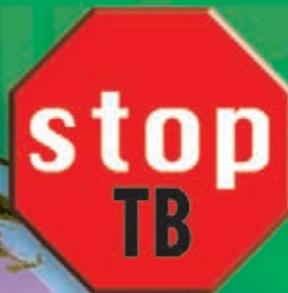


Informe de la 2<sup>da</sup>  
**Reunión**



en las  
**Américas**



**Brasilia, Brasil,  
27-29 de Marzo 2001**



**Organizacion  
Panamericana de la Salud**

Oficina Regional de la **Organizacion Mundial de la Salud**

**Informe de la**  
**2<sup>da</sup>**  
**Reunión**



**en las**  
**Américas**

**Brasilia, Brasil,**  
**27-29 de Marzo 2001**



**Organización Panamericana de la Salud**

Oficina Regional de la  
**Organización Mundial de la Salud**

## **Agradecimientos**

La Secretaría de STOP TB ubicada en la OMS proveyó esencial apoyo técnico y financiero a la II Reunión de STOP TB, de Región de las Américas.

La Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA), la Asociación Canadiense del Pulmón (CLA) y el Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID), proporcionaron importante apoyo financiero a los participantes nacionales.

La impresión y distribución de este documento fue posible gracias a la generosa contribución de la Agencia Internacional de Desarrollo de los Estados Unidos (USAID).

La organización y excelente acogida por parte de la Representación de la OPS/OMS en el Brasil fue crucial en el éxito de esta reunión.

# Indice

<b>Antecedentes</b>	<b>5</b>
<b>Objetivos</b>	<b>5</b>
<b>Inauguración</b>	<b>5</b>
<b>1. Situación de la TB en la Región de las Américas</b>	<b>6</b>
<b>2. Cumplimiento de las recomendaciones de la I reunión Stop TB</b>	<b>7</b>
2.1 "La estrategia DOTS ha sido aceptada por toda la región haciendo posible el control de la TB."	7
2.2 "Generar la voluntad política nacional para garantizar la sostenibilidad de las actividades de control de la TB"	8
2.3 "Sensibilizar y movilizar las organizaciones y agencias internacionales para la captación de fondos externos al PNT."	9
2.4 "Las actividades de capacitación, supervisión, evaluación y EIC deben ser una prioridad de los pnts en la implantación/extensión de DOTS."	10
2.5 "La formación de recursos humanos para el PNT debe constituir una prioridad para la implantación/extensión de DOTS."	10
2.6 "Las investigaciones operacionales y los estudios de resistencia a fármacos anti-TB deben constituir una prioridad de los PNT para dar respuesta a las dificultades para la implantación y expansión de DOTS/taes."	11
2.7 "La colaboración entre países y la divulgación de los éxitos en la aplicación de DOTS debe ser utilizada para sensibilizar y promover el apoyo a los PNT de países con problema para la expansión de DOTS."	12
<b>3. Discusión por grupos de trabajo</b>	<b>12</b>
3.1 Compromiso de otras instituciones del sector salud (medicina privada, el seguro social, prisiones)	12
3.2 Cooperación entre los países de alta prevalencia	13
3.3 Control de la TB por medio de la expansión de colaboradores de la sociedad civil (grupos comunitarios, ONGs).	14
<b>4. Planes de acción 2001-2005</b>	<b>14</b>
4.1 Bolivia	15
4.2 Brasil	16
4.3 Ecuador	16
4.4 Haití	17
4.5 Honduras	17
4.6 México	18
4.7 Perú	19
4.8 República Dominicana	19
<b>5. Sesión de afiches (posters)</b>	<b>20</b>

## **Informe de la II Reunión STOP TB**

<b>6. Sesión plenaria " los retos para el mejoramiento de la estrategia DOTS/TAES en la Región"</b>	<b>21</b>
<b>7. Resistencia a los medicamentos</b>	<b>22</b>
<b>8. Situación actual de VIH/TB, perspectivas y próximos pasos</b>	<b>23</b>
<b>9. Conclusiones y principales recomendaciones de la II reunión Stop/TB de las Américas, 2001.</b>	<b>24</b>
<b>Anexos</b>	<b>17</b>
I. Reunión del Grupo de Trabajo DOTS Plus, Lima, Perú	17
II. Seguimiento a los acuerdos del Cairo y de Bellagio, Italia	18
III. Fondo Global para Drogas Anti-TB (Global Drug Facility)	18
IV. El Programa de Salud Familiar en Brasil	18
V. Aliados del Programa Regional de TB y de la Iniciativa STOP TB	19
5.1 Agencia de Desarrollo Internacional de EE.UU (USAID)	19
5.2 Asociación Canadiense del Pulmón (ACP)	19
5.3 Asociación Alemana de Asistencia al Enfermo con Lepra (DAHW)	20
5.4 Banco Mundial (BM)	20
5.5 Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta	20
5.6 Cruz Roja Americana y Cruz Roja Mexicana	20
5.7 Fundación Damián (FD)	21
5.8 Unión Internacional Contra la TB y Enfermedades Respiratorias (UICTER)	21
<b>Siglas y abreviaturas</b>	<b>26</b>
<b>Lista de participantes</b>	<b>27</b>

## Resumen ejecutivo

La II Reunión de STOP TB en las Américas se celebró del 27 al 29 de marzo de 2001 en Brasilia, Brasil, durante la cual se examinó el progreso de la puesta en práctica de las recomendaciones de la primera reunión celebrada hace dos años. Los directores nacionales del programa TB, las autoridades de los ministerios de salud y los representantes de otras instituciones del sector de salud, analizaron los retos para la extensión de la estrategia DOTS en sus países (Bolivia, Brasil, Ecuador, Haití, Honduras, México, Perú y República Dominicana). También se analizó el control de la tuberculosis en el último quinquenio, los planes de acción de prevención nacionales y se proveyeron recomendaciones para su mejoramiento. Además, los socios de STOP TB en la Región, incluyendo las agencias para el desarrollo y las ONGs, presentaron sus proyectos actualizados dirigidos a la perspectiva para una futura colaboración y también se discutió la posibilidad de mejorar los esfuerzos de coordinación entre los socios y aliados.

Las mejoras en el control de la tuberculosis en la Región incluyen la implantación generalizada de la estrategia DOTS, mayor voluntad política para garantizar la sostenibilidad de las actividades de control de la tuberculosis, mayor coordinación y la participación de los socios mayores recursos financieros dedicados al control y la prevención de la tuberculosis. La mayoría de los países en las Américas ha realizado los estudios de farmacoresistencia contra la tuberculosis. Estos estudios han demostrado en términos generales, que la farmacoresistencia a las drogas tuberculosas, incluida MDR-TB, no es una amenaza de salud pública significativa para la Región, aunque es un problema en algunos países debido al bajo desempeño de los programas de control. Los pocos países que no han realizado los estudios tienen planes para hacerlo en los próximos años.

Las áreas de mayor preocupación incluyen asuntos de gestión como el cambio constante del personal adiestrado, incluyendo el personal al nivel central, y la necesidad de mejoramiento en el adiestramiento, la supervisión y la información, y las actividades de información, educación y comunicación (IEC). Además, se destacó la necesidad de realizar mayores investigaciones operacionales dirigidos al control de la tuberculosis, incluyendo el tema de coinfección de VIH/TB.

Aunque se han logrado avances en el control y la prevención de la TB en la Región quedan todavía varios retos que enfrentar. Sin embargo, mediante el incremento de las asociaciones en los niveles locales, regionales y mundiales, las limitaciones pueden ser resueltas a mediano plazo a fin de que las metas mundiales de la OMS que conciernen a la detección y la curación de los pacientes con TB puedan ser alcanzadas para el 2005.

# Informe de la II Reunión STOP TB (Detener la TB)

Brasilia, Brasil, 27-29 de Marzo 2001

## Antecedentes

**E**n julio de 1999 se efectuó en Brasilia la I Reunión STOP TB (Detener la TB) donde participaron los directores de programas de TB de los ocho países priorizados en la Región de las Américas por su alta carga de TB (Bolivia, Brasil, Ecuador, Haití, Honduras, México, Perú y República Dominicana) y con limitaciones para la implantación/expansión de la estrategia DOTS/TAES. En aquella ocasión participaron también por cada país, autoridades del Ministerio de Salud con los cuales se discutieron los Planes de Acción locales y obtuvieron compromisos políticos para la implementación/expansión de DOTS/TAES.

A esta segunda reunión fueron convocados los mismos países y a la vez, se amplió la participación de cada delegación, con representantes de otras instituciones del sector salud (Seguro Social y Sociedades de Neumología). También fueron convocadas agencias, instituciones y ONGs que apoyan los programas de control en el ámbito global, regional y local y que con su apoyo facilitan el cumplimiento de los planes de acción para la expansión de DOTS/TAES en la Región.

## Objetivos

1. Revisar los progresos alcanzados de las recomendaciones de la I Reunión STOP/TB/99.
2. Analizar los retos para la expansión de DOTS/TAES en los 8 países priorizados para el control de la TB.
3. Analizar los planes de acción a 5 años por cada país para alcanzar la total expansión de DOTS y las metas globales de OMS.
4. Lograr las alianzas estratégicas (socios) en la Región para alcanzar apoyo en los planes de control de la TB en la Región de las Américas.

## Inauguración

La II Reunión STOP TB fue inaugurada por el Ministro de Salud José Serra, el Dr. Angel Valencia Representante interino de OPS/OMS en Brasil, la Dra. Heloísa Machado responsable del Departamento de Atención Básica de Salud, el Dr. Marcos Espinal de STOP TB/OMS y el Dr. Rodolfo Rodríguez Asesor Regional de TB/OPS . Participaron en el evento, agencias (USAID, CIDA), organismos e instituciones (CDC, Cruz Roja Americana) y organizaciones no gubernamentales (UICTER, CLA, DAHW y Fundación Damián), quienes forman parte de los aliados STOP TB para extender la estrategia DOTS/TAES en la Región.

# 1. Situación de la TB en la Región de las Américas

El Asesor Regional TB/OPS, Dr. Rodolfo Rodríguez, destacó que la TB continua constituyendo un importante problema de salud a nivel global y regional. Según estimados de OMS, en el año 1999 se produjeron cerca de 8.4 millones de casos nuevos y el 80% de ellos correspondió a 23 países con la mayor carga de la enfermedad en el mundo. También se estima una ocurrencia de 1.9 millones de muertes por año, y que el 98% de esas muertes recaen en los países en desarrollo. Además, se estiman 365,000 muertes debido a la combinación dual de TB/VIH. Por otro lado, la múltifármaco resistencia a los medicamentos anti TB (MDR-TB) estuvo presente en 63 de los 72 países que realizaron encuestas en el período 1994-1999.

La Región de las Américas representó el 7% de las notificaciones a nivel global. En 1999, en la Región se notificaron 238,082 casos de TB todas las formas lo que representó una disminución de 5.4% respecto a 1998, no obstante, la notificación de casos frotis

positivo (BAAR+) presentó un incremento de 19% lo cual pudiera ser interpretado como una mejora en la detección y diagnóstico de los casos.

Ocho países con la mayor carga de TB representaron el 75% del total de los casos (Brasil, Bolivia, Ecuador, Haití, Honduras, México, Perú y República Dominicana) en 1999. Brasil y Perú notificaron el 51% del total de casos de América.

Cuando se compara la cifra de casos notificados entre 1998 y 1999 se observa una disminución de 6.7% de los casos registrados entre uno y otro año, que llega a alcanzar 23.4% en el caso de Ecuador. Una reducción de este tipo en países donde los programas no tiene la adecuada eficiencia, debe hacer pensar que el descenso está determinado por una disminución de la pesquisa, o por deficiencias en los registros y notificación de casos o bien, por problemas con la red de laboratorios para el diagnóstico de los casos. Se recomendó a los PNT de Bolivia, Brasil, Ecuador, Haití, Honduras y México estudiar y encontrar una explicación a la situación antes mencionada

## Situación de la TB en países priorizados en la Región de las Américas, 1998-1999

País	Total casos		Dif (%)	Casos BAAR(+)		Dif (%)
	1998	1999		1998	1999	
Bolivia	10,132	9,272	-8.4	6,750	6,506	-3.6
Brasil	84,194	78,628	-6.6	38,809	41,434	+6.7
Ecuador	9,184	7,027	-23.4	6,455	5,149	-20.2
Haití	9,770	9,125	-6.6	6,442	6,750	+4.7
Honduras	4,916	4,264	-13.2	2,311	2,367	+2.4
México	21,514	19,802	-7.9	12,622	13,452	+6.5
Perú	43,723	41,730	-4.5	27,707	24,511	-11.5
Rep. Dom.	4,263	5,320	+24.7	2,164	2,936	+35.6
<b>Total</b>	<b>187,696</b>	<b>175,168</b>	<b>- 6.7%</b>	<b>103,260</b>	<b>103,115</b>	<b>- 0.1</b>

Fuente: Informe anual de los PNT, 2000; Boletín "Tuberculosis" Vol 3, No.3, 2000

## 2. Cumplimiento de las recomendaciones de la I Reunión STOP TB

En el evento se efectuó una exhaustiva revisión del cumplimiento de las recomendaciones tomadas en la primera reunión STOP TB (junio de 1999). A continuación se presentan las mencionadas recomendaciones y los progresos alcanzados, así como las principales limitaciones que aun persisten en el control de la TB y en la aplicación de la estrategia DOTS/TAES en los países priorizados:

### 2.1 "La estrategia DOTS ha sido aceptada por toda la Región haciendo posible el control de la TB."

De los 25 países con población mayor de 1 millón de habitantes, 24 países (96%) están aplicando la estrategia DOTS/TAES con diferentes niveles de cobertura.

