¿Qué logros específicos se han obtenido a partir de la implementación de la iniciativa?

Informantes clave de Bogotá, Colombia

- “La sensibilización de los trabajadores de salud para el trabajo con población vulnerable”
- “Los mapeos de proveedores y de las poblaciones vulnerables”
- “El análisis individual de cada muerte que ocurre. Se utiliza la metodología de las demoras”
- “Apertura de nuevos espacios de trabajo con la comunidad: incluyendo a las comunidades indígenas, los hogares comunitarios”

Informantes clave de Guarulhos, Brasil

- “Se ha realizado el mapeo de los proveedores de salud y de las poblaciones vulnerables en las localidades participantes del proyecto. Esto ha sido importante para la planificación de las actividades”
- “La creación del Comité de Mortalidad en TB”

Informantes clave de Lima, Perú

- “La caracterización de las poblaciones vulnerables”
- “El logro más relevante ha sido la “Humanización de los servicios de salud”, las actividades propuestas por la iniciativa han permitido un “reencuentro” de los trabajadores de salud con la población que más necesita de la atención”
- Un logro resaltante en nuestro distrito ha sido la mayor “sensibilización” de los trabajadores de salud frente al problema de la tuberculosis, se ha mejorado mucho el tratamiento a los pacientes, sobre todo en la calidad del trato a las personas. Esto ha permitido que empecemos a observar una disminución en las tasas de abandono que se tenía”

- “El Mapeo de los proveedores de salud, que incluye no solo a los proveedores formales sino también a los naturistas, curanderos etc.”

Pregunta N° 3

¿Qué dificultades se han tenido en la implementación de la iniciativa en TB en GD?

Informantes clave de Bogotá, Colombia

- “Como limitantes el compromiso de algunos líderes en continuar el proceso de implementación de la iniciativa”
- “El sistema de salud colombiano basado más en la atención médica en segundo y tercer nivel y no en el primer nivel de atención”

Informantes clave de Guarulhos, Brasil

- “La aparición de problemas emergentes como el dengue, ocasionan el “redireccionamiento de fondos” y reducen el dinero disponible para las demás actividades programadas”
- “El personal de salud es insuficiente”

Informantes clave de Lima, Perú

- “La nueva distribución de funciones como parte del proceso de reforma de salud en el país, las atribuciones que se han dado a nuevas instituciones como el IGES dificulta la coordinación con los hospitales y otros establecimientos de salud”
- “Mantener el apoyo cuando se cambian las autoridades locales”
- “Al inicio la falta de información a la población general fue una limitante, había estigma y discriminación contra los pacientes”.

Pregunta N° 4

¿Considera que existe justificación para mantener y/o expandir la iniciativa a nivel nacional?

Informantes clave de Bogotá, Colombia

- “Sí, definitivamente”
- “Ya está en proceso de expansión de la iniciativa”

Informantes clave de Guarulhos, Brasil

- “Sí, los logros ya se empiezan a ver, en mejoras en la captación de sintomáticos respiratorios, en la reducción de abandonos, en un mejor trabajo

interprogramático, sobre todo en una mayor sensibilización y compromiso de los trabajadores de salud”

Informantes clave de Lima, Perú

- “Definitivamente sí, con trabajo coordinado y articulado entre las diferentes organizaciones se obtienen mejores resultados en el control de la TBC”.
- “Considero que trabajar con un enfoque de poblaciones vulnerables, es la forma en que se debe trabajar en el control de la tuberculosis en las ciudades densamente pobladas, ¡No hay otra salida! es como debe ser, debe expandirse la iniciativa a todas las áreas urbanas”

Pregunta N° 5

¿Cuáles son los desafíos para mantener y/o expandir la iniciativa a nivel nacional?

Informantes clave de Bogotá, Colombia

- “Fortalecer la APS en los servicios de salud privados, esto permitirá una captación oportuna de los casos de TB”
- “Al expandir la iniciativa hay que considerar las particularidades de cada lugar, adaptar las estrategias a cada tipo de población”

Informantes clave de Guarulhos, Brasil

- “Mantener permanentemente la abogacía hacia las autoridades políticas, sobre todo cuando hay cambios en las autoridades”
- “Se debe mantener un trabajo conjunto con las iniciativas de la Municipalidad, llegar a la población más necesitada con todo el paquete de salud”

Informantes clave de Lima, Perú

- “Se requiere dar un gran énfasis en el desarrollo de políticas sociales y confiar más en los gobiernos locales”
- “La gran oportunidad para incluir las actividades de la propuesta de grandes ciudades en los presupuestos participativos de los gobiernos municipales y en el presupuesto por resultados que va desde el Ministerio de Economía a todos los gobiernos regionales y locales “

Conclusiones y lecciones aprendidas

- La propuesta de OPS de TBC en GC ha podido implementarse en las ciudades piloto con facilidad, a pesar de que la organización de los sistemas de salud en cada país son diferentes (Privatizado en Colombia, Público y Único en Brasil (SUS) y Mixto y poco articulado en el Perú)
- El modelo de la organización del sistema de salud del país no constituyó una barrera significativa para la implementación de la iniciativa de TB en GC
- Los componentes de la propuesta de OPS de TB en GC se incorporaron en los planes operativos o planes estratégicos de cada lugar donde se desarrollaron los pilotos.
- Debe resaltarse el impacto en la sensibilización en los trabajadores de salud de las localidades que participan en los pilotos de la iniciativa de TB en GC.
- Los profesionales que trabajan en el nivel local (municipal) reconocen la necesidad de un mayor apoyo desde los niveles nacionales y regionales a las iniciativas locales de políticas sociales.
- Respecto al trabajo con algunos grupos vulnerables como las personas que vive en la calle; se facilitan cuando existen programas estatales o municipales que tienen como objetivo esta población y buscan un abordaje integral para mejorar su situación de salud y otros aspectos que buscan devolver dignidad a sus vidas.
- Están surgiendo muchas experiencias importantes que es necesario documentar, evaluar adecuadamente y publicar los resultados artículos científicos. Algunos ejemplos de experiencias necesarias de documentas se refieren a:
 - Las intervenciones en poblaciones vulnerables como PPL, habitantes de la calle, alcohólicos, etc.
 - La capitación de SR a través de escolares
 - El rol de Promotores de salud en la detección, tratamiento y prevención de abandonos
 - Tuberculosis en indígenas en un ambiente urbano
 - Intervenciones en personas coinfectadas TB-VIH
 - Mayor captación de tuberculosis en niños
 - Detección de casos en trabajadores de salud
 - Desarrollo de normatividad y legislación

El investigador resaltó que todas las personas entrevistadas reconocen la asistencia técnica y la motivación de los consultores de OPS, los cuales han facilitado el desarrollo de las actividades y especialmente la coordinación entre los diferentes niveles del sistema de salud. Consideran que este apoyo es de suma importancia y que debe continuar en el proceso de expansión hacia otras ciudades y en su institucionalización.

Panel: Proceso de expansión de la Iniciativa a otros municipios

Colombia

El Subdirección de Enfermedades Transmisibles, del Ministerio de Salud de Colombia, **Ernesto Moreno Naranjo**, señaló que el proyecto TB en GC ha tenido logros en Bogotá, tales como el desarrollo del diagnóstico inicial y de las 20 localidades de la ciudad, el trabajo con administradoras del sistema de salud y el aumento en recursos económicos para el programa.

Entre los retos pendientes figura la necesidad de involucrar el compromiso de la gestión intersectorial para el control de la TB en las agendas y los planes locales, continuar la sostenibilidad de recursos económicos, humanos y técnicos para la gestión del programa de TB y generar mayor compromiso de las EAPB, representado en recursos financieros y humanos.

Bogotá, Medellín, Barranquilla y Santiago de Cali aportan más del 36% de los casos de TB y es por eso que se considera la necesidad de ampliar la estrategia a estas ciudades. Parte de esta tarea implica el fortalecimiento de la gestión del programa en las ciudades y el fomento del análisis de la información, monitoreo y evaluación, para la toma de decisiones. Además se requiere incorporar la iniciativa a los lineamientos para el país de cobertura y acceso universal y trabajar en marco de Redes Integradas de Salud (temas TB Infantil, TB/VIH, TBMDR)

Perú

El Dr. **David Zavala** presentó los antecedentes, resultados y las acciones que se implementan en Perú para expandir la iniciativa de TB en GC a otros municipios en Lima. Resaltó que en Lima Metropolitana y Callao habitan 10 millones de personas en 43 distritos con 57% de los casos de TB del país, el 82% de MDR y el 89% XDR. A su vez, 18 distritos concentran el 80% de estos casos.

Hasta el momento, las intervenciones focalizadas en dos distritos de Lima (San Juan de Lurigancho y El Agustino), han tenido como resultados el involucramiento del Gobierno Local, la realización de análisis espacial de los casos de TB en el distrito. Además se han aprobado los planes distritales de salud y se han creado comités multisectoriales e intergubernamentales en ambos municipios.

La expansión de la iniciativa se enmarca en el Plan para la reducción de la TB en los distritos del cercado de Lima y La Victoria 2013 – 2016, para lo cual se tienen presupuestados 900 mil dólares. Además la cooperación del Gobierno de Corea (KOICA), junto con el Ministerio de Salud y la OPS, han conformado una alianza que entre 2014 – 2016 aportará 800 mil dólares al plan.

Este año 2015 se ha aprobado un Plan de Emergencia de Prevención y Control de la TB en Lima y Callao, que irá hasta el 2017 y que tiene como ámbito de aplicación los establecimientos de la salud de los 18 distritos de Lima y Callao con mayor carga de TB y mayor porcentaje de abandono, donde se extenderá la estrategia de TB en GC en alineación con los 3 pilares de la Estrategia Post-2015 “Fin a la Tuberculosis”.

Estudio de la mortalidad por TB en Guarulhos - Brasil

El **comité de Mortalidad en Tuberculosis** de la ciudad de Guarulhos (Brasil) es un grupo intersectorial, multiprofesional y confidencial, que se dedica a analizar los casos de fallecimiento para tomar medidas de intervención buscando reducirlos en la región de cobertura. También representa un instrumento importante de monitoreo y evaluación permanente de las Políticas de Salud Locales y de los diferentes niveles de asistencia a la salud. Lo integran técnicos del Programa de TB de Guarulhos, el Grupo de Vigilancia de TB de las Regiones de Salud, los servicios de ITS/VIH, las comisiones de infección hospitalaria, la Red de Atención Psicosocial y núcleo de información de la Atención Primaria, el Grupo Regulador y el Servicio de Verificación de Fallecimientos.

La profesional **Neide Okamoto**, explicó que este comité fue conformado porque los estudios y análisis de los fallecimientos diferían según fuera la fuente: los sistemas de salud y la vigilancia de TB. El grupo tiene carácter técnico-científico, es educativo y no ejerce coerción ni papel disciplinario, realiza recomendaciones y monitorea las acciones de políticas públicas.

Entre las funciones que desempeña está el análisis de las causas de los fallecimientos, sus circunstancias y cómo podrían evitarse; las charlas educativas en el seno de los comités hospitalarios; la definición de recomendación y medidas preventivas; y la movilización social.

