



The Global Fund

To Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

Marco de inversiones estratégicas en tuberculosis

Febrero de 2014

Este documento ha sido elaborado por el Programa Mundial sobre Tuberculosis de la OMS, la Secretaría de la Alianza Alto a la Tuberculosis y la Secretaría del Fondo Mundial para apoyar a países y otros solicitantes en la elaboración de las notas conceptuales de acuerdo con el Nuevo Modelo de Financiamiento del Fondo Mundial.

Índice

| | |
|---|-----------|
| 1. Introducción y antecedentes | 5 |
| a. Propósito | 5 |
| b. Estado actual de la epidemia mundial de tuberculosis..... | 6 |
| c. Situación financiera actual del control mundial de la tuberculosis...7 | |
| d. Documentos de políticas y planificación que están disponibles actualmente..... | 8 |
| e. Dificultades actuales en el control de la tuberculosis | 12 |
| f. Soluciones innovadoras disponibles en la actualidad, con énfasis en aquellas que facilitan la ampliación..... | 16 |
| 2. Preparación a nivel nacional según el Nuevo Modelo de Financiamiento .18 | |
| a. Proceso del Nuevo Modelo de Financiamiento | 18 |
| b. Prepararse para presentar solicitudes en el Nuevo Modelo de Financiamiento | 18 |
| c. Elaboración de un plan estratégico nacional (PEN) | 19 |
| d. Herramientas de ayuda para la elaboración del PEN | 21 |
| e. La importancia de la priorización en el Nuevo Modelo de Financiamiento | 21 |
| f. Diálogo de país..... | 23 |
| g. Elaboración de la Nota Conceptual | 24 |
| 3. Plantilla modular | 24 |
| | |
| Referencias principales e información adicional recomendada..... | 39 |

Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1: Planificar evaluaciones y revisiones adecuadas para incorporarlas al PEN y la Nota Conceptual | 6 |
| Figura 2: Módulos principales y complementarios, e intervenciones para la planificación estratégica en materia de tuberculosis..... | 25 |

Tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1: Estrategia Alto a la Tuberculosis para 2006-2015 | 8 |
| Tabla 2: Plan Mundial 2011-2015; base de referencia y objetivos para 2015..... | 9 |
| Tabla 3: Costo de las intervenciones para la tuberculosis por años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) evitados en los países de ingresos medios y bajos..... | 10 |
| Tabla 4: Módulos de la tuberculosis con intervenciones y alcance | 29 |
| Tabla 5: Lista de indicadores principales | 37 |

Glosario de términos

- **Nota Conceptual:** la Nota Conceptual es el documento principal del que se sirve el solicitante para pedir nuevos recursos al Fondo Mundial para cualquiera de las tres enfermedades o el apoyo transversal para el fortalecimiento de los sistemas de salud (FSS) de acuerdo con el Nuevo Modelo de Financiamiento.
- **Diálogo de país:** proceso inclusivo e iterativo dirigido por el país que se basa en mecanismos existentes y continuos, así como en diálogos que están teniendo lugar en materia de salud, derechos humanos y desarrollo en el país. Aunque no se trata de un proceso específico del Fondo Mundial, es un requisito indispensable para solicitar financiamiento al Fondo Mundial. Debe incluir al Mecanismo de Coordinación de País (MCP), entidades ejecutoras, asociados, donantes, gobiernos, sociedad civil, poblaciones clave y grupos vulnerables, así como al Fondo Mundial.
- **Expresión completa de la demanda:** monto total de financiamiento que se necesita para financiar una respuesta adecuada desde el punto de vista técnico, focalizada, rentable y eficiente cuyo objetivo es conseguir la máxima repercusión en la lucha contra las enfermedades en un contexto nacional concreto. La expresión completa de la demanda se debe llevar a cabo en el Plan Estratégico Nacional (PEN) del país.
- **Financiamiento de incentivo:** reserva de fondos independiente, adicional al financiamiento indicativo, con la que se premiarán los programas de buen desempeño y alta repercusión y se fomentarán las solicitudes ambiciosas pero viables que expongan argumentos de inversión especialmente sólidos.
- **Financiamiento indicativo (asignación nacional):** monto de financiamiento indicativo del Fondo Mundial que se obtiene de una fórmula de asignación para cada país y se comunica por adelantado a los solicitantes.
- **Poblaciones clave afectadas:** subgrupos especiales de población atendidos porque están en "mayor riesgo" (véase más abajo) o porque son un grupo que, de no abordarse específicamente, se producirían repercusiones negativas en el control de la enfermedad a nivel nacional. A este grupo pertenecen, por ejemplo, personas que viven con tuberculosis, mujeres, niñas y niños, reclusos, migrantes, mineros, personas que viven con el VIH y poblaciones afectadas por situaciones humanitarias: refugiados, desplazados internos y poblaciones indígenas, así como personas que trabajan en lugares que facilitan la transmisión de la tuberculosis.
- **Poblaciones de mayor riesgo:** dentro de un contexto epidemiológico definido y reconocible, aquellas a) que presenten niveles de riesgo, morbilidad o mortalidad significativamente más elevados y b) cuya aceptación de los servicios pertinentes sea significativamente inferior a la del resto de la población.
- **Planes estratégicos nacionales:** estrategias nacionales específicas de enfermedades o del sector de la salud que proporcionan la dirección estratégica general que debe seguir un país durante un periodo de tiempo determinado (normalmente cinco años).
- **Demanda de calidad no financiada:** financiamiento solicitado al Fondo Mundial mediante una nota conceptual que el Panel de Revisión Técnica (PRT) considera sólida

desde el punto de vista técnico, pero que supera el monto de financiamiento disponible (el financiamiento indicativo y cualquier monto adicional de financiamiento de incentivo que se haya concedido). Se registra para su posible financiamiento por parte del Fondo Mundial u otros donantes cuando, y en el caso de que, se disponga de nuevos recursos.

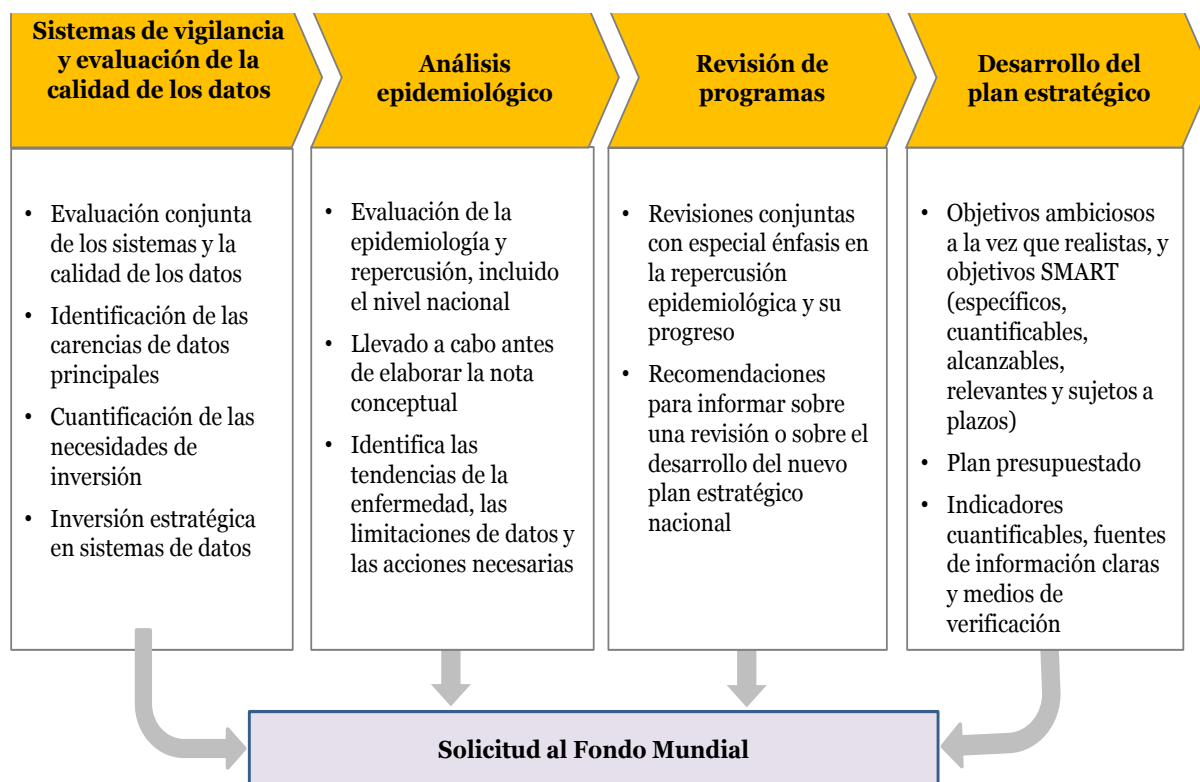
1. Introducción y antecedentes

a. Propósito

Este marco tiene como objetivo guiar a los países a la hora de elegir el destino de sus inversiones en lo que se refiere a la prevención, la atención y el control de la tuberculosis. Está diseñado para utilizarse sobre todo en el contexto de una solicitud de apoyo al Fondo Mundial. Su finalidad es fomentar las inversiones estratégicas; es decir, la inversión en actividades que tendrán la mayor repercusión posible, especialmente para las poblaciones clave afectadas. Por tanto, el marco contiene recomendaciones sobre cómo establecer prioridades y destinar las intervenciones de tuberculosis a fin de lograr la mayor repercusión en función del perfil de tuberculosis y el contexto del sistema de salud de un país. Está diseñado para que lo utilicen los países que están elaborando sus planes estratégicos nacionales (PEN) para el control de la tuberculosis y para complementar otras directrices y herramientas para la planificación estratégica y las intervenciones de tuberculosis. Para aquellos países que ya cuentan con un PEN, esta nota es especialmente útil para entablar el diálogo de país y elaborar la Nota Conceptual para la inversión del Fondo Mundial. La Nota Conceptual sustituye a los documentos de propuesta anteriores del Fondo Mundial y es el medio principal para solicitar y acceder a financiamiento en el marco del Nuevo Modelo de Financiamiento del Fondo Mundial.

El Nuevo Modelo de Financiamiento se puso en marcha en febrero de 2013, comenzando con una fase de transición. Su aplicación completa al resto de países está prevista para 2014. Las solicitudes realizadas conforme al Nuevo Modelo de Financiamiento tendrán que fundamentarse en datos epidemiológicos, de sistemas de salud y de programas de tuberculosis, así como en un buen análisis de lo que el país realmente necesita a fin de ampliar el acceso a prevención y atención de la tuberculosis eficaces, y reducir la epidemia de esta enfermedad. El Fondo Mundial recomienda que este análisis se lleve a cabo como parte de un diálogo de país que debe dar a todas las partes interesadas la oportunidad de hacer sus aportaciones. En especial se recomienda que la revisión del programa de tuberculosis del país vaya seguida de la elaboración de un plan estratégico nacional (PEN), que debe fundamentarse en las principales recomendaciones de la revisión y otras consultas de planificación estratégica (figura 1). La información de estos procesos se utiliza para elaborar la Nota Conceptual. En la página 3 encontrará un glosario con los principales términos utilizados en el Nuevo Modelo de Financiamiento y en la sección 3 podrá consultar más detalles sobre todo este proceso.

Figura 1. Planificar evaluaciones y revisiones adecuadas para incorporarlas al PEN y la Nota Conceptual



Los destinatarios de este marco son aquellos que toman decisiones a nivel nacional sobre políticas para la prevención, la atención, el control y el gasto en materia de tuberculosis, y especialmente los responsables de solicitar financiamiento tanto de fuentes internas (nacionales) como externas (internacionales), incluido el Mecanismo de Coordinación de País (MCP).

b. Estado actual de la epidemia mundial de tuberculosis

La tuberculosis sigue siendo un problema de salud mundial importante. En 2012, la OMS informó de que 8,6 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,3 millones murieron, a pesar de que la incidencia mundial de esta enfermedad se redujo en un 2% al año durante 2011 y 2012. Aunque el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) de haber detenido y comenzado a reducir la epidemia de tuberculosis para 2015 ya se ha logrado en las seis regiones de la OMS, los objetivos de incidencia, prevalencia y mortalidad de la Alianza Alto a la Tuberculosis para 2015 únicamente se han alcanzado en las regiones de las Américas y del Pacífico Occidental. A nivel mundial, es poco probable que se cumpla el objetivo de prevalencia para 2015, y las regiones de África y Europa no están en vías de conseguir los objetivos de mortalidad ni de prevalencia. La tuberculosis es la segunda causa de muerte por enfermedad infecciosa en todo el mundo, después del VIH/SIDA. También en 2012, cerca de 450.000 personas enfermaron de tuberculosis multirresistente (TB-MR)¹ y, a

¹ TB-MR: tuberculosis que es resistente al menos a la isoniazida y la rifampicina, los dos medicamentos principales del tratamiento de primera línea.

finales de ese mismo año, 92 países habían notificado al menos un caso de tuberculosis ultrarresistente (TB-XR²).

Las inversiones en materia de tuberculosis se distribuyen de la forma más estratégica posible cuando se destinan allí donde se pueden evitar las peores consecuencias de la tuberculosis, especialmente la muerte, y donde pueden reducir la incidencia de esta enfermedad en los grupos con mayor riesgo de desarrollar tuberculosis activa. Esta enfermedad es una de las principales causas de muerte de las mujeres en todo el mundo y la principal entre las personas que viven con el VIH. En 2012, alrededor del 13% (1,1 millones) de las personas enfermas de tuberculosis eran seropositivas y cerca de 300.000 de las 1,3 millones de muertes por tuberculosis estaban asociadas al VIH. Se calcula que en 2012, 530.000 niños enfermaron de tuberculosis y 74.000 niños que no estaban infectados por el VIH murieron a causa de la enfermedad. Las mujeres, los niños y las personas seropositivas se encuentran entre las poblaciones clave afectadas por la tuberculosis.

