

# Nota informativa sobre la tuberculosis

15 de diciembre de 2016  
Ginebra, Suiza

## Índice

I.	Introducción .....	3
	01 Objetivo del presente documento .....	3
	02 Mensajes clave .....	3
	03 Programación conjunta e integración .....	5
II.	Descripción general: Progreso y retos de la lucha contra la tuberculosis .....	7
	04 Situación actual de la epidemia mundial de tuberculosis .....	7
	05 Desafíos mundiales.....	9
	06 La situación del financiamiento.....	10
	07 La Estrategia Fin a la Tuberculosis y el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis .....	11
III.	La nueva estrategia del Fondo Mundial.....	12
	08 Las lecciones aprendidas del primer ciclo de financiamiento basado en asignaciones.....	12
	09 Objetivos estratégicos del Fondo Mundial para 2017-2022 .....	12
IV.	Traducir las directrices normativas en una solicitud de financiamiento .....	14
	10 Determinación de prioridades .....	14
	11 Eficiencia distributiva .....	14
	12 Programa y calidad de datos .....	17
	13 Áreas fundamentales para las solicitudes de financiamiento al Fondo Mundial .....	17
	14 Desarrollo de capacidades y asistencia técnica.....	20
	15 Planes estratégicos nacionales.....	21
V.	Referencias clave .....	23
VI.	Lista de abreviaturas .....	24
	Anexo 1: Los 10 principales indicadores (no clasificados) para supervisar la aplicación de la Estrategia Fin a la Tuberculosis a nivel mundial y nacional, con los niveles objetivo recomendados que se aplican a todos los países .....	25

# I. Introducción

## 01 Objetivo del presente documento

El objetivo de la presente Nota informativa es orientar a los solicitantes a la hora de decidir en qué invertir para acabar con la epidemia de la tuberculosis (tuberculosis). Su uso está pensado para preparar una solicitud de financiamiento al Fondo Mundial. Pretende fomentar las inversiones estratégicas, es decir, inversiones en actividades clave que tengan mayor repercusión, incluso para poblaciones clave. Por este motivo, la Nota informativa contiene recomendaciones sobre cómo fijar prioridades y objetivos en las intervenciones contra la tuberculosis a fin de lograr el mayor impacto, teniendo en cuenta el perfil de tuberculosis del país (tuberculosis sensible y farmacorresistente), los obstáculos existentes para acceder a los servicios para la tuberculosis y el contexto del sistema sanitario del país. La Nota informativa puede resultar útil en países que están elaborando o revisando sus planes estratégicos nacionales (PEN) de tuberculosis, y resulta especialmente útil para fomentar el diálogo de país y la preparación de solicitudes de financiamiento al Fondo Mundial.

La Nota informativa contiene descripciones breves de la nueva estrategia del Fondo Mundial, las lecciones aprendidas en el primer ciclo de financiamiento basado en asignaciones y las áreas de prioridad para la prevención, atención y tratamiento de la tuberculosis, y ofrece además recomendaciones sobre cómo definir e detectar las poblaciones clave o vulnerables a la tuberculosis y para fijar intervenciones prioritarias para la tuberculosis, a fin de obtener los mejores resultados. Se ha diseñado para complementar otras directrices y herramientas para la planificación e intervención estratégicas en tuberculosis, incluidas [The End TB Strategy, Implementing the End TB Strategy: the essentials](#) y [Plan Mundial para Detener la Tuberculosis: El Cambio de Paradigma 2016-2020](#).

## 02 Mensajes clave

### 1. Encontrar los millones de casos no diagnosticados

De los más de 10,4 millones de personas que contraen tuberculosis cada año, más de 4,3 millones no son diagnosticados, tratados o notificados oficialmente por los programas nacionales de tuberculosis (PNT). Las cifras relativas a la tuberculosis farmacorresistente son preocupantes, ya que se “pierde” cada año prácticamente el 80% de los casos nuevos de tuberculosis farmacorresistente. Desde un punto de vista general, estos millones de casos “perdidos” representan un fracaso de la salud pública mundial y una prioridad máxima para la respuesta mundial a dicha enfermedad. La epidemia de tuberculosis no podrá erradicarse si no se llega, diagnostica, trata y notifica a estas personas perdidas. Para ello, deben abordarse los obstáculos para acceder a los servicios de tuberculosis, a fin de garantizar que los servicios de calidad contra la tuberculosis se encuentren disponibles y sean accesibles para todos, especialmente para las comunidades y poblaciones más afectadas por esta enfermedad. A pesar de que debe intensificarse el uso de las herramientas y los servicios existentes, se necesitan herramientas y planteamientos nuevos e innovadores, incluidos modos innovadores de implicar a todos los profesionales sanitarios, para llegar a los pacientes perdidos y acabar con la epidemia de la tuberculosis.

### 2. Maximizar la repercusión contra la tuberculosis

El Fondo Mundial invertirá y promocionará un aumento urgente del esfuerzo para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento, así como programas para abordar los obstáculos para el acceso, centrando las inversiones en áreas y poblaciones que sufren la mayor carga de enfermedad, a la vez que se refuerza el trabajo en áreas donde se sufren cada vez más epidemias. La inversión se realizará en intervenciones adecuadas desde el punto de vista epidemiológico, basadas en pruebas y que se ejecuten cumpliendo totalmente la protección y promoción de los derechos humanos, y con un interés especial en llegar a los pacientes “perdidos”. También se prestará atención a la consecución de resultados claros y medibles, así como a la ejecución de intervenciones que estén dirigidas y que sean más probables de causar el mayor impacto posible.

### 3. Construir sistemas para la salud resistentes y sostenibles (SSRS)

Un trabajo centrado en los SSRS permitirá mejorar los resultados en la lucha contra las tres enfermedades y en la salud en general, y también aumentará la protección financiera y la igualdad, contribuyendo a una cobertura universal de la salud. En este trabajo, se incluye la promoción y el refuerzo de las respuestas de la comunidad y la implicación de las comunidades afectadas en la toma de decisiones.

#### **4. Es preciso fomentar y proteger los derechos humanos y la igualdad de género de cara a acelerar el final de las tres epidemias**

La promoción y protección de los derechos humanos y la igualdad de género en el contexto de las tres enfermedades es uno de los pilares principales de la Estrategia del Fondo Mundial 2017-2022: Invertir para poner fin a las epidemias. Asimismo, la política de sostenibilidad, transición y cofinanciamiento del Fondo Mundial contempla que las solicitudes deben incluir, según proceda, intervenciones que aborden las poblaciones vulnerables, los derechos humanos y los obstáculos relacionados con el género y la vulnerabilidad en el acceso a los servicios.

Los obstáculos relacionados con los derechos humanos para acceder a los servicios de tuberculosis, incluidos la estigmatización y la discriminación, y la desigualdad de género, impiden lograr una respuesta efectiva. Como consecuencia, abordar dichos obstáculos y las cuestiones de género a través de programas concretos y una programación y ejecución basadas en los derechos humanos y que den respuesta a las cuestiones de género resulta esencial para garantizar la disponibilidad y accesibilidad para todos a servicios de calidad contra la tuberculosis, en particular para poblaciones clave y vulnerables.

#### **5. Mejorar la calidad de los programas**

Un elemento esencial de la Estrategia del Fondo Mundial 2017-2022 es la incorporación de la calidad de los programas. En un contexto de aumento de la cobertura del servicio, resulta clave trabajar en la calidad, a fin de lograr la mayor repercusión y mantenerla. Los países pueden lograr un mayor impacto en la lucha contra la tuberculosis ampliando la escala de las intervenciones que han demostrado resultados y fomentando métodos de mejora de la calidad innovadores y centrados en las personas. Los servicios de salud han de ser seguros, efectivos, oportunos, eficientes, igualitarios y centrados en las personas (los seis pilares de la calidad en la atención) para proporcionar los resultados de salud deseados. Por su parte, los prestadores de servicios para la tuberculosis deberían llegar a poblaciones especiales que presentan un mayor riesgo, como las personas que viven con VIH, reclusos y personas que viven en zonas superpobladas y en condiciones de extrema pobreza.

#### **6. Utilizar los datos para decidir acciones**

Es necesario realizar esfuerzos continuos y sistemáticos e inversiones a largo plazo en sistemas de datos rutinarios para mejorar la disponibilidad y calidad de datos para el análisis y su uso en la toma de decisiones estratégica; y permitir una mejor focalización de los objetivos de los programas para mejorar así la calidad y la eficiencia de la inversión.

#### **7. Apostar por un aumento de los recursos financieros y programáticos procedentes de diferentes fuentes para agilizar los esfuerzos dirigidos a poner fin a las epidemias.**

Se necesita movilizar más recursos para ampliar con éxito la respuesta a las tres enfermedades. El punto más crítico es el aumento de las inversiones en salud de recursos nacionales, lo cual representa el futuro sostenible del financiamiento sanitario en la mayor parte de los países.

#### **8. Entornos operativos conflictivos**

Los entornos operativos conflictivos (EOC) son una de las áreas clave de interés del Fondo Mundial, y la estrategia del Fondo Mundial 2017-2022 se compromete a mejorar la eficacia de las inversiones del Fondo Mundial a través de una mayor flexibilidad, un apoyo a las innovaciones y unas asociaciones más sólidas, con el objetivo de mejorar la eficacia de las inversiones sanitarias y llegar a poblaciones clave. Los solicitantes de EOC deben remitirse a la [Nota de política operativa para entornos operativos conflictivos \(próximamente\)](#), que incluye directrices sobre acceso a financiamiento y gestión de la subvención.

#### **9. Diferenciar enfoques/respuestas**

Los enfoques innovadores para abordar diferentes contextos epidemiológicos en el país son esenciales para acelerar el final de las epidemias. Para comprometer a los socios clave en un entorno cada vez más diverso debe ponerse un mayor énfasis en una asignación de recursos más flexible y predecible, así como en emplear diferentes planteamientos según el contexto epidemiológico para contar con intervenciones más centradas y dirigidas para maximizar el impacto.

## 03 Programación conjunta e integración

La programación conjunta permitirá usar mejor los recursos, aumentar los servicios e incrementar su eficacia, eficiencia, calidad y sostenibilidad.

### Programación conjunta tuberculosis/VIH

Para optimizar las inversiones en los programas contra la tuberculosis y el VIH, y maximizar las sinergias entre dichos programas con el fin de obtener mejores resultados sanitarios, **se solicita a los países con una carga elevada de coinfección por tuberculosis y VIH<sup>1</sup> que presenten una única solicitud de financiamiento para la tuberculosis y el VIH**, con un programa conjunto e integrado para ambas enfermedades. Estas solicitudes de financiamiento deben presentar intervenciones y actividades priorizadas y de alto impacto para los programas contra la tuberculosis y el VIH (incluidas actividades conjuntas tuberculosis/VIH) e incluir una descripción detallada de cómo los dos programas trabajarán juntos para abordar la carga que supone la coinfección por tuberculosis y VIH. Los países que preparen solicitudes únicas de financiamiento para tuberculosis y VIH también deberán considerar el tratar las limitaciones frecuentes relacionadas con los sistemas sanitarios, las cuales interfieren en la correcta puesta en práctica e integración de los programas de tuberculosis y VIH, así como otros aspectos transversales para la programación conjunta de la tuberculosis y el VIH.