Los datos son recabados mediante el personal de enfermería de las USF, de la Región de Salud y el equipo de Programa de TB de Guarulhos, que a su vez trabaja en forma coordinada con las instituciones presidiarias y los hospitales privados, así como de las policlínicas y los hospitales.

En sus reuniones mensuales analizan todas las fuentes de información disponibles, como ser, la de los hospitales, policlínicas y unidades de salud; del sistema de verificación de fallecidos; de los sistemas de vigilancia de TB; y, el Banco de Datos del Sistema de Información de Mortalidad (SIM), entre otros.

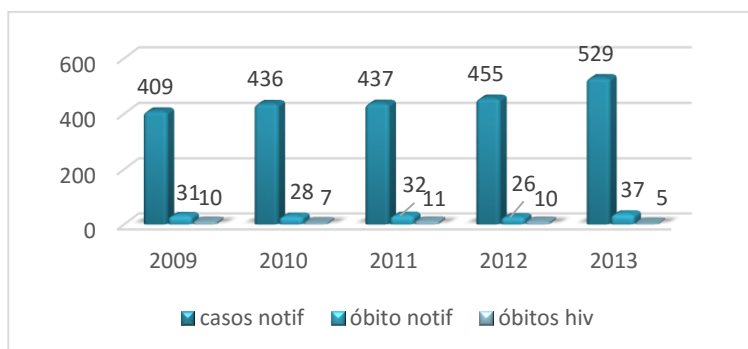


Gráfico 5.
Fallecimientos con co-infección TB/VIH. Comité de Mortalidad por TB, Guarulhos. 2015

Tabla 1. Comparativo de datos de fallecimiento. Comité de Mortalidad por TB, Guarulhos. 2015

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|--|------|------|------|------|
| Fallecidos notificados Tb Web | 26 | 37 | 34 | 22 |
| Fallecidos sin notificar DO/SVO | 22 | 30 | 14 | 14 |

Los resultados de la investigación realizada en 2014 sobre un total de 48 casos investigados fueron los siguientes:

- Presentaban vulnerabilidad: 44 personas.
- Causas identificadas: alcoholismo (18), drogadicción (15), comorbilidad (11), tabaquismo (10), coinfección TB/VIH (09) y vivía solo (8).
- Evitabilidad: 30 casos fueron considerados evitables.
- Causas diagnóstico tardío (21), habitaban en área de USF (6), fallecimiento en domicilio (5), tuvieron varias hospitalizaciones (5) y abandono del seguimiento VIH (3).

Entre las recomendaciones elaboradas por el Comité destaca la necesidad de sensibilización de todos los miembros integrantes de los grupos de lucha contra la TB, pues perciben la gravedad de la situación de la enfermedad en todos los niveles de atención.

Instan a un trabajo conjunto intersectorial, que se vea reflejado en la inclusión de actividades y acciones de lucha contra la TB en el Plan Operativo Anual.

Caracterización y análisis de la mortalidad asociada a la Tuberculosis en Bogotá, Colombia

La delegación de Bogotá, Colombia, presentó los resultados del análisis de mortalidad asociada a la tuberculosis en la ciudad y destacó su importancia para desentrañar los factores médicos y sociales determinantes, generar intervenciones y evitar nuevas muertes.

El equipo explicó la forma en que desde 2014 se ha adaptado el modelo analítico utilizado para el análisis de mortalidad materna, donde se identifican los cuatro tipos de barreras para el acceso al servicio de salud (demoras) relacionadas con causas no médicas que intervienen en el estado final del caso (**Gráficos 5 y 6**).

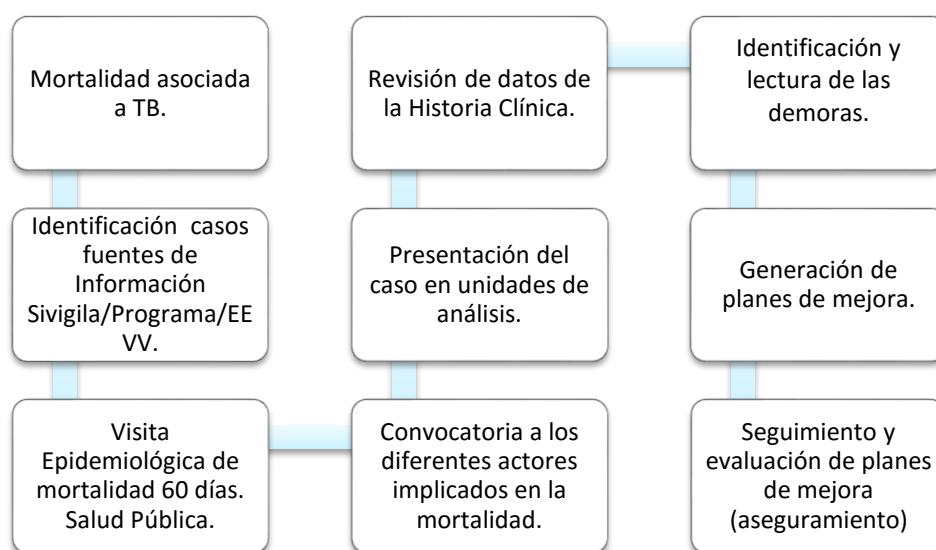


Gráfico 5. Metodología de unidades de análisis de mortalidad asociada a la TB en Bogotá, 2014.

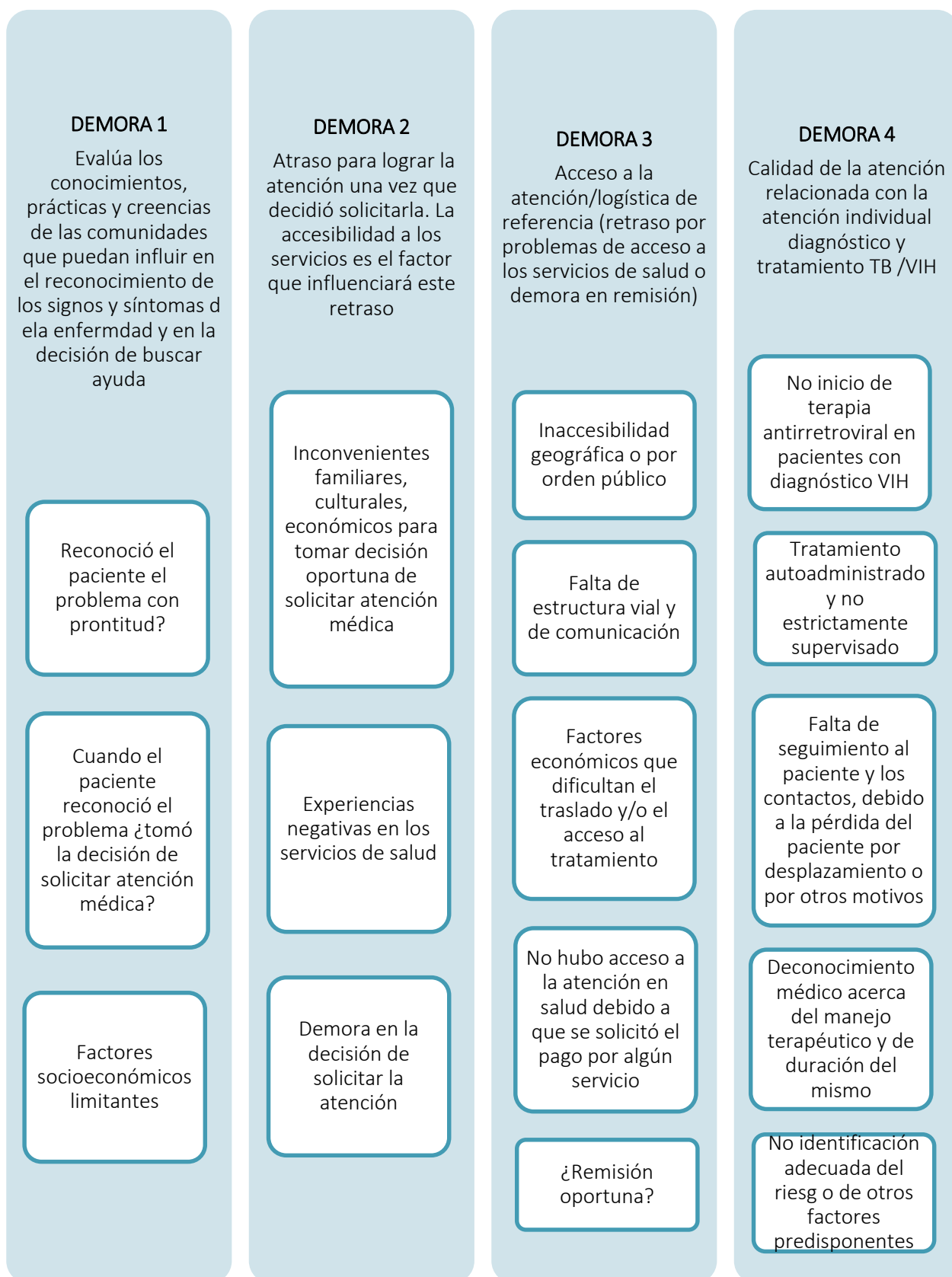


Gráfico 6. Adaptación del modelo de ruta de la vida... camino para la supervivencia al análisis de mortalidad asociada a la TB, 2014.

Análisis de la mortalidad 2013-2014 en Bogotá

En 2014, se analizaron 85 casos de muertes asociadas a la TB, lo que correspondió al 68% de la mortalidad registrada por las diferentes fuentes de información. De estos casos, el 54% no habían ingresado al programa de TB, mientras que un 46% restante falleció dentro del primer mes de inicio del tratamiento.

El 54% de los casos presentaron formas pulmonares de TB, frente a 46% de formas extrapulmonares. El 85% de los casos correspondieron a casos nuevos, el 10% fue reportado como abandono y el 5% a recaídas.

Según este mismo análisis, fueron identificadas como Demora del tipo 1 a las asociadas al desconocimiento de los factores de riesgo TB/VIH, de los signos y síntomas de la TB/VIH y del problema mismo por parte del paciente o cuidador. En la Demora 2, el principal problema identificado fue la experiencia negativa por parte de los pacientes en los servicios de salud y el retraso en la decisión de solicitar atención, en muchos casos por inconvenientes familiares, culturales y económicos.

En la Demora 3 el problema más visible fueron los procesos poco claros de referencia y contrarreferencia de pacientes y las coberturas de procedimientos, así como la subestimación del riesgo y la falta de oportunidad para acceder al nivel de referencia por deficiencias en la red de prestadores.

En cuanto a la Demora 4, el análisis de casos arrojó como resultado que el principal inconveniente es la calidad de la atención en cuanto a la identificación del riesgo y de los diagnósticos de apoyo, personal poco capacitado en protocolos y guías de atención para TB y la confección TB/VIH y acceso a tratamiento médico adecuado y oportuno.

Conclusiones

- La mortalidad asociada a tuberculosis ha disminuido progresivamente en la ciudad. Sin embargo, se observa incremento de la mortalidad en los casos con coinfección TB-VIH.
- La coinfección con VIH puede considerarse como uno de los principales factores de riesgo de mortalidad en Bogotá.
- Se identifican demoras relacionadas principalmente con la identificación de síntomas y la calidad de la atención en salud en el I nivel de atención.
- Es necesario fortalecer la gestión de las EAPB en procesos de vigilancia y control a sus redes de prestadores.
- El análisis sistemático y rutinario de la mortalidad ha sido fundamental en el sentido en que se ha logrado intervenir con planes de mejora las EAPB.
- Se ha logrado una disminución de demoras en los procesos de atención a la persona afectada por la enfermedad en las instituciones en las que se hicieron estos análisis.

