

Informe mundial sobre la tuberculosis 2017

Sinopsis

El objetivo del *Informe Mundial sobre la Tuberculosis* que publica la OMS consiste en proporcionar una evaluación completa y actualizada de la epidemia de tuberculosis (TB) y de los progresos realizados con respecto a su atención y prevención en los ámbitos mundial, regional y nacional.¹ Esto se hace en el contexto de las estrategias mundiales recomendadas sobre TB y sus metas, así como de los objetivos de desarrollo generales, que para el periodo 2016–2035 son la Estrategia Fin a la Tuberculosis de la OMS y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas, que comparten el objetivo común de poner fin a la epidemia mundial de TB.

Las metas específicas establecidas en la Estrategia Fin a la Tuberculosis consisten en reducir su mortalidad en un 90%, y su incidencia (nuevos casos anuales) en un 80% de aquí a 2030, en comparación con las cifras de 2015. Para alcanzarlas es necesario que se presten servicios de atención y prevención de la TB en el contexto más general de la cobertura sanitaria universal, que se adopten medidas multisectoriales para hacer frente a las consecuencias y los determinantes sociales y económicos de la enfermedad, y que de aquí a 2015 se hagan avances tecnológicos que permitan que la incidencia disminuya a un ritmo más rápido que hasta ahora.

En general, el panorama más reciente se caracteriza por una carga de enfermedad que sigue siendo elevada y unos progresos que no son lo suficientemente rápidos para alcanzar las metas fijadas ni hacer grandes avances para colmar las lagunas persistentes.

La TB es la novena causa mundial de muerte y la primera por enfermedades infecciosas, por encima del VIH/sida. En 2016 la cifra estimada de muertes por TB fue de 1,3 millones (frente a los 1,7 millones de 2000) en personas VIH-negativas, y de 374 000 en personas VIH-positivas.² La cifra estimada de personas que contrajeron la TB ese mismo año fue de 10,4 millones: el 90% eran adultos y el 65% del sexo masculino, el 10% eran personas infectadas por el VIH (74% en África) y el 56% vivían en cinco países: India, Indonesia, China, Filipinas y Pakistán.³

La TB farmacorresistente sigue siendo una amenaza. En 2016 hubo 600 000 nuevos casos resistentes a la rifampicina (TB-RR), el fármaco de primera línea más eficaz; 490 000 de ellos tenían TB multirresistente (TB-MR).⁴ Cerca de la mitad (47%) de estos casos se produjeron en la India, China y la Federación de Rusia.³

El ritmo de disminución anual es de aproximadamente un 3% para la tasa mundial de mortalidad y un 2% para la incidencia; el 16% de los casos de TB mueren por esta causa. Estas cifras tendrían que aumentar al 4–5% y 10% anual, respectivamente, para que se pudieran alcanzar las metas fijadas para 2020 en la Estrategia Fin a la TB.

La mayoría de las muertes por TB podrían evitarse con un diagnóstico precoz y un tratamiento apropiado. Cada año se diagnostican y tratan eficazmente millones de personas con TB, lo que evita millones de muertes (53 millones entre 2000 y 2016), pero sigue habiendo grandes lagunas en la detección y el tratamiento.

En 2016 se notificaron 6,3 millones de nuevos casos de TB (frente a los 6,1 millones de 2015), lo que equivale al 61% de la incidencia estimada de 10,4 millones; los datos más recientes sobre los resultados del tratamiento muestran una tasa mundial de éxitos terapéuticos del 83%, similar a la de los últimos años. Se notificaron 476 774 casos de TB en pacientes VIH-positivos (46% de la incidencia estimada), de los cuales el 85% estaban en tratamiento con antirretrovíricos. Se inició un tratamiento contra la TB farmacorresistente en 129 689 casos, lo que representa un

¹ Desde 1997, la OMS viene publicando anualmente un *Informe mundial sobre la tuberculosis*.

² Cuando una persona VIH-positiva muere por TB, la causa subyacente se clasifica como VIH según el sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

³ Los países se enumeran por orden decreciente de su número de casos incidentes.

⁴ La TB-MR se define como la resistencia a los dos fármacos de primera línea más eficaces: la isoniazida y la rifampicina.

pequeño aumento con respecto a los 125 629 casos de 2015, pero solo un 22% de la incidencia estimada; el éxito del tratamiento sigue siendo bajo: 54% a nivel mundial.

Para hacer grandes avances con respecto a estas lagunas hay que progresar en un subgrupo particular de países con gran carga de TB. Diez países representaron el 76% de la diferencia total entre la incidencia y los casos notificados de TB; los tres primeros fueron la India (25%), Indonesia (16%) y Nigeria (8%).⁵ Otros 10 países representaron el 75% de la diferencia entre la incidencia de TB farmacorresistente y los casos en que se inició un tratamiento; la India y China representaron el 39% de la diferencia mundial.⁶ La mayoría de las lagunas relacionadas con la TB asociada al VIH correspondieron a la Región de África.