La tuberculosis está estrechamente vinculada a la pobreza, la vulnerabilidad social y la exclusión. Entre las personas con mayor riesgo de desarrollar tuberculosis se encuentran las personas muy pobres o desnutridas, migrantes, reclusos, refugiados, mineros, habitantes de barrios marginales y otras personas que trabajan o viven en lugares concurridos y mal ventilados. En muchos países, las personas marginadas o vulnerables, como las minorías étnicas, las poblaciones indígenas, y las mujeres y los niños, se enfrentan a un mayor riesgo de contraer la enfermedad y a más obstáculos para acceder a una buena atención que quienes no hacen frente a tantas dificultades. Las personas con diabetes u otras enfermedades que afectan al sistema inmunitario también sufren un riesgo elevado de contraer la tuberculosis, así como los consumidores de tabaco, drogas y alcohol. Es de suma importancia adaptar la respuesta estratégica a la epidemia local y a las necesidades de las poblaciones clave afectadas, que deben estar identificadas en cada país.

c. Situación financiera actual del control mundial de la tuberculosis

El financiamiento externo para la atención y el control de la tuberculosis pasó de US\$ 200 millones en 2002 a US\$ 500 millones en 2011 según datos de 104 países. Sin embargo, todavía hay importantes deficiencias de financiamiento para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis que deben ser cubiertas por fondos internos o externos.

A principios de 2013, como preparación para la cuarta reposición de fondos del Fondo Mundial, la OMS y el Fondo Mundial calcularon los fondos necesarios para el financiamiento de todas las necesidades de control de la tuberculosis de los 118 países elegibles para recibir financiamiento del Fondo Mundial: al menos US\$ 1.600 millones de financiamiento internacional al año durante el periodo 2014-2016. Es probable que se financien otros US\$ 3.200 millones a través de fuentes internas (nacionales), pero de no ser así, el déficit mundial será mayor. Estas estimaciones no incluyen los costos del tratamiento antirretroviral (ARV) para pacientes de tuberculosis coinfectados por el VIH, ya que estas

² TB-XR: TB-MR que también es resistente al menos a una fluoroquinolona y a uno de los medicamentos de segunda línea inyectables (amikacina, capreomicina, kanamicina), que son los medicamentos principales del tratamiento de segunda línea.

necesidades se encuentran cubiertas en las estimaciones de previsiones de demanda relacionada con el VIH.

Del financiamiento de donantes internacionales que esperaban recibir los programas nacionales de tuberculosis en 2013, tres cuartas partes procedieron del Fondo Mundial y hubo pocos flujos de financiamiento para la tuberculosis de otros donantes internacionales. El Fondo Mundial desempeña un papel crucial a la hora de mantener y garantizar la evolución en la prevención, la atención y el control de la tuberculosis en todo el mundo.

d. Documentos de políticas y planificación que están disponibles actualmente

La OMS presentó en 2006 su Estrategia Alto a la Tuberculosis, fundamentada en el enfoque de tratamiento breve bajo observación directa (DOTS, por sus siglas en inglés), y también incluye los componentes principales para la prevención y la atención de la TB-MR y la coinfección por tuberculosis y VIH. La Estrategia Alto a la Tuberculosis también reconoció la necesidad de lograr el fortalecimiento de los sistemas de salud, la capacitación y la implicación de la comunidad, la participación de todos los proveedores de atención (incluidos los del sector privado) y el fomento de la investigación. La Estrategia Alto a la Tuberculosis tiene como visión un mundo sin tuberculosis y cumplir los ODM relacionados con la tuberculosis para 2015 (tabla 1).

| <i>Tabla 1. Estrategia Alto a la Tuberculosis para 2006-2015.</i> | |
|---|--|
| Visión | UN MUNDO SIN TUBERCULOSIS |
| Finalidad | <ul style="list-style-type: none"> • Reducir radicalmente la carga mundial de tuberculosis para 2015 de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los objetivos de la Alianza Alto a la Tuberculosis. |
| Objetivos | <ul style="list-style-type: none"> • Alcanzar el acceso universal a la atención de alta calidad para todas las personas que viven con tuberculosis. • Reducir el sufrimiento humano y la carga socioeconómica asociados a la tuberculosis. • Proteger a las poblaciones vulnerables de la tuberculosis, la coinfección por tuberculosis y VIH y la tuberculosis multirresistente. • Apoyar el diseño de nuevas herramientas y facilitar su uso oportuno y eficaz. • Proteger y fomentar los derechos humanos en la prevención, la atención y el control de la tuberculosis. |
| Metas | <ul style="list-style-type: none"> • ODM 6, Meta 8: detener y comenzar a reducir la incidencia de la tuberculosis para 2015. • Metas relacionadas con los ODM y respaldadas por la Alianza Alto a la Tuberculosis: <ul style="list-style-type: none"> – haber reducido la prevalencia y las muertes por tuberculosis en un 50% en relación con la base de referencia de 1990 para 2015. – haber eliminado la tuberculosis como problema de salud pública para 2050. |

Componentes de la estrategia y enfoques de ejecución

- 1. Conseguir la ampliación y la mejora de un enfoque DOTS de alta calidad**
 - a. Garantizar el compromiso político, con financiamiento adecuado y continuado.
 - b. Garantizar la detección y el diagnóstico precoces de los casos por medio de bacteriología con aseguramiento de calidad.
 - c. Ofrecer tratamiento normalizado con supervisión y apoyo a los pacientes.
 - d. Garantizar la eficacia del suministro y la gestión de los medicamentos.
 - e. Realizar un seguimiento del desempeño y la repercusión y evaluarlos.
- 2. Atender la tuberculosis y el VIH, la TB-MR y las necesidades de las poblaciones vulnerables y con menos recursos**
 - a. Aumentar las actividades conjuntas en materia de tuberculosis y VIH.
 - b. Aumentar la prevención y la gestión de la tuberculosis multirresistente.
 - c. Atender las necesidades de las personas en contacto con la tuberculosis y de las poblaciones vulnerables y con menos recursos.
- 3. Contribuir al fortalecimiento de los sistemas de salud**
 - a. Ayudar a mejorar las políticas de salud, el desarrollo de los recursos humanos, el financiamiento, los suministros, la prestación de servicios y la información.
 - b. Fortalecer el control de infecciones en los servicios de salud, los hogares y otros entornos de reunión.
 - c. Mejorar las redes de laboratorios y ejecutar el Enfoque Práctico de la Salud Pulmonar.
 - d. Adaptar métodos que han tenido éxito en otros campos y sectores y fomentar que se emprendan acciones relacionadas con los determinantes sociales de la salud.
- 4. Implicar a todos los proveedores de atención**
 - a. Implicar a todos los proveedores públicos, voluntarios, corporativos y privados por medio de enfoques de combinación publicoprivada.
 - b. Fomentar el uso de las Normas Internacionales de Atención a la Tuberculosis.
- 5. Capacitar a las personas con tuberculosis y a las comunidades**
 - a. Conseguir la sensibilización, la comunicación y la movilización social.
 - b. Fomentar la participación de la comunidad en la atención de la tuberculosis, la prevención y la promoción de la salud.
 - c. Fomentar el uso de estatutos sobre la asistencia a pacientes en relación con la atención de la tuberculosis.
- 6. Permitir y promover la investigación**
 - a. Realizar investigaciones operativas basadas en programas.
 - b. Fomentar las investigaciones y participar en ellas para desarrollar nuevos métodos de diagnóstico, medicamentos y vacunas.

La Estrategia Alto a la Tuberculosis respalda el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015 de la Alianza Alto a la Tuberculosis. Incluye lo que se necesita hacer para lograr los objetivos mundiales para el control de la tuberculosis definidos para 2015 en 149 países de ingresos medios y bajos y cuánto costaría llevarlo a cabo. El Plan se actualizó en 2011 como el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2011-2015 con vistas a alcanzar el acceso universal a la atención. Los principales indicadores y objetivos se encuentran en la tabla 2.

Tabla 2. Plan Mundial 2011-2015; base de referencia y objetivos para 2015.

| Indicador | Base de referencia (2008/2009) | Objetivo (2015) |
|--|--------------------------------|-----------------|
| Número de casos diagnosticados, notificados y tratados de acuerdo con el enfoque DOTS (al año) | 5,7 millones | 6,9 millones |
| Tasa de éxito del tratamiento (en cohortes anuales) | 86% | 90% |
| Nuevos pacientes de tuberculosis sometidos a pruebas de TB-MR | 2% | 20% |
| Pacientes de tuberculosis previamente tratados sometidos a pruebas de TB-MR | 5% | 100% |
| Número de casos confirmados de TB-MR que reciben tratamiento según las directrices internacionales | 11.000 | 270.000 |
| Tasa de éxito del tratamiento en los casos confirmados de TB-MR | 60% | 75% |
| Pacientes de tuberculosis sometidos a pruebas de VIH | 22% | 100% |
| Pacientes seropositivos con tuberculosis que reciben TARV | 32% | 100% |
| Pacientes seropositivos con tuberculosis que reciben tratamiento preventivo con cotrimoxazol | 71% | 100% |
| Porcentaje de personas que viven con el VIH que acuden a servicios de atención del VIH y se sometieron pruebas de detección de la tuberculosis en su última visita | 25% | 100% |
| Porcentaje de personas que viven con el VIH que acuden a servicios de atención del VIH y reciben terapia preventiva con isoniazida, entre aquellos que son elegibles | <1% | >50% |

El plan indica las proporciones de financiamiento que podrían proceder de fuentes nacionales, incluso dentro de los países BRICS³ (aproximadamente la mitad de los costos totales para el periodo del Plan), y proporciona objetivos de financiamiento para los

³ Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica.

organismos donantes internacionales. Y lo más importante para este marco es que el Plan proporciona detalles sobre la rentabilidad relativa de las intervenciones más importantes, una información que es fundamental para priorizar las intervenciones (tabla 3).

Tabla 3. Costo de las intervenciones para la tuberculosis por años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) evitados en los países de ingresos medios y bajos

| Población | Intervención | Costo por AVAD evitados (US\$) |
|--|--|--------------------------------|
| Pacientes de tuberculosis con frotis positivo | Tratamiento de primera línea conforme al enfoque DOTS | 5-50 |
| Pacientes con frotis negativo o tuberculosis extrapulmonar | Tratamiento de primera línea conforme al enfoque DOTS | 60-200 |
| Pacientes con TB-MR | 18-24 meses de tratamiento de segunda línea | 200-800 |
| Personas que viven con el VIH infectadas con tuberculosis | Tratamiento preventivo con isoniazida | 15-300 |
| Pacientes de tuberculosis coinfectados con VIH | Tratamiento de primera línea conforme al enfoque DOTS junto con TARV | 100-365 |
| Personas de las que se sospecha que pueden padecer tuberculosis | Diagnóstico de tuberculosis usando Xpert MTB/RIF como complemento del frotis | 40-200 |

El trabajo realizado en torno a la Estrategia Mundial para la Tuberculosis propuesta por la OMS para después de 2015 ha implicado una amplia consulta y está muy avanzado. Esta estrategia, al igual que la actual, también tiene como visión un mundo sin tuberculosis. Tiene la vista puesta en 2035, con hitos marcados para 2025, y consta de cuatro principios: los gobiernos son los responsables de la administración del control de la tuberculosis y tendrán que rendir cuentas; las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades formarán coalición entre sí y con el gobierno; los derechos humanos, la ética y la equidad se protegerán y fomentarán; y las estrategias y los objetivos deberán adaptarse a nivel nacional. La estrategia se basa en tres pilares: atención y prevención integradas y centradas en el paciente que incluyan pruebas universales de sensibilidad a los medicamentos; políticas audaces y sistemas de apoyo que deben tener por objeto la cobertura universal de la salud con el respaldo de las normativas; e investigación e innovación intensificadas centradas en el diseño de nuevas herramientas y las mejores formas de ejercer el control de la tuberculosis. La nueva estrategia será revisada por los órganos de gobierno de la OMS durante la primera mitad de 2014.

Una vez aprobada, la Estrategia Mundial para la Tuberculosis servirá como base para la elaboración del nuevo Plan Mundial para la Tuberculosis de la Alianza Alto a la Tuberculosis para 2016-2020, que proporcionará directrices sobre la puesta en práctica y dará más detalles sobre la estrategia y sus costos e implicaciones.

En este documento se prevén muchos de los cambios propuestos y ya se han incorporado algunas de sus implicaciones, pero si al finalizar la estrategia de 2015 fuese necesario aplicar cambios en este marco, se actualizará de forma que siga teniendo validez durante todo el periodo del Nuevo Modelo de Financiamiento.

e. Dificultades actuales en el control de la tuberculosis

Barreras financieras

La falta de financiamiento es uno de los mayores obstáculos. En 2013 se estimó que se necesitarían hasta US\$ 6.000 millones en los países de ingresos medios y bajos, pero es probable que solamente haya US\$ 4.000 millones disponibles. Esto supone una deficiencia de financiamiento de US\$ 2.000 millones.

El financiamiento que aportan los donantes internacionales es especialmente crucial para mantener los avances recientes y seguir progresando en 35 países de ingresos bajos, de los cuales 25 están en África. En estos países africanos (excepto Sudáfrica), el 54% del financiamiento actual habrá sido aportado por países donantes. Como el financiamiento internacional está limitado a causa de la recesión económica o del estancamiento de los países de ingresos altos, es fundamental que los países maximicen la contribución de fuentes nacionales, especialmente en aquellos donde el aumento de las inversiones en tuberculosis no ha seguido el ritmo del aumento del producto interior bruto (PIB).

Los programas nacionales de tuberculosis no suelen presentar solicitudes al Fondo Mundial para suplir las deficiencias y satisfacer todas las necesidades. Sin embargo, hay indicios de que esto ya está cambiando. Desde 2001 hasta 2008, en las Convocatorias 1ª a 8ª de financiamiento del Fondo Mundial, los programas de tuberculosis recibieron el 11% del financiamiento aprobado; en las Convocatorias 9ª y 10ª, la tuberculosis recibió el 23% del financiamiento aprobado para 2009-2011; en el Mecanismo Transitorio de Financiamiento del Fondo Mundial de 2012, la tuberculosis recibió el 25% del financiamiento aprobado. Uno de los objetivos del Nuevo Modelo de Financiamiento es alentar a los países a presentar planes ambiciosos y superar las deficiencias de capacidad que han limitado la capacidad de absorción en el pasado. En lo que a repercusión se refiere, los proyectos y programas de tuberculosis han contribuido a salvar muchas vidas, la mayoría mediante iniciativas financiadas parcial o totalmente por el Fondo Mundial.

Dificultades programáticas

Otro conjunto importante de barreras son las programáticas, cuyas deficiencias en la detección y el tratamiento de casos, actividades de colaboración en materia de tuberculosis y VIH, y la expansión de la TB-MR se consideran las más importantes.