El objetivo de la programación conjunta de la tuberculosis y el VIH es maximizar el efecto de las inversiones del Fondo Mundial, y de otras inversiones, para obtener mejores resultados. Estos programas necesitarán financiamiento para áreas transversales como la creación de sistemas para la salud resistentes y sostenibles, la eliminación de los obstáculos relacionados con los derechos humanos y las cuestiones de género para acceder a los servicios dedicados a la tuberculosis y el VIH y el uso más efectivo de la información sanitaria, del personal sanitario y de los bienes en la ampliación de los servicios integrados de ambas enfermedades. La programación conjunta permite dirigir mejor los recursos y armonizar los esfuerzos para aumentar la eficacia y eficiencia, calidad y sostenibilidad de los programas. Debe hacerse hincapié en el aumento de la eficiencia a través de la gestión sinérgica de los programas y la colaboración nacional sistemática entre los programas de enfermedades a la hora de elaborar las solicitudes de financiamiento, la ejecución y la supervisión de las subvenciones y la inversión en sistemas de datos de calidad. Asimismo, se recomienda encarecidamente la planificación integrada de programas, la determinación del presupuesto, el desarrollo de actividades conjuntas y la compartición de recursos entre los programas para las enfermedades.

La programación conjunta es una oportunidad para reforzar la prestación de servicios fundamentales a personas con tuberculosis, VIH y tuberculosis/VIH, incluidas pruebas periódicas de tuberculosis en personas con VIH, pruebas de VIH en personas y pacientes con tuberculosis sintomática, suministro de antirretrovirales (ARV) y de medicamentos para la tuberculosis para pacientes coinfectados y suministro de tratamiento para la prevención de la tuberculosis en pacientes con VIH sin tuberculosis activa. Existen varios modelos para prestar servicios integrados a pacientes con tuberculosis y VIH, incluida la “ventanilla única”, pero no existe un planteamiento único válido para todos.

Las lecciones aprendidas de la elaboración de notas conceptuales únicas para tuberculosis/VIH y de la programación conjunta en el primer ciclo de financiamiento basado en asignaciones mostraron que los procesos de desarrollo de nota conceptual única produjeron una mayor armonización de las áreas transversales, como son la gestión de las compras y la cadena de suministro, supervisión, control y evaluación y prestación de servicios integrados para tuberculosis y VIH. También se descubrió que una nota conceptual única podía aliviar la carga administrativa asociada a la elaboración de propuestas y simplificar la gestión de subvenciones. Por este motivo, una nota conceptual única es una herramienta de solicitud adecuada para aquellos países que buscan la eficiencia en la solicitud y la gestión de subvenciones. Sin embargo, entre los puntos débiles detectados se incluyen los esfuerzos independientes para las enfermedades que solo se combinan en la fase de presentación de la nota conceptual, pero que durante su puesta en práctica en el país contaron con una colaboración limitada entre los programas para las enfermedades. Además, las actividades tuberculosis/VIH casi nunca se clasificaron por población objetivo, a pesar del hecho de que con frecuencia los

---

<sup>1</sup> Los 28 países con una elevada carga de coinfección por tuberculosis/VIH que pueden recibir financiamiento del Fondo Mundial son: Angola, Botsuana, Camerún, Chad, Congo, Congo (República Democrática del), Etiopía, Ghana, Guinea-Bissau, India, Indonesia, Kenya, Lesotho, Liberia, Malawi, Mozambique, Myanmar, Namibia, Nigeria, Papua Nueva Guinea, República Centroafricana, Sudáfrica, Swazilandia, Tailandia, Tanzania (República Unida de), Uganda, Zambia y Zimbabwe.

grupos más afectados por la tuberculosis y el VIH coinciden. Los programas que hacen referencia explícita a las poblaciones clave (p. ej., emigrantes, personas que se inyectan drogas o reclusos) o que se clasifican como intervenciones conjuntas basadas en la comunidad muestran diversas buenas prácticas.

El diálogo dirigido por el país y la toma de decisión asociada de las partes interesadas en la tuberculosis y el VIH, incluidas organizaciones de la sociedad civil y comunidades afectadas, basados firmemente en los principios de los derechos humanos y de la igualdad de género, resultan esenciales para la programación conjunta para la tuberculosis y el VIH. El contexto del país determina el ámbito de la programación conjunta. La epidemiología de la epidemia local de tuberculosis y VIH, la madurez y la capacidad de los programas, las diferentes infraestructuras y gestiones sanitarias, así como los obstáculos para la atención y las necesidades de los clientes deben determinar el ámbito y las áreas críticas de la programación conjunta con un planteamiento flexible. Puede mejorarse la eficiencia en diferentes ámbitos de los programas, desde la planificación y coordinación hasta la prestación del servicio y la recogida de datos. Así, se reduce la duplicidad, se fomentan las sinergias y se dirigen los recursos para lograr el máximo impacto. También contribuirá a una respuesta del programa cada vez más sostenible.

Para obtener más información, consulte los documentos [Global Fund Information Note on HIV, NAIDS/WHO Technical Guidance Note on HIV/TB](#), [Estrategia Fin a la Tuberculosis de la OMS](#), [Stop TB Key Population Briefs](#) y las [directrices de la OMS para integrar servicios de colaboración entre TB y VIH en un paquete exhaustivo de atención para personas que se inyectan drogas \(Integrating collaborative TB and HIV services within a comprehensive package of care for people who inject drugs\)](#) y el documento [Report of the consultation meeting to draw lessons from development of Single TB and HIV Concept Notes and defining the way forward for joint TB and HIV programming](#). (Addis Abeba, 2015).

## Tuberculosis y enfermedades no transmisibles<sup>2</sup>

Cada año 38 millones de personas mueren por enfermedades no transmisibles (ENT), principalmente diabetes, enfermedades cardiovasculares, cánceres y enfermedades respiratorias crónicas. Más del 75% de estas muertes se producen en países con renta baja o media, y muchos de estos países, que tienen una carga más elevada de tuberculosis, también se enfrentan a epidemias cada vez más grandes de ENT (OMS, 2015). La doble carga se debe a la susceptibilidad de aquellos con ENT a contraer tuberculosis y al efecto negativo de las ENT en los resultados del tratamiento de la tuberculosis. Además, las poblaciones pobres y vulnerables son las más afectadas por dicha enfermedad. La pobreza muy asociada a ENT importantes y factores de riesgo de tuberculosis, como una dieta inadecuada, el tabaquismo y el consumo de alcohol, lo cual provoca un impacto desigual y una doble carga de enfermedades. Abordar estos problemas exige contar con unos servicios de salud integrados y coordinados, planificación y marcos preventivos, así como flujos de financiamiento.

La diabetes triplica el riesgo de padecer tuberculosis. Como consecuencia, se observan tasas de tuberculosis más elevadas en personas con diabetes que en la población general. La diabetes puede empeorar la evolución clínica de la tuberculosis, y, a su vez, la tuberculosis puede empeorar el control glucémico en personas que sufren diabetes. Por ello, las personas que padecen ambas enfermedades necesitan una buena atención clínica. Deben ponerse en práctica estrategias que garanticen que se presta una atención óptima a pacientes con ambas enfermedades. En este punto se incluye la detección y el tratamiento tempranos de la tuberculosis en personas con diabetes, así como la detección y el tratamiento tempranos de la diabetes en personas con tuberculosis, dependiendo de la epidemiología de la enfermedad y de los factores de riesgo.

## Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil

En los países con una alta prevalencia de tuberculosis, las mujeres en edad fértil también soportan una gran carga de la enfermedad; de hecho, la tuberculosis es una de las principales causas de muerte de mujeres en edad fértil. La tuberculosis materna asociada con VIH es un factor de riesgo para la transmisión de la enfermedad a los bebés y se asocia con parto prematuro, bajo peso de los neonatos y mayor mortalidad materna y neonatal.

El punto de entrada más evidente en el sistema sanitario para numerosos niños con tuberculosis (o aquellos en contacto con alguien con tuberculosis) es a nivel comunitario, donde a los padres de los niños, a los tutores o a otros contactos domésticos se les ha diagnosticado tuberculosis o donde se les está prestando atención

---

<sup>2</sup> Más información en: <http://www.who.int/nmh/events/ncd-coordination-mechanism/en/>



sanitaria. Los servicios de salud materna, reproductiva e infantil y de planificación familiar ofrecen una plataforma fiable para prestar servicios para la tuberculosis, el VIH y otros servicios a mujeres y niños. Una comunidad integrada y un planteamiento de atención sanitaria a la tuberculosis basado en la familia ayudan a eliminar barreras de acceso, reduce los retrasos en el diagnóstico y mejora el tratamiento de la tuberculosis en mujeres y niños. Para obtener más información, consulte el documento [The Global Fund Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health Technical Brief](#).

## II. Descripción general: progreso y retos de la lucha contra la tuberculosis

### 04 Situación actual de la epidemia mundial de la tuberculosis

#### Situación general

La tuberculosis fue una de las enfermedades infecciosas que más muertes causó en 2015, costando la vida a 1,8 millones de personas (una estimación de 1,4 millones de muertes por tuberculosis en personas no seropositivas y 0,4 millones en personas seropositivas)<sup>3</sup> En todo el mundo, en 2015 se estima que se produjeron 10,4 millones de casos nuevos (incidentes) de tuberculosis, de los cuales 5,9 millones (56%) fueron hombres, 3,5 millones (34%) mujeres y 1 millón (10%) niños. En el mismo año, solo se notificaron a las autoridades sanitarias nacionales 6,1 millones (el 59% de los 10,4 millones estimados) de pacientes con tuberculosis nueva, lo que significa que en el mundo quedaron sin diagnosticar 4,3 millones de pacientes con tuberculosis. Los últimos datos de resultados del tratamiento muestran una tasa media de éxito mundial del tratamiento del 83% para la tuberculosis (cohorte de 2014), una cifra que supone una reducción de la tasa de éxito del tratamiento, que fue del 86% en la cohorte tratada en 2013. Los resultados del tratamiento de la tuberculosis varían por región y país.<sup>4</sup>

#### Tuberculosis farmacorresistente

En 2015, de las 580.000 personas que se estima que sufrían tuberculosis farmacorresistente (tuberculosis multirresistente [MR] y tuberculosis resistente a rifampicina [RR]), solo 125.000 (20%) fueron incluidas en tratamiento. Ese mismo año, solo el 30% (el 24% de pacientes nuevos con tuberculosis y el 53% con tuberculosis con tratamiento previo) se sometió a pruebas de sensibilidad a medicamentos (DST) para rifampicina. Las tasas más elevadas de tuberculosis MR se encuentran en los países de Europa oriental y del centro de Asia.

En 2015, se produjeron aproximadamente 250.000 muertes por tuberculosis MR/RR. En general, la proporción de pacientes con tuberculosis MR/RR en la cohorte de 2013 que completó correctamente el tratamiento fue solo del 52%, observándose una elevada tasa de mortalidad (17%) y pérdida en seguimiento (15%).

