



Revista Española de Salud Pública

ISSN: 1135-5727

resp@msc.es

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e  
Igualdad  
España

González Ochoa, Edilberto; Armas Pérez, Luisa  
Eliminación de la tuberculosis como problema de Salud Pública. Una elección acertada  
Revista Española de Salud Pública, vol. 81, núm. 1, enero-febrero, 2007, pp. 59-62  
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad  
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17081109>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

**CARTA A LA DIRECCIÓN****ELIMINACIÓN DE LA TUBERCULOSIS COMO PROBLEMA  
DE SALUD PÚBLICA. UNA ELECCIÓN ACERTADA****Edilberto González Ochoa y Luisa Armas Pérez**

Sección de Epidemiología. Centro Colaborador OPS/OMS para la referencia e investigaciones en Tuberculosis y Mico bacterias.

Grupo de Vigilancia e Investigaciones de TB, IRA y Lepra.

Existen argumentos fuertes para admitir que la eliminación de la tuberculosis (TB) no es factible en un futuro próximo en escala mundial<sup>1</sup>, pero los marcos teóricos están bien establecidos para los países que pudieran emprender este camino<sup>2,5</sup>.

Desde el 29 de Noviembre hasta el 2 de diciembre de 1999 en San José, Costa Rica, se llevó a cabo la Primera Reunión Subregional de Países de Baja Prevalencia de las Américas, promovida y auspiciada por la Organización Panamericana de la Salud<sup>6</sup>. Los objetivos fueron: 1. Analizar la situación y tendencia de la TB. 2. Valorar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de los Programas Nacionales de Control (PNCT); 3. Establecer las estrategias y cambios para acelerar su disminución; 4. Definir los indicadores y etapas de la eliminación junto con las estrategias de intervención especiales; 5. Elaboración de planes de acción e informes por países.<sup>6</sup>

Se considera eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública la

reducción a menos de 5 por 100.000 habitantes de la incidencia de la enfermedad tuberculosa en todas sus formas en un área geográfica definida como resultado de un esfuerzo deliberado de control, siendo necesario continuar con las medidas de intervención para mantener esta condición<sup>6</sup>.

La situación de la TB en Las Américas en 1998 mostraba que se diagnosticaron 251.613 casos de TB (todas sus formas) 31,2 por 10<sup>5</sup> habitantes.<sup>6</sup> Las tasas de incidencia (TI) variaban entre  $\geq 85$  por 10<sup>5</sup> habitantes en países como Perú, Bolivia, Haití República Dominicana y  $< 25$  por 10<sup>5</sup> habitantes en otros como Argentina, Chile, Uruguay, Costa Rica, Cuba, EUA, Canadá y otros países del Caribe angloparlante.

Tomando en cuenta la diferencia se consideró aconsejable que por voluntad propia aquellos países como Uruguay, Chile, Costa Rica y Cuba adelantasen en sus esfuerzos de mejorar aun más y mantener su situación favorable. Estos países conducen con éxito un conjunto de acciones básicas de control tales como: a) Identificación temprana y tratamiento adecuado de los casos de TB pulmonar bacilífero; b) Investigación de contactos; c) Vacunación BCG a los recién nacidos.<sup>6</sup>

Correspondencia:  
Instituto Pedro Kourí  
Autopista Novia del Mediodía Km 6 ?  
Apartado Postal 601.  
La Lisa Ciudad de la Habana  
Correo electrónico: ochoa@ipk.sld.cu.

Las condiciones comunes que facilitan el abordaje de eliminación como meta de salud pública eran: 1. Los casos infecciosos se detectan fácilmente mediante exámenes microscópicos de esputos; 2. La TB es tratable; con esquemas cortos efectivos; 3. Las personas infectadas pueden ser identificadas y tratadas preventivamente; 4. Pueden establecerse estrategias diferenciadas reforzadas; 5. El reservorio animal no es relevante y es controlable<sup>2-6</sup>.

Las debilidades y amenazas eran: 1. Aparición de multirresistencia, incluida la multidrogorresistencia (MDR) a M. tuberculosis; 2. Aumento de la coinfección TB-VIH; 3. Migración de poblaciones con prevalencia de infección tuberculosa elevada; 4. Poblaciones desplazadas por situaciones de desastre; 5. Otros problemas de salud que absorben prioritariamente los recursos disponibles; 6. Pobreza creciente de algunos grupos poblacionales; 7. Diagnóstico y tratamientos tardíos; 8. Escasa o nula participación comunitaria e intersectorial<sup>2-6</sup>.

