

# Puntos clave

## EPIDEMIA DE TUBERCULOSIS

- En 2004 hubo nueve millones de casos nuevos y dos millones de muertes por tuberculosis (TB).
- El número de casos de TB se mantuvo estable o descendió en cinco de las seis regiones de la OMS pero aumentó en África, donde la epidemia de TB sigue estando dirigida por la propagación del VIH.
- Más del 80% de los pacientes de TB del mundo viven en el África subsahariana y Asia.

## DOTS Y LA NUEVA ESTRATEGIA ALTO A LA TUBERCULOSIS

- El tratamiento DOTS, que sigue siendo el núcleo de la nueva Estrategia Alto a la Tuberculosis, se estaba aplicando en 183 países en 2004; la cobertura de la población fue completa en 9 de 22 países de alta carga de tuberculosis (PACT), y casi completa en otros cinco.
- Las áreas de trabajo que van a ampliarse en la nueva estrategia son, entre otras: participación comunitaria y de ONG en atención de la tuberculosis; promoción, comunicación y movilización social; y mejora de la gestión de la TB multirresistente y la TB/VIH.
- Seis países de Asia y Kenya ya han mejorado los vínculos entre los programas nacionales de lucha antituberculosa, los hospitales y otros proveedores de atención, pero el PPM-DOTS (cooperación entre los sectores público y privado) sigue en una fase temprana en la mayoría de los PACT.
- Las áreas particularmente deficientes son los servicios de laboratorio, el desarrollo de los recursos humanos y la supervisión de la lucha contra la TB/VIH.

## FINANCIACIÓN

- El costo total de la lucha contra la tuberculosis en 2006, incluidos los presupuestos de los programas nacionales contra la tuberculosis (PNT) y los costos del sistema sanitario general, ha aumentado hasta US\$ 1600 millones en los 22 PACT. Este costo aumenta hasta US\$ 2000 millones para todos los 74 países que proporcionaron datos financieros.
- La financiación para apoyar la lucha antituberculosa en los 22 PACT ha aumentado en casi US\$ 500 millones, llegando a US\$ 1400 millones en 2006.
- Los Gobiernos de los PACT en mejor situación económica (el Brasil, China, la Federación de Rusia y Sudáfrica) proporcionan la mayor parte de los fondos necesarios para combatir la tuberculosis en sus países; otros países dependen más de los fondos de donantes, entre ellos el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.
- El déficit de financiación comunicado por los 22 PACT respecto de 2006 era de US\$ 141 millones, y de US\$ 180 millones en total respecto de los 74 países que comunicaron datos.
- Los presupuestos de los PNT para 2006 concuerdan en general con el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis, 2006–2015, salvo en la lucha contra la TB/VIH, en la que los presupuestos de los PNT son mucho menores.

## METAS

- La detección de casos en todo el mundo fue del 53% en 2004 y probablemente pase del 60% en 2005, pero permanece por debajo de la meta del 70%.
- El éxito del tratamiento llegó al 82% en la cohorte de 2003 de 1,7 millones de pacientes, lo que se aproxima a la meta del 85%.
- Está previsto que tres regiones de la OMS alcancen las dos metas previstas para 2005: la Región de las Américas y las Regiones de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental.
- Al menos siete PACT deberán haber alcanzado las metas de 2005: Camboya, China, Filipinas, la India, Indonesia, Myanmar y Viet Nam.
- Está previsto que con la ejecución del Plan Mundial se invierta el aumento de la incidencia en todo el mundo de aquí a 2015, como se especifica en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y se reduzcan a la mitad las tasas de prevalencia y de mortalidad de 1990 en el nivel mundial y en la mayoría de las regiones de aquí a 2015, aunque no en África ni en Europa oriental.

# Resumen

## Antecedentes y métodos

**1.** El décimo informe anual de la OMS sobre vigilancia, planificación y financiación de la lucha mundial contra la tuberculosis (TB) incluye datos sobre las notificaciones de casos, los resultados del tratamiento, las actividades, los presupuestos, los costos y los gastos. Se ofrecen los resultados correspondientes a todos los programas nacionales de lucha contra la TB (PNT) que han informado a la OMS, aunque se hace hincapié en los progresos realizados en 22 países con alta carga de TB (PACT).