Presentación de los estudios de análisis de situación

Análisis de TB en Tijuana, México

Características de la zona de intervención

Tijuana es la ciudad más poblada de Baja California con más de 2 millones de habitantes. Es el puerto fronterizo más transitado del mundo, a través del cual, a diario circulan unos 25 mil peatones y otros 50 mil vehículos.

Las condiciones actuales de la economía en México, los estilos de vida, la migración y más factores, sociales, políticos, etc., han incrementado la presencia de la TB, siendo un gran reto influir en la morbilidad.



Juan Medina Castañeda, Jefe de TB Tijuana (México)

Los factores agravantes de la TB en las ciudades mexicanas son: crecimiento desordenado de las ciudades, disminución de servicios públicos básicos, incremento de la densidad poblacional, barreras de acceso a los servicios de salud, fragmentación de proveedores de salud y falta de integralidad de la atención en salud.

Estas situaciones condicionan diagnósticos tardíos de TB, desviaciones en el manejo del paciente a nivel operativo, incremento de TB con fármaco resistencia, ausencia de TAES, tratamiento no adherido a la NOM, migración de enfermos y atención en segundo nivel por complicaciones.

La TB en Baja California

En el 2014, en México fueron reportados 19.703 casos de TB, de los cuales 6.339 son casos fronterizos, lo que representa el 32% del total nacional. El Estado de Baja California reporta la mayor tasa de mortalidad por casos relacionados con la TB y anualmente reporta más de 900 casos.

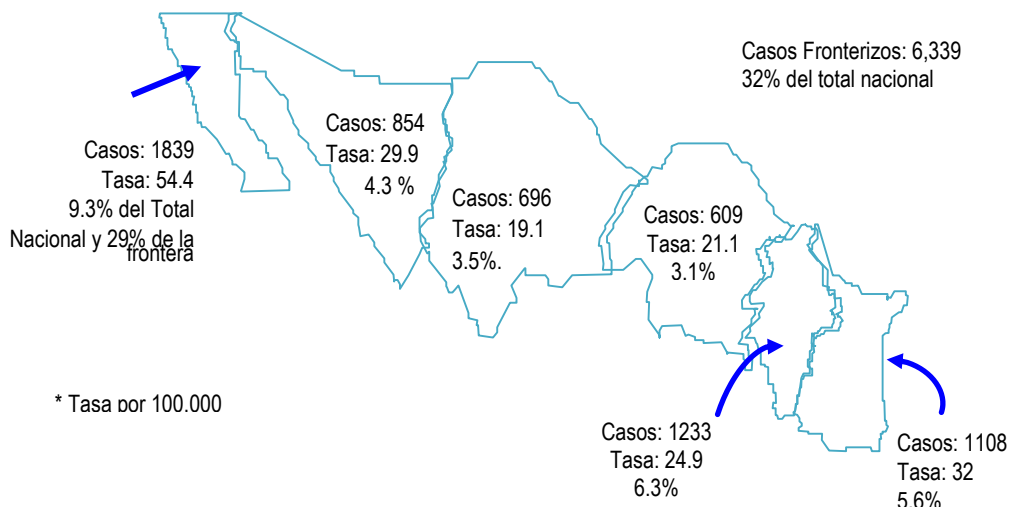


Gráfico 6. Tasa de incidencia de TB en Baja California, México. 2014, Fuente: DGE/SS

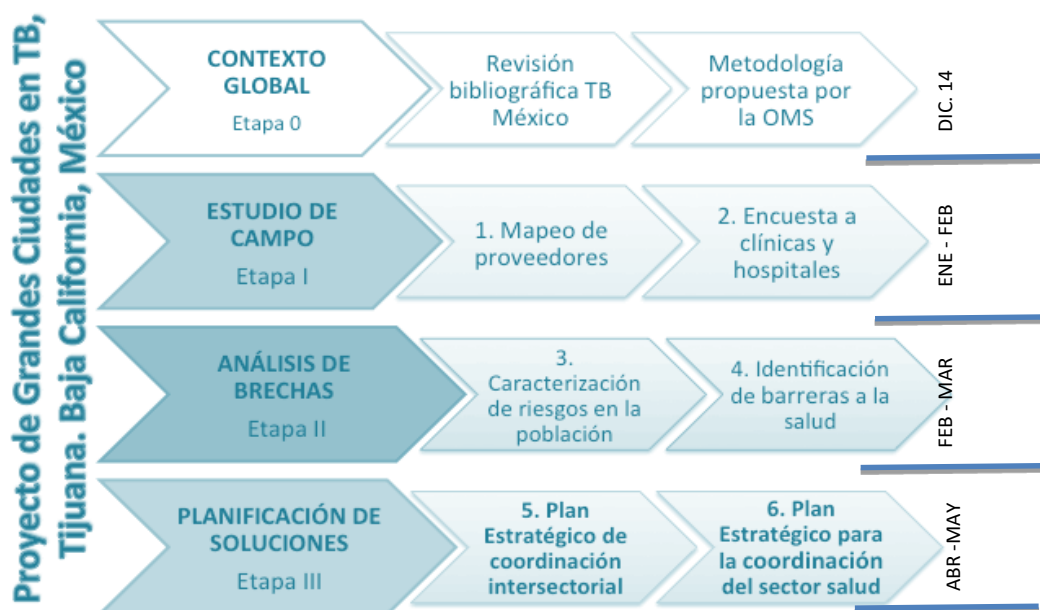


Gráfico 7. Etapas y productos del proyecto TB en Grandes Ciudades en Tijuana

Presentación del Proyecto TB en GC en Tijuana

Para controlar eficientemente la TB, el proyecto en Grandes Ciudades plantea la **integración de las diferentes autoridades** del sector salud y del gobierno, así como de proveedores de salud y comunidades de las grandes ciudades. En la ciudad de Tijuana, el proyecto propició la coordinación del CENAPRECE/ Programa Nacional de TB, los servicios de salud de Baja California (ISESALUD) y el apoyo técnico de OPS/OMS.



Gráfico 8
Análisis geográfico de casos de TB en Tijuana

Entre febrero y agosto de 2014 se **georreferenciaron** 799 casos nuevos de TB. Fueron seleccionadas tres áreas de Tijuana para desarrollar el proyecto, con una población aproximada de 241 mil habitantes, distribuidos en una superficie de 32 mil km², una incidencia de TB de 103,1 y de 249 casos detectados de la enfermedad.

Entre diciembre 2014 y mayo 2015 se desarrollaron tres etapas: a. el estudio de campo; b. el análisis de brechas y c. la planificación de soluciones, a través del desarrollo de diversos productos (Gráfico 7).

El **mapeo de proveedores** permitió identificar 904 establecimientos de salud, de los cuales 862 son privados, 34 son ONG, 5 son públicos, y 3 son dispensarios. El 83% de estos están concentrados en la zona y norte de las áreas seleccionadas.

En la clasificación de especialidad de los proveedores de salud, de 993 analizados, el 38,6% pertenece a la categoría de odontología (383), un 27,6% es profesional médico (274), un 19,2% es de farmacia (191), un 3,6% de laboratorio (36), y otros (botánica, homeopatía, curanderos, dispensarios)

En el caso de la práctica de proveedores de salud con respecto al control de la TB, se encontró que el siguiente resultado de proveedores que han buscado casos de TB en años previos: laboratorios 38%, ONG 29%, médicos 16%, farmacias 15% y odontólogos 9%.

Con respecto a la conducta que han seguido ante la identificación de casos sospechosos de TB se encontró que el 64% realizó sólo referencia verbal al paciente, un 16% utilizó hoja de referencia; un 2% brindó atención; un 2% derivó al paciente al hospital y un 16% no hizo nada. De esto se deduce que solo el 20% hace algo efectivo contra la enfermedad. Por otra parte existe variabilidad en la predisposición a colaborar con el control de la TB según el tipo de proveedor: En el caso de las ONG, un 69% indicaron que les gustaría colaborar, en laboratorios un 53%, farmacias 51%, odontólogos 36% y médicos 29%.

En el marco del Proyecto también se ha realizado una **caracterización socio-sanitaria** de la población de Tijuana y sus **factores de vulnerabilidad**. En este estudio se observó que los componentes sociales que inciden en la TB son los relacionados a saneamiento básico, migración, drogas y empleo. Además se ha realizado una identificación de barreras a la atención, en diversas etapas que van desde la identificación de signos y síntomas, pasando por la búsqueda de atención (fuera y dentro del sector público), el diagnóstico, el inicio y seguimiento del tratamiento, hasta llegar a la curación.

Este análisis ha permitido desarrollar una hoja de ruta denominada "**Camino de la Tos a la Curación**", donde se identifican formas de abordar cada una de las barreras.

Finalmente se ha trabajado en una **planeación estratégica** de coordinación intersectorial para mejorar el control de la TB, donde quedaron delineados el objetivo, las estrategias y las siguientes cinco líneas de acción:

- Comprometer a los altos niveles de gobierno.
- Atender integralmente, centrados en el paciente.
- Fortalecer las políticas, normativas y sistemas de soporte.
- Articular y colaborar en forma inter/intra sectorial, nacional y binacional.
- Mantener el tema de la TB en el interés del gobierno y la población general.

Análisis de la TB en Asunción y San Lorenzo, Paraguay

Características de las zonas de intervención

En 2013, Paraguay registró 2070 nuevos casos de TB, con una tasa del 30.5 por cada 100 mil habitantes. Las incidencias más altas de TB se registran en los departamentos Canindeyú, Presidente Hayes y Alto Paraguay.

El 37% de los casos nuevos de TB en 2013 se registraron en tres poblaciones específicas de mayor vulnerabilidad: población indígena (18%); población privada de libertad (12%) y personas con VIH (7%), según presentó la Dra. **Sarita Aguirre**, Directora del Programa Nacional de Tuberculosis.

Del total de 164 defunciones dadas en el 2013, un 44% se registró en las poblaciones antes citadas: indígenas (14%); población privada de libertad (3%) y personas con coinfección TB/VIH (26,8%).

En números absolutos, los departamentos Central y Alto Paraná, junto con la ciudad de Asunción, son los que concentran el mayor número de casos nuevos diagnosticados tanto de VIH como de TB, y son las regiones con mayor población del país.

El sistema sanitario del país está regido por la Ley 1032/96. El sector público es el principal proveedor de servicios, donde el Ministerio de Salud Pública asume la atención del 73,4% de la población y el Instituto de Previsión Social el 19%. El sector privado atiende aproximadamente al 7,6% de la población.

Implementación del proyecto

El proyecto de TB en Grandes Ciudades se implementa en Paraguay en dos localidades: en la ciudad de San Lorenzo (departamento Central) y en Barrio Obrero (Asunción). El marco de trabajo se encuentra en proceso de implementación. Ya se ha realizado el **mapeo epidemiológico** y de **proveedores** en ambas localidades, así como el análisis de actores intersectoriales. Se encuentran en proceso las intervenciones para adaptar la atención de la salud a las necesidades de la **población de riesgo**, la incorporación el abordaje **interprogramático** y el trabajo **intersectorial** para garantizar la atención integral de los enfermos.