Sobre los ocho países representados en la tabla arriba mencionada, se puede resumir lo siguiente:

- 1 país (Perú) mantiene una cobertura total (100%)
- 1 país (Bolivia) tiene cobertura entre 50 y 90%

- 2 países (México y Honduras presentan cobertura de 40 y 50% respectivamente)
- 4 países (Brasil, Haití, Rep. Dominicana y Ecuador) tienen cobertura menor del 10%.

Estos ocho países con una población de 329 millones de habitantes alcanzan un 33% de cobertura de DOTS; excluyendo a Brasil, este porcentaje se eleva al 50%. De los casos BAAR(+) notificados en 1999, solo el 37% fueron tratados en condiciones de DOTS. Este porcentaje se eleva a 55% cuando se excluye a Brasil.

En los 2 años transcurridos desde la anterior reunión, los mejores resultados se produjeron en Perú que incrementó sus niveles de cobertura incluyendo DOTS a los casos MDR-TB, así como México que pasó del 30 al 50% de cobertura de DOTS. También se presentaron avances en Honduras y Haití. En el caso de Brasil, el país con mayor carga de enfermos en la Región, pocos avances se produjeron en la expansión de DOTS, aunque se han ido incorporando áreas demostrativas en varios estados y municipios. En el área demostrativa de Centro Oeste, si bien la extensión ha sido lenta, los resultados obtenidos en estos Estados en cuanto a eficiencia del programa son superiores al resto del país, aunque existe evidencias de que en otros estados se aplica DOTS con buenos resultados (Rio de Janeiro).

### Nivel de Cobertura de la estrategia DOTS/TAES

>90%	>50%<90%	>10%<50%	<10%	No DOTS
Chile	<b>Bolivia</b>	Argentina	<b>Brasil</b>	Guyana
Cuba	Belice	Colombia	Costa Rica	Suriname
Nicaragua	Guatemala	El Salvador	<b>Ecuador</b>	Países del Caribe Inglés
<b>Perú</b>		<b>Honduras</b>	<b>Haití</b>	
Uruguay		<b>México</b>	Panamá	
Venezuela			Paraguay	
			<b>R. Dominicana</b>	

Fuente: Reunión regional de evaluación de los PNT, México, septiembre 2000. OPS

**Mobilización de recursos nacionales en los países priorizados, 1999-2000**

Países	Incremento	Igual Nivel	Descenso
Bolivia		X	
Brazil	X		
Dom. Rep.		X	
Ecuador			X
Haiti		X	
Honduras		X	
Mexico	X		
Peru	X		

Fuente: Planes de Acción e Informes anuales de los PNT

**2.2. "Generar la voluntad política nacional para garantizar la sostenibilidad de las actividades de control de la TB"**

El total de los 24 países aplicando DOTS elaboraron planes de acción para el bienio 1999-2000. Sin embargo, en el periodo posterior a la I Reunión de STOP TB la movilización de recursos nacionales no fue lo esperado en algunos de los 8 países altamente priorizados, como puede verse en el cuadro respectivo.

En cuatro de los ocho países (50%), se mantuvo el mismo nivel de recursos dedicados al PNT, lo cual no significa que constituya un logro importante, pues en la mayoría de ellos, el presupuesto nacional asignado no cubre todas las necesidades del PNT. Tres países incrementaron los recursos y en el caso de Ecuador se presentaron las mayores dificultades con la compra de medicamentos antituberculosos y falta de recursos para actividades de control

En el bienio 1998-1999, la eficiencia de los PNT en estos ocho países se puede resumir teniendo en cuenta los indicadores abajo mostrados:

**Principales indicadores para la evaluación de los programas priorizados**

Países	Detección de casos % BK+/Estim.	Curación (%)	Exito (%)	Abandono (%)	Acceso a fármacos % cobertura
Bolivia	75%	56	42	10	75
Brasil	70%	10	40	6	100
Rep. Dom.	53	30	41	13	90
Ecuador	72	-	-	-	50
Haití	53	61	79	8	90
Honduras	88	53	63	9	75
México	73	66	73	16	100
Perú	94	92	92	3	100
<b>TOTAL</b>	<b>74%</b>	<b>53</b>	<b>64</b>	<b>9</b>	<b>85</b>

Fuente: Informes anuales de los PNT y estimaciones en el Global TB Control, Report 2000 . WHO

Excepto República Dominicana y Haití, la detección de casos frotis positivos presentó porcentajes superiores al 70% , según los estimados de OMS, lo cual constituye un buen indicador en la búsqueda de casos infecciosos.

**Limitaciones.** La prioridad que debe tener la TB como problema de salud, si bien ha logrado progresos, todavía se requiere un mayor apoyo gubernamental en algunos de los países representados. Los resultados del tratamiento en los casos notificados y tratados en 7 países, exceptuando a Perú, no presentan grandes progresos, lo que está estrechamente relacionado con el nivel de aplicación de DOTS en estos países. Aunque se han presentado avances en algunos países como: México, Honduras y Haití, mayores esfuerzos se requieren en estos países para mejorar la eficiencia de los programas.

Debe destacarse que el suministro de fármacos de primera línea tuvo un buen desempeño en el año 2000, no obstante, en algunos países se presentaron limitaciones en la compra de algunos medicamentos (Bolivia, Ecuador, Honduras y República Dominicana).

### 2.3 "Sensibilizar y movilizar las organizaciones y agencias internacionales para la captación de fondos externos al PNT."

En los dos años transcurridos se logró captar fondos externos para México (USAID) y Ecuador (CIDA). En cuatro países se dispuso de fondos externos de proyectos iniciados en

1998, Perú (CIDA), Bolivia (DFID), Honduras USAID y Haití (BM). Para el año 2001 existen perspectivas de apoyo a Rep. Dominicana (USAID-BM, Fundación Damien), Brasil, (USAID) y Haití (USAID – CIDA).

En la tabla que se adjunta se resume la situación de fondos externos para los países de la Región (ver anexo 2).

**Limitaciones:** Aunque se puede considerar que han existido avances en el apoyo de donantes y agencias a los PNT, se debe insistir que la sostenibilidad de las acciones debe ser garantizada por los gobiernos de los países. El apoyo externo que se recibe debe ser un complemento para lograr una mayor eficiencia de los PNTs, en el objetivo de expandir la estrategia DOTS/TAES para el logro de las metas OMS, pero este apoyo no debe sustituir la responsabilidad estatal.

### 2.4 "Las actividades de capacitación, supervisión, evaluación y IEC deben ser una prioridad de los PNTs en la implantación/extensión de DOTS."

En general, estas actividades han logrado avances en los 8 países representados, pero con ciertas diferencias en el nivel alcanzado por cada país. En la tabla adjunta se resume el nivel que alcanzaron estas actividades según la información recibida durante las evaluaciones del PNT.

#### Capacitación, supervisión, IEC y evaluación en países con mayor carga de TB

País	Nivel		
	óptimo	aceptable	insuficiente
Bolivia		X	
Brasil			X
Rep. Dominicana		X	
Ecuador			X
Haití			X
Honduras		X	
México	X		
Perú	X		

Fuente: Informes anuales de los PNT; Evaluación de los PNT, 1999 y 2000

**Limitaciones:** En varios países estas actividades han sido incorporadas de forma integrada a planes que se elaboran para varios programas de control, dejando de ser actividades específicas y con recursos asignados, para el PNT para la expansión de la estrategia DOTS. Los cambios registrados en las estructuras del sector salud con el proceso de reforma (descentralización) han producido, en muchos casos, afectaciones en las actividades mencionadas, si bien actividades importantes como la normativa técnica y la centralización de la compra de medicamentos se han mantenido en el equipo central del PNT.

### **2.5. "La formación de recursos humanos para el PNT debe constituir una prioridad para la implantación/extensión de DOTS."**

La debilidad de los equipos centrales, regionales y locales para el cumplimiento de los planes de acción en la expansión de DOTS, así como la continua rotación de los equipos gerenciales constituyó uno de los temas más debatidos en la anterior reunión STOP TB. Sin embargo, consideramos que la capacidad de entrenamiento ha logrado importantes avances en la mayoría de los países representados en la reunión. En la Región existen 4 cursos internacionales de dos semanas de duración para la capacitación de médicos, enfermeras y técnicos de laboratorio. Estos cursos ubicados con carácter subregional se efectúan cada año en: Cuba, Chile, Nicaragua y Perú. En ellos se capacitan anualmente como promedio de 100 a 150 personas, que fundamentalmente desarrollan actividades de gerencia del PNT en los diferentes niveles (central y regional y local) en los países de la Región.

La importancia de la captación e integración de los especialistas (neumólogos) a las actividades de control de la TB ha determinado la creación de cursos organizados por la UICTER en colaboración con los PNT y la OPS. En los dos últimos años se han capacitado más de 400 especialistas en los cursos de Bolivia (1), El Salvador (3), Honduras (3), Guatemala (2), México (2), Nicaragua (1), PER (1) y República Dominicana (1)

La formación de recursos humanos en el área de laboratorios de TB ha contado con cursos de gerencia con los módulos de OMS en Cuba, El Salvador (Centro América), Argentina (Cono Sur), Brasil (Río de Janeiro) y Perú.

**Limitaciones:** En varios países, es una constante la frecuente rotación de los recursos humanos capacitados para la gerencia del

PNT en cualquier nivel de la organización de salud, aunque con mayor frecuencia en el nivel regional y local. Los cambios políticos que periódicamente se producen, afectan de forma sistemática al personal técnico administrativo responsabilizado con las acciones del Programa de Control. Aunque esta limitación ya fue discutida exhaustivamente en la anterior reunión, continúa sin encontrar una solución, en la casi totalidad de los países representados.

### **2.6 "Las investigaciones operacionales y los estudios de resistencia a drogas anti-TB deben constituir una prioridad de los PNT para dar respuesta a las dificultades para la implantación y expansión de DOTS/TAES."**

La prevalencia de la coinfección VIH/TB, los estudios de resistencia a los fármacos anti tuberculosis y el riesgo anual de infección han sido los temas de investigación que han recibido una mayor atención e importancia por los países de la Región. Existen otros problemas como la prevalencia de la TB en poblaciones de alto riesgo y la población indígena y de las prisiones deben tener una mayor atención en la totalidad de los países representados.

El problema de la coinfección VIH/TB constituye la mayor amenaza para el control de la TB en varios países de la Región estimándose que más de un 5% de los casos que se diagnostican se deben a la infección dual, pero que en algunos países sobrepasan el 10%. La situación es variable en los 8 países representados pero con un mayor alcance en Haití, República Dominicana, Honduras y grandes ciudades de Brasil y México.

La resistencia a drogas antituberculosas y en específico la MDR-TB, si bien no constituye un problema de primera magnitud en los países de la Región con excepción de República Dominicana, constituye una seria amenaza que se hace más ostensible en países con programas poco eficientes donde la estrategia DOTS/TAES no se ha implantando en el nivel deseable y donde el suministro de drogas y la supervisión del tratamiento aun, no alcanzan el nivel requerido.

**Limitaciones:** Los recursos existentes destinados a las investigaciones son escasos en muchos países, no existiendo en muchos casos el nivel de comprensión y sensibilidad para abordar el problema con la importancia que se requiere. Las brechas que se presentan en el suministro regular de las drogas antituberculosas motivados por la inexistencia o mala planificación de los recursos así como por problemas burocráticos en la compra, siguen constituyendo un problema a resolver por los Ministerios de Salud como: es el caso de Honduras, Ecuador y Bolivia.

## 2.7 "La colaboración entre países y la divulgación de los éxitos en la aplicación de DOTS debe ser utilizada para sensibilizar y promover el apoyo a los PNT de países con problema para la expansión de DOTS."

Aunque con limitaciones, por el nivel de recursos existentes y la comprensión de la importancia de este tipo de actividad, los éxitos alcanzados por el programa de Perú ha permitido a la OPS/OMS/UICTER utilizar a este programa y a su equipo central en una fuente de formación de recursos humanos y de colaboración con otros países de la Región. En el período transcurrido los PNT de Rep. Dominicana, Ecuador, Bolivia, Brasil y Haití, han recibido asesoría en planes nacionales de control, así como en la capacitación de recursos humanos responsabilizados con la gerencia del PNT. Los cursos de Nicaragua, Cuba y Chile han constituido también formas de colaboración con la casi totalidad de los países representados.