Para progresar hacia la eliminación como problema de salud pública los países debieron: 1. Alcanzar tasa de casos nuevos notificados cercanas a 20 por 10<sup>5</sup> habitantes (todas sus formas); 2. Aplicar la estrategia DOTS en no menos del 90% del territorio nacional y conocer su situación; 3. Utilizar esquemas de tratamiento normalizados efectivos; 4. Diagnosticar el 70% del total de casos nuevos bacilíferos esperados; 5. Disponer de una red de laboratorios de TB con su control de calidad; 6. Participación de todas las instituciones del sector salud en el PNCT<sup>6</sup>.

La estrategia de eliminación como problema de salud pública propuso 3 etapas sucesivas<sup>6</sup>. Sobre esta base los equipos del PNCT de cada país elaborarían un plan de acción que sería evaluado y reajustado cada 2 años, conteniendo: 1. Situación del país por regiones señalando la etapa en

que se encontraba cada una; 2. Definición de objetivos y metas; 3. Fortalecimiento de la red de laboratorios, la localización de casos, el tratamiento estrictamente supervisado, el sistema de notificación y registro de los casos, la participación comunitaria y social junto con la educación sanitaria, la investigación aplicada y operacional y la supervisión, monitorización y capacitación sistemáticas; 4. Discusión, difusión del plan y soporte financiero.

Para evaluar los progresos del plan se realizaron la 2ª, la 3ª y la 4ª Reunión de Países de Baja Prevalencia en América en Montevideo, Uruguay, del 12-14 de Febrero de 2001, en Santiago de Chile del 11-12 de Noviembre del 2003 y en San José Costarrica del 7-8 de diciembre de 2006.

En la tabla 1 se observa que los coordinadores de los PNCT de Chile, Cuba y Uruguay participaron en las cuatro reuniones, Costa Rica estuvo ausente en la tercera, Venezuela sólo estuvo presente en la primera y Puerto Rico se incorporó a partir de la tercera. Chile traspasó la meta de la primera etapa ya que su TI disminuyó de 24,6 en 1998 a 17,0 por 105 habitantes en 2004. Costa Rica disminuyó ligeramente su TI desde 18,1 en 1998 hasta 17,0 en el 2004. Cuba redujo manteniéndose la TI desde 11,8 en 1998 hasta 7,0 en el 2004, pasando a la 2ª etapa. Uruguay reportó 20,5 al inicio y 21,0 en 2004. Venezuela tenía 27,0 por 105 habitantes en el punto de partida pero no asistió más. Puerto Rico declaró una TI de 3,1 y 3,0 por 105 habitantes.

La literatura mundial reciente no estimula la posible eliminación de la TB a escala mundial<sup>1-5</sup> pues los obstáculos a corto y mediano plazo parecen insalvables (deterioro económico-social, infección VIH creciente). Los marcos teóricos están bien establecidos para los países industrializados pero parece que la mala situación existente

Tabla 1

**Casos nuevos de tuberculosis notificados. Países de baja prevalencia de Latinoamérica en los años 1998, 2000, 2002 y 2004**

Países	Población (millones)	1998		2000		2002		2004	
		Casos <sup>a</sup>	Tasas <sup>b</sup>	Casos <sup>a</sup>	Tasas <sup>b</sup>	Casos <sup>a</sup>	Tasas <sup>b</sup>	Casos <sup>a</sup>	Tasas <sup>b</sup>
		(BAAR+)		(BAAR+)		(BAAR+)		(BAAR+)	
Chile	14,6	3.668 (1.576)	24,6 (10,7)	2.958 (1.259)	19,8 (8,3)	3.016 (1.401)	19,3 (9,0)	2.664 (1.297)	17,0 (8,0)
Costa Rica	3,6	694 (562)	18,1 (14,7)	620 (500)	19,0 (13,0)	— —	— —	17,0 (419)	17,0 (10,0)
Cuba	11,1	1.304 (562)	11,8 (6,7)	1.119* (670)	10,0 (6,0)	860 (538)	7,7 (4,8)	782 (454)	7,0 (4,0)
Uruguay	3,2	668 (374)	20,5 (11,5)	645 (387)	19,4 (11,6)	610 (327)	18,1 (9,7)	727 (373)	21,0 (11,0)
Venezuela <sup>c</sup>	22,8	6.273 (3.450)	27,0 (14,9)	— —	— —	— —	— —	— —	— —
Puerto Rico	—	—	—	—	—	129 (120)	3,1 (2,8)	123 (65)	3,0 (2,0)

Fuente: Informes de las Reuniones de países de baja prevalencia de TB de Latinoamérica y los datos del 2004 fueron tomados de Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing. WHO Report 2006. WHO/HTM/TB/2006.362

\* Correspondiente al año 1998.