El tratamiento profiláctico de la TB está en expansión, sobre todo en los dos grupos de riesgo prioritarios: infectados por el VIH y menores de 5 años. Sin embargo, la mayoría de los candidatos a dicho tratamiento no están teniendo acceso a él.

La financiación para la atención y la prevención de la TB viene aumentando desde hace más de 10 años, pero sigue existiendo un déficit (US\$ 2300 millones en 2017). El gasto sanitario total tampoco satisface los recursos necesarios para lograr la cobertura sanitaria universal. Para subsanar estos déficits son necesarios más recursos, tanto de fuentes nacionales (especialmente en los países de ingresos medios) como de donantes internacionales (especialmente en los países de ingresos bajos).

Otros factores más generales que influyen en la epidemia de TB son la pobreza, la infección por VIH, la desnutrición y el tabaquismo. La mayoría de los países con gran carga de TB tienen ante sí grandes retos para alcanzar las metas de los ODS relacionados con estos y otros determinantes.

La investigación y desarrollo de nuevos productos diagnósticos, fármacos, regímenes terapéuticos y vacunas progresa, pero lentamente. Para que haya alguna posibilidad de lograr los avances tecnológicos necesarios para 2025 habrá que incrementar las inversiones en investigación y desarrollo.

La Conferencia Ministerial Mundial de la OMS para poner fin a la TB en la era de los ODS, celebrada en noviembre de 2017, y la primera reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre TB, que tendrá lugar en 2018, constituyen una oportunidad histórica para impulsar el compromiso político necesario para intensificar la lucha contra la TB y poner al mundo y a los diferentes países en la senda para acabar con la epidemia de esta enfermedad.

OTROS PUNTOS DESTACADOS DEL INFORME

Introducción

La principal fuente de datos para el informe son las rondas anuales de recopilación mundial de datos sobre la TB llevadas a cabo desde 1995 por el Programa Mundial contra la Tuberculosis de la OMS, así como las bases de datos que mantienen otros departamentos de la OMS, el ONUSIDA y el Banco Mundial. En la ronda de 2017 se obtuvieron datos de 201 países y territorios que representan más del 99% de la población mundial y de los casos de TB.

Los ODS y la Estrategia Fin a la Tuberculosis

Las primeras metas de la Estrategia Fin a la Tuberculosis están fijadas para 2020 y consisten en reducir las muertes por TB en un 35% y la incidencia de la enfermedad en un 20%, en comparación con las cifras de 2015, y en lograr que ningún paciente con TB ni su familia tenga que hacer frente a gastos catastróficos a consecuencia de esta enfermedad.

El monitoreo de indicadores específicos de la TB está bien establecido a nivel mundial y nacional. Por ejemplo, desde 1995 se viene realizando a nivel mundial y nacional un monitoreo normalizado de las notificaciones de casos de TB y de los resultados de su tratamiento, y desde hace más de un decenio la OMS viene publicando anualmente las estimaciones de la incidencia y la mortalidad de la TB.

En 2017 la OMS ha elaborado el marco de monitoreo de la TB en el contexto de los ODS, en el que figuran 14 indicadores que están asociados a la incidencia de la TB y relacionados con siete ODS. Hay siete indicadores relacionados con el ODS 3 (salud y bienestar): cobertura de

⁵ Estos diez países fueron, por orden decreciente de la diferencia: India, Indonesia, Nigeria, Filipinas, Sudáfrica, Pakistán, Bangladesh, República Democrática del Congo, China y República Unida de Tanzania.

⁶ Estos diez países fueron, por orden decreciente de la diferencia: India, China, Federación de Rusia, Indonesia, Filipinas, Pakistán, Nigeria, Ucrania, Myanmar y Uzbekistán.

servicios de salud esenciales; porcentaje del gasto sanitario total correspondiente a gastos directos; gasto sanitario per cápita; prevalencia del VIH; prevalencia del tabaquismo; prevalencia de la diabetes, y prevalencia del trastorno por consumo de alcohol. Los otros siete están relacionados con los ODS 1, 2, 7, 8, 10 y 11: proporción de la población que vive por debajo del umbral internacional de la pobreza; proporción de la población cubierta por sistemas o niveles mínimos de protección social; prevalencia de desnutrición; proporción de la población cuya fuente primaria de energía consiste en combustibles y tecnología limpios; producto interno bruto per cápita; índice de Gini de desigualdad de ingresos, y proporción de la población urbana que vive en tugurios.