## 3. Discusión por Grupos de Trabajo

Temas de gran importancia por haber sido identificados como retos a la expansión de DOTS en la Región fueron discutidos en grupos de trabajo (países seleccionados) y presentada en plenaria. Las conclusiones y recomendaciones se detallan a continuación:

### 3.1 Compromiso de otras instituciones del sector salud (medicina privada, el seguro social, prisiones)

El grupo fue coordinado por el Dr. Rodolfo Rodríguez, participando los delegados de Brasil y México (Seguro Social), pues estuvieron ausentes los responsables del PNT de la Secretaría de Salud.

En México, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) tiene una cobertura de 59 millones de asegurados (60%). Han participado en la elaboración de la normativa de TB, invitados por la Secretaría de Salud, institución que goza de excelente poder de convocatoria. Por ley del Estado, la Secretaría de Salud tiene el mandato de elaborar las normas nacionales de TB y el IMSS ha participado en la elaboración de estas normas y las cumple en todas sus unidades. Aplican el tratamiento supervisado en las unidades del IMSS más cercanas al paciente o en otras unidades independientemente de que sean de otra institución de salud. Por otro lado, por ley, el médico privado tiene que notificar los casos de TB. También, en

muchos casos el IMSS deriva los casos al sector público para recibir el tratamiento gratuito.

En Brasil, el Seguro Social es parte del Sistema Único de Salud (SUS) desde 1979, además, tienen un sistema único de notificación con la misma base de datos por más de 20 años. Las unidades privadas pueden tratar a los pacientes, pero el seguimiento con baciloscopías debe efectuarse en los laboratorios del SUS. En Brasil desde la década del 80 se editan los materiales de docencia sobre TB por parte de las instituciones académicas, en coordinación con el sector salud. El grupo de neumología está consolidado y participa en preparar las normativas nacionales. Uno de los retos radica en incorporar a la comunidad y la sociedad civil en el control de la TB. Existen ONGs que están obteniendo mejores resultados que en el sector público en el control de la TB.

En relación a los prisioneros, el Ministerio de Justicia de Brasil jerarquiza el sistema penitenciario, sin embargo, no se cuenta con información sobre estos centros, igual sucede con los albergues para la población indígena y los hospitales de enfermedades mentales. Todas estas instituciones cuentan con servicios médicos que deben ser involucrados en el control de la TB y aplicación del DOT.

#### Recomendación del grupo

- Mantener excelente coordinación inter institucional para lograr el éxito del PNT bajo estrategia DOTS.
- Evitar la venta libre de medicamentos anti TB
- La TB deberá ser manejada por el MINSA, de acuerdo con las leyes de salud.

### 3.2 Cooperación entre los países de alta prevalencia

A este grupo correspondió discutir la actual situación de cooperación entre los 8 países representados y las posibilidades de utilizar con mayor cuantía las experiencias de países con éxito de DOTS en la Región. Participaron los PNT de Bolivia, Ecuador y Perú, coordinando la discusión el Dr. José Ramón Cruz. A continuación, se ofrecen los puntos más relevantes que el grupo recomienda a los países con la mayor carga de TB.

#### Recomendación del grupo

- Recurrir a los cursos internacionales de TB para fortalecer la formación del personal en la gerencia y aplicación de la estrategia DOTS/TAES. En primer lugar se mencionó el

curso del Perú, pero no se descartó la opción de capacitar a los profesionales en los cursos de Cuba, Chile y Nicaragua.

- Solicitar asesoría a los PNT de países con mayor experiencia en el sistema de información TB, red de laboratorios, elaboración de normas y otros temas específicos.
- Realizar visitas de observación a programas exitosos como Perú y Nicaragua.
- Impulsar y participar en estudios operacionales sobre el control de la TB. En ese tema, el grupo hizo propuestas de estudios multicéntricos y se acordó que el punto focal para dichos estudios sea el Programa Regional de TB.
- Retomar los acuerdos existentes entre países, en lo que se refiere a las fronteras saludables.
- Formar grupos de discusión sobre temas específicos por conducto del e-mail.

### 3.3 Control de la TB por medio de la expansión de colaboradores de la sociedad civil (grupos comunitarios, ONGs).

Este grupo lo conformaron Haití, Honduras y República Dominicana, mientras que el coordinador fue el Dr. Marcos Espinal.

#### Recomendación del grupo

- Subrayaron la importancia de que los gobiernos de los países por medio de los Ministerios de Salud sean los responsables del control de la TB y por ende de priorizar los PNT.
- Destacaron el establecimiento de alianzas estratégicas con el sector público, privado, seguridad social, ONGs y comunidad organizada para la organización, aplicación y consolidación de la estrategia DOTS/TAES.
- Propusieron establecer un modelo de monitoreo, supervisión y evaluación que incluya incentivos y consideran que cualquier modelo de estrategia debe iniciarse en las áreas demostrativas.
- Incluir obligatoriamente el componente de la IEC en los planes de acción de los PNT, incorporando al personal de los agentes comunitarios, representantes de ONGs, medios de comunicación social, al sector religioso, colegios o asociaciones de profesionales y la comunidad organizada.

- Facilitar mayor participación a los líderes comunitarios y gerentes de ONGs en todas las actividades de educación, capacitación, supervisión del PNT.

## 4. Planes de Acción 2001 to 2005

Uno de los objetivos principales de la II Reunión STOP TB lo constituyó la presentación y discusión de los planes de acción a 5 años para lograr una total expansión de DOTS y alcanzar las metas de OMS. Cada país es responsable de la salud de su población, sin embargo, la tuberculosis no puede ser controlada a nivel nacional, regional o global, sin un esfuerzo conjunto de las, ONGs, las comunidades y demás aliados que conforman STOP TB. En Brasilia se tuvo una excelente oportunidad histórica de lograr este esfuerzo y de incrementar los recursos financieros para los programas nacionales como parte del *Esfuerzo Masivo contra las Enfermedades de la Pobreza*. Para ello, los países debían presentar un plan de acción con estrategias claras y bien fundamentadas lo que unido a la voluntad política de enfrentar la TB, quedarían creadas las condiciones para pasar a etapas superiores en el control de la enfermedad en nuestra Región.

De esta forma, mediante trabajos de grupo y una sesión plenaria fueron discutidos los principales elementos que constituyen el Plan de Acción nacional de los PNT, con prioridades, oportunidades y retos principales para ser desarrollado en cinco años. Se logró en esta discusión alcanzar un consenso en lo que se refiere a los principales **elementos a considerar en el Plan de Acción** y la estructuración que se deberá adoptar:

- Resumen Ejecutivo
- Introducción – incluir la situación actual y contexto, las oportunidades y los retos
- Misión
- Objetivos y metas
- Estrategias operacionales
- Actividades por fases: resultados esperados, indicadores, institución o nivel responsable, metas de cobertura y de impacto, monitoreo del cumplimiento
- Socios: agencias de cooperación, instituciones, ONGs y colaboradores (internos y externos),

- Presupuesto (desglosado por año) – compromiso del país, socios y costos no cubiertos
- Anexos: marco lógico, plan detallado por año.

A continuación se resumen los elementos básicos del Plan de Acción presentado por cada uno de los países.

## 4.1 Bolivia

El Plan de Acción del PNT fue elaborado para el período 2000-2004, dado que fue consensuado entre el Ministerio de Salud y Previsión Social, la organización donante del Reino Unido (DFID) y la Representación de OPS/OMS en Bolivia. Cada año, algunas adecuaciones se realizarán al efectuarse el plan detallado de las actividades.

### Desafíos

- Mantener apoyo político al PNT
- Lograr la expansión de DOTS incorporando a esta estrategia el departamento de la Paz y el Alto
- Mantener acceso a drogas antituberculosas de forma regular
- Mantener apoyo externo al PNT con fondos DFID para garantizar la expansión de DOTS y el plan 2001-2005.

### Prioridades

- Sostener el compromiso del Estado para garantizar el 100% del presupuesto destinado al suministro de los medicamentos anti TB.
- Lograr la eficiencia del tratamiento supervisado (85%) en 2004
- Disminuir la tasa de abandono
- Fortalecer la red de servicios de salud y de laboratorios que hacen baciloscopías
- Priorizar las actividades de control TB en La Paz y El Alto
- Incorporar la Liga Honoraria y el Comité Inter Agencial al Comité Técnico Nacional
- Aplicar acciones para promocionar el PNT a nivel nacional con estrategias de promoción social e IEC
- Garantizar que el 100% de los servicios de salud estén aplicando la estrategia DOTS/TAES al final de la ejecución del Plan de Acción.

## 4.2 Brasil

Por ser uno de los 22 países con mayor carga de TB en el mundo, (el único en la Región de las Américas) el Plan de Acción del PNT de Brasil fue presentado y discutido en la reunión convocada por la OMS en noviembre de 2000 (El Cairo, Egipto). Este plan contiene las **prioridades para el próximo quinquenio:**

### Desafíos

- Garantizar apoyo político al PNT
- Lograr la expansión de DOTS mediante la integración de sus acciones al PAB (Programa de Atención Básica)
- Desarrollar acciones multisectoriales para contrarrestar los efectos de la coinfección VIH/SIDA/TB

### Prioridades

- Fortalecer el equipo central de gerencia del PNT
- Implantar el Sistema Nacional de Notificación (SINAN) en nueve estados que faltan
- Reforzar una mayor actividad conjunta con el programa de ITS/VIH/SIDA
- Cumplir con los planes de capacitación y supervisiones sistemáticas a las coordinaciones estatales del PNT
- Realizar el tratamiento supervisado con la integración de las actividades de TB en 233 municipios priorizados con los Programas de Salud de la Familia (PSF) y Agentes comunitarios (PACS).
- Ampliar los Centros Colaboradores de capacitación al personal (1 600 PSF y 28 000 PACS) y también para efectuar estudios operacionales
- Incrementar las baciloscopías de diagnóstico de 600,000 en el año 2000 a 1 millón en 2005
- Reducir el abandono anualmente en un 2% (del 12% en el 2000 hasta 5% en el 2005)
- Mantener los bonos de estímulo a los municipios por casos diagnosticados y curados. Realizar una evaluación de la aplicación de este incentivo
- Aplicar en todas las unidades de salud los libros de registro del PNT, de Laboratorio y para los sintomáticos respiratorios (S.R) según las recomendaciones de OMS.

### 4.3 Ecuador

A partir de 2000, el PNT dispone de recursos provenientes de la Agencia Canadiense de Cooperación Internacional (CIDA) bajo la administración del CLA (Asociación Canadiense del Pulmón) y ahora se ha preparado y discutido el Plan de Acción 2001-2005, el que contempla iniciar la organización y aplicación de la estrategia DOTS en tres provincias demostrativas: Azuay, Guayas y Pichincha y posteriormente expandir la estrategia al resto del país.

#### Desafíos

Es el país donde el PNT ha presentado los mayores problemas y atrasos para la implantación de DOTS en relación a otros países de la Región de las Américas, (dificultades en el suministro de medicamentos, problemas con la capacitación y supervisión del programa, problemas con la red de laboratorio, sistema de información y frecuente rotación del personal gerencial responsabilizado con el PNT).

#### Prioridades

- Fortalecer el equipo central del programa
- Garantizar los medicamentos y suministros de laboratorio
- Organizar e implantar un sistema de información único
- Revisar el manual de normas nacionales de TB
- Fortalecer la red de laboratorios de baciloscopía
- Desarrollar un programa de capacitación en la aplicación y operativización de la estrategia DOTS/TAES
- Solicitar asesorías de consultores internacionales
- Realizar las supervisiones, monitoreo y evaluación del programa
- Crear el Comité Nacional Interagencial mediante las alianzas nacional e internacional en torno al DOTS/TAES.

### 4.4 Haití

Existe un plan nacional para el control de la TB. Entre las oportunidades se mencionó el apoyo político al control de la TB, el apoyo técnico y financiero externo, trabajo de las ONGs ligadas al programa, experiencia en el manejo de la estrategia DOTS y su adaptación local, aplicación de métodos innovadores para faci-

lar la observación del tratamiento y motivar los pacientes y sus supervisores.

#### Desafíos

En primer lugar destaca la epidemia del VIH y alta prevalencia de coinfección de VIH/SIDA/TB entre los grupos de riesgo y entre la población general.

#### Prioridades

- Extender la experiencia de las áreas demostrativas al resto del país
- Integrar las actividades del control de TB en las unidades de salud
- Coordinar las acciones con otros problemas de enfermedades transmisibles (ITS/SIDA)
- Fortalecer la participación comunitaria
- Continuar con el trabajo de colaboración con los aliados internos y externos
- Incrementar los recursos humanos
- Crear la Comisión Nacional Interagencial de apoyo al PNT

### 4.5 Honduras

Existe un plan de acción nacional para el control de la TB 2001-2005. Existe apoyo político al PNT así como de otras instituciones del sector salud. Cuentan con apoyo externo al PNT de USAID, que ha permitido la expansión de DOTS al cumplirse los planes de capacitación y supervisión. En este momento se prepara la encuesta nacional de vigilancia de la resistencia a drogas anti-tuberculosas.