Detección de casos

El diagnóstico y el tratamiento son las principales estrategias para salvar vidas y controlar la tuberculosis, sin embargo, los sistemas nacionales de notificación pasan por alto a 3 millones de personas al año. Algunos de estos casos se detectan pero no se notifican, y su tratamiento es desconocido y probablemente no sea óptimo. Se cree que muchos de ellos han accedido a la atención a través del sector privado. De todos aquellos casos que no tienen acceso a atención en absoluto, muchos se pasan por alto porque las comunidades tienen un acceso limitado a los servicios o no están implicadas, capacitadas ni concienciadas. Es posible que los pacientes sean incapaces de acceder a los servicios incluso cuando estos están disponibles y, en caso de hacerlo, puede que los trabajadores de atención sanitaria no tengan en cuenta la tuberculosis en el diagnóstico diferencial o que las pruebas diagnósticas utilizadas no sean lo suficientemente sensibles. Además, la mayoría de los países utilizan enfoques de detección de casos pasiva, aunque la OMS ahora recomienda la revisión sistemática de los grupos de alto riesgo (detección de casos activa) como posible complemento de la detección de casos pasiva⁴.

La falta de notificación de casos de pacientes que ya reciben tratamiento puede abordarse implantando notificaciones obligatorias, intensificando la colaboración con los centros de salud privados para que notifiquen los casos, facilitando el acceso a las notificaciones electrónicas y mejorando el sistema de recopilación de datos.

Las acciones clave necesarias para diagnosticar a las personas con tuberculosis en las primeras fases de la enfermedad y garantizar que reciban la atención y el tratamiento adecuados son la ampliación de los servicios y del acceso a los mismos. Los servicios deben incluir pruebas de diagnóstico rápido en todos los niveles de los sistemas de salud, incluidas las organizaciones no gubernamentales; se debe aumentar el número de trabajadores comunitarios y voluntarios, e intensificar la colaboración con instituciones públicas y privadas, especialmente los hospitales.

Tratamiento

La duración del tratamiento es de al menos seis meses con los medicamentos de primera línea actuales para casos en los que la enfermedad sea farmacosenible. Es difícil hacer que los pacientes accedan a los tratamientos de cura y los mantengan, pero es fundamental para obtener buenos resultados y controlar la tuberculosis. Cuando se diagnostican casos de tuberculosis pero no se curan, la epidemia empeora porque se multiplican los casos crónicos que transmiten la enfermedad, que suele ser farmacorresistente.

Todos los pacientes diagnosticados deben recibir tratamiento hasta que se curen. Es fundamental que haya una mayor integración de los servicios de tuberculosis en los servicios

⁴ Organización Mundial de la Salud. Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations. <http://www.who.int/tb/tbscreening/en/> (consultado el 16 de diciembre de 2013).

comunitarios de atención primaria, así como un acceso descentralizado a pruebas de laboratorio y apoyo al paciente (educación y apoyo social).

Colaboración en materia de tuberculosis y VIH

En 2012, era probable que 1,1 millones (13%) de los 8,6 millones de personas que enfermaron de tuberculosis ese año estuvieran infectadas por el VIH. Sin embargo, solo el 46% de los casos notificados se sometieron a la prueba del VIH, y de aquellos cuyo resultado fue positivo, solo el 57% recibieron tratamiento con terapia antirretroviral. También en 2012, se informó de que 4,1 millones de personas que recibían servicios de atención del VIH se sometieron a pruebas de detección de la tuberculosis y, de los 1,6 millones de pacientes nuevos que empezaron a recibir servicios de atención del VIH en 2012, 500.000 recibieron tratamiento preventivo con isoniazida. La tasa de éxito del tratamiento para los nuevos pacientes seropositivos con tuberculosis fue del 73% en comparación con el 87% total en los nuevos pacientes de tuberculosis. La OMS ha definido como prioridad principal en las actividades en materia de tuberculosis y VIH que se aumente la cobertura de la terapia antirretroviral para los pacientes seropositivos hasta llegar al 100%. La segunda prioridad es ampliar la cobertura del tratamiento preventivo de la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH.

Estos datos demuestran que se puede hacer mucho más para mejorar la colaboración entre los programas de VIH/SIDA y los de tuberculosis, y que ambos deben ofrecer más servicios de diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis y el VIH. Estas deficiencias son la razón principal por la que el Fondo Mundial está recomendando que en los países con una carga elevada de VIH y tuberculosis se elaboren las solicitudes de financiamiento de forma conjunta a través de una sola nota conceptual para la tuberculosis y el VIH (más información en el punto 1.f).

Expansión de la TB-MR

Los objetivos para el diagnóstico y el tratamiento de la TB-MR están lejos de conseguirse. En 2012, en todo el mundo y en la mayoría de los países con una carga elevada de TB-MR, se diagnosticó a menos del 25% de las personas que se estima que padecen TB-MR. La OMS y sus asociados han hecho un llamamiento a los países con una carga elevada de TB-MR para que reconozcan esta enfermedad como una crisis de salud pública y la aborden con urgencia. El primer gran desafío a la hora de hacer que el tratamiento y la atención de la TB-MR estén más disponibles en esos países es que puede que estos no hayan incluido planes de expansión para el tratamiento de la TB-MR en sus estrategias nacionales de salud o, en caso de haberlo hecho, puede que los planes sean poco ambiciosos. En algunos casos esto se debe a que los países aún no cuentan con políticas de acceso universal al tratamiento de la TB-MR. En otros, el programa nacional de control de la tuberculosis ha limitado el tratamiento de la TB-MR a unos pocos centros de tratamiento especializado. Los planes de expansión para el diagnóstico y la atención de la TB-MR se deben incorporar al plan estratégico nacional y deben incluir, cuando proceda, el proceso de formulación de políticas adecuadas.

Muchos países se enfrentan a obstáculos en el diagnóstico y el tratamiento de la TB-MR. A menudo, los laboratorios tienen poca capacidad para hacer los diagnósticos y las dificultades radican en facilitar pruebas de sensibilidad a los fármacos y asegurarse de que los resultados se reciben rápidamente, antes de que el paciente muera. Las nuevas pruebas rápidas de diagnóstico molecular, como Xpert MTB/RIF, pueden diagnosticar la tuberculosis y la

resistencia a la rifampicina, que en la mayoría de los países es un buen indicador de la TB-MR. Las soluciones a estas deficiencias residen en mejorar de forma significativa la capacidad de los laboratorios y, en particular, en invertir en las nuevas pruebas de diagnóstico rápido, que se pueden emplear en los laboratorios periféricos.

El costo de los medicamentos (alrededor de US\$ 1.820 por tratamiento con fármacos de calidad garantizada a nivel internacional para las formas más leves de la TB-MR y US\$ 6.800 o más para la TB-XR)⁵ y las limitaciones significativas en la capacidad de gestión de casos de TB-MR a nivel nacional impiden que haya una mayor disponibilidad de tratamiento para la TB-MR. Por tanto, en muchos países se necesitará encontrar apoyo internacional si se van a tratar la mayoría de casos de TB-MR.

La resolución de la crisis de la TB-MR solo se puede lograr si todas las partes interesadas trabajan juntas para apoyar la ampliación acelerada de los servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de pacientes con TB-MR. Al mismo tiempo, se debe garantizar que el control básico de la tuberculosis se realiza a un alto nivel con el fin de evitar que surjan nuevos casos de farmacorresistencia. Esto requiere que los países amplíen su capacidad para proporcionar tratamiento y atención. Por tanto, cada país debe definir los modelos de atención que utilizará y, en particular, si los pacientes serán tratados en hospitales o en ambulatorios, y en qué grado se descentralizarán la atención y el tratamiento. La OMS recomienda el tratamiento ambulatorio frente al hospitalario para los casos de TB-MR y varios países han demostrado que la atención ambulatoria descentralizada con base comunitaria es viable y ofrece buenos resultados de tratamiento. Se necesita una mayor colaboración (bajo la administración de los ministerios de Salud), así como un aumento de la coordinación entre los donantes y los organismos técnicos, la industria farmacéutica, la sociedad civil y los organismos de reglamentación farmacéutica.

Tuberculosis infantil

La tuberculosis infantil siempre se ha desatendido. Uno de los motivos es que es difícil confirmar el diagnóstico de tuberculosis en niños, ya que en ellos la prueba de esputo en raras ocasiones da positivo. Dado que hasta hace poco los programas de control se centraban en los casos positivos en la prueba de esputo, los niños se pasaban por alto en las prácticas de registro y notificación, y se ha generado la percepción errónea de que la tuberculosis infantil tenía una prioridad baja en la salud pública. Algunos también supusieron erróneamente que la tuberculosis infantil desaparecería simplemente conteniendo dicha enfermedad en los adultos o que los niños estaban protegidos por las vacunas de BCG (Bacillus de Calmette y Guérin). Para agravar aún más el problema, se han llevado a cabo pocas investigaciones sobre la tuberculosis infantil debido a la reticencia a realizar estudios en niños, y porque se considera que el mercado de las innovaciones en el diagnóstico o la gestión de la tuberculosis infantil sería demasiado pequeño para justificar la inversión.

A partir de ahora, se debe incluir la tuberculosis infantil en las estrategias de planificación y en los presupuestos de los programas nacionales de control de la tuberculosis. La reciente

⁵ Servicio Farmacéutico Mundial, Alianza Alto a la Tuberculosis. GDF ITB 2012/2013. <http://stoptb.org/assets/documents/gdf/whatis/SecondLineDrugs.pdf> (consultado el 20 de diciembre de 2013).

hoja de ruta para la tuberculosis infantil de la OMS y sus asociados⁶ proporciona un marco para la mejora de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención de los niños con tuberculosis o que viven en familias afectadas por esta enfermedad. Se necesitarán directrices a nivel nacional para atender a los niños con tuberculosis presentes en los niveles de atención primaria y secundaria. Es urgente que se tome mayor conciencia del riesgo elevado de contraer la tuberculosis al que se enfrentan algunos niños, como aquellos que están desnutridos o que viven con el VIH, a los que se debe identificar como poblaciones clave afectadas. Los niños a los que finalmente se les diagnostica tuberculosis por parte de los trabajadores de la salud infantil, incluidos los pediatras de los sectores público y privado, se deben registrar en el programa nacional de control de la tuberculosis. En algunos países, sigue siendo muy necesaria la sensibilización en torno a los niños y adolescentes con tuberculosis por parte de las comunidades relacionadas con la atención de la tuberculosis y la salud infantil.

f. Soluciones innovadoras disponibles en la actualidad, con énfasis en aquellas que facilitan la ampliación

En muchos lugares se necesitan innovaciones para superar los continuos obstáculos que impiden el acceso a los servicios y ampliarlos. Afortunadamente, los avances recientes en los sectores de la salud y afines, tales como la tecnología de la información, pueden transformar el modo en que se presta la atención de la tuberculosis, además de ayudar a superar estas barreras.

Diagnósticos más precoces

Mejorar la detección de los casos de tuberculosis supone un reto en la lucha contra esta enfermedad, pero también es una prioridad para muchos países, especialmente aquellos en los que la detección de casos se encuentra por debajo del 70% y el éxito del tratamiento es elevado. La detección precoz de los casos es un componente básico de la Estrategia Mundial para el Control de la Tuberculosis para después de 2015. Los casos se pueden diagnosticar más temprano que antes gracias a los nuevos modelos de prestación de atención, que mejoran el acceso al diagnóstico, por ejemplo, a través de enfoques con base comunitaria, del despliegue de trabajadores de divulgación sanitaria o voluntarios encargados de la detección de casos y su retención en el tratamiento, o por medio de la provisión de apoyo financiero a las personas con menos recursos para acceder a los centros de salud y a los hospitales con servicios de diagnóstico. El diagnóstico y la notificación también se pueden facilitar a través de los sistemas de apoyo social como las transferencias de efectivo, así como mediante diferentes modelos para la implicación de proveedores de atención del sector privado, donde se incluyen los hospitales, que pueden asistir a un gran número de personas con tuberculosis y divulgar información a los pacientes y los trabajadores de la salud a través de teléfonos móviles. Las nuevas tecnologías de diagnóstico son más sensibles que la microscopía de esputo y pueden ayudar a diagnosticar a los pacientes antes (consulte la sección siguiente). Para fomentar un diagnóstico más precoz, la OMS ha elaborado una nueva guía de políticas de diagnóstico, un marco para la detección intensificada de casos y nuevas directrices sobre las pruebas de detección de la tuberculosis. La [Iniciativa TB REACH](#) de la Alianza Alto a la

⁶ Organización Mundial de la Salud. Childhood TB Roadmap: Toward Zero Deaths. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 2013. WHO/HTM/TB/2013.12. <http://www.who.int/tb/challenges/children/en/index.html> (consultado el 11 de diciembre de 2013).

Tuberculosis apoya a varios asociados de distintos lugares para evaluar las innovaciones que servirán para mejorar la detección de casos de tuberculosis. Quienes vayan a elaborar planes estratégicos nacionales y notas conceptuales deberán estudiar si estos nuevos enfoques podrían beneficiar a su país. Sin embargo, es probable que el costo medio para llegar a casos de tuberculosis adicionales mediante estos nuevos enfoques sea mayor y, por tanto, se requiera una valoración minuciosa durante la preparación del presupuesto.

En los últimos años, la OMS ha recomendado nuevos diagnósticos más sensibles para la tuberculosis, como la microscopia con LED fluorescentes, el ensayo Xpert MTB/RIF y los ensayos de sonda lineal. Las directrices para su uso están disponibles en el [sitio web de la OMS](#). Estos nuevos medios de diagnóstico deben ampliarse rápidamente. En particular, el ensayo Xpert MTB/RIF supone un antes y un después porque mejora la detección de la tuberculosis y es significativamente más sensible que la microscopia de frotis de esputo en todos los pacientes, incluidas las personas que viven con el VIH y los niños, y también puede diagnosticar la tuberculosis resistente a la rifampicina. Lo más importante es que proporciona resultados en 90 minutos y, si se vincula a un tratamiento adecuado, puede salvar vidas, especialmente en los pacientes infectados por el VIH, que a menudo han muerto antes de que sus proveedores de atención recibieran los resultados de las pruebas convencionales de sensibilidad a los fármacos. Como consecuencia, algunos países, como Sudáfrica, lo han convertido en su prueba diagnóstica de primera línea sustituyendo a la microscopia de frotis de esputo en la detección de casos. Si estos diagnósticos se utilizan ampliamente, entonces es importante planificar el tratamiento de un mayor número de casos de tuberculosis diagnosticados, en particular los casos de TB-MR.

