



Reunión regional de evaluación de los Programas nacionales de control de TB (PNT)

Número de países aplicando DOTS
Región de las Américas,
1995 - 1999



México,
11 - 14 de septiembre de 2000



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Reunión regional de los
**Programas
nacionales
de control
de TB (PNT)**

**México,
11 - 14 de septiembre de 2000**



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Indice

Resumen ejecutivo	1
Objetivos:	1
Recomendaciones	2
1. Introducción	4
2. Situación de la TB en el mundo. La iniciativa "Stop TB"	4
2.1 Respuesta de la OMS a la conferencia de Amsterdam	5
3. Situación actual de la tuberculosis en la región	6
3.1 La resistencia a las drogas anti-TB y su vigilancia	7
3.2 VIH/SIDA/TB	8
3.3 BCG y meningitis TB	9
3.4 Situación de DOTS/TAES	10
4. Situación actual y perspectivas de la implantación y extensión de la estrategia DOTS/TAES en los países	10
4.1 Argentina	10
4.2 Bolivia	11
4.3 Brasil	11
4.4 Colombia	12
4.5 Costa Rica	12
4.6 El Salvador	13
4.7 Ecuador	14
4.8 Guatemala	14
4.9 Honduras	15
4.10 Haití	16
4.11 México	16

4.12	Panamá	17
4.13	Paraguay	18
5.	Situación en países con cobertura total de DOTS	18
5.1	Chile	18
5.2	Cuba	19
5.3	Nicaragua	19
5.4	Perú	20
5.5	Venezuela	21
5.6	Uruguay	21
6.	Formulario (OMS) para recolectar la información de los PNT	21
7.	Desarrollo de recursos humanos	22
8.	Cumplimiento del plan de acción regional. 1998-1999	22
9.	Plan de acción regional de TB (2001-2002)	24
10.	Sesión de posters (afiches)	26
11.	Visita al área demostrativa TAES, de Cuernavaca, Morelos	26
12.	Asuntos generales	26
13.	Recomendaciones	28
Anexo 1.	Notificación de casos nuevos y tasas de TB	30
Anexo 2.	El tratamiento estandarizado a pacientes con MDR-TB	31
Anexo 3.	Vigilancia y manejo de la resistencia a los medicamentos anti-TB en el mundo y en las Américas	32
Anexo 4.	Apoyo externo a los PNT	34
Anexo 5.	El suministro de los medicamentos anti-TB y el fondo rotatorio regional de OPS	37

Resumen Ejecutivo

Objetivos

1. Analizar la situación de la aplicación/extensión y consolidación de la estrategia DOTS/TAES en la Región.
2. Discutir la situación actual de la resistencia a los medicamentos y la prevalencia de VIH/TB en las Américas.
3. Discutir el cumplimiento del Plan Regional 1998-2000
4. Elaborar el Plan de Acción Regional para el bienio 2001-2002
5. Promocionar y estimular el apoyo de agencias internacionales y ONGs a los PNT en países con DOTS/TAES.
6. Realizar visita de observación del TAES en México.

Durante tres días se llevó a cabo la Reunión Regional de TB donde participaron los Jefes de Programas de 19 países de la Región así como invitados de organismos internacionales que apoyan a los programas de TB (UICTER, USAID, F. Damián, CDC, Banco Mundial, Comunidad Económica Europea) así como autoridades de la Secretaría de Salud y la representación de OPS/OMS en México. Por OMS participó el Dr. Marcos Espinal del Programa de Transmisibles y el Dr. Jacob Kumaresan de la Iniciativa "STOP TB".

La agenda abordó la situación mundial de la tuberculosis y las metas de OMS para el año 2005. La OMS, en seguimiento a la Conferencia de Amsterdam, ha propuesto alcanzar las metas de detección y curación en el año 2005 (75% detección y 85% de curación) pero el Programa Regional de TB considera que en la Región de las Américas podemos hacer un esfuerzo para alcanzar dichas metas en el año 2003. Para lograr esta meta tenemos que hacer un mayor esfuerzo e intensificar las acciones de control sobre todo en dos países grandes de la región, Brasil y México, así como en otros países priorizados, que aunque más pequeños y con menos carga de TB, tienen situaciones de variada índole que requieren de un esfuerzo especial (Argentina, Bolivia, Colombia, Haití, Rep. Dominicana, Paraguay y Honduras). Los 19 países participantes presentaron la situación de la TB en sus respectivos países, así como las fortalezas y debilidades del programa para extender la estrategia DOTS/TAES en el bienio 2001-2002

Se discutió también el problema de la resistencia a drogas anti-tuberculosa en la Región y los estudios de vigilancia realizados, así como la experiencia regional en el trata-

miento de los casos multirresistentes en condiciones de programa, con régimen estandarizado, como el caso de Perú (DOTS/plus). Hubo consenso en que se deben mejorar los PNTs como prevención del problema y que el uso de las drogas de segunda línea debe tener un estricto control para evitar la super MDR. Se informó sobre el Fondo Rotatorio de Medicamentos de OPS, tema que fue presentado y discutido en la reunión de Ministros de Salud de Consejo Directivo de la OPS en el mes de septiembre. La situación actual del suministro de medicamentos anti-tuberculosos fue analizada en la reunión y se destacó que excepcionalmente, algunos países de la Región tienen dificultades de suministros para los medicamentos de primera línea.

Es importante mencionar que en la reunión se llegó al consenso de que para incluir los medicamentos de 2da. línea en el "Fondo Rotatorio de la OPS" debe considerarse un mecanismo de control para el acceso a dichas drogas por parte de los países. La posibilidad de crear sub-comités regionales del "Green Light Committee" debe ser considerada; esto permitiría que los países hagan un uso más adecuado de dichos fármacos. La administración indiscriminada de los fármacos de 2da. línea puede llevar a la creación de la "Super MDR-TB".

La situación del VIH/TB en la Región y el desarrollo de recursos humanos para la gerencia del PNT, fueron también temas discutidos. Cada uno de los representantes de organizaciones invitadas presentó su trabajo en apoyo a los PNT y las perspectivas de ampliar esta colaboración. Como tema final se presentó el cumplimiento del Plan 1999-2000 así como el Plan de Acción 2001-2002 que fue discutido y aprobado por los países acordándose trabajar en el bienio para lograr una cobertura nacional de DOTS/TAES en todos los países, así como trabajar fuertemente para alcanzar las metas OMS al final del año 2003.

Como es costumbre en nuestras reuniones, el último día se dedicó a la visita de terreno a un área TAES (Cuernavaca, Morelos) para observar la experiencia de México y sus avances y dificultades en la implantación de la estrategia TAES.

Como resultado de esta reunión se tomaron los acuerdos siguientes:

Recomendaciones

1. Reforzar y buscar el apoyo político como elemento esencial para la aplicación y sostenibilidad de la estrategia DOTS/TAES en la Región.
2. Establecer metas más ambiciosas a nivel de cada país, para lograr mayores avances en la implantación y extensión DOTS/TAES en la Región.
3. Mejorar la coordinación con otras instituciones del sector salud, involucrando a la medicina privada, el seguro social, los servicios médicos de las fuerzas armadas y de los ministerios del interior (prisiones), en las acciones de control del programa de TB.
4. Reforzar la gestión del programa (gerencia) con prioridad en los niveles locales e intermedios. El proceso de reforma del sector salud debe servir para reforzar el programa en los mencionados niveles.
5. Materializar en cada país, el acuerdo de todos los participantes de solicitar a los gobiernos la garantía de la sostenibilidad de los programas, evitando la rotación continua del personal de salud previamente capacitado para llevar a cabo las acciones del programa.
6. Promover la incorporación del problema de la TB en las agendas de las reuniones regionales y subregionales de los gobiernos de países de la Región

7. Promover la colaboración entre países y divulgar las experiencias de programas con éxito en la aplicación de DOTS/TAES (México, Perú, Cuba, Chile, Uruguay y Nicaragua).
8. Mantener la colaboración de las agencias internacionales y ONGs que apoyan los PNTs. Involucrar a otros socios e incrementar la participación comunitaria en las acciones de control.
9. Mejorar la calidad de DOTS/TAES en países que aplican la estrategia, con el objetivo de incrementar las tasas de curación y abandono en algunos países. Hubo acuerdo en que debe extenderse la estrategia sobre la base del cumplimiento de indicadores de curación y detección en las áreas demostrativas.
10. Procesar toda la información de evaluación del programa y resultados del tratamiento (cohortes), diferenciando las áreas DOTS y no DOTS.
11. Estratificar el problema y elaborar mapas que muestren la situación de la TB en el país y desarrollar el plan estratégico de actividades sobre la base de la situación epidemiológica y operacional de cada Región.
12. Elaborar un plan de acción en cada país para el bienio 2001-2002 donde estén identificados los problemas presentes para la implantación y/o extensión de TAES con el objetivo de alcanzar la meta de extensión de la estrategia con cobertura nacional, al final del bienio.
13. Optimizar la organización de la red de laboratorio y el control de calidad de la baciloscopía que todavía resultan deficientes en varios países de la región.
14. Reforzar la pesquisa y el examen de los sintomáticos respiratorios para mejorar la localización de casos TB y priorizar la captación intramuros en grupos de riesgo.
15. Incluir como indicador importante para la implementación de DOTS/TAES la conversión bacteriológica al segundo mes del tratamiento de los casos BAAR(+).
16. Continuar la vigilancia e investigación sobre la prevalencia de VIH entre los pacientes TB, así como desarrollar investigaciones operacionales que den respuesta a los problemas del PNT.
17. Involucrar a los neumólogos y llegar a acuerdos relacionados con la MDR-TB. El uso de drogas de 2da línea no debe estar por encima de la prioridad principal, que es el tratamiento y curación de todos los casos nuevos de TB, según las normas programáticas ya establecidas.
18. Considerar el acceso a drogas de 2da línea a través del "**Green Light Committee**" de la iniciativa DOTS plus de la OMS. ▲

1. Introducción

Durante los días del 11-14 de septiembre de 2000, se efectuó en la ciudad de México la Reunión de evaluación de los PNT con la participación de los jefes de los programas TB de 19 países y la ausencia de Perú y República Dominicana. El evento tuvo los auspicios y colaboración de la Secretaría de Salud de México, OPS/OMS, la UICTER y la participación de diferentes agencias internacionales y ONGs que colaboran con los programas de la Región.

Los antecedentes más inmediatos a esta actividad están en la reunión regional de los jefes de los programas TB realizada en Río de Janeiro (octubre de 1998) y la reunión de "Stop TB" llevada a cabo en Brasilia con países altamente priorizados (julio de 1999).

En la inauguración del presente evento hubo palabras de bienvenida por parte del Dr. Oscar Velázquez, de la Secretaría de Salud de México y del Dr. Henry Jouval Representante de OPS/OMS, además estuvieron presentes el Dr. Jacob Kumaresan por la "Iniciativa Stop TB", el Dr. Nils Billo, Director Ejecutivo de UICTER, Dr. Marcos Espinal, del Programa de Enfermedades Transmisibles OMS, Dra. Elizabeth Ferreira, Directora de Micobacteriosis de la Secretaria de Salud y el Dr. Rodolfo Rodríguez, Asesor Regional de TB/OPS.

2. Situación de la TB en el mundo. La iniciativa "Stop TB"

El Dr. Jacob Kumaresan hizo un resumen del desarrollo de las diferentes estrategias para controlar la TB desde 1882 hasta la época actual, en que muchos países comenzaron la aplicación de la estrategia DOTS/TAES bajo las recomendaciones de OMS y UICTER.

La TB afecta a las personas más pobres y más vulnerables de la sociedad. El 95% de todos los casos y el 98% de las muertes ocurre en los países en desarrollo. El impacto de la TB en la economía se refleja en que los casos se concentran en los grupos más productivos de la población, además, los pacientes pierden 3-4 meses de su tiempo laboral, el 20-30% del ingreso doméstico de los pacientes TB debe invertirse en la enfermedad y cerca de 15 años de aporte económico a la familia, son perdidos por la muerte prematura por TB.

Las principales limitaciones para controlar la TB en las diferentes regiones del mundo radican fundamentalmente en la desigual asignación de recursos a los programas de control, la co-infección VIH - TB sobre todo en Africa y Asia, así como a la prevalencia de MDR-TB entre los pacientes nuevos.

En 1990, solo 10 países del mundo habían implantado la estrategia DOTS/TAES, mientras que en 1998 se incrementó hasta 119 países. Los programas nacionales que aplican la estrategia DOTS han obtenido mejores porcentajes de cura y éxito en los tratamientos, así como menos fallecidos que en aquellos países que todavía no la han aplicado. No obstante, muy pocos países han cumplido con las metas de detectar el 70% de las fuentes de infección y curar al 85% de ellos.