#### Desafíos

Mantener apoyo político al PNT, mejorar el acceso a drogas anti-tuberculosas y encarar la alta prevalencia de VIH/TB, son los tres elementos que más pueden afectar al PNT.

#### Prioridades

- Involucrar a todos los sectores, incluyendo a los representantes de la comunidad, en el conocimiento de la enfermedad y del Programa de Control, así como en la estrategia de ataque (TAES).

- Garantizar el abastecimiento oportuno de medicamentos.
- Sostener al 100% la estrategia TAES en las regiones sanitarias con cobertura total e incrementar a 90% en el resto de las regiones en el año 2001 hasta lograr la cobertura total en el año 2002.
- Continuar implementación del plan IEC incluyendo capacitación y actualización en tuberculosis, tanto personal institucional, de otros sectores como el comunitario.
- Fortalecimiento del contenido curricular en tuberculosis en las escuelas formadoras de recursos, medicina, enfermería, tanto profesionales como auxiliares y microbiología.
- Mejoramiento de la capacidad diagnóstica de la red: baciloscopia, cultivo, vigilancia de la drogosenibilidad, y tipificación de micobacterias bajo control de calidad.
- Concluir la investigación sero-prevalencia de VIH/TB y el estudio de fármaco resistencia TB.

## 4.6 México

Existen un plan de acción nacional para el control de la TB que al final del año 2000 tiene cerca de 300 municipios que han implementado la estrategia DOTS/TAES con una cobertura cercana al 50% de la población del país. La TB constituyen una prioridad de salud pública y se ha logrado una buena coordinación con las ocho principales instituciones del sector salud. Se ha reorganizado la red de laboratorios y logrado un sistema único de información para la vigilancia epidemiológica.

El país está recibiendo un importante apoyo externo al PNT (USAID, CDC etc.) creando las condiciones para la expansión de DOTS/TAES

### Desafíos

- Mantener el apoyo político que ha logrado convertir a la TB en una prioridad de salud pública
- Extender la estrategia TAES al total de la población del país
- Reducir la transmisión de la infección y la enfermedad
- Enfocar estratégicamente y en coordinación con otros programas, el reto que significa para la TB la epidemia de VIH/SIDA

- Lograr una total integración de las instituciones del sector salud a las actividades de control de la TB en el país.

### Prioridades

- Focalización del problema de la TB implantando adecuadas estrategias para la intensificación de localización y diagnóstico de los enfermos
- Capacitación del personal de salud en todas las instituciones del sector salud.
- Promoción con sensibilización de la población
- Supervisión sistemática de las acciones de control de la TB
- Evaluación y monitoreo sistemático del impacto de las acciones de control
- Investigaciones operacionales que den respuesta a los retos que enfrenta el PNT.

## 4.7 Perú

El Plan de Acción del PNT fue presentado y discutido anteriormente en la reunión de los 22 países con mayor carga de TB en noviembre de 2000 (El Cairo, Egipto). Este contiene las prioridades para el próximo quinquenio:

### Prioridades

- Compromiso político y sostenibilidad del PNT para garantizar los éxitos alcanzados en los últimos años y continuar la disminución de las tasas de incidencia TB, como expresión de la disminución del problema de la TB en el país
- Mantener las acciones del control de TB (diagnóstico, captación y tratamiento supervisado y gratuito en el 100% de los casos
- Fortalecer la aplicación de la estrategia DOTS Plus en todo el país.
- Implantar actividades en los bolsones con alto riesgo de TB
- Profundizar los aspectos de bioseguridad
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica de la asociación TB/VIH/SIDA
- Continuar con las coordinaciones con otras instituciones del sector salud y el trabajo con Seguridad Social (hospitales nacionales)

- Conformar un comité nacional para Detener la TB (STOP TB) que incluya la sociedad civil, agencias nacionales e internacionales con asistencia técnica de OPS/OMS para fortalecer la movilización social
- Aplicar el sistema computarizado TB 2000 (SYSTB) a partir del 2001
- Conformar alianzas estratégicas con agencias internacionales
- Realizar investigaciones operacionales
- Investigación epidemiológica (2do. estudio de prevalencia y RAIT, vigilancia de la resistencia a los fármacos anti TB)
- Apoyo internacional y nacional para promover el PNT ante las nuevas autoridades.

### 4.8 República Dominicana

Existente un plan nacional para el control de la TB (2001-2005). Entre las oportunidades se mencionó el apoyo político al control de la TB ratificado en esta reunión por el Subsecretario de Salud, el equipo central del PNT está fortalecido con la incorporación de médico, epidemiólogo, laboratorista y otra enfermera, el apoyo técnico y financiero externo, USAID-BM, la experiencia reciente en las áreas pilotos DOTS, la motivación de los diferentes autores y la existencia de aliados locales (Sociedad de Neumología).

#### Desafíos

Limitaciones logísticas, alta resistencia a los fármacos anti TB, importante prevalencia de VIH/TB en la población y migración interna e inmigración.

#### Prioridades

- Mantener la voluntad política y apoyo al PNT
- Lograr aprobación de proyectos de financiamiento externo al PNT
- Concluir la dotación del laboratorio central y convertirlo en Centro de Referencia Nacional para TB
- Consolidar el trabajo en las áreas demostrativas para convertirlas en áreas de capacitación nacional
- Establecer una mayor coordinación y trabajo conjunto con el programa de ITS/VIH/SIDA

- Integrar el sector privado a las actividades del PNT
- Establecer actividades de cooperación bilateral entre la República Dominicana y Haití, para el control de la TB en la isla
- Crear la Comisión Nacional Interagencial para apoyo al PNT.

## 5. Sesión de afiches (posters)

A l igual que en otras reuniones regionales o subregionales, los países participantes deben llevar afiches conteniendo toda la información epidemiológica y operacional del PNT.

Esta presentación fue organizada en tres grupos, grupo 1 (Brasil y México), grupo 2 (Haití, Honduras y República Dominicana) y grupo 3 (Bolivia, Ecuador y Perú); en cada grupo se contó con un facilitador y relator para organizar la discusión de los puntos más relevantes, que previamente cada país debió preparar para su presentación:

- a) Tendencia 1990-2000:  
Tendencia del comportamiento de la TB (todas las formas de TB y casos frotis o BAAR positivos nuevos ).
- b) Localización de casos en los últimos 5 años  
Identificación de sintomáticos respiratorios (S.R.), número de baciloscopías de diagnóstico y total de casos nuevos frotis positivos.
- c) BCG y meningitis TB  
Cobertura de BCG y casos de meningitis TB entre los niños menores de 5 años en los últimos dos años.
- d) Coinfección VIH/SIDA/TB  
Prevalencia de infección VIH entre los casos TB y de TB entre los casos VIH/SIDA de los últimos dos años.
- e) Análisis del resultado de tratamiento por cohorte  
Evaluación del tratamiento acortado administrado a los casos nuevos frotis positivos (cohorte del año 1999), así como de casos BAAR+ en retratamiento.
- f) Principales limitaciones para el avance del PNT y expansión de DOTS.
- g) Resumen de los componentes claves del Plan de Acción (2001-2005).

## 6. Sesión Plenaria " Los retos para el mejoramiento de la estrategia DOTS/TAES en la Región"

**E**n este capítulo fueron incluidos aspectos del PNT con la categoría de problemas muy comunes a todos los países, para la aplicación de DOTS. El propósito principal de esta sesión fue conocer las iniciativas locales para enfrentar estos retos y discutirlos en plenario para el mejor aprovechamiento de las experiencias exitosas. Algunos temas como el sistema de registro y notificación, capacitación y promoción fueron abordados en los respectivos grupos de discusión. Por la importancia del tema "Incentivos" y conocer las experiencias de cada país, se discutió este tema en plenaria como único punto.

Esta sesión fue coordinada por la Lic. Diana Weil (BM/OMS) y el Dr. Ramón Cruz (TB/OPS):

**En Brasil**, existe desde hace 2 años la política de incentivar con bonos de 100 reales a las unidades de salud por cada paciente en que se logra la curación. También se ha incrementado el pago por baciloscopia. El impacto posible que hayan tenido ambos incentivos en el PNT, aún no ha sido evaluado. Se recordó que el proyecto de los bonos impulsado por el Ministerio de Salud es una política de incentivos destinada a las unidades de salud y no al paciente. Sin embargo, en Rio de Janeiro se destina un apoyo material al paciente para el transporte de y hacia a las unidades de salud donde aplican el DOT.

**En Haití**, el PNT ofrece incentivos de alimentación a los pacientes y a los supervisores comunitarios del tratamiento.

El **PNT de Honduras** destacó los incentivos materiales como camisetas, insignias, broches, y bolsos que se entregan a los trabajadores y a los pacientes, además existen estímulos morales al personal como los diplomas y certificados.

El **Ecuador** sostuvo que no practican incentivos y que el mejor estímulo es la humanización de la atención y la supervisión sistemática a las unidades de salud.

El **PNT del Perú** ha desarrollado una política de incentivos durante más de una década. En primer lugar se pueden mencio-

nar los estímulos al paciente (atención personalizada, el vaso de leche y trabajo en talleres creados para los ex pacientes), en segundo lugar, los familiares de los agentes comunitarios reciben atención de salud priorizada y gratuita cuando lo requieren. Por último, el personal de salud recibe capacitación permanente y estímulos materiales.

**República Dominicana** informó que la industria (como la industria lechera) colabora con un fondo para la atención a la TB. En muchos centros de salud se da una merienda o desayuno al paciente que asiste al tratamiento supervisado. Estos fondos son del presupuesto del centro de salud.

**México** llamó la atención sobre el riesgo de caer en el paternalismo (muchos incentivos y pocos beneficios de los servicios). Eso se debe estudiar cuidadosamente.

Otros participantes expresaron opiniones en el sentido de utilizar los incentivos como parte del plan contra la pobreza. Por último, se subrayó que lo más importante es que los incentivos no sean politizados por nadie, y que haya cobertura y sostenibilidad de los servicios.

Como conclusión se recomendó a los PNT elaborar un afiche sobre el tema de los incentivos y enviar el resumen a la próxima conferencia de la UICTER a realizarse en París.

### Recomendación

Se pudo arribar al consenso de que hay innumerables tipos de incentivos materiales y morales que aplicados de forma continua pueden lograr una mejor adherencia del paciente para completar su tratamiento y curar bajo DOTS.

## 7. Resistencia a los medicamentos

**L**a población de la Región de las Américas a ser estudiada, en relación a la resistencia a fármacos anti TB, ha tenido una cobertura superior al 90% e indica que la carga de MDR-TB tiene una limitada importancia. Los países que recientemente han presentado estudios de resistencia de TB, incluye a Canadá, Chile, Colombia, México, Nicaragua, Uruguay y Venezuela mostraron baja prevalencia de MDR-TB (inferior al 3%), sugiriendo que en esos países la MDR-TB no es un importante problema de salud. De hecho, los países con una larga historia de

buen desempeño del PNT, como Cuba, Chile y Uruguay están relativamente libres de MDR-TB.

Como se indicó en el primer informe del Proyecto Global, los países de la Región con alta prevalencia de MDR-TB fueron Argentina y República Dominicana. Un nuevo estudio se está llevando a cabo en Argentina, producto de un sesgo importante con pacientes VIH en el primer estudio, pero todavía sus resultados no están disponibles. En República Dominicana ya se han iniciado las actividades con el objeto de repetir el estudio efectuado en 1994. Por otro lado, el 3% de los casos nuevos estudiados en el Perú fue MDR-TB; esta prevalencia no mostró una diferencia significativa con la encuesta realizada en 1995-1996. En adición, el Perú notificó una reducción estadísticamente significativa de la resistencia a cualquier medicamento, entre los casos TB previamente tratados.

### Recomendaciones

1. La vigilancia de la resistencia a los medicamentos anti TB debería continuar y constituirse en una prioridad. Es muy importante que los países hagan el esfuerzo para implantar la vigilancia continua. Si eso no es factible, los estudios deberían efectuarse cada 3-5 años.
2. Para prevenir la resistencia a los medicamentos anti TB, los países deberían aplicar y expandir el control de la TB, con programas bien estructurados bajo DOTS. La administra-

ción de combinaciones fijas de medicamentos con biodisponibilidad garantizada, debería considerarse como medida preventiva de la resistencia.

## 8. Situación actual de VIH/TB, perspectivas y próximos pasos

En la ponencia se destacó que la TB es una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad entre los casos VIH(+); a la vez, el VIH es el factor más importante que sostiene la epidemia de TB, no solo en Africa, sino que en todo el mundo.

Según datos de la OMS, los fallecimientos debidos al SIDA ascendieron a unos 2.5 millones en 1998. Por otro lado, la tuberculosis es la segunda causa de muerte infecciosa más importante y está aumentando en muchos países, en gran parte como consecuencia de la epidemia del VIH.

