

Resultados principales

La epidemia mundial de tuberculosis

La tuberculosis (TB) sigue siendo una importante causa de muerte en todo el mundo, pero la epidemia mundial está a punto de empezar a disminuir

1. Se calcula que en 2005 hubo 8,8 millones de nuevos casos de TB, de los cuales 7,4 millones en Asia y África subsahariana. La TB causó la muerte de 1,6 millones de personas, entre ellas 195 000 infectadas por el VIH.
2. Las tasas mundiales de prevalencia y mortalidad de la TB probablemente han estado en descenso durante varios años. En 2005, la tasa de incidencia se mantuvo estable o disminuyó en las seis regiones de la OMS y en todo el mundo. Sin embargo, el número absoluto de nuevos casos siguió aumentando lentamente, debido a su aumento en las regiones de África, Mediterráneo Oriental y Asia Sudoriental.

El DOTS y la estrategia Alto a la Tuberculosis

La mayoría de los servicios de salud estatales reconocen que la lucha contra la TB debe ir más allá del DOTS, pero la estrategia más amplia de Alto a la Tuberculosis todavía no está en pleno funcionamiento en la mayoría de los países

3. Entre 1980 y 2005 se notificaron a la OMS más de 90 millones de casos de TB; entre 1995 y 2005 los programas de DOTS notificaron 26,5 millones de casos, y entre 1994 y 2004 registraron 10,8 millones de nuevos casos bacilíferos en tratamiento.
4. En 2005, el DOTS, sobre el que asienta la estrategia Alto a la Tuberculosis, se estaba aplicando en 187 países; el 89% de la población mundial vivía en zonas donde los servicios de salud públicos habían puesto en práctica el DOTS.
5. En 2005 se notificaron 5 millones de episodios de TB (casos nuevos y recidivas) en 199 países o zonas; los programas de DOTS notificaron 2,3 millones de nuevos casos de TB pulmonar bacilífera, y en 2004 se registraron 2,1 millones de casos en tratamiento.
6. La existencia de personal capacitado y muy motivado es fundamental para todo programa de salud pública, pero los planes de desarrollo de recursos humanos elaborados por los programas nacionales de lucha contra la TB (PNT) en 2005–2006 tuvieron una calidad muy variable. De los 22 países con alta carga de TB (PAC), siete (entre ellos cinco africanos) tenían planes de alcance reducido o que aún estaban en desarrollo.
7. El diagnóstico rápido y el tratamiento eficaz requieren laboratorios que funcionen a pleno rendimiento y un suministro fiable de medicamentos. A pesar de algunas mejoras, hubo en todas las regiones de la OMS

PNT que notificaron agotamiento de las existencias de medicamentos, escasez de laboratorios, control deficiente de la calidad y escasez de servicios donde se pudieran realizar cultivos y pruebas de sensibilidad a los antibióticos. Muchos PNT pidieron más asistencia técnica a organismos externos.

8. En 2005 los programas de DOTS notificaron cerca de 5 millones de pacientes con TB, y se espera que el número total de casos diagnosticados y tratados en 2006 se ajuste aproximadamente al Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006–2015. Sin embargo, la tasa de detección de casos bacilíferos en los programas de DOTS en 2005 osciló en las diferentes regiones de la OMS entre el 35% en Europa y el 76% en el Pacífico Occidental, y es probable que estas variaciones persistan en 2006.
9. El número de pacientes VIH-positivos y de pacientes con TB multirresistente diagnosticados y tratados en 2005 aumentó, pero siguió siendo muy inferior al propuesto en el Plan Mundial para 2006. La realización de pruebas de detección del VIH en pacientes con TB está aumentando rápidamente en la Región de África, pero los esfuerzos realizados para detectar la TB en pacientes infectados por el VIH han sido escasos, a pesar de que se trata de un método relativamente eficiente de identificación de casos. Todavía no existe una amplia disponibilidad de servicios que permitan diagnosticar y tratar la TB multirresistente, incluyendo la TB extremadamente resistente (XDR-TB); tampoco se conoce la magnitud mundial del XDR-TB problema.
10. La tasa de éxito del tratamiento de los pacientes con TB multirresistente en proyectos aprobados por el Comité Luz Verde estuvo cerca al 60%, cifra más elevada que la registrada en proyectos no aprobados por dicho comité.
11. La estrategia Alto a la Tuberculosis es un mecanismo para establecer vínculos entre los PNT, los proveedores de salud y las comunidades. A pequeña o mediana escala, se ha demostrado que las conexiones establecidas a través de la atención antituberculosa en la comunidad (DOTS comunitario), la participación mixta publicoprivada en el DOTS (PPM) y el Enfoque práctico de la salud pulmonar (PAL) han mejorado el acceso al diagnóstico y al tratamiento. Sin embargo, todavía no ha habido ningún país que haya conseguido poner todas estas actividades en pleno funcionamiento a escala nacional.
12. Pocos PNT tienen una visión general de la investigación sobre la TB en sus países, y pocos disponen de la financiación y del personal capacitado necesarios para llevar a cabo investigaciones operativas esenciales.