En la última década, la OMS ha impulsado diferentes iniciativas para vencer los obstáculos y desde 1998 se organizó una Iniciativa de Aliados o Socios Mundiales para "Detener la TB" (Stop TB) cuyos principales objetivos son:

- Alcanzar las metas globales para el control de la TB en el año 2005 y luego mantenerlas,
- Reducir en el mundo las muertes por TB y su prevalencia en 50%, para el año 2010,
- Desarrollar una estrategia efectiva, para enfrentar los retos emergentes (MDR-TB y VIH/TB),

- Desarrollar nuevas herramientas, que hagan posible la eliminación de la TB como problema de salud.

Los retos globales de hoy consisten en expandir la cobertura del DOTS/TAES de 21% en 1998 a 70% en 2005. Por lo tanto, se hace necesario forjar nuevos socios, inclusive fuera del sector salud, para movilizar los nuevos grupos y expandir los esfuerzos contra la TB. Estos grupos podrían ser identificados y contactados en las agencias del sistema de Naciones Unidas, en las organizaciones internacionales de servicio, en los grupos de derechos humanos, en la comunidad de VIH/SIDA y en la industria.

Las principales actividades que la **Iniciativa "Stop TB"** ha propuesto después de la Reunión Ministerial sobre TB y Desarrollo Sostenible, llevada a cabo en Amsterdam, (marzo 24 de 2000), son:

En el ámbito global:

- Mantener comunicación con los aliados o socios,
- Promoción – conciencia y balance de los recursos invertidos
- Apoyo a los grupos de trabajo (expansión del DOTS, TB/VIH, MDR-TB incluyendo DOTS plus), iniciativa para el diagnóstico de TB, alianza global para el desarrollo e investigación de medicamentos y desarrollar la coalición para obtener nuevas vacunas contra la TB.

En las regiones:

- Establecer las alianzas regionales y los comités de coordinación interagenciales
- Formar el grupo asesor técnico

En los países:

- Conocer la necesidad de evaluar los PNT (en colaboración con OPS/OMS),

- Conformar la alianza "Stop TB",
- Efectuar los esfuerzos para la movilización de recursos.

2.1 Respuesta de la OMS a la conferencia de Amsterdam

En la reunión de Amsterdam participaron los ministros de salud y de cooperación externa de 20 países, de los 22 países identificados con la mayor carga de TB a nivel mundial. En ese evento surgieron **compromisos** rubricados en la Declaración de Amsterdam para Detener la TB, entre los que destacan:

- Expandir la cobertura DOTS/TAES a fin de detectar el 70% de los casos.
- Asegurar los recursos humanos y financieros necesarios.
- Desarrollar la capacidad necesaria para ejecutar dichos recursos
- Implantar, monitorear, y evaluar la estrategia DOTS de acuerdo con las recomendaciones de OMS
- Mejorar el sistema para adquirir y distribuir los medicamentos anti-TB
- Incorporar indicadores sobre resultados del PNT para monitorear el funcionamiento del sector salud.
- Promover asociaciones nacionales e internacionales.

La OMS ha respondido a la Declaración de Amsterdam de varias formas, en primer lugar, desarrollando un plan estratégico de asistencia a los países para el control global de la TB; en segundo lugar, preparando planes regionales a mediano plazo, incluyendo el aumento de la capacidad regional de la

OMS, promoviendo los comités de coordinación interagencial, para el apoyo a los planes de medio plazo y efectuando reuniones con los aliados técnicos y donantes para desarrollar el Plan Global.

3. Situación actual de la tuberculosis en la región

El Dr. Rodolfo Rodríguez asesor Regional de TB presentó la Situación de la TB en la Región de las Américas. De acuerdo con las notificaciones de TB a OPS/OMS, en 1998 el 7% de los casos del mundo correspondieron a la Región de las Américas. Aproximadamente el 50% de los casos son notificados por dos países; el 33% de la incidencia de la Región correspondió al Brasil y el 17% al Perú, incluidos entre los 22 países del mundo con mayor carga de TB.

La incidencia notificada en la década del 90 presenta un promedio de 250.000 casos anuales de todas las formas, con una tendencia muy regular, lo que también ocurre con los BAAR(+) nuevos. Se estima que anualmente una tercera parte de los casos no es diagnosticado ni notificados, existiendo un estimado real de cerca de 400.000 nuevos casos al año. En 1999, la tasa regional fue de 29 por 100,000 hab. (238.082 casos) para todas las formas y 17 (137.675 casos) para los casos pulmonares nuevos positivos. La distribución de los casos nuevos bacilíferos por grupos de edad muestra una mayor afectación de los grupos más jóvenes de ambos sexos, (15-55 años) a excepción de algunos países de baja prevalencia.

De acuerdo con las notificaciones anuales de los países a OPS/OMS, las tasas de TB estimadas para los países permite conformar cuatro grupos, con diferente situación epidemiológica que constituye el marco adecuado para establecer las prioridades para el control de la TB en la Región:

Tasa de incidencia estimada de tuberculosis en América Latina, 2000

>85/100.000	> 50 – 84/100.000	>25 – 49/100.000	<24/100.000
Bolivia	Argentina	Belice	Canadá
Ecuador	Bahamas	México	Chile
Guatemala	Brasil	Uruguay	Costa Rica
Haití	Colombia	Venezuela	Cuba
Honduras	El Salvador		Jamaica*
Perú	Guyana		Puerto Rico
Rep. Dominicana	Nicaragua		EE.UU
	Panamá		
	Paraguay		
	Suriname		

* Los países del Caribe Inglés se encuentran en el grupo con tasas menores de 24

3.1 La resistencia a las drogas anti-TB y su vigilancia

La resistencia a las drogas anti-TB ha representado un tema de particular importancia para la Región. Históricamente, en varios países ha existido una vigilancia sistemática de la resistencia a los medicamentos (Chile, Cuba, EE.UU y Uruguay). Con el apoyo del proyecto global impulsado por OMS, se han efectuado y se tienen datos de las encuestas nacionales realizadas en los últimos años totalizando 13 países (Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Cuba, Estados Unidos de América, Nicaragua, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela).

Se espera que al finalizar el bienio 2001-2002, estudios de vigilancia hayan sido efectuados en otros 7 países (El Salvador, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Paraguay y Panamá), para completar un total de 20 países.

Es bueno destacar una vez más que la mejor prevención de la resistencia primaria y de la MDR/TB consiste en organizar programas de tuberculosis eficientes que apliquen exitosamente la estrategia DOTS/TAES, como lo demuestran países con años de éxito en su aplicación (Cuba, Chile, Nicaragua, Perú, Uruguay y Venezuela).

Resistencia primaria a drogas antituberculosas en América Latina: encuestas nacionales concluidas entre 1994-2000

País	Isoniacida%	Rifampicina%	Strepto%	Etamb %	RPC%	MDR ^d %
Argentina ^a	7,8	5,1	7,6	3,1	12,5	4,6
Bolivia ^a	10,2	6,0	9,8	5,0	23,9	1,2
Brasil ^a	5,9	1,1	3,6	0,1	8,6	0,9
Colombia ^c	8,5	0,5	10,0	0,5	13,4	0,5
Cuba ^b	0,7	0,0	3,9	0,4	4,6	0,0
Nicaragua ^c	9,4	1,8	8,7	0,7	15,6	1,2
Peru ^c	9,0	4,0	11,7	2,6	18,0	3,0
Rep, Dom, ^a	19,8	16,2	21,1	3,6	40,6	6,6
Chile ^b	3,8	0,7	7,4	0,0	9,0	0,4
Uruguay ^b	0,4	0,4	0,8	0,0	1,7	0,0
Venezuela ^c	1,8	0,5	2,7	0,5	4,1	0,0

^a Anti-Tuberculosis Drug Resistance in the World. (Proyecto Global OMS/UICter sobre la vigilancia de resistencia a drogas anti-tuberculosas). WHO/TB/97.229, 1997 Geneva.

^b Programas Nacionales de Control de TB

^c Resistencia primaria a uno o más medicamentos (no incluye la asociación de Rifampicina + Isoniacida)

^d Resistencia a Isoniacida y Rifampicina

^e Anti-Tuberculosis Drug Resistance in the World. (Proyecto Global OMS/UICter sobre la vigilancia de resistencia a drogas anti-tuberculosas). Report No 2 WHO/CDS/TB/2000.278, Geneva.

3.2 VIH/SIDA/TB.

Otro de los factores que favorecen el incremento de casos de TB y limitan las posibilidades del control de la TB es la pandemia del VIH/SIDA y la co-infección del VIH/SIDA/TB. En la Región de las Américas la prevalencia del VIH/SIDA en personas entre 15-49 años es alrededor de 0,56% en América del Norte, 0,57 en América Latina y 2,0% en el Caribe. La epidemia es de **baja transmisión** en Bolivia, Ecuador, Nicaragua y Paraguay, está **concentrada** en grupos de la población de alto riesgo en la mayoría de los países, y está bastante **generalizada** en Haití, Honduras, Bahamas, República Dominicana, Guyana y en grandes ciudades del Brasil y Argentina, etc.

Con relación a la situación de la infección dual por VIH/SIDA/TB, no tenemos un conocimiento real de la situación en la Región. Los programas de TB y ETS/SIDA tienen diferentes niveles de conocimiento, acorde con los estudios realizados, que en muchos casos datan de años recientes y no son totalmente representativos (ver tabla anexa). No obstante, se estima que un 5% de los casos de TB que anualmente se notifican se producen en pacientes co-infectados VIH/TB.

Solo los PNT de Cuba y Uruguay realizan vigilancia sistemática de la coinfección VIH/TB. En Nicaragua se concluyó la encuesta nacional de prevalencia en 1999 (0,8%), mientras que actualmente, Honduras y Bolivia

Prevalencia de VIH/TB y TB/SIDA en países seleccionados de la Región (1988-1999)

Países	Años	Prev VIH/TB	Prev TB/SIDA
Argentina	1995	2,2%	-
Colombia			
Bogotá	99-00	9%	-
Cali	96-97	6%	-
Costa Rica	1999	-	15%
Chile	88-91	1%	8%
Cuba	1999	1,4%	-
El Salvador	1999	2,7%	5,3%
Guatemala	1998	4,6%	-
Haití (un C/S)	1999	-	63,8%
Honduras	1997	3,8%	13,9%
Nicaragua	98-99	0,8%	-
Panamá:			
Esta Ana	1999	29%	-
Veranillo	1999	3,7%	-
Brasil *			
Río de Janeiro	95-98	35,6%	-
Venezuela	1999	3,7%	49,6% (1998)
Uruguay	1999	1,3%	7,5%

Fuente: Informes anuales de los PNT 1999, * Int J Tuber Lung Dis 4(6):513-518, 2000 IUATLD

ejecutan estudios nacionales. En el resto de los países la información disponible no es representativa de la situación nacional, y proviene de encuestas puntuales en algunas ciudades, hospitales o centros de salud.

Ciertos países del continente (Chile y Colombia) enfrentan limitaciones legales para emprender las investigaciones que se necesitan para conocer o actualizar la situación real de la prevalencia VIH/TB, y en otros, la metodología aplicada no ha sido la más adecuada. Por lo tanto, para realizar encuestas periódicas que pongan de manifiesto la prevalencia del VIH/TB, se recomienda a los países aplicar el protocolo elaborado y recomendado por OMS en 1994 y distribuido en la reunión de Río de Janeiro (octubre de 1998).

3.3 BCG y meningitis TB.

La vacunación con BCG es una actividad incluida en el PAI de la Región desde 1977-78. Su cobertura en la población menor de un año se ha incrementado progresivamente en los países de la Región en los últimos años, en tanto que se observa una disminución de los casos de meningitis TB entre los menores de 5 años. En 1998 las coberturas más bajas se observaron en Venezuela (80%), Colombia (82%) y Paraguay (83%); no obstante, las tasas más elevadas de casos de meningitis TB se observan en Panamá (2,9), República Dominicana (2,6), Bolivia (1,5), Paraguay (1,2) y Honduras (0,97).