En la Región de las Américas, el patrón de la propagación del VIH es muy similar al de los países desarrollados y se puede caracterizar en tres grandes grupos:

- *Epidemia de baja intensidad* (prevalencia del VIH <1% entre los grupos con riesgo),
- *Concentrada* (prevalencia de 1-5% entre los grupos de riesgo y <1% en la población),

### Prevalencia de VIH/TB y TB/SIDA en países seleccionados de la Región

Países	Años	Prev VIH/TB	Prev TB/SIDA
Cuba	1999	1.4%	-
El Salvador	1999	2.7%	5.3%
Guatemala	1998	4.6%	-
Haití (un C/S)	1999	-	63.8%
Honduras	1997	3.8%	13.9%
Nicaragua	98-99	0.8%	-
Brasil *			
Río de Janeiro	95-98	35.6%	-
Venezuela	1999	3.7%	49.6% (1998)
Uruguay	1999	1.3%	7.5%

Fuente: Informes anuales de los PNT 1999, \* Int J Tuber Lung Dis 4(6):513-518, 2000 IUATLD

- *Generalizada* (prevalencia >5% entre los grupos con alto riesgo y >1% en embarazadas).

En América Latina y el Caribe se estima que aproximadamente el 5% de los casos TB son atribuibles a la infección por el VIH, no obstante, solo dos países (Cuba y Uruguay, ver en la tabla), realizan vigilancia epidemiológica sistemática del VIH entre los pacientes TB y viceversa. También, el PNT de Nicaragua concluyó una encuesta nacional de prevalencia VIH entre los casos TB (0.8%), mientras que en Honduras el PNT está preparando la realización del estudio nacional.

El Programa Regional de TB considera que los países con mayor carga de TB y con datos de alta prevalencia VIH/TB, deberían actualizar el conocimiento del comportamiento de ambas infecciones.

Ante la epidemia del VIH/SIDA y del resurgimiento de la TB, se debe reconocer que en muchos países todavía la respuesta del sector salud al VIH/SIDA y al control de la TB, no está bien estructurada. Es conocido que en la mayoría de los programas de control y atención TB y VIH/SIDA colaboran entre sí en un nivel muy bajo y la prevención del VIH del paciente con SIDA debería ser prioridad para el control de la TB, al igual que la prevención y atención de la TB deberían ser prioritarios para los programas ITS/SIDA.

Una nueva estrategia para impulsar la sinergia de los programas TB e ITS/SIDA, apoyando en primer lugar, a los servicios generales de salud, se hace necesaria a la brevedad. Para esta empresa, se requieren más recursos con fines de desarrollar la nueva estrategia que incluiría:

- Priorizar intervenciones aplicables a los diferentes niveles del sistema de salud
- Intensificar la detección de los casos TB y lograr la eficiencia del tratamiento
- Tomar las medidas adecuadas para reducir la transmisión del VIH
- Impulsar la terapia con antiretrovirales
- Realizar el tratamiento preventivo de la TB (quimioprofilaxis) en casos VIH (+)

## 9 Conclusiones y principales recomendaciones

**A** Como se ha expuesto en el análisis sobre la situación de la TB en la Región de las Américas y específicamente, en relación a los ocho países que aportan más del 75% de la carga de TB de la Región, se puede afirmar que se han alcanzado avances en los dos años transcurridos, pero que persisten variadas limitaciones que deben ser enfrentadas por los países para alcanzar la meta propuesta de lograr la total expansión de DOTS/TAES y las metas de OMS en los próximos 5 años (2001-2005). Los ocho países convocados en Brasilia, deben revisar y adecuar los **planes de acción** que permitan obtener el respaldo de las autoridades nacionales de salud y alcanzar en ese período las metas propuestas. Para lograr estos objetivos se debe establecer en cada país las estrategias y alianzas que permitan enfrentar las limitaciones que están impidiendo los progresos para la expansión de DOTS/TAES:

### Promoción

1. Sensibilizar en cada país a las principales autoridades gubernamentales para garantizar la voluntad política y enfrentar la TB como un problema prioritario de atención pública.
2. Incrementar la captación de fondos externos demostrando éxitos locales en la aplicación de DOTS.

### Gestión

3. Impulsar la organización y cobertura de los servicios de salud y red de laboratorios, así como enfrentar con adecuadas estrategias los problemas que se generan en la aplicación de la reforma del sector salud.
4. Fortalecer la cantidad y capacidad de los recursos humanos para la extensión de DOTS (equipos centrales regionales y locales que en muchos casos son mínimos y están insuficientemente capacitados para la gerencia del programa).
5. Garantizar el suministro adecuado y regular de fármacos anti-tuberculosos para tratar el total de los casos nuevos infecciosos y los casos de retratamiento. La compra de drogas de segunda línea debe realizarse bajo los lineamientos establecidos por el "Green Light Committee".
6. Identificar y brindar una atención priorizada a los grupos de población donde la TB presenta altas tasas de morbilidad y

## Informe de la II Reunión STOP TB

mortalidad (población indígena, los prisioneros y grupos en extrema pobreza con dificultades de acceso a la atención médica).

7. Reformular los Planes de Acción a 5 años en base a los lineamientos discutidos y establecidos en la reunión. Enviarlos dentro de un mes al Programa Regional de TB (Mayo 2001).

### Investigaciones

8. Brindar mayor importancia y apoyo a las investigaciones operacionales que den respuesta a los principales problemas que enfrenta el PNT.
9. Preparar un documento sobre las experiencias de aplicación de incentivos por los programas de TB de países de la Región.

### Coordinación y colaboración

10. Mejorar la coordinación e integración de las diferentes instituciones del sector salud tales como la medicina privada, el seguro social, ejército y prisiones.

11. Coordinación con los programas de TB e ITS/SIDA y sensibilizar a sus gerentes sobre la importancia que significa para el control de ambas enfermedades, la cooperación y trabajo conjunto de los dos programas.
12. Establecer alianzas locales y crear la Comisión Interagencial con instituciones, agencias, organizaciones no gubernamentales, donantes etc. que apoyan los PNT y facilitan los recursos para las acciones de control en el proceso de implantación/expansión de DOTS/TAES.
13. Incrementar la colaboración entre países aprovechando las experiencias de países que aplican con éxito a estrategia DOTS.
14. Realizar la III Reunión STOP TB de países priorizados en abril del año 2002.

# Anexos

## I. Reunión del Grupo de Trabajo DOTS Plus, Lima, Perú

El Dr. Marcos Espinal, Coordinador del DOTS Plus por OMS, informó que en enero del presente año se llevó a cabo en Perú la reunión del Grupo de Trabajo sobre el tema mencionado. El DOTS Plus es una iniciativa en fase piloto para el manejo de la MDR-TB con fármacos de segunda línea, dentro de la estrategia DOTS en países con bajos y medianos recursos.

### La agenda consistió en:

1. Revisión de los proyectos pilotos y sus progresos;
2. Progresos en el acceso a fármacos de segunda línea; y,
3. Elaboración de un plan de investigación.

### Discusión 1, sobre el progreso del DOTS Plus:

Los proyectos pilotos en Perú, Filipinas, Sud Africa, Marruecos, Estonia, Letonia y Rusia, en condiciones de programa, todavía presentan grandes desafíos en el uso de esquemas estandarizados o individualizados, con fármacos de 2da. línea.

### Discusión 2, sobre el acceso a los medicamentos:

Se destacó el acceso a fármacos de segunda línea por medio del Comité de Luz Verde (Green Light Committee) que ha mostrado su efectividad al fin de evitar el mal uso de drogas de segunda línea. El comité conformado por OMS, Médicos sin Fronteras, KNCV, CDC, Universidad de Harvard y el PNT del Perú, debe continuar trabajando y asesorando a los países que reúnen condiciones para el uso de dichos medicamentos.

### Discusión 3, investigaciones relacionadas al tema:

Fueron planteados varios puntos de interés: transmisibilidad de las cepas resistentes versus las cepas susceptibles; costo efectividad de las diferentes estrategias (tratamiento estandarizado e individualizado); momento en que se debe iniciar el tratamiento con fármacos de segunda línea; el efecto de "amplificación"; y, herramientas diagnósticas y otras.

### Conclusiones

1. La aplicación de la estrategia DOTS debe preceder a DOTS Plus
2. El acceso a los medicamentos de segunda línea debe continuar a través del Comité de Luz Verde
3. Debe continuarse trabajando en la reducción de los precios de los fármacos
4. En la iniciativa DOTS Plus, todavía existen muchas preguntas sin respuestas

### Resumen de la posición de la OMS

- La estrategia DOTS es una prioridad para prevenir la creación de la MDR-TB
- Se recomienda ejecutar proyectos pilotos DOTS Plus para determinar la factibilidad
- Basado en los resultados, la OMS y los socios de la alianza formularán recomendaciones para el manejo de MDR-TB
- El DOTS Plus será incorporado, eventualmente, dentro del movimiento de expansión del DOTS.

## II. Seguimiento a los acuerdos del Cairo y de Bellagio, Italia

(Informe del Dr. Marcos Espinal, TBS/STB/OMS)

Una fructífera reunión del Consejo Provisional de Coordinación de STOP TB se celebró en Bellagio, Italia del 20 al 22 de febrero. La reunión cumplió con los cuatro objetivos enunciados:

- 1) Examinar el progreso y formular prioridades para la acción del movimiento mundial de alianzas;
- 2) Respalda y operacionalizar la alianza de la estrategia "Stop TB" y los mecanismos de gobernabilidad;
- 3) Aprobar el plan para el lanzamiento y operacionalización del Financiamiento Global de los fármacos anti TB y el Plan Global de Inversión; y
- 4) Examinar y aprobar el plan de trabajo y presupuesto de la Secretaría de la Alianza "STOP TB" para el año 2001.

En la declaración, se hizo un llamado a los socios internacionales para incrementar la colaboración en el control de la TB, reforzar los planes de desarrollo e incorporando el control de la TB y de la salud en general. El acceso universal a los fármacos anti TB es un punto relevante para expandir la estrategia, lo mismo que acelerar la investigación básica y operacional. En adición, es necesario establecer un fondo mundial para movilizar e invertir nuevos recursos. Como respuesta de la OMS y los socios a la Conferencia de Amsterdam, se efectuaron consultas entre los aliados y se conoció que estos estaban preparados para contribuir con la asistencia a los países, como parte de un plan coordinado y estratégico, el cual se iniciaría con los países de mayor carga TB.

La Primera Reunión del Grupo de Trabajo para la expansión DOTS se realizó en el Cairo en noviembre de 2000, posteriormente, a inicios de 2001 se llevó a cabo la reunión de donantes y además se estableció el Fondo Global para Drogas Anti-TB (FGD) como un componente integral del Plan de Expansión Global de la Estrategia DOTS (PEGD). En las Américas se desarrollan planes regionales a mediano plazo, y junto a STOP TB se promueve la creación de los Comités de Coordinación Inter Agencial (CCI) para el apoyo de los planes a mediano plazo.

## III. Fondo Global para Drogas Anti-TB (Global Drug Facility)

La Lic. Diana Weil, explicó que éste es un mecanismo para expandir la disponibilidad y el rápido acceso a los fármacos anti TB, que garanticen la calidad y permitan la expansión de la estrategia DOTS/TAES.

**Las metas del fondo consisten en** 1) asegurar el acceso de los medicamentos específicos sin ruptura, 2) catalizar la expansión del DOTS para lograr las metas del control de TB en el año 2005, 3) estimular el apoyo político y comunal para el financiamiento público de los fármacos anti TB, 4) crear los fundamentos para un control de TB sostenible y eventualmente, eliminar la TB como un problema de salud pública.

**Las funciones del FGD** están concentradas en la movilización de recursos para la adquisición y traslado de los medicamentos a los países que están en proceso de expandir la estrategia DOTS/TAES. Compete considerar las solicitudes de los países u organismos que cumplen con los requisitos de planificación e implantación del DOTS para desarrollar acuerdos entre el FGD/OMS y los gobiernos; también contempla la compra de medicamentos con licitaciones competitivas, tomando en cuenta los laboratorios pre-calificados y la distribución directa a los países. Además, ofrece los servicios de adquisición de fármacos para los gobiernos y sus aliados **que están financiando sus propias necesidades.**

**Los requisitos y condiciones** establecidas por el FGD toma en consideración la presentación del Plan estratégico para la aplicación y expansión del DOTS, con indicadores epidemiológicos, administrativos y financieros; incluyendo el sistema de abastecimiento y distribución de los medicamentos.

## IV. El Programa de Salud Familiar en Brasil

(Presentación de la Dra. Heloísa Machado, Jefa del Dpto. Atención Básica de Salud, Ministerio de Salud de Brasil)

Teniendo en cuenta que Brasil es el país que aporta la mayor carga de TB en la Región y el único representante de nuestra Región dentro de los 22 países de esta categoría, se pidió a la Dra. Machado una presentación sobre el programa de salud familiar como política nacional de salud y estrategias para la expansión de DOTS en Brasil.

La municipalización debe mejorar la gestión de los programas; el 90% de los municipios ya se han descentralizado.