A finales de 2015, 117 Estados Miembros de la OMS habían notificado tuberculosis ultrarresistente (tuberculosis XR). Se estima que el 9,5% de las personas con tuberculosis MR presenta tuberculosis XR. El uso de la prueba rápida Xpert MTB/RIF® ha aumentado sustancialmente desde 2010, año en que la OMS recomendó su uso por primera vez. Esta prueba ha mejorado la detección de la tuberculosis MR/RR.

#### Las coepidemias de tuberculosis y VIH

Se estima que el 11% de los casos incidentes de tuberculosis en 2015 eran seropositivos. El porcentaje más elevado se observó en países de la región africana de la OMS, llegando a superarse el 50% en partes del África meridional. En 2015, los PNT notificaron un total de 500.564 pacientes con tuberculosis y seropositivos. Ese mismo año, el 55% de los pacientes notificados con tuberculosis presentaba un resultado de una prueba del VIH. El porcentaje de pacientes con tuberculosis y seropositivos con tratamiento antirretroviral (TARV) alcanzaba el 78%. La OMS recomienda la detección sistemática de tuberculosis en pacientes con VIH como un elemento esencial del paquete de atención para el VIH. Sin embargo, solo 231.637 (10%) de los casi 2,3 millones de personas nuevas para asistencia para el VIH fueron notificadas como casos de tuberculosis durante ese año.

<sup>3</sup> Cuando una persona con VIH muere por tuberculosis, la causa subyacente se clasifica como VIH en el sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10).

<sup>4</sup> [Informe mundial sobre la tuberculosis 2016](#).

Un total de 910.000 personas con VIH comenzaron el tratamiento preventivo con isoniazida (TPI) en 2015, así como 87.000 niños menores de cinco años en contacto con pacientes con tuberculosis (el 7% de los idóneos).

## Investigación y desarrollo: nuevas pruebas diagnósticas, nuevos fármacos y tratamientos más cortos

### **Pruebas diagnósticas:**

En los últimos años, la OMS ha recomendado nuevas pruebas, incluido el microscopio fluorescente de LED, los ensayos de sonda lineal, incluidos aquellos capaces de ofrecer resultados de DST para fármacos de segunda línea, la prueba Xpert MTB/RIF y la prueba con amplificación isotérmica mediada por bucle para tuberculosis (tuberculosis-LAMP). Algunas de estas pruebas, como la Xpert MTB/RIF y el ensayo de sonda lineal, son pruebas diagnósticas más rápidas y sensibles para la tuberculosis, incluida la tuberculosis resistente a fármacos. Las directrices de uso se encuentran disponibles en el sitio web de la OMS. El uso de estas nuevas pruebas diagnóstico debe incrementarse rápidamente y utilizarse de modo óptimo. Los siguientes enlaces incluyen más información: [Policy Guidance](#) y [Framework of indicators and targets for laboratory strengthening under the End TB Strategy](#).

Para mostrarlo con un ejemplo, el ensayo de sonda lineal-segunda línea (SL-LPA) detecta resistencia a fármacos contra la tuberculosis de segunda línea. La OMS recomienda utilizar como prueba inicial SL-LPA en pacientes con tuberculosis resistente a rifampicina o tuberculosis MR confirmada, a fin de detectar resistencia a fluoroquinolonas y a los fármacos inyectables de segunda línea, en lugar de las pruebas fenotípicas de sensibilidad a fármacos basadas en cultivo (DST). La OMS también recomienda la prueba diagnóstica rápida para detectar a los pacientes con tuberculosis MR o tuberculosis RR que pueden tratarse con un tratamiento para la tuberculosis MR más corto.

Se están desarrollando varias pruebas diagnósticas nuevas para la tuberculosis para uso en laboratorios periféricos, intermedios y de referencia, entre las cuales se incluyen GeneXpert Omni, GenePOC y Xpert Ultra (un nuevo cartucho más sensible). En el anexo 2 se incluye un resumen completo del progreso en diagnósticos moleculares de tuberculosis. Puede encontrar una lista exhaustiva de los documentos de políticas de la OMS existentes sobre diagnóstico de la tuberculosis en [TB diagnostics and Laboratories](#).

### **Nuevos fármacos, tratamientos más cortos y formulaciones pediátricas**

En los últimos años, la incorporación de dos nuevos fármacos, bedaquilina y delamanida, para el tratamiento de casos de tuberculosis farmacorresistente ha sido prometedora para una población de casos en que las tasas de éxito del tratamiento han permanecido siempre bajas. La Organización Mundial de la Salud emitió recomendaciones condicionales para el uso de los nuevos fármacos en documentos provisionales de políticas y orientación publicados en 2013 y 2014 respectivamente.

La OMS recomendó un tratamiento más corto en mayo de 2016 para el tratamiento de la tuberculosis MR o de la tuberculosis RR, independientemente de la edad del paciente o de su infección o no por el VIH. Los pacientes idóneos para los tratamientos cortos para la tuberculosis MR o la tuberculosis RR incluyen a aquellos sin tratamiento previo con fármacos de segunda línea y en quienes la resistencia a fluoroquinolonas y fármacos inyectables de segunda línea ha sido excluida o considerada muy improbable ([The Shorter MDR-TB Regimen](#)).

El tratamiento estandarizado más corto para la tuberculosis MR consiste en siete fármacos administrados en una fase intensiva de 4 meses y en 4 fármacos en la fase de continuación, con una duración total de 9-12 meses. Supervisar la eficacia, los perjuicios y las recaídas es esencial, con atención centrada en el paciente y apoyo social para facilitar el cumplimiento terapéutico. El uso programático es factible en la mayor parte de contextos del mundo. El costo de los fármacos es considerablemente más bajo, con menos de US\$ 1.000 por paciente, y se han notificado resultados mejores (tasa de éxito superior al 83%) en estudios observacionales, incluidos aquellos realizados en la África francófona y en otros lugares. El Fondo Mundial ha apoyado varios proyectos de investigación operativos, los cuales sustentaron la recomendación de la OMS en mayo de 2016 sobre el uso del tratamiento más corto para la tuberculosis MR como tratamiento de elección en pacientes con tuberculosis MR/RR. Cabe destacar que actualmente se están realizando varios ensayos clínicos aleatorizados, entre otros el ensayo STREAM, para aportar más pruebas que refuercen la recomendación del uso de los tratamientos más cortos para la tuberculosis MR-RR.



En los últimos años, los asociados dirigidos por TB Alliance han desarrollado medicamentos para la tuberculosis adaptados a niños y formulaciones pediátricas. Se trata de un avance significativo y facilita la administración del tratamiento adecuado para niños con tuberculosis, a fin de mejorar el cumplimiento terapéutico y los resultados del tratamiento. Puede obtenerse más información en el sitio de [medicamentos adaptados a niños](#) de TB Alliance.

## 05 Desafíos mundiales<sup>5</sup>

### 1. *Reducción gradual de la carga de la tuberculosis*

La incidencia de la tuberculosis bajó en menos de un 2% anual desde el año 2000, y la mortalidad por tuberculosis cayó un 34% entre 2000 y 2015. Con la tasa actual de reducción de la incidencia de la enfermedad, el objetivo de alcanzar una caída del 80% y del 95% en la incidencia de la tuberculosis para 2030 y 2035 respectivamente es una quimera. La tasa de mortalidad mundial se estima actualmente en un 17%, y para alcanzar los objetivos de la Estrategia Fin a la Tuberculosis debe bajar a un 10% y un 6% para 2020 y 2025 respectivamente. Con una tendencia prácticamente plana en el número de pacientes notificados con tuberculosis, los logros de las últimas décadas son muy inferiores a lo necesario para garantizar el progreso hacia la eliminación de la tuberculosis. Solo en 2015, se quedaron sin diagnosticar 4,3 millones de personas con tuberculosis, debido a no notificar los casos detectados y tratados y/o a la falta de acceso a la atención sanitaria, lo que contribuyó a que se produjese una transmisión sostenida de la enfermedad. La falta de compromiso de los profesionales sanitarios privados contribuye a los casos “perdidos”. La experiencia en países como India sugiere que los modos innovadores de comprometer a los profesionales sanitarios privados, incluido el uso de plataformas electrónicas para facilitar la notificación de casos de tuberculosis, puede mejorar notablemente la notificación de casos. Las pruebas obtenidas de estudios recientes sobre prevalencia muestran que numerosos pacientes con tuberculosis pueden no presentar síntomas, de modo que no se notifican a los centros sanitarios o los sistemas sanitarios los pierden. Las herramientas actuales y los planteamientos de detección no son adecuados para diagnosticar la tuberculosis en personas asintomáticas, por lo que se necesitan planteamientos innovadores y herramientas mejores para llegar a los pacientes perdidos.

### 2. *Tuberculosis farmacorresistente*

La resistencia a antibióticos (RAB) supone una gran amenaza para la lucha contra las enfermedades infecciosas, incluida la tuberculosis, y representa una gran preocupación para la seguridad sanitaria mundial. La tuberculosis farmacorresistente es responsable de al menos un tercio de la carga de la RAB mundial. En 2015, se estimó que se produjeron 580.000 casos nuevos de tuberculosis farmacorresistente (tuberculosis MR y tuberculosis RR), de los cuales solo se trató al 20%. El resultado del tratamiento de la tuberculosis farmacorresistente ha sido muy bajo, con solo el 52% de los pacientes con tuberculosis MR tratados con éxito. Continúan existiendo varias barreras del sistema sanitario, lo que evita la expansión de la gestión programática de la tuberculosis farmacorresistente, incluida la inclusión de nuevas herramientas de diagnóstico, nuevos fármacos y sistemas de gestión y control de seguridad de los fármacos para la tuberculosis.

### 3. *Tuberculosis asociada a VIH*

La epidemia del VIH continúa alimentando a la epidemia de la tuberculosis. En el mundo, el 45% de los pacientes con tuberculosis no sabían que eran seropositivos. A una parte significativa de los pacientes con VIH no se les realizan pruebas periódicas de detección de la tuberculosis. La quimioprofilaxis para esta enfermedad todavía no se administra a todos los que pueden beneficiarse de ella, y aún existe una importante brecha entre el número de pacientes con tuberculosis y seropositivos ya tratados con antirretrovirales y el número estimado total de personas seropositivas y con tuberculosis que necesitan ambos tratamientos, el de la tuberculosis y los antirretrovirales. Resulta importante que, por esta falta de atención y prevención adecuadas, un gran porcentaje de personas con VIH muere por una tuberculosis no diagnosticada.

---

<sup>5</sup> Adaptado de: Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015, World Health Organization, Ginebra, 2014, EB134/12.

#### **4. *Enfermedades no transmisibles y comorbilidades de la tuberculosis***

Los factores de riesgo de tuberculosis, como diabetes, tabaquismo, silicosis, consumo de drogas y alcohol y malnutrición, obstaculizan la lucha contra esta enfermedad, especialmente en países con rentas bajas y medias. Un gran grupo de personas con la infección latente ayuda a aumentar el número de casos de tuberculosis.