En los análisis realizados en ambas localidades se observó una baja captación de los casos a nivel local. En el caso de Barrio Obrero, sólo el 51% de los casos se notificó dentro de la red, de los cuales el 21% corresponde a la penitenciaría. En San Lorenzo, sólo el 35,8% de los casos entre 2012 y 2013 fueron diagnosticados en servicios de salud del distrito.



Dra. Sarita Aguirre, directora del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en Paraguay (arriba, izquierda) y su equipo técnico

Cuadro 4. Datos demográficos y de tuberculosis en ciudades y barrio seleccionados de Paraguay. Año 2013

| | 2013 |
|---|---------------------------|
| Población de Asunción | 514 267 |
| Densidad poblacional | 4 395 hab/km ² |
| Población asignada a la Red de Salud de Barrio Obrero | 159 779 |
| Población de San Lorenzo | 489 000 |
| Incidencia TB en Asunción | 47 |
| Incidencia TB en Barrio Obrero | >85 |
| Incidencia TB en San Lorenzo | 17,2 |

En la encuesta realizada en agosto de 2014 a **proveedores y pacientes** de la red de salud de Barrio Obrero se observó un bajo porcentaje de pacientes con TAES (al 36% de los pacientes el personal de salud le administra TAES en su casa, el 32% acude al servicio, y el 30% se autoadministra la medicación).

Además se evidenció una deficiente investigación y seguimiento de los contactos (sólo el 75% de los contactos fueron evaluados), bajo porcentaje de quimioprofilaxis en menores de 5 años (32%); mientras que por otro lado se observó una buena predisposición del sector privado para implementar el programa de TB (8 de 9 servicios encuestados).

En San Lorenzo, se realizó una encuesta de hogares en 19 barrios de mayor vulnerabilidad para caracterizar las condiciones socioeconómicas, conocimientos respecto a la TB y su tratamiento, el acceso de la población a los servicios de salud locales y los factores de riesgo relacionados a la enfermedad. Además se realizó un estudio cualitativo con pacientes, para conocer las barreras de acceso, diagnóstico y seguimiento del tratamiento.

Coordinación de las autoridades de salud

Con el fin de coordinar acciones se han mantenido reuniones de abogacía con directores y encargadas de TB de Regiones Sanitarias y hospitales designados. El **compromiso político** de autoridades y personal de salud hizo posible la creación del Comité de TB de San Lorenzo, que propició la capacitación al personal de salud, la habilitación del laboratorio de TB, la ampliación del consultorio de TB y la integralidad de la atención. Además, la Municipalidad de San Lorenzo ha declarado de interés municipal la lucha contra la tuberculosis.

Mediante un trabajo articulado se logró incluir el Proyecto Grandes Ciudades en el Plan Estratégico de la respuesta de la TB 2016- 2020, además de las actividades de relevamiento de datos y elaboración de planes de trabajo en todos los demás distritos de Central, así como en las ciudades de Encarnación, Ciudad del Este y Coronel Oviedo.

Trabajo intersectorial para el control de TB

Se realizaron reuniones de consulta para la elaboración del Plan Estratégico de la Respuesta Nacional de la TB 2016-2020, y se elaboró la nota conceptual de TB para el Fondo Mundial. En estas reuniones intersectoriales participaron representantes de diversos sectores: Ministerio de Educación, Ministerio de Agricultura y Ganadería, Ministerio de la Mujer, Ministerio de Justicia, STP (Secretaría técnica de Planificación), SENAVITAT (Secretaría Nacional de la Vivienda y el Hábitat), Farmacias, Servicios privados, Universidades y Sociedades científicas

Como ejemplo de trabajo intersectorial, sobresalen los proyectos de cooperación con la Facultad de Enfermería para la búsqueda activa de casos en colegios de la zona y con la Cátedra de Neumología de la Universidad Nacional de Asunción, para la capacitación de médicos residentes y personal de enfermería de la cátedra, y personal de las Unidades de Salud de la Familia (USF).

Con la Secretaría de Acción Social, mediante su programa *Tekopora*, se brinda asistencia monetaria a 255 pacientes. Se acordó que serán incorporados a la asistencia todos los casos de TB en poblaciones indígenas y con discapacidades severas de los lugares designados.

Presentación del contexto del proyecto en Montevideo, Uruguay

El sistema de Salud en Uruguay

La República Oriental del Uruguay integra el cono sur de América, ubicándose entre Argentina y Brasil. Su extensión es de 177.000 km² con una población de aproximadamente 3.400.000 habitantes. El 49 % de la población habita en Montevideo, la capital de país, y el 92% de la población es urbana, según expuso el Jefe del Programa Nacional de Tuberculosis, Dr. **Jorge Rodríguez**.



Jorge Rodríguez, Jefe del Programa Nacional de Tuberculosis - Montevideo (Uruguay)

Luego de un largo período de estancamiento de las tasas de incidencia, la TB ha aumentado en los últimos años. La edad de los casos predomina en los adultos jóvenes y preocupa un aumento de la incidencia de casos en el grupo de 0 a 14 años en los últimos años. El aumento de la incidencia depende casi exclusivamente del número de casos notificados en Montevideo.

Uruguay posee una importante infraestructura de servicios públicos y privados de diferentes niveles de complejidad, siendo extensa su distribución geográfica, con niveles de acceso aceptables. Antes de la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud, la atención médica era brindada a través de un grupo de instituciones de distinto origen, con características y objetivos diferentes y con un grado casi inexistente de coordinación y regionalización.

Los principales problemas identificados en el sistema de salud estaban relacionados con el doble rol normativo y prestador del Ministerio de Salud Pública (“juez y parte”), por la inequidad, falta de cobertura universal e integral y la concentración de profesionales de salud en Montevideo de aproximadamente 70%. Como consecuencia de estas deficiencias, diferentes grupos sociales recibían diferentes prestaciones y mostraban desiguales resultados en salud y se visualizaba una precarización del trabajo en el sector (multiempleo, subocupación y desocupación).

En el 2008, se crea por ley el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y con esta normativa, la Junta Nacional de Salud (JUNASA) como servicio descentralizado. Así se logra la separar las funciones de rectoría y de prestación de los servicios de salud.

Se impulsa el cambio en el Modelo de Atención, desarrollando la atención integral y jerarquizando la promoción y la prevención en materia de salud, mediante la estrategia de atención primaria en salud (APS), estructurada como un sistema con base territorial; el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención (PNA); la integración en la atención a la salud del trabajo de equipos interdisciplinarios con un enfoque integral; y la creación de ámbitos de coordinación

Cuadro 5. Datos demográficos y de tuberculosis en Montevideo, Uruguay. Año 2014

| | |
|---|-----------|
| Población | 1 309 108 |
| Densidad hab/km ² | 6 523 |
| Índice de Desarrollo Humano | 0,841 |
| % de hogares en pobreza | 10,4 |
| Prestadores del Primer Nivel de Atención | 251 |
| Tasa de incidencia de TB (por 10 ⁵) | 39,2 |

intersectorial. Se impulsa además la participación social, con la creación de los Consejos Consultivos y se trabaja en la complementación público-privada concretada a nivel micro-meso y macro en acuerdo territorial con los prestadores privados. Entre los logros se menciona el aumento de la cobertura del SNS, alcanzando actualmente a más del 70% y el fortalecimiento del presupuesto de Administración de Servicios de Salud del Estado disminuyendo las inequidades entre el sector público y el privado, y la reducción de los pagos de bolsillo de los hogares.

Implementación del Proyecto TB en Grandes Ciudades

Para el proyecto de TB en Grandes Ciudades fueron seleccionados 8 municipios de Montevideo como Unidad de Análisis. Los criterios para definirlos fueron: a. Poseer límites claros, inequívocos y coincidentes con alguna de las actuales divisiones geopolíticas y estadísticas de Montevideo; b. Obtener con facilidad y continuidad indicadores socio-demográfico y sanitarios con el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el MSP como fuentes de información, y, c. Un volumen poblacional que permitiera comparar tasas de incidencia de TB con otras regiones y con el histórico del país.

En el **mapeo de presentadores** del primer nivel de atención, fueron identificados un total de 251 servicios, de los cuales el 50,2% corresponden a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), 38,6% al sector privado, 8% a la Intendencia de Montevideo (Alcaldía), 2% a la Sanidad Militar y 1,2% a la Sanidad Policial. El mapeo permite observar que los servicios del Programa Nacional de Tuberculosis no se encuentran en los municipios con mayor tasa de incidencia.

En el análisis de factores de vulnerabilidad se advirtió que 3 de 4 pacientes con TB presentan al menos un factor de riesgo. Algunos **factores de riesgo** predominan significativamente en Montevideo y la incidencia es alta en municipios con factores económico-sociales deficitarios.

Si bien a nivel general, Montevideo presenta una incidencia de TB mediana (39,2 por 100.000 habitantes), dos municipios presentaron tasas altas, de más de 50 casos por 100.000. Coincidentemente, el análisis muestra que estos municipios presentan peores indicadores socioeconómicos, con relación a necesidades básicas insatisfechas, saneamiento, hacinamiento y porcentaje de población analfabeta, entre otros.

Con respecto a los **grupos más vulnerables**, los casos de pacientes co-infectados TB/VIH y de PPL contribuyen en más de una cuarta parte a la incidencia de TB. Del total de casos de TB a nivel nacional, un 17,2% corresponde a personas viviendo con VIH y un 10% a personas privadas de libertad. En la ciudad de Montevideo, los números son un poco distintos. El porcentaje de coinfección TB/VIH alcanza el 21,2% y de personas privadas de libertad un 8%. Además se observa que el 25,7% de los casos son adictos a drogas ilícitas, un 9,3% de los casos están en situación de calle y un 19,9% están desocupados.

Como conclusión el expositor hizo referencia a la necesidad de elaborar e implementar de forma urgente una estrategia que aborde a la TB preferentemente en el departamento de Montevideo sin descuidar el resto del país, con el objetivo revertir la situación y avanzar a su eliminación. Esta estrategia debe incluir necesariamente componentes multidisciplinarios e interinstitucionales. Un enfoque exclusivamente médico y desde el PN-TB no es suficiente para lograr los objetivos.

La importancia de la gestión local en la salud pública

La Viceministra de Salud de Paraguay, Dra. **María Teresa Barán**, expuso sobre la importancia de la gestión local en salud.

La autoridad sanitaria indicó que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) del Paraguay tiene como Misión Institucional “garantizar el cumplimiento de las funciones de rectoría, conducción, financiamiento y provisión de servicios de salud a fin de alcanzar la cobertura universal, bajo el enfoque de protección social, en el marco del Sistema Nacional de Salud”.



Dra. María Teresa Barán, Viceministra de Salud de Paraguay

El Sistema Nacional de Salud fue creado por ley en 1996 y está organizado a nivel nacional por el Consejo Nacional de Salud, los Consejos Departamentales y los Consejos Locales de Salud.

