



MEMORIA

VIII FORO ANDINO DE SALUD Y ECONOMÍA

IMPACTO ECONÓMICO DE LA TUBERCULOSIS EN
LOS PAÍSES DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS







VIII FORO ANDINO DE SALUD Y ECONOMÍA

IMPACTO ECONÓMICO DE LA TUBERCULOSIS EN
LOS PAÍSES DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

20 DE MARZO DE 2019
LIMA, PERÚ

MEMORIAS DEL VIII FORO ANDINO DE SALUD Y ECONOMÍA. “Impacto económico de la tuberculosis en los países de la región de las Américas” Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue -- Lima: ORAS - CONHU; 2019.
xx p.; ilus, tab.

SALUD / ECONOMÍA / TUBERCULOSIS / REDES DE LABORATORIOS / POLÍTICAS / DERECHOS / Indicadores

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú

Comité editorial

Dra. Nila Heredia Miranda, Secretaria Ejecutiva del ORAS - CONHU
Dr. Jorge Jemio Ortuño, Secretario Adjunto del ORAS – CONHU
Dr. Alfonso Chávarro, Consultor

Coordinación de publicación

Lic. Yaneth Clavo, Encargada de Comunicaciones

©ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2019

Av. Paseo de la República N° 3832, Lima 27 – Perú

Telf.: (00 51-1) 422-6862 / 611 3700

<http://www.orasconhu.org>

contacto@conhu.org.pe

Imprenta:

Diseño y diagramación: PROYECTOS FER

Tiraje: 100 unidades

Primera Edición. Impreso en PROYECTOS FER

Recopilación realizada en base a las exposiciones del VIII FORO ANDINO DE SALUD Y ECONOMÍA. “Impacto económico de la tuberculosis en los países de la Región de las Américas” realizado en Lima, el 20 de marzo de 2019 por el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) prestó su colaboración técnica y financiera para la elaboración de esta publicación. Los puntos de vista u opiniones contenidos en ella son exclusivos de los autores y no representan necesariamente los de la OPS/OMS.

El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido o traducido, total o parcialmente sin autorización previa, con la condición de citar específicamente la fuente y no ser usado con fines comerciales.

Derechos reservados conforme a Ley

**ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE
2019**

Dra. Lilly Gabriela Montaña Viaña
Ministra de Salud de Bolivia

Dr. Jaime Mañalich Muxi
Ministro de Salud de Chile

Dr. Juan Pablo Uribe Restrepo
Ministro de Salud y Protección Social de Colombia

Dra. Catalina Andramuño Zeballos
Ministra de Salud Pública del Ecuador

Dra. Elizabeth Zulema Tomás Gonzáles
Ministra de Salud del Perú

Dr. Carlos Humberto Alvarado González
Ministro del Poder Popular para la Salud de Venezuela

SECRETARÍA EJECUTIVA

Dra. Nila Heredia Miranda
Secretaria Ejecutiva

Dr. Jorge Jemio Ortuño
Secretario Adjunto

COMITÉ ANDINO DE SALUD Y ECONOMÍA

ROBERTO ÁVILA

Ministerio de Salud el Estado Plurinacional de Bolivia

CAROLINA BARRAGÁN

Ministerio de Salud de Chile

VERÓNICA ARAYA KLARE

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

GABRIELA CAROLINA MATA EGAS

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

SERGIO MIRANDA FLORES

EDNA ROXANA ORTIZ

Ministerio de Salud del Perú

ZAILA ALEJANDRA GONZÁLEZ VIVO

Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela

JORGE JEMIO ORTUÑO

*Coordinador del Comité Andino y Secretario Adjunto del
ORAS - CONHU*

TABLA DE CONTENIDO

ABREVIATURAS Y SIGLAS	5
INTRODUCCIÓN	10
1. INAUGURACIÓN	12
1.1 Dr. Jorge Jemio Ortuño. Secretario Adjunto del ORAS - CONHU	12
1.2 Dra. Elizabeth Zulema Tomás Gonzales. Ministra de Salud del Perú	13
1.3 Dr. Rubén Mayorga Sagastume. Coordinador del Programa Subregional para América del Sur de la OPS/OMS	14
1.4 Abog. Jorge Pedraza Gutiérrez, Secretario General de la Comunidad Andina.	14
2. PRIMER FORO: ANÁLISIS GENERAL	16
2.1 ESTRATEGIA FIN A LA TUBERCULOSIS EN LAS AMÉRICAS	16
2.1.1 Terminar con la epidemia de tuberculosis es el objetivo de la Estrategia Fin de la TB	16
2.1.2 Análisis de la incidencia de tuberculosis en las Américas	18
2.1.3 Resultados del tratamiento de la tuberculosis	20
2.1.4 Tuberculosis resistente a medicamentos	20
2.1.5 Poblaciones vulnerables	21
2.1.6 Financiamiento para poner Fin a la Tuberculosis	22
2.1.7 Recomendaciones generales para acelerar el avance hacia el Fin de la TB en las Américas	23
2.2 PROGRAMA "FORTALECIMIENTO DE LA RED DE LABORATORIOS DE TUBERCULOSIS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS"	23
2.2.1 Estrategia Fin de la Tuberculosis	23
2.2.2 Programa "Fortalecimiento de La Red de Laboratorios de Tuberculosis en la Región de las Américas" 2017 - 2019	25
2.3 ESTUDIOS ECONÓMICOS SOBRE TUBERCULOSIS EN LA REGIÓN	28
2.3.1 Introducción	28
2.3.2 Estudio: Costos de funcionamiento y mantenimiento de los Laboratorios Supranacionales. Según funciones establecidas por OMS y GLI	30
2.3.3 Costo efectividad en el diagnóstico de la Tuberculosis. LSN -LRN 20 países	35
2.4 DEBATE DEL PRIMER FORO	44
3 SEGUNDO FORO: PROBLEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS REGIONAL, LA SITUACIÓN DE LA TB EN LOS PAÍSES ANDINOS	47
3.1 MINISTERIO DE SALUD DE BOLIVIA	49
3.2 MINISTERIO DE SALUD DE CHILE	53
3.3 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA.	57
3.4 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR	63
3.5 MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ	67
3.6 MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD DE VENEZUELA	77
3.7 DEBATE DEL SEGUNDO FORO	80
4. TERCER FORO: INTEGRACIÓN Y PROPUESTA	84
4.1 EL APOORTE DE LA SOCIEDAD CIVIL: ASOCIACIÓN DE ENFERMOS DE TUBERCULOSIS "VICTORIA CASTILLO DE CANALES"	84
4.2 EL APOORTE DE LA SOCIEDAD CIVIL: ASOCIACIÓN DE PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS DEL PERÚ – ASPAT PERÚ	88
4.3 LA RESPUESTA DESDE EL SECTOR SALUD DE PERÚ FRENTE A LA TUBERCULOSIS	89
4.3.1 Situación de la TB en las Américas y en el Perú	89
4.3.2 Respuesta del sector salud	96
4.3.3 Principales desafíos	97
4.4 DEBATE: TERCER FORO	99

5. SISTEMATIZACIÓN DE RESULTADOS	101
5.1 PRINCIPALES INDICADORES DE DESARROLLO Y SALUD	101
5.2 INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DE TUBERCULOSIS	102
5.3 PRESUPUESTOS NACIONALES PARA TUBERCULOSIS	105
5.4 PLANES ESTRATÉGICOS DE CONTROL DE TUBERCULOSIS	106
5.5 AVANCES DE LA MEDICIÓN DEL GASTO EN SALUD	108
5.6 ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS SOCIALES RELACIONADOS A LA TB	111
6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL VIII FORO ANDINO DE SALUD Y ECONOMÍA	113

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Indicadores mundiales en la estrategia Fin de la TB	17
Tabla 2. Países con mayor número de casos estimados de TB en las Américas	19
Tabla 3. Países con mayor carga estimada de TB-RR/MDR	20
Tabla 4. Situación de la TB en PPL	22
Tabla 5. Costo operativo anual de LRN que funciona como LSN (en dólares)	32
Tabla 6. Costos por actividades LSN (en dólares)	33
Tabla 7. Supuestos	36
Tabla 8. Estimación nuevos casos por 1 enfermo de TB sin tratamiento un año	38
Tabla 9. Estimación de días promedio para dejar de contagiar según categoría de diagnóstico	39
Tabla 10. Alternativas Error en diagnóstico	41
Tabla 11. Información General de Bolivia	49
Tabla 12. Gasto público en salud y gasto total en salud, según tipo de gasto - Gestión 2016 (en dólares)	50
Tabla 13. Número de casos e incidencia de Tuberculosis. Gestión 2014	51
Tabla 14. Presupuesto para el Programa Nacional de Tuberculosis (en dólares)	51
Tabla 15. Información General de Chile	53
Tabla 16. Proporción de casos de TBTF por grupos de riesgo. Chile 2017	55
Tabla 17. Información General de Colombia	57
Tabla 18. Tuberculosis en poblaciones vulnerables reportadas al SIVIGILA. Colombia 2013 – 2015	60
Tabla 19. Información General de Ecuador	64
Tabla 20. Casos de TB en Ecuador	64
Tabla 21. Presupuesto para la Adquisición de Medicamentos e Insumos de la Estrategia de Tuberculosis, Años 2018, 2019 y 2020	66
Tabla 22. Información General de Venezuela	77
Tabla 23. Propuesta de temas	79
Tabla 24. Acceso a pruebas de sensibilidad	93
Tabla 25. Indicadores de desarrollo económico. Países CASE	101
Tabla 26. Indicadores básicos de salud. Países CASE	102
Tabla 27. Indicadores de Tuberculosis. Países CASE	103
Tabla 28. Resumen Planes Estratégico de Tuberculosis	107
Tabla 29. Estudios de medición del Gasto en salud	108
Tabla 30. Estudios de medición del Gasto catastrófico en salud	109
Tabla 31. Estudios de medición del Gasto catastrófico debido a la TB	110
Tabla 32. Estudios de costo efectividad relacionados al control de la TB	110

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Incidencia de TB según tipos	18
Figura 2. Laboratorios de referencia nacional	26
Figura 3. Características de los servicios de salud	29
Figura 4. Niveles de gestión de la Red Nacional de Laboratorios de TB	30

Figura 5. Brecha de financiamiento por cada LSN	35
Figura 6. Riesgo de enfermar	38
Figura 7. Tiempo transcurrido entre toma de la primera muestra, inicio del tratamiento adecuado y dar resultado negativo en BK	40
Figura 8. Criterios para el análisis de costo-efectividad	41
Figura 10. Ejes de desarrollo estratégico	85
Figura 11. Aliados Estratégicos	86
Figura 12. Disminución de brecha de detección de casos 2015-2022	91
Figura 13. Modelo de DSSS	98

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Situación actual	43
Gráfico 2. Resumen	44
Gráfico 3. Gasto público y total en salud en % del Producto Interno Bruto (PIB), según tipo de gasto - Gestión 2016	50
Gráfico 4. Tasa de morbilidad e incidencia de tuberculosis en Chile 2008-2017	54
Gráfico 5. Tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar con confirmación bacteriológica, Chile, quinquenio 2013 - 2017.	54
Gráfico 6. Distribución de número de casos de Tuberculosis Todas las Formas (TBTF) por grupo de edad y sexo, Chile 2017	55
Gráfico 7. Nacionalidad de las personas extranjeras diagnosticadas con tuberculosis en Chile 2017	56
Gráfico 8. Incidencia de tuberculosis en Colombia, 2000-2015	59
Gráfico 9. Tasas de incidencia, mortalidad y letalidad de Tuberculosis, 2013-2018	65
Gráfico 10. Tasa de incidencia de Tuberculosis resistente	65
Gráfico 11. Evolución del presupuesto para intervenciones de prevención y control de tuberculosis vs presupuesto de salud	68
Gráfico 12. Evolución del presupuesto para el soporte nutricional de la persona afectada con TB	69
Gráfico 13. Presupuesto del componente Tuberculosis del programa presupuestal 016 TB - VIH	70
Gráfico 14. Presupuesto del componente Tuberculosis según intervenciones PP016 TB - VIH	71
Gráfico 15. Evolución del presupuesto para intervenciones de prevención y control de tuberculosis vs presupuesto de salud	72
Gráfico 16. Tasa de morbilidad/mortalidad vs presupuesto inicial modificado PP 016 TB-VIH: Componente TB - AÑO 2011 - 2018	73
Gráfico 17. Presupuesto del Producto Sintomáticos Respiratorios con Despistaje de TB del PP 016 Componente TB vs Indicador de Desempeño: Proporción de SR FP"	74
Gráfico 18. Presupuesto del Producto Personas con diagnóstico de TB del PP 016 Componente TB vs Indicador de Desempeño: Cobertura de PSR en TBP FP "- Año 2015 - 2018	74
Gráfico 19. Presupuesto del producto Personas en contacto de casos de TB con control y Tratamiento preventivo del PP 016 Componente TB vs Indicador de Desempeño: Proporción de Contacto Examinado"	75
Gráfico 20. Presupuesto del Producto Personas en contacto de casos de TB con control y Tratamiento preventivo del PP 016 Componente TB vs Indicador de Desempeño: Proporción de inicio de TPI "- Año 2015 - 2018	75
Gráfico 21. Presupuesto del Producto Persona Accede a EESS y recibe tratamiento oportuno y manejo de sus complicaciones del PP 016 Componente TB vs de Desempeño: proporción de abandonos de TB sensible	76
Gráfico 22. Presupuesto del Producto Persona Accede a EESS y recibe tratamiento oportuno y manejo de sus complicaciones del PP 016 Componente TB vs Indicador de Desempeño: proporción de abandonos de TB resistente	76
Gráfico 23. Mortalidad e Incidencia notificada (TB)	79

Gráfico 24. Incidencia notificada (TB)	80
Gráfico 25. Evolución de la Tuberculosis en el Perú. 1990 – 2018	95
Gráfico 26. Incidencia de tuberculosis (por cada 100,000 personas) 2016-2017	103
Gráfico 27. Presupuesto nacional de TB 2018	106

ÍNDICE DE MAPAS

Mapa 1. Equipos para el diagnóstico rápido con relación a los casos de TB notificados	19
Mapa 2. Incidencia estimada TB 2017	90
Mapa 3. Tuberculosis resistente MDR/RR	92
Mapa 4. Tasa de incidencia de TB en Perú	94