Varios actores participan en la dirección y gestión:

- a) Las Secretarías de Salud del Estado;
- b) Las Secretarías de Salud municipal;
- c) La Comisión tripartita del estado; y,
- d) La atención primaria (Atención Básica).

La Salud Familiar trabaja con equipos de trabajo conformados por un médico, una enfermera y auxiliar de enfermería y varios agentes comunitarios de salud que laboran estrechamente con la comunidad. Actualmente en el país existen 130,000 equipos de salud cubriendo aproximadamente una población de 65-70 millones de habitantes. Para el año 2004 debe estar cubierto el 70% de la población.

El proyecto no es piloto, sino que actualmente es una política de salud. La integración progresiva del PNT de Brasil al plan de salud familiar constituyen en este país la piedra angular para mejorar el control de la TB, ejecutando sus principales acciones al nivel local de salud (DOTS).

## V. Aliados del Programa Regional de TB y de la Iniciativa STOP TB

Uno de los principales objetivos de esta II Reunión STOP TB lo constituyó la participación activa de las agencias, organismos e instituciones que prestan apoyo al control de la TB en la Región (socios). Con esta participación no solo conocían la situación de la TB en cada país y los retos para la expansión de DOTS sino que con la presencia de sus representantes se podían establecer las alianzas con los países de mayor carga y crear también el Comité Interagencial Regional de socios para apoyo al control de la TB.

Cada uno de los socios invitados, presentó un panorama actualizado del trabajo de apoyo que realizan en la Región para mejorar los programas de control de la TB y las posibilidades de adquirir nuevos compromisos o extensión de los actuales.

A continuación presentamos un resumen de cada una de las presentaciones:

### 5.1 Agencia de Desarrollo Internacional de EE.UU (USAID)

La presentación de USAID estuvo a cargo de la Lic. Susan Bacheller Asesora en Población, Salud y Nutrición de la Agencia en

Washington DC. La agencia cuenta con un presupuesto de US\$ 7 mil millones de dólares asignados por el gobierno de EE.UU con el objetivo de colaborar en seis rubros principales: economía, salud, desarrollo humano, ambiente, democracia y educación. Para optimizar el apoyo a los países, existen 16 misiones en América Latina y el Caribe.

De 1998 al 2001, el presupuesto destinado a enfermedades infecciosas fue incrementado de 50 a más de 120 millones y el de TB aumentó de 10 a 60 millones de dólares.

La USAID tiene como meta contribuir al esfuerzo global contra la TB para reducir la morbimortalidad de esa enfermedad, fortaleciendo la capacidad de control de los PNT y expandiendo el DOTS. También, USAID apoya el desarrollo de nuevas herramientas para el control de la TB y colabora con los nuevos aliados formando parte de la Coalición para la Asesoría Técnica contra TB.

Los criterios de USAID para colaborar con los países se basa en: la carga e incidencia de TB, prevalencia de VIH/SIDA, la MDR-TB, el impacto migratorio en los EE.UU, prioridad del Congreso e interés por parte del país y la misión de USAID.

En este momento, USAID presta colaboración a los PNT de México, Brasil, Haití, El Salvador, Honduras, Bolivia, Perú y República Dominicana.

En el caso de México, el objetivo estratégico es desarrollar la capacidad institucional sostenible y efectiva para diagnosticar, controlar y vigilar la tuberculosis en los trece estados prioritarios (Baja California, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas, Chiapas, Jalisco, Veracruz, Michoacán, Guerrero, Oaxaca y San Luis Potosí).

### 5.2 Asociación Canadiense del Pulmón (ACP)

La representación estuvo a cargo de la Dra. Lucero Hernández y del Dr. Brian Graham expresaron que en el año 2000 fue aprobado el proyecto de la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (ACDI) con el Ministerio de Salud del Ecuador y está destinado a fortalecer la gestión del PNT por medio de la implantación de la estrategia DOTS. Este proyecto es administrado por la Asociación Canadiense del Pulmón (ACP) brindando la asistencia técnica requerida. Los rubros del proyecto están destinados a: capacitación, supervisión, evaluación y equipamiento de los laboratorios. Existe el compromiso político del gobierno con el con-

trol de la TB y se busca que el proyecto sea sostenible en el futuro. Se inició la organización de tres áreas demostrativas en las provincias de Guayas, Pichincha y Azuay; en el 2002 se pasará a la fase de expansión y las actividades de 2003 dependerán de los resultados que se obtengan en las provincias.

### 5.3 Asociación Alemana de Asistencia al Enfermo con Lepra

Su Coordinador en Brasil es el Sr. Manfred Göbel, informó que la organización fue conformada en 1957 y sus fondos son aportados por el pueblo alemán. Colabora con los programas de Lepra y TB en 49 países, desarrollando 327 proyectos; el aporte total es de 13 millones de dólares. En América Latina apoyan a 7 países con 32 proyectos, lo que representa el 7% del presupuesto global.

El apoyo de la ONG está destinado a mejorar los programas integrados de lepra y TB de acuerdo con las normas nacionales y en asociación con las instituciones gubernamentales.

Los proyectos en la Región están ubicados en Argentina, Bolivia, Brasil y Ecuador.

### 5.4 Banco Mundial (BM)

Como un representante del Banco Mundial no podía participar en la reunión, la Lic. Diana Weil presentó los compromisos del Banco Mundial con el control de la TB en los países de América Latina. Señaló que el financiamiento se ha brindado principalmente al fortalecimiento y reforma de los sistemas de salud y para intervenciones específicas de salud pública; también ha impulsado el diálogo de las autoridades gubernamentales con los socios principales, el análisis de la situación del sector salud y el apoyo financiero a la estrategia STOP TB.

Actualmente, en Argentina se está ejecutando un préstamo por medio del programa VIGIA, destinado a vigilancia epidemiológica, fortalecimiento de los laboratorios, capacitaciones y supervisiones, incluyendo un componente para TB. En Brasil, funciona una situación similar con el proyecto VIGISU con miras al control de enfermedades prioritarias en las Amazonas, la vigilancia epidemiológica y salud de la población indígena.

En Ecuador, se está cumpliendo un préstamo para la adquisición de medicamentos anti TB. En Haití se está concluyendo el proyecto Salud I y existen nuevas negociaciones para continuar con

el proyecto Salud II, donde se incluyen todos los aspectos para el control de la TB y la expansión de las áreas demostrativas DOTS.

Otras actividades del BM en el sector salud se aprecian en México en "Salud Básica", en el Caribe Inglés para mejorar la situación del VIH/SIDA, en República Dominicana hay otro proyecto en la línea de VIH/SIDA con un subcomponente de TB y en Venezuela proyectos en salud urbana.

### 5.5 Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta

Las actividades del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en América Latina fueron presentadas por la Dra. Kayla Laserson, oficial de vigilancia epidemiológica del centro.

El CDC colabora con proyectos en distintos componentes de los programas de control de la tuberculosis tanto en Brasil (transmisión nosocomial de la TB), El Salvador (asistencia técnica en el área de comunicación y educación), en Perú (beca de la fundación Gates para aprender y manejar la MDR-TB), en este año en Haití se inicia con LIFE, así como en México.

El proyecto binacional más significativo está ejecutándose entre USA y México, priorizando los estados fronterizos de ambos países. Este incluye: asistencia técnica en el registro y notificación de la TB, implantación de una tarjeta binacional que facilita la referencia de los pacientes con TB que viajan entre los USA y México, así como proyectos de capacitación del personal de laboratorios en ambos países. El CDC, en colaboración con otros socios, ha planificado una diseminación mundial de materiales (videos, diapositivas, audiovisuales y materiales escritos) para la educación y capacitación en baciloscopía. Además, el CDC está involucrado en el grupo de trabajo sobre capacitación y educación de la UICTER.

### 5.6 Cruz Roja Americana y Cruz Roja Mexicana

Los licenciados Sandra Brady y Joselito García presentaron las actividades de la Cruz Roja Americana. Históricamente, la Cruz Roja Americana ha apoyado los esfuerzos mundiales para combatir la TB y ha colaborado con las asociaciones nacionales para el control de TB de EE.UU. En este país impulsa programas sociales, educativos y de prevención en 16 idiomas diferentes, incluyendo los estados fronterizos de Arizona, California, Nuevo México y Texas, mientras que la rama de CRM labora en 7 esta-

dos de México (Baja California, Coahuila, Chihuahua, México, Nuevo León, Sonora y Tamaulipas).

Por otro lado, la Cruz Roja Mexicana cuenta con servicios pre hospitalarios, clínicas de salud, laboratorios, realiza educación a la comunidad sobre el VIH/SIDA/TB, impulsa programas voluntarios y el trabajo las escuelas de enfermería. También ha desarrollado programas de apoyo económico a la familia del paciente, salud física y mental e incentivos a los enfermos.

### 5.7 Fundación Damián (FD)

Los proyectos de la Fundación Damián en América Latina fueron presentados por la Dra. Martine Tromme-Toussaint (Centroamérica) y Patrick Denis (Brasil). Los representantes de FD subrayaron el papel no lucrativo y de colaboración con los gobiernos, con la idea de fomentar proyectos de largo plazo. Su misión consiste en a) brindar asistencia médico especializada en lepra, TB y leishmaniasis, b) sensibilizar a la población de Bélgica para que colaboren con otros países.

Las principales intervenciones de la Fundación incluyen:

- 1) Fortalecimiento de la capacidad operacional de las unidades;
- 2) Apoyo a la red de Laboratorios en sus diferentes niveles;
- 3) Capacitación a personal de salud y promotores;
- 4) Apoyo técnico especializado;
- 5) Promoción y educación para la salud; y,
- 6) Supervisión de acciones territoriales.

En diez años, la FD ha recolectado el doble de recursos destinados a la colaboración, la mayoría del financiamiento de la Fundación (88%) se dirige a países de Asia (44%) África (39%) y cuatro países de América Latina (5%), entre los que incluyen

fondos destinados a proyectos de TB en Guatemala (DOTS/TAES), Panamá (DOTS/TAES), Nicaragua (leishmaniasis) y Brasil (para TB y enfermedad de Hansen en Goias y el Distrito Federal). La perspectiva para el 2001 es que la FD cuente con una representación regional que se ubicará en Panamá.

### 5.8 Unión Internacional Contra la TB y Enfermedades Respiratorias (UICTER)

El trabajo que realiza la Unión fue presente por el Dr. Nils Billo, Director Ejecutivo de la UICTER. La Unión participa activamente en todas las instancias de la iniciativa STOP TB y en los grupos de trabajo, como miembro constituyente. En el área de asistencia y educación, durante 1998 y 2000, la UICTER prestó asistencia intensiva y técnica a nueve países de América Latina; colaboró en la realización de variados cursos: el Curso Internacional de Epidemiología y Control de TB en Nicaragua, que sigue siendo una base para la capacitación de personal de salud en las Américas, y los cursos para médicos especialistas y técnicos de laboratorio que sirven para mejorar la calidad de actividades de control. Las Bases Epidemiológicas para el Control de la TB (1999) fue publicada en español y está en planes publicar en español la revista de UICTER: "International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases".

Respecto al área de investigaciones, la UICTER colabora con:

- Un curso de métodos de investigación;
- Análisis de políticas sanitarias;
- Estudios operacionales;
- Participación en red de ensayos clínicos; y,
- Publicaciones.