Tuberculosis multirresistente (TB-MR)

La atención descentralizada y ambulatoria de la TB-MR ofrece la posibilidad de ampliar rápidamente su tratamiento y se está llevando a la práctica con éxito en varios países. También evita la atención hospitalaria innecesaria y minimiza el riesgo añadido de transmisión de TB-MR en los hospitales. Véase la [Nota Informativa del Fondo Mundial sobre la ampliación de la gestión eficaz de la tuberculosis farmacorresistente](#).

En la última década ha aumentado la investigación en torno a la tuberculosis y ahora hay proyectos de nuevos medicamentos y posibles vacunas para esta enfermedad, además de otros tipos de diagnóstico en fase de desarrollo. El exigente organismo de reglamentación estadounidense (FDA) ya ha aprobado un nuevo fármaco, la bedaquilina, para el tratamiento de la TB-MR, y la OMS ha publicado una guía para su uso programático en condiciones específicas. Por su parte, la Agencia Europea de Medicamentos ha aprobado recientemente otro fármaco nuevo, la delamanida (delamanida), y la OMS ha declarado que va a crear comisiones de expertos para determinar las recomendaciones que deben formularse para su uso programático. Estos dos medicamentos nuevos solo tienen licencia para su uso con un tratamiento de base óptimo. Los países también pueden solicitar el uso de tratamientos más cortos para la TB-MR, que se han puesto a prueba en Bangladesh, siempre que estos se utilicen como parte de la investigación operativa y las propuestas también estén respaldadas por la OMS. Las directrices sobre los nuevos fármacos y tratamientos cortos están disponibles en el [sitio web de la OMS](#).

La farmacovigilancia, o la vigilancia de efectos adversos u otros problemas relacionados con los fármacos, adquiere aun más importancia en la atención de la tuberculosis porque los programas nacionales de control de la tuberculosis están empezando a utilizar nuevos

tratamientos y fármacos que no han completado los ensayos de fase III gracias al apoyo del Fondo Mundial. La OMS publicó en 2012 una guía sobre este aspecto de la vigilancia de los pacientes de tuberculosis en tratamiento.

Presentación de una sola nota conceptual para programas conjuntos de tuberculosis y VIH

Las constantes deficiencias a la hora de abordar las actividades conjuntas en materia de tuberculosis y VIH por parte de los programas de VIH/SIDA y los de tuberculosis han llevado a la Junta Directiva del Fondo Mundial a tomar la decisión de solicitar la presentación de una sola nota conceptual para los programas conjuntos de tuberculosis y VIH⁷. El objetivo es maximizar la repercusión de las inversiones del Fondo Mundial y destinar mejor los recursos. Treinta y ocho de los 41 países definidos por la OMS como los países prioritarios para la atención de la tuberculosis y el VIH que tienen el mayor número de personas con tuberculosis asociada al VIH elaborarán una única nota conceptual que recoja la programación integrada y conjunta para las dos enfermedades.

Seguimiento y evaluación (SyE)

Para todas las partes interesadas es importante entender cómo funciona el proceso de registro y de presentación de informes, además de conocer la precisión y la validez de la información de SyE. La OMS ha revisado recientemente sus directrices sobre las definiciones de SyE y el marco de presentación de informes⁸ y ha incluido normas y puntos de referencia para los sistemas de vigilancia y supervisión, así como un proceso de evaluación del desempeño del sistema de SyE de un país. Se puede solicitar financiamiento al Fondo Mundial para apoyar este proceso a nivel nacional.

2. Preparación a nivel nacional según el Nuevo Modelo de Financiamiento

a. Proceso del Nuevo Modelo de Financiamiento

El Nuevo Modelo de Financiamiento difiere del sistema basado en convocatorias en el hecho de que los países pueden acceder a los fondos en el momento que mejor se adapte a sus ciclos de planificación. El periodo normal de una subvención será de tres años a partir del momento de la firma de la subvención.

La fecha en que los países deben presentar sus solicitudes dependerá de su elegibilidad para recibir financiamiento para la tuberculosis, de si el país desea cambiar el alcance de las actividades de sus programas, de cuándo vencen las subvenciones existentes, y del contexto del país, que determinará la velocidad a la que se mueven los países a través del proceso del Nuevo Modelo de Financiamiento. Consulte información sobre el Nuevo Modelo de

⁷ El Fondo Mundial. 10 preguntas frecuentes sobre la decisión de la Junta Directiva del Fondo Mundial de solicitar una nota conceptual única para programas conjuntos de VIH y tuberculosis. <http://www.theglobalfund.org/en/fundingmodel/support/faqs/>

⁸ Organización Mundial de la Salud. Definitions and reporting framework for tuberculosis – 2013 Revision. OMS, Ginebra, 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79199/1/9789241505345_eng.pdf (consultado el 18 de diciembre de 2103).

Financiamiento en el sitio web del Fondo Mundial (<http://www.theglobalfund.org/en/fundingmodel/>).

b. Prepararse para presentar solicitudes en el Nuevo Modelo de Financiamiento

El primer paso (véase la figura 1) es medir la calidad del sistema de vigilancia y supervisión. Por lo general, esto requiere apoyo externo, que puede ayudar a proporcionar una evaluación objetiva e identificar la falta de datos fundamentales. Dos herramientas clave para ayudar a garantizar la fiabilidad de los datos de SyE son la verificación de datos in situ y las auditorías de calidad de los datos. Se deberá cuantificar todo lo que es necesario para suplir esos vacíos, así como elaborar un plan de inversión estratégica en vigilancia y sistemas de SyE.

A continuación, se debe llevar a cabo un análisis epidemiológico y social de la distribución de la carga de tuberculosis y la evolución del control de esta enfermedad hasta la fecha. La información subnacional se debe revisar para identificar los puntos calientes y los principales grupos de población afectados de forma que las intervenciones se puedan focalizar a fin de maximizar la repercusión. Se debe identificar cualquier limitación de los datos y las medidas correctivas propuestas.

Se recomienda a los países que lleven a cabo revisiones de los programas nacionales de tuberculosis. Lo ideal sería que estas revisiones utilizaran un "proceso creíble, independiente, en el que participen las múltiples partes interesadas y que esté sujeto a marcos acordados" con el fin de garantizar que la contribución a la creación o la revisión del plan estratégico nacional esté "armonizada con directrices normativas internacionales", de forma que el plan sea lo suficientemente sólido como para identificar los puntos débiles y priorizar las deficiencias programáticas y financieras para su inclusión en la solicitud de financiamiento, que debe hacer hincapié en el nuevo rumbo estratégico que se debe seguir.

c. Elaboración de un plan estratégico nacional (PEN)

La clave para presentar una buena solicitud de acuerdo con el Nuevo Modelo de Financiamiento es un PEN bien planeado. Este marco de inversión estratégica debe ser particularmente útil durante la elaboración del PEN, así como en el diálogo de país y en la elaboración de la Nota Conceptual. El PEN es el plan del país y no simplemente el plan del programa nacional de control de la tuberculosis. Por lo tanto, es importante que se elabore de forma que incluya todas las actividades necesarias para la atención y el control de la tuberculosis en el país, y no solamente las que ejecuta el programa nacional de control de la tuberculosis. Los componentes de un PEN suelen ser los siguientes:

- *El plan principal*

El plan principal es un análisis detallado de la situación y las deficiencias de las iniciativas de control de la tuberculosis de un país, así como la nueva dirección que desea tomar el país. Es la parte fundamental del PEN, empezando por el contexto nacional en el que opera el control de la tuberculosis, lo que incluye el desempeño de los componentes principales del sistema de salud, las inversiones y las deficiencias del fortalecimiento de los sistemas de salud, además de las barreras relacionadas con los derechos humanos, la igualdad de género u otras barreras estructurales que impiden el acceso a los servicios de salud. El proceso de evaluación conjunta de estrategias nacionales de salud (JANS, por sus siglas en inglés) asociado a la Alianza Sanitaria Internacional (IHP+, por sus siglas en inglés) ayuda a los

países a realizar revisiones de sus planes de salud nacionales con los asociados⁹. El plan principal debe evaluar los logros más recientes del programa nacional de control de la tuberculosis, su estructura, y los servicios que presta, además de analizar sus puntos fuertes y débiles, sus oportunidades y sus amenazas. A continuación, se deben estudiar en detalle la situación actual de la epidemia de tuberculosis y las tendencias utilizando todos los datos epidemiológicos y de los sistemas de salud disponibles, desglosados a nivel nacional por edad y sexo, y entendiendo los niveles actuales de cobertura de las intervenciones de alta repercusión. Muchos de estos datos deben proceder de evaluaciones epidemiológicas recientes, una revisión reciente del programa, y del sistema de información del programa nacional de control de la tuberculosis. En todo este material se debe llevar a cabo un análisis detallado de las deficiencias en el control de la tuberculosis, con una descripción de las poblaciones clave afectadas. Las deficiencias que se tienen que abordar deben enumerarse por orden de prioridad. A continuación, se indicarán la meta, los objetivos (que deben ser SMART¹⁰) y las intervenciones estratégicas del nuevo periodo de planificación que van a abordar estas deficiencias, hasta llegar a las actividades principales. Esta sección del plan principal debe tener en cuenta los módulos principales establecidos en la sección 3 de este documento, pero sin limitarse a ellos. El plan debe ser una "expresión completa de la demanda"; es decir, lo que se requiere en el periodo de planificación para lograr el control completo de la tuberculosis en un futuro inmediato, teniendo en cuenta la situación y la capacidad actuales del país. Las intervenciones de mayor repercusión deben tener prioridad sobre las que tienen menor repercusión. También debe quedar demostrada la optimización de los recursos. El PEN debe estar vinculado a los procesos de elaboración del presupuesto y planificación de salud nacionales, que normalmente tienen ciclos de cinco años.

- *El plan de seguimiento y evaluación*

En esta sección se indican los objetivos, los indicadores y las metas para cada año del plan, junto con la definición de los indicadores. Se debe hacer hincapié en la repercusión y los resultados, pero se deben incluir, cuando proceda, los indicadores de los procesos, las contribuciones y los productos. También se deben proporcionar detalles sobre cómo se realizará el seguimiento y evaluación del PEN, y describir minuciosamente las mejoras necesarias para el sistema de SyE.

- *El plan de presupuesto*

En esta parte se describen los costos anuales de cada actividad (o subactividad, si procede) (utilizando el mismo sistema de numeración que en el plan principal y el de SyE) y el presupuesto total. Debe incluir el panorama de contribuciones de recursos actual y probable en el futuro y proporcionar una explicación completa de los planes de los asociados (incluidos los sistemas de seguro médico cuando proceda). También debe incluir las actividades que se financiarán, así como los mecanismos de coordinación necesarios durante al menos los dos primeros años. La contribución del gobierno nacional debe estar especialmente clara. Si los datos no están claros, se puede poner a disposición el apoyo del Fondo Mundial y de otros asociados de los países, como el Banco Mundial, para llevar a cabo

⁹http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Tools/JANS/JANS_tool_%26_FAQ.pdf

¹⁰ SMART = Specific, Measurable, Achievable, Realistic, and Time-bound (específicos, cuantificables, alcanzables, realistas y sujetos a plazos).

un ejercicio de seguimiento del gasto a fin de garantizar la disponibilidad de los datos. Los países que superen los umbrales de financiamiento de contrapartida pueden ser elegibles para un aumento de su asignación. La herramienta de planificación y presupuestos relacionados con la tuberculosis de la OMS puede ser útil en la elaboración de este componente, especialmente a la hora de poner de relieve la necesidad de calcular los costos locales de los elementos presupuestarios. Las deficiencias financieras de cada año se deben calcular y sumar para obtener el déficit total del periodo del plan. Asimismo, deben identificarse todas las actividades o intervenciones estratégicas que no disponen de fondos.

- *El plan operativo y el plan de asistencia técnica*

En este componente se describen las actividades que se ejecutarán a lo largo del tiempo, y se proporcionan detalles para los dos primeros años, lo que incluye subactividades, fechas de inicio y finalización, establecimiento de responsabilidades, coste de la actividad (o subactividad, si procede), qué asociado aporta los fondos, dónde se va a llevar a cabo la intervención y el indicador del proceso que se debe evaluar. Las actividades deben incluir la asistencia técnica esencial que se necesita para respaldar la ejecución, que se debe obtener de fuentes internas. Solo se contratarán fuentes externas cuando no haya fuentes internas disponibles.

d. Herramientas de ayuda para la elaboración del PEN

La herramienta de planificación y presupuestos de la OMS para el control de la tuberculosis se diseñó para ayudar a elaborar los presupuestos como parte de los procesos de planificación del programa nacional de control de la tuberculosis de acuerdo con la Estrategia Alto a la Tuberculosis y el Plan Mundial. Esta herramienta puede ayudar a generar la información necesaria, especialmente para los planes presupuestarios del PEN. También es útil para mejorar la calidad de los presupuestos y para elaborarlos dentro de planes estratégicos a medio plazo o planes operativos anuales. La herramienta define de forma detallada cada uno de los componentes principales de la Estrategia Alto a la Tuberculosis, una lista exhaustiva de actividades que se deben llevar a cabo (armonizada con las intervenciones enumeradas más adelante en este documento, sección 3). Además, permite establecer una clasificación de prioridades. Va acompañada de documentación que incluye consejos para la resolución de problemas, preguntas frecuentes, ventajas previstas del uso de la herramienta, consejos para utilizar Excel y un manual¹¹.

La herramienta puede resultar especialmente útil a la hora de generar la información necesaria para las solicitudes de acuerdo con el Nuevo Modelo de Financiamiento del Fondo Mundial, como la documentación necesaria sobre "*Deficiencias programáticas*" y la "*Tabla de análisis de deficiencias financieras y de financiamiento de contrapartida*", ya que puede generar informes que muestren las fuentes de financiamiento disponibles y las deficiencias. No obstante, la herramienta de planificación y presupuestos es compleja y los países que la consideren demasiado complicada o difícil de usar sin la formación especial recomendada, pueden elaborar sus propios enfoques, en cuyo caso se recomienda el uso de hojas de cálculo Excel.