ABREVIATURAS Y SIGLAS

AUS	Aseguramiento Universal en Salud
AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad o DALY (en inglés)
AVISA	Años de Vida Saludables Perdidos
BK	Baciloscopia
BM	Banco Mundial
CASE	Comité Andino de Salud y Economía
CMS	Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la OMS
CP	Capacidad de pago (relacionado al gasto catastrófico)
CUS	Cobertura Universal en Salud
DPCT	Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis del Perú
DPS	Departamento de Prosperidad Social
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
EPS	Empresas Promotoras de Salud
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
Fondo Mundial	Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
GBS	Gasto de bolsillo en salud
GC	Gasto catastrófico en salud
GCT	Gastos catastróficos debidos a la TB
GES	Garantías explícitas en salud Chile
GLI	Iniciativa Mundial de Laboratorio
HCM	Hospitalización, Cirugía y Maternidad
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IDIPROM	Integración Social y el Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud
INPE	Instituto Nacional Penitenciario del Perú
INS	Instituto Nacional de Salud
LRN	Laboratorio de Referencia Nacional de tuberculosis
LSN	Laboratorio de Referencia Supranacional de tuberculosis
MAIS	Modelo de Atención Integral en Salud
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
MIAS	Modelo Integral de Atención en Salud
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MINSA	Ministerio de Salud del Perú
MINSAL	Ministerio de Salud del Gobierno de Chile
MINSALUD	Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia
MINSALUD	Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia
MPPS	Ministerio del Poder Popular para la Salud de la República de Venezuela

MSP	Ministerio de Salud Pública de Ecuador
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de Salud
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
ONU	Organización de Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORAS - CONHU	Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue
PAIS	Política de Atención Integral en Salud
PAT	Persona Afectada con Tuberculosis
PBI	Producto Bruto Interno
PCA	Programa de Complementación Alimentario
PEM TB	Plan Estratégico Multisectorial Tuberculosis
PIM	Presupuesto Institucional Modificado
PNCT	Programa Nacional para el Control de la Tuberculosis
PNTB	Programa Nacional de Tuberculosis
PPA	Paridad del poder adquisitivo
PROCET	Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis (Chile)
REMSAA	Reunión de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina
Res INH	Resistencia a Isoniacida
Res RIF	Resistencia a Rifampicina
RLN	Redes de Laboratorios Nacionales
RP	Receptor Principal de los proyectos del Fondo Mundial
RRHH	Recursos Humanos
SAFCI	Programa de Salud familiar comunitaria e intercultural Bolivia
SECOMISCA	Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIDA	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
SIS	Seguro Integral de Salud
SISBEN	Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales
SUS	Sistema Único de Salud Bolivia
TB	Tuberculosis
TBDR	Tuberculosis Drogo Resistente
TB-MDR	Tuberculosis Multidrogorresistente
TB-RR/MDR	Tuberculosis Multidrogorresistente
TBTF	Tuberculosis todas las formas
TB-VIH	Coinfección TB/VIH
TB-XDR	Tuberculosis extremadamente resistente
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UNASUR	Unión de Naciones Suramericanas
VIH	Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VIH/Sida	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida





Introducción

El Convenio Hipólito Unanue surgió ante la necesidad de considerar fundamental el papel de la salud en el proceso de integración de los pueblos andinos, paralelamente a los esfuerzos de integración en las áreas económica y educacional, como una iniciativa del gobierno del Perú y de su Ministerio de Salud. Dicha iniciativa fue suscrita por los seis países andinos en la primera REMSAA, celebrada en 1971 en Lima. Como resultado de dicho convenio, surge el Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS - CONHU), un organismo de integración Subregional, cuyo objetivo ha sido coordinar y apoyar los esfuerzos que realizan los países miembros, individual o colectivamente, para el mejoramiento de la salud de sus pueblos.

El Comité Andino de Salud y Economía (CASE) fue creado a partir de la Resolución REMSAA XXVI/ 401 (Santiago, Chile, marzo 31 del 2005) y tiene como objetivos: generar propuestas para el incremento y mejora de la inversión en salud para el desarrollo económico y social en el marco del proceso de integración subregional, y promover el desarrollo de bases de información y nuevos indicadores que permitan evaluar la importancia de la inversión en salud para el desarrollo económico y social. Así mismo, cada dos años ha venido realizando foros

sobre un tema de importancia regional, por lo que en 2017, tras el llamado de la Declaración de Moscú para poner Fin a la Tuberculosis (2017)¹, y el compromiso suscrito por los Jefes de Estado y gobierno en la Asamblea General de las Naciones Unidas, se determinó como tema del VIII Foro, el "Impacto económico de la tuberculosis en los países de la región de las Américas".

En esta ocasión, el tema seleccionado se desarrolló en cuatro momentos que se describen en el presente documento: Inauguración, análisis general y regional, integración, y propuesta. En consecuencia, el VIII Foro Andino de Salud y Economía reúne en esta edición a los jefes de Planeamiento y Presupuesto y delegados del Comité Andino de Salud y Economía de los Ministerios de Salud de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, así como a diversas entidades, organizaciones sociales, académicas y sociedad civil. Como se podrá ver en estas memorias, los grandes desafíos globales establecidos en la Estrategia Fin a la Tuberculosis para el 2030 requiere el fortalecimiento del trabajo intersectorial, de la integración, la cooperación, la solidaridad y complementación, con la visión de lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la garantía del derecho a la salud.

¹ Fuente: Declaración de Moscú para poner fin a la TB en la Primera Conferencia Ministerial Mundial de la OMS. Poner fin a la Tuberculosis en la era del desarrollo sostenible una Respuesta multisectorial. Moscú (Federación de Rusia) el 16 al 17 de noviembre del 2017





1. Inauguración



1.1 DR. JORGE JEMIO ORTUÑO. SECRETARIO ADJUNTO DEL ORAS - CONHU

El VIII Foro Andino de Salud y Economía es organizado por el ORAS - CONHU que, a partir de su creación en 1971, suma 47 años de trabajo permanente y de integración de los Ministerios de Salud de los seis países: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. El presente Foro Andino, forma parte de la planificación anual del ORAS - CONHU y corresponde a la línea de fortalecimiento institucional donde se encuentra el Comité Andino de Salud y Economía (CASE). Según los documentos constitutivos de este Comité en la región, la economía de la salud integra las teorías, los saberes y los conceptos que buscan la equidad en la investigación, las intervenciones de las problemáticas sociales, de la medicina, de los servicios, y de la salud de la población. La emergencia de esta especialidad se asocia a una prioridad contemporánea de orden social, técnico y financiero. Si bien desde el 2001 ya existieron iniciativas como la de la Organización Mundial

de la Salud (OMS) con la creación de una Comisión sobre Macroeconomía en Salud y, además, otras comisiones formadas en el Caribe y en MERCOSUR, la idea del Comité Andino de Salud y Economía se origina en varias reuniones, para mencionar una de ellas, la XV Reunión del Consejo Presidencial Andino en el 2004 y finalmente, se concreta con la creación de la Comisión Andina de Salud y Economía por decisión de la XXVI REMSAA, realizada en Santiago de Chile en marzo del 2008. Desde entonces, este Comité emprendió sus tareas orientadas por el objetivo de concretar una alianza de los países andinos para el fortalecimiento de los instrumentos de análisis y evaluación económica en salud, y para la generación de investigaciones en salud y economía, beneficiando el desarrollo del sector salud de la Región Andina, y una de las actividades que se desarrolla periódicamente, y ya es algo tradicional, es el Foro Andino de Salud y Economía que aborda temas de interés ministerial para la gestión de temas de salud.

El anterior Foro Andino se realizó en Lima, el 2 y 3 de marzo de 2017, teniendo como sede la Comunidad Andina, y el tema planteado fue El Financiamiento de los Sistemas de Salud y la Eficiencia para la Salud Universal en la Región. En esta oportunidad el tema elegido es el "Impacto económico de la tuberculosis en los países de la región de las Américas", sumándose a los esfuerzos mundiales y regionales para lograr el fin de la tuberculosis. Este Foro será una demostración más de que, sumando esfuerzos en los países andinos, podemos enfrentar mejor la tuberculosis como problema de la salud internacional

que implica también a la diplomacia, entendida como la voluntad y la necesidad de entenderse y desarrollar intervenciones conjuntas. Por ejemplo, en las fronteras podemos tejer y tender la salud, como puente para la paz y la solidaridad en los seis países andinos. A tiempo de reiterar el saludo a las autoridades y dignos visitantes presentes, deseo éxito en este VIII Foro Andino de Salud y Economía, que con sus resultados nos acercará más a cumplir con el derecho a la salud de la población y en el marco de la integración andina en salud. Finalmente, hago expreso el agradecimiento al Ministerio de Salud del Perú, al Programa Subregional para América del Sur de la OPS/OMS, al Comité Andino de Salud y Economía, y a la Comunidad Andina por el apoyo en la organización conjunta de este evento.

enfermedades que es un gran flagelo, sobre todo en el Perú; ocupamos el segundo lugar en América Latina con esta enfermedad, después de Haití. Perú tiene más de 32 000 pacientes en tratamiento con tuberculosis, de los cuales más de 15 000 se encuentran en Lima metropolitana. Por ende, como política de Estado, dentro de la cuarta política estratégica del señor presidente, está el desarrollo, crecimiento y bienestar de la población de nuestro país y dentro de ello, está la política, no solamente de anemia y desnutrición, sino también de tuberculosis y salud mental. Tuvimos en el 2018 una financiación de 428 millones de soles para el tratamiento de tuberculosis y el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Es decir, se evidencia la importancia que brinda el Gobierno a estos temas.



1.2 DRA. ELIZABETH ZULEMA TOMÁS GONZALES. MINISTRA DE SALUD DEL PERÚ

Hoy nos encontramos reunidos para seguir con una de las políticas que tiene el ORAS-CONHU, el VIII Foro Andino de Salud y Economía, el cual tiene que ver con la importancia del impacto económico de la tuberculosis en los países de América Latina. El Perú se complace de la presencia de cada uno de ustedes y de los ponentes que abordarán este tema: una de las

Tenemos la estadística de que 10 millones de pacientes a nivel mundial padecen de tuberculosis, de los cuales más de 1 300 000 han fallecido por esta enfermedad, pero también sabemos que muchas personas que padecen la enfermedad no llegan al establecimiento de salud. Solicito el apoyo de cada uno de ustedes en sus respectivos países, porque tenemos que lograr que las personas entiendan que esta enfermedad se cura y que es prevenible y, dentro de este compromiso del derecho a la salud, tenemos que contribuir a prevenirla.

En los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) se ha estipulado la meta para 2030: poner fin a la tuberculosis. Sabemos que la tuberculosis está avanzando en dos patologías complejas: resistencia bacteriana y resistencia a los medicamentos. No podemos permitir que esto siga avanzando en ninguno de nuestros países.

Quiero agradecer a la Comisión Organizadora de este Foro Andino de Salud y Economía porque ya se viene hablando acerca de la

prevención y la lucha contra la tuberculosis, pero no se habla del apoyo económico. Hemos tenido el aporte económico en los últimos años, pero es apremiante la gestión y la eficiencia del gasto, y que el tratamiento llegue a todas las personas que lo necesitan. Tenemos que aprender a planificar, gestionar, realizar un gasto eficiente. Estamos fallando en la planificación y, por ende, en los otros procesos. Tenemos una tarea ardua desde el punto de vista económico, del énfasis en la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud. Con el compromiso y la vocación de servicio de cada uno, podemos lograrlo. Doy la bienvenida a los hermanos países andinos que hoy se encuentran en el Perú, y también les deseo una feliz estadía.



1.3 DR. RUBÉN MAYORGA SAGASTUME, COORDINADOR DEL PROGRAMA SUBREGIONAL PARA AMÉRICA DEL SUR (OPS).

Soy el Coordinador del Programa Sub-regional para América del Sur de la OPS, y precisamente, una de nuestras contrapartes más importantes es el ORAS - CONHU, como órgano especializado del Sistema Andino de Integración y que integra a seis países andinos, en este esfuerzo para mejorar la salud de los ciudadanos y ciudadanas de América del Sur.

Hemos acompañado al ORAS - CONHU de manera muy fuerte en estos últimos dos años desde que se instaló el Programa Subregional, aquí en Lima, y hemos podido incursionar en varias áreas de cooperación como, por ejemplo, enfermedades no transmisibles; el trabajo en las fronteras; la gestión de riesgos de emergencias y desastres en salud. Tenemos este programa de cooperación con el ORAS - CONHU a nivel regional para el fortalecimiento de los laboratorios supranacionales y redes de laboratorios nacionales en 21 países de América Latina.

Este es el VIII Foro Andino de Salud y Economía que el ORAS-CONHU organiza, cada uno de estos encuentros es diferente y es muy oportuno que en esta ocasión sea sobre tuberculosis porque, precisamente, como verán en algunas de las presentaciones, la brecha económica que hay para abordar el tema en la región es del orden de los 3500 millones de dólares para la atención, y de 1300 millones de dólares para la investigación. La meta que nos hemos puesto de ponerle fin a la tuberculosis no se logrará sin el esfuerzo de mayores inversiones. Así que saludo vivamente esta reunión, el esfuerzo que le está poniendo el ORAS - CONHU, los Ministerios de Salud de todos los países y la CAN, porque juntos podemos armar estrategias que pueden dar mejores resultados y que ahorran mucho en tiempo y recursos humanos. Les deseo que tengan una reunión muy productiva.



1.4 ABOG. JORGE PEDRAZA GUTIÉRREZ, SECRETARIO GENERAL DE LA COMUNIDAD ANDINA.

Quiero saludar a los delegados de cada uno de los países andinos, sé que ustedes tienen mesas técnicas y que trabajan utilizando la virtualidad, pero sí que hacen faltan estos encuentros para hacernos más visibles ante la Comunidad Andina (CAN) y ante la sociedad y así crear más dolientes frente a los problemas que tenemos hoy en América Latina y que, por supuesto, en la Comunidad Andina no son excepciones. Creo en la unión de los pueblos, y particularmente en el fenómeno de la integración que se gestó hace 50 años para darle nacimiento a la Comunidad Andina. El asunto más importante es cómo debemos unir esfuerzos para combatir endemias, pandemias y males que no hemos podido erradicar por varios factores que, seguramente, no son del caso analizar aquí. Tengo la convicción que es responsabilidad de los Estados y de los Gobiernos, pero también es una tarea de la población, de las organizaciones y de la Comunidad Andina promover la unión de esfuerzos junto con los Gobiernos.

El Programa "Fortalecimiento de la Red de Laboratorios de Tuberculosis en la Región de las Américas" es un programa aprobado y financiado por el Fondo Mundial

de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, que busca fortalecer tres Laboratorios Supranacionales de América Latina, el cual es ejecutado por el ORAS - CONHU como Receptor Principal y con la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (SECOMISCA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en calidad de Subreceptores. El programa inició en enero del 2017 y culminará el 30 de diciembre del 2019, e involucra a veinte países de América Latina. Me complace muchísimo, que se desarrolle este proceso.