Cobertura de BCG y Meningitis TB en menores de 5 años Región de las Américas 1998

Países	% Vacunación BCG	Casos Meningitis TB	Tasa por 100,000
Argentina	99	7	0,21
Bolivia	85	19	1,48
Brasil	99	49	0,30
Chile	96	-	-
Colombia	82	4	0,09
Costa Rica	87	4	0,95
Cuba	99	-	-
Ecuador	98	4	0,28
El Salvador	99	4	0,53
Guatemala	88	7	0,41
Honduras	96	9	0,97
México	99	29	0,26
Nicaragua	91	-	-
Panamá	99	9	2,95
Paraguay	83	9	1,23
Perú	96	29	1,00
Rep. Dominicana	86	25	2,62
Uruguay	99	1	0,36
Venezuela	80	8	0,29
TOTAL	95	218	0,41

Fuente: Informes del PAI y de los PNT de la Región

3.4 Situación de DOTS/TAES.

Respecto a la implantación/extensión de la estrategia DOTS/TAES, en 1996, diez países ya aplicaban la estrategia y tres países más se incorporaron ese año. En

1997, tres países más se incorporaron, otros tres en 1998 y cuatro lo hicieron en 1999 y en el año 2000 se añade Paraguay para un total de 24. De acuerdo a la cobertura de la estrategia DOTS/TAES en la Región, los países han sido subdivididos en cinco grupos:

Cobertura en la implantación de la Estrategia DOTS/TAES en países de la Región, 2000

> del 90%	>50% y <89%	>10% y <49%	< del 10%	No DOTS/TAES
Chile	Bolivia	El Salvador	Argentina	Guyana
Cuba	Belice	Haití	Brasil	Suriname
EE.UU de América	Guatemala	México	Costa Rica	Caribe Inglés
Nicaragua		Colombia	Ecuador	
Perú		Honduras	Panamá	
Puerto Rico			Paraguay	
Uruguay			Rep. Dominicana	
Venezuela				

4. Situación actual y perspectivas de la implantación y extensión de la estrategia DOTS/TAES en países.

Como producto de la información presentada por los países en esta reunión, se logró elaborar un resumen de la situación de la TB en cada uno de los mismos.

4.1 Argentina

En 1999 fue notificado un total de 11.871 casos TB (tasa 32,5), correspondiendo el 49% a los casos nuevos frotis positivos (5.762); con una tasa de 16 por 100.000 habitantes. La tendencia de la incidencia notificada en los últimos 15 años es hacia la dis-

minución, sin embargo, la organización del manejo de casos: detección y tratamiento de los casos, todavía presenta limitaciones. Seis provincias presentan incidencias superiores al promedio nacional y la distribución de los casos por grupos de edad refleja mayor afectación entre los grupos de 15 a 35 años. Desde 1989, el PNT ha notificado un incremento en la incidencia y mortalidad por TB en personas jóvenes relacionada con la combinación dual de VIH/SIDA/TB.

Con relación a los resultados del tratamiento por cohorte en 1998, el 72% de los pacientes se curaron y el 14% abandonaron. Siete provincias evaluaron el 100% de los pacientes notificados, ocho provincias evaluaron entre el 80-100% de los casos detectados, otras seis provincias menos del 80% y tres provincias no informaron. No se ha desglosado la información por áreas DOTS y no DOTS.

Logros: Organización y aplicación de áreas demostrativas DOTS, obtención de recursos económicos para cumplir con las principales actividades, garantía del suministro de medicamentos y otros insumos, revisión y publicación de las normas, excelente red de laboratorios y control de calidad. Apoyo del Proyecto VIGI-A (Banco Mundial/Ministerio de Salud) para efectuar las capacitaciones y supervisiones en el objetivo de implementación de DOTS/TAES.

Limitaciones: La implantación / extensión del TAES marcha con lentitud, debiendo apoyarse en un proceso previo de descentralización del tratamiento/capacitación/supervisión y aplicar diferentes alternativas para implementar el tratamiento supervisado, con el propósito de elevar las tasas de curación y disminuir el abandono.

4.2 Bolivia

La tuberculosis representa un serio problema de salud en este país, a pesar que en el quinquenio 1994-1999 el programa ha obtenido ciertos avances en sus acciones de control. El total de pacientes reportados con TB en 1999 fue de 9.272, mientras que los casos nuevos frotis positivo fueron 6.506, con tasas de 114 y 80 por 100.000 habitantes, respectivamente.

Una nueva gerente del PNT se hizo cargo a partir de 1998, pero el equipo central se vio reducido al cesar sus funciones la enfermera encargada. El laboratorio central de referencia (INLASA) fue modernizado y dotado de nuevos equipos en la sección de TB.

Desde 1995 se está ejecutando la estrategia DOTS, involucrando a varios municipios de los diferentes departamentos.

Al presente, existe voluntad política de enfrentar el problema, brindando a la TB una alta prioridad. En 1999 se llevó a cabo la evaluación conjunta del PNT efectuando visitas a las unidades de salud de los departamentos con mayor carga de TB. Con la coope-

ración técnica de OPS/OMS se preparó una nueva edición de las normas nacionales.

Diferentes organismos internacionales apoyan al PNT de Bolivia, incluyendo al DFID y USAID. Los medicamentos esenciales están siendo garantizados por el presupuesto nacional.

La experiencia de las áreas demostrativas en Oruro, Cochabamba, Chuquisaca, Santa Cruz y de Caranavi en el departamento de La Paz, han servido para expandir la estrategia al resto del país.

Logros: Existe compromiso político para apoyar el control de la TB en el país. Ha mejorado la coordinación interinstitucional con otros sectores de salud. Existen normas revisadas y actualizadas. Buena cobertura diagnóstica de laboratorio. Con ayuda externa se han garantizado los medicamentos e insumos y se ha incluido la TB dentro del seguro básico de salud. La estrategia DOTS se ha extendido en el país aunque solo se garantiza el tratamiento supervisado, en la primera fase.

Limitaciones: Baja detección de sintomáticos respiratorios. Insuficiente cobertura de control de calidad en la red de laboratorio. Equipos gerenciales insuficientes tanto en el nivel central como en los departamentos. Falta de supervisión del tratamiento en la segunda fase. Las tasas de curación no alcanzan los niveles requeridos.

4.3 Brasil

Es el país con mayor carga de TB en las Américas y uno de los 22 países del mundo priorizados por su alta carga de TB; Brasil también es uno de los países firmantes de la Declaración de Amsterdam del 24 de marzo 2000, comprometiéndose a expandir la estrategia DOTS/TAES para que el 70% de los casos frotis positivo sea detectado y tratado adecuadamente para el año 2005. En los últimos tres años, como promedio anual el PNT ha notificado 82.000

casos de TB, de ellos aproximadamente 42.000 fueron frotis positivo (51% del total). La tendencia de la morbilidad de los casos nuevos presenta una ligera disminución en comparación a la observada en el bienio 1995-96.

La red de laboratorios de bacteriología cuenta con suficientes laboratorios y recursos humanos, no obstante, es importante mejorar su organización y garantizar el control de calidad. En 1997 fue elaborado un proyecto para iniciar la aplicación de la estrategia DOTS/TAES en cuatro Estados de Centro Oeste del Brasil y la implantación se inició en 1998. En esa región, el estado de Mato Grosso del Sur ha obtenido los mejores resultados, obteniendo muy buenos porcentajes de curación. Sin embargo, es necesario acelerar la expansión de la estrategia al resto de los estados.

Logros: Existe el compromiso político de las autoridades del Ministerio de Salud de considerar la TB como una prioridad de salud. El PNT ha pasado a integrarse al Programa de Atención Básica en Salud, con lo cual se beneficiará de los programas del médico de familia y los agentes comunitarios, elementos básicos para lograr la implementación de DOTS. En el presente año se pondrá en ejecución un Plan de Acción que abarca 329 municipios priorizados (50% de la población) donde se concentra el 80% de los casos de tuberculosis. Este plan basado en las experiencias del área demostrativa de Centro Oeste tiene la meta de aumentar la tasa de detección en 20%, la tasa de curación en 13%, reducir la tasa de abandono en 7% y la tasa de mortalidad en 10% para el bienio 2001-2002.

Limitaciones: El nivel de organización, capacitación y supervisión del programa requiere ser fortalecido en los niveles estatales y municipales. La red de laboratorios requiere ser organizada con control de calidad de la baciloscopia. El sistema de información y registro debe adecuarse a las nuevas estra-

tegias. Se requiere la publicación y distribución de las normas nacionales del programa.

4.4 Colombia

En 1999 el PNT notificó 10.999 nuevos casos de TB (tasa de 26,5) y el 76% del total fueron frotis positivo (8.329) para una tasa de 20 por 100.000 habitantes.

El programa se ha visto afectado por el proceso de la reforma del sector salud iniciada en 1993. La red de laboratorios que hacen baciloscopías es adecuada (1.114 laboratorios) y está sometida a los requisitos del control de calidad, en adición, 32 laboratorios realizan cultivos e identifican *M. tuberculosis*. A pesar de esa situación, la cantidad de sintomáticos respiratorios y las baciloscopías realizadas son relativamente bajas.

La cobertura de vacunación con BCG entre los niños menores de 5 años ha sido insuficiente en los últimos tres años y en 1999 fue del 80%. En el mismo grupo de edad se notificaron 33 casos de meningitis TB (tasa de 0,7).

Los datos de la encuesta de 1999 indican que la resistencia primaria a cualesquiera de los medicamentos anti-TB fue del 6% y la MDR correspondió a 1,04%.

En 1998 comenzaron a implantar la estrategia DOTS/TAES y actualmente se estima que el 30% de la población del país está cubierta por los beneficios de la estrategia.

Logros: El país ha implementado áreas demostrativas y extiende la estrategia DOTS/TAES. Se ha oficializado la guía técnica y la guía de atención de tuberculosis con revisión de las normas nacionales. Se ha garantizado la dotación de medicamentos y en este momento se ejecuta el estudio nacional de resistencia a los medicamentos.

Limitaciones: La localización de casos y el número de baciloscopías requieren ser incrementados. Las

capacitaciones al personal de salud y las supervisiones deben incrementarse como objetivo de la extensión y consolidación de la estrategia DOTS/TAES. En general se requiere mayor compromiso político al PNT y superar las afectaciones producidas por la Reforma del Sector Salud. Existen otras situaciones de carácter nacional que afecta en general la cobertura y acciones de los programas de control.

4.5 Costa Rica

Es el país de Centroamérica que anualmente notifica las cifras más bajas de TB, como resultado de una adecuada política de salud sostenida por el país durante varios años; no obstante, el PNT ha mostrado incrementos recientes de la cifra de casos que pueden indicar un resurgimiento del problema de la TB. En 1999 fueron notificados 745 casos de todas las formas TB (tasa 21) y 587 casos frotis positivos (tasa 16,5) por cada 100,000 habitantes.

La red de laboratorios de baciloscopía y la reactivación del PNT ubicado ahora dentro de las estructuras del Instituto Costarricense del Seguro Social (ICSS) han permitido identificar el doble de sintomáticos respiratorios, con relación a 1998. Por otro lado, la cobertura de BCG en el mismo año fue de 90% y no fueron notificados casos de meningitis TB

En 1998 se organizaron dos áreas demostrativas para aplicar la estrategia DOTS/TAES: una en la Región del Pacífico Central y otra en Chorotega, ambas tienen una cobertura del 13% del país. En San José, se realizó la reunión de los países con baja prevalencia de TB para discutir las estrategias de eliminación de la TB en cuatro países de la Región.

Logros: Fue reorganizado el PNT pasando a ser jerarquizado por el Seguro Social del país, garantizándose la disponibilidad de medicamentos, diagnóstico bacteriológico e infraestructura adecuada. Se revisaron y publicaron las normas nacionales. Fueron organizadas dos áreas demostrativas de

DOTS. También se ha fortalecido el sistema de vigilancia epidemiológica y de información del PNT.

Limitaciones: La organización del PNT en las provincias y los cantones todavía es débil. El sistema de información del programa carece de sistematización y continuidad. Hacen falta capacitaciones al personal y supervisiones sistemáticas a los servicios de salud. El control de contactos TB es inexistente. Los resultados del tratamiento son insatisfactorios.

4.6 El Salvador

Se encuentra en el grupo de naciones con mediana incidencia de TB y en proceso de expansión de la estrategia DOTS/TAES. En 1999 notificaron 1.623 casos de todas las formas de TB (tasa 27) y 1.023 casos nuevos con frotis positivos con tasa 17 por 100.000 habitantes. La tendencia de la incidencia muestra una disminución desde 1993 y se ha hecho estable a partir de 1996.

La red de laboratorios tiene una excelente cobertura, es eficiente y está sometida a control de calidad. La cantidad de baciloscopías de diagnóstico y el número de sintomáticos respiratorios se ha incrementado considerablemente en los últimos tres años. La cobertura de inmunización con BCG, es cercana al 100%, aunque en 1999 fueron notificados 4 casos de meningitis TB en niños menores de un año.