¹¹ http://www.who.int/tb/dots/planning_budgeting_tool/

A lo largo del pasado año, la OMS estuvo revisando y evaluando planes estratégicos nacionales sobre la tuberculosis junto con los programas nacionales de control de esta enfermedad y los asociados y, en base a este trabajo, está elaborando un conjunto de herramientas para la planificación estratégica nacional relacionada con la tuberculosis, cuyas intervenciones estratégicas siguen las opciones de la herramienta de planificación y presupuestos.

e. La importancia de la priorización en el Nuevo Modelo de Financiamiento

Uno de los elementos cruciales de la planificación estratégica nacional y la elaboración de la Nota Conceptual es la priorización relativa de las inversiones.

No hay un solo plan de priorización mundial que funcione con todos los países debido a la diversidad de la epidemia de tuberculosis y los contextos de los sistemas de salud, los costos unitarios locales y los marcos presupuestarios, así como las deficiencias relativas en cuanto a iniciativas eficaces hasta la fecha. La herramienta de la OMS para la planificación del PEN sobre la tuberculosis proporcionará directrices sobre cómo llevar a cabo las discusiones en materia de priorización entre las partes interesadas a nivel nacional para fundamentar las iniciativas de planificación, pero mientras tanto se ofrecen las siguientes ideas:

- Se deben priorizar aquellas inversiones que tienen más probabilidades de tener una mayor repercusión en cuanto a la ampliación del acceso a un diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis eficaces, y en lo que se refiere a reducir el número de muertes y acelerar el descenso de la incidencia. El costo también es importante, por lo que probablemente las inversiones priorizadas serán aquellas que también sean relativamente rentables. En muchos análisis, la detección y el tratamiento de los casos de tuberculosis (cuando la enfermedad es farmacosensible) se ha priorizado de forma coherente entre las intervenciones rentables para la salud pública en todo el mundo¹² (tabla 3). Además, hay información sobre qué modelos de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis son relativamente más eficaces; de esa forma se consigue mejorar la optimización de los recursos. Puede que los países quieran solicitar financiamiento para llevar a cabo sus propias evaluaciones a fin de fortalecer esta base empírica.
- A medida que la prevalencia de la tuberculosis desciende en un país, se debe tener en cuenta en qué zonas geográficas o entre qué poblaciones se concentra la prevalencia. La mayoría de los países cuenta con datos fiables específicos de cada distrito que ofrecen información sobre las tasas de notificación en este nivel (aunque no suelen utilizarse). Por ejemplo, en varios países la prevalencia de la tuberculosis sigue siendo muy elevada en poblaciones aisladas del medio rural que tienen dificultades para acceder a los servicios de atención. En los barrios marginales de las ciudades las tasas son excesivas, donde los individuos y las familias también encuentran barreras para acceder a la asistencia sanitaria. Existen muchos modelos de atención a la tuberculosis con base comunitaria que han abordado este problema con éxito. Las ONG y las organizaciones de la sociedad civil son particularmente eficaces en este tipo de trabajo y pueden proporcionar resultados en colaboración con un PEN a un costo inferior que el PEN por sí solo. En casi todos los países, los reclusos registran tasas de prevalencia más de 20

¹² OMS. Briefing sheet on TB cost-effectiveness.

veces superiores que las de la población general y, como la mayoría de los reclusos acaban siendo liberados, las cárceles pueden actuar como centros de amplificación de la tuberculosis. Además, hay buenos ejemplos de atención de la tuberculosis en las cárceles en las que se ha reducido la prevalencia. Otras poblaciones clave afectadas en algunos países son los trabajadores migrantes y las minorías étnicas. Las poblaciones clave afectadas se deben identificar en cada país. Los focos de pobreza y la inseguridad alimentaria se deben identificar cuando proceda.

- Algunas poblaciones, como las personas que viven con el VIH, tienen un riesgo inusualmente alto de activación de la tuberculosis latente. En estas poblaciones en mayor riesgo, se debe tener en cuenta la prevención de esta activación a través de tratamientos preventivos. Esto podría ser una prioridad para aquellos países con prevalencia media o alta del VIH, o para países con focos de prevalencia elevada del VIH en una epidemia concentrada del virus.
- Algunas poblaciones se enfrentan a riesgos especiales porque se obtienen resultados deficientes debido al acceso limitado al tratamiento o a las comorbilidades, y se deben priorizar por estos motivos. Por ejemplo, los ancianos de muchos países asiáticos tienen una esperanza de vida cada vez mayor, pero no utilizan los servicios de salud tanto como las personas más jóvenes o, cuando lo hacen, no se les diagnostica la tuberculosis. Otros grupos que suelen tener peores resultados que la población general son los trabajadores migrantes, las minorías étnicas, los usuarios de drogas y las mujeres pobres.
- Casi todos los países tienen algunos pacientes con TB-MR. Para muchos, supone una carga importante que no se aborda de manera adecuada, lo que ha dado lugar a los recientes aumentos de la prevalencia, incluso hasta el punto de que las cepas multirresistentes parecen estar reemplazando a las cepas de tuberculosis en su mayoría sensibles a los fármacos. La transmisión de este tipo de tuberculosis conlleva enormes gastos, ya que el costo de su tratamiento es muy elevado, por lo que muchos países querrán priorizar el diagnóstico y el tratamiento de la TB-MR a fin de reducir el número de personas afectadas por estas cepas en el futuro. Sin embargo, esto no debe hacerse a costa de una buena atención básica de la tuberculosis, que es esencial para prevenir la emergencia de TB-MR.

f. Diálogo de país

Es fundamental que el proceso de elaboración de los planes estratégicos nacionales sobre la tuberculosis y las notas conceptuales incluya consultas significativas con todos los asociados y partes interesadas, incluidas las partes interesadas pertinentes que no pertenezcan al sector de la salud y las comunidades afectadas por la tuberculosis. Se debe iniciar un diálogo de país mucho antes de la elaboración del propio PEN con el fin de garantizar la inclusión de las partes interesadas en los procesos de planificación y priorización, y no solo en la ejecución. El nuevo enfoque de fortalecimiento de los sistemas comunitarios (FSC) del Fondo Mundial, que se aplica a las tres enfermedades, dota a este diálogo de especial importancia. Asegurarse de que las personas adecuadas participen desde el principio garantizará que la elaboración de las solicitudes y la gestión de las subvenciones sean más sencillas más adelante. Entre los sectores constituyentes principales se incluyen los asociados del país, asociados técnicos mundiales, otros donantes y entidades ejecutoras, personas que viven o han vivido con la enfermedad, representantes de las poblaciones clave afectadas, el sector privado y planificadores transversales del sector de la salud. El MCP es

necesario para garantizar que se lleve a cabo un proceso abierto e inclusivo en la elaboración de la Nota Conceptual, así como que la selección de los receptores principales se realice con transparencia. Esto se evaluará junto con la Nota Conceptual. Además, las comunidades afectadas que pertenezcan al MCP deben incluir a personas que viven con las enfermedades o a sus representantes, así como a poblaciones clave afectadas o sus representantes. Este aspecto se evaluará anualmente.

El Fondo Mundial también quiere garantizar la protección y el fomento de los derechos humanos y la equidad, incluyendo estrategias para ofrecer un mejor servicio a las poblaciones clave afectadas o grupos vulnerables y a las personas en mayor riesgo de contraer la enfermedad. Los planes estratégicos nacionales deben reflejar los planes y presupuestos del programa nacional de control de la tuberculosis, y deben ser inclusivos e incorporar los planes y presupuestos asociados de socios del programa nacional de control de la tuberculosis del gobierno, la sociedad civil y el sector privado. En la mayoría de los países, este programa por sí solo no tiene la capacidad para prestar atención a la tuberculosis en toda la población de una manera equitativa. Algunos grupos de población pueden estar mejor atendidos por los proveedores de atención del sector privado, las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones confesionales y otros grupos de la sociedad civil.

g. Elaboración de la Nota Conceptual

La Nota Conceptual es básicamente la propuesta del país al Fondo Mundial. Proporciona los detalles de la solicitud de recursos al Fondo Mundial para el control de la tuberculosis durante el próximo periodo de tres años. Debe exponer un enfoque ambicioso y sólido desde el punto de vista técnico para el control de la tuberculosis, así como basarse en el plan estratégico del sector de la salud, los planes estratégicos nacionales para la salud y el control de la tuberculosis y otra documentación pertinente. Asimismo, debe incluir una expresión completa y priorizada de la demanda para maximizar la repercusión en la lucha contra la enfermedad.

El Fondo Mundial ha asignado montos de financiamiento a cada país y este es el monto de "financiamiento indicativo". A partir de la información obtenida directamente del PEN, los países deben especificar los objetivos, los resultados previstos y las intervenciones que harán uso de este monto, junto con el motivo que ha llevado a seleccionarlas. Las intervenciones se deben priorizar teniendo en cuenta las deficiencias financieras señaladas en el PEN. Su selección se ha simplificado mediante la elaboración de una plantilla modular para cada enfermedad, donde se enumeran las intervenciones que se espera incluir en los módulos de cada enfermedad (véase más abajo). La propuesta para acceder a cualquier monto por encima del indicativo debe seguir la misma lógica y especificar los beneficios, objetivos y resultados adicionales que se lograrían si se recibiera más financiamiento. Las intervenciones deben enumerarse por orden de prioridad.

3. Plantilla modular

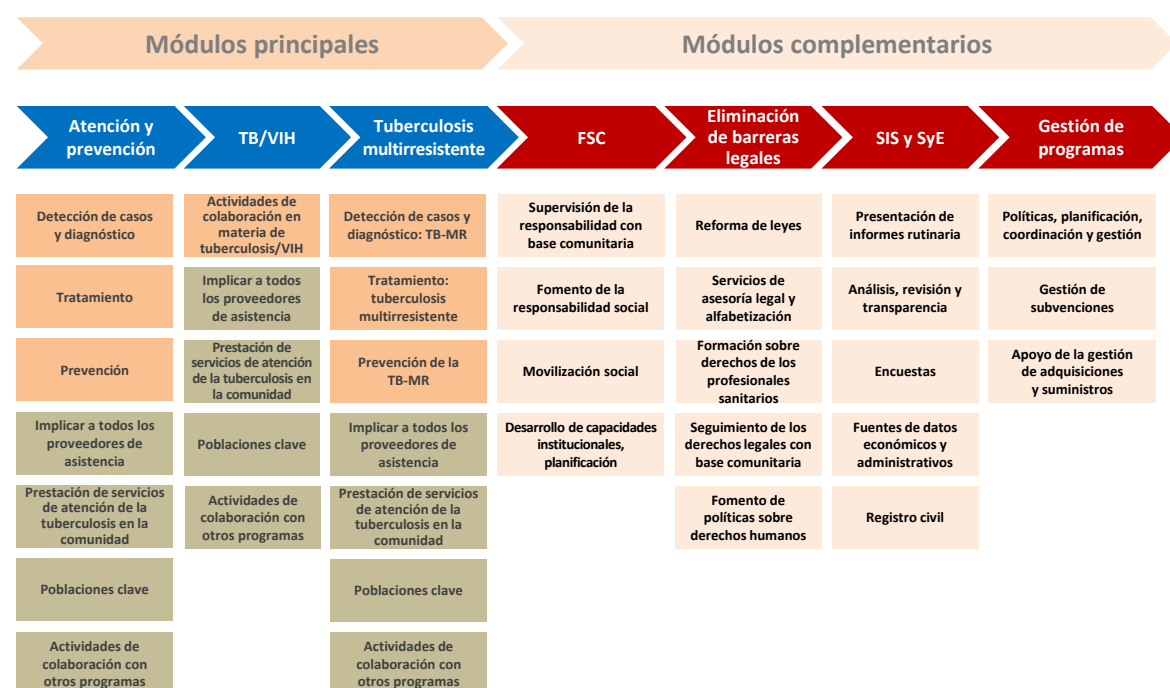
La plantilla modular es uno de los anexos obligatorios de la Nota Conceptual. Es un marco que estructura la información en una subvención. Los solicitantes deben completar la plantilla modular, que describe las metas, los objetivos, los módulos, los indicadores y metas de las intervenciones, y los supuestos de costos asociados principales. La plantilla modular sustituye al marco de desempeño y al plan de trabajo y presupuesto detallados. Los módulos

e intervenciones de la plantilla modular también sustituyen al uso de áreas de prestación de servicios (APS).

Módulos sobre la tuberculosis

El Fondo Mundial, la OMS y la Alianza Alto a la Tuberculosis, con las aportaciones de otros asociados en el marco de la tuberculosis, han definido siete módulos de esta enfermedad (tres módulos principales y cuatro módulos complementarios esenciales), cada uno de los cuales cubre una serie de intervenciones. Los módulos son las principales áreas programáticas que guían la inversión estratégica en materia de tuberculosis en intervenciones de alta repercusión en función del contexto del país y la situación epidemiológica. Los módulos principales son **la atención y la prevención de la tuberculosis**; **la tuberculosis y el VIH** y **la TB-MR**, mientras que los módulos complementarios esenciales son el **fortalecimiento de los sistemas comunitarios**, la **eliminación de las barreras legales que impiden el acceso**, los **sistemas de información y de seguimiento y evaluación** y la **gestión de programas**. Los módulos complementarios esenciales están armonizados para garantizar la coherencia entre las tres enfermedades (VIH/SIDA, tuberculosis y malaria) y el fortalecimiento de los sistemas de salud (FSS).

Figura 2. Módulos principales y complementarios, e intervenciones para la planificación estratégica en materia de tuberculosis



La priorización de los módulos y sus intervenciones depende del contexto del país y de la situación epidemiológica

Un país con tuberculosis endémica, con tasas bajas de coinfección por tuberculosis y VIH y TB-MR, grupos de alto riesgo identificados y potencial para colaborar con otros programas de salud y desarrollo debe invertir de forma lógica en el siguiente orden: i) un módulo de atención y prevención de la tuberculosis en todo el país, ii) módulos para la tuberculosis y el VIH y la TB-MR en una escala limitada restringida a áreas o poblaciones identificadas, junto

con iii) intervenciones comunes esenciales; esto es, fortalecimiento de los sistemas comunitarios, eliminación de las barreras legales que impiden el acceso, sistemas de información de salud y seguimiento y evaluación, y gestión de programas.

De forma similar, los países con una epidemia de tuberculosis caracterizada por cargas elevadas de coinfección por tuberculosis y VIH y de TB-MR estarán autorizados a priorizar mayores inversiones para la ejecución de los módulos de tuberculosis y VIH y de TB-MR a gran escala a la vez que se mantiene la ejecución de un módulo de atención y prevención de la tuberculosis y se aplican las intervenciones complementarias comunes y esenciales que se han enumerado anteriormente.