Hoy, la tuberculosis continúa siendo una de las enfermedades que causa mayor mortalidad, de tal manera que la presencia de ustedes en un evento, testifica el interés de nuestros Gobiernos, para trabajar unidos en la lucha contra este mal que sigue cobrando vidas humanas. La tarea, además, es involucrar a todos los sectores y órganos del Estado, a todas las entidades relacionadas con la vida de nuestras poblaciones, y a todas las formas en que se organiza la sociedad, porque en ella no están sólo los problemas sino también las soluciones a construir. Si logramos políticas eficaces, se logrará fomentar el bienestar de la población. Solamente me resta decirles que se sientan en su casa. ¡Bienvenidos y bienvenidas!



Ministra de Salud del Perú inaugura el VIII Foro Andino de Salud y Economía.



Comité Andino de Salud y Economía.





2. Primer Foro: Análisis General

2.1 ESTRATEGIA FIN A LA TUBERCULOSIS EN LAS AMÉRICAS

Dr. Carlos Arósquipa Rodríguez, Consultor Internacional OPS/OMS.

Programa Subregional para América del Sur.
Organización Panamericana de la Salud/
Organización Mundial de la Salud

2.1.1 Terminar con la epidemia de tuberculosis es el objetivo de la Estrategia Fin de la TB

La Estrategia Fin de la Tuberculosis, como todos lo saben, significa fortalecer los sistemas nacionales de salud, las estrategias y los programas de salud pública, en particular, aquella que está relacionada a la detección y tratamiento de las personas con tuberculosis; pero, sobre todo, poner un especial énfasis en el trabajo multisectorial, de acuerdo a lo consignado en la Primera Conferencia Ministerial Mundial de la OMS: Poner Fin a la Tuberculosis en la Era del Desarrollo Sostenible: una Respuesta Multisectorial, Moscú (16-17 de noviembre de 2017). También, significa fortalecer la

investigación operativa, porque se necesita tener mayores y mejores evidencias para mejorar los sistemas de salud nacionales, lo que, además, incluye las compras, la logística, la adquisición de medicamentos, la provisión y la adherencia a los medicamentos por parte de los pacientes. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su reunión de Ministros de Salud, en particular, en la 54ª Reunión de Consejo, 67ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (Washington, D.C., del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015), adoptó una resolución que planteó la Estrategia de la Región de las Américas para establecer la lucha contra esta enfermedad. Teniendo una Estrategia Global, una Estrategia Regional y más los programas nacionales, el balance no resulta esperanzador ya que los objetivos que se han planteado para esta Estrategia (reducir las muertes, la incidencia y presencia de casos nuevos, y evitar el gasto catastrófico, por parte de las personas víctimas de la enfermedad) no son otros más que los que están en los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Tabla 1. Indicadores mundiales en la estrategia Fin de la TB

	BASE	ACTUAL	HITOS		METAS DE LOS ODS	METAS FIN DE LA TB
	2015	2017	2020	2025	2030	2035
	% de reducción (valor absoluto)					
Reducir el número de muertes por TB, en comparación con 2015	25.100	24.000	35% (16.300)	75% (6.300)	90% (2.500)	95% (1.300)
Reducir la incidencia de TB en comparación con 2015	27,3	28,0	20% (21,6)	50% (13,6)	80% (5,6)	90% (2,7)
Porcentaje de hogares que enfrentan costos catastróficos debidos a la TB	N.D.	N.D.	0%	0%	0%	0%

Fuente: Presentación Dr. Carlos Arosquipa Rodríguez, Consultor Internacional OPS/OMS. VIII Foro Andino Salud y Economía. Lima, 2019.

A la fecha, los indicadores disponibles en la Región de las Américas muestran que no estamos en el camino para lograr alcanzar estas metas, tanto en lo que se refiere a la reducción de la mortalidad, como acerca de la incidencia. Por ejemplo, en relación con el número de muertes entre el 2000 y el 2017, las muertes disminuyeron en promedio un 2,5% anual; pero para alcanzar la meta del 2020 se debería descender a un 12% anual en los próximos años y continuar en descenso para alcanzar una reducción del 95% para el 2035, con respecto al 2015.

La tasa estimada de incidencia, es decir, los casos nuevos, disminuyeron lentamente, con un descenso promedio de 1,6% anual entre 2000 y 2017 y un aumento en el último año. Para lograr la meta propuesta para el 2020, la velocidad de descenso debería ser del 8% anual en los próximos años. En relación con el gasto catastrófico, que es el tercer indicador, los países no cuentan con información que permitan medir el indicador, por lo cual se recomienda que se implementen encuestas nacionales con la finalidad de tener data. La meta es que el gasto catastrófico sea cero.

2.1.2 Análisis de la incidencia de tuberculosis en las Américas

Figura 1. Incidencia de TB según tipos

Fuente: Presentación Dr. Carlos Arosquipa Rodríguez, Consultor Internacional OPS/OMS. VIII Foro Andino Salud y Economía. Lima, 2019.

Si se analiza la incidencia en tuberculosis, se aprecia una brecha significativa. La incidencia se estima para el 2017 en aproximadamente 282 000 casos nuevos, y recaídas de TB para la región de las Américas, un 3% de la carga mundial de TB (10 millones de casos), y una tasa de incidencia de 28 por 100 000 habitantes. En las Américas, la tasa de incidencia no es igual por región, la más alta se observó en el Caribe (61,2 por 100

000 habitantes), seguido de América del Sur (46,2), América Central y México (25,9) y Norte América (3,3). En el 2017 se estimó que el 87% de los casos de TB se encontraban en diez países. El 45% de todos los casos nuevos estimados en la región de las Américas se concentran en Brasil (32%) y Perú (13%). Además, la brecha en el diagnóstico no ha disminuido, aproximadamente, 50 000 casos no se están detectando en toda la región.

Tabla 2. Países con mayor número de casos estimados de TB en las Américas

Nº	PAÍS	CASOS ESTIMADOS	PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE CASOS	PORCENTAJE ACUMULADO
1	Brasil	91.000	32%	32%
2	Perú	37.000	13%	45%
3	México	28.000	10%	55%
4	Haití	20.000	7%	62%
5	Colombia	16.000	6%	68%
6	Venezuela	13.000	5%	73%
7	Argentina	12.000	4%	77%
8	Bolivia	12.000	4%	81%
9	Estados Unidos	10.000	4%	85%
10	Ecuador	7.200	3%	87%
Resto de América		35.800	13%	100%
Total		282.000	100%	100%

Fuente: OMS. Informe mundial sobre la tuberculosis 2018.

La demora en el diagnóstico de la TB es uno de los problemas claves a resolver. Esto

implica un desafío enorme por hacer una detección adecuada y oportuna.

Mapa 1. Equipos para el diagnóstico rápido con relación a los casos de TB notificados



Fuente: OMS. Informe mundial sobre la tuberculosis 2018.

Es importante reconocer los esfuerzos de incorporación de nuevas metodologías como, por ejemplo, el diagnóstico rápido, pero no hay una correlación apropiada ya que, solamente, el 13% de los casos en 2017 fueron diagnosticados con esta técnica. El diagnóstico precoz puede fortalecerse mediante pruebas rápidas, como el Xpert® MTB/RIF. La expansión en la infraestructura para realizar el diagnóstico rápido en la Región ha sido importante, aunque heterogénea (Mapa 1), aumentando de 11 equipos en 2011 a más de 400 en el 2017.

2.1.3 Resultados del tratamiento de la tuberculosis

En relación al tratamiento, la Estrategia plantea que de 10 pacientes tratados con TB, nueve se curan, pero en la Región el éxito en el tratamiento llega al 75,4%, hay

una brecha y esto no se ha modificado en los últimos años, lo que implica un desafío enorme, como trabajar más de cerca con las personas afectadas, con la comunidad, enfrentar los determinantes sociales de la salud, así como el uso de tecnologías apropiadas, que permitan aumentar el porcentaje de éxito en el tratamiento. Hay diferencias entre las subregiones, pero en América del Sur es donde se encuentra el más bajo porcentaje de éxito en el tratamiento

2.1.4 Tuberculosis resistente a medicamentos

La resistencia a los medicamentos es un problema bastante serio a nivel global y, en particular, en la Región, que ha generado un incremento en el costo del abordaje de esta enfermedad.

Tabla 3. Países con mayor carga estimada de TB-RR/MDR

CASOS DE TB RR/MDR ESTIMADOS			
PAÍS	NÚMERO ESTIMADO	PORCENTAJE DE CASOS DE TB-RR/MDR SOBRE EL TOTAL DE CASOS TB POR PAÍS	PORCENTAJE ACUMULADO SOBRE EL TOTAL DE CASOS DE LAS AMÉRICAS
Perú	3.500	9%	30,9%
Brasil	2.400	3%	52,1%
México	970	3%	60,6%
Ecuador	650	9%	66,3%
Haití	600	3%	71,6%
Colombia	570	4%	76,7%
Argentina	540	5%	81,4%
Venezuela	420	3%	85,1%
Bolivia	380	3%	88,5%
Estados Unidos	290	3%	91,0%
Resto de América	1.000	3%	100,0%
Las Américas	11.000	4%	100,0%

NOTA: Las cifras están redondeadas.

Fuente: OMS Informe mundial sobre la tuberculosis 2018.

En 2017, se estimó que aproximadamente 11 000 casos de TB tendrían resistencia a la rifampicina (TB-RR) o a rifampicina e isoniacida (TB-MDR), de los cuales solo el 37% fue notificado, dejando 6900 casos con tuberculosis multidrogorresistente (TB-RR/

MDR) no diagnosticados ni tratados, lo que tiene un gran impacto en la transmisión de la enfermedad a otras personas. Cinco países de las Américas concentran el 70% de los casos estimados de TB RR/MDR.

En el mismo sentido, el acceso universal a las Pruebas de Sensibilidad a las Drogas (PSD) es clave para mejorar la detección de casos TB-RR/MDR. Sin embargo, en el 2017, tan solo el 33% de los pacientes de TB recibieron una PSD, es decir, 3000 pacientes menos que en el año anterior. En los casos nuevos disminuyó el acceso en un 11%. Es fundamental, que más personas sean sometidas para detectar los casos TB-RR/MDR.

Por otro lado, el resultado de tratamiento de los pacientes TB-RR/MDR en 2015, mostró una tasa de éxito de tan solo 56%. El 26% TB-RR/MDR que iniciaron tratamiento, no terminaron. Un aspecto clave es la adherencia al tratamiento. La incorporación de los esquemas acortados es clave para el logro de mejores resultados del tratamiento, lo que supone otro desafío. En el 2017, nueve países reportaron casos de TB extensamente resistente (TB-XDR) con un total de 121 casos, el 94% de ellos en América del Sur. Esto sin contar la incidencia en la población vulnerable.

2.1.5 Poblaciones vulnerables

Como se suele afirmar, la tuberculosis es una expresión de los Determinantes Sociales de la Salud. La TB es una enfermedad asociada directamente a la pobreza. Hay poblaciones más vulnerables que otras y es, justamente, en los entornos de estas poblaciones, donde esta enfermedad causa muchos más estragos. Para 2017 se estimaron 33 200 casos de TB (12% del total) en niños y niñas menores de 15 años. A pesar de ello, tan solo se notificaron 10 240 casos, es decir, solo el 31% de los casos en esta población, a diferencia del 80% que se detecta en la población mayor. Sin duda, aquí hay un importante desafío. En cuanto al tratamiento en este grupo de edad, el éxito alcanzó el 79% en 2016, con una pérdida de seguimiento del 7% y un 10% de niñas y niños no evaluados. Para el caso de otras poblaciones vulnerables, como las privadas de libertad (PPL), se presenta una incidencia de TB muy superior a la de la población general. Es un grupo poblacional en el cual es necesario afianzar los esfuerzos.

Tabla 4. Situación de la TB en PPL

PAÍS	AÑO DE INFORMACIÓN	INCIDENCIA TB NOTIFICADA EN POBLACIÓN GENERAL X 100.000	INCIDENCIA TB EN PRISIONES EN PRISIONES X 100.000	RIESGO RELATIVO DE TB EN PPL
Argentina	2015	24,4	420,9	17,2
Bolivia	2017	68,8	986,8	14,3
Brasil	2016	36,3	883,7	24,3
Ecuador	2016-2017	33,0	1.674,0	50,7
El Salvador	2016-2017	48,2	4.765,7	99,0
Guatemala	2016-2017	19,0	91,2	4,8
Guyana	2017	15,7	487,8	8,5
Haití	2017	139,1	3.202,7	23,0
Honduras	2016-2017	32,1	1.223,6	38,2
Jamaica	2016-2017	3,6	0,0	
México	2016-2017	17,3	195,0	11,2
Perú	2016-2017	135,2	2.812,0	20,8
R. Dominicana	2016-2017	38,5	989,1	25,7
Surinam	2016-2017	20,4	43,7	2,1

Fuente: OPS. Encuesta a Programas nacionales de control de la tuberculosis 2018.

Por su parte, en relación a la situación de la TB en la población indígena, se observa un aumento en la detección en los últimos años y una incidencia de hasta 9 veces mayor que en población general.

2.1.6 Financiamiento para poner Fin a la Tuberculosis

Es evidente que hay recursos para la lucha contra la TB, ya que ha habido un esfuerzo de los gobiernos por mejorar la disponibilidad de estos. No obstante, en algunos países el porcentaje de ejecución es bajo. Eso se observa en la Región, la existencia de una brecha entre los recursos presupuestados y los ejecutados. De lo anterior, se puede deducir que el avance en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la TB requiere una financiación adecuada y sostenida a lo largo de los años, por eso es necesario el uso eficiente de los recursos. En general, observando que hay diferentes fuentes de financiación en América del Sur, la financiación con recursos nacionales alcanza un 90,7%, lo que significa que el esfuerzo es básicamente nacional.

En la Región de las Américas, hay una brecha de financiamiento de 3500 millones dólares, y los estimados más conservadores señalan que se requieren 10 400 millones de dólares para ejecutar programas adecuados para prevenir, diagnosticar y atender la TB, pero sólo se tiene 7000 millones. Se necesitan 2000 millones para investigación y hay déficit de financiamiento de 1300 millones. El balance, en síntesis, no es alentador. Se necesita mejorar las capacidades y profundizar los esfuerzos, para poner fin a la TB.

2.1.7 Recomendaciones generales para acelerar el avance hacia el Fin de la TB en las Américas

- Es apremiante llevar a cabo las estrategias necesarias para superar las deficiencias

anotadas. Se requiere, por ejemplo, mejorar y acelerar la implementación y expansión del diagnóstico temprano usando las nuevas pruebas rápidas moleculares. Para mejorar los resultados del tratamiento de TB, se hace necesaria la implementación de los esquemas acortados de TB-MDR y la introducción de medicamentos pediátricos. Para promover la equidad en salud es imperativo afianzar esfuerzos con poblaciones vulnerables y trabajar para solucionar los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) con un enfoque intersectorial, centrado en la persona y la comunidad.