El PNT comenzó a recibir apoyo financiero de USAID a partir de 1999, y existen perspectivas que esa ayuda se extienda hasta el año 2003. Este apoyo ha permitido que el PNT haya decidido extender la estrategia DOTS/TAES a todo el país. El proyecto de estudio de la resistencia a drogas antituberculosas está en ejecución y se espera contar con dicha información en el próximo año.

Logros: Contratación de un médico para atender directamente el programa a nivel nacional, alto número de capacitaciones al personal de las unida-

des periféricas y a los especialistas, extensión de la estrategia TAES al resto del país, estudio nacional de resistencia a los medicamentos en fase de preparación. Asesoría técnica continua de OPS y colaboración financiera de USAID.

Limitaciones: Las supervisiones del PNT a las unidades periféricas son todavía insuficientes y necesitan ser programadas; las tasas de curación del esquema acortado son inferiores al 80%, mientras que los abandonos y traslados son considerables. El sistema de información debe separar los resultados del tratamiento en las áreas TAES y NO TAES.

4.7 Ecuador

La TB representa un serio problema de salud en el país, con un programa de control muy ineficiente en los últimos años. En 1999 fueron notificados 7.027 casos de todas las formas de TB (tasa 57) y 5.149 casos bacilíferos nuevos (tasa de 41 por 100.000 habitantes). A pesar de un importante subregistro de las notificaciones, la tendencia de la incidencia TB muestra un comportamiento hacia el ascenso. La enfermedad afecta a todos los grupos de edad de la población.

La red de laboratorios ha funcionado bajo la dirección del Instituto de Salud ubicado en Guayaquil. En comparación con 1998, en 1999 se incrementó el número de baciloscopías de diagnóstico en un 31% y en una proporción similar se mejoró la identificación de sintomáticos respiratorios.

En 1997 la Provincia de Guayas comenzó la implantación de la estrategia, ya que notifica aproximadamente el 27% del total de casos TB, sin embargo, su éxito ha sido afectado por el poco apoyo recibido del PNT y por los frecuentes desabastecimientos de los medicamentos anti-TB, que en igual grado ha deteriorado el programa en el resto de las provincias. El PNT estima que el 27% de la población actual del país está cubierta por la estrategia DOTS/TAES.

En Octubre de 1999 se efectuó la evaluación conjunta del PNT, participando la OPS/OMS, consultores de ACIDI y el Ministerio de Salud. El Ministerio de Salud del Ecuador y ACIDI de Canadá, han firmado un convenio de colaboración destinado a fortalecer el PNT. En la primera fase está contemplado imprimir el nuevo Manual de normas nacionales, capacitar al personal de salud, crear áreas demostrativas DOTS/TAES en las provincias de Azuay y Pichincha e incluir a la provincia de Guayas.

En el Ecuador no se dispone de datos sobre vigilancia de la resistencia a los medicamentos anti-TB, aunque por los antecedentes de dificultades con el suministro de medicamentos, se sospecha que sea elevada.

Logros: Se observa una mejoría en el compromiso gubernamental con respecto al control de la TB, la colaboración de ACIDI será muy importante para reactivar el PNT y hacerlo más eficiente.

Limitaciones: El PNT ha sido altamente ineficiente en los últimos años sin lograr que sus actividades mejoren los indicadores epidemiológicos. El suministro de los medicamentos anti-TB para todos los pacientes diagnosticados es irregular. No ha existido un apoyo decisivo al área demostrativa de Guayas.

4.8 Guatemala

En 1999 el PNT notificó 2.820 casos de todas las formas de TB (tasa 25) y 2.264 pacientes nuevos frotis positivo con una tasa de 20 por 100.000 habitantes respectivamente. En los últimos nueve años, el comportamiento de la incidencia de los casos nuevos frotis positivos presenta una tendencia hacia el ascenso. Desde 1996 el PNT recibe cooperación técnica y económica por parte de la Fundación Damián de Bélgica.

A solicitud del Ministerio de Salud y Previsión Social, la OPS/OMS llevó a cabo la evaluación conjunta del PNT en mayo de 1999. En esa ocasión se recomendó, optimizar la organización de la red de laboratorios

que hacen baciloscopías, mejorar el registro y notificación de los casos, capacitar al personal, extender el tratamiento supervisado a todas las áreas de salud y preparar un plan trimestral y anual de supervisiones a los laboratorios y unidades de salud.

Se ha incrementado la búsqueda de los sintomáticos respiratorios y las baciloscopías de diagnóstico, aunque se hace necesario que el país extienda la cobertura de su atención a la población más desprotegida.

Desde Junio del 2000 hasta mayo 2003, el PNT recibirá la colaboración del gobierno inglés por medio del proyecto elaborado por OPS/DFID/MSPS. En el plan de acción del 2001 está programado realizar el estudio nacional de resistencia a los medicamentos anti-TB.

Logros: El PNT tiene normas técnicas adecuadas, drogas y material de laboratorio, recursos financieros para adiestramiento y supervisión. Se mantiene el equipo de gerencia del PNT y la colaboración de la Fundación Damián de Bélgica. Fue iniciado el proyecto de fortalecimiento del programa con apoyo financiero del DFID.

Limitaciones: El acceso y cobertura de los servicios a la población son bajas. Las coordinaciones con otras instituciones del sector salud son débiles. Las capacitaciones y supervisiones, tanto en periodicidad como en profundidad, han sido deficitarias. La red de laboratorios muestra debilidades organizativas y falta de control de calidad. El sistema de registro y notificación de TB está sobrecargado de formatos y con poco análisis a nivel intermedio y local. La vigilancia epidemiológica del programa es todavía débil.

4.9 Honduras

La TB constituye un importante problema de salud, agravado por la epidemia del VIH sobre todo en las principales ciudades del Atlántico como La Ceiba y San Pedro de Sula. El Ministerio de Salud de Honduras decidió unir bajo una misma dirección a

los programas de ETS/SIDA y Tuberculosis y éste último fue fortalecido con una nueva plaza de médico para el equipo central. Por diferentes causas, el suministro de los medicamentos anti-TB ha tenido dificultades para garantizar el tratamiento de los enfermos.

En 1999 fueron identificados 4.264 casos de todas las formas de TB (tasa de 72), mientras que los casos frotis positivo nuevos fueron 2.367 con tasa de 40 por 100,000 habitantes. El comportamiento de la incidencia de TB en la última década muestra una clara tendencia al incremento. La cobertura de BCG lograda en niños < 1 año fue del 93% y los casos de meningitis TB en < de 5 años fueron seis (tasa de 0,5).

Desde 1999, el Ministerio de Salud está recibiendo colaboración del proyecto de USAID, que incluye la TB, con miras a fortalecer el programa nacional y aplicar/extender la estrategia DOTS. En 1998 se hizo el relanzamiento de la estrategia DOTS/TAES y actualmente su extensión ha logrado obtener una cobertura del 33%, capacitando al personal de 173 áreas de salud.

Con financiamiento de OPS/OMS, está programado iniciar el estudio nacional de resistencia a los medicamentos anti-TB a finales del presente año. Además, actualmente se está llevando a cabo la encuesta nacional para conocer la prevalencia de VIH/TB.

Logros: Se mantiene la estructura que unifica los programas TB y ETS/SIDA. La estrategia TAES está en franco proceso de expansión en el país. El PNT cuenta con la colaboración financiera de USAID y con perspectivas de extender el proyecto por dos años más. Se ha planificado iniciar la encuesta nacional de resistencia a los medicamentos en el presente año.

Limitaciones: El suministro de los medicamentos esenciales ha presentado periódicas afectaciones. Una considerable proporción de los casos de TB es diagnosticada por la atención secundaria. La red de labo-

ratorios no cuenta con un Manual de bacteriología. En las regiones del Atlántico, la co-infección VIH/TB y TB/SIDA es considerable.

4.10 Haití

El país presenta una grave situación de tuberculosis. Desde 1997 se ha estado trabajando en la implantación de la estrategia DOTS/TAES. En 1999 fueron identificados 9.125 casos de todas las formas de TB (tasa de 114) y 6.750 casos frotis positivo nuevos con tasa de 84 por 100.000 habitantes. La tendencia de esta última forma de TB es ascendente.

No se dispone de estudios nacionales y representativos sobre la prevalencia de VIH/SIDA/TB ni de resistencia primaria a los medicamentos anti-TB, aunque estudios previos de carácter limitado, muestran que ambas situaciones constituyen un importante problema de salud pública.

La red de laboratorios y el control de calidad no están adecuadamente organizados. La cobertura de vacunación con BCG entre los niños menores de 5 años es solo del 50% mientras que la vigilancia epidemiológica de la meningitis TB solamente está disponible en un hospital nacional (2 casos en 1999).

La estrategia DOTS/TAES se ha organizado en 30 unidades de salud distribuidas en seis departamentos sanitarios. Se administra el tratamiento acortado de ocho meses (2RHZE/6EH), supervisándose solamente en la primera fase. El suministro de los medicamentos y otros insumos provienen de un préstamo otorgado al Ministerio de Salud por el Banco Mundial. En 1998, los resultados del tratamiento en las áreas demostrativas DOTS/TAES alcanzó un 75% de éxito, en comparación a las áreas no DOTS (65%).

Logros: Se ha implantado la estrategia DOTS/TAES en 30 centros de diagnóstico y tratamiento de seis departamentos sanitarios estimándose en 30-35% la población cubierta. Se ha logrado abastecimiento gratuito

al total de los pacientes tratados. Se ha implementado la evaluación del tratamiento por cohortes. En 1476 enfermos registrados en 1998, se alcanzó el 75% de éxito, comparado con el 64% en las áreas de DOTS.

Limitaciones: Insuficiente porcentaje de curación de los enfermos en las áreas demostrativas, pobre vigilancia epidemiológica del VIH/TB y de la resistencia a los medicamentos anti-TB. Pobre cobertura de vacunación BCG. Debilidades en la estructura intermedia y local del PNT. Dificultades económicas y situación de pobreza que afecta en general a todos los programas de salud.

4.11 México

A partir de 1995 el Gobierno y la Secretaría de Salud decidieron adoptar la estrategia DOTS/TAES y en 1996 se inició en 6 áreas demostrativas en seis diferentes estados del país. Hasta 1999 se tenían organizadas 696 áreas demostrativas distribuidas en las 32 Entidades Federativas del país. Al concluir el año 2000, se espera que 300 municipios tengan implantada la estrategia, lo que garantizaría una cobertura de la población cercana al 50%.

Como resultado las acciones aplicadas de 1996 a 1998, la notificación de los casos TB se incrementó en un 100% (de 10.852 a 21.514). En el mismo período, los casos nuevos frotis positivo ascendieron al 49% (8.495 a 12.622). Un factor determinante de esta situación ha sido que la Secretaría de Salud ha organizado una excelente coordinación con ocho diferentes instituciones del sector salud, que ahora informan de los casos diagnosticados.

La Secretaría de Salud y el Programa de Micobacteriosis han logrado reorganizar la red nacional de laboratorios de baciloscopías y el diagnóstico por cultivos está garantizado en 30 Estados. El sistema único de información para la vigilancia epidemiológica del país incluye el registro y notificación de la TB.

Se ha focalizado la situación de TB en los municipios priorizados, esto incluye la promoción, optimización de la red de laboratorios con control de calidad, atención médica personalizada y el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica a nivel local. Además, se han conformado 32 comités de fármaco resistencia en las entidades federativas.

La cobertura de vacunación con BCG en menores de 1 año es cercana al 100%, mientras que en 1999 la tasa de meningitis TB entre niños menores de 5 años fue de 0,26 por 100.000 (29 casos).

La colaboración de USAID, el CDC y el proyecto de "Diez contra TB" ha brindado un importante impulso al control de la TB no solo en los estados fronterizos con EE.UU de América, sino que en aquellos más afectados por las iniquidades o desigualdades económicas y sociales. Con el apoyo del CDC de Atlanta, en 1997 fueron concluidos tres estudios de resistencia a los medicamentos anti-TB en los estados de Baja California, Oaxaca y Sinaloa. La resistencia primaria a cualquier droga fue del 14,1% y la MDR/TB 2,4%.