Intervenciones incluidas en la plantilla modular

Cada uno de los siete módulos descritos anteriormente consta de intervenciones específicas (figura 2 y tabla 4) e indicadores principales (tabla 5).

El módulo de atención y prevención de la tuberculosis incluye las intervenciones básicas necesarias para la detección y el tratamiento de todas las formas de tuberculosis farmacosensible en niños y adultos. Con el fin de lograr la mayor repercusión posible, estas se deben planificar y ejecutar con el objetivo de lograr una cobertura y acceso universales. El módulo también incluye terapia preventiva con isoniazida para los niños en contacto con la enfermedad, intervenciones para la sociedad civil y participación de la comunidad en la atención y enfoques para colaborar con todos los proveedores de atención, como la combinación publicoprivada. El módulo de atención y prevención de la tuberculosis es fundamental como base para todos los módulos complementarios e intervenciones de apoyo esenciales, pero es posible que en algunos países se financie a través de fuentes nacionales o de otro tipo y, por tanto, no siempre requiere el financiamiento del Fondo Mundial. En algunos países de ingresos medios, las intervenciones estarán relacionadas con los módulos, pero se espera que se centren principalmente en atender a las poblaciones clave afectadas o a los grupos vulnerables en estos entornos.¹³

Todos los países tendrán que realizar algunas intervenciones relacionadas con la tuberculosis y el VIH, pero el módulo a este respecto es una prioridad en los contextos con una carga elevada de coinfección. Este módulo está compuesto por los 12 elementos de las intervenciones de colaboración en materia de tuberculosis y VIH, y debe ser planificado, priorizado y ejecutado tanto por el programa de tuberculosis como por el de VIH, centrándose en las necesidades del paciente coinfectado. El Fondo Mundial ha decidido recientemente que los países con tasas elevadas de coinfección por tuberculosis y VIH¹⁴ deberán presentar una sola nota conceptual que recoja programación integrada y conjunta

¹³ Los países de ingresos medios más bajos deben destinar al menos el 50% de su solicitud a las poblaciones en mayor riesgo y desatendidas y/o a intervenciones de la mayor repercusión posible dentro de un contexto epidemiológico definido; los países de ingresos medios más altos deben destinar al menos el 100% de su solicitud a estos grupos e intervenciones especiales (Política de elegibilidad y financiamiento de contrapartida del Fondo Mundial [GF/B30/6; Revisión 1, Anexo 1]).

¹⁴ Angola, Botswana, Brasil, Burkina Faso, Burundi, Camboya, Camerún, Chad, China, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Etiopía, Federación de Rusia, Ghana, Haití, India, Indonesia, Kenya, Lesotho, Malawi, Malí, Mozambique, Myanmar, Namibia, Nigeria, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Rwanda, Sierra Leona, Sudáfrica, Sudán, Swazilandia, Tailandia, Togo, Ucrania, Uganda, Viet Nam, Zambia y Zimbabwe. Los solicitantes deben consultar la lista de elegibilidad del Fondo Mundial a fin de determinar para qué componentes de enfermedad son elegibles para solicitar financiamiento y en qué condiciones (disponible en <http://www.theglobalfund.org/en/fundingmodel/updates/>).

de las dos enfermedades (a menos que la Secretaría determine que existen circunstancias extraordinarias que justifican la presentación de notas conceptuales independientes). El financiamiento se debe planificar a través de los programas más adecuados para supervisar estos elementos de prestación de servicios, por lo que el financiamiento para la coinfección debe formar parte de los planes estratégicos de la tuberculosis y los del VIH y de las notas conceptuales del Fondo Mundial. Puede que en algunos países que no están clasificados como países con carga elevada de coinfección siga habiendo áreas en las que se identifican subpoblaciones que sí la tienen, como en algunas ciudades y grupos de alto riesgo. El módulo de tuberculosis y VIH se puede aplicar dentro de esta población objetivo (véanse también las [instrucciones de la nota conceptual única](#) y las [preguntas frecuentes sobre los programas conjuntos en materia de tuberculosis y VIH](#) del Fondo Mundial).

El módulo de la TB-MR incluye el acceso universal a las pruebas moleculares rápidas y descentralizadas, un laboratorio de referencia con capacidad suficiente para realizar cultivos y pruebas de sensibilidad a los medicamentos, tratamiento supervisado con medicamentos de segunda línea en un marco ambulatorio con apoyo social y servicios de laboratorios clínicos, además de cultura de apoyo al seguimiento del tratamiento de la TB-MR. Todos los países tendrán que seguir algún tratamiento para la TB-MR, pero el módulo es fundamental en todos los países con una carga elevada de TB-MR¹⁵. Puede que algunos países que no están clasificados como países con una carga elevada de TB-MR todavía presenten un gran número de casos, así como subpoblaciones identificadas con riesgo de contraerla, tales como algunas comunidades con tasas altas de coinfección por el VIH, consumo de drogas intravenosas o alcohol, o áreas urbanas con niveles elevados de TB-MR identificada posiblemente asociada al fácil acceso a los antibióticos en el sector privado. El módulo de la TB-MR se puede aplicar dentro de estas poblaciones clave afectadas. Las directrices para la gestión de programas de TB-MR son fundamentales para formular una buena propuesta. A principios de 2014, se finalizará la redacción de un manual de la OMS para apoyar la gestión de la TB-MR y servirá como actualización de las directrices anteriores. Consulte también la [Nota Informativa del Fondo Mundial sobre la ampliación de la gestión eficaz de la tuberculosis farmacorresistente](#).

El módulo de fortalecimiento de los sistemas comunitarios (FSC) incluye actuación comunitaria, establecimiento de organizaciones comunitarias y creación de redes y vínculos eficaces con otros actores y movimientos más amplios, como los de derechos humanos y la mujer. Esto también incluye el establecimiento de sistemas de supervisión a nivel comunitario para que los encargados de la prestación de servicios de salud rindan cuentas, así como la promoción de la lucha contra las barreras que impiden el acceso a la atención y la defensa de los derechos humanos y el financiamiento sostenible. Se puede incluir la creación de vínculos entre las organizaciones comunitarias, así como el desarrollo de capacidades institucionales y la planificación y el desarrollo del liderazgo en el sector comunitario.

¹⁵ Lista de países con carga elevada de TB-MR: Armenia, Azerbaiyán, Bangladesh, Belarús, Bulgaria, China, Estonia, Etiopía, Federación de Rusia, Filipinas, Georgia, India, Indonesia, Kazajstán, Kirguistán, Letonia, Lituania, Myanmar, Nigeria, Pakistán, República de Moldova, República Democrática del Congo, Sudáfrica, Tayikistán, Ucrania, Uzbekistán, Viet Nam. Los solicitantes deben consultar la lista de elegibilidad del Fondo Mundial a fin de determinar para qué componentes de enfermedad son elegibles para solicitar financiamiento y en qué condiciones.

Consulte la [Nota Informativa del Fondo Mundial sobre el fortalecimiento de los sistemas comunitarios](#).

El módulo sobre "eliminación de las barreras legales que impiden el acceso" se centra en evaluar el entorno legal e identificar y eliminar las barreras que se interponen en el acceso, especialmente en las poblaciones clave afectadas. Se incluye formación para pacientes y comunidades sobre los aspectos legales de los derechos de los pacientes, así como formación para los proveedores de asistencia sanitaria acerca de sus responsabilidades legales. Esta es una nueva área de trabajo para muchos programas nacionales de control de la tuberculosis y asociados, y requerirá diversas fuentes de información, así como la participación de representantes e informantes clave de las principales poblaciones afectadas. Es posible que estos grupos necesiten servicios de revisión y detección activa de casos, así como modelos especiales de prestación de atención que se adapten a sus necesidades. Puede encontrar más información en la [Nota Informativa del Fondo Mundial sobre derechos humanos para subvenciones de VIH, tuberculosis, malaria y FSS](#).

El módulo sobre "sistemas de información de salud y seguimiento y evaluación" aborda tanto la presentación periódica de informes habitual en todos los programas nacionales de control de la tuberculosis, como el apoyo a un análisis más detallado de los datos epidemiológicos que lo que viene siendo habitual en muchos programas. Se pueden incluir encuestas especiales, como sobre farmacorresistencia, así como datos sobre las actividades administrativas y, especialmente, financieras del programa. El apoyo a los sistemas de registro civil también está disponible en determinadas circunstancias.

El módulo de gestión de programas aborda la formulación de políticas y todos los aspectos de la planificación, incluida la elaboración de planes estratégicos nacionales, y todas las actividades de coordinación necesarias para garantizar que el programa nacional de control de la tuberculosis funciona como un conjunto. La gestión de subvenciones es un elemento crucial para garantizar el uso adecuado del apoyo del Fondo Mundial. La gestión de adquisiciones y suministros también se incluye en este módulo.

Fortalecimiento de los Sistemas de Salud (FSS)

Las intervenciones de FSS se definen como aquellas que contribuyen a fortalecer el desempeño de los componentes del sistema de salud y benefician a más de un resultado de la enfermedad. Los países que deseen solicitar financiamiento para intervenciones transversales de fortalecimiento de los sistemas de salud (FSS) disponen de flexibilidad para elaborar una nota conceptual independiente para una subvención dirigida a intervenciones transversales de FSS, o bien incluir intervenciones de uno o más módulos transversales de FSS en la Nota Conceptual para la tuberculosis. El enfoque específico en materia de tuberculosis para el FSS se debe decidir a través de un proceso de diálogo que incluya a planificadores transversales del sector de la salud, la sociedad civil y a otras partes interesadas, y debe fundamentarse en una evaluación sólida de las necesidades analíticas y en el estudio de las deficiencias. Si existen necesidades comunes en todos los programas de enfermedades principales, se debe considerar la posibilidad de elaborar una nota conceptual independiente para el FSS (si es elegible). Para obtener más información, se recomienda a los solicitantes que consulten las Directrices del Fondo Mundial sobre el [fortalecimiento de los sistemas de salud para solicitantes del Fondo Mundial](#).

Tabla 4: Módulos de la tuberculosis con intervenciones y alcance

| Módulos | Intervenciones | Alcance y descripción del paquete de intervenciones |
|--|---|--|
| Atención y prevención de la tuberculosis | Detección de casos y diagnóstico | Esta intervención incluye la detección precoz de todas las formas de tuberculosis en población de todas las edades. Incluye: diagnóstico de la tuberculosis mediante microscopia de frotis de esputo (ZN y/o LED-FM) y herramientas para el diagnóstico molecular rápido (p. ej., Xpert MTB/RIF), así como cultivos y pruebas de sensibilidad a los medicamentos. También incluye otras herramientas, como los rayos X para apoyar el diagnóstico de casos con prueba de frotis negativa y tuberculosis extrapulmonar, en niños y en personas que viven con el VIH. Además, incluye actividades relacionadas con el fortalecimiento de la prestación de servicios relacionados con la tuberculosis, como la renovación y el equipamiento de las infraestructuras de los laboratorios y los mecanismos de derivación de muestras de laboratorios de nivel inferior a otros de nivel superior para realizar pruebas adicionales. Apoyo del acceso al diagnóstico para las personas con menos recursos. |
| | Tratamiento | Incluye tratamiento estándar y supervisado con <u>medicamentos de primera línea</u> de calidad garantizada, incluidas preparaciones pediátricas, con apoyo social para pacientes de tuberculosis farmacosensible y atención innovadora centrada en el paciente. Pruebas clínicas y/o de laboratorio para supervisar las respuestas al tratamiento. Además, incluye actividades relacionadas con el fortalecimiento de la prestación de servicios relacionados con la tuberculosis, como la renovación y el equipamiento de las infraestructuras de prestación de servicios, p. ej., centros de salud. Farmacovigilancia activa (en el caso del uso de fármacos que aún no hayan completado los ensayos de fase III) |
| | Prevención | Provisión de terapia preventiva con isoniazida (TPI) para niños en contacto con casos de tuberculosis confirmados bacteriológicamente y controles administrativos para el control de infecciones. |
| | Implicar a todos los proveedores de atención | Esto incluye la implicación de proveedores públicos y privados, así como de curanderos tradicionales, en las actividades de control de la tuberculosis y el VIH (diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes). El término "combinación publicoprivada" se refiere a los proveedores privados que no pertenecen al programa nacional de control de la tuberculosis (lo que incluye clínicas y hospitales privados con o sin ánimo de lucro). El término "combinación público-público" se refiere a los proveedores públicos que colaboran con el programa nacional de control de la tuberculosis pero que no pertenecen al mismo. |
| | Prestación de servicios de atención de la tuberculosis en la comunidad | Desarrollo de capacidades para la prestación de servicios a nivel comunitario. Esto incluye la formación y el desarrollo de capacidades de los proveedores de servicios de tuberculosis, los pacientes de tuberculosis, las intervenciones con base comunitaria y los servicios de difusión para los pacientes de tuberculosis. |