**2.** En la actualidad se dispone de datos reunidos durante once años consecutivos (1994–2004), que permiten evaluar los progresos realizados hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relativos a la lucha contra la TB, así como hacia las metas fijadas por la Asamblea Mundial de la Salud y la Alianza Alto a la Tuberculosis. Las metas de la Asamblea Mundial de la Salud son detectar, para 2005, el 70% de los nuevos casos bacilíferos y tratar con éxito el 85% de esos casos. La meta 8 de los ODM (de 18) es haber detenido y comenzado a reducir la incidencia de la TB para 2015. La Alianza Alto a la Tuberculosis ha respaldado las metas adicionales de reducir a la mitad, para 2015, las tasas de prevalencia y mortalidad de la TB de 1990.

## Mejora de la detección y el tratamiento de casos

**3.** Un total de 200 países (de 211) han informado a la OMS de sus estrategias de lucha contra la TB, así como de las notificaciones de casos y/o de los resultados del tratamiento.

**4.** Tras actualizar las estimaciones de la incidencia tomando como base los datos de la vigilancia y de las encuestas, hemos calculado que en 2004 hubo 8,9 millones de nuevos casos de TB (140/100 000 habitantes), de los cuales 3,9 millones (62/100 000) eran bacilíferos y 741 000 se presentaron en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Hubo 14,6 millones de casos prevalentes (229/100 000), de los cuales 6,1 millones eran bacilíferos (95/100 000). Más del 80% de los nuevos pacientes de TB en 2004 vivían en las regiones de África, Asia Sudoriental y Pacífico Occidental. Se estima que 1,7 millones de personas (27/100 000) murieron de TB en 2004, incluidos los casos de coinfección por el VIH (248 000).

**5.** Un total de 183 países y territorios aplicaron la estrategia DOTS en 2004. A finales de 2004, el 83% de la población mundial vivía en países (o regiones de países) que disponían de cobertura de DOTS. Los programas DOTS notificaron 4,4 millones de casos de TB nuevos y recidivan-

tes, de los cuales 2,1 millones eran nuevos bacilíferos. En los diez años comprendidos entre 1995 y 2004, un total de 21,5 millones de pacientes con TB y 10,7 millones de pacientes bacilíferos recibieron tratamiento en los programas DOTS.

**6.** A finales de 2004, la expansión de DOTS era completa en nueve PACT y casi completa en otros cinco. El Pakistán comunicó que su cobertura con DOTS era completa a finales de 2005; además, la cobertura ha aumentado considerablemente en el Afganistán, el Brasil, la India y la Federación de Rusia.

**7.** Los 2,1 millones de casos bacilíferos notificados por los programas DOTS en 2004 representan el 53% de la incidencia estimada. El aumento de los casos bacilíferos notificados en el ámbito de los programas DOTS entre 2003 y 2004 (350 000) fue mayor que nunca (el incremento medio anual entre 1995 y 2000 había sido de 134 000). Si la aceleración observada en la detección de casos se mantiene, los programas de DOTS detectarán más del 60% de los casos en 2005, aunque no llegarán a la meta del 70%.

**8.** La aceleración de la detección de casos desde 2000 se ha observado en las notificaciones de casos de todas las procedencias, así como en las de los programas DOTS. Deducimos de ello que la detección de casos ha seguido mejorando porque se están notificando pacientes de nuevas fuentes, incluidos dispensarios y hospitales públicos y privados, especialmente en las regiones de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental.

**9.** Las tres cuartas partes (75%) de los casos bacilíferos adicionales notificados a través de DOTS en 2004 provenían de China, la India e Indonesia. Esos tres países han sido los motores de la aceleración mundial de la detección de casos, apoyados por Bangladesh, el Brasil y Myanmar. De los pacientes que sufrieron un primer episodio de TB en 2004 pero no fueron detectados por los programas DOTS, el 61% vivía en ocho países: Bangladesh, China, Etiopía, la Federación de Rusia, la India, Indonesia, Nigeria y el Pakistán.

**10.** La tasa de detección de casos bacilíferos en las zonas donde se aplica la estrategia DOTS se mantuvo estable hasta 2001 (media del 51%), pero aumentó hasta el 64% en 2004. Estas recientes mejoras en la localización de casos dentro de las zonas DOTS se han producido sobre todo en Bangladesh, el Brasil, China, Filipinas, la India, Indonesia y Myanmar.

