

Resumen

Antecedentes y métodos

1. El noveno informe anual de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre vigilancia, planificación y financiación de la lucha contra la tuberculosis (TB) incluye datos sobre las notificaciones de casos y los resultados del tratamiento procedentes de todos los programas nacionales de lucha contra la TB (PNT) que han informado a la OMS, así como un análisis de los planes, presupuestos y gastos, y de los progresos de la expansión de la estrategia DOTS en 22 países con alta carga de TB (PACT).

2. En la actualidad se dispone de datos reunidos durante diez años consecutivos (1994–2003), que permiten evaluar los progresos realizados para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relativos a la lucha contra la TB. Las cinco metas de los ODM que guardan relación directa con la lucha antituberculosa son: para 2005, detectar el 70% de los nuevos casos bacilíferos y tratar con éxito el 85% de esos casos; para 2015, haber detenido y comenzado a reducir la incidencia; entre 1990 y 2015, reducir a la mitad las tasas de prevalencia y de mortalidad de la TB.

Mejorar la detección y el tratamiento de los casos

3. Un total de 199 países 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 2003 hubo 8,8 millones de nuevos casos de TB (140/100 000 habitantes), de los cuales 3,9 millones (62/100 000) eran bacilíferos y 674 000 (11/100 000) estaban infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Hubo 15,4 millones de casos prevalentes (245/100 000), de

los cuales 6,9 millones eran bacilíferos (109/100 000). Se estima que 1,7 millones de personas (28/100 000) murieron de TB en 2003, incluidos los casos de coinfección por el VIH (229 000).

5. Ciento ochenta y dos países aplicaron la estrategia DOTS en 2003, dos más que en 2002. A finales de 2003, el 77% de la población mundial vivía en países (o regiones de países) que disponían de cobertura de DOTS. Los programas DOTS notificaron 3,7 millones de casos de TB nuevos y recidivantes, de los cuales 1,8 millones eran nuevos bacilíferos. Entre 1995 y 2003, 17,1 millones de pacientes con TB y 8,6 millones de pacientes bacilíferos recibieron tratamiento en los programas DOTS.

6. Los 1,8 millones de casos bacilíferos notificados por los programas DOTS en 2003 representan una tasa de detección del 45%. El aumento de los casos bacilíferos notificados en el ámbito de los programas DOTS entre 2002 y 2003 (324 000) fue mayor que nunca (el incremento medio anual entre 1995 y 2000 había sido de 134 000). El aumento de las notificaciones fue todavía mayor si se consideran todos los casos de TB: 693 000 entre 2002 y 2003, en comparación con un incremento medio anual de 270 000 en el periodo 1995–2000.

7. Mientras que el número de casos de TB notificados por los programas DOTS parece haber crecido de forma acelerada desde 2000, el número total de casos de TB notificados a la OMS (todas las formas, de todas las fuentes) aumentó muy poco entre 1995 y 2003 (tasa media de detección del 42%). El número de casos bacilíferos notificados por la totalidad de las fuentes ha ido en aumento (tasa de detección del 50% en 2003), pero mucho más lentamente que los notificados en el marco del DOTS.

8. El 63% de los casos bacilíferos adicionales notificados a través de

DOTS en 2003 provenían de tan sólo dos países: China e India. Dos tercios (67%) de los nuevos casos estimados para 2003 que no fueron detectados por medio de los programas DOTS procedían de ocho países: Bangladesh, China, Etiopía, la Federación de Rusia, la India, Indonesia, Nigeria y Pakistán.

9. A medida que los programas DOTS se han extendido geográficamente, la tasa de detección de nuevos casos bacilíferos en las zonas donde se aplica la estrategia DOTS ha permanecido prácticamente constante desde 1995 (media del 52%), aunque hay signos de un lento aumento en los PACT, sobre todo en Bangladesh, Filipinas, la India y Myanmar.

10. La tasa media de éxito del tratamiento en la cohorte de DOTS de 2002 fue del 82%, la misma que se viene observando desde 2000. Como en años anteriores, dicha tasa fue considerablemente inferior a la media en las regiones de África (73%) y Europa (76%). Las bajas tasas de éxito del tratamiento en esas dos regiones pueden atribuirse en parte a la coinfección por el VIH y a la farmacoresistencia, 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.

11. Con base en los casos notificados y las estimaciones de la OMS, 22 países habían alcanzado a finales de 2003 las metas fijadas en materia de detección de casos y éxito del tratamiento. Viet Nam era aún el único miembro del actual grupo de PACT¹ entre ellos, aunque Camboya, Filipinas y Myanmar están a punto de lograrlo.

