Organización Mundial de la Salud

CONSEJO EJECUTIVO **EB126/14**
126.ª reunión **26 de noviembre de 2009**
Punto 4.11 del orden del día provisional

Control de la tuberculosis

Progresos realizados y planificación a largo plazo
Prevención y control de la tuberculosis multirresistente y la tuberculosis ultrarresistente

Informe de la Secretaría

1. En su resolución WHA60.19 de 2007, la Asamblea de la Salud tomó nota de los progresos realizados desde 1991 hacia el logro de las metas internacionales para controlar la tuberculosis en el mundo, a saber: detectar el 70% de los casos y curar al 85% de los enfermos bacilíferos de tuberculosis pulmonar sometidos a tratamiento.[1] Asimismo, tomó nota de la elaboración de la estrategia Alto a la Tuberculosis[2] como planteamiento integrado para vencer las dificultades que obstruyen la lucha contra la enfermedad, y acogió con agrado el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015,[3] que se basa en la susodicha estrategia. Además, la Asamblea de la Salud pidió a la Directora General, entre otras cosas, que por conducto del Consejo Ejecutivo informara a la 63.ª Asamblea Mundial de la Salud de los progresos realizados en la aplicación del Plan Mundial, en particular de los recursos movilizados para ponerlo en práctica, y de la progresión hacia el logro de las metas internacionales de control de la tuberculosis para 2015, ofreciendo medidas explícitas para cuantificar la eficacia de los programas nacionales y la incidencia de las medidas de control sobre la epidemia de tuberculosis. En mayo de 2009, reconociendo la aparición y propagación de la tuberculosis multirresistente y ultrarresistente, la Asamblea de la Salud, en su resolución WHA62.15, instó a todos los Estados Miembros a que implantaran el acceso universal al diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis multirresistente y ultrarresistente como parte de la transición hacia la cobertura sanitaria universal. El presente documento responde a la petición de la Asamblea de la Salud a la Directora General para que ésta informara acerca de los progresos generales realizados.

2. Las últimas estimaciones de la OMS de la carga mundial de tuberculosis se refieren a los casos ocurridos en 2008: hubo 9,4 millones de nuevos casos, de los que 1,4 millones (un 15%) se dieron en personas infectadas por el VIH. Esos nuevos casos se declararon mayoritariamente en las Regiones de

---

[1] Véase el documento A60/13.

[2] Los seis componentes de que consta la estrategia Alto a la Tuberculosis son: *i*) proseguir la expansión de un DOTS de calidad y mejorarlo; *ii*) hacer frente a la coinfección tuberculosis/VIH, la tuberculosis multirresistente y las necesidades de las poblaciones pobres y vulnerables; *iii*) contribuir a fortalecer sistemas de salud basados en la atención primaria de salud; *iv*) lograr la participación de todo el personal de salud; *v*) dotar de capacidad de acción y decisión a los enfermos de tuberculosis y a las comunidades trabajando a través de alianzas; y *vi*) posibilitar y promover la realización de investigaciones.

[3] Documento WHO/HTM/STB/2006.35.

Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental (un 55% entre ambas) y en la Región de África (un 31%), mientras que los porcentajes más bajos se registraron en las Regiones del Mediterráneo Oriental (6%), Europa (5%) y las Américas (3%). De los casos que afectaron a personas VIH-positivas, un 78% se dieron en la Región de África. Las estimaciones de la OMS indican asimismo que en 2008 había 11 millones de casos prevalentes de tuberculosis, que provocaron 1,3 millones de fallecimientos, a los que hay que sumar otras 505 000 defunciones asociadas a una coinfección VIH/tuberculosis. Se calcula que en 2007 había en el mundo un total de 511 000 casos de tuberculosis multirresistente, de los que un 85% se concentraba en 27 Estados Miembros. Todavía se ignora la proporción a escala mundial de casos de tuberculosis multirresistente que también son ultrarresistentes, pero se estima que es de alrededor de un 10%. Hasta 2009 ha habido 57 países que han comunicado por lo menos un caso de tuberculosis ultrarresistente.