- Es preciso promover los abordajes especiales como la Iniciativa de Control de la TB en Grandes Ciudades, que ha logrado comprometer a diferentes autoridades locales en la región, y el Frente Parlamentario de Tuberculosis, otra iniciativa importante, que constituye un aliado clave para conseguir el financiamiento adicional y la expansión de la investigación operativa para empoderar a autoridades locales.
- Resulta fundamental cerrar las brechas en el financiamiento y reducir la dependencia de fondos externos. Se requieren mayores esfuerzos en la lucha contra la TB, de no ser así, va a ser muy difícil alcanzar las metas propuestas para el 2035. También es prioridad realizar más investigación operativa y social.
- Es sabido que el 24 de marzo, Día Mundial de Lucha contra la TB, tiene el mensaje: Ahora es el momento de actuar. Estamos precisamente ante una nueva oportunidad para reencausar las acciones para el logro de los indicadores.
- Al hacer el balance, existen desafíos enormes. Se reconoce el esfuerzo del ORAS - CONHU que ha puesto este tema en la Agenda. Sin embargo, el actor

protagónico y el más importante son los propios países. En ese sentido, estamos dispuestos para ayudar a los Ministerios de Salud de los países andinos y a las personas que están trabajando en la lucha contra esta enfermedad.

2.2 PROGRAMA FORTALECIMIENTO DE LA RED DE LABORATORIOS DE TUBERCULOSIS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Lourdes Kusunoki Fuero

Coordinadora General, Programa de Fortalecimiento de la Red de Laboratorios de TB en la Región de las Américas. ORAS - CONHU

2.2.1 Estrategia Fin de la Tuberculosis

En el ORAS - CONHU, los Ministerios de Salud de los seis países andinos suman esfuerzos y capacidades para enfrentar situaciones comunes, de manera conjunta, bajo el principio de la salud como derecho humano fundamental. En ese sentido, para cumplir las metas de la Estrategia Fin a la TB, se empieza reconociendo que los Estados, diferentes entidades y organizaciones están comprometidas en alcanzar el fin a la TB en el menor tiempo posible. Se parte del supuesto de que se puede poner fin a la TB si se reducen realmente los casos y las muertes por tuberculosis y si se elimina la carga económica y social de la enfermedad.

¿Cómo se puede poner fin a la epidemia mundial de tuberculosis? Ello se dará si se modifican las condiciones de vida de la población, los determinantes sociales y económicos que inciden en la salud. Mientras no se resuelvan los problemas estructurales será muy difícil llegar a las metas propuestas en esta estrategia. En segundo lugar, tiene que darse un incremento en la captación de personas con TB. Mientras no se aumente la captación, las personas con TB que no son

diagnosticadas van a seguir transmitiendo la TB a los demás y los números de personas infectadas seguirán aumentando, lo cual impacta económicamente en los presupuestos nacionales. Para tener diagnósticos oportunos, es fundamental buscar a los pacientes con TB, así como mejorar la calidad de los métodos de diagnóstico. En tercer lugar, trabajar de manera articulada entre los programas nacionales de TB y las direcciones de laboratorio para lograr mejores resultados.

En relación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el ODS 3: Salud y bienestar, se ha propuesto para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas; y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles. Además de la Estrategia Fin de la TB, en los ODS se han planteado como meta al 2030 tener el 90% de descenso en muertes por tuberculosis. Si se miran las cifras, ésta es una meta muy alta porque hay un informe, solicitado por el Frente Parlamentario para las Américas de Lucha contra la TB, en el que se evidencia que, desde el 2000 hasta el 2015, sólo ha disminuido el 20% de muertes por tuberculosis, pero para el 2030 piden la reducción del 90% en comparación a las muertes del 2015 (1.8 millones de muertes por TB).

Entonces, si en 15 años sólo se ha reducido el 20%, y el objetivo en 15 años es reducir el 90%, es imperativo trabajar de manera diferente, porque si se continúa avanzando de forma tan lenta, se producirán 28 millones de muertes más, y la meta de eliminar la TB se retrasará otros 50 años. Es decir, se alcanzaría en 150 años, o sea, diez veces más de lo previsto en los ODS.

Las Ministras y Ministros de Salud de los países andinos han adoptado acciones conjuntas para atender esta problemática.

En la Resolución REMSAA XXXVI/514 denominada Fin a la Tuberculosis (Caracas, 5 de mayo de 2017), se resuelve:

1. Conformar el Grupo de Trabajo de tuberculosis, con los encargados de la prevención, control, atención integrada y tratamiento de esta enfermedad, para elaborar el "Plan Subregional Andino 2018-2025 para el fin de la tuberculosis" en el marco de la estrategia mundial "Fin de la Tuberculosis 2015" de OPS/OMS.
 2. Fortalecer en cada país los mecanismos de coordinación, evaluación y seguimiento inter e intrainstitucionales con la finalidad de facilitar el cumplimiento de los objetivos establecidos en el Programa "Fortalecimiento de la Red de Laboratorios de la Tuberculosis en la Región de las Américas".
- Continuar con el fortalecimiento de las redes de laboratorios: Red de Institutos nacionales de salud.
 - Buscar resolver las grandes inequidades sociales y en la distribución de la riqueza.
 - Desarrollo de procesos de intersectorialidad para atender la determinación social de la salud, y las causas estructurales de la TB.
 - Brindar prioridad de atención a poblaciones desatendidas, a los pueblos indígenas, afro-descendientes y personas privadas de la libertad.

Desde el 2017, se cuenta con el Comité Andino para la Prevención y Control de la Tuberculosis en el ORAS - CONHU. Así mismo, en dicho Organismo, el 15 febrero de 2018 se realizó una Reunión de Ministros y Secretarios de Salud centrada en la "Contribución de la Integración Regional a la Meta Fin a la Tuberculosis", en donde la discusión se centró en la Contribución de la Integración Regional a la Meta del Fin de la TB, cuyos principales puntos son los siguientes:

- Dar relevancia e importancia política a la TB no sólo en las agendas nacionales sino también en los espacios regionales y subregionales como el ORAS - CONHU, SECOMISCA, MERCOSUR.
- Materializar la prioridad del financiamiento e inversión en estabilidad y formación del recurso humano en los Programas Nacionales de Tuberculosis.

De otra parte, otra prioridad para el ORAS - CONHU se refiere a los acuerdos de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Lucha contra la Tuberculosis y su Declaración Política "Unidos para poner fin a la tuberculosis: una respuesta mundial urgente a una epidemia mundial", realizada el 26 septiembre de 2018. Esta es una de las primeras veces, en esta última etapa, en que el tema de TB se ha puesto al nivel de los presidentes, se han reconocido muchas deficiencias y se han hecho muchas propuestas que el ORAS - CONHU a nivel subregional puede apoyar, ya que los países tienen que rendir cuentas de estos acuerdos en el 2020, y así mismo, hacer informes de avance en relación con lo propuesto en esta declaración política.

2.2.2 Programa "Fortalecimiento de La Red de Laboratorios de Tuberculosis en la Región de las Américas" 2017 - 2019

Actualmente, el ORAS - CONHU participa en el Programa Fortalecimiento de Laboratorio de Tuberculosis en las Américas, una subvención del Fondo Mundial, del cual el ORAS - CONHU es el receptor principal, junto a otros dos subreceptores, la OPS

(Organización Panamericana de la Salud) y SECOMISCA (Secretaría Ejecutiva del Comité de Ministros de Salud de Centro América y República Dominicana). En este Programa se cuenta con 20 países para trabajar en el fortalecimiento de las redes de laboratorios de tuberculosis. Se trabaja principalmente con tres laboratorios, denominados los Laboratorios Supranacionales de Tuberculosis (LSN), situados en Argentina, Chile y México. Estos LSN, en realidad, son la parte más activa de todo este proyecto. La OPS es la parte técnica, el ORAS - CONHU es el receptor principal, y SECOMISCA también actúa como subreceptor principal para los 20 países.

La importancia en este Programa reside en que se enmarca en el primer pilar de la Estrategia, denominado Atención y prevención integradas y centradas en el paciente. Diagnóstico, tratamiento y profilaxis, en el que se ha decidido trabajar con los programas nacionales y los laboratorios de TB. Desde luego, esto es muy complejo porque involucra a 20 países, y cuyos actores son: el Fondo Mundial, el ORAS-CONHU, SECOMISCA, OPS, el Agente Local del Fondo (ALF), el CAR IAG, que es el que nos hace monitoreo estratégico, los tres LSN, los 20 LRN, las 20 Redes de Laboratorios Nacionales (RLN), los 20 Ministerios o Secretarías de Salud

y los 20 Programas Nacionales para el control de la tuberculosis. Con todos ellos se tiene que mantener coordinación en todas las actividades.

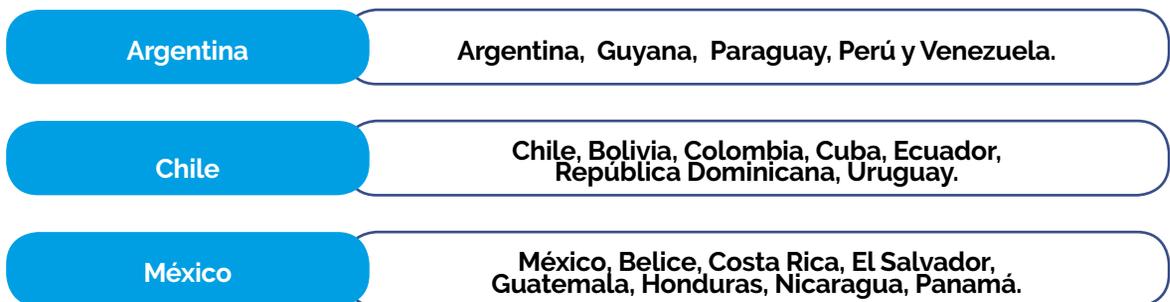
El objetivo general del Programa es contribuir a reducir la brecha en detección de casos de tuberculosis en las Américas mediante el fortalecimiento de la capacidad diagnóstica de las redes de laboratorios constituidas en la Región. La subvención ha comenzado en enero de 2017 y terminará el 31 de diciembre de 2019.

El primer objetivo específico, consiste en fortalecer las capacidades técnico-administrativas de los tres laboratorios supranacionales de TB para el cumplimiento de sus términos de referencia (en apoyo a las redes nacionales de laboratorio de TB):

- Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas. Argentina.
- Instituto de Salud Pública. Santiago de Chile.
- Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica. México.

El segundo objetivo específico, apunta a fortalecer las redes nacionales de laboratorios de TB de veinte países de las Américas mediante la generación de capacidades técnico-gerenciales.

Figura 2. Laboratorios de referencia nacional



Fuente: Presentación Dra. Lourdes Kusunoki, Coordinadora General, Programa de Fortalecimiento de la Red de Laboratorios de TB en la Región de las Américas. ORAS - CONHU. VIII Foro Andino Salud y Economía. Lima, 2019.

El tercer objetivo, promover la autosostenibilidad de la asistencia supranacional de tres LSN de TB, es uno de los temas más duros y fuertes. Dado que, en la mayoría de los países, las cosas se realizan mientras están vigentes los proyectos, y cuando éstos terminan todo se acaba. Por esto, el Fondo Mundial, solicita velar por la sostenibilidad de los resultados que se han tenido durante la ejecución del Programa, tanto en los LSN como en LRN. De esta manera, se tiene que hacer abogacía, para que muchas actividades puedan ser asumidas por los países. Una de las cosas importantes es el control de calidad de las muestras de los pacientes con tuberculosis, que son realizadas en los LRN, pero éstos necesitan un control de calidad que lo hace un laboratorio externo, en este caso, los LSN.

Hasta ahora, se han realizado cuatro estudios. Uno de ellos sobre redes, para ver cómo funcionan las redes de laboratorio en cada uno de los países. Otro estudio, trata sobre el sistema de información. Se identificaron los desafíos para que los sistemas de información cumplan con los objetivos previstos. También, se hizo el estudio de costos de funcionamiento, es decir, se identificó cuánto se necesita para que funcione un LSN, y de allí, se pudo sacar un presupuesto que debería ser asumido por los países. Además, se hizo el estudio de costo-efectividad.

Actualmente, se cuenta con un plan de sostenibilidad, el Fondo Mundial exige que, a partir de 2018, por lo menos un LSN pueda ofertar servicios a los LNR con recursos de los países de su red y, para el 2019, ya los tres LSN puedan ofertar dichos servicios, de acuerdo con el marco de desempeño acordado. Este proceso, se ha dividido en dos áreas. Centroamérica ya comenzó el proceso sobre cómo financiar al LSN, pero en América del Sur recién se empezó a

negociar cómo los países pueden financiar el trabajo que hacen los LSN. Eso implica hacer una negociación a alto nivel, y estamos haciendo abogacía. Se trata de explicar qué significa que los LRN, o el país, puedan aportar para mejorar y seguir con el control de calidad de las muestras que procesan y seguir con la capacitación. Eso constituye un presupuesto que tendría que entrar a los LSN. Por lo tanto, estamos haciendo abogacía en cada país, hablando con los Ministros y las Ministras de Salud, para explicarles qué es lo que se requiere de cada uno de los países para sostener lo alcanzado. Se está solicitando contar con una mayor asignación presupuestaria y el compromiso de los países para garantizar la continuidad de las actividades, una vez finalizada la subvención, garantizando así la sostenibilidad. En particular, se espera cumplir con el objetivo de que los LNR contribuyan financieramente con recursos para contar con la asistencia técnica de los LSN, ya que es muy importante que los LRN tengan un control de calidad externo. Finalmente, también resulta importante para la sostenibilidad contar con resoluciones, políticas o normas y se está trabajando en este tema.