¹ Perú ha sido excluido del grupo original de PACT, ya que ha alcanzado la metas y la incidencia ha disminuido.

Tendencias epidemiológicas e impacto de la estrategia DOTS

12. En 2003, la tasa de incidencia de TB estaba disminuyendo o era estable en cinco de las seis regiones de la OMS, pero aumentando en todo el mundo a razón de 1,0% al año. La excepción fue la región de África, donde la incidencia ha aumentado con mayor rapidez en los países con mayores tasas de prevalencia de infección por VIH. En Europa Oriental, las tasas de incidencia aumentaron en la década de los noventa, pero alcanzaron su valor máximo en 2001, y desde entonces han disminuido. El aumento de la incidencia mundial se está haciendo más lento debido a la desaceleración de la epidemia de VIH en África, pero aún no está claro cuándo comenzará a disminuir la tasa de incidencia mundial.

13. Hemos calculado que, debido a la expansión de la estrategia DOTS entre 1990 y 2003, la tasa mundial de prevalencia de TB disminuyó de 309 a 245 por 100 000 (incluidos los pacientes tuberculosos con VIH), y en un 5% entre 2002 y 2003, aun cuando la incidencia siguió aumentando. La tasa mundial de mortalidad alcanzó su valor máximo en la década de los noventa y disminuyó al 2,5% (incluidos los pacientes VIH-positivos con TB) o al 3,5% anual (excluidos los pacientes VIH-positivos) entre 2002 y 2003. 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.

Planificación y aplicación de la estrategia DOTS

14. Todos los PACT disponen de un plan estratégico de expansión de la estrategia DOTS; en 2005, muchos comenzarán un nuevo ciclo de planificación con miras a alcanzar la meta de 2015 fijada por los ODM. Si bien los sistemas de salud de numerosos países todavía son objeto de reformas y de reestructuración, todos los PACT, salvo la Federación de Rusia y Tailandia, informaron que las funciones relacionadas con la lucha anti-

tuberculosa están completamente integradas en los servicios de salud esenciales de la nación.

15. Entre los obstáculos con que se enfrenta la expansión de la estrategia DOTS, hay cinco de importancia capital: la escasez de personal capacitado, la falta de compromiso político, la debilidad de los servicios de laboratorio y la gestión inadecuada de la tuberculosis multirresistente (MDR-TB) y de la TB asociada al VIH. Con respecto a la farmacorresistencia, pocos países cuentan con políticas nacionales para el diagnóstico y el tratamiento de la MDR-TB, e incluso en aquellos que disponen de ellas, el tratamiento no suele estar a la altura del nivel exigido. Por lo que se refiere a TB-VIH, los PNT informaron que son pocos los pacientes con TB sometidos a pruebas de detección del VIH (el 3% de los casos notificados), aún menos los evaluados con vistas a la administración de tratamiento antirretrovírico y que sólo una fracción pequeña inicia dicho tratamiento (1347 pacientes en 2003). Este informe examina un amplio abanico de medidas correctivas para superar dichos obstáculos.

16. ISAC (actuaciones y apoyo intensificados en los países) es una nueva iniciativa destinada a catalizar y acelerar la expansión de DOTS con miras a las metas de 2005. Su objetivo consiste en mejorar la capacidad técnica para facilitar el gasto de grandes subsidios del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM) y de otros donantes importantes. En 2004, los participantes fueron China, la Federación de Rusia, la India, Indonesia, Kenya, Pakistán, Rumania y Uganda.

17. Las contribuciones cada vez más importantes de las organizaciones no gubernamentales y de los grupos comunitarios constituyen una clara manifestación del compromiso creciente de la sociedad civil en la lucha contra la TB. El trabajo de esos grupos sitúa a los pacientes en el centro de la estrategia DOTS y mejora el acceso a los servicios relacionados con la TB en zonas remotas y entre las poblaciones desfavorecidas y marginadas.

18. Los proyectos mixtos de carácter publicoprivado y público-público están ejerciendo un impacto perceptible en la detección de casos en varios países asiáticos y podrían llegar a constituir un mecanismo de expansión de los servicios de lucha contra la TB en las ciudades africanas.

Financiación de la expansión de la estrategia DOTS

19. Se ha recibido información financiera de 134 países sobre un total de 211 (64%), en comparación con 123 en 2003. Han presentado datos completos en materia de presupuesto y gasto 70 y 69 países, respectivamente. Se recibieron datos de los 22 PACT, con excepción de Sudáfrica.