Logros: La implantación/extensión del TAES marcha exitosamente en el país para lo cual ha sido determinante el compromiso político y el apoyo recibido para el PNT. Varios factores entre los que se destacan el fortalecimiento e intensificación del programa, la consolidación de la colaboración inter-institucional y la ampliación de proyectos de colaboración con instituciones nacionales e internacionales (USAID-CDC) han creado las condiciones favorables para la expansión de la estrategia TAES y la aceleración de los plazos necesarios para lograr los objetivos de control de la TB.

Limitaciones: Se requiere continuar incrementando la detección de casos por baciloscopías y el control de calidad mejorando la red de laboratorios e involucrando todas las instituciones del sector salud. Intensificar la capacitación/supervisión en las áreas TAES y NO TAES y reforzar los equipos gerenciales del

programa. Mejorar las tasas de curación y abandono de las áreas TAES.

4.12 Panamá

El Programa Nacional ha sido fortalecido en el nivel central. Recientemente fue nombrada la enfermera del PNT y desde el pasado año la Fundación Damián ha financiado la presencia de un consultor de TB para fortalecer el equipo nacional de gerencia e impulsar la aplicación de la estrategia DOTS/TAES en el país.

En 1999 fueron notificados 1.365 casos (tasa de 49). Los casos pulmonares frotis positivo nuevos fueron 1.178 con tasa de 42 por 100.000 habitantes. La tendencia de la incidencia en los últimos años es ascendente a pesar del subregistro existente.

La cobertura de BCG de los últimos cinco años en niños menores de 1 año ha sido cercana al 100%; sin embargo, el número de casos con meningitis TB fue de nueve, reflejando una tasa de 3 por cada 100.000 niños menores de 5 años. Por otro lado, la red de laboratorios está en proceso de reorganización para iniciar un plan de capacitación y supervisión.

Desde 1979, los casos de TB del país se han incrementado en un 50% siendo la tendencia más pronunciada a partir de 1985. El PNT requiere del fortalecimiento de varios de sus principales componentes, ya que la eficiencia de sus acciones no ha sido lo suficiente y efectiva para producir el impacto que se precisa para lograr las metas de detección y curación de lo enfermos con TB. En referencia a la estrategia DOTS/TAES en Panamá, el PNT ha establecido con éxito tres áreas demostrativas ubicadas en la zona metropolitana de la ciudad capital, en San Miguelito y en Chiriquí (David), la cobertura de la población es aproximadamente del 50%. Existe la perspectiva de implantar otras tres áreas demostrativas en el 2000.

Logros: Se aprecia mayor compromiso político de las autoridades nacionales para priorizar el control de

la TB. Se ha conformado un pequeño grupo de gerencia fortalecido con un consultor financiado por la Fundación Damián. Se están expandiendo con éxito las áreas demostrativas TAES a otras provincias del país. Se ha garantizado la dotación de medicamentos e insumos para el PNT.

Limitaciones: La red de laboratorios de baciloscopia y el control de calidad están en fase de reorganización, el sistema de registro y notificación de los casos TB refleja debilidades e inconsistencias. La co-infección VIH/TB da muestras de estar en ascenso. La situación de la meningitis TB debe ser motivo de estudio en el país.

4.13 Paraguay

En 1998, las autoridades nacionales de salud asignaron alta prioridad al control de la TB en el país, nombrando un nuevo jefe de programa y apoyando las acciones pertinentes para lograr cambios mediante la implantación de la estrategia DOTS/TAES.

En 1999 fueron diagnosticados 2.115 casos de todas las formas de TB (tasa 39) y de ellos 963 casos fueron frotis positivo con tasa de 18 por 100,000 habitantes. En comparación con 1998, se incrementó la detección de casos TB en un 16%, la relación de casos hombre/mujer fue de 1,5 a 1. El comportamiento de la incidencia es irregular, mostrando altos y bajos, relacionados con las deficiencias del registro y notificación.

En 1999, la cobertura de vacunación con BCG entre los menores de 1 año fue del 87% y se reportaron 9 casos de meningitis TB en los menores de 5 años (tasa 2,4). Desde hace 2 años se dispone de suministro regular de los fármacos anti-TB aunque algunos problemas con la compra se han presentado este año. Una considerable proporción de los pacientes TB es diagnosticada y tratados en unidades especializadas que pertenecen a la atención secundaria. La red de laboratorios requiere ser organizada, garantizando las capacitaciones y

supervisiones. Desde principios de este año se ha trabajado en la organización de áreas demostrativas TAES en las regiones de Cordillera e Itapúa, con una cobertura de la población inferior al 10%.

Logros: Existe el compromiso y apoyo político al PNT. Recientemente fue nombrado un nuevo jefe del programa. Fueron organizadas dos áreas demostrativas TAES.

Limitaciones: La organización de la red de laboratorios es todavía débil. Una alta proporción de la detección de casos y su seguimiento se efectúa principalmente en los hospitales (forma centralizada) y con poco nivel de referencia y contra referencia de los pacientes. Debe mejorarse el trabajo en las áreas TAES para lograr su consolidación en la segunda parte del año 2000.

5. Situación en países con cobertura total de DOTS

5.1 Chile

Cumple en grado importante con todos los lineamientos establecidos por OMS y considerados fundamentales para los programas de control. Ha registrado una sostenida reducción del número de casos y tasa de incidencia de TB. La morbilidad descendió de 52,2 por 100.000 habitantes en 1989 a 23 en 1999. La declinación promedio anual desde 1991 al 1997 fue de 7,4%. La reducción ha sido más acentuada en menores de 15 años, cuya tasa descendió de 23,4 a 2,6 por 100.000 habitantes de 1972 a 1999.

La distribución de la mortalidad por edad y sexo, es muy similar a la observada en países europeos de baja prevalencia. Existen, sin embargo, bolsones de población de alta incidencia en relación con el promedio nacional. Los Servicios de Salud con mayor tasa de tuberculosis (Arica, Iquique, Valparaíso, M. Central,

Concepción, Talcahuano y Osorno) muestran paradójicamente una menor tendencia de reducción interanual que otras áreas con tasas menores. El tratamiento no logra obtener, como promedio nacional, el 85% de curación.

El país cuenta con un sistema de vigilancia de la resistencia a drogas desde 1971. Los resultados de las encuestas evidencian que la resistencia primaria y la MDR es baja y no representan un problema de salud.

Logros: El país ha decidido enfrentar la primera etapa de eliminación de la TB. Este propósito tiene su base en la declinación sostenida de la morbilidad a partir de 1990 con un decrecimiento cercano al 8%. En este período la mortalidad desciende de 5,9 a 2,4 por 100.000. Una excelente red diagnóstica con control de calidad así como la supervisión del tratamiento (DOT) en la casi totalidad de los casos han permitido los avances arriba expresados. Un sistemático estudio de la resistencia a drogas reflejan que en Chile no constituye un problema de salud.

Limitaciones: Existen diferencias importantes de las tasas de morbilidad y mortalidad según los Servicios de Salud, íntimamente relacionadas con la situación socioeconómica de los diferentes estratos, lo que constituye un reto para el control de la TB. La eficiencia del tratamiento (82,8%) aun no ha logrado alcanzar las metas de OMS en cuanto a tasas de curación (85%).

5.2 Cuba

El impacto obtenido por el Programa de Control de la tuberculosis en Cuba es demostrativo de la posibilidad de éxito por la adecuada aplicación de las estrategias de control, en países de bajos ingresos. En 1965 se notificaron 4.958 casos (tasa de 65 por 100.000 habitantes) y en poco más de 20 años, en 1991, se diagnosticaron 514 casos (tasa de 4,9). Este descenso de 5% inter anual se interrumpió en 1992 y aumentaron los casos hasta llegar en 1994 a 1.415 casos (tasa de 14,1). Las causas determinantes fueron: a) problemas

económicos del país, b) dificultades operacionales del programa, c) reactivación endógena entre los mayores de 50 años, d) disminución de la captación de sintomáticos respiratorios con diagnóstico tardío en la comunidad y unidades cerradas. Identificadas las causas y aplicando las medidas pertinentes, en 1994 se detiene el incremento y se inicia de nueva una tendencia al descenso. En 1999 se registraron 1.111 casos con una tasa de 10 por 100.000 habitantes, esperándose para el 2000 la tasa se reduzca a menos de 10 por 100.000.

En 1999 la confirmación bacteriológica de los casos de tuberculosis pulmonar en todas las edades fue del 65%. Los casos pulmonares confirmados representaron el 57% del total, con una tasa de 6,7 por 100.000 habitantes. El porcentaje de curación de los casos pulmonares bacilíferos es de 91%. La infección dual VIH/SIDA/TB en 1999 fue de 1,4% del total de los casos nuevos de TB. La cobertura de BCG en niños esta cercana al 100%. El último caso notificado de meningitis en niños menores de 5 años ocurrió en 1974.

Logros: Al igual que Perú es uno de los países ejemplo en la aplicación exitosa de la estrategia DOTS/TAES. Es el país de América Latina que tiene las mayores posibilidades de pasar a la fase de eliminación de la TB como problema de salud.

Limitaciones: Escasos recursos económicos para enfrentar la nueva etapa de eliminación.

5.3 Nicaragua

Nicaragua comenzó a organizar la estrategia DOTS/TAES en 1984 con la asesoría de la UICTER y en 1988 todas las áreas de salud del país la habían implementado. Paralelamente, la red de laboratorios fue reorganizada y sometida al control de calidad.

El total de casos TB notificados en 1999 fue de 2.558 y 1.564 casos frotis positivo nuevos, para incidencias de 51 y 31 por 100.000 habitantes respectivamente. La

tendencia de la incidencia es hacia la disminución, con una reducción de la incidencia en los últimos 12 años cercana al 40%.

De acuerdo con la encuesta efectuada en 1998, la resistencia primaria fue del 15,6% y la MDR-TB mostró el 1,2%. Además, fue concluida la encuesta nacional de prevalencia VIH/TB, obteniendo bajos resultados (0,8%); ambos parámetros indican que la resistencia primaria a los fármacos, la MDR-TB y la coinfección VIH/TB no representan un problema de salud para el país.

Desde 1992 bajo el patrocinio de OPS/UICTER/MINSA se ha realizado un Curso Internacional de Epidemiología y Control de TB, convirtiéndose en una forma de mostrar la organización y aplicación de la estrategia DOTS/TAES y servir de programa demostrativo para el resto de la subregión.

A partir del presente año y durante un trienio el PNT recibirá apoyo financiero por parte del proyecto DFID, además, la asesoría técnica de OPS y UICTER será continuada.

Logros: En 1999 fue realizada la evaluación externa del PNT por parte de UICTER. La organización de la red de laboratorios, el control de calidad del diagnóstico, la vigilancia epidemiológica, las capacitaciones al personal y las supervisiones a las unidades de salud se mantienen en óptimos niveles. El curso internacional de TB del año 2000 con apoyo de UICTER se cumplió con éxito.

Limitaciones: La detección de casos nuevos en varios SILAIS es insuficiente. El control de calidad de los laboratorios precisa de mayor cobertura y profundidad. Los porcentajes de curación con el tratamiento acertado son inferiores al 85%, mientras que el abandono es todavía significativo.

5.4 Perú

En una década (90-2000) de excelente trabajo el PNT y con apoyo de otras instituciones del sector salud, han

logrado reducir la incidencia de TB en un 50%. Esto demuestra que el compromiso político es fundamental para el éxito de la estrategia DOTS/TAES en cualquier país de la Región. En ese período, la red de laboratorios fue reorganizada y fortalecida con capacitación al personal y adquisición de nuevos equipos; el control de calidad del diagnóstico ha sido un elemento importante.

Las capacitaciones a todo el personal y las supervisiones a las unidades de salud se lleva a cabo por personal en los tres niveles: municipios, departamentos y nivel central. Anualmente se realizan dos evaluaciones del programa y ellas participan activamente consultores de OPS/OMS y de otras instituciones.

La identificación de los sintomáticos respiratorios, el incremento del número de baciloscopías de diagnóstico, la detección de casos y los resultados de tratamiento son excelentes, superando desde 1995 las metas propuestas por OMS.

Ante los éxitos del PNT, en 1997 se comenzó a aplicar la estrategia DOTS plus administrando el tratamiento estandarizado a los pacientes MDR-TB. Paralelamente, el proyecto Socios en Salud aplican tratamientos individualizados, a los pacientes con categoría de poli resistentes.

Considerando el interés mundial por conocer y divulgar la experiencia del Perú, el PNT en colaboración con OPS/OMS han organizado y llevado a cabo tres cursos internacionales de TB, capacitando a más de 150 profesionales de la Región.

Logros: Haberse convertido en un programa modelo mundial de aplicación de la estrategia DOTS/TAES.