**11.** Mientras que la OMS mide la detección de casos principalmente en relación con la forma bacilífera de la enfermedad, las cifras de detección basadas en otros métodos

de diagnóstico ofrecen un panorama distinto del desempeño de los programas. Una comparación de 25 países europeos en 2004 mostró que la proporción de casos bacilíferos detectados era siempre mayor que la proporción de casos de cultivo positivo que se detectan, aunque menor que la proporción del total de casos de TB encontrados. En la Región de las Américas, por el contrario, las tasas de detección de casos bacilíferos fueron típicamente mayores que las tasas de detección respecto del total de casos de TB. Estas diferencias deben ser investigadas más a fondo porque probablemente sean importantes para la evaluación de la epidemiología y la lucha contra la TB en la actualidad, y cuando se valore el papel de los medios de diagnóstico nuevos y más sensibles.

**12.** La tasa media de éxito del tratamiento en la cohorte de DOTS de 2003 (1,7 millones de pacientes) fue del 82%, lo que se acerca a la meta del 85%. Como en anteriores cohortes de DOTS, dicha tasa fue considerablemente inferior a la media en las regiones de África (72%) y Europa (75%). Las bajas tasas de éxito del tratamiento en esas dos regiones pueden atribuirse en parte a las complicaciones de la coinfección por el VIH y a la farmacorresistencia, respectivamente. Sin embargo, igualmente importante es el fracaso de los programas DOTS en la vigilancia de los resultados del tratamiento en todos los pacientes en esas dos regiones. Para alcanzar la meta del 85% de éxito del tratamiento a nivel mundial, hay que hacer un esfuerzo especial para mejorar las tasas de curación en las regiones de África y Europa.

**13.** Con base en los casos notificados y las estimaciones de la OMS, 26 países habían alcanzado a finales de 2004 las metas fijadas en materia de detección de casos y éxito del tratamiento. Filipinas y Viet Nam eran los únicos PACT entre ellos. Camboya, China, la India, Indonesia y Myanmar tal vez hayan alcanzado también las metas a finales de 2005 (lo que supone siete PACT de un total de 22), pero esto no se sabrá hasta finales de 2006.

### **Tendencias epidemiológicas e impacto de la estrategia DOTS**

**14.** En 2004, la incidencia de la TB por habitante estaba disminuyendo o se mantenía estable en cinco de las seis regiones de la OMS, si bien a escala mundial aumentaba a razón de un 0,6% al año. La excepción fue la región de África, donde la incidencia seguía aumentando, de la mano de la propagación del VIH. Sin embargo, el aumento anual de la notificación de casos en la Región de África va disminuyendo de año en año, probablemente porque la epidemia de VIH en los países africanos también se está frenando. En Europa oriental (principalmente en los países de la ex Unión Soviética), la incidencia por habitante aumentó durante los años noventa, pero alcanzó su valor máximo en 2001 y desde entonces ha disminuido.

**15.** Hay pocos datos de calidad que permitan determinar las tasas de prevalencia y mortalidad de la TB entre 1990, año de referencia de los ODM, y 2004. Según nuestras mejores estimaciones, la prevalencia disminuyó desde 297 por 100 000 habitantes a escala mundial en 1990 hasta 229 por 100 000 habitantes en 2004 (incluidos los pacientes tuberculosos con VIH), en parte como consecuencia de la expansión de la estrategia DOTS. La mortalidad disminuyó desde 29 por 100 000 habitantes en 1990 hasta 27 por 100 000 habitantes en 2004. De no ser por las tendencias extremadamente adversas que se observan en África, las tasas de prevalencia y de mortalidad estarían disminuyendo más rápidamente en todo el mundo.

**16.** Las previsiones epidemiológicas para 2005 y más adelante se presentan en el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis, 2006-2015, para cuya ejecución se necesitarán US\$ 56 000 millones. Las mejoras de la detección de casos propuestas en el Plan Mundial, cuando se apliquen junto con otros elementos de la nueva Estrategia Alto a la Tuberculosis, probablemente inviertan el aumento de la incidencia de la TB en el mundo para 2015, y reduzcan a la mitad las tasas de prevalencia y mortalidad en el mundo y en todas las regiones salvo África y Europa oriental.