Financiación de la lucha contra la TB

Aunque los fondos disponibles para la lucha contra la TB han aumentado muchísimo desde 2002 y alcanzado los US\$ 2000 millones en 2007, las intervenciones a la escala que requiere el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis costarían US\$ 1100 millones más en 2007

13. Los análisis financieros que figuran en este informe se basan en los datos de 90 países que representan el 90% de los nuevos casos de TB estimados en 2005, y entre los cuales se encuentran los 22 PAC y 84 de los países considerados en el Plan Mundial.
14. En los 90 países analizados, los presupuestos de los PNT para 2007 ascienden a US\$ 1600 millones, y el costo total (presupuestos de los PNT más costos de personal y de infraestructura del sistema de salud general utilizados para el tratamiento de la TB) a US\$ 2300 millones. Teniendo en cuenta que los fondos disponibles son US\$ 2000 millones, el déficit financiero es de US\$ 300 millones.
15. Si los planes de los países coincidieran con el Plan Mundial, el déficit financiero en 2007 sería mucho más elevado. El Plan Mundial en 84 países costaría US\$ 3100 millones en 2007, esto es, US\$ 1100 millones más que los fondos disponibles. La diferencia entre el Plan Mundial y los fondos disponibles en los 22 PAC es de US\$ 800 millones.
16. El costo del Plan Mundial es superior al de los presupuestos de los países, sobre todo porque prevé más actividades en el manejo de TB/VIH y de promoción, comunicación y movilización social (ACSM), especialmente en las regiones de África y Asia Sudoriental. Aunque algunos costos de las actividades colaborativas TB/VIH son cubiertas por los programas de lucha contra el VIH/SIDA (p.ej., el tratamiento antirretrovírico), los PNT se proponen llevar a cabo menos actividades que las previstas en el Plan Mundial. El Plan Mundial prevé un gran presupuesto para actividades de promoción, comunicación y movilización social, pero en ausencia de orientación sistemática en 2006 (se publicará en 2007), los presupuestos de los PNT fueron generalmente pequeños y las actividades desiguales.
17. En los 22 PAC se pueden evaluar las tendencias presupuestarias en el periodo 2002–2007. Los presupuestos de los PNT aumentaron de poco más de US\$ 500 millones en 2002 a US\$ 1250 millones en 2007. Los costos totales aumentaron de US\$ 644 millones en 2002 a US\$ 1650 millones en 2007. La financiación aumentó de US\$ 644 millones en 2002 a US\$ 1400 millones en 2007 (US\$ 241 millones de los donantes, incluidos US\$ 168 millones del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y US\$ 1200 millones de los gobiernos nacionales).

18. En 2007, tres cuartos de los presupuestos de los PNT de los PAC correspondieron a seis países: Brasil, China, la Federación de Rusia, la India, Indonesia y Sudáfrica.
19. Entre 2002 y 2007 hubo grandes aumentos de la financiación nacional en China, la Federación de Rusia y Sudáfrica; en otros países, la mayor parte del aumento de la financiación procedió del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.
20. En 2005, 11 de los 19 PAC que proporcionaron datos, entre ellos Brasil, China, la India, Myanmar y Viet Nam, gastaron el 90% o más de los fondos disponibles. Afganistán y Pakistán gastaron menos de la mitad de esos fondos. Kenya, Mozambique y la República Unida de Tanzania gastaron al menos dos tercios de sus fondos en 2005, en comparación con menos de la mitad en 2004.
21. El aumento del gasto se asoció estrechamente al aumento de la detección de los casos en Bangladesh, China, la India, Indonesia, Kenya, Myanmar, la República Democrática del Congo y Nigeria. Sin embargo, no hubo una relación sistemática entre el aumento del gasto y la mejora de la detección de los casos en todos los PAC. La relación entre el gasto y la detección de los casos tiene que investigarse y analizarse país por país.
22. Los PNT de la mayoría de los PAC tienen planes estratégicos a plazo medio (p.ej., 5 años) para el control de la TB. En un pequeño número de países, como Brasil, China (con la excepción del tratamiento de la TB multirresistente), Kenya, Filipinas y Viet Nam, esos planes se ajustan al Plan Mundial. Otros países necesitan un mayor acercamiento entre sus presupuestos y el Plan Mundial.

Los progresos hacia los objetivos y metas

Más de 26 millones de pacientes con TB han sido tratados bajo DOTS, pero los programas de lucha contra la TB por poco no han alcanzado las metas mundiales de detección y curación para 2005, y no están en el buen camino para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015

23. Las metas mundiales de la OMS para 2005, consistentes en lograr la detección de un 70% de los casos y la curación del 85% en los programas de DOTS, no se alcanzaron por poco: la detección de casos fue del 60% (IC95%: 52%–69%) y el éxito del tratamiento del 84%. No obstante, en la Región del Pacífico Occidental se alcanzaron ambas metas, y en la Región de Asia Sudoriental el éxito del tratamiento superó el 85%.
24. En 26 países, entre ellos China, Filipinas y Viet Nam, se alcanzaron ambas metas; en 67 se logró detectar al menos el 70% de los casos en 2005, y en 57 se logró el éxito del tratamiento en el 85% o más de los casos de la cohorte de 2004.

25. Si la tasa mundial de incidencia de la TB está efectivamente disminuyendo, ya se ha cumplido el Objetivo de Desarrollo del Milenio número 6 (Meta 8), más de 10 años antes de la fecha prevista (2015).
26. Aunque la carga de TB puede estar disminuyendo a nivel mundial, la disminución no es suficientemente rápida como para que se puedan alcanzar las metas de impacto fijadas por la Alianza Alto a la Tuberculosis: reducir las tasas de prevalencia y mortalidad de 1990 a la mitad en 2015. Las regiones de las Américas, Asia Sudoriental y Pacífico Occidental están en el buen camino para alcanzar estas metas, pero no ocurre lo mismo con las de África, Europa y Mediterráneo Oriental. La probabilidad de que los países y regiones alcancen estas metas aumentará si consiguen aumentar los presupuestos y ajustar sus actividades al Plan Mundial.
27. Hay que lograr una mejora sistemática de los procedimientos de recopilación de datos financieros y epidemiológicos, así como de otras informaciones sobre el desempeño de los programas. La vigilancia y monitorización integrales y las encuestas bien diseñadas son requisitos imprescindibles para una evaluación precisa de los progresos realizados en materia de control de la TB.