2.3 ESTUDIOS ECONÓMICOS SOBRE TUBERCULOSIS EN LA REGIÓN

Econ. María del Carmen Navarro

Consultora Programa de Fortalecimiento de la Red de Laboratorios de TB en la Región de las Américas. ORAS - CONHU

2.3.1 Introducción

Aunque nos vamos a concentrar en una problemática específica del sector salud y, en líneas generales, sabemos las tendencias del Sector Salud en la Región, comentadas en muchos foros, no sobra mencionar algunas de estas tendencias. Partimos del hecho de que lo que se

observa un cambio del perfil demográfico y epidemiológico de la población, que se expresa en el envejecimiento, así como el incremento de enfermedades crónicas y mentales (transición epidemiológica). A esto, se agrega una limitación de recursos humanos, físicos y financieros disponibles en los sistemas de salud, que coincide con la aparición de nuevas tecnologías, con costo marginal creciente. ¿Qué quiere decir esto? Las nuevas tecnologías, a diferencia de lo que sucede en otros sectores, en donde la tecnología ayuda a que se produzca más barato, en el sector salud parece que es lo contrario, con las nuevas tecnologías el costo se mantiene igual o un procedimiento puede resultar más caro. Por otro lado, en los países andinos, y como consecuencia del crecimiento económico, va generándose una clase media que cada vez es más demandante de diagnósticos rápidos y tratamientos efectivos, es decir, se confirma que un aumento de la clase media genera usuarios más conscientes de sus derechos y -por ende- más demandantes de servicios de salud (OCDE; 2016). Esto genera un desequilibrio entre la demanda de salud y la capacidad del sistema de salud para prestar los servicios de manera equitativa y eficiente (oferta). Esto quiere decir que hay demasiada gente que quiere acceder a los servicios y, lo que pueden ofrecer los sistemas de salud no alcanza para todas las personas. Esa es la diferencia entre oferta y demanda. En tal caso, se genera un desafío para que los países puedan satisfacer la demanda, ya que el presupuesto, como todos lo saben, es limitado. Así, lo que hacen los países es implementar políticas de contención de costos, porque el presupuesto limitado tiene que ir a donde rinda más, a donde pueda evitar más las enfermedades. De

esta manera, lo que hacen consiste en una priorización para proteger la equidad y para que haya sostenibilidad financiera de los sistemas de salud. En consecuencia, se prioriza mejorar los servicios preventivos (validados con estudio de carga enfermedad). Ya se sabe que es mejor prevenir que invertir pagando un tratamiento que a veces es sumamente costoso. ¿Eso cómo se mide? Con los estudios de carga de enfermedad. Así mismo, brindando servicios y medicamentos costo- efectivos.

Hay estudios donde se demuestra eso. También, dando planes explícitos de beneficios. Varios de los países andinos ya han aprobado esto, en el caso de Chile, está el Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (o Plan AUGE)², en el caso del Perú, se han aprobado paquetes que todos los prestadores tienen que brindarlos, y los financiadores, tanto públicos como privados tienen que financiarlos. Antes, en algunos casos, a esto le llamaban la capa simple (listado enfermedades, de mayor frecuencia y menor complejidad), y la capa compleja (conjunto de intervenciones de salud de menor frecuencia y mayor complejidad), luego ya cambió la denominación. Otro de los mecanismos de la contención de costos se relaciona con las políticas de uso racional de medicamentos, que tiene que ver no sólo con que se aplique de manera oportuna y efectiva, sino que sea al menor costo posible tanto para la persona como para la comunidad. Finalmente, los otros mecanismos de contención de costo son los elementos que limitan la demanda, por ejemplo, los copagos y las listas de espera (BID, 2016). La característica esencial de los servicios de salud reside en que es muy diferente de lo que proveen otros sectores.

² Consiste, según lo establecido por la Ley N° 19,966 (que lo denomina Régimen General de Garantías en Salud) en una reglamentación en la cual cada 3 años se agregan nuevas patologías al sistema sanitario que garantiza el acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud. Las Garantías Explícitas son: 1) Acceso: Obligación de FONASA y las ISAPRES de asegurar las prestaciones de salud. 2) Oportunidad en la atención: Existencia de un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas. 3) Calidad: Otorgar la atención de salud garantizada por un prestador registrado o acreditado. 4) Protección financiera: Contribución, pago o copago que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones.

Figura 3. Características de los servicios de salud

Fuente: Presentación Economista María del Carmen Navarro. Estudios Económicos sobre TB en la Región. VIII Foro Andino de Salud y Economía. ORAS-CONHU. Marzo, 2019.

A continuación, se explica la metodología y los principales resultados de los estudios de costos. Uno es el costo del funcionamiento de los laboratorios supranacionales y el segundo es el costo de la efectividad del diagnóstico.

2.3.2 Estudio: Costos de funcionamiento y mantenimiento de los Laboratorios Supranacionales. Según funciones establecidas por OMS y GLI

Objetivo: Establecer el costo de funcionamiento de los Laboratorios de Referencia Supranacional de Tuberculosis para determinar la sostenibilidad.

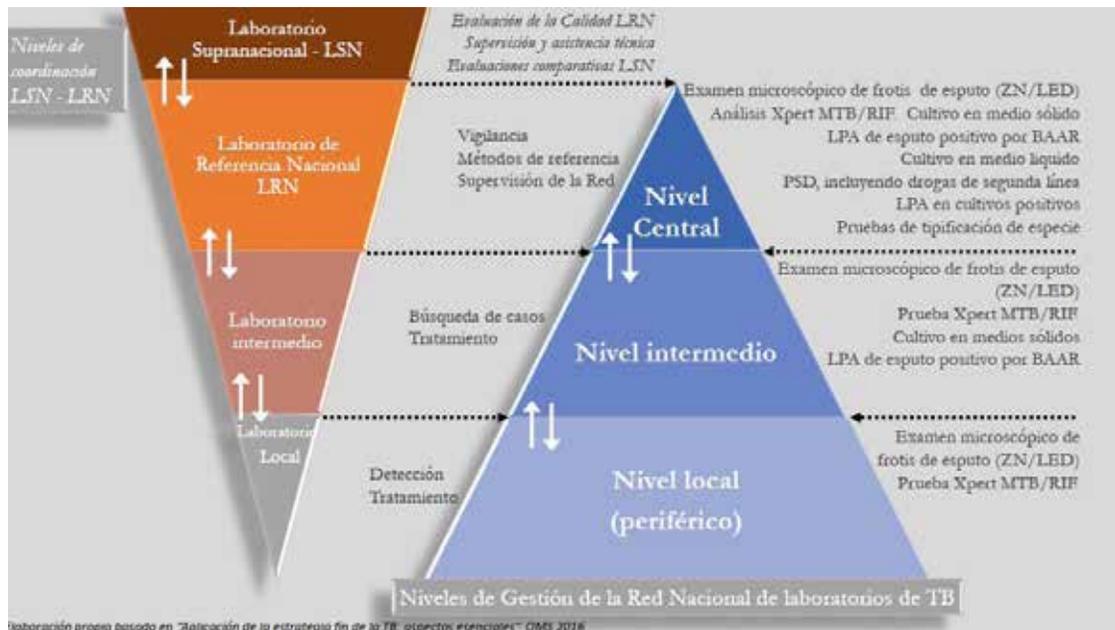
Esta investigación se encuentra disponible en la página web del ORAS CONHU.

Como se puede apreciar en la siguiente Figura, en la parte inferior están los laboratorios de nivel local, más cercanos a la población y que por las características

que tienen pueden otorgar algunos servicios de baja complejidad. En casi todos estos se hacen algunas pruebas que se utilizan para detectar la presencia del bacilo de Koch, agente de la tuberculosis, en una muestra de esputo, en este caso el procedimiento se llama baciloscopia (BK), en algunos sitios hay unos equipos Xpert que están permitiendo hacer un diagnóstico rápido.

Cuando avanzamos al nivel intermedio de la pirámide, se observa que estos laboratorios, que están en las provincias, cantones o municipios, de acuerdo a la distribución política de los países, hacen algunas pruebas de mayor complejidad. En el nivel central, están los Laboratorios de Referencia Nacional (LRN). Esta es la red de laboratorios que constituyen el apoyo a los Programas.

Figura 4. Niveles de gestión de la Red Nacional de Laboratorios de TB



Fuente: Presentación Economista María del Carmen Navarro. Estudios Económicos sobre TB en la Región. VIII Foro Andino de Salud y Economía. ORAS - CONHU. Marzo, 2019.

En la pirámide invertida, en la parte superior, se encuentran los LSN. En el caso de los laboratorios LSN, se busca que haya una garantía de la calidad. Son niveles de coordinación. El LSN tiene unas funciones que le permite interactuar con los LRN que tiene asignados y que han sido coordinados con la OMS, de acuerdo con criterios definidos previamente. En el caso de los LRN, que en el caso del Perú sería el INS, éste a su vez es responsable de garantizar la calidad de los laboratorios intermedios, y los intermedios, a su vez garantizan la calidad de los laboratorios locales.

Las funciones que ha establecido la OMS para los LSN, son, básicamente:

1. Dar asistencia técnica a los LRN.
2. Difundir lineamientos de bioseguridad y sistemas de gestión de calidad.
3. Presentar informes técnicos.
4. Hacer evaluación de calidad.
5. Hacer evaluación comparativa entre los LSN.

6. Implementar protocolos.
7. Hacer abogacía con programas nacionales de tuberculosis.

En cuanto a los protocolos, el estudio realizado ha sido exclusivamente de los 20 países que forman parte del Programa que está llevando a cabo el ORAS - CONHU. Sobre la implementación de nuevos protocolos, y por lo que comentaron en todos los países en las entrevistas realizadas, siempre hay nuevas tecnologías, nuevos métodos, pero se siguen usando los otros, algunos sirven para determinados lugares, los métodos se complementan, algunos comparativamente son más efectivos, pero en realidad, todos se necesitan. Si es que en algún caso no se llega a tener todos los insumos de un método, se utiliza el otro método. La idea es que el paciente no se quede sin diagnosticar.

De otro lado, en cuanto a la función de hacer abogacía con los PNTB en lo que es la garantía de la calidad, en la parte clínica, en

el laboratorio, se interactúa con ingenieros, con informáticos, porque se maneja mucha información. En ese sentido, el avance tecnológico entra por la medicina clínica y el laboratorio.

Finalmente, de acuerdo a toda la información que se obtuvo, en muchos casos uno de los primeros hallazgos tiene que ver con el

hecho de que el laboratorio no sabe cuánto es su presupuesto. No es fácil hacer un estudio de costos porque en casi ningún país se maneja una ejecución detallada por centro de costos. Puede haber los centros de costos, pero el personal técnico no lo maneja y, quienes lo conocen, son de otra área que no es efectivamente la que está gestionando el laboratorio.

Tabla 5. Costo operativo anual de LRN que funciona como LSN (en dólares)

		Argentina	Chile	México	Promedio	Tipo de costo
	Costo operativo anual ³	551 925	583 613	724 211	619 916	
1	Remuneraciones	344 014	353 700	374 706	357 473	Directo
2	Reactivos y material de laboratorio	75 000	110 419	141 471	108 963	
3	Mantenimiento equipos	38 000	20 000	67 647	41 882	Indirecto
4	Soporte técnico informático	3500	5000	20 028	9509	
5	Capacitación	9000	7200	12 253	9484	
6	Servicios básicos	32 236	34 238	42 270	36 248	
7	Otros costos Indirectos	50 175	53 056	65 837	56 356	
Estructura de costos						
8	Costos directos totales	419 014	464 119	516 177	466 437	
	Estructura de costos					
9	Costos directos totales	419 014	464 119	516 177	466 437	
10	Costos indirectos totales	132 911	119 494	208 034	153 480	
11	% Costos directos	76%	80%	71%	75%	
12	% Costos indirectos	24%	20%	29%	25%	

Fuente: *Presentación Econ. María del Carmen Navarro. Estudios Económicos sobre TB en la Región. VIII Foro Andino de Salud y Economía. ORAS-CONHU. Lima, 2019.*

En este tema, se logró realizar una primera aproximación. A continuación, se presenta el presupuesto de los tres países que constituyen laboratorios LSN, que a su vez tienen su propia red. Se encontró que los costos directos significaban el 75% del costo de funcionamiento de los laboratorios. Por otro lado, teniendo esta información, se

identificó cuánto costaban sus funciones, nada más, que eran coordinar, hacer asistencias técnicas, recibir a personal de los países para que hagan pasantías en el laboratorio; y en ello, se encontró que estas actividades le involucraban más o menos un costo de 98 mil dólares anuales a cada uno de los LSN.

³ Incluye el costo de sus funciones como Laboratorio de referencia nacional de su propio país.

Tabla 6. Costos por actividades LSN (en dólares)

		Argentina	Chile	México	Promedio	Tipo de costo
	Costos totales de los LSN ⁴	82 901	114 553	97 112	294 566	98 189
1	Control de Calidad externo de OMS al LRN	2740	2960	3410	9110	3037
1.1	Panel del MT(PSD)	2360	2360	2360	7080	2360
1.2	Desaduanaje total	380	600	1050	2030	677
2	Evaluación de la Calidad LRN (Paneles)	15 274	32 976	31 475	79 726	26 575
2.1	Recursos humanos	1369	1269	827	3464	1155
2.2	Insumos (incluye costos indirectos)	10 585	21 007	20 998	52 591	17 530
2.3	Transporte de Paneles	3320	10 700	9650	23 670	7890
3	Supervisión y asistencia técnica	14 863	20 869	29 436	65 167	21 722
3.1	Recursos humanos	3179	4350	2739	10 267	3422
3.2	Pasajes y viáticos LSN	11 684	16 519	26 697	54 900	18 300
4	Pasantías en LSN	14 123	19 622	21 534	55 280	18 427
4.1	Recursos humanos	2639	2713	2187	7539	2513
4.2	Pasajes y viáticos LRN	11 484	16 909	19 347	47 740	15 913
5	Asistencia técnica remota, revisión de protocolos y otros	35 901	38 126	11 257	85 284	28 428
5.1	Recursos humanos	11 901	14 126	11 257	37 284	12 428
5.2	Profesional de enlace en el LSN	24 000	24 000	48 000	24 000	
	% Costo funciones LSN / Costo LRN	15%	20%	13%	16%	

Fuente: *Presentación Econ. María del Carmen Navarro. Estudios Económicos sobre TB en la Región. VIII Foro Andino de Salud y Economía. ORAS-CONHU. Lima, 2019.*

En el cuadro anterior se observa el costo por actividades. Una de las actividades principales que tienen estos LSN, es que aparte de que ellos supervisan a los LRN, a ellos también los supervisa el Instituto de Medicina Tropical de Bélgica. Para esa actividad, pagan al laboratorio de Bélgica. Así, a la vez que ellos supervisan, son supervisados, y eso también cuesta. Posteriormente, se hizo la desagregación de los costos de la supervisión (evaluación de la calidad en paneles, asistencia técnica, pasantías, etc.). En la estructura de costos de funciones, lo que se identificó es que tres funciones constituyen el 80% de los costos de

funcionamiento: la evaluación de la calidad (31%), que es prácticamente uno de los más importantes; la asistencia técnica al LRN (26%); y difundir la bioseguridad y calidad (23%). Las otras funciones son: evaluaciones comparativas (7%); implementación de protocolos (6%); informes de asistencia técnica (4%); y abogacía con los PNT (2%).