Limitaciones: El programa deberá aplicar estrategias diferenciadas para incrementar la búsqueda y tratamiento de casos en los bolsones de enfermos sobre todo en Lima, Callao. Se deberá lograr una participación más activa de los médicos en el programa. El cultivo requiere ser utilizado con mejores pautas nacionales.

5.5 Venezuela

Durante los últimos 20 años la tasa de notificación de casos de TB de todas las formas ha oscilado entre 32 en 1978 a 21 por 100.000 habitantes en 1994. En los últimos 5 años se aprecia un aumento del número y tasa de casos, atribuible a un incremento de las actividades de pesquisa, sumado al deterioro de la situación económica y social del país. En 1999 se reportaron 5.760 casos de TB todas las formas con una tasa de 24,5 por 100.000. De ellos, 3.670 (64%) pulmonares frotis positivo, con una tasa de 15 por 100.000 habitantes.

El 87,6% de los tratamientos son totalmente supervisados. El tratamiento es evaluado por cohortes en el 83% de los casos. El porcentaje de éxito del tratamiento es de 80,2%. El abandono ha aumentado en los últimos años atribuible a procesos de reestructuración del sector salud y a migraciones internas. La cobertura de vacuna BCG es de 88%.

Logros: El programa se fortaleció en los últimos 5 años. Se garantiza el suministro de los medicamentos anti-TB a todos los pacientes. Se han reactivado las capacitaciones y supervisiones, incluyendo a la red de laboratorios. El estudio de resistencia a los medicamentos anti-TB está en la fase final.

Limitaciones: La identificación de sintomáticos respiratorios y la detección de los nuevos casos TB es inferior a lo estimado. Existen grandes bolsones urbanos con altos riesgos de TB y también población indígena con dificultades de acceso a los servicios de salud.

5.6 Uruguay

El descenso del número de casos y tasa de tuberculosis en el Uruguay en los últimos 20 años ha sido muy importante y constante. En 1979 se notificaron 1.850 casos de TB de todas las formas (tasa de 64 por 100.000 habitantes) y en 1999 se notificaron

627 casos (tasa de 20 por 100.000). Los casos de tuberculosis pulmonar confirmada con baciloscopia disminuyen de 952 (tasa de 32,9) en 1979 a 384 (tasa de 12,4) en 1999. En los años 1996 y 1997 se apreció un incremento en la tasa de TB, tanto de los casos de todas las formas como de los pulmonares frotis positivo. Las tasas promedio de tuberculosis de todas las formas para los años 1994 a 1995 aumentaron con la edad. En 1999 se diagnosticaron 40 casos de TB en pacientes VIH/SIDA, esto representa el 7,5%. La prevalencia de infección VIH entre los casos de tuberculosis diagnosticada fue de 1,3% en 1999. En los últimos dos años, la cobertura de BCG ha sido de 99% y no se notificaron casos de meningitis TB en los niños menores de 5 años.

Logros: El país ha aplicado con éxito la estrategia DOTS/TAES. Cuentan con excelente vigilancia sistemática de la resistencia a los medicamentos y sobre la prevalencia VIH/SIDA/TB. El PNT está trabajando para pasar de la fase de control a la fase de eliminación de la enfermedad.

Limitaciones: La detección de algunos casos se efectúa tardíamente. Los resultados del tratamiento todavía no han superado el 85%, de curación mientras que los fallecidos y abandonos aún presentan tasas elevadas. La principal fuente de ingresos del PNT (impuesto al licor), se ha reducido considerablemente.

6. Formulario (OMS) para recolectar la información de los PNT

En las evaluaciones conjuntas de los PNT efectuadas por OPS/OMS y en las visitas de asesorías realizadas a los países se ha identificado una serie de errores y omisiones que se generan en el llenado de los formularios OMS, específicamente en el registro y notificación de los ingresos de casos TB y los resultados de tratamiento.

Varios programas no notifican las recaídas que ingresan al programa, tampoco se registran los fracasos y abandonos recuperados. El libro de laboratorio para el registro de las baciloscopías en ocasiones no está en uso, o no se llena adecuadamente. En el libro de registro de pacientes TB, se cometen errores en la clasificación de los casos ingresados, y en muchas ocasiones existen fallas sobre el esquema de tratamiento seleccionado de acuerdo a la categoría del paciente. No se hace un adecuado seguimiento bacteriológico de los casos tratados y en el análisis de cohorte falta diferenciar si realizándose en una área DOTS o no DOTS.

A los jefes de los PNT y demás participantes se les informó sobre la nueva versión del Formulario OMS para la obtención de los datos anuales de los PNT, (preparada en disco compacto), que ofrece mayores ventajas como la de sumar automáticamente los datos introducidos. En el caso de cometer alguna inconsistencia con los datos, en la pantalla del procesador aparecerá un alerta.

Se insistió en recomendar a los programas la importancia de informar por separado los ingresos de 1999 y los resultados de tratamiento (1998) de acuerdo con la implantación o no, de la estrategia DOTS/TAES y su posterior desarrollo y extensión.

7. Desarrollo de recursos humanos

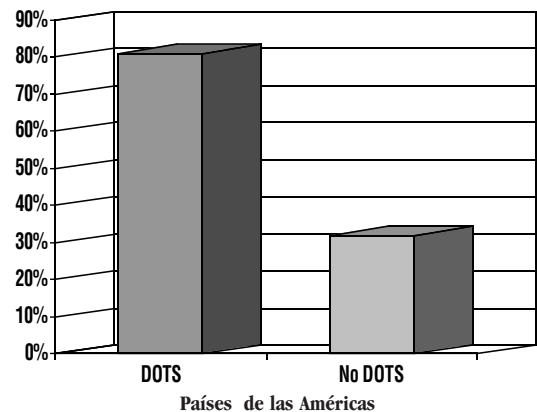
El Programa Regional de TB/OPS ha continuado con la organización y realización de los cursos internacionales de epidemiología, gerencia y control de TB, que anualmente se llevan a cabo en Chile, Cuba, Nicaragua y Perú con carácter subregional. Además, fueron modificados los módulos de gerencia para el nivel nacional elaborados en 1996 por OMS, y en el INER de Santa Fe, en Argentina, de realizó la primera prueba de ese material docente. La

segunda convalidación se efectuará en el Salvador en el próximo mes de noviembre.

8. Cumplimiento del plan de acción regional. 1998-1999

Se destacó en esta reunión la gran brecha que existe entre los países que aplican DOTS y los que todavía no la han implantado. El 94% de los pacientes ingresados a DOTS son evaluados al final del tratamiento, obteniendo un éxito del 80%. Por otro lado, los países que no aplican DOTS solo evalúan el 50% de los enfermos y el éxito está reducido al 36%.

Resultados de tratamiento en áreas de los países con DOTS y NO DOTS



Resumen de las principales actividades realizadas en el bienio

Con algunas adiciones o modificaciones se analizó el cumplimiento del plan de actividades realizadas por el Programa Regional de TB en el bienio 1999-2000.

I. Reuniones subregionales

Centroamérica y El Caribe - Jefes de PNT y Enfermería (San Salvador)

Reunión STOP-TB - Jefes de PNT de países priorizados (Brasilia)

Reunión de países de Baja Prevalencia (Costa Rica)

II. Evaluaciones externas al PNT (OPS/OMS/UICTER/MIN SALUD)

1. Bolivia
2. Ecuador
3. Guatemala
4. Guyana
5. Perú

III. Desarrollo de recursos humanos

1. Curso de Nicaragua – 31 personas capacitadas
2. Curso de Chile – 25 personas capacitadas
3. Curso de Perú – 80 personas capacitadas
4. Taller "Enseñanza de la TB. Escuelas de Medicina (Bogotá)
5. Cursos para Especialistas (UICTER) realizados BOL (1), DOR (1), ELS (3), GUT (1), MEX (2), NIC (1), PER (1).

IV. Visitas de asesoría a países

1. Argentina (3)
2. Bolivia (3)
3. Brasil (6) *
4. Colombia (2)
5. Costa Rica (2)
6. R. Dom (4)
7. Ecuador (3)
8. El Salvador (4) *
9. Guatemala (2)
10. Honduras (2)
11. Haití (2)
12. México (3)
13. Nicaragua (2)
14. Panamá (2)
15. Paraguay (3)
17. Venezuela (2) *

*Incluye asesorías del laboratorio

V) Capacitación de jefes de programas nacionales de TB

A) En Perú

1. Jefe del PNT de Bolivia
2. Jefe del PNT Brasil
3. Jefe del PNT R. Dominicana
4. Jefe del PNT Ecuador
5. Jefe del PNT El Salvador
6. Jefe del PNT Guatemala
7. Jefe del PNT Paraguay

B) Taller de Capacitación en Módulos de Gerencia/OMS para nivel central y regional

1. Argentina
2. Bolivia
3. Brasil
4. Costa Rica
5. Colombia
6. R. Dominicana
7. Paraguay

VI. Publicaciones

1. Boletín OPS/TB (5)
2. Perfil de los países año 2000
3. Guía de Enfermería - DOTS
4. Módulos de Gerencia (nivel Intermedio y Nac.)
5. Informes de reuniones regionales
6. Informe Taller Enseñanza de TB en Escuelas de Medicina
7. Infecciones oportunistas VIH/SIDA
8. Guía de Evaluación de PNT-OMS
9. Guía de TB en Prisiones
10. Guía de Tratamiento - OMS
11. What is DOTS? - OMS
12. Módulos de Laboratorio - OMS
13. Manual de TB (TB Handbook WHO)

VIII. Investigaciones realizadas

1. Vigilancia de resistencia a drogas Anti-TB Perú, Venezuela, Colombia

2. RAI - Bolivia, Perú, Venezuela y Cuba.
3. TB en población indígena (Brasil, Colombia y Venezuela)

Limitaciones

- Todavía se necesita mayor apoyo político a los PNT en algunos países.
- El proceso de reforma del sector salud afecta a varios países y PNTs
- En tres o cuatro países se observa un suministro irregular de medicamentos anti-TB
- Se observa falta de recursos nacionales para las capacitaciones y supervisiones en varios países.
- Existe frecuente rotación de los recursos humanos capacitados para la gerencia del PNT, tanto en el ámbito intermedio como central.
- La centralización del tratamiento en unidades especializadas es aún predominante en algunos países,
- La organización de la red de laboratorios de bacteriología y el control de calidad es insuficiente
- Se aprecian deficiencias en la organización y aplicación del sistema de registro y notificación de los casos TB

El análisis de cohorte del tratamiento anti-TB no se lleva a cabo en el nivel intermedio y local, o no se realiza diferenciando las áreas DOTS de las no DOTS.

9. Plan de acción regional de TB (2001-2002)

El Asesor Regional de TB presentó a discusión y aprobación, el Plan de trabajo propuesto para el próximo bienio. **Los objetivos** serán apoyar a los países de la Región en la implantación, expansión y consolidación de la estrategia DOTS/TAES. El Plan de Acción para el próximo bienio estará estructurado en *base a la magnitud del problema de TB en los países y los retos* para aplicar la estrategia con la **meta** de lograr que todos los países de la Región hayan implantado y extendido la estrategia DOTS/TAES

a escala nacional a finales del año 2002 y alcanzar las metas de OMS al final del año 2003 (70% de detección y 85% de curación).

Para tal fin, se propone realizar en el primer trimestre de 2001 la Reunión Regional "Stop TB" (en Brasilia) con los países priorizados según carga de TB y situación actual de implementación de DOTS/TAES (Brasil, Bolivia, Ecuador, Haití, Honduras, México, Perú y República Dominicana).

Con algunas modificaciones y adiciones realizadas por los jefes de programas, el Plan de Acción Regional para el próximo bienio llevará como principales actividades:

- 9.1** Se llevarán a cabo visitas de evaluación y monitoreo de DOTS/TAES en ARG, BOL, BRA, Centro América, DOR, ECU, COL, HAI, GUY, MEX, PAR y PER.
- 9.2** Se realizarán evaluaciones conjuntas con los Ministerios de Salud, OPS/OMS y UICTER en Chile, Nicaragua y Venezuela.
- 9.3** En los aspectos de desarrollo humano, se apoyarán los cursos internacionales de TB que anualmente se organizan en Chile, Cuba, Nicaragua y Perú.
- 9.4** Se capacitará a nuevos consultores sobre TB y se realizará seguimiento a la Reunión de las Escuelas de Medicina.
- 9.5** El apoyo externo a los programas de TB se continuará en el bienio por préstamos del Banco Mundial en proyectos como el Programa **Vigía** en Argentina, **Vigisus** en Brasil y para extender la estrategia y asegurar el tratamiento anti-TB en Haití; proyectos con donaciones del **DFID** a Bolivia, Guatemala y Nicaragua, **USAID** a El Salvador, Bolivia, Honduras y México; **ACDI** a Perú, Ecuador,

Guyana, Colombia y Paraguay y la **Fundación Damián** a Guatemala y Panamá.