3. En el cuadro adjunto se resumen los avances en la aplicación de intervenciones para controlar la tuberculosis, la tuberculosis multirresistente y la tuberculosis asociada al VIH en comparación con los niveles de referencia fijados como objetivos anuales en el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015. En 2006 se alcanzó a escala mundial el objetivo internacionalmente definido para 2005 de lograr al menos un 85% de éxitos terapéuticos con la aplicación de la estrategia DOTS. En cambio, el índice de detección de casos registrado en 2008, de un 61% de los enfermos bacilíferos de tuberculosis pulmonar, fue inferior al objetivo del 71% establecido en el Plan Mundial. Aunque se ha progresado en la realización de pruebas de detección de la infección por VIH en enfermos de tuberculosis, la administración de profilaxis con cotrimoxazol o de tratamiento antirretrovírico (que son las dos intervenciones básicas en el caso de pacientes tuberculosos VIH-positivos) no pasó de un tercio del objetivo fijado en el Plan Mundial. También fue muy inferior a las previsiones del Plan Mundial la realización de pruebas de detección de tuberculosis a los afectados por el VIH y la administración a esas personas de tratamiento profiláctico o curativo. Por lo demás, también la lucha contra la tuberculosis multirresistente ha avanzado con lentitud. En 2008 se diagnosticaron y trataron conforme a las pautas de la OMS menos de un 3% del número estimado de casos de tuberculosis multirresistente, cuando en el Plan Mundial se había establecido un objetivo de referencia del 23%.

Cuadro. Progresos en la lucha antituberculosa en comparación con los objetivos de referencia del Plan Mundial para los años 2006, 2007 y 2008

Componente e indicadores del Plan Mundial	**2006**	**2007**	**2008**
Estrategia DOTS			
Índice de detección de casos, casos bacilíferos (%)			
Plan Mundial[1]	65	68	71
Niveles reales	62	63	61
Índice de éxitos terapéuticos, casos bacilíferos (%)			
Plan Mundial[2]	83	84	84
Niveles reales	85	87	No disponible
Niveles de coinfección tuberculosis-VIH			
Pacientes tuberculosos sometidos a pruebas de detección del VIH (%)			
Plan Mundial	47	56	64
Niveles reales	12	16	22

Componente e indicadores del Plan Mundial	2006	2007	2008
Número de pacientes tuberculosos VIH-positivos tratados con cotrimoxazol (millones)			
Plan Mundial	0,5	0,6	0,7
Niveles reales	0,1	0,2	0,2
Número de pacientes tuberculosos VIH-positivos tratados con antirretrovirales (millones)			
Plan Mundial	0,2	0,3	0,3
Niveles reales	0,1	0,1	0,1
Tuberculosis multirresistente			
Estimación de los casos detectados y tratados conforme a las pautas de la OMS (%)			
Plan Mundial	4	14	23
Niveles reales	<1	<1	3

[1] Proyección basada en datos de 2004.
[2] Proyección basada en datos de 2003.

