Resumen

Antecedentes y métodos

1. Este es el octavo informe anual de la OMS sobre la lucha mundial contra la tuberculosis (TB), en el que se aportan datos de todos los programas nacionales de control de la enfermedad que han informado a la OMS sobre los casos notificados y los resultados del tratamiento, además de un análisis de los planes, presupuestos, gastos y obstáculos a la expansión de la estrategia DOTS (tratamiento breve bajo observación directa) en los 22 países con alta carga de TB (PACT). Actualmente hay datos sobre nueve años consecutivos que permiten evaluar los progresos realizados hacia la consecución de las metas mundiales de detección de los casos (70%) y de éxito del tratamiento (85%).

2. En 2003, a través de las oficinas regionales de la OMS se envió a 210 países un formulario estándar para que informaran de los datos de vigilancia y financieros. En él se pedía información sobre la política y las prácticas de la lucha contra la TB, sobre el número y el tipo de casos de TB notificados en 2002, y sobre los resultados del tratamiento y de su repetición en los casos bacilíferos registrados en 2001. Asimismo se solicitaba información sobre los presupuestos, gastos y fuentes de financiación de los programas nacionales contra la TB (PNT) y acerca de cómo se utiliza la infraestructura sanitaria general en la lucha contra la TB.

3. Mediante entrevistas y un cuestionario distinto, también se pidió a los directores de los programas nacionales de los 22 PACT que resumieran sus planes de lucha contra la TB a partir de 2003, centrándose en las actividades destinadas a aumentar el compromiso político, a ampliar el acceso a la estrategia DOTS, a fortalecer el diagnóstico, a mejorar los resultados del tratamiento, a garantizar suficiente dotación de personal y a mejorar el seguimiento y supervisión del programa. Se les preguntó sobre las actividades de lucha integrada contra la TB y el VIH, la actuación frente a la farmacorresistencia y la creación de alianzas, y se les pidió que señalaran los principales obstáculos a la consecución de los objetivos de la lucha contra la TB.

Mejorar la detección y el tratamiento de los casos de tuberculosis

4. Doscientos un países informaron a la OMS de sus estrategias de lucha contra la TB, así como de las notificaciones de casos y de los resultados del tratamiento.

5. Utilizando las tendencias de las notificaciones de casos para actualizar las estimaciones de la incidencia, hemos calculado que en 2002 hubo 8,8 millones de nuevos casos de TB, de los cuales 3,9 millones fueron bacilíferos. La tasa mundial de incidencia de TB (per cápita) creció en aproximadamente un 1,1% anual, y el número de casos en un 2,4% anual. El crecimiento de la notificación de casos ha sido mucho más rápido en los países africanos con alta prevalencia de infección por el VIH y en Europa oriental (sobre todo en la antigua Unión Soviética), aunque se ha frenado en ambas regiones desde mediados de la década de los noventa.

6. En 2002 se sumaron 25 nuevos países a los que aplican la estrategia DOTS, con lo cual la cifra actual es de 180 (de un total de 210). Los PNT informaron que a finales de 2002 el 69% de la población mundial vivía en países (o zonas de países) cubiertos por la estrategia DOTS. Los programas DOTS notificaron 3 millones de nuevos casos de TB, de los cuales 1,4 millones eran bacilíferos. Entre 1995 y 2002 se trataron en los programas DOTS 13,3 millones de pacientes con TB y 6,8 millones de pacientes bacilíferos.

7. Los 1,4 millones de casos bacilíferos notificados por los programas DOTS en 2002 representan un 37% de la incidencia estimada, o sea, poco más de la mitad del objetivo propuesto (70%). El aumento de los casos bacilíferos notificados a través de los programas DOTS entre 2001 y 2002 (214 656) fue mayor que la media de 1995 a 2000 (134 157). El aumento de las notificaciones fue más acusado con respecto a la totalidad de los casos de TB, que aumentó en 610 228 entre 2001 y 2002, en comparación con un aumento anual de 269 268 en el período 1995-2000. No obstante, para alcanzar en 2005 la detección del 70% de los casos, en cada uno de los años que van de 2003 a 2005 habrá que encontrar a otros 1,04 millones de casos de TB y a 433 000 casos bacilíferos.

8. Aunque el crecimiento del número de casos de TB notificados por los programas DOTS parece haberse acelerado desde 2000, el número total de casos de TB notificados a la OMS ha aumentado muy poco entre 1995 y 2002 (tasa media de detección del 46%). El número de casos bacilíferos notificados por todas las fuentes ha estado en aumento (tasa de detección del 44% en 2002), pero mucho más lentamente que el de los notificados a través de los programas DOTS. En caso de que estas tendencias se mantengan, todos los casos notificados a la OMS en 2005 lo serán a través de los programas DOTS y todos los pacientes detectados por los sistemas de salud pública en todo el mundo recibirán el tratamiento

estándar recomendado, pero el reservorio de tales casos se habrá agotado antes de que se alcance la meta de detección de casos.