#### **5. *Sistemas sanitarios deficientes***

La cobertura inadecuada y el bajo rendimiento de los servicios de salud limitan el acceso a atención de alta calidad para la tuberculosis. Numerosos profesionales sanitarios públicos y privados no están vinculados al esfuerzo nacional de lucha contra la tuberculosis. Además, la ausencia de una cobertura universal de la salud agrava la carga económica para los más pobres. A estas dificultades se suma la falta de mecanismos de protección social para abordar la pérdida de ingresos asociada y los costos no médicos. Las siguientes continúan siendo carencias: mecanismos reguladores esenciales para garantizar el control efectivo de las infecciones; uso racional de pruebas diagnósticas y medicamentos para la tuberculosis; obligación de notificar la enfermedad, especialmente por parte de profesionales sanitarios privados; sistemas de registro civil operativos; y protección de los derechos legales de las personas con esta enfermedad. Asimismo, existen limitaciones en la capacidad de recabar datos, así como en su calidad y uso, a todos los niveles.

#### **6. *Deficiencias de financiamiento***

A pesar de un aumento sustancial del financiamiento para la tuberculosis en países en que la enfermedad es endémica, los esfuerzos que se realizan en el mundo para luchar contra la tuberculosis continúan sin recibir el financiamiento suficiente. Es probable que aumenten las necesidades de financiamiento debido a una aceleración del progreso hacia el objetivo de una cobertura universal de salud, necesaria para garantizar que todas las personas con tuberculosis, incluida la tuberculosis farmacorresistente, puedan acceder a diagnóstico y tratamiento sin hacer frente a costos catastróficos.

#### **7. *Elementos determinantes subyacentes y obstáculos para acceder a los servicios para la tuberculosis***

Los elementos determinantes subyacentes de la epidemia de la tuberculosis que deben abordarse incluyen la pobreza y la desigualdad, la inseguridad alimentaria, los efectos adversos de los movimientos poblacionales y las emergencias complejas, así como los obstáculos relacionados con los derechos humanos y con cuestiones de género, como la estigmatización y la discriminación asociados a la tuberculosis. La prevención y el tratamiento efectivos de la tuberculosis necesitarán acciones que reduzcan la pobreza, mejoren la nutrición y mejoren las condiciones de vida y laborales, así como estrategias para abordar las barreras de acceso y mitigar los efectos de la emigración, del envejecimiento y de las enfermedades crónicas como la diabetes, que son factores de riesgo de tuberculosis.

## **06 La situación del financiamiento**

El costo por paciente tratado para la tuberculosis farmacosensible en 2015 varió de US\$ 100 a US\$ 1.000 en la mayor parte de los países con una carga elevada de la enfermedad. Por su parte, en general, el costo por paciente tratado para la tuberculosis MR fue de US\$ 2.000 a US\$ 20.000. Por este motivo, para alcanzar los hitos de la Estrategia Fin a la Tuberculosis y los objetivos del El Plan Mundial para Detener la Tuberculosis, se necesitan urgentemente inversiones mayores y por adelantado. En los próximos cinco años, se necesitará un total de US\$ 58.000 millones para poner en marcha los programas contra la tuberculosis, de los cuales se estima que US\$ 52.000 millones se necesitarán para países con ingresos bajos y medios (aumento de US\$ 8.300 millones en 2016 a US\$ 12.300 millones en 2020). Además, se necesitan otros US\$ 9.000 millones para financiar la investigación y el desarrollo (I+D) con el objetivo de encontrar nuevas herramientas ([Global Tuberculosis Report 2016](#)).

En los países que cumplen los requisitos para recibir ayudas del Fondo Mundial, incluso con las previsiones de financiamiento interior más optimistas y con el financiamiento externo al nivel actual, se necesitará movilizar otros US\$ 7.400 millones para que los países alcancen los hitos para 2020. A pesar de que el grueso de estas inversiones debe proceder de recursos nacionales y donantes internacionales, la movilización de fuentes de financiamiento alternativas, como los bonos de impacto social, micro-impuestos y fondos fiduciarios de donantes agrupados, podría acelerar drásticamente el proceso. Las necesidades de recursos en países no miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos se estiman en US\$ 51.900

millones, mientras que las necesidades de recursos en países idóneos para financiamiento del Fondo Mundial se estiman en US\$ 29.400 millones para el período 2016-2020 ([Plan Mundial para Detener la Tuberculosis: El Cambio de Paradigma 2016-2020](#)).

## 07 La Estrategia Fin a la Tuberculosis y el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis

### Estrategia Fin a la Tuberculosis

La epidemia mundial de tuberculosis representa un reto al desarrollo con importantes dimensiones biomédicas, de salud pública y socioeconómicas. Por este motivo, la respuesta global deberá formar parte del esfuerzo general para cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Los tres pilares de la <sup>6</sup> Estrategia Fin a la Tuberculosis de la OMS, que guía la respuesta mundial a la tuberculosis, hacen hincapié en los planteamientos específicos nacionales para alcanzar el acceso universal a la atención de alta calidad y apoyo al tratamiento y el diagnóstico rápido y temprano de todas las formas de tuberculosis, incluidas la tuberculosis farmacorresistente, la coinfección de tuberculosis y VIH, el tratamiento de comorbilidades y el tratamiento preventivo en personas de alto riesgo. Para ello se necesitará un cambio estratégico en el modo en que se trata la epidemia de la tuberculosis, con lo siguiente: aumento drástico de las pruebas; diagnóstico y tratamiento con uso generalizado de las nuevas herramientas e innovaciones; abordar la prevención y la infección de la tuberculosis; reforzar los sistemas de la comunidad para un mayor acceso a los servicios de salud, especialmente para grupos vulnerables; y políticas de protección de los derechos humanos y sensibles a cuestiones de género.<sup>7</sup>

Se necesitará intensificar las acciones a diferentes niveles de gobierno y al nivel de prestación de servicios. Estos niveles incluyen el PNT o entidades equivalentes, el Ministerio de Sanidad, que supervisa estas entidades, y otros agentes gubernamentales responsables de fijar el programa de desarrollo social, asignar recursos y posibilitar la coordinación interministerial. Los líderes gubernamentales deberán encargarse de la gestión general y de mantener en un puesto prioritario de su agenda el objetivo de terminar con la epidemia.

### El Plan Mundial para Detener la Tuberculosis - un cambio de paradigma y de forma de pensar

El Plan Mundial 2016-2020 es un plan de inversión de 5 años que representa la hoja de ruta para acelerar el impacto sobre la epidemia de tuberculosis y llegar a los objetivos de la Estrategia Fin a la Tuberculosis de la OMS ([Plan Mundial para Detener la Tuberculosis: El Cambio de Paradigma 2016-2020](#)).

El Plan Mundial fija objetivos ambiciosos de “90-(90)-90” y las acciones y los recursos necesarios en los próximos cinco años para encaminar el mundo hacia el final de la epidemia mundial de tuberculosis en 2030, como refrendaron los líderes mundiales en los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible aprobados. Los paquetes de inversión del Plan Mundial proponen inversiones a medida para que tengan el mayor impacto y proporcionen la mayor rentabilidad posible para el contexto particular.

El Plan también deja claro que lo que se necesita para terminar con la tuberculosis es un cambio de paradigma, es decir, un cambio en el modo en que luchamos contra la enfermedad a todos los niveles, en cada comunidad, en cada centro sanitario y en cada país. Los gobiernos de los países con una elevada carga deberán ser ambiciosos, declarando que la tuberculosis no tiene cabida en el futuro de sus sociedades y que el paradigma actual, que lucha contra la enfermedad con mejoras modestas, será sustituido por un trabajo más enérgico y sostenido para poner fin a la tuberculosis. Un avance tan drástico como el contemplado en la Estrategia Fin a la Tuberculosis solo puede alcanzarse cuando el líder de un país anuncia a su población y a sus servicios de salud que se luchará contra la tuberculosis con una campaña a largo plazo, de modo similar al VIH o incluso a la polio, y que dedicará los recursos necesarios para erradicar la tuberculosis en el país. Todas las partes interesadas deben adoptar una mentalidad de respuesta a la tuberculosis que tenga como objetivo acabar con la enfermedad.

---

<sup>6</sup> Acabar con la epidemia de la tuberculosis se define como una incidencia media mundial de la tuberculosis de 10/100.000. La frase “Fin a la Tuberculosis” se utiliza en todo este documento con esta definición operativa.

<sup>7</sup> [Estrategia Fin a la Tuberculosis](#)

### III. La nueva estrategia del Fondo Mundial

#### 08 Las lecciones aprendidas del primer ciclo de financiamiento basado en asignaciones

En general, el modelo de financiamiento basado en asignaciones ha supuesto un buen cambio en el modelo operativo del Fondo Mundial. Ha permitido un financiamiento con mayor repercusión y más predecible, una visión más ambiciosa y un plazo más flexible. Sin embargo, también se observaron áreas que necesitan mejora, como: metodología de asignación; solicitud irrealizable de financiamiento, financiamiento de incentivo que no cumple el objetivo; solicitudes indiferenciadas/proceso de revisión; falta de claridad en sostenibilidad y transición; integración limitada de programas y servicios; y ritmo lento de puesta en práctica.

En el nuevo ciclo de financiamiento se están abordando estas cuestiones. El financiamiento basado en asignaciones en que a cada país idóneo para financiamiento se le asigna un monto para el período continuará en el ciclo de financiamiento de 2017-2019.

Las observaciones del Panel de Revisión Técnica (PRT) y las lecciones aprendidas del examen de las notas conceptuales del modelo de financiamiento basado en asignaciones del período 2014-2016, se incluyen en el informe que está disponible en [Technical Review Panel's Consolidated Observations on the 2014-2016 Allocation Based Funding Model](#).

Las lecciones aprendidas del primer ciclo de financiamiento basado en asignaciones y las limitaciones se abordarán en el nuevo ciclo de financiamiento. El financiamiento basado en asignaciones en que a cada país idóneo para financiamiento se le asigna una cantidad para el período continuará en el ciclo de financiamiento de 2017-2019. Puede encontrar información detallada sobre el proceso de solicitud de financiamiento en el nuevo ciclo, incluidos enfoques de solicitud diferenciados, en el [sitio web del Fondo Mundial](#).

#### 09 Objetivos estratégicos del Fondo Mundial para 2017-2022

La [Estrategia del Fondo Mundial](#) cubre el período 2017-2022 y describe una agenda ambiciosa para el período de seis años. Se basa en una visión a largo plazo y en cuatro objetivos estratégicos, los cuales incluyen varios subobjetivos y están apoyados por dos habilitadores estratégicos. Los objetivos principales de la Estrategia del Fondo Mundial para 2017-2022 son: maximizar la repercusión contra el VIH, la tuberculosis y la malaria; crear sistemas para la salud resistentes y sostenibles; promocionar y proteger los derechos humanos y la igualdad de género; y movilizar más recursos. El objetivo de la prestación de servicios para el período de la estrategia es *“Reducir rápidamente la incidencia de la tuberculosis, la coinfección de tuberculosis y VIH y tuberculosis MR y la mortalidad relacionada a través del acceso universal a la atención de alta calidad y prevención, en línea con la Estrategia Fin a la Tuberculosis y el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis”*.