4. El índice de detección de casos del 61% registrado en 2008, frente al objetivo del 70% acordado internacionalmente, así como el índice de éxitos terapéuticos del 87% logrado en 2007, frente a un objetivo del 85%, dan la medida de la eficacia de los programas nacionales atendiendo al indicador 6.10 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Por lo que respecta al impacto sobre la epidemia de tuberculosis, los datos más recientes indican que, a escala planetaria, la tasa de incidencia anual de tuberculosis viene decreciendo lentamente desde 2004, y que globalmente el mundo está en vías de cumplir la meta 6.C («haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves»). Sin embargo, en cifras absolutas el número de casos ha seguido aumentando, pues la caída de la tasa de incidencia ha sido demasiado lenta como para compensar el crecimiento demográfico. El indicador 6.9 se refiere a la reducción de las tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad asociadas a la tuberculosis, y la Alianza Alto a la Tuberculosis ha establecido además la meta de reducir a la mitad las tasas de prevalencia y mortalidad para 2015 en comparación con los niveles de 1990. Ello supone, concretamente, que en 2015 se haya reducido la prevalencia hasta no más de 155 casos por 100 000 habitantes y la mortalidad anual hasta no más de 14 por 100 000 habitantes, incluyendo a las personas infectadas simultáneamente por tuberculosis y VIH. Las proyecciones más recientes de prevalencia y mortalidad por tuberculosis permiten augurar que en cuatro de las seis regiones de la OMS se cumplirá el objetivo de reducir esos índices a la mitad, objetivo que quizá no se logre en las Regiones de África y Europa, en las que a partir de 1990 la carga de tuberculosis aumentó con gran rapidez durante más de un decenio.

5. Cada año han ido aumentando los recursos disponibles para combatir la enfermedad, hasta llegar en 2009 a una cifra unas 2,5 veces superior a la de 2002, cuando la OMS empezó a seguir de cerca la financiación de estas actividades. En 2009, en los 94 países que comunicaron datos económicos (que concentra a un 93% del número total estimado de casos en el mundo), se destinaron US$ 3000 millones al tratamiento y control de la tuberculosis, la tuberculosis multirresistente y la tuberculosis asociada al VIH. Un 87% de esos fondos procedía de gobiernos, un 9% de subvenciones del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria y un 4% de otros donantes. En términos globales, la financiación más cuantiosa se registra en la Región de Europa (US$ 1400 millones en 2009, destinados principalmente a la Federación de Rusia), seguida de la Región de África (US$ 600 millones en 2009) y la Región del Pacífico Occidental (US$ 300 millones en 2009). Según las estimaciones ofrecidas por los propios países, el volumen de fondos necesarios era de

US$ 4200 millones. Dicho de otro modo: pese al crecimiento de la financiación, en 2009 faltaron US$ 1200 millones, y si se compara con las previsiones de financiación establecidas en el Plan Mundial, cifradas en US$ 4600 millones, el déficit en 2009 resulta aún mayor, pues faltaron US$ 1600 millones. Buena parte de esos recursos faltantes según el Plan Mundial corresponden al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis multirresistente en las Regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental (sobre todo en China y la India), así como a actividades de colaboración para luchar contra la tuberculosis y el VIH y aplicar la estrategia DOTS en la Región de África. Los análisis de los fondos destinados a investigación y desarrollo permiten cifrarlos en unos US$ 500 millones al año entre 2005 y 2007, lo que supone la mitad del importe anual necesario según el Plan Mundial. En cuanto a la financiación para asistencia técnica, y a pesar de lo incompleto de las labores de seguimiento realizadas hasta la fecha, los datos apuntan a una cuantía total muy inferior a los US$ 300 millones anuales que en el Plan Mundial se estimaban necesarios.