**Tabla 1.**  
**Notificación de casos TB nuevos y su diferencia porcentual**  
**Región de las Américas, 1998-1999**

Países	Total de casos 98-99		Dif. %	BAAR (+) 98-99		Dif. %
Argentina	12,276	11,871	-3.2	5,186	5,762	+11.1
Bolivia	10,132	9,272	-8.4	6,750	6,506	-3.6
Brasil	84,194	78,628	-6.6	38,809	41,434	+6.7
Chile	3,668	3,429	-6.5	1,576	1,679	+6.5
Colombia	9,155	10,999	+20	6,969	8,329	+19.5
Costa Rica	694	745	+7.3	562	567	+0.9
Cuba	1,304	1,111	-14.8	744	720	-3.2
Ecuador	9,184	7,027	-23.4	6,455	5,149	-20.2
El Salvador	1,700	1,623	-4.5	1,071	1,023	-4.4
EUA, USA	18,361	17,531	-4.5	6,630	6,252	-5.7
Guatemala	3,059	2,820	-7.8	2,255	2,264	+3.9
Haití	9,770	9,125	-6.6	6,442	6,750	+4.7
Honduras	4,916	4,264	-13.2	2,311	2,367	+2.4
Jamaica	121	115	-4.9	80	92	+15
México	21,514	19,802	-7.9	12,622	13,452	+6.5
Nicaragua	2,604	2,558	-1.7	1,648	1,564	-5.0
Panamá	1,479	1,365	-7.7	1,393	1,178	-15.4
Paraguay	1,858	2,115	+13.8	850	963	+13.2
Perú	43,723	41,730	-4.5	27,707	24,511	-11.5
Rep. Dom.	4,263	5,320	+24.7	2,164	2,936	+35.6
Suriname	74	93	+25.6	42	37	-11.9
Trin, y Tobag	192	152	-20.8	98	86	-8.1
Uruguay	668	627	-6.1	374	384	+2.6
Venezuela	6,273	5,760	-8.1	3,450	3,670	+6.3
<b>TOTAL</b>	<b>251,775</b>	<b>238,082</b>	<b>-5.4</b>	<b>136,436</b>	<b>137,675</b>	<b>+9.0</b>

**Tabla 2.**  
**Situación de la movilización de Recursos para los Programas TB**  
**Región de las Américas, 2001**

Países	Con Financiamiento	Sin Financiamiento de OPS y externo
Argentina	VIGIA y BM \$5 millones por tres años	
Belice		X
Bolivia	DFID \$ 2.5 millones por 3 años	
Brasil	Posible \$3 millones de USAID Fundación Damián en el estado Goias	
Chile		X
Colombia	Proyecto OPS/ CIDA	Posible apoyo de Canadá en 2001
Costa Rica		X
Cuba		X
Ecuador	\$2 millones 2 años de CIDA	
El Salvador	\$1.9 millones por 3 años USAID	
Guatemala	\$1 millón por 3 años con DFID (2000-2003) \$60,000 anual por la Fundación Damián	
Guyana		Posible apoyo de Canadá en 2001
Haití	Préstamo de BM \$0.5 millón y posible apoyo de USAID \$1millón en el 2001	
Honduras	\$650,000 de USAID por 2 años	
Jamaica		X
México	\$16 millones de USAID	
Nicaragua	\$ 1 millón por 3 años del DFID (2000-2003)	
Panamá	Euros \$ 393,000 para asesoría y comunidades indígenas (Fundación DAMIAN)	
Paraguay	Proyecto de OPS con CIDA	Posible apoyo de Canadá en 2001
Perú	\$ 3 millones de CIDA en 3 años	
Puerto Rico		X
Rep. Dominicana	Posible apoyo de USAID \$1.2 millón (3 años)	
Suriname		X
Trinidad y Tobago	Colaboración de Canadá por medio del (CAREC)	
Uruguay		X
Venezuela	Ejecutado el préstamo del BM	X

**Países sin Fondos Externos para Aplicar la Estrategia y Cumplir con las Metas OPS/OMS**

Países	No. de Casos TB	Tasa por 100,000 hab	Situación	Estrategia
Belice	48	21	Baja Prevalencia	Con Fondos Propios
Chile	3,429	23	" "	" " "
Costa Rica	745	21	" "	" " "
Cuba	1,111	10	" "	" " "
Jamaica	115	4.5	" "	" " "
Puerto Rico	200	5.2	" "	" " "
Suriname	93	22	" "	" " "
Uruguay	627	20	" "	" " "
Venezuela	5,760	24	" "	" " "

Metas al 2005: Detectar el 70% de las fuentes de infección y curar como mínimo el 85% de las nuevas fuentes de infección.

**Tabla 3.**  
**Resultados de tratamiento, según análisis**  
**de cohorte de los casos nuevos BAAR+ 1998**

Pais (DOTS)	Reg	No eval.	%	Curado	%	Tto. Com	%	Exito	%	Fallec.	%	Frac.	%	Aband.	%	Transf.	%
Bolivia	6750	1407	21%	3765	56%	406	6%	4171	62%	239	4%	37	1%	670	10%	226	3%
Brasil	82	0	0%	64	78%	11	13%	75	91%	2	2%	0	0%	0	0%	5	6%
Chile	1565	0	0%	0	0%	1294	83%	1294	83%	112	7%	10	1%	87	6%	62	4%
Colombia	562	0	0%	363	65%	55	10%	418	74%	17	3%	5	1%	76	14%	46	8%
Cuba	739	0	0%	695	94%	2	0%	697	94%	29	4%	4	1%	5	1%	4	1%
El Salvador	940	13	1%	692	74%	34	4%	726	77%	58	6%	5	1%	83	9%	55	6%
Jamaica	80	0	0%	40	50%	31	39%	71	89%	4	5%	0	0%	5	6%	0	0%
Guatemala	2300	0	0%	1580	69%	242	11%	1822	79%	116	5%	27	1%	239	10%	96	4%
Haiti	1476	0	0%	893	61%	274	19%	1167	79%	133	9%	10	1%	112	8%	54	4%
Honduras	56	0	0%	52	93%	0	0%	52	93%	2	4%	0	0%	2	4%	0	0%
Mexico	4941	0	0%	3518	71%	339	7%	3857	78%	273	6%	91	2%	494	10%	226	5%
Nicaragua	1653	0	0%	1145	69%	214	13%	1359	82%	66	4%	29	2%	144	9%	55	3%
Panamá	77	0	0%	7	9%	32	42%	39	51%	5	6%	0	0%	28	36%	5	6%
Peru	26137	0	0%	24175	92%	0	0%	24175	92%	577	2%	365	1%	834	3%	186	1%
Puerto Rico	107	18	17%	0	0%	73	68%	73	68%	14	13%	0	0%	2	2%	0	0%
St. Kitts	4	2	50%	0	0%	1	25%	1	25%	1	25%	0	0%	0	0%	0	0%
St. Lucia	17	0	0%	14	82%	0	0%	14	82%	2	12%	1	6%	0	0%	0	0%
Trinidad y Tob	82	0	0%	42	51%	11	13%	53	65%	15	18%	2	2%	12	15%	0	0%
Turks y Caicos	7	0	0%	0	0%	5	71%	5	71%	0	0%	1	14%	1	14%	0	0%
Uruguay	379	0	0%	301	79%	17	4%	318	84%	42	11%	10	3%	8	2%	1	0%
Ee.U.	6630	928	14%	0	0%	4801	72%	4801	72%	658	10%	0	0%	19	0%	224	3%
Venezuela	3305	0	0%	2678	81%	0	0%	2678	81%	152	5%	14	0%	323	10%	138	4%
<b>Total DOTS</b>	<b>57889</b>	<b>2368</b>	<b>4%</b>	<b>40024</b>	<b>69%</b>	<b>7842</b>	<b>14%</b>	<b>47866</b>	<b>83%</b>	<b>2517</b>	<b>4%</b>	<b>611</b>	<b>1%</b>	<b>3144</b>	<b>5%</b>	<b>1383</b>	<b>2%</b>

Pais (No DOTS)	Reg	No eval.	%	Curado	%	Tto. Com	%	Exito	%	Fallec.	%	Frac.	%	Aband.	%	Transf.	%
Antig. y Barbuda	4	0	0%	2	50%	0	0%	2	50%	1	25%	0	0%	0	0%	1	25%
Argentina	5234	1304	25%	1323	25%	1574	30%	2897	55%	243	5%	18	0%	497	9%	275	5%
Bahamas	32	0	0%	0	0%	18	56%	18	56%	13	41%	0	0%	0	0%	1	3%
Brasil	29996	14284	48%	3009	10%	8897	30%	11906	40%	719	2%	88	0%	1893	6%	1106	4%
Cayman	2	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Colombia	6407	6407	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Costa Rica	562	562															
El Salvador	87	87	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Grenada	2	0	0%	0	0%	1	50%	1	50%	1	50%	0	0%	0	0%	0	0%
Haiti	4966	0	0%	2382	48%	760	15%	3142	63%	261	5%	36	1%	1150	23%	377	8%
Honduras	2256	462	20%	1202	53%	217	10%	1419	63%	122	5%	7	0%	196	9%	50	2%
Mexico	6532	0	0%	4309	66%	479	7%	4788	73%	274	4%	69	1%	1060	16%	341	5%
Monserrat	2	0	0%	0	0%	1	50%	1	50%	1	50%	0	0%	0	0%	0	0%
Panamá	592	0	0%	4	1%	302	51%	306	52%	57	10%	14	2%	158	27%	57	10%
Paraguay	850	148	17%	229	27%	246	29%	475	56%	27	3%	0	0%	189	22%	11	1%
Rep. Dominicana	2194	887	40%	658	30%	233	11%	891	41%	64	3%	40	2%	276	13%	36	2%
Suriname	46	0	0%	10	22%	19	41%	29	63%	2	4%	0	0%	12	26%	3	7%
<b>Total No-DOTS</b>	<b>59764</b>	<b>24141</b>	<b>40%</b>	<b>13130</b>	<b>22%</b>	<b>12747</b>	<b>21%</b>	<b>25877</b>	<b>43%</b>	<b>1785</b>	<b>3%</b>	<b>272</b>	<b>0%</b>	<b>5431</b>	<b>9%</b>	<b>2258</b>	<b>4%</b>

REG. Registrado  
NO EVAL: No Evaluado  
TTO. COM: Tratamiento completado  
EXITO. Exito de tratamiento

FALLEC. Fallecido  
FRAC. Fracaso  
ABAND. Abandono  
TRANS: Transferido

**Tabla 4.**  
**Principales indicadores de detección y cobertura de la estrategia DOTS/TAES**  
**En países priorizados, Región de las Américas, 1999**

<b>Países</b>	<b>Población 1988</b>	<b>Casos de TB Total, 1999</b>	<b>Casos BAAR(+) Estimados por OMS</b>	<b>Casos BAAR(+) Notificados 1999</b>	<b>Estimados BAAR (+) %</b>	<b>Cobertura DOTS (%)</b>	<b>Población Cobertura DOTS</b>
Bolivia	7,957,253	9,272	9,057	6,506	75%	50%	3,978,626
Brasil	165,850,620	78,628	55,160	41,434	70%	10%	16,585,062
Ecuador	12,174,641	7,027	9,006	5,149	72%	10%	1,217,641
Haití	7,952,408	9,125	12,147	6,750	53%	10%	795,240
Honduras	6,147,498	4,264	2,617	2,367	88%	33%	2,049,166
México	95,830,901	19,802	17,089	13,452	73%	50%	47,915,450
Perú	24,796,829	41,730	29,442	24,511	94%	100%	24,976,829
Rep. Dom.	8,231,879	5,320	4,127	2,936	53%	10%	823,187
<b>Total</b>	<b>328,942,029</b>	<b>175,168</b>	<b>138,645</b>	<b>103,105</b>	<b>74%</b>	<b>33.75</b>	<b>98,341,201</b>

## Siglas y abreviaturas

BAAR	Bacilo Acido Alcohol Resistente o (bacilo de Koch)
BM	Banco Mundial
CDC	Centros para el Control de Enfermedades en EE.UU
CLA	Asociación Canadiense el Pulmón
CIDA	Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional
CRA	Cruz Roja Americana
CRM	Cruz Roja Mexicana
DAHW	Asociación Alemana de Asistencia al Enfermo con Lepra
DOTS	Tratamiento Acortado Directamente Observado
DOTS PLUS	La estrategia para manejar la MDR-TB con drogas anti-TB de segunda línea
DFID	Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido
GDF	Fondo Global para las Drogas Anti-TB
IEC	Información, Educación y Comunicación
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual (antes ETS)
MDR-TB	Multifármaco Resistencia a los medicamentos anti TB
MINSA	Ministerio de Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no Gubernamental
PNT	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
S.R.	Sintomático Respiratorio
SIDA	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
STOP TB	Iniciativa para Detener la TB
TAES	Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (igual a la estrategia DOTS)
TB	Tuberculosis
UICTER	Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias
USAID	Agencia Internacional para el Desarrollo (Estados Unidos)
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

## Lista de participantes

### BOLIVIA

#### Dr. René Ardaya Gutierrez

Encargado Centro Capacitador "Montero"  
 Distrito de Salud Norte  
 Ministerio de Salud y Previsión Social  
 Calle Antofagasta Final  
 Santa Cruz – Bolivia  
 591 (092) 20277/ 21819 – Montero  
 591 (03) 330964 – Santa Cruz  
 rag@cotas.com.bo

#### Dra. Mirtha Del Granado

Jefe Nacional del Programa Control de la TB  
 Ministerio de Salud  
 Av. Capital Ravelo No. 2199  
 La Paz, Bolivia  
 (591-2) 442-006  
 (591-2) 441049 / Fax (591-2) 441328  
 mdlgranado@yahoo.com

### BRASIL

#### Dr. Robert Manfred Gobel

Representante  
 DAHW  
 Rua Barão de Melgaco, 2754  
 Edifício Work Tower, Sala 601  
 CEP 78.020-800 Cuiabá, Mato Grosso  
 Tel/Fax (65) 322-4822  
 Dahwmt@hotmail.com

#### Dra. Solange Cesar Cavalcante

Coordinadora do Programa de Controle Da Tuberculose  
 Secretaria de Municipal de Saude do Rio Janeiro  
 Rua Almirante Alexandrino, 3780 bloco E3/302  
 Santa Teresa, Rio de Janeiro  
 CEP 20241-262  
 Tel. (21) 293-3210 / 556-3348 / Fax. (21) 556-3348 / 293-3210  
 Scorcority@pcrj-rj.gov.br