Maximizar la repercusión de las inversiones para el VIH, la tuberculosis y la malaria requiere diferentes planteamientos para diversos contextos nacionales, mayor alineamiento y planificación para la sostenibilidad de los programas. Los países necesitan apoyo, tanto desde un punto de vista programático como financiero, a fin de poner en marcha y mantener programas a largo plazo y con repercusión dirigidos a las tres enfermedades. La correcta aplicación de esta estrategia ayudará a avanzar en la lucha contra las tres enfermedades, junto con la Estrategia de Respuesta Rápida del ONUSIDA, la Estrategia Fin a la Tuberculosis y la Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria, y a lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Crear sistemas para la salud resistentes y sostenibles (SSRS) es un elemento decisivo para garantizar que las personas tengan acceso a servicios efectivos, eficientes y accesibles a través de sistemas de salud y comunitarios con capacidad de respuesta y buen funcionamiento. La existencia de sistemas de salud sólidos resulta esencial para avanzar en la lucha contra el VIH, la tuberculosis y la malaria, y para garantizar que los países puedan abordar la gran cantidad de retos sanitarios a los que se enfrentan las diferentes poblaciones, desde amenazas a la seguridad sanitaria mundial hasta enfermedades no transmisibles.

Los obstáculos relacionados con los derechos humanos, como la estigmatización y la discriminación, impiden una respuesta efectiva a las tres enfermedades. Abordar estas barreras de acceso con programas concretos y

una programación y puesta en práctica basadas en los derechos humanos y cuestiones de género y dirigidos por la comunidad resulta esencial para garantizar el máximo efecto de la respuesta a la tuberculosis. Eliminar los obstáculos relacionados con el género, incluida la desigualdad de género, las normas de género perjudiciales y los estereotipos, es clave, ya que provocan aumentos en la tasa de infección y contribuyen a un acceso diferente a los servicios de salud para hombres, mujeres y personas transgénero.

Se necesita movilizar más recursos para ampliar con éxito la respuesta a las tres enfermedades. De acuerdo con las estrategias técnicas mundiales contra el VIH, la tuberculosis y la malaria, la comunidad sanitaria mundial debe adelantar las inversiones en el próximo período de la estrategia, a fin de mantener las mejoras alcanzadas hasta la fecha y acelerar el progreso.

La correcta ejecución de la estrategia del Fondo Mundial depende de dos elementos fundamentales, denominados los habilitadores estratégicos. Incluyen la necesidad de innovar y diferenciar a lo largo del proceso continuo de desarrollo y apoyar asociaciones mutuamente responsables.

# IV. Traducir las directrices normativas en una solicitud de financiamiento

## 10 Determinación de prioridades

Las solicitudes de ayuda al Fondo Mundial deben basarse en el Plan Estratégico Nacional (PEN) para la tuberculosis, y las estrategias del sector sanitario nacional deben ser robustas.

Al preparar la solicitud para recibir apoyo resulta esencial:

1. Planificar la sostenibilidad y continuidad de las intervenciones clave ya evaluadas para subvenciones previas y consideradas óptimas y con repercusión, a la vez que se mejora la determinación de prioridades y el enfoque estratégico de la inversión del Fondo Mundial para la tuberculosis;
2. Priorizar intervenciones que aborden áreas de necesidad y maximicen el efecto de las inversiones del Fondo Mundial; y
3. Aumentar y utilizar de modo eficiente y efectivo las nuevas herramientas diagnósticas, los nuevos fármacos, los tratamientos más cortos y las formulaciones pediátricas, así como contar con planteamientos innovadores para obtener el máximo efecto.

Se recomienda encarecidamente a los solicitantes que revisen las orientaciones técnicas y sobre normativas más recientes, a fin de determinar las intervenciones de gran impacto y considerar la posibilidad de aprovechar las buenas prácticas locales y regionales y las basadas en pruebas, las innovaciones y los proyectos piloto con éxito, incluidas las financiadas por TB REACH y otros asociados. Al final de esta nota informativa se incluyen documentos con directrices clave. Las intervenciones citadas en el cuadro siguiente son ejemplos e incluyen funciones clave de los servicios de salud y que son esenciales para la atención y la prevención de la tuberculosis, las cuales pueden adaptarse a los contextos, la epidemiología y las experiencias de cada país. Su ejecución exige estrecha colaboración con todas las partes interesadas, incluido el sector social, la sociedad civil y las comunidades.

La Estrategia del Fondo Mundial 2017-2022 ofrece indicaciones claras de cómo diferenciar el planteamiento para inversiones, trabajar mejor en entornos operativos conflictivos, incorporar cuestiones de género en las inversiones de un modo más efectivo, centrarse en la eliminación de los obstáculos relacionados con los derechos humanos y mantener estos beneficios. La Estrategia Fin a la Tuberculosis y el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis ofrecen indicaciones útiles sobre cómo priorizar las intervenciones y poblaciones, en función de los contextos del país y la epidemiología de tuberculosis.

## 11 Eficiencia distributiva

Los recursos necesarios para poner fin a la epidemia de la tuberculosis superan los actualmente disponibles. Por ello, para obtener el mayor impacto se necesita un planteamiento guiado por los datos y que se centre en programas destinados a las poblaciones más afectadas por las enfermedades. Este proceso, con frecuencia denominado “eficiencia distributiva”, se ha incluido en el proceso de toma de decisiones del Fondo Mundial para la concesión de subvenciones. Los países deberán realizar un análisis epidemiológico para identificar las tendencias de la enfermedad y las deficiencias de datos antes de presentar sus solicitudes de financiamiento. Con esta actividad se pretende dirigir las inversiones a las poblaciones adecuadas en los lugares apropiados y crear los mejores sistemas de apoyo. Para ayudar en este trabajo, el Fondo Mundial también ayuda a los países a cartografiar y estimar mejor el tamaño de las poblaciones clave.

Los PEN deben reflejar los principios generales de la eficiencia distributiva de las inversiones en los programas, especialmente intervenciones basadas en pruebas y rentables seleccionadas (entre varias opciones) como adecuadas para el contexto del país; intervenciones priorizadas, dado los recursos limitados; e inversiones asignadas de modo óptimo en las intervenciones para alcanzar el mayor impacto sanitario. En países donde resulte posible, el debate sobre la eficiencia distributiva puede vincularse incluso más directamente al proceso de seleccionar y priorizar entre las numerosas intervenciones clave.



## **Cuadro 1: Intervenciones para la tuberculosis con gran impacto**

- **Diagnóstico temprano y tratamiento rápido de todas las personas, independientemente de su edad y forma de tuberculosis (tuberculosis farmacosensible o farmacorresistente).** Ofrecer acceso universal a la atención y la prevención de la enfermedad, con mayor énfasis en las poblaciones vulnerables y en aquellas a las que resulta complicado llegar, exige un acceso rápido a las pruebas diagnósticas de tuberculosis y DST para todos aquellos que lo necesiten, y priorizar a las personas en riesgo de tuberculosis MR y tuberculosis asociada a VIH. Se incluye el uso óptimo de Xpert MTB/RIF y otras herramientas nuevas, radiografías (incluidas las radiografías digitales) para garantizar el acceso a todas las personas con necesidad; búsqueda de casos activa e intensificada en poblaciones prioritarias.
- **Detección sistemática de grupos de alto riesgo, incluido con radiografías digitales y nuevas herramientas diagnósticas; p. ej.,** contacto con personas con tuberculosis, incluidos niños y personas de edad avanzada, personas con VIH, trabajadores expuestos al polvo de sílice, población reclusa, emigrantes y personas que viven en suburbios urbanos. También incluye proporcionar quimioterapia preventiva a grupos de alto riesgo, incluidas personas con VIH y niños en contacto con pacientes de tuberculosis.
- **Tratamiento de todas las personas con tuberculosis, incluida la tuberculosis farmacorresistente, con apoyo a pacientes.** Debe administrarse el tratamiento a todos aquellos que lo necesiten, independientemente de la edad, el sexo, el género o el tipo de tuberculosis, la condición bacteriológica, las comorbilidades o la situación legal del paciente. Garantizar que todos los pacientes con tuberculosis tengan acceso al tratamiento curativo y gratuito es fundamental para minimizar la enfermedad y las muertes por tuberculosis. Este principio incluye la introducción y generalización de los nuevos fármacos y de los tratamientos más cortos para tratar la tuberculosis MR, así como de las formulaciones y los medicamentos adaptados a niños para la población pediátrica con esta enfermedad. La resistencia a cualquier medicamento contra la tuberculosis supone una amenaza grave para el progreso mundial y exige una actuación rápida y adecuada, incluido con prevención de la transmisión (control de la infección).
- **Programas y planteamientos para suprimir las barreras de acceso, incluidos los servicios integrados y basados en la comunidad:** Programas de ampliación para apoyar planteamientos integrados basados en las familias y la comunidad destinados a la atención de la tuberculosis y la tuberculosis MR para eliminar los obstáculos, reducir los retrasos de diagnóstico y mejorar el tratamiento de la tuberculosis en hombres, mujeres, niños, adolescentes y personas de edad avanzada. Incluye aplicación de enfoques innovadores en prestación del servicio, con consideración particular de experiencias nacionales probadas (p. ej., demostradas a través de proyectos financiados por TB REACH y del enfoque ENGAGE-TB).
- **Actividades conjuntas tuberculosis/VIH.** Puede lograrse una reducción significativa de la incidencia de tuberculosis y la eliminación de las muertes por tuberculosis asociada a VIH adoptando y generalizando políticas que garanticen la administración integrada y centrada en el paciente de prevención efectiva, detección temprana y tratamiento rápido, como contemplan las actividades conjuntas tuberculosis/VIH de 12 puntos.
- **Atención a la tuberculosis del sector privado.** El compromiso de los profesionales sanitarios privados en el diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis y SyE es crucial. En algunos países, la mayor parte de los pacientes con tuberculosis o tuberculosis farmacorresistente acuden por diferentes motivos a profesionales sanitarios privados por sus síntomas relacionados con la tuberculosis. Los planteamientos innovadores para involucrar y colaborar con profesionales sanitarios privados para la tuberculosis, como los financiados por TB REACH y otros asociados, deben explorarse e integrarse en el esfuerzo de lucha contra la tuberculosis.
- **Tratamiento de las comorbilidades.** Las comorbilidades y los riesgos sanitarios asociados con la tuberculosis son importantes y exigen un tratamiento integrado del paciente. Estos incluyen desnutrición, diabetes, consumo de alcohol o drogas, tabaquismo, silicosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y otras enfermedades no transmisibles, incluidos los problemas de salud mental. Estas enfermedades constituyen factores de riesgo para la tuberculosis y pueden complicar el tratamiento clínico.
- **Vigilancia y datos.** Se necesitan datos de calidad para determinar prioridades, vigilar y tomar decisiones. Es esencial reforzar los sistemas de vigilancia de la tuberculosis, a través por ejemplo

de sistemas electrónicos integrados de registro e información, así como mediante la salud digital y la intensificación de soluciones de conectividad de herramientas diagnósticas.

## 12 Programa y calidad de datos

Disponer de datos buenos es esencial para una adecuada toma de decisiones. El trabajo continuo y las inversiones a largo plazo en sistemas de datos rutinarios deben mejorar la disponibilidad y calidad de datos para el análisis y su uso en la toma de decisiones estratégicas; y proporcionar capacidad para una mejor asignación de los programas, a fin de mejorar la calidad y prestar servicios de modo más eficiente.