6. En su afán de cumplir las metas internacionales por medio de las alianzas existentes, cada vez más numerosas, la OMS sigue albergando y apoyando a la secretaría de la Alianza Alto a la Tuberculosis. La coordinación es satisfactoria en todos los niveles de la Organización. El Grupo de Asesoramiento Estratégico y Técnico sobre la Tuberculosis, que presta a la Directora General servicios de asesoramiento y evaluación respecto al trabajo de la OMS para combatir la enfermedad, ha sido decisivo para orientar la elaboración de nuevas e importantes políticas de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. En la mayoría de las regiones hay grupos de asesoramiento técnico que también orientan el trabajo de la OMS para vencer las dificultades que plantea la aplicación de políticas en contextos epidemiológicos y en sistemas de salud heterogéneos. La OMS alberga las secretarías de varios grupos y subgrupos de trabajo de la Alianza Alto a la Tuberculosis cuya labor ayuda a fundamentar la elaboración de políticas y reviste gran importancia para reunir datos científicos, forjar consensos y coordinar el apoyo a los Estados Miembros de cara a la aplicación de esas políticas. En coordinación con todos los interlocutores y organismos donantes competentes, la OMS responde a las peticiones de asistencia técnica de los Estados Miembros a través del Mecanismo de Asistencia Técnica sobre la Tuberculosis, cuya secretaría también alberga. La Organización sigue trabajando con mecanismos flexibles, como grupos especiales de duración limitada capaces de ofrecer rápidamente asesoramiento y pautas para resolver problemas concretos que puedan surgir en la aplicación de políticas. Desde 2006 estos grupos especiales se vienen concentrando en la respuesta mundial a la tuberculosis ultrarresistente, el fortalecimiento de los sistemas de salud para combatir la enfermedad, la ética en la atención a los enfermos de tuberculosis y la medición de los resultados de las medidas de lucha. Cada vez son más los interlocutores que, junto con los Estados Miembros, se basan en el insustituible sistema de apoyo que ofrece la OMS, con sus bases de datos de seguimiento, evaluación y financiación, sus informes y sus actividades de vigilancia coordinada en relación con la tuberculosis.

AVANCES EN LA APLICACIÓN DE LOS PRINCIPALES COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA «ALTO A LA TUBERCULOSIS»

7. La atención a los enfermos de tuberculosis y la lucha contra la enfermedad han mejorado considerablemente en el último decenio. Entre 1995 y 2008, más de 40 millones de pacientes recibieron tratamiento gracias a los programas DOTS. En 2007, un 94% de la población mundial vivía en países que han adoptado la estrategia DOTS, y más del 98% de los casos notificados se diagnosticaron y trataron como parte de esos programas. El examen microscópico de frotis de esputo es la prueba básica para diagnosticar la tuberculosis en 180 países, pues el acceso a instalaciones de cultivo microbiológico, que ayudan a detectar y confirmar más casos, sigue siendo limitado. A fin de garantizar un diagnóstico de calidad, cerca de un 70% de los laboratorios de países con una elevada carga de tuberculosis han sido integrados en mecanismos de certificación externa de calidad. En más de 70 Estados Miembros se han utilizado las combinaciones medicamentosas a dosis fija y el tratamiento normalizado que

la OMS recomienda como medida para prevenir la aparición de tuberculosis farmacorresistentes. La OMS ha contribuido a establecer y promover las normas internacionales de tratamiento de la tuberculosis, que ayudan a garantizar la calidad del tratamiento dispensado por todo el espectro de proveedores de asistencia sanitaria. Para que los enfermos observen y sigan hasta el final los regímenes terapéuticos, se están promoviendo planteamientos centrados en el paciente, que ahora deben ser aplicados a mayor escala. La OMS ultima ahora un documento de orientaciones encaminado a promover normas éticas de tratamiento y control de la tuberculosis, en colaboración con los asociados competentes en este terreno. El Servicio Farmacéutico Mundial, proyecto de la Alianza Alto a la Tuberculosis, ha sido importante para que los países puedan procurarse a tiempo medicinas de calidad garantizada a través de su mecanismo de compras, gestionar mejor sus reservas de medicamentos y obtener suministros de emergencia en caso de escasez imprevista. Entre 2001 y 2009 el Servicio Farmacéutico organizó la entrega de 13,9 millones de tratamientos a 110 países. Gracias al perfeccionamiento de los sistemas de registro e información de los países y al creciente uso de la presentación electrónica de informes, los datos son más completos y de mejor calidad. Los servicios de lucha contra la tuberculosis forman parte de la atención primaria de salud, por lo que en la mayoría de los países su eficacia depende de la calidad de los servicios de salud en general. De los datos procedentes de muy diversos contextos nacionales y programáticos se deduce que los programas de lucha antituberculosa pueden contribuir a fortalecer los sistemas y servicios de salud de varias maneras, por ejemplo: logrando que los pacientes y las comunidades participen en el tratamiento y control de la tuberculosis; dispensando atención a los enfermos como parte del «enfoque práctico de la salud pulmonar» de la OMS; e integrando a diversos proveedores de atención públicos, privados, de empresas y de entidades de beneficiencia en las labores de tratamiento y control mediante fórmulas de colaboración publicoprivada. Aunque algunos países han extendido con buenos resultados todos estos planteamientos programáticos, queda mucho por hacer. Todavía hay un elevado porcentaje de casos (un 37% en 2007, según las estimaciones) que no se detectan o notifican, y esos enfermos reciben a veces un tratamiento de dudosa calidad. No todas las poblaciones pobres y vulnerables tienen ya acceso a servicios gratuitos de diagnóstico y tratamiento, se siguen comunicando ocasionales episodios de penuria de medicamentos y subsisten las deficiencias en los procesos de registro y notificación de casos.