Carga de TB

La mayor parte del número estimado de casos incidentes en 2016 correspondió a las Regiones de Asia Sudoriental (45%), África (25%) y Pacífico Occidental (17%); las proporciones fueron menores en las Regiones del Mediterráneo Oriental (7%), Europa (3%) y las Américas (3%).

En 2016, el número relativo anual de casos incidentes de TB en función del tamaño de la población fue muy variable según los países: de menos de 10 por 100 000 en la mayoría de los países de ingresos altos a 150–300 en la mayoría de los 30 países con gran carga de TB, y más de 500 en unos pocos países, como Filipinas, Lesotho, Mozambique, la República Popular Democrática de Corea y Sudáfrica.

Por regiones de la OMS, la reducción más rápida de la incidencia de TB corresponde a la Región de Europa (4,6% entre 2015 y 2016). La reducción desde 2010 ha superado el 4% anual en varios países con gran carga de TB, como Etiopía, la Federación de Rusia, Kenya, Lesotho, Namibia, la República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabwe.

En 2016, aproximadamente el 82% de las muertes por TB en personas VIH-negativas y el 85% de las muertes en el conjunto de las personas VIH-negativas y VIH-positivas se produjeron en las Regiones de África y Asia Sudoriental. En la India se produjeron el 33% de las muertes mundiales por TB en personas VIH-negativas y el 26% de las muertes en el conjunto de las personas VIH-negativas y VIH-positivas.

La tasa mundial de mortalidad por TB (por 100 000 habitantes) disminuyó en un 37% entre 2000 y 2016. Por regiones de la OMS, las reducciones más rápidas corresponden a las Regiones de Europa y el Pacífico Occidental (6,0% y 4,6% al año, respectivamente, desde 2010).

Según las estimaciones mundiales para 2016, el 4,1% (intervalo de confianza del 95% [IC95]: 2,8 a 5,3%) de los nuevos casos y el 19% (IC95: 9,8 a 27%) de los casos tratados con anterioridad tenían TB-MR/RR.

Hay que reforzar los sistemas nacionales de notificación y registro civil para lograr una medición directa de la incidencia y la mortalidad de la TB en todos los países. Las encuestas nacionales sobre la prevalencia de la TB son una alternativa provisional para medir directamente la carga de la enfermedad en un importante subgrupo de países con gran carga.

Diagnóstico y tratamiento: TB, TB asociada al VIH y TB farmacorresistente

La mayor parte del aumento mundial de las notificaciones de nuevos casos de TB desde 2013 se explica por el aumento del 37% registrado en la India entre 2013 y 2016.

La razón mundial hombres:mujeres es de 1,7 entre los casos notificados, pero más elevada según los resultados de las encuestas nacionales de prevalencia de la TB entre adultos, lo cual indica que los datos notificados minimizan en algunos países la parte de la carga de TB que corresponde a los hombres.

Los niños (menores de 15 años) representaron el 6,9% de los nuevos casos de TB notificados en el mundo en 2016.

En 2016, la cobertura de las pruebas para detectar la resistencia a la rifampicina fue del 33% en los casos nuevos, del 60% en los tratados con anterioridad, y del 41% en general (frente al 31% en 2015).

En 2016, el 57% de los casos de TB notificados en el mundo tenían documentados resultados de pruebas de VIH, en comparación con el 55% en 2015. En la Región de África, donde está la mayor carga de TB asociada al VIH, el porcentaje fue del 82% (en comparación con el 81% en 2015).

La tasa de éxitos terapéuticos fue del 78% para la TB asociada al VIH (cohorte de 2015), y del 30% para la TB ultrarresistente (TB-XR) (cohorte de 2014).

Al menos 35 países han introducido tratamientos más breves para la TB-MR/RR. Como parte de los esfuerzos por mejorar los resultados terapéuticos en la TB-MR/RR, hasta junio de 2017, 89 países y territorios habían empezado a utilizar bedaquilina y 54 habían utilizado delamanid.

Servicios de prevención de la TB

El número de menores de 5 años en los que se inició un tratamiento profiláctico de la TB aumentó en un 85% entre 2015 y 2016 (de 87 242 a 161 740), pero seguía representando tan solo un 13% de la cifra estimada de 1,3 millones de candidatos a él.

De acuerdo con los datos procedentes de 60 países, en 2016 se inició un tratamiento profiláctico de la TB en 940 269 personas que empezaron a recibir atención para la infección por VIH. Al igual que en años anteriores, el mayor porcentaje (41%) correspondió a Sudáfrica, seguida de Mozambique, Zimbabwe y Malawi. Sin embargo, 18 de los 30 países con gran carga de TB/VIH no proporcionaron datos sobre la administración de tratamiento profiláctico en 2016. En los 12 que sí comunicaron esos datos, la cobertura osciló entre el 2,4% en Indonesia y el 73% en Zimbabwe.