La Operational Policy Note on Program and Data Quality del [Manual de Política Operativa del Fondo Mundial](#), publicada en julio de 2016, ofrece orientaciones sobre requisitos y procesos de seguimiento y evaluación (SyE) destinados a garantizar la calidad del programa y los datos en los programas financiados por el Fondo Mundial. Describe las diferentes opciones de evaluación y las herramientas disponibles, a fin de detectar y gestionar mejor los riesgos dentro de las subvenciones que puedan impedir que se alcancen grandes objetivos.

## 13 Áreas fundamentales para las solicitudes de financiamiento al Fondo Mundial

### Poblaciones clave

Las poblaciones clave para tuberculosis son las personas vulnerables, desatendidas o con riesgo de infección por tuberculosis y enfermedad. Las poblaciones clave varían según el país e incluyen personas con mayor exposición a la enfermedad por donde viven o trabajan, personas con acceso limitado a servicios de calidad para la tuberculosis y personas con mayor riesgo debido a factores biológicos o de conducta (consulte la Tabla 1).

Estos grupos se ven afectados de manera desproporcionada por la enfermedad, la estigmatización y la discriminación y por los obstáculos relacionados con los derechos humanos y con cuestiones de género. Deben incluirse deliberadamente para que aporten opiniones, orientaciones y supervisión a organizaciones ejecutoras.

El Fondo Mundial centra su trabajo en las poblaciones clave, por lo que ha proporcionado un paquete de procesos, políticas y estrategias de apoyo. El Fondo Mundial está cada vez más comprometido con las poblaciones clave en los procesos críticos de toma de decisiones. Los miembros de las poblaciones clave deben ser incluidos en los mecanismos de coordinación del país, el comité del gobierno local, los expertos sanitarios y los representantes de la sociedad civil que desarrollan y guían los programas financiados por el Fondo Mundial en un país. Cuando cuentan con los recursos y los equipos adecuados para este fin, las comunidades desempeñan una función cada vez más importante en la supervisión de la eficacia de los programas financiados por el Fondo Mundial, garantizando la reorientación de las inversiones existentes cuando resulta necesario y maximizando el impacto de la inversión del Fondo Mundial.

**Tabla 1: Poblaciones clave para tuberculosis<sup>8</sup>**

Personas que han INCREMENTADO SU EXPOSICIÓN a la tuberculosis debido a su lugar de residencia o trabajo	Población reclusa, mineros, trabajadores de hospitales, profesionales sanitarios y trabajadores de la salud de la comunidad.  PERSONAS QUE: <ul style="list-style-type: none"><li>• viven en suburbios urbanos</li><li>• viven en condiciones mal ventiladas o polvorientas</li><li>• tienen contacto con pacientes con tuberculosis, incluidos niños</li><li>• trabajan en entornos superpoblados</li><li>• trabajan en hospitales o son profesionales sanitarios</li></ul>
Personas que cuentan con ACCESO LIMITADO A	Trabajadores migrantes, mujeres en lugares con disparidad de género, niños, refugiados o desplazados internos, mineros e inmigrantes ilegales.

<sup>8</sup> El cambio de paradigma 2016-2020; El Plan Mundial para Detener la Tuberculosis; Alianza Alto a la Tuberculosis, UNOPS, 2015.

SERVICIOS DE CALIDAD PARA LA TUBERCULOSIS	<p>PERSONAS QUE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• son de poblaciones tribales o grupos indígenas</li> <li>• no tienen hogar</li> <li>• viven en zonas de difícil acceso</li> <li>• viven en residencias de ancianos</li> <li>• sufren discapacidades físicas o mentales</li> <li>• se enfrentan a barreras jurídicas para acceder a atención sanitaria</li> </ul>
Personas con MAYOR RIESGO de tuberculosis por factores biológicos o de conducta que comprometen la función inmunitaria	<p>PERSONAS QUE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• viven con VIH</li> <li>• sufren diabetes o silicosis</li> <li>• se someten a tratamientos inmunodepresores</li> <li>• sufren desnutrición</li> <li>• fuman</li> <li>• sufren trastornos por consumo de alcohol</li> <li>• se inyectan drogas</li> </ul>

### Abordar los obstáculos relacionados con los derechos humanos y las cuestiones de género

Muchos de los factores que aumentan la vulnerabilidad para contraer tuberculosis o que obstaculizan el acceso a servicios para la tuberculosis se asocian con la desigualdad de género y otras violaciones de los derechos humanos. El [Plan Mundial para Detener la Tuberculosis: \(El cambio de paradigma 2016-2020\)](#) con el que han adquirido un compromiso numerosos países incluye como uno de sus pilares la “protección y promoción de los derechos humanos, la ética y la igualdad”. Algunas de los obstáculos documentados relacionados con los derechos humanos son los siguientes:

- **Estigmatización:** La superpoblación, las deficiencias de saneamiento, la ventilación inadecuada y la malnutrición vuelven a las personas vulnerables a la tuberculosis, y probablemente dificulten el acceso a los servicios para la tuberculosis. La estigmatización relacionada con esta enfermedad se vincula a menudo con la estigmatización y la marginación de la pobreza, así como con la información errónea y los miedos injustificados sobre la enfermedad. Los trabajadores de la salud deben servir de ejemplo para la comunidad con una atención a la tuberculosis no estigmatizada, pero en ocasiones no están adecuadamente informados, o tienen prejuicios o miedo a la tuberculosis. Las personas que viven con VIH se enfrentan a un elevado riesgo de tuberculosis, y, a su vez, la tuberculosis es una causa frecuente de mortalidad en personas con VIH. La estigmatización y la discriminación asociados con el VIH pueden amplificar la propia de la tuberculosis.
- **Cárcel y otras formas de detención:** La población reclusa presenta un riesgo alto de contraer dicha enfermedad debido a sus condiciones de vida, pero con frecuencia son excluidos de los servicios de tuberculosis. Las personas que toman drogas en numerosos contextos se enfrentan a un riesgo alto de tuberculosis, no solo porque compartan el equipo para administrarse las drogas, como las pipas para inhalación de drogas, sino también porque pueden vivir en condiciones de pobreza, pueden tener más probabilidades de estar infectadas por el VIH y resulta probable que terminen en la cárcel en algún momento de sus vidas, especialmente cuando las leyes antidroga incluyen penas de privación de libertad por delitos menores.
- **Aislamiento involuntario:** El contagio por tuberculosis es una preocupación, pero, tal como indica la OMS, la amplia mayoría de pacientes, cuando se tratan con respeto y con consentimiento informado, no necesitarán ser forzadas o detenidas para recibir el tratamiento. La OMS especifica que el aislamiento involuntario “no debe ser nunca un componente rutinario” de los programas para la tuberculosis, sino una medida de último recurso cuando se han agotado todas las vías.<sup>9</sup> Sin embargo, este aislamiento se produce y va en contra de los derechos humanos.
- **Obstáculos relacionados con cuestiones de género:** Las mujeres pueden no disfrutar de autonomía económica y para la toma de decisiones para buscar y mantener servicios para la

<sup>9</sup> Guidance on ethics of tuberculosis prevention, care and control. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2010.

tuberculosis. En numerosos lugares, resulta más probable que los hombres tengan trabajos en la minería y las voladuras, lo cual los expone a riesgo de tuberculosis, o que sean contratados para trabajo migrante, donde puede resultar complicado mantener el tratamiento. También resulta más probable que los hombres fumen o tomen drogas, ambos factores de riesgo de tuberculosis.

En numerosos países se han puesto en marcha programas para abordar estos obstáculos con cierto éxito (para información, consúltese también el documento [Tuberculosis, Human Rights and Gender Technical Brief](#) del Fondo Mundial) A continuación, se destacan algunos ejemplos:

- Se han desarrollado herramientas de medición de **reducción de la estigmatización**, programas de formación y otros recursos para trabajadores de la salud, comunidades, empleadores y líderes sociales y religiosos, y han demostrado resultar efectivos, especialmente cuando los pacientes se implican realmente en el diseño de los programas.
- Los programas “**Conoce tus derechos**” o de información sobre derechos para pacientes, sus familias y comunidades, e incluso trabajadores de la salud pueden resultar útiles, especialmente para personas marginadas que ya tengan una tendencia a la exclusión de los servicios, o para aquellas personas que pueden estar sometidas a un aislamiento involuntario. Estos programas suelen ser útiles en combinación con acceso a servicios jurídicos.
- **Reformar leyes y políticas** que fomentan los obstáculos relacionados con los derechos humanos, como reglamentos sanitarios que no restringen el aislamiento involuntario; leyes o políticas que limitan el acceso a medicamentos genéricos más económicos; prácticas o políticas de los servicios de salud que dificultan a mujeres y jóvenes disfrutar de los servicios; políticas que restringen el acceso a los servicios para trabajadores migrantes o personas afectadas por desplazamiento forzado; leyes de drogas que imponen sentencias de cárcel por infracciones menores y no violentas; y políticas que impiden el acceso de los reclusos a servicios de salud equivalentes a los de la comunidad. Se puede hacer frente a las leyes y las políticas de diferentes formas, por ejemplo a través de la defensa legislativa, la movilización y la concienciación de la comunidad y los litigios.
- **Impartir formación a la policía, a los agentes penitenciarios y al personal de justicia** puede resultar útil, especialmente para mejorar los servicios en las prisiones y en lugares donde las poblaciones clave afectadas, como personas que toman drogas, tienen contacto frecuente con la policía y los tribunales. La policía debe estar dispuesta a recibir formación que incluya aspectos sobre cómo protegerse de la tuberculosis en el trabajo.
- **La formación de trabajadores de la salud** puede centrarse no solo en reducir la estigmatización, sino también en la importancia del consentimiento informado, la confidencialidad y privacidad y la participación significativa de los pacientes en la toma de decisiones sobre su atención sanitaria, así como en comprender que el aislamiento involuntario es un último recurso.

Todos los programas, de acuerdo con los principios de los derechos humanos, deben diseñarse, ejecutarse y evaluarse con la participación activa de las comunidades afectadas, y deben ejecutarse de forma respetuosa, responsable, abordando cuestiones de género y sin discriminación.

### Reforzar las respuestas de la comunidad

Las respuestas de los pacientes y la comunidad son necesarias como parte del cambio de paradigma para poner fin a la tuberculosis. Este principio debe ir más allá de la prestación de servicios e incluir: 1) seguimiento y evaluación de los programas y servicios para la tuberculosis por parte de la comunidad; 2) defensa; 3) asistencia técnica; 4) refuerzo de vínculos y sociedades con partes interesadas clave de la tuberculosis; y 5) compromiso en las evaluaciones del entorno jurídico y político y en la sensibilidad con cuestiones de género de la respuesta. La respuesta de la comunidad debe ser exhaustiva para contribuir a lograr los mejores resultados sanitarios, pero también para reforzar la capacidad de respuesta de la comunidad. Para que las comunidades sean asociadas en igualdad de circunstancias en la respuesta, estas necesitan recursos, asistencia técnica, herramientas y generación de capacidades. El compromiso de la comunidad con la tuberculosis abarca una amplia variedad de actividades que contribuyen a la detección, derivación y tratamiento de personas con

tuberculosis farmacosensible, tuberculosis farmacorresistente y VIH asociado a tuberculosis. El compromiso de la comunidad es clave para mejorar el alcance y la sostenibilidad de las intervenciones relacionadas con la tuberculosis, y para ayudar a acabar con la tuberculosis debe reforzarse más este compromiso. Los planteamientos innovadores y exitosos (como los proyectos financiados por [TB REACH](#) o [ENGAGE-TB Approach](#)) que comprometen a las comunidades y organizaciones de la sociedad civil deberán adaptarse a los contextos específicos del país y utilizarse para reforzar las respuestas de la comunidad.