### **Planificación y aplicación de la estrategia DOTS**

**17.** Aunque se han ampliado las redes de laboratorio gracias a los esfuerzos nacionales e internacionales, aún es necesario mejorar los servicios de laboratorio para la TB en muchos países. Los aspectos que requieren especial atención son los laboratorios nacionales de referencia, la garantía de la calidad externa para todos los laboratorios, y la mejora de la capacidad y la infraestructura para realizar cultivos y pruebas de susceptibilidad a los medicamentos.

**18.** Un total de 15 PACT tienen planes para el desarrollo de los recursos humanos, pero la mayoría se limitan a la capacitación; 18 PACT citaron las inversiones en personal entre las cinco maneras más ventajosas de mejorar la estrategia DOTS y fortalecer los sistemas de salud. Los programas nacionales de TB apoyaron el desarrollo de los sistemas de salud durante 2005 principalmente incorporando los programas de TB al proceso de descentralización de los servicios de salud.

**19.** La descentralización de los servicios de diagnóstico y tratamiento tiene por objeto mejorar el acceso para todos los pacientes, pero especialmente para los pobres. Los programas nacionales de TB están empezando a hacer participar a las comunidades y las ONG con el fin de mejorar el conocimiento de estos servicios y el acceso a ellos.

**20.** La participación comunitaria en la lucha contra la TB forma parte de la estrategia de los programas nacionales de 14 PACT. El número de PACT que cuentan con estrategias nacionales de promoción, comunicación y movilización

social ha pasado de dos en 2002 a 11 en 2005, y está previsto que llegue a 19 de aquí a 2007.

**21.** Los PACT se encuentran en distintas fases del desarrollo de la colaboración entre los sectores de salud público y privado (PPM-DOTS). Mientras que Bangladesh, China, Filipinas, la India, Indonesia, Kenya y Myanmar ya han mejorado los vínculos entre los programas nacionales contra la TB, los hospitales y otros proveedores de atención sanitaria, la PPM-DOTS sigue en una fase temprana en la mayoría de los otros PACT.

**22.** El tratamiento de la TB farmacorresistente aún presenta deficiencias en muchos países. En algunos, el diagnóstico de laboratorio es de escasa calidad; otros carecen de políticas nacionales sobre la gestión de la TB multirresistente; pueden encontrarse fácilmente en muchos lugares medicamentos antituberculosos de primera y segunda línea de dudosa calidad, y gran número de pacientes de TB multirresistente son sometidos, fuera de los PNT, a procedimientos inapropiados de diagnóstico y tratamiento. Parte de la solución consistirá en aplicar de modo generalizado las nuevas directrices de la OMS sobre la gestión de la TB multirresistente.

**23.** Muchos de los países más afectados por el VIH/SIDA cuentan con planes y políticas nacionales para las actividades de colaboración en la lucha contra la TB/VIH, así como para la administración de TAR. Sin embargo, la mayoría de ellos sólo proporcionan TAR a una pequeña parte de las personas que lo necesitarían. En los países que han aumentado rápidamente el acceso al TAR y donde la prevalencia de la infección por el VIH es elevada, lo difícil será mantener el acceso al TAR y financiarlo sin distraer recursos de otros programas.

### Financiación de la expansión de la estrategia DOTS

**24.** Se ha recibido información financiera de 140 países sobre un total de 211 (66%). Esos países representan el 91% de la carga mundial estimada de TB. Ochenta y siete y 71 países han presentado datos completos en materia de presupuestos para 2005 y 2006, respectivamente, mientras que 73 países han presentado datos completos sobre gastos correspondientes a 2004. Se recibieron datos presupuestarios completos de los 22 PACT, con excepción de Sudáfrica; 17 de ellos presentaron datos completos sobre gastos. La cantidad y calidad de los datos financieros han seguido mejorando desde que la OMS empezó a acopiar datos financieros en 2002.

**25.** Los presupuestos de los programas nacionales de TB presentados por los 22 PACT suman un total de US\$ 990 millones en 2006, el doble de la cifra correspondiente a 2002 (US\$ 446 millones). La Federación de Rusia, China, la India e Indonesia son los países con mayores presupuestos (que combinados representan el 72% del total correspondiente a los 21 PACT que han presentado datos).