- 9.6** En Investigaciones, se continuará con los estudios de vigilancia a los fármacos anti-TB, iniciándolos en El Salvador, Ecuador, Guatemala, Honduras y Paraguay; concluyéndolos en Colombia y Venezuela y repitiendo las encuestas en Argentina y República Dominicana.
- 9.7** Se plantea realizar encuestas de prevalencia VIH/TB en Brasil, República Dominicana, Haití y Caribe inglés, y efectuar estudios de TB en población indígena (Venezuela, México y Paraguay)
- 9.8** El Fondo Rotatorio para el suministro de programas estratégicos (que incluye los medicamentos esenciales anti-TB) estará disponible para todos los países miembros de OPS.

- 9.9** Estudio (OMS) sobre participación comunitaria en TB en México, Perú y Venezuela.
- 9.10** Estudios sobre las actividades del sector privado en DOTS en México y Brasil.
- 9.11** Seguimiento de la Reunión de las Escuelas de Medicina.
- 9.12** Estudio sobre tratamiento estandarizado/individualizado a pacientes MDR en Perú
- 9.13** La publicación del Boletín Tuberculosis de OPS tendrá una periodicidad cuatrimestral.

Una nueva edición del perfil de la TB en la Región se publicará en el bienio 2001-2002. Las nuevas guías técnicas de OMS se traducirán y publicarán en español.

A continuación el cuadro de los países según carga de TB y situación de DOTS/TAES que sirve de marco al Plan de Acción Regional.

Situación actual y futura de DOTS

Carga de TB	DOTS Cobertura Total	DOTS a reforzar	DOTS en expansión	DOTS a implantar
Alta incidencia	Perú	Bolivia	R. Dominica. Ecuador Haití Honduras	Guyana
Media Incidencia	Chile Nicaragua Venezuela Belice	Guatemala	Argentina Colombia Brasil El Salvador México Panamá Paraguay	
Baja Incidencia	Cuba Uruguay EE.UU de América Puerto Rico		Costa Rica	Canadá Caribe Ingles

10. Sesión de posters (afiches)

De acuerdo con las recomendaciones del Programa Regional TB/OPS establecidas en la agenda para la reunión, todos los jefes de los PNT asistentes al evento participaron en la sesión de afiches, presentando la información concerniente a la notificación de los casos de 1999 y el análisis de cohorte de 1998. Además, agregaron información sobre la tendencia de la última década, las coberturas de vacunación con BCG, los casos de meningitis TB en menores de 5 años y la prevalencia de VIH/TB. Después de la discusión de los posters, los participantes seleccionaron por votación las tres mejores presentaciones que correspondieron en orden a: Chile, Uruguay y México.

11. Visita al área demostrativa TAES, de Cuernavaca, Morelos

Como parte importante de la agenda de las reuniones regionales o subregionales de TB, que como requerimiento se efectúan solamente en países DOTS/TAES, se realizó una visita de terreno a la ciudad de Cuernavaca, Estado Morelos, donde se está aplicando la estrategia TAES. Con ese objetivo se conformaron cuatro grupos coordinados por personal del PNT de México.

Los grupos visitaron diferentes unidades (centros de salud y hospitales) atendidos por la Secretaría de Salud de México (ASS), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto del Seguro Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Durante las visitas se valoraron las actividades del manejo de los casos TB (detección y tratamiento), las coordinaciones con la red de laboratorios, control de

calidad del diagnóstico, suministros y el nivel de coordinación entre las diferentes instituciones del sector salud. Un aspecto evaluado por los visitantes de países consistió en conocer las actividades realizadas a nivel local para implementar la estrategia DOTS/TAES y sobre todo las dificultades surgidas y la forma en que se han enfrentado.

En la discusión de las visitas de observación que se llevó a cabo en plenaria, el grupo concluyó que el desarrollo de la coordinación entre todas las instituciones del sector salud es un modelo y un reto para el resto de los países de la región que enfrentan situaciones similares. Hubo total acuerdo por los cuatro grupos que la estrategia marcha con éxito, el personal está bien motivado y capacitado y que los pacientes han sido educados para cooperar en su tratamiento y curación. Se recomendó incrementar la identificación de sintomáticos respiratorios y la detección de un mayor número de casos TB. Todos los participantes hicieron patente su reconocimiento al PNT y en específico al estado de Morelos y ciudad de Cuernavaca por los progresos alcanzados.

12. Asuntos generales

Como actividad final de la reunión, se dio la palabra a los jefes de programas de países para que abordaren algún tema de interés no discutido en la agenda.

- 1) Los jefes de los programas de varios países, manifestaron su preocupación por el escaso apoyo político y priorización del control de la TB, lo que se traduce en limitaciones para la organización, aplicación, extensión y consolidación de la estrategia DOTS/TAES.
- 2) Se expresó que los países con sector público fuerte y desarrollado deben involucrar al sector de salud privado y aquellos otros sectores de salud que atienden y tratan pacientes de TB, de

aquí la importancia de una mayor coordinación interinstitucional.

- 3) Fue reconocido que la Región dispone de una buena red de laboratorios; no obstante, existe una clara deficiencia en la organización de la red de laboratorios para baciloscopías, además, el control de calidad en ciertos casos es deficiente y que esos resultados no siempre se utilizan para la gestión de la red.
- 4) La organización y cobertura de la identificación de sintomáticos respiratorios en las unidades de salud en muchos casos son deficientes, por ende, la detección de los casos de TB es pobre. Por otro lado, es bien sabido que la búsqueda activa de casos tiene un rendimiento casi nulo por lo cual debe eliminarse esta práctica que solo se justifica en situaciones muy desfavorables y específicas de TB.
- 5) La eficiencia de los resultados de tratamientos es baja, ya que para obtener el 80-82% de curación, se toman en cuenta los tratamientos terminados que, en la mayoría de las veces es superior al 15%. En condiciones de país catalogado como DOTS/TAES es inaceptable presentar tasas de curación por debajo del 85%.
- 6) En relación a la MDR-TB y a DOTS-Plus, no es recomendable priorizar las estrategias antes mencionadas. Lo importante es fortalecer y lograr el máximo de eficiencia en el tratamiento de los nuevos casos sobre todo frotis positivo. Debe quedar bien claro que solo los programas consolidados y fuertes podrían dedicar parte de sus gestiones a la MDR-TB y DOTS-Plus por situaciones que arrastran de épocas anteriores y no generadas por el actual programa como es el caso de Perú.
- 7) También se discutió la necesidad de estratificar la situación del control de la TB no solo en la Región, sino que en los países, estados, provin-

cias, departamentos, áreas, municipios, cantones y/o por SILOS. Las acciones del PNT deben tener un nivel de priorización sobre la base de esta estratificación por parte de la mayoría de los PNT.

- 8) Fue discutido el tema de la promoción de la TB, y sobre información, educación y comunicación (IEC) de la enfermedad. Se mostró una pequeña exposición de los principales materiales elaborados recientemente por los programas. El CDC distribuyó materiales de un vídeo sobre baciloscopía, que servirá para brindar capacitaciones al personal de los laboratorios. Hubo consenso de que este capítulo es extremadamente importante y no recibe la prioridad que necesita.
- 9) En la presentación de varios países se expresó el beneplácito a la creación del Fondo Rotatorio Regional para suministros estratégicos de salud pública, que incluye los fármacos esenciales anti-TB. Se insistió sobre la necesidad de crear conciencia de que las drogas de segunda línea significan el fracaso de una gestión y no la prioridad del programa de control.
- 10) Cada PNT debe preparar el Plan de Acción para dos y tres años (2001-2003); sin embargo, todos los contenidos del plan deben ser discutidos con las autoridades nacionales de salud, con todo el sector salud, ONGs y agencias de cooperación; de lo contrario, los planes quedarían sin respuestas o sin compromisos, y con la única responsabilidad del PNT.
- 11) Por último, se discutió sobre la real posibilidad de que la Región de las Américas pueda cumplir con las metas propuestas por OMS antes del año 2005. Los grandes países de la Región expusieron los retos y dificultades para alcanzar esta ambiciosa meta, pero se comprometieron a lograr el compromiso político necesario para lograr su cumplimiento en el plazo fijado.

13. Recomendaciones

1. Establecer metas más ambiciosas en el ámbito de cada país, para lograr mayores avances en la implantación y extensión DOTS/TAES en la Región.
2. Reforzar y buscar el apoyo político como elemento esencial para la aplicación y sostenibilidad de la estrategia DOTS/TAES en la Región.
3. Mantener la colaboración de las agencias internacionales y ONGs que apoyan los PNTs, involucrar a otros socios e incrementar la participación comunitaria en las acciones de control.
4. Reforzar la gestión del programa (gerencia) con prioridad en los niveles locales e intermedios. El proceso de reforma del sector salud debe servir para reforzar el programa en los mencionados niveles.
5. Materializar en cada país el pronunciamiento de todos los participantes de solicitar a los gobiernos la garantía de la sostenibilidad de los programas, evitando la rotación continua del personal de salud previamente capacitado para llevar a cabo las acciones del programa.
6. Promover la incorporación del problema de la TB en las agendas de las reuniones regionales y subregionales de los gobiernos.
7. Promover la colaboración entre países y divulgar las experiencias de programas con éxito en la aplicación de DOTS/TAES (México, Perú, Cuba, Chile, Uruguay y Nicaragua).
8. Mejorar la calidad de DOTS/TAES en países que la aplican con el objetivo de incrementar las tasas de curación y abandono que en algunos países. Debe extenderse la estrategia sobre la base del cumplimiento de indicadores de curación y detección en las áreas demostrativas.
9. Elaborar un plan de acción en cada país para el bienio 2001-2002 donde estén identificados los problemas presentes para la implantación y/o extensión de TAES con el objetivo de alcanzar la meta de extensión de la estrategia con cobertura nacional al final del bienio.
10. Estratificar y elaborar mapas mostrando el problema de la TB y desarrollar el plan estratégico de actividades sobre la base de la situación epidemiológica y operacional.
11. Optimizar la organización de la red de laboratorio y el control de calidad de la baciloscopia que todavía resultan deficientes en varios países de la región.
12. Mejorar la coordinación con otras instituciones del sector salud, involucrando a la medicina privada, el seguro social, los servicios médicos de las fuerzas armadas y de los ministerios del interior (prisiones) en las acciones de control del programa de TB.
13. Procesar toda la información de evaluación del programa y resultados del tratamiento debe hacerse por cohortes, diferenciando las áreas DOTS y no DOTS.
14. Reforzar la pesquisa y el examen de los síntomas respiratorios para mejorar la localización de casos TB y priorizar la captación intramuros en grupos de riesgo.
15. Incluir como indicador importante para la implementación de DOTS/TAES la conversión bacteriológica al segundo mes del tratamiento de los casos BAAR(+).
16. Continuar la vigilancia e investigación sobre la prevalencia de VIH entre los pacientes TB.
17. Involucrar a los neumólogos y llegar a acuerdos relacionados con la MDR-TB. El uso de

drogas de 2da línea no debe estar por encima de la prioridad principal, que es el tratamiento y curación de todos los casos nuevos de TB según las normas programáticas ya establecidas.

18. Considerar el acceso a drogas de 2da línea a través del "**Green Light Committee**" de la iniciativa DOTS plus de la OMS. ▲

Anexo

Anexo 1.

Notificación de casos nuevos y tasas de TB en la Región de las Américas, 1999 (tasa por 100.00 hab.)

Países	Casos Total	Tasas	BAAR (+)	Tasas
Argentina	11.871	32,5	5.762	15,8
Bolivia	9.272	114	6.506	80
Brasil	78.628	48	41.434	25
Chile	3.429	23	1.679	11
Colombia	10.999	26,5	8.329	20
Costa Rica	745	21	567	16,5
Cuba	1.111	10	720	6,4
República Dominicana	5.320	63,6	2.936	35,1
Ecuador	7.027	57	5.149	41
El Salvador	1.623	27	1.023	17
Estados Unidos	17.531	6,4	6.252	2,3
Guatemala	2.820	25	2.264	20
Haití	9.125	114	6.750	84
Honduras	4.264	72	2.367	40
Jamaica	115	4,57	92	3,5
México	19.802	20,2	13.452	13,7
Nicaragua	2.558	51	1.564	31
Panamá	1.365	49	1.178	42
Paraguay	2.115	39	963	18
Perú	41.730	165	24.511	97
Suriname	93	22,4	37	8,9
Trinidad y Tobago	152	11,7	86	6,7
Uruguay	627	20	384	12
Venezuela	5.760	24	3.670	15
TOTAL	238.082	29,3	137.675	16,8

Nota: Datos preliminares, Canadá y los países del Caribe inglés, todavía no han notificado los casos de 1999.