Son los Consejos Locales de Salud los que buscan la vinculación de los intereses de los ciudadanos con las respuestas que brinda el Estado a la salud (coordinación, articulación, complementación). Está integrado por instituciones públicas, privadas y ciudadanos organizados de un municipio. Mediante la gestión local en salud hacen conocer sus intereses, necesidades o problemas de salud de la comunidad, proponen soluciones y se comprometen a trabajar en coordinación y articulación.

La herramienta que utilizan para ello es el Plan Local de Salud, que es elaborado entre todos los sectores (políticos, sanitarios y comunitarios) y donde definen las estrategias y acciones que van a implementar durante un periodo de tiempo para solucionar necesidades priorizadas mediante la movilización y administración de los recursos disponibles en el municipio. Las dos principales acciones desarrolladas por los Consejos Locales de Salud fueron la implementación de las Farmacias Sociales y la construcción del proceso de descentralización en el país.

Las Farmacias Sociales son pequeñas empresas comunitarias administradas por los Consejos Locales de Salud, habilitadas por la Oficina Técnica de Vigilancia Sanitaria del MSPBS, que venden medicamentos básicos a bajo costo, para pacientes de escasos recursos, que hayan consultado en establecimientos públicos y con receta médica oficial. Los Fondos Rotatorios para Farmacias Sociales implementados adecuadamente han demostrado favorecer el acceso de la población carente a los medicamentos en menor precio y en igual calidad.

Respecto al proceso de descentralización en salud, basándose en el Art. 12° de la Ley que crea el Sistema Nacional de Salud, el MSPBS suscribe acuerdos con los intendentes y los Consejos Locales de Salud, de forma tal a llevar una co-gestión administrativa y sanitaria del establecimiento de salud de cada comunidad. Mediante estos acuerdos el Ministerio desembolsa recursos provenientes del Presupuesto General de Gastos de la Nación para ser invertidos en los centros de salud.

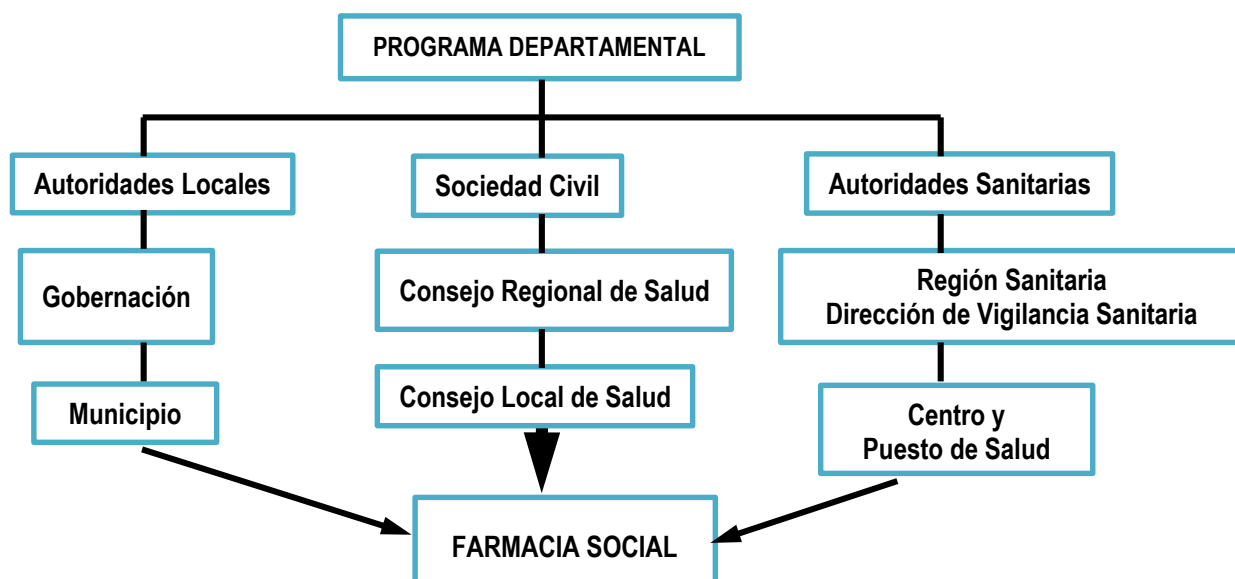


Gráfico 8
Esquema del Programa Departamental de Farmacias Sociales

Algunos de los logros más importantes de este sistema de trabajo fueron:

- oportunidad y flexibilidad de los recursos;
- mejor cobertura sanitaria mediante contrataciones de recursos humanos locales;
- agilidad en las adquisiciones;
- mejor orientación de los recursos hacia las necesidades locales;
- desarrollo de capacidades y habilidades de la comunidad; y,
- fortalecimiento de la participación comunitaria.



II Región Regional de Tuberculosis en Grandes Ciudades, Asunción (Paraguay)

Inclusión de los componentes del control de la TB en Grandes Ciudades en los planes de salud y normativas locales y nacionales.

El Coordinador de la Estrategia Sanitaria Nacional de Tuberculosis de Perú, **David Zavala**, expuso sobre la normativa para el control de la TB en Perú. Destacó que en el marco de trabajo de TB en grandes ciudades hay dos objetivos claros que hablan del trabajo intersectorial: Afianzar el compromiso político e introducir la TB en los programas de protección social.

En diciembre de 2014 el Congreso de la República aprobó la Ley N° 30287 de Prevención y Control de la TB en Perú. Con esta legislación se establecen: derechos de la persona afectada por TB; deberes de la persona afectada por TB; mecanismos de articulación; beneficio del trabajador afectado por TB; TB como enfermedad ocupacional; atención de la TB en el seguro social de salud; atención de la TB en las FFAA y PNP; atención de la TB en el INPE; tratamiento de la TB; facilidades para estudiantes con TB; promoción y fomento de la investigación; participación de la sociedad civil; transparencia y acceso a la información; y financiamiento.

Tras la promulgación de la ley, el Ministerio de Salud priorizó su reglamentación y así se puso en vigencia la “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas afectadas por la TB”. Además se incluyó a la TB en la lista de intervenciones con cobertura en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que garantiza la cobertura prestacional al 100% a través del Programa Presupuestal N° 016 TB-VIH y se complementa con el seguro integral de salud.

Planes nacionales, regionales y locales

Existe un compromiso político y escalonamiento de acciones para la prevención y el control de la TB traducida en los siguientes documentos, elaborados de forma participativa e intersectorial:

- Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la TB en el Perú;
- Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la TB, Plan de Acción 2013-2016, Dirección General de Salud de las Personas;
- Plan de Intervención “Hacia el Control de la TB en Lima y Callao” 2014-2016;
- Plan para la Reducción de la TB en el Cercado de Lima y La Victoria, Lima, 2013-2016; y,
- Plan de Intervención para la Reducción de la TB en San Juan de Lurigancho 2013-2016.
- Ordenanza N°286 de diciembre de 2014, por la que se institucionaliza la mesa de concertación “Comité Alto a la TB en San Juan de Lurigancho”. Actualmente agrupa a más de 20 instituciones participantes de diferentes sectores.

Desafíos pendientes

- Elaboración del Reglamento de la Ley N° 30287.
- Implementación del Plan de Emergencia en Lima y Callao.
- Consolidación de la articulación multisectorial e intersectorial, con un enfoque de gestión territorial de los gobiernos locales y regionales para enfrentar las determinantes sociales.
- Sistematizar las experiencias locales realizadas en diferentes regiones del país.
- Implementación del manejo programático de la TB en población privada de su libertad.

Panel: Minorías étnicas y tuberculosis en las ciudades

Situación de las minorías étnicas en las Américas
La TB y medidas de su control en minorías étnicas

Etnicidad y tuberculosis

La especialista en diversidad cultural de OPS/OMS, **Sandra del Pino**, abordó la interrogante de por qué abordar etnicidad en las grandes ciudades, en el marco de la Reunión Regional de TB en Grandes Ciudades. La especialista planteó que la creciente tendencia a la urbanización mundial trae aparejado distintos tipos de problemas, cuyas soluciones precisan de abordajes específicos. Por ejemplo, los pueblos indígenas pierden sus tierras y la pobreza gana terreno, se siente la falta de oportunidades de empleo, se deterioran los medios de vida tradicionales y faltan alternativas económicas viables. Se tiene la perspectiva de que existen mejores oportunidades en las ciudades.

Entre los retos de los grupos étnicos en grandes ciudades figura la vulnerabilidad ante factores sociales y económicos: educación, saneamiento inadecuado y el acceso deficiente a servicios de salud. Pero además existen problemas especiales o adicionales, tales como el limitado acceso a servicios y vivienda inadecuada; la discriminación y dificultad para mantener idioma, identidad y cultura; y la barrera de habitar una “tierra de nadie”: entre la no aceptación de las sociedades urbanas y sus propias comunidades. Otras cargas que afrontan las comunidades étnicas son el desplazamiento forzado, los menores salarios, la mala salud (nuevas enfermedades), y la mayor frecuencia de condenas penales.

Marco normativo de la OPS en etnicidad y salud

El abordaje de la salud de los pueblos indígenas tiene una larga trayectoria en la OPS, subrayó la expositora.

En 1993, (*Resolución CD37.R5*) los Estados Miembros reconocieron que las condiciones de vida y salud de las poblaciones indígenas son deficitarias y desiguales, y a la vez reconocieron la particular contribución de los pueblos indígenas al mantenimiento de la diversidad étnica y cultural de las Américas, al equilibrio ecológico, a la salud y la nutrición de la sociedad.

Se adoptó entonces la iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas (SAPIA) y se instó a los gobiernos a formular políticas y estrategias dirigidas hacia poblaciones indígenas. Esta resolución recibió dos impulsos importantes más en 1997, con atención específica al acceso a servicios sanitarios básicos para la población indígena de las Américas, y en 2006 (*Resolución CD47.R18*) con la aprobación de las líneas de acción específicas para la cooperación técnica de la OPS y para instar a los Estados a incorporar el enfoque intercultural en los sistemas nacionales de salud en la Región como parte de la estrategia de la Atención Primaria en Salud.

Más recientemente, en 2010, se aprobó la Resolución de Salud y Derechos Humanos, que sirve como un paraguas para dar respuesta a las necesidades de los distintos grupos que coexisten en la Región desde un marco de derechos humanos.

Y en 2014 se aprobó la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud, que reconoce que el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.

La OPS es la única Oficina Regional con etnicidad como un eje transversal. En el Plan Estratégico (2014-2019), la etnicidad figura como un eje transversal en el contexto de los Determinantes Sociales de la Salud, junto con género, equidad y derechos humanos. Se reconoce la necesidad de un enfoque sinérgico para transversalizar estos ejes a todos los niveles de la Organización.

Abordando etnicidad y TB

La etnicidad, como determinante social de la salud, requiere un abordaje focalizado en los distintos grupos para asegurar y evaluar acceso y cobertura universal (inclusión igualitaria y bienestar de todos y todas), indicó la disertante.

El abordaje de barreras culturales específicas a la salud requiere una visión intercultural, para que todos y todas accedan a servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad.

Reconociendo que existen brechas en el acceso y cobertura de la salud de poblaciones indígenas y afrodescendientes, se hace necesario el diseño e implementación de políticas y programas que aborden las necesidades de los distintos grupos desde una óptica de derechos.