No había datos sobre el número de casos que en Kenya empezaron a recibir atención para la infección por VIH y en los que se inició un tratamiento profiláctico de la TB en 2016, pero ese año se proporcionó este tratamiento a 390 298 personas infectadas por el VIH. En conjunto con los datos aportados por otros países, esto significa que el número mundial de personas infectadas por el VIH en las que se inició un tratamiento profiláctico de la TB fue, como mínimo, de 1,3 millones en 2016.

Financiación de la prevención, diagnóstico y tratamiento de la TB

La financiación de la atención y la prevención de la TB llegó en 2017 a los US\$ 6900 millones en 118 países de ingresos bajos y medios que presentaron datos al respecto, y que representan el 97% de los casos de TB notificados en el mundo. Esto significa un aumento con respecto a los US\$ 6300 millones de 2016, y más del doble de los US\$ 3300 millones disponibles en 2006.

La India destacó como un país en el que la dotación presupuestaria para la TB aumentó considerablemente en 2017 (a US\$ 525 millones, es decir, casi el doble que en 2016) tras el compromiso político del Primer Ministro de acabar con la TB para 2025. El presupuesto está financiado íntegramente con US\$ 387 millones (74%) procedentes de fuentes nacionales (el triple de los US\$ 124 millones de 2016), y el resto (26%) de donantes internacionales.

En general, en el periodo 2006–2016 la mayor parte de la financiación fue proporcionada por fuentes nacionales, y lo mismo ocurre en 2017 (84% del total mundial de US\$ 6900 millones). Sin embargo, las cifras agregadas ocultan variaciones considerables entre los países. Por ejemplo, la financiación nacional predomina (95% en general, con oscilaciones entre el 74 y el 100%) en el Brasil, la Federación de Rusia, la India, China y Sudáfrica (BRICS), que en su conjunto representan casi la mitad de los casos mundiales de TB. En los países de ingresos bajos, la financiación por donantes internacionales supera a la financiación nacional, mientras que en los 25 países restantes con gran carga de TB (una vez excluidos los cinco países del grupo BRICS) los niveles de financiación nacional e internacional son similares.

Cobertura sanitaria universal, protección social y determinantes sociales

En un informe titulado *La factura sanitaria de los ODS*, publicado por la OMS en 2017, se compararon las previsiones del gasto sanitario total en países de ingresos bajos y medios en el periodo 2016–2030 con las estimaciones de la financiación necesaria para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal y otras metas de los ODS relacionadas con la salud. En general, los resultados indican que la mayoría de los países de ingresos medios podrían movilizar los fondos necesarios para alcanzar la cobertura sanitaria universal y demás metas de los ODS relacionadas con la salud en dicho periodo, pero que es poco probable que los países de ingresos bajos tengan recursos nacionales para ello.

En siete países (Filipinas, Ghana, Kenya, Myanmar, República de Moldova, Timor-Leste y Viet Nam) se han hecho encuestas sobre los costos a los que tienen que hacer frente los pacientes con TB y sus familias. Los resultados finales de Myanmar y Viet Nam muestran que la TB supone una elevada carga económica y financiera. Esto coincide con los datos que muestran que los gastos sanitarios directos representan una elevada proporción (> 30%) del gasto sanitario total en la mayoría de los países con gran carga de TB.

De los 10,4 millones de casos incidentes de TB en 2016, se calcula que 1,9 millones eran atribuibles a la desnutrición, 1,0 millones a la infección por el VIH, 0,8 millones al tabaquismo y 0,8 millones a la diabetes.

Algunos países con gran carga de TB, como el Brasil, Indonesia, Sudáfrica, Tailandia y Viet Nam, van relativamente bien con respecto al menos a algunos de los indicadores asociados a la incidencia de la enfermedad.

Investigación y desarrollo

En 2017 aparecieron pocas tecnologías diagnósticas, y la evaluación de GeneXpert Omni[®], pensada como plataforma de diagnóstico molecular rápido cercana al lugar de atención, se ha retrasado.

Hay 17 fármacos en ensayos clínicos de fase I, II o III: ocho son compuestos nuevos, dos han recibido aprobación reglamentaria acelerada o condicional en función de los resultados de los estudios de fase IIb, y siete son reconvertidos. También se están realizando ensayos clínicos de fase II o III sobre diversas combinaciones terapéuticas nuevas.

Hay 12 vacunas candidatas sobre las que se están realizando ensayos clínicos: de fase I para tres de ellas, y de fase II o III para las otras nueve.

Perfiles de los países

En el anexo 2 figuran los perfiles de los 30 países con gran carga de TB. Este año se ha añadido a cada perfil una segunda página que muestra una visión general del estado actual y de la evolución reciente de los indicadores incluidos en el marco de monitoreo de la TB en el contexto de los ODS elaborado por la OMS en 2017.