

## **Control de la tuberculosis: progresos realizados y planificación a largo plazo**

### **Informe de la Secretaría**

1. En la resolución WHA44.8, adoptada en 1991, se fijaron dos metas relativas al control de la tuberculosis en el mundo para el año 2000: detectar el 70% de los casos, y curar al 85% de los enfermos bacilíferos de tuberculosis pulmonar que estuvieran en tratamiento. La definición de niveles tan ambiciosos respondía a la necesidad de obtener resultados epidemiológicos sustanciales cumpliendo metas que, a tenor de la experiencia adquirida sobre el terreno, fueran factibles en países con elevadas tasas de incidencia de tuberculosis. Pese a los notables progresos conseguidos para extender la estrategia de control de la tuberculosis internacionalmente consensuada (la denominada estrategia DOTS), a finales de los años noventa quedó patente que no iban a cumplirse las metas fijadas para 2000, motivo por el cual se alargó el plazo hasta el año 2005. En la resolución WHA58.14, adoptada en 2005, se pedía al Director General que en 2007 informara a la Asamblea de la Salud de los progresos realizados hasta finales de 2005 para cumplir a escala mundial las metas de detectar el 70% de los nuevos casos infecciosos y tratar con éxito el 85% de los detectados.

2. Las estimaciones mundiales de la progresión hacia las metas para 2005 indican una tasa de detección del 60% (en el caso de la cohorte de pacientes diagnosticados en 2005) y un porcentaje de éxitos terapéuticos del 84% (cohorte de pacientes tratados en 2004) en los casos bacilíferos de tuberculosis pulmonar diagnosticados y tratados como parte de la estrategia DOTS (véase el cuadro). En los 11 años que van de 1995 a 2005, los programas DOTS sirvieron para dispensar tratamiento a más de 26 millones de enfermos de tuberculosis.

**Cuadro. Progresión hacia las metas de control de la tuberculosis en 2005**

Región	Progresión hacia las metas en 2005				
	Tasa de detección de casos (en 2005) (%)	Número de países que cumplen la meta de un 70% de casos detectados	Tasa de éxitos terapéuticos (en 2004) (%)	Número de países que cumplen la meta de un 85% de éxitos terapéuticos	Número de países que cumplen ambas metas
África	50	9	74	7	1
Las Américas	65	18	80	7	4
Asia Sudoriental	64	5	87	7	3
Europa	35	13	74	11	5
Mediterráneo Oriental	44	7	83	7	5
Pacífico Occidental	76	15	91	18	8
<b>Total mundial</b>	<b>60</b>	<b>67</b>	<b>84</b>	<b>57</b>	<b>26</b>

La cursiva indica tasas superiores a las metas.

3. Todas las regiones de la OMS han progresado, y la del Pacífico Occidental incluso ha alcanzado y superado ambas metas, aunque hay una considerable variación entre países. Cabe decir que en cualquier país los efectos epidemiológicos previstos sobre las tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad vienen condicionados por la eficacia de los programas nacionales para deparar los índices más altos posibles de detección de casos y de éxito terapéutico. El hecho de conseguir un máximo de efectos epidemiológicos previstos sobre la carga de tuberculosis dependerá, cuando un país no haya cumplido las metas para 2005, de que las alcance lo antes posible, y cuando las haya cumplido, de que se mantenga en los mismos niveles o los supere. Es importante que se logren las metas no sólo a escala mundial si no también en cada región y país por separado.

4. La consecución de tasas mundiales del 60% de detección de casos y del 84% de éxitos terapéuticos para 2005 supone ya un progreso fenomenal en la lucha contra la tuberculosis desde que, en 1991, se fijaron como meta los porcentajes del 70% y el 85% respectivamente. En aquel momento no existía ningún sistema para medir la carga mundial de tuberculosis, y las labores para aplicar la estrategia DOTS en el mundo estaban en sus fases iniciales. A mediados de los años noventa, con el establecimiento del sistema mundial de seguimiento y vigilancia, por primera vez pudieron calcularse las tasas, que resultaron ser de un 11% de detección de casos (1995) y un 77% de éxitos terapéuticos (1994). El índice de detección de casos no sólo ha aumentado sensiblemente en el último decenio, sino que además, desde el 33% en que estaba situado en 2001, se ha casi duplicado en los últimos cinco años. El porcentaje de éxitos terapéuticos también ha ido en aumento, a la vez que se multiplicaba aproximadamente por 10 el número de casos detectados.

5. Los cálculos más recientes sobre la carga mundial de tuberculosis se refieren a los casos surgidos en 2005. De los 8,8 millones de casos estimados, unos 3,9 millones fueron bacilíferos, y 629 000 correspondieron a adultos infectados por el VIH. Murieron de tuberculosis 1,6 millones de personas, entre ellas 195 000 coinfectadas por el VIH. Se calcula que en 2004 hubo en el mundo un total de 424 000 casos de tuberculosis multirresistente. En el transcurso de 2006 han empezado a aparecer informes sobre casos de tuberculosis extremadamente farmacorresistente, cuyo tratamiento depara resultados sensiblemente peores que en el caso de la tuberculosis multirresistente. Hasta la fecha se han comunicado casos en 20 países, en particular Sudáfrica, donde se ha descrito la forma extremadamente farmacorresistente de la enfermedad asociada a la infección por el VIH, combinación que se salda con una elevadísima tasa de mortalidad (98%). A escala mundial, todavía no se sabe en qué proporción los casos de multirresistencia se deben a bacilos extremadamente farmacorresistentes, aunque los Estados Unidos de América, la República de Corea y Letonia comunican porcentajes del 4%, el 15% y el 19% respectivamente.