9. El 28% de los casos bacilíferos adicionales notificados a través de los programas DOTS en 2002 se detectaron en la India. También hubo aumentos menores, pero aparentemente significativos, de la detección de casos en Sudáfrica (12% del aumento total), Indonesia (10%), Pakistán (4%), Bangladesh (3%) y Filipinas (3%). En conjunto, estos seis países aportaron más del 60% de los casos adicionales detectados en 2002.

10. A medida que los programas DOTS se han extendido geográficamente, la tasa de detección de casos bacilíferos a través de ellos ha permanecido prácticamente constante desde 1996 (media del 49%), aunque hay signos de un lento incremento en los PACT, liderados por la India, Indonesia, Bangladesh y las Filipinas.

11. El éxito del tratamiento en los programas DOTS fue del 82% por término medio en la cohorte de 2001, o sea, el mismo que en la cohorte de 2000. Igual que en años anteriores, el éxito del tratamiento fue considerablemente inferior a la media en la Región de África (71%) y en Europa oriental (70%). El escaso éxito del tratamiento en estas dos regiones puede atribuirse, en parte, a las complicaciones de la coinfección por VIH y a la farmacorresistencia, respectivamente, pero el fracaso de los PNT a la hora de supervisar el resultado del tratamiento en todos los pacientes es igualmente importante.

12. Con base en los casos notificados y en las estimaciones de la OMS, 18 países habían alcanzado los objetivos de detección y curación de los casos a finales de 2002. Sin embargo, entre estos países sólo había un PACT: Viet Nam.

Planificación y aplicación de la estrategia DOTS

13. Los 22 PACT habían formulado un plan general de expansión de la estrategia DOTS a finales de 2003. Varios países, entre ellos la India e Indonesia, habían hecho planes detallados para mejorar considerablemente la cobertura de los programas DOTS, la detección de casos y la calidad del programa. No obstante, la planificación estratégica para superar los obstáculos al control de la TB sigue siendo débil en varios países con bajas tasas de detección de casos.

14. Los seis obstáculos identificados con mayor frecuencia fueron la inexistencia de personal cualificado; el escaso seguimiento y evaluación; la infraestructura insuficiente; la debilidad de los servicios de laboratorio; el fracaso de los programas DOTS a la hora de atraer a los médicos privados y a otros profesionales de la sanidad pública, y la descentralización incompleta. Los recursos necesarios para superar estos obstáculos incluyen la elaboración de planes de dotación de personal para la lucha contra la TB que sean coherentes con los planes de fortalecimiento del personal sanitario en general; los proyectos y planes mixtos, públicos y privados, para involucrar a otros profesionales sanitarios y servicios públicos, y el fortalecimiento de la capacidad local, así como la provisión de financiación suficiente para ello, en países con sistemas de salud descentralizados. La cooperación intersectorial será esencial para superar los obstáculos que están fuera del pleno control de los PNT.

15. La efectividad de la estrategia DOTS y las perspectivas de su expansión también se ven limitadas por los fallos del suministro de fármacos, la calidad variable de estos y la inexistencia de políticas farmacéuticas. Una de las consecuencias de esto es la propagación de la farmacorresistencia. Parte de la solución consistirá en integrar las pruebas de determinación de la sensibilidad a los fármacos en los programas DOTS, normalizar los regímenes terapéuticos para pacientes cuyo tratamiento previo haya fracasado y garantizar que haya fármacos de segunda línea para los pacientes con TB multirresistente y que esos fármacos se utilicen debidamente.

16. Aunque la estrategia DOTS debe seguir siendo parte esencial de la política de lucha contra la TB, será necesaria una gama más amplia de intervenciones para reducir la carga de TB en los países más afectados por el VIH/SIDA, especialmente los de África occidental y meridional. Las intervenciones recomendadas se explican en el documento de la OMS «*Interim Policy on Collaborative TB/HIV Activities*», pero hasta la fecha sólo se están llevando a cabo a pequeña escala, distrital o regional, más que nacional.

Financiación de la expansión de la estrategia DOTS

17. Se recibieron datos financieros de 123 países, 77 de los cuales (entre ellos 17 PACT) proporcionaron datos completos sobre los presupuestos de 2003, y 74 (entre ellos 15 PACT) datos completos y desagregados sobre los gastos realizados en 2002.

18. En 2002, el gasto en la lucha contra la TB en los PACT fue de US$ 834–884 millones, o sea, inferior al gasto previsto de US$ 976 millones, suma que, según nuestras estimaciones, hubiera sido necesaria para lograr la detección del 70% de los casos en 2005. El costo total estimado para 2003 en los PACT ascendió a aproximadamente US$ 1000 millones, lo cual representa un aumento de alrededor de US$ 150 millones con respecto a los gastos de 2002, pero probablemente siga siendo insuficiente para lograr la meta de detección de casos propuesta para 2005.