Anexo 2.

El tratamiento estandarizado a pacientes con MDR-TB

Como experiencia única en la Región, el PNT del Perú presentó al resto de los países su experiencia en la aplicación de un esquema estandarizado para el tratamiento de los pacientes MDR-TB en el marco de un programa nacional de control.

En 1997, el PNT del Perú decidió comenzó a aplicar la estrategia DOTS-PLUS después de desarrollar durante 7 años con éxito la estrategia DOTS/TAES en el marco de una cobertura diagnóstica de los casos TB que cubre la mayor parte de los pacientes y los resultados del tratamiento de las cohortes de los enfermos nuevos frotis positivo es del 93%.

Para organizar y llevar a cabo la estrategia DOTS-PLUS, se estableció una secuencia lógica en la utilización de los esquemas primario, secundario y el estandarizado para los MDR-TB. Fue estructurada una unidad técnica para atender los casos MDR-TB. También fueron conformados al implementado nivel nacional 35 comités para evaluar los resultados del retratamiento. Además, se organizo un proyecto colaborativo con OPS/OMS y la Universidad de Harvard con el objeto de administrar esquemas individualizados para pacientes MDR-TB.

El **esquema estandarizado** de dos fases y 5 diferentes drogas de segunda línea se basa en el patrón de resistencia predecible para el país y consta de 450 dosis administradas en 18 meses. El **esquema individualizado** está basado en los resultados de la prueba de sensibilidad.

Desde octubre de 1997 a septiembre 1998, se habían identificado 310 pacientes con resistencia a los fármacos anti TB (con edad promedio de 30,5 años). Fueron admitidos al tratamiento 249 pacientes, pero solo 220 enfermos presentaron resultados de susceptibilidad a los medicamentos, de ellos, 202 fueron MDR-TB (92%) y 18 se descartaron por no presentar MDR-TB (8%). En total, 195 casos fueron evaluados en la cohorte mostrando una curación del 54%.

Como resultado de la experiencia nacional, se concluyó:

1. La selección de pacientes con fracaso a un esquema secundario permite identificar el 90% de los casos MDR-TB.
2. El esquema de retratamiento estandarizado beneficia mayormente a los fracasos al esquema primario y secundario.
3. La eficacia terapéutica, en condiciones de programas, es aceptable (76%)
4. El fracaso a dicho esquema se podría establecer entre el sexto y noveno mes. A la fecha este trabajo ha sido mejorado y nuevos proyectos de trabajo sobre el tratamiento de los casos MDR se organizan de forma colaborativa con la Universidad de Harvard. ▲

Anexo 3.

Vigilancia y manejo de la resistencia a los medicamentos anti-TB en el mundo y en las Américas.

El Dr. Marcos Espinal del Programa de Transmisibles de la OMS hizo una exposición muy actualizada sobre el tema de la resistencia y la posición de OMS sobre el asunto.

En 1997 fue elaborado y distribuido el primer informe de la OMS/UICTER sobre la vigilancia y resistencia a los fármacos anti-TB en 37 países del mundo. Como resultado de la ejecución de los estudios nacionales, en la Región de las Américas se identificaron dos países con MDR-TB mayor de 3% (Argentina y República Dominicana).

En varios países de América Latina se está realizando el segundo estudio de resistencia a los medicamentos anti-TB (Argentina, Bolivia, Chile, Cuba, Perú y Uruguay), en otros, está en la etapa de conclusión (Colombia) y un tercer grupo lo está iniciando (El Salvador, Honduras, Guatemala y México).

Con el objeto de mantener el seguimiento de las encuestas nacionales de resistencia, OMS preparó los criterios y guías para aplicar el DOTS-plus (algo más que el DOTS), es una iniciativa diseñada para manejar la MDR-TB con drogas de segunda línea, dentro del marco de la estrategia DOTS/TAES.

En Cambridge (julio 1999), se llevó a cabo una reunión para definir los pasos a seguir y obtener acceso a los medicamentos de segunda línea. Además, a finales del mismo año se elaboró la Lista de Medicamentos Esenciales "Drogas de Reserva" y se efectuó una reunión con los principales representantes de la industria farmacéutica. En colaboración con Médicos Sin Fronteras se, establecieron negociaciones para reducir los precios de los medicamentos anti-TB. A comienzos del presente año, se preparó el nuevo informe sobre la vigilancia de la resistencia.


En el mundo se imponen varias acciones para el control de la MDR/TB: (a) reducir los costos de los fármacos y aumentar los esfuerzos de control (b) consolidar la estrategia a corto plazo para garantizar los medicamentos de segunda línea (c) construir la capacidad técnica del DOTS-PLUS para brindar atención urgente a los "puntos calientes" (d) construir la capacidad de laboratorio (e) realizar promoción y divulgación.

La OMS claramente ha enunciado su posición reiterando que implantar la estrategia DOTS/TAES es una prioridad para prevenir la creación de la MDR-TB.

Además, es más importante tener un programa consolidado, antes que emprender el uso de fármacos de segunda línea y que la prioridad es la TB y no la MDR-TB.

En conclusión se ha recomendado:

1. Incorporar las drogas de segunda línea en la lista de medicamentos esenciales (LME),

-
- 
2. Asociar o juntar varios países para la compra de medicamentos (Fondos Rotatorios),
 3. Efectuar un panel científico para definir los criterios para seleccionar los proyectos DOTS-plus.
 4. Elaborar proyectos pilotos de DOTS-PLUS para evaluar su factibilidad
 5. Actuar basándose en los resultados y formular las políticas a seguir. ▲

Anexo 4.

Apoyo externo a los PNT

Como parte importante de la agenda de trabajo se cedió un espacio para que las agencias que apoyan a los PNT expusieran su trabajo en la Región y las perspectivas de continuar y ampliar este apoyo a los países que han implementado la estrategia DOTS/TAES.

4.1 Agencia Internacional de Desarrollo de EE.UU (USAID)

La presentación de USAID estuvo a cargo de la Lic. Marie McLeod oficial de la Agencia en México. En los últimos años, la USAID ha colaborado con los PNT en Bolivia, El Salvador, Honduras y México.

En el caso de México, el objetivo estratégico es desarrollar la capacidad institucional sostenible y efectiva para diagnosticar, controlar y vigilar la tuberculosis en los trece estados prioritarios (Baja California, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas, Chiapas, Jalisco, Veracruz, Michoacán, Guerrero, Oaxaca y San Luis Potosí).

En el primer año del convenio recientemente firmado entre USAID y la Secretaría de Salud de México, las siete áreas de apoyo al programa de TB en México, son:

- 1) Campaña educativa;
- 2) red sectorial de laboratorios;
- 3) investigación operativa del programa;
- 4) sistema de información;
- 5) gerencia y operación del proyecto a nivel nacional;
- 6) supervisión y evaluación de las acciones; e,
- 7) investigaciones epidemiológicas.

4.2 Fundación Damián

Los proyectos de la Fundación Damián en América Latina fueron presentados por la Dra. Martine Tromme-Toussaint.

Las principales intervenciones de la Fundación incluyen:

- 1) Fortalecimiento de la capacidad operacional de las unidades;
- 2) apoyo a la red de Laboratorios en sus diferentes niveles;
- 3) capacitación a personal de salud y promotores;
- 4) apoyo técnico especializado;
- 5) promoción y educación para la salud; y,
- 6) supervisión de acciones territoriales.

La mayoría del financiamiento (85%) de la Fundación se dirige a países en África y Asia. América Latina recibe aproximadamente el 2% de su financiamiento, entre los que incluyen fondos destinados a proyectos de TB en Guatemala, Panamá y Brasil (TB y enfermedad de Hansen).

4.3 Unión Internacional Contra la TB y Enfermedades Respiratorias (UICTER)

La UICTER expuso su enfoque sobre la promoción de salud pulmonar en países de bajos recursos económicos. Este fue presentado por el Dr. Nils Billo, Director Ejecutivo de UICTER.

Para lograr el objetivo de promoción de salud pulmonar, la UICTER cuenta con 3500 miembros en 168 países, brindando con apoyo de ellos, asistencia técnica, educación y ayuda para investigación.

En el área de asistencia y educación, durante 1998 y 1999, la UICTER prestó asistencia intensiva y técnica a nueve países de América Latina; colaboró en la realización de variados cursos: el Curso Internacional de Epidemiología y Control de TB en Nicaragua, que sigue siendo un gran recurso para la capacitación de personal de salud en las Américas, y cursos para médicos especialistas y técnicos de laboratorio que sirven para mejorar la calidad de actividades de control. Además de sus guías técnicas, fue mencionada una propuesta para traducir al español, la revista de UICTER: "International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases".

Respecto al área de investigaciones, la UICTER colabora con:

- Un curso de métodos de investigación;
- Análisis de políticas sanitarias;
- Estudios operacionales;
- Participación en red de ensayos clínicos; y,
- Publicaciones.

4.4 Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC)


Las actividades del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en América Latina fueron presentadas por el residente Nickolas DeLuca.

El CDC colabora con proyectos en distintas áreas de los programas de control de la tuberculosis tanto en Perú, Brasil, El Salvador y Belice, como en México.

El proyecto binacional más significativo es entre USA y México, que es llevado a cabo en los estados fronterizos de ambos países. Este incluye tanto un sistema de referencia para los pacientes con TB que viajan entre los USA y México, así como proyectos de capacitación del personal de laboratorios en ambos países. El CDC, en colaboración con otros socios, planea una diseminación mundial de materiales (videos, diapositivas, audiovisuales y materiales escritos) para la educación y capacitación en baciloscopía. Además, el CDC está involucrado en el grupo de trabajo sobre capacitación y educación de la UICTER. El propósito de este grupo de trabajo es identificar las necesidades en esta área y compartir materiales de capacitación y educación de TB con los países.

4.5 Comunidad Económica Europea (CEE)

El Dr. Jaime Ollé informó que próximamente concluirá la misión de la CEE en República Dominicana, donde se ejecutaba un proyecto para el control del SIDA, en coordinación con la Secretaría de Salud y el programa de ETS/SIDA.



Conociendo la importancia de la situación epidemiológica de la TB y el SIDA, el consultor decidió colaborar con el PNT tanto en la edición del nuevo manual de normas, celebración del Día Mundial de la TB y otras actividades importantes dirigidas a la capacitación del personal, incluyendo a los médicos especialistas. Lamentó la situación actual del PNT, ya que en ese momento se realizaba la transición a un nuevo gobierno y el personal capacitado en los niveles intermedios había sido desplazado de sus cargos. Es de suma importancia priorizar las actividades de control de la TB y extender las áreas demostrativas DOTS/TAES. ▲

Anexo 5.

El suministro de los medicamentos anti-TB y el fondo rotatorio de OPS

En la presentación del tema se enfatizó que en diferentes ocasiones los Ministros de Salud de la Región habían solicitado en el Consejo Directivo de la OPS, que se discutiera y aprobara un fondo rotatorio para los medicamentos anti-TB, similar al fondo rotatorio de vacunas administrado por el PAI.

En 1999 fue aprobada por el Director de OPS la conformación del **Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública (SESP)** y se inició con las cotizaciones y adquisiciones para el Brasil, principalmente anti-retrovirales para los pacientes con VIH y los insecticidas.

Los medicamentos incluidos en el Fondo Rotatorio son los antimaláricos, anti- retrovirales para el programa ETS/SIDA, fármacos esenciales anti-TB y los insecticidas para el control de vectores que transmiten malaria y dengue.

En el Consejo Directivo de OPS efectuado en septiembre de 2000 se informó sobre la inclusión de los países que deseen ser miembros del SPES, previo al pago de una cuota de admisión. Todavía no se ha discutido la inclusión de una lista de medicamentos de segunda línea para atender los enfermos con MDR-TB.

Cada país efectuará la cotización y solicitud de compras de acuerdo con el techo de la cuota de cada uno y el proceso solo estará limitado a los suministros de los cuatro rubros principales, aunque se puede hacer solicitud de compras de otros insumos por medio de OPS, utilizando los canales administrativos ya establecidos por la oficina de compras y las representaciones de OPS. ▲