En otra categoría, la estructura de costos por tipo de recursos, lo que se puede ver es que las remuneraciones equivalen al 58% del costo de funcionamiento. En el caso del laboratorio, se produce una especialización del personal y, en algunos casos, no se

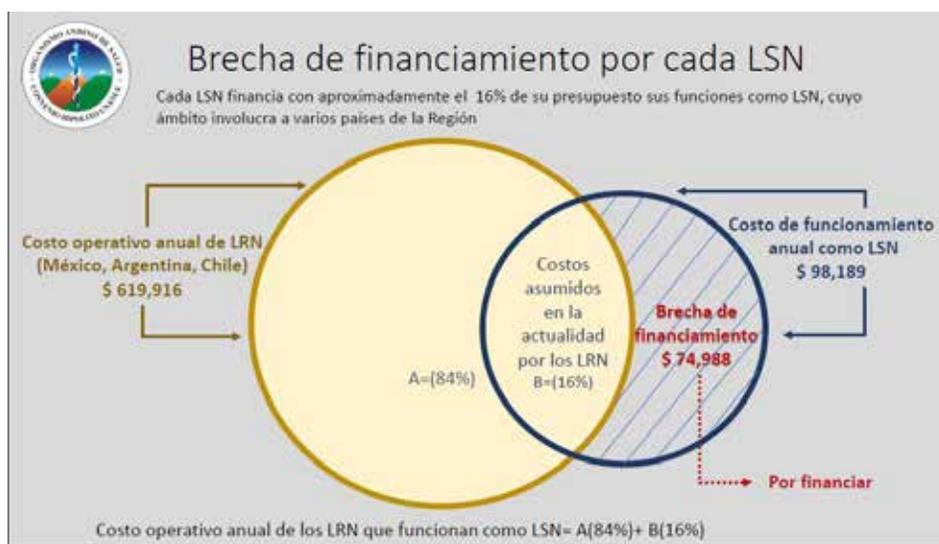
⁴ No incluye costo de reposición de equipos ni infraestructura.

tiene un mecanismo de retención, en ese caso, una persona joven aprende las pruebas moleculares, se capacita, pasa dos años y, de repente, el sector privado le ofrece un poco más de salario, y se va. En los laboratorios, se encontró que la edad promedio es alta, o sea, el personal joven rota. De esta manera, se identificó la edad como un criterio a tener en consideración en la sostenibilidad. Los reactivos y material de laboratorio equivalen al 18% del costo, y allí se encontró que el 27% de los insumos representan el 99% de los costos. Otros costos identificados fueron: mantenimiento de equipos (7%); servicios básicos (6%); gestión de la calidad y capacitación (2%); soporte técnico informático (1%); y otros costos indirectos (9%).

El resultado de este estudio para fines de la sostenibilidad, determinó las brechas de financiamiento por cada LSN. Así, como se puede ver en la siguiente figura, lo que se muestra en el círculo amarillo es cuánto costaba el LRN, que era 619 000 dólares, y aparte de esto cuánto gastaba en supervisar a los otros países. Entonces, se identificó,

como se señala en el círculo celeste del mismo gráfico, que una parte la están asumiendo los países que son sede de dichos laboratorios, es decir, Argentina, Chile y México, ponen su personal a disposición de los países, ellos pagan la remuneración, y también compran los reactivos. Sin embargo, desde enero de 2017, el Programa del cual el receptor principal es el ORAS - CONHU está financiando una brecha. Pero, a finales de 2019, ese financiamiento ya no va a estar y va a haber una brecha de financiamiento que es de 74 988 dólares. Como se puede deducir, resulta fundamental la incidencia en los países, y que se pueda financiar esta brecha. En tal sentido, se analizaron diferentes alternativas: 1) la cuota de los países; y 2) que los países paguen por el servicio del LSN, es una tarea que no ha culminado. Básicamente, este primer estudio concluyó: para seguir garantizando la calidad diagnóstica, los países tienen que brindar un apoyo importante a los LSN, y dentro de los países, a los LRN que, a su vez, hacen los seguimientos de calidad de los diferentes laboratorios a nivel nacional.

Figura 5. Brecha de financiamiento por cada LSN



Fuente: Presentación Economista María del Carmen Navarro. Estudios Económicos sobre TB en la Región. VIII Foro Andino de Salud y Economía. ORAS-CONHU. Marzo, 2019.

2.3.3 Costo efectividad en el diagnóstico de la Tuberculosis. LSN –LRN 20 países

Objetivo: Establecer el Costo Efectividad de “Garantía de calidad del diagnóstico de TB y TB DR” para alcanzar metas al año 2030 de la “Estrategia Fin de la TB”.

En la página web del ORAS - CONHU se encuentra el estudio “Costos de funcionamiento de los laboratorios supranacionales (LSN) en el marco de su relación con la red de laboratorios nacionales”. Las etapas para desarrollar este estudio fueron las siguientes:

1. Revisión documentaria de funciones y necesidades de LSN.
2. Recopilación de costos de LSN.
3. Identificación de aspectos internos y externos.
4. Entrevista a funcionarios de LSN y LRN, Jefes de PNT.
5. Visitas a los LSN de Argentina, Chile y México; LRN Perú, Colombia y El Salvador.

Para la metodología, lo primero que se hizo fue la revisión del documento “Global Tuberculosis Report 2017”: Casos de TB estimados vs notificados, Casos de TB MDR estimados vs notificados de la OMS, y se descubrió que la OMS hace un estimado de cuántos casos de TB hay, aunque no todos se notifican, pero hay un porcentaje que no es detectado, y ese porcentaje es uno de los que más preocupa. Después se hizo la revisión del Reporte “Rondas de control de calidad de paneles” de LSN a LRN, que son como los exámenes anuales: En la ronda de este año, Argentina toma el examen a otros países y analiza la calidad. Es muy importante la calidad en toda la

cadena de los procesos, requiere muchas especialidades y compromiso, no se puede fallar en ningún punto de la cadena. No hay trabajo chico en este esquema, todos tienen que estar en el mismo nivel de excelencia.

Además, se hizo la revisión de estudios e informes técnicos en TB. Un documento clave que revisamos, es la publicación de Laszlo⁵, donde se hace una comparación y lo que dice es que la calidad mejora en la medida en que hay más rondas de pruebas de competencia, en este caso, los países que se ven rezagados, ven que los otros países están mejor y se van esmerando y mejora la calidad diagnóstica.

Para calcular, se obtuvo información de cuánto costaba el tratamiento de TB sensible, al menos seis meses, y el tratamiento de TBDR, que es de dos años, aunque ahora algunos países tienen un tratamiento corto. Se hizo el supuesto de cuánto de pérdida del PIB per cápita era el resultado de la discapacidad como resultado de la TB, y de la TBDR, y la Tuberculosis extremadamente resistente (TB-XDR) y se estimó un 8%.

Así mismo, se utilizó un estimado del porcentaje de edad económicamente activa, esto fue años de vida ajustados a discapacidad (DALY) que ha calculado la OMS, y que son los años de vida saludable perdidos. Se tuvo en cuenta el grupo etéreo de 15 a 59 años (personas en edad económicamente activa); los casos no detectados (15,52%) para los 20 países de la subvención, de acuerdo con la OMS, personas que no llegan a los servicios de salud y que, mientras tanto, siguen enfermas y transmitiendo la enfermedad.

⁵ Laszlo A. Et al. *Int. J Tuberc Lung. Dis* 6:748-756, 2002. Programa de garantía de calidad para la prueba de susceptibilidad a medicamentos de *Mycobacterium tuberculosis* en la red de laboratorios supranacionales de referencia de la OMS / IUATLD: Cinco rondas de pruebas de competencia.1994-1998.

Tabla 7. Supuestos

Costo tratamiento TB sensible (6 meses)	533 US\$
Costo tratamiento TB-MDR (2 años)	6890 US\$
PBI per capita US \$ LAC	8495 US \$
% de PBI per cápita US \$ perdida por discapacidad TB	2%
% de PBI per cápita US \$ perdida por discapacidad TB DR	6%
Tasa de descuento social	8%
% en edad económicamente activa (2/1)	60%
1. DALY total 2015 (miles)	429
2. DALY 15 a 59 años –2015 (miles)	257.5
Casos no detectados (estimados OMS)	15,52%
TB sensible (95,76% de los casos)	
% Fracaso	0,8554%
% Perdidos durante el seguimiento (abandonos)	7,5323%
% Muerte	6,8000%
% Secuelas post TB	3,0000%
TB MDR (4,24% de los casos)	
% Fracaso	2,4921%
% Perdidos durante el seguimiento (abandonos)	23,1536%
% Muerte	7,2000%
% Secuelas post TB	6,0000%

Fuente: Presentación Econ. María del Carmen Navarro. Estudios Económicos sobre TB en la Región. VIII Foro Andino de Salud y Economía. ORAS-CONHU. Lima, 2019.

- TB pulmonar. 85% de casos, TB extrapulmonar: 15%
- Error diagnóstico. falsos negativos: 50% del error, falsos positivos: 50% del error
- Complicaciones. Emergencia: 5% Hospitalización: 0,95% UCI: 0,0095%-
- Intervenciones recomendadas por OMS en todos los países (p.e. DOTS)

Los otros datos tienen que ver con información del Reporte Global del 2017⁶, que tiene que ver con el porcentaje de Fracayos; el porcentaje de Perdidos durante el seguimiento (se responsabiliza al sistema de salud de que la persona no siga en el

tratamiento); el porcentaje de Muertes y el porcentaje de Secuelas, tanto en el caso de TB sensible como de TB-MDR.

Otro dato importante para el estudio es el porcentaje de TB pulmonar, 85% de los

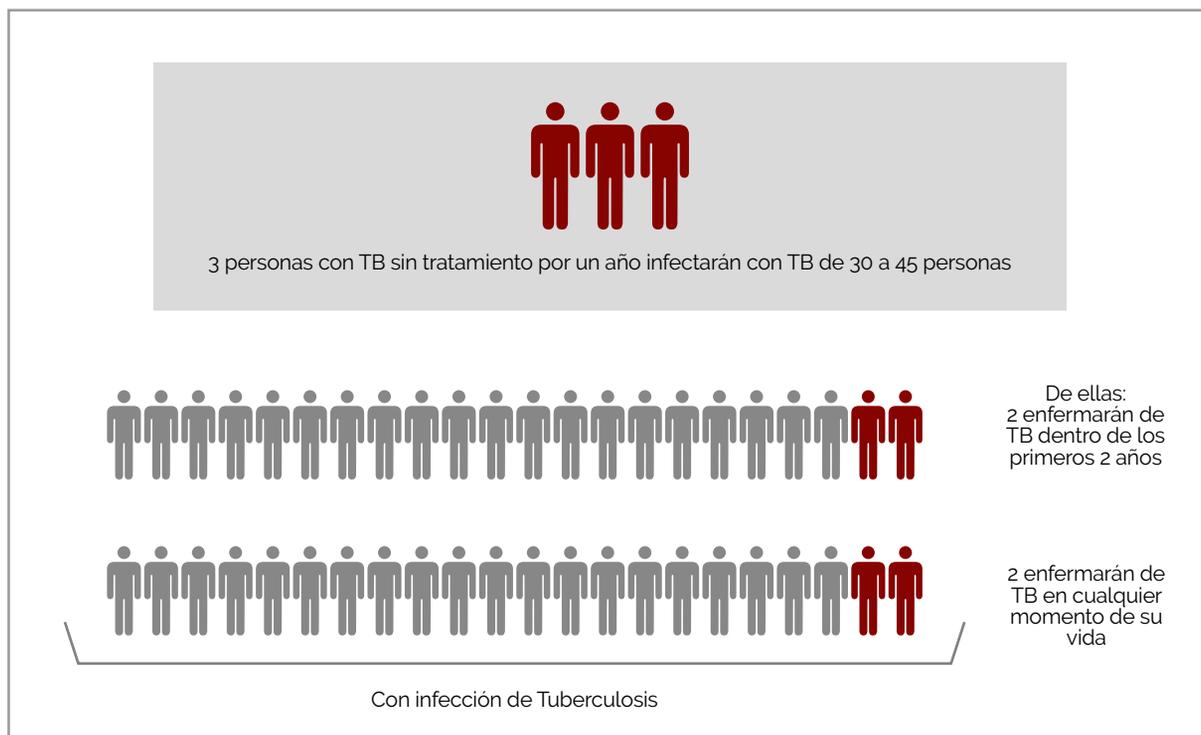
⁶ Fuente: Global Report Tuberculosis, 2017. OMS y datos de los países.

casos. Para este estudio, el objeto es los TB pulmonar. Hay en todos los métodos un error diagnóstico que puede ser de 1, de 2 o de 5%, la mitad son falsos negativos. Cuando son falsos positivos, no preocupa tanto porque son personas que no tienen TB, pero que se equivocaron y les dijeron que sí tienen la enfermedad, y hasta que se dan cuenta que no tienen la enfermedad, se gastó tratamiento en una persona que no lo necesitaba.

Pero lo que preocupa son los falsos negativos, porque son personas que sí

tienen TB, pero les dicen que no la tienen. Por cada paciente con TB hay cuatro contactos, y mientras pasa el tiempo, se deteriora la salud de la persona y sigue transmitiendo la enfermedad. Entonces, esos son los que preocupan para este estudio. De acuerdo con la bibliografía revisada, se determinó que había complicaciones: prácticamente 5% de emergencias, luego de la emergencia queda la hospitalización, y luego la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Muchas personas que no saben que tienen TB, llegan a emergencias y allí les detectan la enfermedad.

Figura 6. Riesgo de enfermar



Fuente: Presentación Economista María del Carmen Navarro. Estudios Económicos sobre TB en la Región. VIII Foro Andino de Salud y Economía. ORAS - CONHU. Marzo, 2019.

Para calcular el riesgo de enfermar, se tiene en cuenta lo siguiente: tres personas que están sin tratamiento durante un año van a exponer a un grupo, más o menos

de 100 personas, y van a infectar entre 30 y 40 personas. Sin embargo, de éstas, el 10% desarrollará la enfermedad, es decir, 4 personas en un año. La TB es pernicioso, pero

es de lento desarrollo, no es el zika, no es el dengue, que de repente desde cero llega a 100 casos o 1000 casos, e inmediatamente le asignan el presupuesto, pero la TB avanza lentamente y no hay alarma. Un ejemplo, puede verse en el siguiente testimonio de entrevista:

Entrevista

- ¿En su país van a incrementar el presupuesto para la TB?
- A menos que sea una emergencia, por ejemplo, si había 10 casos y de repente pasan 1000, pero no es el caso de la TB.