**26.** En los últimos cinco años, la financiación de los presupuestos de los PNT en los 22 PACT ha aumentado en casi US\$ 500 millones, para alcanzar un total de US\$ 830 millones en 2006. Ello se debe principalmente a los nuevos recursos proporcionados por los Gobiernos de China y la Federación de Rusia, así como del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. En Afganistán, Uganda, la República Unida de Tanzania y Viet Nam, la financiación durante 2006 fue parecida o menor que la correspondiente a 2002.

**27.** De los 21 PACT que presentaron datos, los gobiernos nacionales proporcionarán US\$ 600 millones (61%) de los fondos que necesitan los PNT en 2006, los organismos donantes proporcionarán US\$ 230 millones (23%), y para US\$ 19 millones (2%) la fuente de financiación es actualmente desconocida. Con ello, el déficit de financiación comunicado es de US\$ 141 millones (14%). Estas cifras esconden una variación importante, pues muchos países dependen en gran medida de la financiación de donantes.

**28.** El costo total de la lucha contra la TB, que incluye al personal del sistema de salud general y la infraestructura utilizada para combatir la enfermedad además de las necesidades presupuestarias de los PNT, se eleva a una cifra proyectada de US\$ 1600 millones en los 22 PACT en 2006, frente a US\$ 876 millones en 2002. La Federación de Rusia y Sudáfrica son los que tienen mayores costos; el total combinado asciende a US\$ 810 millones. Suponiendo que los sistemas de salud tengan la capacidad necesaria para atender a un número cada vez mayor de pacientes de TB en 2006, el déficit de financiación en el costo total de lucha contra la TB en 2006 es el mismo que el correspondiente a los presupuestos de los PNT, es decir, US\$ 141 millones. Los costos totales aumentan hasta US\$ 2000 millones, y el déficit de financiación se eleva a US\$ 180 millones cuando se incluye todos los 74 países que presentaron datos. Esos 74 países representan el 89% de los casos de TB en el mundo.

**29.** Salvo uno, los 22 PACT que aumentaron sus gastos entre 2003 y 2004 también aumentaron el número de nuevos casos bacilíferos detectados y tratados en programas de DOTS. Camboya aumentó el gasto pero no el número total de pacientes bacilíferos tratados con DOTS.

**30.** De los 22 PACT, cinco (Filipinas, la India, Indonesia, Myanmar y Viet Nam) eran los mejor situados desde el punto de vista financiero para alcanzar las metas de la Asamblea Mundial de la Salud en 2005: dos más, Camboya y China, estaban en buenas condiciones de conseguirlo siempre que puedan resolver sus déficit de financiación.

**31.** En el Plan Mundial figuran las estimaciones de inversión que se necesita para alcanzar las metas de los ODM y de la Alianza Alto a la Tuberculosis para controlar la enfermedad. Esas estimaciones se han calculado para cada uno de los años del periodo 2006–2015 respecto de siete regio-

nes que en conjunto abarcan 172 países. Las necesidades de inversión que se detallan en el Plan Mundial para 2006 son análogas a las comunicadas por los países, salvo dos importantes excepciones. La primera es que en la Región de África, el Plan Mundial prevé inversiones mucho mayores en actividades de colaboración en materia de TB/VIH y de promoción, comunicaciones y movilización social. La segunda es que el Plan Mundial incluye un presupuesto mundial de US\$ 243 millones para actividades de cooperación técnica en 2006, que no suele formar parte de los presupuestos de los PNT y respecto de lo cual se calcula un déficit de US\$ 183 millones. Si se aumentaran las inversiones previstas en actividades de colaboración en materia de TB/VIH y de promoción, comunicación y movilización social en la Región de África en consonancia con el Plan Mundial, y se incluyeran las necesidades en materia de cooperación técnica, el déficit de financiación sería mucho mayor que el total comunicado de US\$ 180 millones.

**32.** La continuación de la labor en materia de financiación de la lucha contra la TB tiene cuatro prioridades: a) garantizar que los presupuestos y planes de los países desde 2006 en adelante estén basados en la nueva Estrategia Alto a la Tuberculosis y en consonancia con el Plan Mundial; b) realizar estimaciones financieras sobre la forma de movilizar los recursos suplementarios que se necesitan para aplicar esos planes; c) llevar a cabo evaluaciones más precisas de la inversión que es necesario hacer en los sistemas de salud para apoyar la expansión de las actividades de control de la TB y otras enfermedades; y d) mejorar los datos financieros correspondientes a Sudáfrica y la Región de Europa.