20. Desde 2002 ha habido un gran aumento de los presupuestos de los PNT y de la financiación disponible para la lucha antituberculosa en los PACT, en particular entre 2003 y 2004. Los presupuestos de los PNT previstos para 2005 ascienden a US\$ 741 millones. Se calcula que los costos totales de la lucha contra la TB en 2005 serán de US\$ 1,3 mil millones, y los fondos disponibles son de US\$ 1,2 mil millones. El gran aumento de fondos disponibles se debe casi por completo a nuevos recursos proporcionados por los gobiernos de China, la Federación de Rusia e Indonesia, así como a subsidios del FMSTM.

21. Los países que disponen de mayores presupuestos para sus PNT en 2005 son China, la Federación de Rusia, la India e Indonesia. Si también se toman en consideración los costos que no figuran en los presupuestos de los PNT, los costos de China, la Federación de Rusia, la India y Sudáfrica reflejan el 73% del costo total (US\$ 946 millones de US\$ 1,3 mil millones). En otros ocho PACT, los costos totales oscilan entre US\$ 20 y US\$ 50 millones, y en el resto de los PACT ascienden a US\$ 18 millones, o menos.

22. Por paciente tratado, hay variaciones considerables en los presupuestos destinados a medicamentos de primera línea, en los presupuestos de

los PNT y en los costos totales en cada uno de los años del período 2002–2005. Entre los PACT, la India es el país con menor presupuesto de PNT por paciente (US\$ 34). La mayoría de los países tienen presupuestos que van de US\$ 100 a US\$ 200 por paciente, y costos que varían entre US\$ 150 y US\$ 300. La Federación de Rusia y Sudáfrica constituyen excepciones notables, con costos por paciente tratado que superan los US\$ 1000. En general, los presupuestos por paciente tratado son estables o tienden a aumentar, de modo que los costos por paciente tratado también son generalmente estables o tienden al alza.

23. En 2005, el 62% de los presupuestos de los PNT (incluidos los préstamos) será proporcionado por los gobiernos de los PACT, el 15% por el FMSTM, el 7% por subsidios de otras fuentes, con lo que queda un déficit del 16% con respecto a los presupuestos notificados. Los gobiernos de los PACT contribuyen más a los costos totales (79%) que a los presupuestos de los PNT, pues financian el personal y las infraestructuras de los servicios de salud generales utilizados en la lucha contra la tuberculosis. La elevada contribución media de los gobiernos de los PACT a la financiación de la lucha antituberculosa oculta el hecho de que muchos de esos países dependen en gran medida de la financiación bajo la forma de subsidios.

24. A pesar de los progresos realizados en la obtención de fondos adicionales, los PACT acusan un déficit financiero de US\$ 119 millones en 2005, cifra que es superior a las registradas en 2003 y 2004. Los mayores déficit corresponden a China, la Federación de Rusia, la India, Pakistán y Zimbabwe (US\$ 93 millones, es decir, el 78% del déficit total). Proporcionalmente a los presupuestos, los mayores déficit corresponden a Kenya, Nigeria, Pakistán, Uganda y Zimbabwe.

25. En 12 países las actividades planificadas no son compatibles con el logro de la meta de detección de casos para 2005. Además, los presupuestos actuales para las activida-

des de colaboración TB-VIH y para los medicamentos de segunda línea para el tratamiento MDR-TB son pequeños. Esto significa que los déficit notificados por los PNT pueden estar subestimados, y que el total de recursos necesarios para el control de TB será superior a US\$ 1,3 mil millones en el futuro.

26. Una cuestión fundamental para los PACT que han conseguido cuantiosos fondos adicionales es su capacidad de absorberlos. En 2003, los gastos fueron inferiores a los fondos disponibles, y queda por ver si los PNT pueden gastar eficazmente el dinero extra disponible en 2004 y 2005.

27. En materia de financiación, los PACT pueden clasificarse en cuatro categorías: a) cuatro países cuyos presupuestos son compatibles con el logro de las metas para 2005 y que probablemente no tendrán déficit de fondos o, en el caso de que los tengan, serán mínimos (Filipinas, la India, Myanmar, y Viet Nam); b) cuatro países cuyos presupuestos son suficientes, pero que tendrán que encontrar la forma de completar los fondos que les faltan (Camboya y China) o en los que no está claro cuántos casos adicionales se detectarán y tratarán con éxito como resultado de los considerables fondos adicionales de que disponen actualmente (Bangladesh e Indonesia); c) cinco países cuyos planes no se ajustan al logro de las metas para 2005, pero que tienen un pequeño o nulo déficit de fondos, y d) nueve países con un gran déficit de fondos y cuyos planes están por debajo de lo necesario para alcanzar las metas de detección de casos (ocho países) y/o en los que no está claro si los fondos son suficientes para alcanzar el objetivo del éxito del tratamiento. Estos nueve países merecen especial atención por parte de los organismos donantes y de otros organismos de apoyo.