**Tabla 8. Estimación nuevos casos por 1 enfermo de TB sin tratamiento un año
(En el estudio se usa el factor de 1,25)**

Evolución de la infección tuberculosa		Condición	Mínimo Máximo	Promedio
Exposición a las bacterias de TB		Expuestos	[33-50]	42
Curación sin infección (70%)		Sin infección	[23-35]	29,5
Desarrollo de inmunidad celular e hipersensibilidad retardada		Infectados	[10-15]	12,5
	Control de la infección (≈90%)	No desarrollo TB	[9-13,5]	11,2
	Progresión a enfermedad precoz o tardía (≈10%)	Desarrollo TB	[1-1,5]	1,25
Enferman de TB	Progresión local y diseminación (2 años)		[0,5-0,75]	0,63
	Enfermedad tardía (en algún momento)		[0,5-0,75]	0,62

Fuente: Presentación Econ. María del Carmen Navarro. Estudios Económicos sobre TB en la Región. VIII Foro Andino de Salud y Economía. ORAS-CONHU. Lima, 2019.

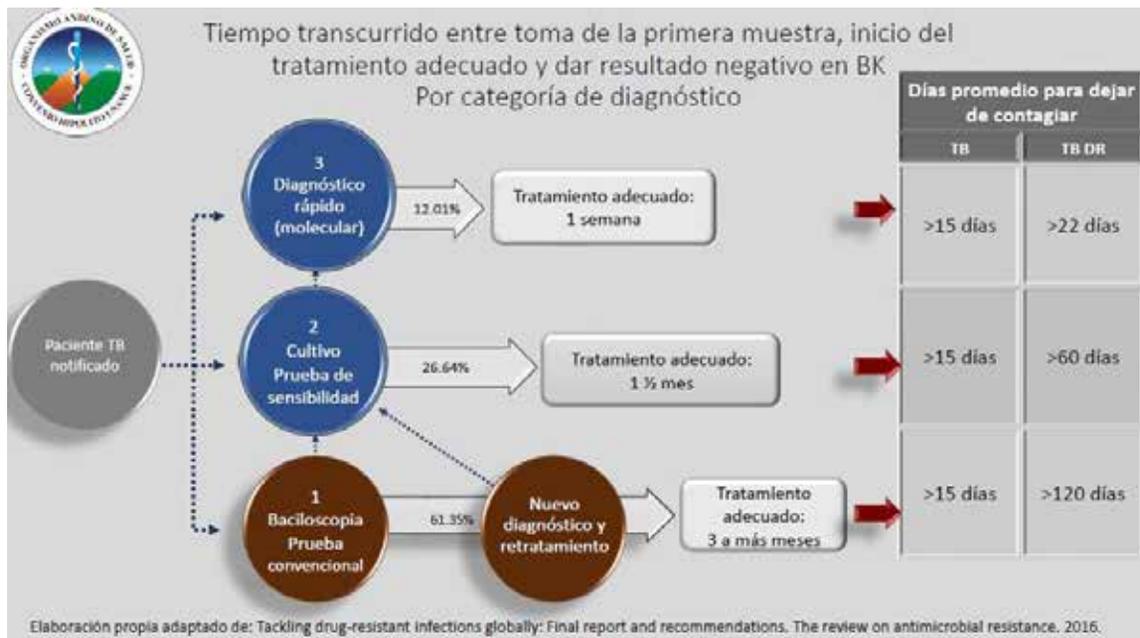
Este cuadro, da estimación de nuevos casos por 1 enfermo de TB sin tratamiento, en un año expone entre 33 a 50 personas, de esas no llegan a tener TB más o menos el 29% y desarrolla inmunidad el 12% de personas. De acuerdo a todos los estudios, una tercera parte de la humanidad está infectada (1 de cada 3) y quienes desarrollan la enfermedad, de los infectados, el 90% hace control de la infección, y el 10% hace progresión de la enfermedad, pero no todos presentan la enfermedad de inmediato.

Tabla 9. Estimación de días promedio para dejar de contagiar según categoría de diagnóstico

Tipos de pruebas	Procesamiento de resultados	Categoría	Tipo de TB	Días para inicio de tratamiento adecuado + días para dejar de contagiar
Baciloscopia por método Ziehl Neelsen y por fluorescencia (microscopio LED).	24 horas	1	TB sensible	15 días
			TB MDR	120 días
Cultivo medio sólido (Löwenstein Jensen)	2 y ½ meses	2	TB sensible	15 días
Cultivo medio líquido (BACTEC-MGIT)	1 a 6 semanas			
PSD utilizando medio sólido	3 a 4 semanas		TB MDR	60 días
PSD utilizando medio líquido	3 a 4 semanas			
Método molecular: Xpert MT/RIF que realiza diagnóstico de TB y resistencia a Rifampicina	3 a 4 semanas	3	TB sensible	15 días
Método molecular: LPA (Genotype), resistencia a rifampicina y/o isoniacida, a partir de una muestra de esputo con Baciloscopia o cultivo positivos.	48 horas		TB MDR	22 días

Fuente: Global Report Tuberculosis 2017. OMS y datos de los países. En: *Presentación Econ. María del Carmen Navarro. Estudios Económicos sobre TB en la Región. VIII Foro Andino de Salud y Economía. ORAS-CONHU. Lima, 2019.*

Figura 7. Tiempo transcurrido entre toma de la primera muestra, inicio del tratamiento adecuado y dar resultado negativo en BK



Fuente: *Presentación Economista María del Carmen Navarro. Estudios Económicos sobre TB en la Región. VIII Foro Andino de Salud y Economía. ORAS-CONHU. Marzo, 2019.*

Otro dato para el estudio, fue determinar la demora en tener el resultado con los diferentes métodos diagnósticos. Los países tienen diferentes métodos, y eso depende de muchos factores:

1. Baciloscopia, es la norma para todos.
2. Cultivo Prueba de Sensibilidad, los métodos fenotípicos.
3. Diagnóstico rápido (molecular), lo último que ha llegado en TB. Los métodos moleculares, por ejemplo, Genotype® en Perú en 48 horas están los resultados, con el Xpert está a las dos horas, aunque de acuerdo a las características, tiene que esperar que lleguen tres muestras más para que no sea tan costoso procesarlas.

En la figura, se muestra el tiempo que se estima deja de contagiar. Si el paciente tiene TB sensible y le hacen el BK, se le está haciendo el tratamiento oportuno en el más breve plazo, en 15 días deja de transmitir, pero si esta persona tienen TBMR, y le están dando un tratamiento que no le está sirviendo, pasan entre 4 a 6 meses para que

se determine el fracaso, generalmente esto ocurre en las zonas más periféricas, y pueden pasar hasta 120 días en que la persona no está recibiendo el tratamiento adecuado, y durante estos 120 días está transmitiendo la enfermedad a sus contactos.

En la segunda categoría que son los cultivos pro-sensibilidad es menos rápida, demora un poco más el tratamiento, pero es el que prácticamente tienen casi todos los países, para TB sensible 15 días y para TBMR, 60 días. En los 20 países del Programa, el 61% los pacientes son diagnosticados con BK. Sólo el 12% son diagnosticados con pruebas moleculares, se supone que con este método se conoce el resultado lo más rápido posible.

No hay ninguna posibilidad de que se diagnostique y al día siguiente la persona deje de transmitir la TB. Esa es la realidad, se tienen que hacer estudios, tiene que haber tratamiento oportuno, pero en este momento, hay demoras en los diagnósticos y mientras tanto, se producen una cantidad de nuevos casos.

Figura 8. Criterios para el análisis de costo-efectividad



Fuente: Presentación Economista María del Carmen Navarro. Estudios Económicos sobre TB en la Región. VIII Foro Andino de Salud y Economía. ORAS - CONHU. Marzo, 2019.

Respecto a los criterios para hacer el análisis de costo-efectividad. En resumen, un beneficio que no se aprovecha significa

un costo, esto quiere decir que, si uno no evita un costo, está perdiendo un beneficio.

Tabla 10. Alternativas Error en diagnóstico

			Alternativa 1	Alternativa 2
	Error	Concordancia	Error	Concordancia
Baciloscopia	1,0 %	99,0 %	1,5 %	98,5 %
Otras categorías de diagnóstico	2,5 %	97,5 %	3,0 %	97,0 %
% Fracaso por error diagnóstico	5,0 %	95,0 %	5,5 %	94,5 %
% Concordancia ponderada (2)		98,12 %		97,62 %

Fuente: Presentación Econ. María del Carmen Navarro. Estudios Económicos sobre TB en la Región. VIII Foro Andino de Salud y Economía. ORAS - CONHU. Lima, 2019.

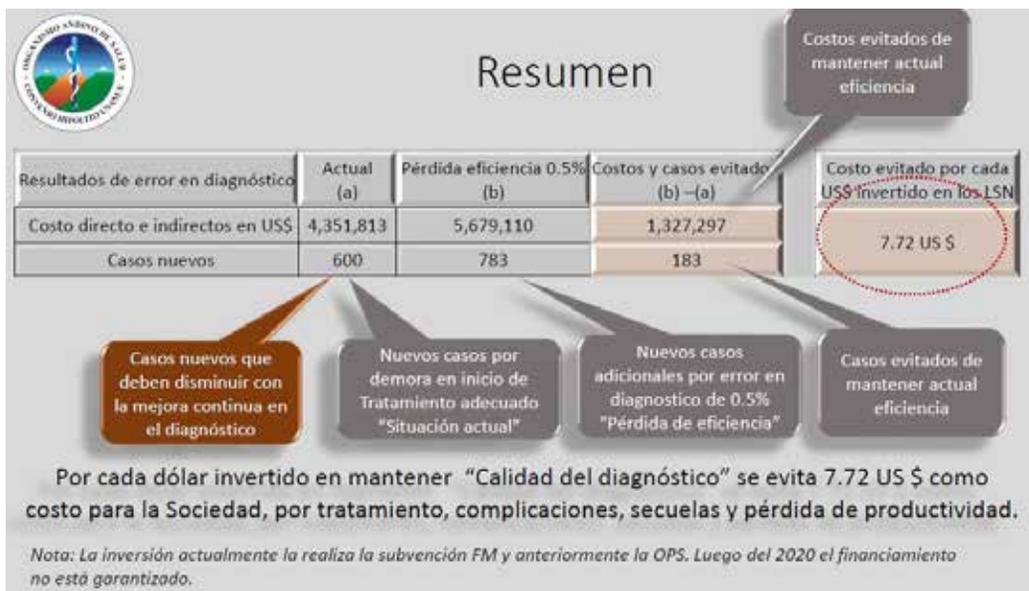
(1) Se considera que el 50% de los errores son falsos positivos y 50% de los errores falsos negativos

fracasan en el tratamiento, se asume que era porque se había dado un error en el diagnóstico.

(2) La concordancia ponderada corresponde al promedio ponderado de la concordancia con el número de casos por cada categoría de diagnóstico.

La OMS calcula que hay un 30% de Gasto de Bolsillo, supuesto que se ha tomado en el estudio, y hay una pérdida que se ha costeado por la muerte y por la discapacidad. Este dato se ha proyectado, o sea, si no se actúa este año, se enfermarían 100 personas al año, y serán 100 que transmitirán la enfermedad, y así. Se calcula que lo que no se hace hoy, tiene efecto los 20 años siguientes.

Respecto a los supuestos, con el error de 1%, es fácil perder la calidad, es decir, si no hay supervisión, se equivocan más. Entonces, si se incrementa el error a 1,5% y, en las otras categorías, las de cultivo y las moleculares, sería un poco más. De las personas que

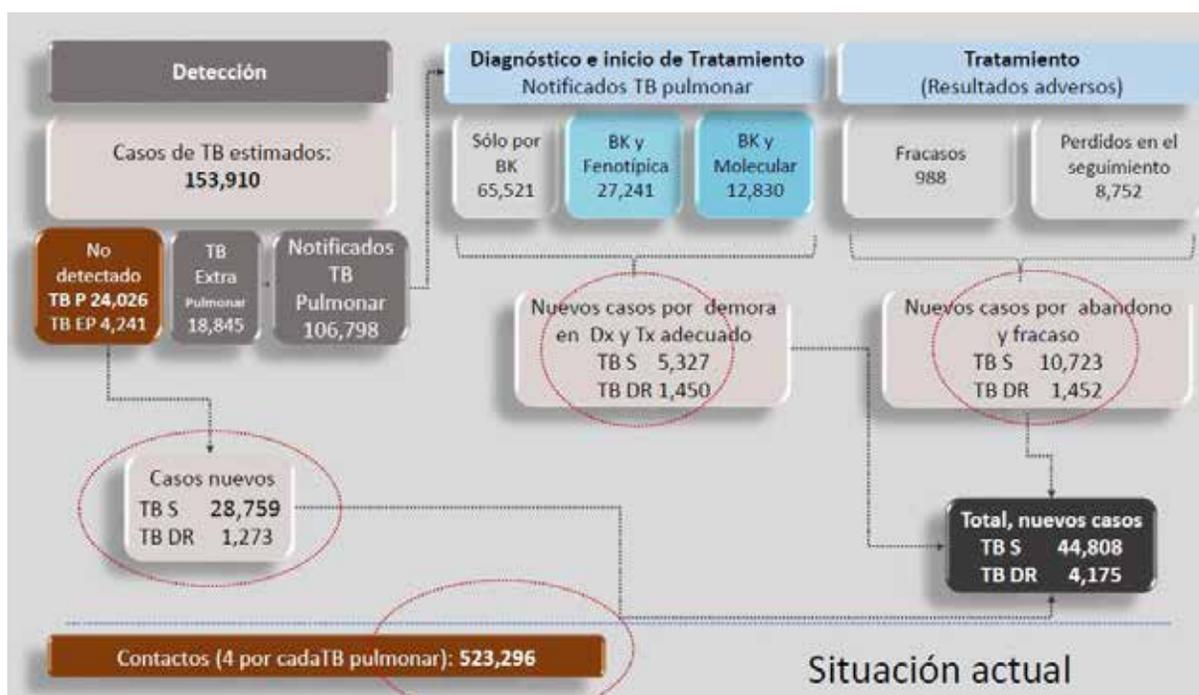


Fuente: Presentación Economista María del Carmen Navarro. Estudios Económicos sobre TB en la Región. VIII Foro Andino de Salud y Economía. ORAS-CONHU. Marzo, 2019.