8. En 2007 se practicó la prueba de detección del VIH a cerca de un millón de enfermos tuberculosos (lo que supone un 22% de todos los casos notificados en el mundo) de 135 países. En una cincuentena de esos países, la cobertura de la prueba fue de más de la mitad de la población de tuberculosos. Especialmente destacable es la rapidez con que se ha generalizado la prueba del VIH en enfermos de tuberculosis en la Región de África, donde fueron sometidos a ella un 45% de los casos notificados. En 2008, en 12 Estados Miembros de la Región se practicó la prueba del VIH a más del 75% de los nuevos casos diagnosticados. El mismo año, además, se administró profilaxis de cotrimoxazol a unos 200 000 enfermos tuberculosos VIH-positivos, y 100 000 estaban recibiendo tratamiento antirretrovírico. En cambio, en ese mismo año sólo 600 000 personas que vivían con el VIH fueron sometidas a pruebas de detección de la tuberculosis en todo el mundo y apenas se ofreció tratamiento profiláctico con isoniazida a 29 000 personas afectadas por el virus. En términos globales, la realización de actividades de lucha conjunta contra la tuberculosis y el VIH estuvo por debajo de las metas fijadas en el Plan Mundial para 2008.

9. En la actualidad, a través de los programas nacionales de lucha antituberculosa se diagnostican menos del 5% de los 500 000 casos estimados de tuberculosis multirresistente, y un porcentaje incluso menor de los de tuberculosis ultrarresistente. Esos índices tan bajos son consecuencia de años de dejadez respecto a los servicios de laboratorio y de la extrema lentitud con que se transfieren nuevas tecnologías de diagnóstico a los países en desarrollo. Con el fin de subsanar estas insuficiencias en los medios de diagnóstico, la Iniciativa Mundial de Laboratorio de la Alianza Alto a la Tuberculosis encabeza un esfuerzo sin precedentes para mejorar y ampliar los servicios de laboratorio dedicados a la tuberculosis, siguiendo las pautas marcadas por la secretaría de la Iniciativa, que reside en la Secreta-

ría de la OMS, y su red de asociados internacionales. Al mismo tiempo, hay un número creciente de nuevos métodos de diagnóstico en fase de desarrollo. Periódicamente la OMS evalúa nuevas técnicas con la idea de poder desplegarlas con rapidez y de orientar la elaboración de políticas. En los 27 países más afectados por la tuberculosis multirresistente se concede ahora máxima prioridad a dos de esos nuevos métodos: el uso de medios líquidos para cultivar micobacterias y los ensayos con sondas en línea [LiPA] para un diagnóstico rápido de la tuberculosis multirresistente, labor que cuenta con el respaldo de varios asociados internacionales y con financiación procedente básicamente del UNITAID. Se están forjando alianzas innovadoras que persiguen el doble objetivo de conseguir recursos y de asegurar que existan normas de calidad, infraestructuras adecuadas y suficiente capacidad técnica para el trabajo en laboratorio. La rapidez con que evolucionan las técnicas de diagnóstico de la tuberculosis obliga a los países a disponer de estrategias y planes dinámicos y flexibles para adaptarse a las nuevas directrices normativas que vaya formulando la OMS. Sin embargo, la eficacia de los servicios de laboratorio en la lucha antituberculosa se ve limitada sobre todo por problemas transversales que afectan a los sistemas de salud en su conjunto, como la precariedad de las infraestructuras o la escasez de recursos humanos. Ello exige políticas audaces y soluciones holísticas y coordinadas para reforzar los medios de laboratorio como parte de estrategias y planes nacionales en la materia.