### Consideraciones sobre sostenibilidad y transición

El Fondo Mundial insta a todos los países a incorporar consideraciones sobre sostenibilidad en el diseño de su programa. En la nueva orientación sobre sostenibilidad, transición y cofinanciamiento, el Fondo Mundial describe sus principios para mejorar la sostenibilidad y ofrece un marco con el que contribuir a la transición óptima de los países a partir del financiamiento del Fondo Mundial, que está diferenciada a lo largo del proceso continuo de desarrollo. Los solicitantes pueden encontrar más información para elaborar solicitudes de financiamiento conforme a esta política en la Nota Orientativa sobre Sostenibilidad, Transición y Cofinanciamiento (*próximamente*).

## 14 Desarrollo de capacidades y asistencia técnica

### Asistencia técnica

La asistencia técnica sirve para cubrir lagunas de conocimiento, datos o experiencia a nivel de país. Los países pueden solicitar asistencia técnica en varias etapas del proceso de financiamiento, incluidos elaboración/actualización del PEN, preparación de la solicitud de financiamiento y ejecución. La asistencia técnica puede ponerse a disposición del Mecanismo de Coordinación de País (MCP), de entidades ejecutoras y organizaciones de la sociedad civil, a través de asociados y del Fondo Mundial.

Varios asociados, incluidos USAID, la Unión, la OMS, la Alianza Alto a la Tuberculosis/GDF, KNCV y otros, proporcionan apoyo técnico a países para reforzar sus programas contra la tuberculosis. USAID trabaja en estrecha colaboración con otros departamentos y agencias del Gobierno de EE.UU., asociados ejecutores de programas, la Alianza Alto a la Tuberculosis, la OMS y otros donantes bilaterales con el fin de planificar y coordinar la asistencia técnica para garantizar que se no produce duplicidad de esfuerzos. USAID apoya las actividades del programa contra la tuberculosis y la tuberculosis farmacorresistente en varios países, incluidas las puestas en práctica de las subvenciones del Fondo Mundial. Puede accederse a más información en [USAID](#). La Unión también ofrece asistencia técnica y puede obtenerse más información en [UNION](#).

### Asistencia técnica y desarrollo de capacidades para respuestas contra la tuberculosis y la tuberculosis farmacorresistente

Además de apoyar la asistencia técnica a través de subvenciones, el Fondo Mundial tiene un acuerdo especial con la OMS para aportar asistencia técnica y asesoramiento a países con el fin de ampliar y poner en marcha su respuesta a la tuberculosis farmacorresistente. El vigente memorando de entendimiento (MOU) entre el Fondo Mundial y la OMS<sup>10</sup>, relativo a la prestación de asistencia técnica y asesoramiento para las actividades de los Comités Luz Verde de ámbito regional ("rGLC") y sus respectivas secretarías, se celebró el 1 de abril de 2015. El objetivo de las secretarías de los rGLC es garantizar la calidad de las actividades contra la tuberculosis MR y su ampliación en países mediante la coordinación de la prestación de asistencia técnica y asesoramiento para el desarrollo, la revisión y la puesta en práctica de planes nacionales de gestión programática de la tuberculosis farmacorresistente (PMDT), como parte de los PEN globales.

Los países en que un Receptor Principal recibe financiamiento del Fondo Mundial al amparo de un acuerdo activo para financiar actividades de PMDT recibirán uno de los paquetes siguientes de asistencia técnica y asesoramiento, coordinado por las Secretarías de los rGLC:

- a. el paquete de servicios principal (para todos los países diferentes a los descritos en el punto b siguiente); o
- b. paquete de servicios ampliado (para países con alta carga de tuberculosis MR, según la definición del Programa Mundial para la Tuberculosis de la OMS en su informe más reciente).

---

<sup>10</sup> Memorando de entendimiento (MOU) modificado y refundido entre el Fondo Mundial y los Comités Luz Verde de ámbito regional y sus secretarías. Abril de 2016.



El Paquete de Servicios Básicos incluye los componentes siguientes:

- ayuda para la elaboración, actualización y revisión, según necesidad, del plan nacional de expansión de la PMDT;
- ayuda para la elaboración y actualización, en relación con el plan nacional de expansión de la PMDT como parte del PEN, de un plan de trabajo detallado, presupuesto, plan de seguimiento y evaluación, y un plan de gestión de adquisiciones y suministros;
- detección de las necesidades de capacidades de un país y ayuda a la generación de capacidades;
- supervisión del progreso en el país con un mínimo de una misión al país por año natural;
- actividades preparatorias para misiones en el país; y
- Ayudar a la planificación para introducir planteamientos innovadores basados en las pruebas, nuevas herramientas diagnósticas, nuevos fármacos y/o tratamientos revisados para tratar casos de tuberculosis farmacorresistente del modo recomendado por la OMS.

El Paquete de Servicios Ampliados incluye los servicios citados en el Paquete de Servicios Básicos con los siguientes servicios añadidos:

- mínimo de una misión adicional en el país por año natural, o evaluar el rendimiento y el progreso del país o proporcionar asistencia técnica en áreas específicas, del modo indicado en los informes del rGLC y las misiones del país, o como lo soliciten los países; y
- suministro continuo de apoyo y coordinación de asociados para resolver las trabas detectadas en la PMDDT general y en las actividades contra la tuberculosis farmacorresistente financiadas por el Fondo Mundial.

De acuerdo con el MOU, el pago anual para cada paquete de servicios es el siguiente:

- Paquete de Servicios Básicos: US\$ 25.000 por subvención al año;
- Paquete de Servicios Ampliados: US\$ 50.000 por subvención al año.

El Fondo Mundial y la OMS están negociando con otros asociados el futuro mecanismo de consultas más amplias sobre métodos que permitan optimizar la asistencia técnica para países en su respuesta a la tuberculosis farmacorresistente. Se espera que continúen el acuerdo especial y la prestación de asistencia técnica a países. Cualquier cambio en el MOU se comunicará con los países y con todas las partes interesadas.

## 15 Planes estratégicos nacionales

El Plan Estratégico Nacional (PEN) es la columna vertebral a nivel de país para guiar a las autoridades sanitarias nacionales en la gestión y ejecución de las actividades adecuadas para la prevención y el tratamiento de la tuberculosis, y para establecer vínculos efectivos con otros programas y asociados incluso fuera del sector sanitario. El PEN debe estar en línea con el plan nacional de salud y vincularse a planes de otros sectores. Un buen PEN debe ofrecer un marco claro que especifique las intervenciones estratégicas apropiadas para alcanzar los objetivos y metas del país en términos de atención, prevención y control de la tuberculosis. Las intervenciones y los objetivos deben vincularse adecuadamente y con coherencia. Además, las actividades y subactividades propias de cada intervención deben explicarse claramente, destacando el o los objetivos de cada intervención y determinando dónde y cuándo debe ponerse en práctica cada actividad o subactividad y quién la ejecutará.

El PEN debe incluir especificaciones de la asistencia técnica necesaria para ejecutar las intervenciones y/o actividades identificadas; una descripción clara de cómo se supervisarán la puesta en práctica de las intervenciones y la realización de las actividades, y de cómo se medirán y evaluarán sus resultados y repercusión; y un presupuesto detallado para ejecutar las intervenciones y actividades.

Los PEN deben incorporar un conjunto ampliado de valoraciones iniciales de la epidemiología de la tuberculosis nacional y subnacional, incluidas la determinación de las poblaciones o comunidades clave afectadas y la estructura y las funciones del sistema sanitario. Los PEN deben incluir análisis específicos de los sistemas de adquisiciones y suministros, la disponibilidad de recursos, como los recursos humanos, los obstáculos y los habilitadores de acceso, incluidas las políticas reguladoras, los vínculos existentes con los servicios sociales y las funciones de las comunidades, de las organizaciones de la sociedad civil y del sector privado. Estas evaluaciones pueden vincularse al menos parcialmente con las revisiones del programa

nacional, o misión de supervisión conjunta, emprendidas con asociados, como se detalla en la guía de la OMS. Puede encontrar información detallada en el documento de la OMS [Toolkit to develop a National Strategic Plan for TB prevention, care and control](#).

Los planes estratégicos nacionales y las estrategias deben cumplir los siguientes criterios:

- Estar actualizados: basándose en la última información epidemiológica y en los conocimientos más recientes sobre la adecuación de la respuesta actual.
- Basarse en un proceso inclusivo y con múltiples partes interesadas.
- Presentar de modo efectivo prioridades y presupuestos.
- Basarse en planteamientos basados en pruebas y ser acordes con normas internacionales.
- Abordar los obstáculos relacionados con los derechos humanos y cuestiones de género y los factores sociales de salud determinantes que vuelven a determinados grupos especialmente vulnerables y limitan su acceso a los servicios para la tuberculosis.

El [Plan Mundial para Detener la Tuberculosis: \(El cambio de paradigma 2016-2020\)](#) recoge un conjunto de acciones recomendadas –“paquetes de inversión”– diseñadas para alcanzar los objetivos 90-(90)-90 descritos en el plan. Estos paquetes de inversión están adaptados a las características locales de la epidemia de tuberculosis, así como a las limitaciones del sistema sanitario y a las situaciones socioeconómicas de los diferentes contextos de cada país. Existen similitudes entre países de una región concreta o entre países con historias, condiciones socioeconómicas o limitaciones del sistema sanitario similares. Como consecuencia, los países pueden agruparse por “contextos”. Los países pueden asociarse con las características de más de un contexto, y las provincias dentro de un país pueden encajar en diferentes contextos. Los [anexos](#) del Plan Mundial incluyen descripciones detalladas de intervenciones clave relevantes dependiendo de las circunstancias de cada país concreto, que resultan útiles para establecer prioridades y decidir intervenciones prioritarias.

## V. Referencias clave

### Notas informativas y guías técnicas del Fondo Mundial

- Nota informativa del Fondo Mundial: [Building resilient and sustainable systems for health through Global Fund investments \(2016\)](#).
- Nota informativa del Fondo Mundial: [Nota informativa sobre el VIH](#)
- [Guía técnica del Fondo Mundial: Human rights and gender for tuberculosis \(2016\)](#)
- Guía técnica del Fondo Mundial: [Addressing Sex Work, MSM and Transgender People in the Context of the HIV Epidemic \(2016\)](#).
- [Guía técnica del Fondo Mundial “Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health”](#)
- Guía técnica del Fondo Mundial: [Strengthening sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health \(SRMNCAH\) interventions in funding requests to the Global Fund \(2016\)](#).
- Guía técnica del Fondo Mundial: [HIV, Human Rights and Gender Equality \(2016\)](#).
- Guía técnica del Fondo Mundial: [Strengthening Community Systems and Responses \(2016\)](#).