Se requiere de políticas y programas que busquen llegar a grupos no tradicionalmente contemplados. El abordaje intercultural implica un impulso de políticas y programas de medicina tradicional y ancestral en los sistemas nacionales, la participación social, alianzas estratégicas y la creación y desarrollo de capacidades a todos los niveles, incorporando acciones intersectoriales que aborden los determinantes para disminuir brechas.

Es necesario además la producción y mejora en la recolección de datos y su análisis por países para formular, monitorear y evaluar políticas.

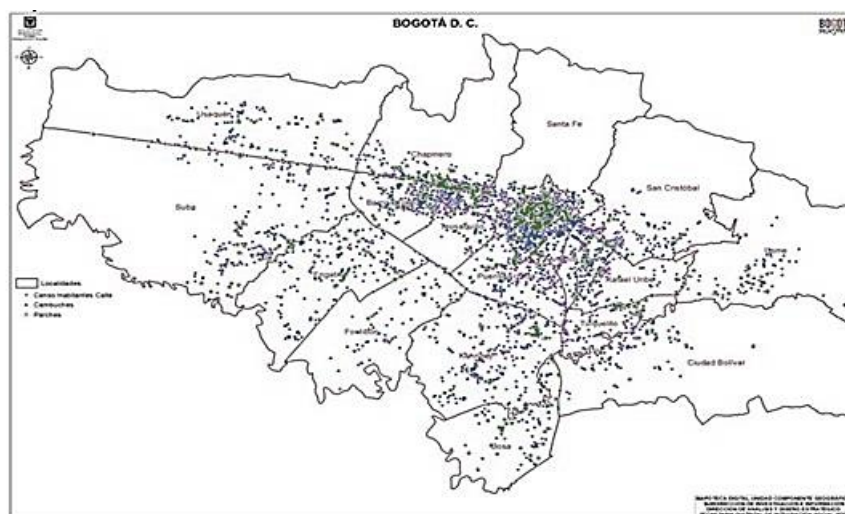


Gráfico 9.
Georreferenciación de Parches, Cambuches y Habitantes de Calle en Bogotá DC Año 2012

Poblaciones vulnerables en barrios marginales de Bogotá

Entre las minorías étnicas y otras poblaciones vulnerables que viven en Bogotá se pueden citar: personas privadas de libertad, desplazados, habitantes de calle, indígenas, afrodescendientes, raizales y palenqueros.

El abordaje comunitario de la TB en grupos vulnerables incluye un enfoque participativo, de concertación en espacios con referentes locales, el apoyo en la identificación convocatoria de actores, procesos de sensibilización y formación de actores, certificación, captación y canalización de sintomáticos respiratorios, monitoreo y seguimiento. La ciudad de Bogotá ha realizado dispone de la georreferenciación de sus poblaciones étnicas y vulnerables, lo que permite focalizar las acciones diferenciales (Gráfico 9).

Para abordar la atención de los habitantes de calle se han realizado acciones con la Secretaría Distrital de Integración Social. Con respecto a la población privada de libertad entre los años 2014 y 2015 se han formado 509 promotores en cuatro centros carcelarios del distrito, lo que ha permitido realizar acciones de tamizaje y campañas de sensibilización.

Se han realizado capacitaciones a líderes de comunidades indígenas y articulación con programas de atención a víctimas del conflicto armado, y hogares de protección de adultos mayores.

Migrantes en barrios marginales de Guarulhos

El Municipio de Guarulhos forma parte de la Región Metropolitana de San Pablo, distante apenas a 16 km de la capital. Es la segunda mayor población del Estado de San Pablo, el 13° municipio más populoso de Brasil y es la octava economía del país.

En Guarulhos existe un gran flujo de población de inmigrantes sudamericanos, principalmente bolivianos y paraguayos. La comunicación no es fluida por lo que existe dificultad en esa área. La tasa de incidencia de TB es alta, así como la tasa de abandono. Hay dificultad de adherencia al tratamiento, a la quimioprofilaxis y a la realización de exámenes de los contactos.



Ferias de Salud para migrantes, Guarulhos (Brasil)

Con el objetivo de promover la integración de los servicios de salud, agentes comunitarios y demás profesionales con la población de inmigrantes se ha desarrollado una estrategia de abordaje específico. El trabajo contempla un contacto previo con líderes bolivianos del Centro de Apoyo al Migrante, la Pastoral del Migrante y los voluntarios. Además se ha realizado la contratación de profesionales específicos (médicas boliviana y peruana) para capacitación de las redes y se realiza la distribución de folletos en idioma español.

Se han realizado 14 talleres de capacitación a agentes comunitarios de salud e demás profesionales de salud. La mayoría de los participantes coincidieron en la importancia de conocer sobre la cultura y hábitos de los sudamericanos.

Además se han realizado tres ferias de salud y ciudadanía, de los que participaron aproximadamente unas 900 personas, se realizaron 1.200 atenciones y se detectaron a 30 sintomáticos respiratorios. Las atenciones de salud que se llevaron adelante fueron búsqueda de sintomáticos respiratorios, inmunización, test rápido de VIH, sífilis y hepatitis, control de presión arterial y glicemia, salud bucal, e incluso, apoyo en regularización de documentos. En las ferias, los visitantes pudieron disfrutar de números artísticos de música y danza folkórica, así como degustar comidas típicas de sus regiones. También se brindó servicios de peluquería y de masajes gratuitos, y la Secretaría de Deportes organizó partidos de fútbol.

Resultados obtenidos

- Aumento del acceso a los servicios de salud por parte del inmigrante.
- Adaptación de las unidades de salud y mejoramiento del vínculo entre los inmigrantes y los profesionales de salud.
- Aumento de la detección y tratamiento de casos de TB.

Medidas de control de TB en personas privadas de libertad en Lima

En Perú, desde el año 2006 hasta el año 2013 la población penitenciaria se incrementado en 100%. La población penitenciaria en agosto de 2014 era de 71 082 internos, mientras la capacidad de albergue era de sólo 31 734. Esto representa una sobrepoblación de 124 % a nivel nacional, con los problemas que esto conlleva. Existe un gran porcentaje de hacinamiento en instalaciones con insuficiente ventilación, higiene y saneamiento, que influyen para el brote de enfermedades epidémicas, como la TB.

Ante esta realidad, en el año 2013 el Instituto Nacional Penitenciario, del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, ha aprobado un plan de intervención en personas privadas de libertad, con el objetivo de mejorar la detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la tuberculosis en todas sus formas, en la población penitenciaria.

Las líneas de intervención están dentro del Marco del Plan de Emergencia de Lima y Callao. Se ha estratificado los penales que concentran el mayor número de casos de TB. Se incluyen acciones para mejorar la dotación de recursos humanos que puedan implementar la atención integral del afectado con tuberculosis, fortalecer la terapia directamente observada con la participación activa de los internos penitenciarios y adquirir equipos de laboratorio para procesamiento de baciloscopía, entre otras. Con la intervención de abogacía, comunicación y movilización social se ha logrado sensibilizar a los Gobiernos Regionales para realizar actividades programadas y continuas para brindar el acceso a los servicios de salud y afiliar al SIS al 85% de la población penitenciaria.

La TB y comorbilidades en la Región de las Américas

TB y Diabetes Mellitus

La TB y la Diabetes Mellitus (DM) representan dos serios problemas de salud pública y un reto serio para su abordaje y control. La idea de que existe un fuerte vínculo entre TB y DM es antigua, sin embargo pocos estudios evalúan cuantitativamente este mayor riesgo en la población general.

La Jurisdicción de Servicios de Salud de Tijuana (Baja California, México) ha aplicado el marco de colaboración para la atención y control de la DM-VIH-TB, con el objetivo de mejorar del diagnóstico y el tratamiento de ambas enfermedades en condiciones de programa en la atención primaria de salud. El enfoque de atención plantea la coordinación interprogramática (planeación, capacitación y monitoreo conjunto entre ambos programas), el apoyo en el diagnóstico (detección de TB en personas con DM y viceversa), y tratamiento, adherencia terapéutica a tratamientos simultáneos y control metabólico.

En la tarjeta de registro y control de los casos de TB, se incluyen campos para orientar al profesional de salud. Además se ha implementado un cuestionario de factores de riesgo.

TB y VIH/sida

En el municipio de Guarulhos (Brasil) se trabaja activamente en la atención de la coinfección TB/VIH y los resultados de esta actividad fueron presentados por **Neide Tanomaru Okamoto**. La cobertura del test de VIH a pacientes con TB se mantiene desde 2010 en alrededor del 90%. En el 2014 alcanzó el 91,6%, con 7,2% de casos positivos.

Existen diferencias entre ambas enfermedades. La TB es una enfermedad antigua y curable, basado en la atención primaria, con un tratamiento supervisado y con indicación de búsqueda de contactos. En tanto que el VIH/Sida es una enfermedad relativamente nueva, que no es curable, cuyo tratamiento está basado en la atención especializada, con una medicación autoadministrada y la búsqueda de contactos solo se realiza con permiso del paciente.

En la Región 4 de Guarulhos se ofrece un paquete de atención integral de las personas con TB/VIH, que incluye salud mental, paquetes alimentarios entre otros, multiprofesional, buscando que pueda recibir toda la atención que necesita en un único servicio. Se cuenta con test rápido de VIH y GeneXpert de TB. Como resultado de esta orientación, entre los años 2011 y 2013 se ha observado un constante aumento en el éxito del tratamiento y reducción de la mortalidad.

Existe el desafío de mejorar la periodicidad de las consultas, reducir los abandonos en el tratamiento, ampliar el apoyo social a las personas con TB/VIH y mejorar el examen de contactos.

TB y adicción a drogas

El Dr. **Jorge Rodríguez**, del Programa Nacional de Control de la TB, presentó la situación del consumo de drogas en Uruguay y sus implicancias para el control de la tuberculosis. El consumo de pasta base de cocaína (PBC) comenzó a constituir un problema de salud pública para el país a partir de los primeros años de la década pasada. La mayor parte de los consumidores se encuentra en la población de mayor vulnerabilidad social.

En el “imaginario colectivo” pobreza y delito se asocian al consumo de PBC, expuso. La distribución social y espacial de la pobreza no es homogénea (especialmente en Montevideo y área metropolitana). Si bien la pobreza no supera, en promedio, el 12% de los hogares de Montevideo, algunas zonas aún tienen más del 30% de hogares pobres.

Existe asociación entre la TB y el consumo de drogas ilícitas. Mientras que prevalencia de consumo de PBC a nivel nacional es de 0,8, en zonas de alta vulnerabilidad social de Montevideo llega a 8% y según un análisis de las características de la población hospitalizada en el Centro Nacional de Referencia para TB – Hospital G. Saint Bois-, un 33,3% era adicto al consumo de drogas ilícitas (31,9% pasta de base de cocaína).

El Riesgo Relativo asociado a la adicción a las drogas con relación a la TB fue estimado en 1,86 (IC95% 1,60-2,18), de acuerdo a un estudio de porcentaje de casos en Montevideo y el interior del país, entre los años 2008 y 2013. La condición de consumo de PBC, constituye un factor de riesgo para el abandono del tratamiento antituberculoso. El Riesgo Relativo estimado fue es del 3,9 (IC95% 1,8-8,4)

Se asocian situaciones sociales adversas y co-morbilidades que dificultan el alcance del éxito terapéutico (Gráfico 10) El riesgo relativo de la ausencia de éxito terapéutico, en 2,1 (IC95% 1,2 – 3,8). El expositor concluyó que este grupo de pacientes requiere un abordaje asistencial particular y multidisciplinario que permita alcanzar los resultados obtenidos por el PNT en el conjunto de la población.