19. En 14 PACT, el costo por paciente tratado osciló entre US$ 125 y 380;

en otros tres (Brasil, Federación de Rusia y Sudáfrica) fue significativamente mayor (>US$ 700), debido a que los precios del trabajo y del capital son elevados, o a que se basan más en la asistencia hospitalaria. El costo por paciente aumentó entre 2002 y 2003 en todos los PACT que proporcionaron datos relativos a ambos años. Las causas de este aumento estaban claras en algunos presupuestos (por ejemplo, una encuesta de prevalencia en Viet Nam y compra de equipamiento en Myanmar), pero no en todos.

20. En 2003 los gobiernos de los PACT contribuyeron (de fondos y préstamos nacionales) con un 70% de los fondos asignados a los presupuestos de sus PNT y un 87% de los costos totales. Sin embargo, las contribuciones de los gobiernos a los costos totales variaron entre el 0% (Afganistán) y el 100% (Brasil, por ejemplo), con tendencia a ser mayores en los países más ricos. Las subvenciones externas contribuyeron con aproximadamente la mitad o más de los presupuestos de los PNT del Afganistán, Bangladesh, Etiopía, el Pakistán, la República Democrática del Congo y la República Unida de Tanzanía.

21. El déficit global de financiación notificado por los PACT fue de US$ 41 millones en 2003 (se excluyen Sudáfrica y Zimbabwe, de los que no había datos), o sea, aproximadamente un 4% de los costos totales, aunque este porcentaje fue mucho mayor en los países más pobres. Entre 2002 y 2003, el déficit de financiación se redujo en siete países, debido sobre todo al aumento de la financiación por los gobiernos (incluidos los préstamos) y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM). En cinco países aumentó porque se planificaron más actividades (no financiadas) para acelerar la expansión de la estrategia DOTS.

22. A finales de 2003, el FMSTM había aprobado subvenciones (para períodos de hasta cinco años) por valor de US$ 608 millones para actividades de lucha contra la TB, y de US$ 319 millones para actividades de lucha integrada contra la TB y el VIH, en 56 países. El total para los dos primeros años es de US$ 294 millones para la lucha contra la TB y de US$ 90 millones para la lucha integrada contra la TB y el VIH. Aproximadamente un 70% del total combinado se destina a los PACT. Aunque las subvenciones del FMSTM representarán una importante contribución a la lucha contra la TB en algunos países, el desembolso del dinero ha sido lento.

23. Calculamos que si se quieren alcanzar los objetivos de detección y curación de casos para 2005, en 2004 habrá que gastar US$ 950 millones en 21 PACT (todos, excepto la Federación de Rusia), y US$ 1100 millones en 2005, en comparación con los US$ 650 millones gastados en 2002 y los US$ 850 millones presupuestados para 2003. La Federación de Rusia presentó un presupuesto de aproximadamente US$ 400 millones para 2004, de los cuales todavía no se ha conseguido la mitad. El plan de Rusia para el quinquenio 2003-2007 contiene cifras similares para 2005.

Conclusiones

24. La tasa mundial de detección de casos bacilíferos fue del 37% en 2002, lo cual representa poco más de la mitad del objetivo propuesto (70%), y aumentó más rápidamente que en cualquier momento desde 1995. Basándonos en las tendencias recientes, esperamos que la tasa de detección de casos sea de aproximadamente un 50% en 2005, momento en que todos los pacientes con TB notificados al sector público recibirán el tratamiento estándar recomendado internacionalmente por los programas DOTS. La detección de casos bacilíferos por los programas DOTS podría aumentar del 37% al 50% simplemente garantizando que el diagnóstico y el tratamiento de los casos de TB conocidos en las Américas, Europa y Asia Sudoriental se ajusten a los estándares DOTS. Superar una tasa de detección de casos del 50% será un reto porque la tasa de notificación de la totalidad de los casos de TB por las autoridades de salud pública ha permanecido estable durante muchos años y porque los programas DOTS probablemente hayan agotado esta aportación de casos en 2005. Después de 2005, y a ser posible antes, los programas DOTS y las autoridades de salud pública deben comenzar a reclutar pacientes de las clínicas y hospitales no participantes, en particular en el sector privado en Asia y más allá de los límites actuales de los sistemas de salud pública en África. Se deberá hacer un esfuerzo especial para mejorar las tasas de curación en África.

25. Para alcanzar estos objetivos, los gobiernos y los PNT necesitarán darle a la planificación un enfoque más estratégico, ajustar mejor los presupuestos a los planes y ajustar las actividades de recaudación de fondos a presupuestos realistas. Esto está ocurriendo ya en algunos PACT, pero no en todos. Si los desembolsos del FMSTM se pudieran realizar de forma más expedita, el Fondo podría hacer una importante contribución a la lucha contra la TB en algunos de los PACT más pobres, cuyos gobiernos no pueden apoyar adecuadamente la lucha contra la TB. Los PACT han planeado gastar un total de US$ 150 millones adicionales en 2003 (en comparación con 2002), lo cual será casi seguramente muy poco para ponerlos en el camino de lograr la detección del 70% de los casos en 2005.