### Otros documentos seleccionados del Fondo Mundial

- [Estrategia del Fondo Mundial 2017-2022: Invertir para poner fin a las epidemias. \(2016\)](#).
- [Solicitud de financiamiento](#)
- [Manual para Solicitantes. Una guía práctica para preparar una solicitud de financiamiento \(2016\)](#)
- [Instrucciones para la solicitud de financiamiento \(2016\)](#)
- [Global Fund Modular Framework Handbook](#)
- [Preguntas frecuentes. El ciclo de financiamiento 2017-2019 \(2016\)](#)
- [The Role of the Global Fund in Supporting Countries to Build Resilient and Sustainable Systems for Health \(2016\)](#).
- [Framework for Financing Co-infections and Co-Morbidities of HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria \(COIM\) \(2015\)](#)
- [Global Fund Operational Policy Manual](#)
- [Scaling up programs to remove human rights barriers to health services \(2016\)](#)
- Política de Sostenibilidad, Transición y Cofinanciamiento [del Fondo Mundial \(2016\)](#).
- [The Challenging Operating Environments Policy \(2016\)](#).
- [Observaciones consolidadas del panel de revisión técnica sobre el modelo de financiamiento basado en asignaciones para 2014-2016](#)

### Directrices de la OMS y documentos clave

- [Companion handbook to the WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis \(2014\)](#)
- [WHO: End TB Strategy](#)
- [Digital health for the End TB Strategy: an agenda for action \(2015\)](#)
- [Electronic recording and reporting for tuberculosis care and control \(2012\)](#)
- [Framework for the engagement of all health care providers in the management of drug resistant tuberculosis \(2015\)](#)
- [Framework of indicators and targets for laboratory strengthening under the End tuberculosis Strategy:](#)
- [Informe mundial de la tuberculosis de 2016](#)
- [Implementing tuberculosis diagnostics. Policy framework \(2015\)](#)
- [Implementing the End TB strategy: The Essentials \(2015\)](#)
- [Integrating collaborative TB and HIV services within a comprehensive package of care for people who inject drugs](#)
- [Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels: framework, measures and targets \(2014\)](#)
- [Policy Guidance](#)
- [OMS: Recommendations for investigating contacts of persons with infectious tuberculosis in low and middle-income countries \(2014\)](#)
- [Report of the consultation meeting to draw lessons from development of Single tuberculosis and HIV Concept Notes and defining the way forward for joint tuberculosis and HIV programming](#)
- [The Shorter MDR-TB Regimen](#)
- [Systematic screening for active tuberculosis: an operational guide \(2015\)](#)

- [TB diagnostics and Laboratories](#)
- [Toolkit to develop a National Strategic Plan for TB prevention, care and control \(2015\)](#)
- [Towards tuberculosis elimination: an action framework for low-incidence countries \(2014\)](#)
- [Xpert MTB/RIF Implementation Manual \(2014\)](#)
- [ENGAGE-TB: Orientaciones operacionales \(2012\)](#)

### **Alianza Alto a la Tuberculosis**

- Global Laboratory Initiative: [GLI quick guide to TB connectivity solutions](#)
- Stop TB Partnership: [The Paradigm Shift 2016-2020 \(2015\)](#)
- Stop TB Partnership: [Improving TB Case Detection: A compendium of TB REACH Case studies, lessons learned and a monitoring and evaluation framework](#)
- Stop tuberculosis Partnership: [Key Population Briefs](#)
- Stop TB Partnership: [GLI quick guide to TB connectivity solutions](#)
- Stop TB Partnership: [Global Drug Facility](#)

### **Otros documentos clave**

- La Unión: [The Unions desk guide for diagnosis and management of tuberculosis in children \(2016\)](#)
- UNITAID: [Tuberculosis diagnostics technology and market landscape - 4ª edición \(2015\)](#)
- UNAIDS: [UNAIDS/WHO Technical Guidance Note on HIV/TB](#)
- TB Alliance: [Child-friendly medicines](#)
- USAID: [USAID Tuberculosis](#)

## **VI. Lista de abreviaturas**

ARV	-	Antirretroviral
ENT	-	Enfermedad no transmisible
MOU	-	Memorando de entendimiento
OMS	-	Organización Mundial de la Salud
PEN	-	Plan Estratégico Nacional
PMDT	-	Gestión programática de la tuberculosis farmacorresistente
RAB	-	Resistencia a antibióticos
rGLC	-	Comités Luz Verde de ámbito regional
SL-LPA	-	Ensayo de sonda lineal de segunda línea
SyE	-	Seguimiento y evaluación
TARV	-	Tratamiento antirretroviral
Tuberculosis-LAMP	-	Amplificación isotérmica mediada por bucle para tuberculosis
Tuberculosis MR	-	Tuberculosis multirresistente
Tuberculosis RR	-	Tuberculosis resistente a la rifampicina
TPI	-	Tratamiento preventivo con isoniazida
XDR-tuberculosis	-	Tuberculosis ultrarresistente

# Anexo 1: Los 10 principales indicadores (no clasificados) para supervisar la ejecución de la Estrategia Fin a la Tuberculosis a nivel mundial y nacional, con los niveles objetivo recomendados que se aplican a todos los países

	<b>Indicador</b>	<b>Nivel objetivo recomendado*</b>	<b>Razones principales para la inclusión en los diez primeros</b>
1	Cobertura del tratamiento de la tuberculosis. <i>Número de casos nuevos y recidivas notificados y tratados, dividido entre el número estimado de casos incidentes de tuberculosis en el mismo año, expresado como porcentaje.</i>	≥90%	La atención sanitaria de alta calidad a la tuberculosis es esencial para evitar el sufrimiento y la muerte por dicha enfermedad y para cortar la transmisión. Una alta cobertura del tratamiento adecuado es un requisito fundamental para alcanzar los hitos y objetivos de la Estrategia Fin a la Tuberculosis. Combinados, es probable que estos dos indicadores se utilicen como indicadores de seguimiento para supervisar el progreso hacia la cobertura universal de la salud, recogida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible para después de 2015.
2	Tasa de éxito del tratamiento de la tuberculosis. <i>Porcentaje de pacientes con tuberculosis notificados y tratados con éxito. El objetivo incluye la combinación de tuberculosis farmacosensible y farmacorresistente, a pesar de que los resultados también deben notificarse por separado.</i>	≥90%	
3	Porcentaje de hogares afectados por la tuberculosis que sufren costos catastróficos debido a esta enfermedad**. <i>Número de personas tratadas para la tuberculosis (y sus hogares) que incurren en costos catastróficos (combinación de costos directos e indirectos), dividido entre el número total de personas tratadas para la tuberculosis.</i>	0%	Uno de los tres indicadores de alto nivel de la Estrategia Fin a la Tuberculosis; un marcador clave de protección del riesgo financiero (uno de los dos elementos clave de la cobertura universal de la salud) y de la protección social para hogares afectados por dicha enfermedad.
4	Porcentaje de pacientes notificados como casos nuevos de tuberculosis analizados con las pruebas rápidas recomendadas por la OMS. <i>Número de pacientes notificados como casos nuevos de tuberculosis diagnosticados con las pruebas rápidas recomendadas por la OMS, dividido entre el número total de pacientes notificados como casos nuevos de tuberculosis.</i>	≥90%	El diagnóstico preciso es un elemento fundamental de la atención a la tuberculosis. Las pruebas diagnósticas moleculares rápidas ayudan a garantizar una detección temprana y un tratamiento rápido.
5	Cobertura del tratamiento de la ILT. <i>Número de personas que viven con VIH recién incluidas en atención al VIH y el número de niños en contacto con casos que han iniciado</i>	≥90%	La ILT es la principal intervención disponible para evitar el desarrollo de tuberculosis activa en aquellas

	<i>el tratamiento para la ILT, dividido entre el número que cumple las condiciones para recibir tratamiento, expresado en porcentaje (de modo separado para cada uno de los dos grupos).</i>		personas ya infectadas con <i>M. tuberculosis</i> .
6	Cobertura de investigación de contactos. <i>Número de personas en contacto con casos de tuberculosis bacteriológicamente confirmados y evaluados para tuberculosis, dividido entre el número de pacientes idóneos, expresado como porcentaje.</i>	≥90%	El seguimiento de los contactos es un elemento clave en la prevención de la tuberculosis, especialmente en los niños.
7	Cobertura de DST para pacientes con tuberculosis. <i>Número de pacientes con tuberculosis y resultados DST, dividido entre el número de casos notificados y bacteriológicamente confirmados en el mismo año, expresado como porcentaje. La cobertura de DST incluye resultados de DST moleculares (p. ej., Xpert MTB/RIF) y fenotípico convencional.</i>	100%	Las pruebas de sensibilidad a fármacos para los fármacos recomendados por la OMS son fundamentales para administrar el tratamiento correcto a cada persona con diagnóstico de tuberculosis.
8	Cobertura del tratamiento, fármacos nuevos para la tuberculosis. <i>El número de pacientes con tuberculosis tratados con tratamientos que incluyen fármacos nuevos para la tuberculosis (avalados después de 2010), dividido entre el número de pacientes notificados e idóneos para el tratamiento con fármacos nuevos para la tuberculosis, expresado como porcentaje.</i>	≥90%	Un indicador adecuado para supervisar la adopción de innovaciones en todos los países. <i>Se necesitan indicadores relacionados con el desarrollo de nuevas herramientas a nivel mundial, pero no son adecuados para supervisar el progreso en todos los países. La definición de qué pacientes son pacientes idóneos para el tratamiento con fármacos nuevos puede diferir entre países.</i>
9	Confirmación de seropositivos en pacientes con tuberculosis. <i>Número de pacientes con tuberculosis nueva y recidivante y que son seropositivos confirmados, dividido entre el número de pacientes con tuberculosis nueva y recidivante notificados en el mismo año, expresado como porcentaje.</i>	100%	Uno de los principales indicadores mundiales utilizados para controlar las actividades conjuntas de tuberculosis y VIH. La confirmación de casos seropositivos resulta clave para proporcionar el mejor tratamiento a los pacientes con tuberculosis y seropositivos, incluido el TARV.
10	Tasa de mortalidad. <i>Número de muertes por tuberculosis (de un sistema nacional de RV) dividido entre el número estimado</i>	≤5%	Se trata de un indicador clave para controlar el progreso hacia los hitos de 2020 y 2025. Se necesita una tasa de mortalidad del 6% para alcanzar los hitos



	<i>de casos incidentes en los mismos años, expresado como porcentaje.</i>		mundiales para 2025 de reducción de muertes y casos de tuberculosis.
<p>*Nivel objetivo que debe alcanzarse como máximo en 2025.</p> <p>**Costo incurrido por los hogares con pacientes con tuberculosis superior al 20% de los ingresos domésticos anuales.</p> <p>DST: análisis de sensibilidad a fármacos; ILT: infección latente de tuberculosis.</p>			