10. La Asamblea de la Salud, en su resolución WHA62.15 de mayo de 2009, tras acoger favorablemente el Llamamiento a la Acción de Beijing sobre el control de la tuberculosis y la atención al paciente,[1] instó a los Estados Miembros a universalizar el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis multirresistente y ultrarresistente. Asimismo, recordando que en su resolución WHA60.19 había instado a los Estados Miembros a que aplicaran planes a largo plazo para prevenir y controlar la tuberculosis, la Asamblea de la Salud instó también a los Estados Miembros a hacer realidad el acceso universal en este terreno, entre otras cosas acelerando el acceso a pruebas diagnósticas más rápidas y de calidad garantizada y al tratamiento de los enfermos de tuberculosis multirresistente y ultrarresistente. Desde entonces, 20 de los 27 países con una elevada carga de tuberculosis multirresistente han elaborado planes para hacer efectiva la resolución WHA62.15. En junio de 2009, el Comité Luz Verde (establecido por la OMS y sus asociados para velar por el suministro de fármacos antituberculosos de segunda línea de calidad garantizada) ya había aprobado tratamientos para unos 59 000 enfermos en el marco de 108 proyectos que cubrían 68 países. Hasta 2009 se ha dispensado atención a un total de 19 637 enfermos de tuberculosis multirresistente como parte de programas instituidos en 44 países. Entre 2000 y 2006 esos proyectos depararon una tasa de éxito terapéutico del 65%. Actualmente, sin embargo, sólo alrededor de un 2% del total estimado de 500 000 personas que cada año enferman de tuberculosis multirresistente está recibiendo tratamiento a través del mecanismo del Comité Luz Verde. Es preciso redoblar esfuerzos para lograr que para 2013 otros 100 000 pacientes se beneficien de esa terapia. En 2008, 114 países comunicaron datos procedentes de estudios y encuestas sobre las farmacorresistencias. En 2009 han dado comienzo otras ocho encuestas al respecto, y 15 más empezarán seguramente en 2010. Antes de finales de 2010 está previsto publicar directrices actualizadas para la gestión programática de la tuberculosis multirresistente y ultrarresistente. En 2009 la OMS dio a conocer una nueva política de lucha contra la infección tuberculosa,[2] y ahora está elaborando material de formación. También ha empezado a trabajar para definir especificaciones sobre productos y equipo y para estimar los costes que entrañaría la aplicación de dicha política. Las resoluciones aprobadas en 2009 por los comités regionales de la OMS para África (resolución AFR/RC59/R2) y el Mediterráneo Oriental (resolución EM/RC56/R.8) han venido a reforzar todavía más las actividades mundiales de prevención y control de la tuberculosis multirresistente. Pese a que todas las partes interesadas prestan mayor atención al problema, subsisten grandes obstáculos para expandir la respuesta a esa forma de tuberculosis: los servicios donde ingresan los afectados carecen de sistemas adecuados de

[1] Documento A62/20 Add.1, anexo.

[2] Documento WHO/HTM/TB/2009.419.

control de las infecciones; las redes de apoyo social son inexistentes o demasiado endebles para asegurar que los enfermos observen los regímenes de tratamiento; las deficiencias de los sistemas hacen difícil o imposible la notificación de datos válidos sobre los resultados terapéuticos; y las restricciones aduaneras impiden que los pacientes tengan acceso a los medicamentos de mejor calidad disponibles en el mercado.