Progresos en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

28. Si se mantiene la mejora en la detección de casos que se produjo

entre 2002 y 2003, la tasa de detección de casos será del 60% en 2005. Para alcanzar la meta del 70%, los programas DOTS deben reclutar pacientes con TB de clínicas y hospitales que no participan en esos programas, especialmente los del sector privado en Asia, y los que están fuera de los límites actuales de los sistemas de salud pública en África. Para lograr la meta del 85% de éxito del tratamiento habrá que hacer un esfuerzo especial por mejorar las tasas de curación en África y Europa Oriental.

29. Nuestro análisis de las tendencias epidemiológicas indica que la tasa de incidencia de la TB sigue aumentando lentamente en todo el mundo, pero que las tasas de prevalencia y de mortalidad están descendiendo. Que la carga de TB pueda disminuir lo suficiente como para alcanzar los ODM en 2015 dependerá de la rapidez con que los diversos prestadores de atención de salud puedan poner en marcha los programas DOTS, y de cuán eficazmente se puedan adaptar esos programas para hacer frente a los retos que suponen la coinfección por VIH (especialmente en África) y a la farmacorresistencia (especialmente en Europa Oriental).

30. La financiación de la lucha mundial contra la TB ha mejorado desde 2002, y en algunos países lo ha hecho de forma espectacular. Algunos PACT disponen ahora de fondos suficientes para alcanzar las metas, pero deben demostrar que son capaces de utilizarlos de forma eficaz, otros no tienen déficit aparente, pero deben comprobar que disponen de suficiente presupuesto, y otros presentan un déficit financiero evidente y deben centrarse en conseguir el dinero necesario para mejorar el rendimiento del programa.

Principales indicadores epidemiológicos y financieros

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS (NIVEL MUNDIAL)	META DE LOS ODM	AÑO DE CONSECUCCIÓN PREVISTO	ESTIMACIÓN 2003	CAMBIO, DEL AÑO DE REFERENCIA A 2003 (%)	AÑO DE REFERENCIA
Detección de casos bajo DOTS (%)	70	2005	45	+7,5	2002
Éxito del tratamiento bajo DOTS (%)	85	2005	82 (cohorte de 2002)	0,0	2001
Tasa de incidencia (por 100 000 por año, excluido VIH)	En descenso	2015	129	+0,6	2002
Tasa de incidencia (por 100 000 por año, incluido VIH)*			140	+1,0	2002
Tasa de prevalencia (por 100 000, excluido VIH)	Mitad del nivel de 1990	2015	240	-22	1990
Tasa de prevalencia (por 100 000, incluido VIH)			245	-21	1990
Tasa de mortalidad (por 100 000 por año, excluido VIH)	Mitad del nivel de 1990	2015	24	-12	1990
Tasa de mortalidad (por 100 000 por año, incluido VIH)			28	-1,6	1990

INDICADORES FINANCIEROS (PACT)	ESTIMACIÓN 2005	CAMBIO, DE 2002 A 2005 (%)	AÑO DE REFERENCIA
Costos totales del control de la TB (en millones de US\$)	1321	+49	2002
Presupuestos de los PNT para el control de la TB (en millones de US\$)	741	+79	2002
Fondos disponibles totales para el control de la TB (en millones de US\$)	1202	+36	2002
Gobierno (excluidos préstamos)	982	+26	2002
Préstamos	56	+102	2002
Subsidios (excluidos los del FMSTM)	55	+29	2002
FMSTM	109	NA	2002
Déficit financiero según los PNT (en millones de US\$)	119	+34	2002
Costos por paciente (US\$) (valores medianos)			
Costo total	213	+22	2002
Presupuesto de los PNT	133	+45	2002
Presupuesto para medicamentos de primera línea	28	-12	2002

* Incluido VIH: incluidos los pacientes con TB VIH-positivos; los indicadores de los ODM para la TB excluyen a los pacientes VIH-positivos, pero estas estadísticas también son útiles en el control de la TB.

NA: no aplicable, puesto que los recursos fueron distribuidos por primera vez en 2003.