6. Tras más de un decenio de aumento constante, parece que la tasa de incidencia anual mundial de tuberculosis (por cada 100 000 personas) se ha estabilizado, y quizá haya empezado a disminuir. En cuatro regiones de la OMS (las Américas, Asia Sudoriental, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental), la tasa de incidencia anual se ha mantenido estable o ha ido decreciendo en los últimos diez años. En cuanto a las otras dos regiones (África y Europa), ese índice, aunque lleva más de un decenio aumentando, parece haber alcanzado un nivel máximo. Habida cuenta de los valores extremadamente altos de la tasa de incidencia anual en la Región de África, principalmente en razón de los efectos del VIH, el Comité Regional para África, en su 55ª reunión (agosto de 2005), declaró la tuberculosis emergencia en la Región.

7. Pese a los avances obtenidos en todas las regiones, muchos países aún tienen dificultades para seguir progresando en la lucha contra la enfermedad, debido en particular a: *i*) las limitaciones existentes en cuanto al alcance geográfico de servicios de atención acordes con la estrategia DOTS, el acceso a esos servicios y una buena aplicación de la estrategia; *ii*) el hecho de que el VIH exacerbe la

epidemia de tuberculosis, la aparición en países de todas las regiones de la tuberculosis multirresistente (comprendida la extremadamente farmacorresistente) a consecuencia de prácticas terapéuticas deficientes, y los problemas derivados de factores de riesgo tales como el tabaquismo; *iii*) las propias deficiencias de los sistemas de salud en materia de política general, recursos humanos, financiación, administración, prestación de servicios y sistemas de información; *iv*) la falta de compromiso de todo el espectro de dispensadores de atención sanitaria, en particular los del sector privado; *v*) la insuficiente movilización de los enfermos de tuberculosis y las comunidades para favorecer la detección de casos, promover formas de apoyo centradas en el paciente y fomentar una atención sanitaria de gran calidad, junto con su escasa participación en las alianzas de lucha contra la enfermedad; y *vi*) la insuficiencia de los fondos invertidos en investigaciones que permitan mejorar el uso de las intervenciones de control de la tuberculosis ya existentes y dar con los nuevos medios de diagnóstico, medicamentos y vacunas que con tanta urgencia se necesitan. El tratamiento de la tuberculosis extremadamente farmacorresistente presenta especiales dificultades. En Letonia, por ejemplo, se obtuvo una tasa de curaciones inferior al 30% en una población por lo esencial VIH-negativa, y ello a pesar de la gran calidad de la atención dispensada. Esta forma de tuberculosis también está apareciendo en países donde los programas no funcionan satisfactoriamente desde hace muchos años. Una terapia eficaz exige el uso controlado de medicamentos antituberculosos de segunda línea, que todavía no están disponibles en muchos países.

8. Las fórmulas necesarias para superar estas dificultades constituyen el fundamento de la nueva estrategia Alto a la Tuberculosis de la OMS, cuya meta se cifra en cumplir para 2015 los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente que guardan relación con la tuberculosis y figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. La elaboración de la estrategia vino precedida de un amplio proceso de consultas, cuyos resultados hizo suyos la Alianza Alto a la Tuberculosis, y culminó con su presentación el 17 de marzo de 2006. Sus seis elementos básicos se corresponden con las seis grandes dificultades antes mencionadas: *i*) extender y reforzar la estrategia DOTS, manteniendo a la vez su elevada calidad; *ii*) combatir la tuberculosis asociada al VIH, la tuberculosis multirresistente y los problemas que plantean los factores de riesgo; *iii*) contribuir a reforzar los sistemas de salud; *iv*) implicar a todos los dispensadores de atención sanitaria; *v*) responsabilizar a los enfermos de tuberculosis y las comunidades; y *vi*) posibilitar y fomentar la investigación. La aplicación de la estrategia exige ampliar considerablemente la escala de trabajo y conferir también mayor alcance a las actividades de control de la tuberculosis, aprovechando los progresos realizados en todo el mundo hacia el logro de las metas para 2005.