11. El Grupo de Trabajo Mundial de la OMS sobre Medición del Impacto de la TB fue creado en 2006 con el mandato de generar evaluaciones sólidas, rigurosas y fundamentadas sobre los progresos realizados para reducir las tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad, tomando como referencia los objetivos definidos para 2015.[1] En 2007 ese Grupo de Trabajo definió tres grandes líneas estratégicas de actuación: *i*) mejorar la vigilancia de los casos (mediante sistemas de notificación sistemática) y de las defunciones (mediante los sistemas de registro civil); *ii*) instituir en los países prioritarios sistemas de vigilancia poblacional de la prevalencia nacional de tuberculosis, sobre todo en los 21 países de atención preferente;[2] y *iii*) examinar y actualizar periódicamente los métodos empleados para estimar la incidencia, la prevalencia y la mortalidad a partir de los datos de encuestas y de vigilancia sanitaria. En un documento de política de la OMS están recogidas las políticas y recomendaciones que de ahí se siguen,[3] para cuya aplicación los asociados de la OMS han colaborado estrechamente con los países a lo largo de 2008 y 2009. La celebración de talleres regionales en cuatro regiones y el envío de misiones a varios países han servido para efectuar análisis sistemáticos de los datos de vigilancia, actualizar las estimaciones de incidencia, prevalencia y mortalidad, detectar los ámbitos en que conviene reforzar los sistemas de vigilancia y elaborar los correspondientes planes al respecto. En 2010 están programados talleres regionales en países de las Regiones de África y el Pacífico Occidental, y cabe prever que más adelante se irán organizando este tipo de talleres en todas las regiones con periodicidad bienal. Los países donde se recomienda efectuar estudios de prevalencia han recibido apoyo para concebirlos y llevarlos a cabo, apoyo concretado en talleres y misiones a esos países y centrado, en los últimos tiempos, en la forma de superar las dificultades más comunes para poner esos estudios en marcha. Estas dificultades, especialmente notorias en los 12 países prioritarios de la Región de África, radican sobre todo en el déficit de financiación y en los retrasos en la adquisición de equipos de rayos X. En 2009 concluyó la primera gran actualización de los métodos empleados para generar las estimaciones de la OMS de las tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad.

12. Sin mejores herramientas para prevenir, diagnosticar y curar la tuberculosis no será posible cumplir las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio al respecto. De ahí que la investigación sea un capítulo fundamental del Plan Mundial para Detener la Tuberculosis, en el que se recomiendan inversiones por un total estimado de US$ 11 000 millones para generar las mencionadas herramientas en el periodo 2006-2015. En los últimos tres años la investigación sobre el tema ha recorrido un largo camino. En materia de diagnóstico, la introducción de una nueva técnica como el ensayo con sondas en línea, que permite detectar la tuberculosis multirresistente en días, en lugar de semanas, ha supuesto un paso de gigante. Cinco novedosos fármacos candidatos contra la tuberculosis están en fase de ensayo clínico, y otros ocho en fase de desarrollo preclínico. Para 2012 habrá concluido la fase III de los ensayos clínicos de dos regímenes de tratamiento antituberculoso de cuatro meses de duración. Por lo que respecta a las vacunas, están en fase de investigación preclínica al menos 29 preparaciones candidatas. Otras ocho vacunas experimentales han entrado en la etapa de ensayo clínico, tres de ellas en

[1] Para más información sobre la labor del Grupo de Trabajo Mundial, véase: http://www.who.int/tb/advisory_bodies/impact_measurement_taskforce/en/index.html.

[2] Véase: http://www.who.int/tb/advisory_bodies/impact_measurement_taskforce/faqs/21_global_focus_countries/en/index.html.