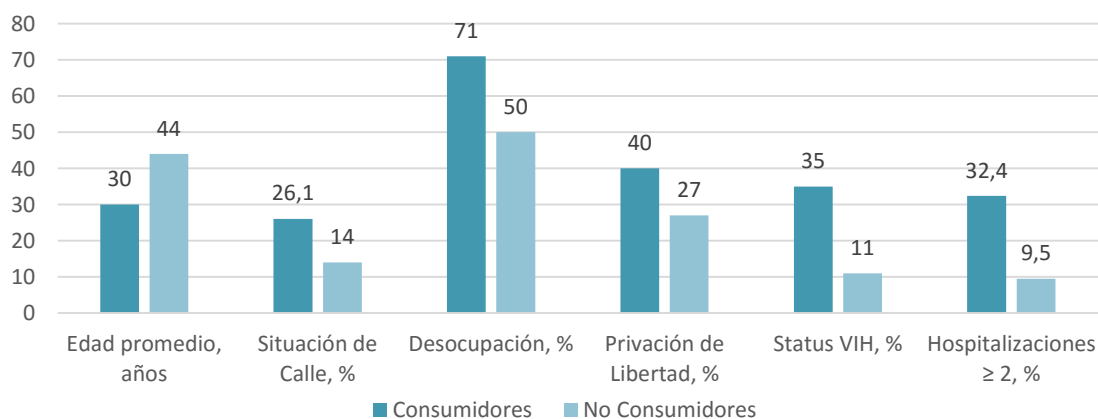


Gráfico 10. Características de riesgo de pacientes de TB, según su situación de consumo de drogas ilícitas. Uruguay, 2015.

¿Qué debemos hacer de diferente en el control de la TB en las ciudades?

CONCLUSIONES DE LA II REUNIÓN REGIONAL

- ❖ La implementación de la Iniciativa de Control de TB en Grandes Ciudades ha sido diferente en las tres ciudades piloto (Bogotá, Guarulhos, Lima) según el diagnóstico situacional encontrado en la primera fase de levantamiento de la línea de base, pero todas respetando los lineamientos del Marco de Trabajo.
- ❖ La iniciativa está demostrando ser una herramienta útil para la identificación y el abordaje de poblaciones vulnerables, la inclusión de proveedores formales e informales, el trabajo interprogramático e intersectorial
- ❖ En las tres ciudades piloto existen diferencias relacionadas con los sistemas de salud, la estructura de los programas de control de TB, la participación de diversos proveedores, las redes de soporte social y en los modelos de financiamiento, no obstante, la implementación de la Iniciativa se adaptó satisfactoriamente en cada ciudad.
- ❖ La expansión de la Iniciativa a otras ciudades de los tres países piloto se está haciendo de manera satisfactoria usando recursos propios y de agencias donantes internacionales, como reflejo del compromiso político nacional y local.
- ❖ En la medida que los elementos de la Iniciativa están siendo incluidos en los planes locales y nacionales de TB, se garantizará su sostenibilidad e institucionalización.
- ❖ En las tres nuevas ciudades que presentaron su línea de base (Tijuana, Asunción y Montevideo) se documentó importante compromiso político, gran variedad de proveedores de servicios de salud, diversos grupos vulnerables afectados por la TB y gran potencial para el establecimiento de articulación intersectorial.
- ❖ La Iniciativa de Control de TB en Grandes Ciudades está sirviendo de modelo para la implementación de acciones de salud pública de otros programas de salud.
- ❖ Los comités de mortalidad implementados en Guarulhos y Bogotá han demostrado brechas en el Dx y notificación de los casos de TB. Y ha permitido conocer los factores relacionadas con la atención en los servicios de salud y aquellos relacionados con el

conocimiento de la TB en la comunidad. Los resultados de la intervención permiten orientar la toma de decisiones.

- ❖ En el contexto de la implementación de la Iniciativa de Control de TB en GC, los países presentaron experiencias de articulación intersectorial para la acción sobre los determinantes sociales de la salud de los afectados por la TB y sus familiares.
- ❖ Se destaca la necesidad de abordar y fortalecer el control de la TB de manera interprogramática (VIH, diabetes, salud mental/drogadicción, tabaco) en el contexto de control de TB en GC.
- ❖ Se destacó la importancia de la interculturalidad y la etnicidad para el control integral de la TB en el contexto de grandes ciudades.
- ❖ La Iniciativa de control de TB en GC se visualiza como una herramienta útil de implementación de la estrategia Fin de la TB.

RECOMENDACIONES

- ❖ Los tres países con áreas piloto deben continuar expandiendo la Iniciativa con recursos propios, incluyendo sus componentes en los planes locales y nacionales.
- ❖ Es importante fortalecer acciones de prevención y control de TB en los niveles de atención primaria en las ciudades de intervención.
- ❖ Fortalecer y/o implementar las acciones interprogramáticas para el control de la coinfección TB/VIH, TB/diabetes y TB/Salud mental.
- ❖ Optimizar y/o generar iniciativas para la articulación intersectorial en los niveles locales para la acción sobre los determinantes sociales de los afectados por la TB.
- ❖ Los programas nacionales y locales de TB deben documentar y difundir las experiencias de la implementación de la Iniciativa para generar evidencias.
- ❖ Promover la conformación de comunidades de práctica para el intercambio de experiencias, diseño y evaluación de intervenciones en los diferentes tópicos de interés de los países, como por ejemplo drogadicción y TB.
- ❖ Países como El Salvador y República Dominicana están invitados a considerar la implantación de la Iniciativa de Control de TB en Grandes Ciudades.

ANEXO A. AGENDA DE LA REUNIÓN

Martes, 25 de agosto

| | | |
|---------------|--|--|
| 08:30 – 09:00 | Inscripción y registro de participantes | |
| 09:00 – 09:30 | Apertura de la Reunión | <i>Autoridades Locales, Nacionales y OPS</i> |
| 9:30 – 9:45 | Presentación de los objetivos y metodología de la reunión | <i>Alfonso Tenorio</i> |
| 9:45 – 10:15 | Control de la TB en Grandes Ciudades. Antecedentes, estado actual y perspectivas después del 2015 de acuerdo a la estrategia Fin de la TB | <i>Mirtha del Granado</i> |
| 10:15 – 10:45 | Receso | |
| 10:45 – 11:45 | Panel: Resultados de la implementación de los planes de trabajo en: Uribe Uribe-Colombia, Guarulhos-Brasil y El Agustino y San Juan de Lurigancho-Perú. Presentación del Plan, principales desafíos y logros | <i>Coordinador: Jorge Victoria</i> |
| 11:45 – 13:00 | 1. Uribe-Uribe-Colombia (20 min) 2. Guarulhos-Brasil (20 min) 3. El Agustino y San Juan de Lurigancho-Perú (30 min) Preguntas, discusión y conclusiones | <i>Oscar Cruz Neide Okamoto Eduardo Gómez y Nancy Zerpa</i> |
| 13:00 – 14:00 | Almuerzo | |
| 14:00 – 14:45 | Avances, desafíos y lecciones aprendidas de la implementación de la Iniciativa de Control de TB en Grandes Ciudades. Resultados de la documentación de la aplicación de la iniciativa en las 3 ciudades pilotos. Preguntas y discusión | <i>Luis Suarez</i> |
| 14:45 – 15:45 | Panel: Proceso de expansión de la Iniciativa a otras ciudades o municipios en los tres países piloto | <i>Coordinadora: Denise Arakaki</i> |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Brasil • Colombia • Perú Preguntas, discusión y conclusiones | <i>Draurio Barreira Ernesto Moreno David Zavala Denise Arakaki</i> |
| 15:45 – 16:15 | Receso Café | |
| 16:15 – 16:35 | Estudio de la mortalidad por TB en Guarulhos - Brasil. | <i>Neide Okamoto</i> |
| 16:35 – 17:00 | Desigualdades sociales e inequidades en salud en contexto urbano. | <i>Oscar Mujica</i> |
| 17:00 – 17:15 | Preguntas, discusión y conclusiones del día | <i>Alfonso Tenorio</i> |

Miércoles, 26 de agosto

| | | |
|---------------|---|---------------------------------------|
| 8:30 – 13:00 | Panel: Presentación de los estudios de análisis de situación de las ciudades de Guatemala, México | <i>Coordinadora Ingrid García</i> |
| 8:30 – 10:00 | Guatemala ¹ : Presentación de los estudios de análisis de situación de, Guatemala ciudad: <ul style="list-style-type: none"> - Características de las zonas de intervención - Características del sistema sanitario del país en general - Presentación del mapeo de proveedores - Presentación de resultados de la encuesta de hospitales Preguntas y respuestas | <i>PNT Guatemala</i> |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Caracterización de las poblaciones del área seleccionada y factores de vulnerabilidad (metodología y resultados) - Identificación de barreras de acceso a los servicios de salud (metodología y resultados) Preguntas y respuestas | <i>Ingrid García</i> |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Coordinación de las autoridades de salud (metodología y resultados) - Trabajo intersectorial para el control de TB (metodología y resultados) Preguntas y respuestas | |
| | Conclusiones | |
| 10:00 – 10:30 | Receso | |
| 10:30 – 12:00 | México: Presentación de los estudios de análisis de situación de, Tijuana: <ul style="list-style-type: none"> - Características de las zonas de intervención - Características del sistema sanitario del país en general - Presentación del mapeo de proveedores - Presentación de resultados de la encuesta de hospitales Preguntas y respuestas | <i>Juan Medina</i> |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Caracterización de las poblaciones del área seleccionada y factores de vulnerabilidad (metodología y resultados) - Identificación de barreras de acceso a los servicios de salud (metodología y resultados) Preguntas y respuestas | <i>Ingrid García</i> |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Coordinación de las autoridades de salud (metodología y resultados) | |

¹ Los representantes de Guatemala no pudieron tomar parte de la reunión, por lo que este punto de la agenda fue suspendido.