| Módulos | Intervenciones | Alcance y descripción del paquete de intervenciones |
|--|--|--|
| | <p>Poblaciones clave afectadas</p> | <p>Esto incluye la detección activa de casos en las poblaciones clave afectadas y los grupos de alto riesgo (como reclusos, personas desplazadas, migrantes, minorías étnicas y poblaciones indígenas, mineros, niños, personas con pocos recursos en centros urbanos y ancianos) y la adaptación de los modelos de atención de la coinfección por tuberculosis y VIH en los grupos de alto riesgo, como los usuarios de drogas inyectables. Esto incluye la adaptación de los servicios a las necesidades de los grupos específicos para centrarlos en las personas y mejorar su accesibilidad, idoneidad y disponibilidad. Adaptación de las estructuras de diagnóstico y tratamiento para responder a las necesidades de las poblaciones clave, por ejemplo, a través de la prevención y la atención de la tuberculosis con base comunitaria, la difusión móvil en áreas remotas, la recolección de muestras de esputo con base comunitaria, la organización del transporte de las muestras de esputo, etc.</p> |
| | <p>Actividades de colaboración con otros programas y sectores</p> | <p>Esta intervención incluye la colaboración con otros proveedores de servicios para pacientes con comorbilidades, lo que incluye la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las comorbilidades en pacientes con diabetes y actividades de colaboración para la prevención y la atención de la coinfección por tuberculosis y VIH con otros sectores distintos al de la salud.</p> |
| <p>Tuberculosis/VIH (en países con una carga elevada de coinfección) o tuberculosis/HIV para grupos de alto riesgo de todos los países</p> | <p>Intervenciones conjuntas para la tuberculosis y el VIH</p> | <p>Esta intervención se refiere a la aplicación de los 12 elementos de las actividades de colaboración en materia de tuberculosis y VIH, que están armonizados con el programa de VIH. Estos incluyen la creación y el fortalecimiento de un órgano de coordinación de las actividades de colaboración de en materia de tuberculosis y VIH que sea funcional en todos los niveles, y la planificación conjunta en torno a la tuberculosis y el VIH para integrar la prestación de servicios de ambas enfermedades. Incluye además la realización de pruebas de VIH a pacientes de tuberculosis y el inicio temprano de la terapia antirretroviral y el tratamiento preventivo con cotrimoxazol en pacientes coinfectados. También incluye la detección de la tuberculosis en personas que viven con el VIH, así como herramientas moleculares para el diagnóstico rápido de la tuberculosis en personas seropositivas que se sospecha pueden padecer tuberculosis, terapia preventiva con isoniazida, y medidas de control de infecciones. Incluye la adquisición de productos fungibles y medicamentos que no están cubiertos por el programa de VIH.</p> |
| | <p>Implicación de todos los proveedores de atención*</p> | <p>Esto incluye la implicación de proveedores públicos y privados, así como de curanderos tradicionales, en las actividades de control de la tuberculosis y el VIH (diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes). El término "combinación publicoprivada" se refiere a los proveedores privados que no pertenecen al programa nacional de control de la tuberculosis (lo que incluye clínicas y hospitales privados con o sin ánimo de lucro).</p> <p>El término "combinación público-público" se refiere a los proveedores públicos que colaboran con el programa nacional de control de la tuberculosis pero que no pertenecen al mismo.</p> |

| Módulos | Intervenciones | Alcance y descripción del paquete de intervenciones |
|--|--|--|
| | Prestación de servicios de atención de la tuberculosis en la comunidad* | Desarrollo de capacidades para la prestación de servicios a nivel comunitario. Esto incluye la formación y el desarrollo de capacidades de los proveedores de servicios de tuberculosis, los pacientes de tuberculosis, las intervenciones con base comunitaria y los servicios de difusión para los pacientes de tuberculosis. |
| | Poblaciones clave afectadas* | Esto incluye la detección activa de casos en las poblaciones clave afectadas y los grupos de alto riesgo (como reclusos, personas desplazadas, migrantes, minorías étnicas y poblaciones indígenas, mineros, niños, personas con pocos recursos en centros urbanos y ancianos) y la adaptación de los modelos de atención de la coinfección por tuberculosis y VIH en los grupos de alto riesgo. Esto incluye la adaptación de los servicios a las necesidades de los grupos específicos para centrarlos en las personas y mejorar su accesibilidad, idoneidad y disponibilidad. Adaptación de las estructuras de diagnóstico y tratamiento para responder a las necesidades de las poblaciones clave, por ejemplo, a través de la prevención y la atención de la tuberculosis con base comunitaria, la difusión móvil en áreas remotas, la recolección de muestras de esputo con base comunitaria, la organización del transporte de las muestras de esputo, etc. |
| | Actividades de colaboración con otros programas y sectores* | Esta intervención incluye la colaboración con otros proveedores de servicios para pacientes con comorbilidades, lo que incluye la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las comorbilidades de pacientes con diabetes y actividades de colaboración para la prevención y la atención de la tuberculosis y el VIH con otros sectores distintos al de salud. |
| elevada de tuberculosis multirresistente) o TB-MR para grupos de alto riesgo de todos | Detección de casos y diagnóstico: TB-MR | Detección precoz, lo que incluye el uso de pruebas moleculares para el diagnóstico rápido en entornos descentralizados, y cultivos y pruebas de sensibilidad a los medicamentos al menos en los laboratorios de referencia (si no se incluye en el módulo de atención y prevención de la tuberculosis con base comunitaria). |
| | Tratamiento: TB-MR | Provisión de tratamiento de segunda línea supervisado usando medicamentos de segunda línea con calidad garantizada para pacientes con TB-MR administrado a través de modelos apropiados de atención, con apoyo social, gestión de los efectos adversos de los medicamentos y seguimiento de la respuesta al tratamiento por parte de los servicios clínicos y de laboratorio para los pacientes en tratamiento; coordinación de la terapia antirretroviral en pacientes con coinfección por VIH. Farmacovigilancia activa (en el caso del uso de fármacos que aún no hayan completado los ensayos de fase III) |
| | Prevención de la TB-MR | Aplicación de medidas de control de de la infección en todos los niveles, incluidas las medidas administrativas adecuadas, la coordinación de actividades de control de la infección, la protección del personal y las medidas de control medioambiental. |

| Módulos | Intervenciones | Alcance y descripción del paquete de intervenciones |
|---|--|---|
| | Implicación de todos los proveedores de atención* | Esto incluye la implicación de todos los proveedores públicos y privados en las actividades de control de la TB-MR en todos los niveles (casos sospechosos, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes). El término "combinación publicoprivada" se refiere a los proveedores privados que no pertenecen al programa nacional de control de la tuberculosis (lo que incluye clínicas y hospitales privados con o sin ánimo de lucro). El término "combinación público-público" se refiere a los proveedores públicos que colaboran con el programa nacional de control de la tuberculosis pero que no pertenecen al mismo. |
| | Prestación de servicios de atención de la tuberculosis en la comunidad* | Desarrollo de capacidades para la prestación de servicios a nivel comunitario. Esto incluye la formación y el desarrollo de capacidades de los proveedores de servicios de tuberculosis, los pacientes de tuberculosis, las intervenciones con base comunitaria y los servicios de difusión para los pacientes de tuberculosis. |
| | Poblaciones clave afectadas* | Esto incluye la detección activa de casos en las poblaciones clave afectadas y los grupos de alto riesgo (como reclusos, personas desplazadas, migrantes, minorías étnicas y poblaciones indígenas, mineros, niños, personas con pocos recursos en centros urbanos y ancianos) y la adaptación de los modelos de atención de la TB-MR en los grupos de alto riesgo. Esto incluye la adaptación de los servicios a las necesidades de los grupos específicos para centrarlos en las personas y mejorar su accesibilidad, idoneidad y disponibilidad. También incluye la adaptación de las estructuras de diagnóstico y tratamiento para satisfacer las necesidades de las poblaciones clave, por ejemplo, a través de la prevención y la atención de la tuberculosis con base comunitaria, la difusión móvil en áreas remotas, la recolección de muestras de esputo con base comunitaria, la organización del transporte de las muestras de esputo, etc. |
| | Actividades de colaboración con otros programas y sectores* | Colaboración con otros proveedores de servicios para pacientes con comorbilidades, lo que incluye la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las comorbilidades de pacientes con diabetes y las actividades de colaboración para la prevención y la atención de la TB-MR con otros sectores distintos al de salud. |
| Fortalecimiento de los sistemas comunitarios | Seguimiento de la rendición de cuentas con base comunitaria | Las organizaciones con base comunitaria establecen y aplican mecanismos para el seguimiento continuo de las políticas en materia de salud y del desempeño y la calidad de todos los servicios, actividades, intervenciones y otros factores relevantes para la enfermedad, incluidos los servicios de prevención, atención y apoyo, el financiamiento de programas y los problemas y dificultades del entorno (como la discriminación o las desigualdades por cuestión de género) que constituyen barreras para dar una respuesta eficaz a la enfermedad y para generar un entorno propicio. |

| Módulos | Intervenciones | Alcance y descripción del paquete de intervenciones |
|---|---|---|
| | <p>Fomento de la responsabilidad social</p> | <p>Las comunidades y las poblaciones afectadas llevan a cabo un proceso de consenso, diálogo y promoción a nivel local y nacional destinado a exigir responsabilidades en las respuestas a la enfermedad, lo que incluye los servicios de salud, los programas específicos de la enfermedad, así como cuestiones más amplias, como la discriminación, la desigualdad de género y el financiamiento sostenible, con el fin de conseguir la transformación social.</p> |
| | <p>Movilización social, creación de vínculos, colaboración y coordinación en la comunidad</p> | <p>Actuación comunitaria, establecimiento de organizaciones comunitarias y creación de redes y vínculos eficaces con otros actores y con movimientos más amplios, como los de derechos humanos y la mujer.</p> <p>La existencia de relaciones formales e informales sólidas entre las comunidades, los actores comunitarios y otras partes interesadas les permite trabajar de forma complementaria y reforzarse mutuamente para aprovechar al máximo el uso de los recursos y evitar cualquier duplicación y competencia innecesarias.</p> |
| | <p>Desarrollo de capacidades institucionales, planificación y liderazgo en el sector comunitario</p> | <p>Desarrollo de capacidades de los grupos del sector comunitario, organizaciones y redes en una serie de áreas necesarias para el cumplimiento de sus funciones en cuanto a prestación de servicios, movilización social, seguimiento y promoción. Incluye apoyo para la planificación, el desarrollo institucional y organizativo, el diseño de sistemas, los recursos humanos, el liderazgo y la organización del sector comunitario.</p> <p>Provisión de recursos financieros estables y predecibles para las comunidades y gestión adecuada de los recursos financieros por parte de los grupos, las organizaciones y las redes de la comunidad.</p> <p>Provisión de asistencia técnica, material y financiera para el sector comunitario según sea necesario a fin de que puedan desempeñar sus funciones de prestación de servicios, movilización social, seguimiento y promoción.</p> |
| <p>Eliminación de las barreras legales que impiden el acceso</p> | <p>Evaluación del entorno político y jurídico y reforma legislativa</p> | <p>Evaluación del entorno político y jurídico y comparta los resultados con aquellas personas que viven con la enfermedad o que se ven directamente afectadas por ella. Previa consulta con ellas y con los expertos en derechos humanos, elabore un plan cuantificable y sujeto a plazos para reformar las leyes y las políticas a fin de eliminar las barreras de acceso a los servicios de salud. Consulte la Nota Informativa sobre derechos humanos del Fondo Mundial para obtener más información.</p> |
| | <p>Servicios de asesoría legal y familiarización con las leyes</p> | <p>Provisión de formación en cuanto a derechos legales a las personas que viven con la enfermedad o se ven afectadas por ella. Provisión de acceso a la justicia a través de auxiliares jurídicos comunitarios o programas de asesoría legal.</p> |

| Módulos | Intervenciones | Alcance y descripción del paquete de intervenciones |
|--|---|---|
| | Formación sobre derechos para los profesionales sanitarios | Provisión de formación para los funcionarios de la salud, los profesionales de la salud y la policía que deben aplicar leyes y políticas basadas en derechos. |
| | Seguimiento con base comunitaria de los derechos legales | Las organizaciones con base comunitaria establecen y aplican mecanismos para el seguimiento continuo de las leyes, las políticas y su ejecución para documentar las barreras que impiden dar una respuesta eficaz a la enfermedad. Esto puede incluir el seguimiento de los casos individuales a fin de compartirlos con los defensores del pueblo, usarlos en litigios e informes de investigación, y enviarlos a los mecanismos de derechos humanos de las Naciones Unidas. |
| | Promoción de políticas sobre derechos humanos | Las redes y organizaciones comunitarias de mujeres y poblaciones clave ejecutan un plan de promoción cuantificable y sujeto a plazos para fomentar a) la reforma legislativa o política, b) una mejor aplicación de las leyes y políticas existentes o c) la creación y el uso de plataformas de responsabilidad social, cuyo objetivo es eliminar los obstáculos relacionados con los derechos humanos en el acceso a los servicios de salud. |
| Sistemas de información sanitaria y SyE | Presentación periódica de informes | <p>Establecimiento mantenimiento y fortalecimiento del sistema nacional de información sobre gestión sanitaria (SIGS), incluida la plataforma sDHIS2); otros sistemas o sitios centinela para la recopilación sistemática de datos, el registro y la notificación de pacientes ambulatorios, hospitalizados y defunciones (incluidos los servicios públicos, privados y de carácter comunitario); cualquier sistema relacionado electrónico o basado en Internet que admita la notificación de datos desde todos los niveles del sistema sanitario; formación; formularios y herramientas de presentación de informes con el desglose de indicadores correspondiente; evaluación de los centros de salud, incluida la calidad de los servicios; evaluación y validación de la calidad de los datos, incluida cualquier visita de supervisión específica relacionada con la recopilación y la notificación de datos.</p> <p>Por ejemplo, esto podría incluir informes y registro periódicos y registro e-TB; recopilación de datos e informes de otros proveedores de servicios de atención (combinaciones publicoprivadas, comunidades y sociedad civil); informes periódicos sobre actividades de colaboración en torno a la tuberculosis y el VIH y medidas de control de infecciones; lista de verificación de estándares y puntos de referencia de los sistemas de vigilancia aplicados (sistemas de notificación de casos y defunciones y de registro civil); estudios de inventario (por ejemplo, captura y recaptura) que evalúan la exhaustividad de la notificación de casos y defunciones, incluidos los del sector privado, etc.</p> |
| | Análisis, revisión y transparencia | Análisis, interpretación y uso de los datos y pruebas generados a través de revisiones del programa de tuberculosis, evaluación de la totalidad del programa o de un componente específico del mismo, otras consultas; elaboración y puesta en común de informes trimestrales, semestrales o anuales a través de sitios |