[3] *Measuring progress in TB control: WHO policy and recommendations* [documento de política]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (en imprenta).

fase II. Gracias al compromiso de alianzas publicoprivadas, a la participación de grandes organismos públicos de financiación y a la voluntad de las autoridades reguladoras de acelerar en lo posible la aprobación de nuevos productos, quizá antes de 2015 dispongamos ya de nuevas herramientas. Según un estudio de Treatment Action Group, los fondos destinados en el mundo a investigaciones sobre la tuberculosis pasaron de US$ 363 millones en 2005 a US$ 429 millones en 2006 y US$ 482 millones en 2007. Pero tal incremento no basta. Hará falta un mínimo de US$ 1000 millones al año para respaldar las investigaciones generales que se necesitan para desarrollar y utilizar herramientas más eficaces que ayuden a eliminar la enfermedad.

13. A día de hoy está claro que las metas operativas fijadas para 2005 (detectar al menos un 70% de los casos bacilíferos y lograr una tasa de éxito terapéutico de al menos el 85%) no son objetivos de referencia adecuados para el trabajo que queda por delante. Urge que los Estados Miembros progresen en la mayor medida posible hacia la universalización de los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, y para hacer realidad esta aspiración es indispensable la detección precoz de todos los casos de tuberculosis en cualquiera de sus formas. Detectar con rapidez y tratar eficazmente la enfermedad exigirá también prestar mayor atención a las personas más expuestas a ella y a los determinantes sociales, económicos y clínicos de ese riesgo.[1] Será esencial reforzar los fundamentos de los sistemas de salud, formular políticas audaces para resolver los problemas enumerados más adelante y eliminar los obstáculos financieros que entorpecen la aplicación de tales políticas en todos los niveles del sector de la salud. Los fundamentos del sistema de salud indispensables para reforzar el tratamiento y control de la tuberculosis son los siguientes: recursos humanos adecuados, lo que exige resolver la crisis que paraliza los servicios de salud en muchos países; sistemas reglamentarios y medios para aplicarlos, factores ambos inexcusables para disponer de medicamentos de calidad garantizada y para que todos los agentes de salud los utilicen de modo racional; control de las infecciones transmitidas por el aire en instalaciones de asistencia sanitaria y demás lugares concurridos; ampliación, homologación y garantía de calidad de los laboratorios de apoyo a los servicios de salud pública; sólidas redes de prestación de servicios, que aglutinen a todos los dispensadores de atención sanitaria de los sectores público, privado, empresarial y de beneficencia; sistemas más amplios de información sanitaria, que incluyan un registro de defunciones y medios electrónicos de archivo, notificación y validación de los datos; y, sobre todo, un mayor nivel de conciencia y de demanda expresa por parte de las personas y comunidades afectadas. Además, para hacer realidad la visión de la Alianza Alto a la Tuberculosis, a saber, la de un mundo libre de tuberculosis, también serán necesarias políticas y medidas que trasciendan las atribuciones de los programas de lucha antituberculosa y, de hecho, de todo el sector de la salud, y ayuden a erradicar los principales determinantes de la epidemia de tuberculosis, como son la pobreza, la desnutrición y las condiciones insalubres de vida. La OMS y sus asociados de la Alianza Alto a la Tuberculosis tienen la firme voluntad de ayudar a los Estados Miembros a aplicar plenamente la estrategia Alto a la Tuberculosis y el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015 y de no cejar en su labor de sensibilización para asegurarse de que la lucha contra la enfermedad siga ocupando un lugar importante en los grandes programas políticos.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

14. Se invita al Consejo Ejecutivo a tomar nota del presente informe.

[1] En esos grupos figuran, por ejemplo, las personas extremadamente pobres, las mujeres y los niños, los pueblos indígenas, los trabajadores migrantes, los refugiados y desplazados internos, los fumadores de tabaco, las personas que abusan de sustancias y los afectados por dolencias concomitantes como la malnutrición, la infección por el VIH o la diabetes.

= = =