II REUNIÓN REGIONAL - TUBERCULOSIS EN GRANDES CIUDADES - 2015

- Trabajo intersectorial para el control de TB (metodología y resultados)
Preguntas y respuestas

Conclusiones

12:00 – 13:30 Almuerzo

13:30 – 17:00 Panel: Presentación de los estudios de análisis de situación de las ciudades de Guatemala, México, *Coordinador
Jorge Victoria*

13:30 – 15:00 Paraguay:

Presentación de los estudios de análisis de situación de, Asunción:

- Características de las zonas de intervención
- Características del sistema sanitario del país en general
- Presentación del mapeo de proveedores
- Presentación de resultados de la encuesta de hospitales
Preguntas y respuestas

- Caracterización de las poblaciones del área seleccionada y factores de vulnerabilidad (metodología y resultados)
- Identificación de barreras de acceso a los servicios de salud (metodología y resultados)
Preguntas y respuestas *Jorge Victoria*

- Coordinación de las autoridades de salud (metodología y resultados)
- Trabajo intersectorial para el control de TB (metodología y resultados)
Preguntas y respuestas

Conclusiones

15:00 – 15:30 Receso

15:30 – 17:00 Uruguay: *Jorge Victoria*

Presentación de los estudios de análisis de situación de, Montevideo:

- Características de las zonas de intervención
- Características del sistema sanitario del país en general
- Presentación del mapeo de proveedores
- Presentación de resultados de la encuesta de hospitales
Preguntas y respuestas

- Caracterización de las poblaciones del área seleccionada y factores de vulnerabilidad (metodología y resultados)
- Identificación de barreras de acceso a los servicios de salud (metodología y resultados)
Preguntas y respuestas *Jorge Victoria*

- Coordinación de las autoridades de salud (metodología y resultados)
- Trabajo intersectorial para el control de TB (metodología y resultados)

Jueves 27 de agosto

| | | |
|---------------|--|--|
| 8:30 – 8:50 | La importancia de la gestión local en la salud pública. | <i>María Teresa Barán Viceministra de Salud Pública del Paraguay</i> |
| 8:50 – 9:10 | Inclusión de los componentes del control de la TB en Grandes Ciudades en los planes de salud, normativa, y legislaciones locales y nacionales. | <i>David Zavala</i> |
| 9:10 – 10:45 | Panel: Minorías étnicas y TB en ciudades | <i>Sandra del Pino</i> |
| 9:10 – 9:30 | Situación de las minorías étnicas en las Américas | <i>Sandra del Pino</i> |
| | La TB y medidas de su control en minorías étnicas y poblaciones vulnerables en ciudades: | |
| | - Migrantes en barrios marginales de Guarulhos | <i>PNT Guarulhos</i> |
| | - Población en situación de calle en barrios marginales de Asunción | <i>PNT Asunción PNT Bogotá</i> |
| 9:30 – 9:45 | | |
| 9:45 – 10:00 | - Afrodescendientes en barrios marginales de Bogotá | <i>PNT Lima</i> |
| 10:00 – 10:15 | - Privados de Libertad en Lima | |
| 10:15 – 10:30 | Preguntas y respuestas | <i>Sandra del Pino</i> |
| 10:30 – 10:40 | | |
| 10:40 – 11:00 | Receso | |
| 11:00 – 12:25 | Panel: Tuberculosis y comorbilidades en ciudades | <i>Alfonso Tenorio</i> |
| 11:00 – 11:15 | La TB y comorbilidades en la Región de las Américas | <i>Alfonso Tenorio</i> |
| | - TB y Diabetes Mellitus | |
| 11:15 – 11:30 | - TB y Salud mental | <i>PNT de Tijuana</i> |
| 11:30 – 11:45 | - TB y VIH/sida | <i>PNT de Uruguay</i> |
| 11:45 – 12:00 | Preguntas y respuestas | <i>PNT de Guarulhos</i> |
| 12:00 – 12:15 | | <i>Alfonso Tenorio</i> |
| 12:15 – 13:30 | Almuerzo | |
| 13:30 - 15:30 | Trabajo de Grupos: Que debemos hacer de diferente en el control de la TB en ciudades? | <i>Pedro Avedillo</i> |
| 15:30 – 16:00 | Presentación del trabajo de grupos | <i>Pedro Avedillo</i> |
| 16:00 – 16:30 | Conclusiones y recomendaciones | <i>Mirtha de Granado</i> |
| | Clausura | <i>Autoridades Nacionales</i> |

ANEXO B: LISTA DE PARTICIPANTES

| País | Nombre | Institución y cargo | Teléfono | Correo Electrónico |
|------|---------------------------------------|---|----------------------------------|---|
| BRA | Laedi Alves Rodrigues Santos | Coordinador de TB del Municipio de Sao Paulo | 55-11-30668291 | lasantos@saude.sp.gov.br |
| BRA | Neide Tanomaru Okamoto | Coordinador de TB del Municipio de Guarulhos | 98586-2381 2472- 5084/5077 | neide.ta@terra.com.br; epidemiogrs@gmail.com |
| BRA | Denise Arakaki | OPS/OMS | | arakakid@paho.org |
| COL | Ernesto Moreno | Jefe PNT | 3112378114 | morenonaranjoe@yahoo.com |
| COL | Oscar Cruz | Referente de TB en el Distrito de Bogotá | 3115435269 | oscarcruz@saludcapital.gov |
| COL | María del Pilar Perdomo | Directora de Salud Pública/ Secretaria de Salud Distrital Barranquilla | 3005664306 | madelpiper@gmail.com |
| COL | Eloina Goenaga Jiménez | Coordinador de TB de la Localidad de Rafael Uribe | 3017228865 | eloinagoenaga@hotmail.com |
| COL | Ingrid García | OPS/OMS | 5713144141 | gariain@paho.org |
| DOR | María Esther Mercedes Fernández | Jefe PNT | 8295636808 | mary.mercedessalud.gov.do |
| ELS | Julio Garay | Jefe PNT | 62008119 | jgaray@salud.gov.sv |
| ELS | Miguel Aragón | OPS/OMS | 50374357830 | aragonm@paho.org |
| MEX | Liliana Andrade Ramos | Jefe PNT | 6646311896 | arliliana@hotmail.com |
| MEX | Juan Medina Castañeda | Jefe TB Tijuana | 6643090275 | medinajuan99@hotmail.com |
| PAN | Jorge Victoria | OPS/OMS | 50768986930 | victoriaj@paho.org |
| PAR | María Teresa Barán | Viceministra de Salud de Paraguay | | |
| PAR | Lic. Cecilia Yegros | XI R.S. Central / Encargada de TB | 0982 715215 | cecin83@hotmail.com |
| PAR | Dr. Juan Lucio Aguilera | Hospital de San Lorenzo/ Director | 0981 855567 | juanluc7@hotmail.com |
| PAR | Lic. María Maldonado | Hospital de San Lorenzo/ Encargada de TB | 0981 613901 | mamaldo02@hotmail.com |

II REUNIÓN REGIONAL - TUBERCULOSIS EN GRANDES CIUDADES - 2015

| | | | | |
|-----|-----------------------|--|-------------|--------------------------------|
| PAR | Dr. Julio Pratt | Hospital de San Lorenzo/ Neumólogo | 0983 331163 | julioprattneumo@yahoo.com.ar |
| PAR | Lic. Gladys Paredes | XVIII R.S. Capital/ Encargada de TB | 0983 763329 | tb18regional@gmail.com |
| PAR | Dra. Vidalia Lesmo | XVIII R.S. Capital/ Jefe de Programas | 0981 419142 | vidalialesmo@gmail.com |
| PAR | Dr. José Ramírez | Hospital de Barrio Obrero/ Director | 0972 677177 | josedoriarioromirf@hotmail.com |
| PAR | Lic. Lidia Moular | Hospital de Barrio Obrero/ Encargada de TB | 0981 737755 | lidia_moular@hotmail.com |
| PAR | Dra. Beatriz Cohenca | OPS/OMS- PAR | 0981 416502 | cohencabe0@paho.org |
| PAR | Dr. Ángel Álvarez | OPS/OMS- PAR | 0975 838111 | alvarezan@paho.org |
| PAR | Sra. Irma Sánchez | OPS/OMS- PAR | 0983 457572 | irma@paho.org |
| PAR | Dr. Guillermo Sequera | Consultor OPS | 0975 488829 | guillesequera@gmail.com |
| PAR | Dra. Águeda Cabello | DGVSV/ Directora | 0981 454159 | aguedacabello@gmail.com |
| PAR | Dr. Gustavo Chamorro | LCSP/ Director | 0971 732173 | direccion@lcsp.gov.py |
| PAR | Dra. Ofelia Cuevas | LCSP/Jefa Dpto. de TB | 0981 593235 | ofeliacuevas@hotmail.com |
| PAR | Dra. Estela Quiñonez | DIVET/Directora | 0981 819817 | estela_qm@yahoo.com.ar |
| PAR | Lic. Rosa Ovelar | DIVET | 0981 803202 | ovelar.rosa0@gmail.com |
| PAR | Dra. Tania Samudio | PRONASIDA/Directora | 0982 798822 | tania.samudio@hotmail.com |
| PAR | Sra. Celeste Saldívar | ALVIDA/ Miembro | 0984 830141 | msaldivaraguero@gmail.com |
| PAR | Dra. Sarita Aguirre | PNCT/ Directora | 0981 113482 | sarita.aguirre79@gmail.com |
| PAR | Lic. Cynthia Segovia | PNCT/ Supervisora Nacional | 0981 876592 | cynchusegovia@hotmail.com |
| PAR | Lic. Ruth Lezcano | PNCT/ Supervisora Nacional | 0984 530647 | lic.ruth86@hotmail.com |
| PAR | Lic. Angélica Medina | PNCT/ Supervisora Nacional | 0971 115867 | mediesc@gmail.com |
| PAR | Lic. Ivonne Montiel | Secretaría | 0981 214313 | ivonenfuna@hotmail.com |
| PAR | Lic. Melissa Valdez | Secretaría | 0994 356636 | melpa_86@hotmail.com |

II REUNIÓN REGIONAL - TUBERCULOSIS EN GRANDES CIUDADES - 2015

| | | | | |
|-----|----------------------------|---|--------------|--------------------------------|
| PAR | Dra. Carlina Acevedo | XI R.S. Central | 0981 873711 | karli_0070@hotmail.com |
| PAR | Dra. Eulogia Galeano | Municipalidad San Lorenzo | 09814 607882 | loligaleano595@gmail.com |
| PAR | Liz Escribano | XVIII R.S. Capital | 0984 402156 | epicapital18@gmail.com |
| PAR | Lic. María Magdalena Rojas | Dirección Promoción de la Salud | 204704 | promociondelasaluddg@gmail.com |
| PAR | Lic. Cynthia Peralta | Dirección Promoción de la Salud | 204704 | promociondelasaluddg@gmail.com |
| PAR | Dra. Patricia Ovelar | PRONASIDA | 0981 992099 | paty.soreliz.net |
| PAR | Dr. Carlos Castillo | OPS/OMS | 0981 746641 | centurionricardo@hotmail.com |
| PAR | Dra. Zully Suarez | PRONASIDA | 0981 527171 | zuraser@gmail.com |
| PER | David Zavala | Coordinador de la Estrategia Sanitaria Nacional de TB | 51987098682 | |
| PER | Alfonso Tenorio | OPS/OMS | 489079446 | tenorioa@bra.ops-oms |
| PER | Nancy Zerpa Tawara | Ministerio de Salud | 959524434 | adrianazerpa@hotmail.com |
| PER | Dr. Eudaldo Romuldo Gómez | Micro Red El Agustino | 996492244 | eduru5@yahoo.es |
| URU | Jorge Rodríguez | Jefe PNT | 59823090297 | jordemar@gmail.com |
| USA | Mirtha del Granado | Asesora Regional de Tuberculosis OPS/OMS | 12029743494 | delgrana@paho.org |
| USA | Maggie Clay Menold | OPS/OMS | 12029743923 | claymaggie@paho.org |
| USA | Sandra del Pino | OPS/OMS | 2022625591 | delpinos@paho.org |
| USA | Natalia Machuca | USAID | 2027120188 | nmachuca@usaid.gov |
| | Luis Suárez Ognio | Consultor OPS/OMS | | luissuarezognio@gmail.com |