<sup>a</sup> Todas sus formas.

<sup>b</sup> Tasas por 100 000 habitantes.

<sup>c</sup> Participó como observador.

#### Anexo 1

##### Metas

Etapas	Epidemiológica	Operacional
I	20 por 105 Hab. (total)	– Detectar 80% de los casos BAAR(+)*. – Curar 96% del total casos BAAR(+) detectados.
II	10 por 105 Hab. (total)	– Detectar = 90% de los casos nuevo bacilíferos esperados. – Curar 95% de los casos de TBp BAAR(+)** detectados.
III	5 por 105 Hab. (total)	– Detectar > 95% de los casos nuevos de TBp BAAR(+) detectados.

\* BAAR (+) = Tuberculosis con baciloscopia positiva.

\*\* TBp = Tuberculosis pulmonar.

en los países de bajas rentas repercute fuertemente en el mantenimiento de la transmisión en los primeros. No obstante la historia revela que cuando las actividades de control y eliminación merman bajo cualquier circunstancia, la situación de la TB re-emerge con fuerza. Por tanto consideramos que no sería acertado desalentar los esfuerzos hacia la eliminación de la enfermedad en los países que tienen ya situaciones muy favorables. Este es el asunto de varios países en Las Américas, cuyos coordinadores de los PNCT identificaron aspectos importantes que debían ser impulsados<sup>6</sup>: a) Mejorar la búsqueda pasiva y expandir la búsqueda activa selectiva; b) incrementar las tasas de curación y tratamiento exitoso;

e) mejorar la vigilancia, la monitorización, el sistema de información estadística y el análisis; f) mejorar y actualizar la capacitación de profesores de las facultades de medicina. En general, se trata de introducir enfoques y procedimientos innovadores. La estrategia de etapas con metas parciales sucesivamente progresivas parece ser acertada y aconsejable. Las autoridades del sector salud y quienes toman decisiones en el gobierno, podrían así tener puntos objetivos de referencia para la sostenibilidad de las acciones hasta la eliminación definitiva, lo cual fue evaluado y ratificado en la reunión celebrada en San José, Costa Rica, el 7 y 8 de Diciembre del 2006 y en la cual se debatieron y elaboraron los planes de acción

para el bienio siguiente. Estos documentos estarán disponibles próximamente en el sitio Web de la Oficina Panamericana de la Salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Trebucq A. La lutte contre la tuberculoses dans le monde: resultats et defis tuberculosis control in the world: results and challenges. *Med Trop.* 2004; 64(6): 587-94.
2. Enarson DA, Seita A, Fujiwara P. Global elimination of tuberculosis: implementation, innovation, investigation. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2003; 7(Suppl 3): S328-32.
3. Borgdorff MW.; van der Werf; de Hass PE; Kremer K; van Soolingen D. Tuberculosis elimination in the Netherlands. *Emerg Infect Dis.* 2005; 11(4): 597-602.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Progressing towards tuberculosis elimination in low-incidence areas of the United States: recommendations of the Advisory Council for the Elimination of Tuberculosis. *MMWR* 2002; 51.
5. Broekmans J, Migliori GB, Rieder HL, Lees J, Ruutu P, Loddenkemper R, Raviglione MC. European framework for tuberculosis control and elimination in countries with a low incidence. Recommendations of the World Health Organization (WHO), International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD) and Royal Netherlands Tuberculosis Association (KNCV) Working Group. *Eur-espir-J.* 2002; 19(4): 765-75.
6. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. 1.<sup>ra</sup> Reunión Subregional de países de baja prevalencia de tuberculosis. Eliminación de la Tuberculosis como problema de salud pública. San José. Costa Rica. 29 de Noviembre al 2 de Diciembre de 1999. Washington DC 2000. OPS/HCP/HCT/165.00.