#### Dra. Myria Coelho Adati Guimarães

Coordinadora Estadual do Programa  
 de Control de Tuberculose  
 Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins  
 Av. NSI Quadra AANE s/n  
 Praca dos Girassóis  
 Palmas, Tocantins, CEP 77085-050  
 Tel. (63) 218 1760/1735 (63) 218 1790/1796  
 Endereco Residencial  
 ARSO 61 QIO Lt 01 Al 05  
 Centro –Palmas Tocantins CEP: 77192-150  
 Tel: (63) 216 1089

#### Dra. Marilda Santos Spinelli

Coordinadora do Programa de Controle  
 das acoes de Tuberculose  
 Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso  
 Centro Político Administrativo, C.P.A.  
 Bloco 5, Rua G. Cuiaba MT  
 CEP 78000-000  
 Tel. (65 ) 644-3491 / Fax: (65) 644-1422  
 Residencia  
 Rua Tiradentes, Nro. 874  
 Bairro Jardim Kennedy  
 Cuiabá, Mato Grosso  
 CEP 78065-200  
 (65) 727-3459 / 9973-1861

#### Enf. Miriam da Silva Alves

Enfermera, Gerente  
 Centro Estadual de Referência de Mato-Grosso  
 Rua Thago Pereira Nro. 63  
 Centro Cuiaba, MT CEP 78000-000  
 Tel.(65) 613-2690

**Dr. Maria Lucia Penna**

Jefe del PNT  
Fundación Nacional de Epidemiología  
Coordenação de Pneumologia Sanitária – CNPS  
Bloco G sala 639 - 6o. Andar  
SQN 216 Bloco H. Apto. 621  
70058-900 Brasília-DF  
Tel. (61) 315-2055/22628/62 / Fax (61) 225-6416  
lucia.penna.saude.gov.br  
tuberculose@saude.gov.br

**Sra. Maria Cândida Motta de Assis**

Diretoria de Vigilância Epidemiológica  
Programa Controle da Tuberculose  
Secretaria de Saúde  
Edifício Pioneiras Sociais – 8º andar SMHS 301  
Brasília-DF 70334-900  
Tel: (61) 325-4927

**Ivanize Cuha Holanda**

Programa Nacional de Pneumologia  
Ministério da Saúde Bloco G sala 639  
Esplanada dos Ministérios  
70900-000 Brasília-DF  
Tel. (61) 315-2055 / Fax 225-6416

**Waldir Ferreira**

Programa de Nacional de Pneumologia  
Ministério da Saúde, Bloco G sala 639  
Esplanada dos Ministérios  
Brasília/DF  
70900-000  
Tel. (61) 315-2055 / Fax 225-6416  
waldir.ferrera@saude.gov.br

**Rosalia Maia**

Programa de Nacional de Pneumologia  
Ministério da Saúde, Bloco G sala 639  
Esplanada dos Ministérios  
70900-000 Brasília/DF  
Tel. (61) 315-2055 / Fax 225-6416  
rosalia.maia@saude.gov.br

**Dr. Patrick Denis**

Técnico Consejero  
Fundação Damien da Belgica  
SCLS 115 Bloco C Slj. 18-atrás  
70.385-530 Brasília DF  
Tel. (61) 245-7165 / Fax (61) 346-9370  
dfbrasil@terra.com.br

**Mr. Jaime Rojas-Hinojosa**

Assessor de Saude  
USAID/Brasil  
Embaixada dos Estados Unidos  
Brasília, Brasil  
Tel (61) 274-7722 r- 2410  
Jrojas@usaid.gov

**Gilmário M. Teixeira**

Assessor Técnico  
Centrol de Referencia Helio Fraga/FUNASA/ M.S.  
Rua Humberto de Campos 974-1202  
22430 – 190 Rio de Janeiro, R.J.  
Tel: (21) 294-9035  
GMTeixeira@openlink.com.br

**Mr. Glenn Sessions**

Aids Fellows  
USAID  
Brasília

**Ms. Janice Weber**

Director  
USAID  
Brasília

**Mr. Lawrence Odle**

Deputy Director  
USAID  
SES -Av. Das Nações, Quadra 801, Lote 03  
Brasília DF  
70403-900

## CANADÁ

### **Dr. Brian Graham**

Vice President  
Canadian Lung Association  
1231 8th St. East  
Saskatoon, SK S7H 0S5, Canada  
Tel: (306) 343-9511 / Fax: (306) 343-7007  
www.lung.ca ; www.stop.tb.ca  
brian.graham@sk.lung.ca

### **Dr. Lucero Hernandez**

Canadian Lung Association  
International Projects Manager  
3 Raymond St. Suite 300  
Ottawa, Ontario K1R 1A3  
Canada  
Tel. (613) 569 6411 ext 224 / Fax: (613) 569-8860  
lhernandez@lung.ca  
www.lung.ca

## ECUADOR

### **Dr. Jorge Iñiguez**

Jefe del PCT  
Ministerio de Salud  
Dirección Epidemiología  
Buenos Aires 340 y Manuel Larrea  
Quito – Ecuador  
Tel. (5932) 521-677 / 226-228 / 521-677 / 502-222  
Joiniguez@hotmail.com

### **Dr. Gonzalo Haro**

Asesor técnico  
Ministerio de Salud  
Dirección General de Salud  
Manual Larrea y Rio Janeiro  
Tel. (5932) 521-746 / Fax 543588  
Quito - Ecuador

### **Dr. Jaime Montalvo Pastor**

Presidente  
Sociedad Ecuatoriana de Neumología  
Naciones Unidas e Inaquito  
Edificio Federación Medica Ecuatoriana  
Tel. (5932) 456812  
Quito - Ecuador

## ESTADOS UNIDOS

### **Ms. Sandra Brady**

Regional Associate  
American Red Cross  
International Services, National Headquarters  
431 18th Street, N.W. 2nd. Floor  
Washington, DC 20006- USA  
Tel. (202) 639-3437 / Fax. (202) 639-3593  
bradys@usa.redcross.org

### **Dr. Kayla Laserson**

Medical Epidemiologist  
Division TB Elimination  
CDC  
1600 Clifton Road, Mailstop E-10  
Atlanta, Georgia 30333  
Tel: (404) 639-5334 / Fax: (404) 639-8961  
Atlanta, GA 30333, USA  
Kel4@cdc.gov

### **Ms. Susan M. Bacheller**

Population, Health and Nutrition Advisor  
USAID  
LAC/RSD-PHN  
5.09 -100 Fifth Floor Ronald Reagan Building  
Washington DC 20523-5900  
Tel.: (202) 712-5905 / 216-3262  
sbacheller@usaid.gov

**Dr. Clydette Powell**

Medical Officer, Tuberculosis  
USAID  
G/PHN/HN/EH 3.06.101  
1300 Pennsylvania Ave, NW  
Washington DC 20523-3700  
(202) 712-0027  
(202) 216-3702  
cpowell@usaid.gov

**Ms. Diana Weil**

World Bank  
HDNHE  
G3-071, 1818 H. Street., NW  
Washington DC 20433  
Tel. (202)473-6782 / Fax (202) 522-3234  
Dweil@worldbank.org

**FRANCIA**

**Dr. Nills Billo**

Executive Director  
IUATLD  
68 Boulevard Saint-Michel  
75006 Paris, France  
Tel. (3314) 4320-360 / (33-14) 329-9087  
nbillo@iuatld.org

**GUATEMALA**

**Martine Tromme**

Representante para Guatemala  
Fundación Damian  
19 Avenida 17-05  
Guatemala, Guatemala  
Tel/fax: (502) 337-1513  
Jemtromme@inteln.net.gt

**HAITÍ**

**Dr. Harry Geffrard**

Director of Programs  
International Child Care  
38, Delmas 31  
B.P. 1767, Port-au-Prince, Haití  
Tel: (509) 558-3158  
Tel. 246-1060; 246-0631; 246-4481; 246-4104  
US MAILING ADDRESS  
MFI/ICC P.O. Box 15665  
W. Palm Beach, Fl 33416, USA  
Harrygeffrard@usa.net

**Dra. Myrtha Louissant**

Jefe del Programa de TB  
Ministère de la Santé Publique et de la Population  
Palais des Ministères  
Rue Uilgrain, 30  
Port-au-Prince, Haiti  
Tel. (509) 223-0381 / 511-8055 / 557-0827  
Myrthlouissaint@hotmail.com

**HONDURAS**

**Dr. Carlos Mauricio Alvarado Yálvez**

Sub-Director  
Instituto Nacional del Torax (INT)  
Secretaría de Salud  
Barrio El Zarzal s/n Valle de Angeles  
Departamento de Francisco Marazan, Honduras  
P.O. Box 15109  
Tegucigalpa, Honduras  
Tel: (504) 236-8849 (INT) / Fax: (504)236-8849  
Dom: (504) 230-4457  
alvagalvez@yahoo.com

**Dra. Noemí Paz de Zavala**

Jefa del Programa Nacional de Tuberculosis  
Secretaría de Salud Dpto. ITS/SIDA/TB  
Programa Nacional de Tuberculosis  
Secretaría de Salud, contiguo al Correo Nacional  
Tel. (504) 237-4343 / 237-3155 / Fax: 237-3174  
Res: Barrio el Jasmín casa 408  
Tegucigalpa - Honduras  
Divsida@ns.paho.who-hn

**MÉXICO**

**Lic. Joselito García Ruiz**

International Liaison for Mexico  
International Services  
American Red Cross  
Calle Luis Vives # 200, Colonia los Morales  
11510 Mexico, D.F.  
Tel: 5580-5334; 5395-5846 / Fax : 5395-0796  
Garcia\_joselito@hotmail.com

**Dr. Armando González Garcia**

Chief of the Area of Communicable Disease Prevention and Control  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Av. Insurgentes Sur 253 3º Piso  
Colonia Roma, C. P. 6700 Mexico D.F.  
Tel: 55147880 / Fax: 55147801

**PERÚ**

**Lic. Edith Alarcón**

Programa Nacional de Control de Tuberculosis  
Equipo técnico Programa Nacional de Control de TB  
Tel. (51-1) 315-6600 anexo 2698 / Fax 315-6600 anexo 2715  
Ministerio de Salud  
Lima - Peru  
ealarcon@minsa.gov.pe  
e-alarcon@terra.com.pe  
Dirección particular  
Orquideas 1008 Residencial San Felipe  
Jesús María, Lima, Perú

**Dr. David Zavala Rosas**

Programa Nacional de Control de Tuberculosis  
Ministerio de Salud  
Av. Salaverry Cuadra 8 s/n  
Lima, Perú  
Tel. (511) 315-6600 anexo 2698 / Fax 315-6600 anexo 2715  
dzavalar@minsa.gob.pe

**REPÚBLICA DOMINICANA**

**Dr. Salvador Martínez**

Presidente  
Sociedad de Neumología y Cirugía del Torax  
Santo Domingo - República Dominicana

**Lic. María Castillo**

Coordinator TB HIV/AIDS Activities  
USAID  
Leopoldo Navarro # 12  
Santo Domingo - República Dominicana  
Mariacastillo@usaid.gov

**Dr. Manuel Tejada**

Subsecretario de salud  
Ministerio de Salud  
Santo Domingo - República Dominicana

**Dra. Ivelisse Acosta**

Directora, Programa Nacional de Control de Tuberculosis  
Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.  
Av. San Cristobal. Ensanche la Fé.  
Santo Domingo - República Dominicana  
(809) 732-8046  
(809) 541-3121 ext 2440 y 2444  
(809) 541-3422  
ivelisse\_acosta@yahoo.com

## **OMS/GINEBRA**

### **Dr. Marcos Espinal**

Medical Officer  
World Health Organization  
STOP TB/WHO  
20, Avenue Appia  
1211 Geneva 27, Switzerland  
Tel: 41-22 791-2708 / fax: 41-22 791-4268  
Espinalm@who.ch

## **OPS/OMS EE.UU**

### **Dr. Rodolfo Rodríguez-Cruz**

Asesor Regional de TB  
Programa de Enf. Transmisibles  
División de Prevención y Control de Enfermedades  
Tel. (202) 974-3494  
Washington, DC  
USA

### **Dr. José Ramon Cruz González**

Oficial Medico  
Programa de Enf. Transmisibles  
División de Prevención y Control de Enfermedades  
Tel. (202) 974-3874 / Fax 9743632  
Washington, DC  
USA  
Cruzramo@paho.org

### **Ms. Carolyn Mohan**

Oficial técnico  
Programa de Enf. Transmisibles  
División de Prevención y Control de Enfermedades  
Tel. (202) 974-3713 / Fax 974-3632  
Washington, DC  
USA  
Mohancar@paho.org

## **OPAS/OMS/BRA**

### **Dr. Angel Valencia**

OPAS/OMS/BRA  
Coord. Programa de Doenças Transmissíveis  
SEN lote 19  
70800-400 Brasilia-DF  
Tel. (61) 246-9503 / Fax (61) 321-1922

### **Dr. Ademir de Albuquerque Gomes**

OPAS/OMS/BRA  
Programa de Doenças Transmissíveis  
SEN lote 19  
70800-400 Brasilia-DF  
Tel. (61) 246-9503 / Fax (61) 321-1922