9. Para cuantificar los efectos previstos de la estrategia sobre la carga de tuberculosis conviene utilizar indicadores específicos (incidencia y prevalencia de la enfermedad y mortalidad por ella), además de seguir empleando indicadores operativos del funcionamiento de los programas (índice de detección de casos y de éxitos terapéuticos). Los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas brindan un marco de referencia y una oportunidad para poner la cooperación internacional al servicio de la salud de las personas pobres. Una de las prioridades a las que se aplican dichos objetivos es la tuberculosis, afección propia de la pobreza que causa la pérdida de más años de vida sana que cualquier otra enfermedad transmisible curable. La meta 8 del sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio, concretamente, reza así: «haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia...». Los indicadores 23 y 24 se refieren específicamente a la tuberculosis. La Alianza Alto a la Tuberculosis ha suscrito los objetivos internacionales vinculados a la meta 8, esto es: reducir a la mitad, para 2015, las tasas de prevalencia de la tuberculosis y de mortalidad por ella (en comparación con los niveles de 1990).

10. La OMS, en su línea de apoyar más vigorosamente a la Alianza Alto a la Tuberculosis, dirigió la preparación del Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015,<sup>1</sup> que fue presentado en el Foro Económico Mundial celebrado en Davos (Suiza) del 25 al 29 de enero de 2006. El Plan es fruto de un amplio proceso de consultas con muy diversos interlocutores, desde organismos gubernamentales hasta círculos universitarios, pasando por la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales y especialistas en la materia. En él se marcan las pautas para aplicar la estrategia Alto a la Tuberculosis y se definen las actividades que en principio deben conducir al logro de las metas internacionales para 2015 en todo el mundo, entre ellas la extensión de las intervenciones contra la tuberculosis multirresistente (en particular mejorando el acceso a fármacos de segunda línea de gran calidad, a precios asequibles, por medio del Comité Luz Verde de la Alianza Alto a la Tuberculosis) y contra la tuberculosis asociada al VIH. En el Plan, que se acompaña de sólidos análisis epidemiológicos y minuciosos estudios presupuestarios, se especifican los recursos necesarios. El presupuesto total para 10 años, que es de US\$ 56 000 millones, se divide en US\$ 47 000 millones para poner en práctica intervenciones ya existentes y US\$ 9000 millones para actividades de investigación y desarrollo. Se calcula que faltan por obtener US\$ 31 000 millones, pues, según se infiere de las actuales tendencias en materia de financiación, de origen tanto nacional como exterior, es probable que se disponga de unos US\$ 25 000 millones.

11. Desde que se pusieron en marcha el Plan Mundial y la estrategia Alto a la Tuberculosis, la OMS ha avanzado considerablemente en la promoción y el apoyo a la ejecución de ambos, en colaboración con otros copartícipes en la Alianza Alto a la Tuberculosis. Asimismo, la Organización sigue de cerca la aplicación del Plan y la estrategia por medio del proyecto de observación, planificación y financiación de la lucha contra la tuberculosis en el mundo. Para apoyar a los países en sus labores de planificación y presupuestación se han organizado talleres regionales para los directivos de los programas nacionales de control de la enfermedad, y se han sometido a análisis estos programas. Se ha ensayado con éxito sobre el terreno una herramienta elaborada por la OMS para ayudar a los países en sus labores de planificación y presupuestación, apoyo que viene marcado por la voluntad de favorecer una estrecha colaboración entre los programas sobre la tuberculosis y los de lucha contra el VIH en los países donde este virus esté alimentando, o amenace con hacerlo, la epidemia de tuberculosis. La OMS coordina actividades destinadas a reforzar la red de laboratorios tanto públicos como privados que desempeñan una función básica en la detección de casos y la vigilancia de la enfermedad, en particular de sus formas farmacorresistentes. El fortalecimiento de los medios de laboratorio es una de las prioridades del grupo mundial de trabajo sobre la tuberculosis extremadamente farmacorresistente convocado por la OMS con el fin de intensificar la lucha contra este problema (Ginebra, 9-10 de octubre de 2006). La Organización, que es uno de los principales artífices de las normas internacionales de tratamiento de la tuberculosis,<sup>2</sup> está promoviendo el uso de esas normas como medio para lograr que los profesionales privados se impliquen en la aplicación de la estrategia Alto a la Tuberculosis. Las actividades de la OMS para conseguir apoyo ciudadano y político a la aplicación del Plan Mundial van desde la sensibilización del gran público hasta la participación de líderes nacionales y mundiales en la campaña para atajar la enfermedad.

12. En su 120ª reunión, el Consejo Ejecutivo reconoció los considerables progresos realizados hacia la consecución de los objetivos fijados para 2005 relativos al control mundial de la tuberculosis, así como la urgente necesidad de ejecutar plenamente el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis,

---

<sup>1</sup> Documento WHO/HTM/STB/2006.35.

<sup>2</sup> Coalición para la Asistencia Técnica contra la Tuberculosis. *International standards for tuberculosis care*. La Haya, Coalición para la Asistencia Técnica contra la Tuberculosis, 2006.

2006-2015, y de aplicar la estrategia Alto a la Tuberculosis a fin de alcanzar los objetivos establecidos para 2015.<sup>1</sup>

### **INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD**

13. Se invita a la Asamblea de la Salud a examinar el proyecto de resolución que figura en la resolución EB120.R3.

= = =

---

<sup>1</sup> Véase en el documento EB119/2006-EB120/2007/REC/2, el acta resumida de la tercera sesión de la 120ª reunión del Consejo.