| Módulos | Intervenciones | Alcance y descripción del paquete de intervenciones |
|-----------------------------|---|---|
| | | web y publicaciones; investigación de operaciones: específica de cualquiera de los componentes de las actividades y áreas de control de la tuberculosis. |
| | Encuestas | Encuestas y estudios relacionados con la evaluación de la morbilidad, la mortalidad y la cobertura de los servicios, y encuestas y estudios del comportamiento en la población general o en grupos de riesgo identificados, por ejemplo, encuestas demográficas y de salud; encuestas de salud y morbilidad para evaluar los gastos que se incurren por cuenta propia o la carga, etc. Por ejemplo, estos podrían incluir: encuestas relacionadas con la medición de la carga de tuberculosis, farmacorresistencia, etc.; encuestas basadas en la población, por ejemplo, encuestas especiales para evaluar las barreras de acceso y las necesidades específicas de las diferentes poblaciones clave. |
| | Fuentes de datos económicos y administrativos | Incluye el establecimiento de sistemas para la presentación de informes periódicos (anuales) sobre estadísticas clave referentes a administración sanitaria y disponibilidad de servicios, como personal sanitario, inventario de proveedores de atención de la salud e instituciones; Cuentas Nacionales de Salud y cuentas secundarias; establecimiento de sistemas de notificación financiera y contabilidad; revisión anual del presupuesto y los gastos del sector sanitario y/o de los programas de la enfermedad por fuente de financiamiento; estudios del gasto, por ejemplo, medición del gasto nacional relativo al SIDA (MEGAS) u otras evaluaciones del gasto. |
| | Sistema de registro civil | Establecimiento, fortalecimiento y ampliación del sistema de información de registro civil, incluidos los sistemas de registro de estadísticas vitales por muestreo, fortalecimiento del sistema de presentación de informes para estadísticas de mortalidad y morbilidad hospitalaria, causa de defunción y establecimiento de un sistema SMS para la notificación; formación de los trabajadores de salud de la comunidad en presentación de informes sobre acontecimientos vitales, desabastecimiento de medicamentos, etc. |
| Gestión de programas | Políticas, planificación, coordinación y gestión | <p>Puede incluir actividades de programas nacionales de nivel administrativo ajenas a la prestación de servicios de atención sanitaria, como la elaboración de planes estratégicos nacionales y planes y presupuestos operativos anuales; supervisión, asistencia técnica y control desde los niveles nacionales a los subnacionales; planificación de recursos humanos, dotación de personal, gastos generales y operativos; coordinación con las autoridades locales y del distrito; reuniones trimestrales, formación y equipo informático y de oficina; procesos de asociación que incluyen campañas de fomento, sensibilización pública y comunicación desempeñadas por socios y programas nacionales; movilización de líderes para apoyar la ejecución del programa y su sostenibilidad, etc.</p> <p>Además, se podrían incluir políticas intersectoriales y planificación sobre determinantes sociales de la tuberculosis y protección (por ejemplo, justicia, vivienda, trabajo, pobreza y bienestar social); implicación de las poblaciones clave afectadas en la planificación.</p> |

| Módulos | Intervenciones | Alcance y descripción del paquete de intervenciones |
|---------|---|---|
| | Gestión de subvenciones | Incluye actividades relacionadas con la gestión de subvenciones específicas del Fondo Mundial en el nivel de unidad de gestión de programas, el Receptor Principal y el subreceptor. Aquí se podría incluir la elaboración y presentación de documentos de las subvenciones; supervisión y asistencia técnica asociadas a la ejecución y la gestión de las subvenciones del Fondo Mundial, y requisitos específicos del Fondo Mundial; mejora de la administración financiera; supervisión desde el nivel del RP al SR (aplicable cuando el programa nacional de control de enfermedades no es el RP); planificación de recursos humanos, dotación de personal, gastos generales y operativos; coordinación con las autoridades del programa nacional, locales y del distrito; reuniones trimestrales, formación y equipo informático y de oficina en el nivel de RP y el SR; movilización de líderes para apoyar la ejecución del programa y su sostenibilidad; seguimiento financiero y auditorías. |
| | Apoyo a la gestión de adquisiciones y suministros para la tuberculosis | Esto incluye las intervenciones de apoyo a la capacidad de gestión de adquisiciones y suministros para el programa de la enfermedad. Por ejemplo, el desarrollo de capacidades sobre la gestión de adquisiciones y suministros, la renovación y el equipamiento de almacenes. |

* Aplicable cuando se presenta una solicitud para un paquete independiente de TB-MR o tuberculosis y VIH, o cuando las actividades relativas a estas intervenciones no están cubiertas en el módulo de atención y prevención de la tuberculosis

Tabla 5: Lista de indicadores principales



| Indicadores de repercusión y resultados (para evaluar cada 1-3 años) | Indicadores de cobertura y productos (para utilizar en la calificación del desempeño cada 6-12 meses) |
|---|---|
| <p>Tendencias de la enfermedad</p> <ul style="list-style-type: none"> Tasa de notificación de casos  Tasa de prevalencia de la tuberculosis*   Tasa de incidencia de la tuberculosis*  Tasa de mortalidad por tuberculosis*   Tasa de mortalidad por tuberculosis/VIH*  Prevalencia de la multirresistencia a los fármacos en los nuevos pacientes de tuberculosis   Vidas según modelos salvadas; basado en los datos epidemiológicos más recientes  Infecciones según modelos evitadas de acuerdo con los datos epidemiológicos más recientes  | <p>Atención y prevención de la tuberculosis</p> <ul style="list-style-type: none"> Número de casos notificados de tuberculosis en todas sus formas* (es decir, confirmados bacteriológicamente + diagnosticados clínicamente). Número de casos notificados de tuberculosis confirmada bacteriológicamente*. índice de éxito del tratamiento en todos los casos nuevos de tuberculosis (número y porcentaje). índice de éxito del tratamiento en los casos nuevos de tuberculosis confirmada bacteriológicamente (número y porcentaje). Laboratorios que realizan pruebas de microscopía de frotis que muestran un desempeño adecuado en el aseguramiento externo de la calidad (número y porcentaje). Unidades de notificación que indican que no se han producido desabastecimientos de medicamentos antituberculosos el último día del trimestre (número y porcentaje). Número de niños menores de 5 años en contacto con pacientes de tuberculosis que empezaron a recibir terapia preventiva con isoniazida. <p><u>Los indicadores anteriores para grupos específicos se aplicarán a algunas subvenciones, como:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Número de casos de tuberculosis (en todas sus formas) notificados entre las poblaciones clave afectadas o los grupos de riesgo alto. Casos de tuberculosis notificados (en todas sus formas) aportados por proveedores que no pertenecen al programa nacional de control de la tuberculosis (número y porcentaje). <p><i>{especificar si estos proveedores son: a) centros privados/no gubernamentales, b) entes del sector público, como hospitales generales, seguridad social, seguros de salud, instituciones educativas, etc. o c) derivaciones comunitarias}</i></p> <p>Tuberculosis multirresistente</p> <ul style="list-style-type: none"> Pacientes de tuberculosis tratados previamente que reciben pruebas de sensibilidad a los medicamentos (número y porcentaje). Número de casos de tuberculosis farmacorresistente notificados confirmados bacteriológicamente (tuberculosis resistente a la rifampicina y/o tuberculosis multirresistente). Número de casos de tuberculosis farmacorresistente (tuberculosis resistente a la rifampicina y/o |
| <p>Atención y prevención de la tuberculosis</p> <ul style="list-style-type: none"> Tasa de notificación de casos (por cada 100.000 habitantes), tuberculosis en todas sus formas (es decir, confirmada bacteriológicamente + diagnosticada clínicamente)*, desglose por edad, sexo y estado serológico con respecto al VIH. Tasa de notificación de casos (por cada 100.000 habitantes), tuberculosis confirmada bacteriológicamente*, desglose por edad y sexo. Índice de éxito del tratamiento: a) todos los casos nuevos de tuberculosis (desglose por edad, sexo y estado serológico con respecto al VIH) y b) casos nuevos confirmados bacteriológicamente. <p>Tuberculosis multirresistente (TB-MR)</p> | |

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Notificación de casos de TB-MR: casos notificados de tuberculosis farmacorresistente (tuberculosis resistente a la rifampicina y/o TB-MR)** confirmada bacteriológicamente como proporción del número estimado de casos de TB-MR entre los casos de tuberculosis notificados. • Tasa de éxito del tratamiento (tuberculosis multirresistente) | <p>tuberculosis multirresistente) que han comenzado un tratamiento de segunda línea (desglosados en casos confirmados bacteriológicamente y presuntos casos).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casos de tuberculosis farmacorresistente (tuberculosis resistente a la rifampicina y/o tuberculosis multirresistente) que comenzaron un tratamiento para la tuberculosis multirresistente y cuyo seguimiento se interrumpió a los seis meses (número y porcentaje). • Laboratorios de pruebas de sensibilidad a los medicamentos que muestran un desempeño adecuado en lo que se refiere al aseguramiento externo de la calidad (número y porcentaje). |
| <p><i>*Los indicadores de la tasa de notificación de casos incluyen casos nuevos y recaídas.</i></p> <p><i>**MR = multirresistente</i></p> <p>Sistema de información sanitaria y SyE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calificación del grado de disponibilidad de servicios específicos en los centros de salud | <p>TB/VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes de tuberculosis con estado serológico con respecto al VIH conocido (número y porcentaje). • Pacientes de tuberculosis seropositivos que reciben terapia antirretroviral durante el tratamiento de la tuberculosis (número y porcentaje). • Pacientes seropositivos sometidos a pruebas de detección de la tuberculosis en centros de atención o tratamiento del VIH (número y porcentaje). • Pacientes seropositivos que han comenzado a recibir servicios de atención del VIH y que han iniciado la terapia preventiva con isoniazida (número y porcentaje). <p>Sistema de información sanitaria y SyE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de información sobre gestión sanitaria (SIGS) u otras unidades de presentación de informes periódicos que envían los informes puntualmente conforme a las directrices nacionales. |

*Según modelos basados en los últimos datos epidemiológicos.

Referencias principales e información adicional recomendada

Antecedentes

Organización Mundial de la Salud (OMS). Global Tuberculosis Report 2013. OMS, Ginebra, 2013. http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/index.html

Organización Mundial de la Salud (OMS). The Stop TB Partnership: The global plan to stop TB, 2011-2015. <http://www.stoptb.org/global/plan/>

Detección de casos y diagnóstico

Organización Mundial de la Salud (OMS). Automated real-time nucleic acid amplification technology for rapid and simultaneous detection of tuberculosis and rifampicin resistance: Xpert MTB/RIF system for the diagnosis of pulmonary and extrapulmonary TB in adults and children.

<http://www.stoptb.org/wg/gli/assets/documents/WHO%20Policy%20Statement%20on%20Xpert%20MTB-RIF%202013%20pre%20publication%2022102013.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations. OMS, Ginebra, 2013

<http://www.who.int/tb/tbscreening/en/>

Tuberculosis infantil

Organización Mundial de la Salud (OMS). Childhood TB Roadmap: Toward Zero Deaths. OMS, Ginebra, 2013.

<http://www.who.int/tb/challenges/children/en/index.html>

Seguimiento y evaluación, planificación nacional

Organización Mundial de la Salud. Definitions and reporting framework for tuberculosis – 2013 Revision. OMS, Ginebra, 2013.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79199/1/9789241505345_eng.pdf

International Health Partnerships (IHP+). Joint Assessment of National Health Strategies and Plans. 2011.

http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Tools/JANS/JANS_tool_%26_FAQ.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). Planning and Budgeting Tool for TB Control. OMS, Ginebra, 2010. http://www.who.int/tb/dots/planning_budgeting_tool/

Organización Mundial de la Salud (OMS). Electronic recording and reporting for tuberculosis care and control. OMS, Ginebra, 2012.

http://www.who.int/tb/publications/electronic_recording_reporting/en/index.html

TB/VIH

Organización Mundial de la Salud (OMS). Política de la OMS sobre actividades de colaboración TB/VIH: guías para programas nacionales y otros interesados directos. OMS, Ginebra, 2012.

http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/es/index.html

Organización Mundial de la Salud (OMS). Guidelines for intensified tuberculosis case-finding and isoniazid preventive therapy for people living with HIV in resource-constrained settings. Directrices de la OMS, 2011. OMS, Ginebra, 2011.

http://www.who.int/tb/challenges/hiv/ICF_IPTguidelines/en/index.html

Organización Mundial de la Salud (OMS). Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users: an integrated approach. OMS, Ginebra, 2013.

http://www.who.int/tb/publications/2008/tbhiv_policy_guidelines_injecting_drugusers/en/index.html

Tuberculosis multirresistente (TB-MR)

Organización Mundial de la Salud (OMS). Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis, Emergency update 2008. OMS, Ginebra, 2008.

Organización Mundial de la Salud (OMS). [Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis – 2011 update](#). OMS, Ginebra, 2011.

http://www.who.int/tb/challenges/mdr/programmatic_guidelines_for_mdrtb/en/index.html

Organización Mundial de la Salud (OMS). The use of bedaquiline in the treatment of multidrug-resistant tuberculosis. Interim policy guidance (WHO/HTM/TB/2013.6). OMS, Ginebra, 2013.

<http://www.who.int/tb/challenges/mdr/bedaquiline/en/index.html>

Organización Mundial de la Salud (OMS). The use of short regimens for treatment of multidrug-resistant tuberculosis. OMS, Ginebra, 2012.

www.who.int/tb/challenges/mdr/short_regimen_use/

Fondo Mundial

Resource Book for Applicants and application material for the Global Fund's new funding model. <http://www.theglobalfund.org/en/fundingmodel/support/>

10 preguntas frecuentes sobre la decisión de la Junta Directiva del Fondo Mundial de solicitar una nota conceptual única para programas conjuntos de VIH y tuberculosis.

<http://www.theglobalfund.org/en/fundingmodel/support/faqs/>

Directrices y notas informativas del Fondo Mundial sobre inversión estratégica.

<http://www.theglobalfund.org/en/fundingmodel/support/infonotes/>

- [Nota Informativa sobre ampliación de la gestión eficaz de la tuberculosis farmacorresistente.](#)
- [Instrucciones de la Nota Conceptual única para la tuberculosis y el VIH y preguntas frecuentes sobre los programas conjuntos e integrados de tuberculosis y VIH.](#)
- [Nota Informativa sobre fortalecimiento de los sistemas comunitarios.](#)
- [Guidance on Health Systems Strengthening for Global Fund Applicants](#)
- [Nota Informativa sobre los derechos humanos en las subvenciones para el VIH, la tuberculosis, la malaria y el fortalecimiento de los sistemas de salud](#)

Organización Mundial de la Salud (OMS). A practical handbook on the pharmacovigilance of medicines used in the treatment of tuberculosis: enhancing the safety of the TB patient. OMS, Ginebra, 2012. www.who.int/medicines/publications/Pharmaco_TB_web_v3.pdf

Tuberculosis en las prisiones

Agencia estadounidense de desarrollo internacional, consorcio de tuberculosis para asistencia técnica y comité internacional de la Cruz Roja. Guidelines for control of Tuberculosis in prisons (2009)

<http://www.scribd.com/doc/28734882/Guidelines-for-Control-of-TB-in-Prisons>