En los casos evitados, en la Alternativa 1, que es la situación actual, corresponde a 600, y si nos equivocamos, habría 183 nuevos casos que son resultados nada más por error en el diagnóstico, y enfermaron más porque siguieron transmitiendo. Con el resultado del costo de funcionamiento, se calculó el tamaño de la brecha para los tres laboratorios en lo que significa mantener la calidad, o sea, mantener esa supervisión cuesta 171 mil dólares, y para mantener este nivel de calidad, la ratio que se ha encontrado es que si se invierte un dólar

en esta garantía de la calidad se recuperan 7 dólares. Como se puede ver, la TB está influenciada por las condiciones de vida: situación de pobreza, alimentación, etc., es decir, tiene varios responsables. Pero en el diagnóstico y el tratamiento, el sector salud no puede evadir su responsabilidad, hay unos métodos que garantizan efectividad. Si hay demora en el diagnóstico, se generan nuevos casos. También hay nuevos casos, como resultado de falta de seguimiento o por no dar el tratamiento que corresponde.

Gráfico 1. Situación actual

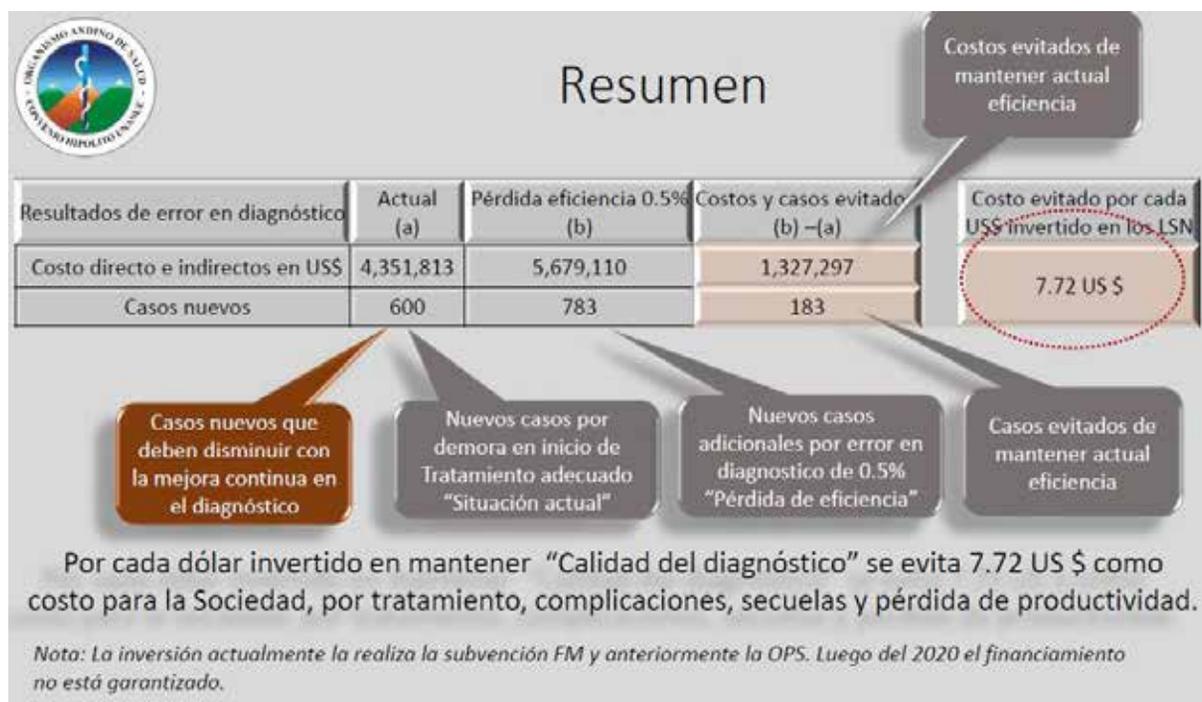


Fuente: Conferencia Estudios Económicos sobre TB en la Región. Navarro, María del Carmen. VIII Foro Andino de Salud y Economía. ORAS-CONHU. 21 de marzo, 2019.

La oportunidad está en que la persona reciba el tratamiento adecuado, en el plazo más brevemente posible, y esto solo va a ser posible si el diagnóstico es rápido y es completamente certero o lo más certero posible. El requerimiento que tienen los actores es diferente. El personal de salud, los prestadores de servicios de salud, requieren fundamentos científicos, tecnológicos,

disponer de infraestructura. El usuario, solicita acceso, mejor trato, calidad y que le atiendan rápido. Los financiadores piden resultados, y sin resultados satisfactorios no podemos ir a negociar presupuesto. Se tiene que aprender de planeamiento y a gestionar con evidencias, mostrar resultados y hacer una correlación entre los resultados y costo-efectividad.

Gráfico 2. Resumen



Fuente: Conferencia Estudios Económicos sobre TB en la Región. Navarro, María del Carmen. VIII Foro Andino de Salud y Economía. ORAS - CONHU. 21 de marzo, 2019.

2.4 DEBATE: PRIMER FORO

Dra. Patricia Jiménez

Coordinadora de Monitoreo y Evaluación Programa de Fortalecimiento de la Red de Laboratorios de TB en la Región de las Américas. ORAS - CONHU

A manera de resumen, yo creo que hay cosas importantes que se han dicho por parte de los tres expositores y que deberíamos resaltar: hay tuberculosis, hay mucha más tuberculosis de la que el imaginario popular piensa, los medios hablan poco de tuberculosis, entonces, es común que nos encontremos con personas y con autoridades, que nos preguntan: ¿Todavía hay tuberculosis? Hay mucha tuberculosis, de hecho, es una de las diez primeras causas de muerte en el mundo. En la región la tendencia de disminución es muy lenta, es imperativo acelerar para cumplir con las metas. La cantidad de

tuberculosis resistente a las drogas se incrementa, por tanto, eso nos complica mucho las cosas para disminuir esta problemática. Hay otro dato importante, y es que no necesariamente es poniendo más dinero que se obtienen los resultados. Este Programa ha permitido identificar un contraste grande entre los 20 países, ya que hay países con mucho recurso económico donde la tuberculosis no está mejorando su situación, y hay países con menos recursos económicos, pero que el ordenamiento del sistema de salud está permitiendo que tengan mejores resultados, entonces, tenemos que pensar no solo en términos de recursos económicos sino del uso y de la planificación que se hace de esos recursos.

Las preguntas para los ponentes son las siguientes:

- ¿Por qué al Estado, a través del Ministerio de Economía, le cuesta dar presupuesto

en prevención para la tuberculosis?

- ¿El Programa abordará alguna estrategia intersectorial dirigida a las poblaciones vulnerables para afianzar el esfuerzo ya realizado?
- Desde una perspectiva de atención a los DSS, el reto es el fortalecimiento de capacidades locales. Entonces ¿Por qué habría que apoyar la existencia de LSN y no concentrar los esfuerzos en fortalecer los laboratorios nacionales?
- ¿Por qué hay más tuberculosis en Perú teniendo otros países de la región con índices sociales similares?
- ¿Se tiene alguna estrategia para disminuir los precios de compra de los medicamentos? ¿Hay alguna estrategia pensada para disminuir precios de medicamentos a la industria farmacéutica?
- En las presentaciones se reconoce la importancia de atender los DSS y el abordaje intersectorial, sin embargo, es muy débil este abordaje, se continúa con una perspectiva donde prima la atención a la enfermedad. Sugiero incluir en la agenda del foro, ¿Qué hacer para fortalecer una perspectiva que atiende los DSS, la prevención, y en verdad no sólo en el discurso, una perspectiva social y trabajo intersectorial para prevenir la tuberculosis? El énfasis en la atención de la enfermedad es más costoso que prevenir.

Respuestas

Carlos Arósquipa: Más que respuestas, voy a compartir incertidumbres porque en realidad en este tema hay sin duda mayores incertidumbres que certezas. Sin embargo, creo que podemos de manera

conjunta, avanzar. Aquí hay una pregunta que habla sobre los DSS. En general, para los Ministerios de Salud en toda la región, es muy difícil desarrollar trabajo intersectorial, hay que reconocer que hay otros actores que pueden jugar un rol más protagónico. También reconozco un esfuerzo de los Ministerios de Salud por profundizar en mayor medida su trabajo con otros sectores gubernamentales y locales. Por ejemplo, el Ministerio de Salud del Perú, tiene un Consejo Nacional de Salud, un espacio multisectorial donde se desarrollan ideas y debates, hay trabajo con la comunidad, con la población, pero esto sin duda no es suficiente. ¿Por qué hay tanta TB en el Perú? En los años noventa el Perú tenía uno de los programas más exitosos en la lucha contra la TB, y fue un modelo mundial, pero ahí, vienen los cambios de enfoque, y probablemente, en su momento no recogieron las lecciones aprendidas y se generaron retrocesos y otra vez, inicios, y eso lamentablemente, a nivel de lucha y control de enfermedad representa más enfermos. Además, cuando uno mira las inequidades y las diferencias que hay entre grupos poblacionales, vemos grupos históricamente más rezagados.

Patricia Jiménez: Está también el tema de la gran fragmentación del sistema de salud y eso dificulta mucho el acceso a la atención, entonces, quizá, esos dos elementos combinados hacen que Perú, a pesar de tantos recursos y de haber avanzado mucho en crecimiento económico, en otros indicadores está dando signos de que hay un problema social que atender.

Lourdes Kusunoki: Para enfrentar los DSS es indispensable el trabajo intersectorial y se debe asumir el liderazgo desde el Ministerio de Salud, porque conocemos como es la enfermedad, cómo se transmite, qué es lo que pasa, cuál es el costo. Tenemos gobiernos regionales donde hay presupuesto que se puede invertir en

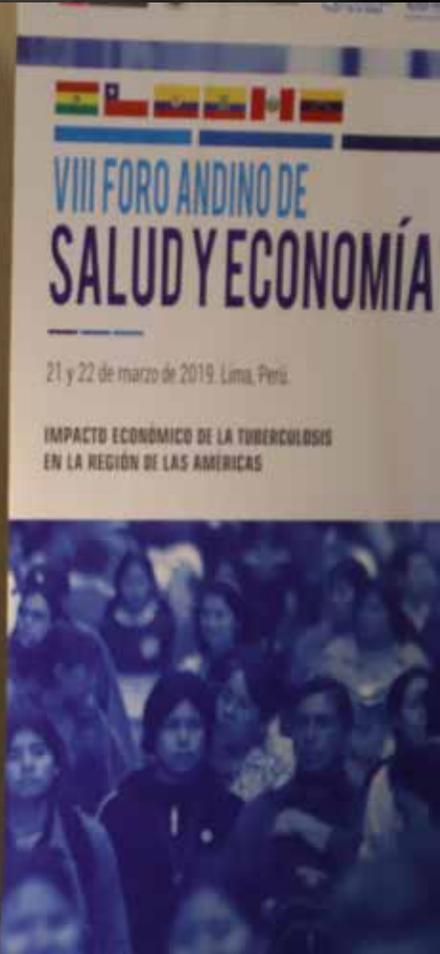
salud. Ahora, ¿Qué hacer para fortalecer esta perspectiva? No es tan fácil, esto tiene que llegar a un grupo de discusión y tener la experiencia de mucha gente que está metida en este tema hace mucho tiempo, entonces es captar para poder incorporar en los planes que tiene el Ministerio de Salud. Los Ministerios de Salud de los países cuentan con Planes de TB, hay que hacer coincidir con los planes que tienen los Ministerios de Desarrollo.

Otra pregunta dice ¿Por qué fortalecer LSN cuando los países ya tienen serias limitaciones para fortalecer los laboratorios nacionales? Generalmente, al LSN lo denomina la OMS y le da ciertos términos de referencia, que sea un laboratorio, que pueda hacer capacitación, que pueda hacer control de calidad a los LRN, porque alguien tiene que capacitar a los LRN, entonces, para eso están los laboratorios LSN. Si bien es cierto, los laboratorios nacionales tienen algunos problemas, pero el LSN es el que le va a capacitar, es el que le va a fortalecer tanto técnicamente.

La otra pregunta es si tienen alguna estrategia para disminuir los precios de compra de los medicamentos a la industria farmacéutica. Nosotros desde el ORAS - CONHU creamos el Comité Andino de Medicamentos y tenemos la experiencia en lo que es la estrategia de negociación de precios, porque, generalmente, lo que uno negocia es el precio, pero es muy difícil hacer compra conjunta. Lo que sí tenemos es la estrategia de negociación de precios en los países de la subregión andina, la primera vez lo hicimos con 10 países, pero esa estrategia también la utiliza el Fondo Estratégico de la OPS, que es el que tiene las cantidades que los países necesitan y sale a negociar el precio para todos. Uno de los problemas con el Fondo Estratégico es que a veces ese proceso demora mucho, y eso es lo que los países algunas veces reclaman, pero eso de

la negociación de precios es una estrategia que se está empleando. Se puede negociar precio cuando son genéricos. Sin embargo, se debe tener en cuenta que cuando son innovadores y monopolísticos, la negociación tiene su limitación.

Patricia Jiménez: Estamos rodeados de personas de distintos perfiles, todos tenemos algún nivel de incidencia en nuestro espacio para orientar las acciones y las decisiones, o para proveer información. Entonces, es importante que nosotros entendamos que la TB es un problema que la población no merece. En el siglo XXI, no hay razón para que tanta gente esté muriendo de TB, ya que se puede diagnosticar, se puede tratar. Siendo así, es cuestión de que nosotros organicemos mejor nuestros modelos de gestión y de servicios, no sólo de salud sino de atención a la determinación social de esta enfermedad. Hoy, podemos diagnosticar en menos de 24 horas a una persona que lleva más de 2 semanas tosiendo, podemos ponerle el tratamiento adecuado, pero no ganamos muchos si regresa a la condición social que propicia la enfermedad y su transmisión. Así, el círculo de la TB no lo vamos a terminar nunca. Estas reflexiones nos invitan a pensar de manera más integral, en beneficio del derecho a la salud de las personas.





3. Segundo Foro: Problematización y análisis regional, la situación de la tb en los países andinos

Dra. Nila Heredia

Secretaria Ejecutiva del ORAS - CONHU

Hoy nos congrega un tema muy importante: la tuberculosis, pero no solamente la tuberculosis como el efecto patológico, epidemiológico, etc., sino su impacto económico y social, pero no sólo en relación al costo de los medicamentos, sino en lo referente al costo de vida que implica, no solamente para la persona sino para el entorno. En ese sentido, los Ministerios de Salud tienen una tarea fundamental que consiste en saber utilizar los recursos de manera más racional. Esto significa el reto de hacer una mejor gestión, ya que, si se siguen presentando y perdiendo casos, se demuestra fallas de los sistemas de salud y de los Estados.

Pero esta actividad, además, nos está mostrando la necesidad y la importancia de la integración y la cooperación entre los países. El ORAS - CONHU es un organismo que está formado por la decisión de los países andinos: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, por tanto, respondemos a los seis países andinos y, no es que solamente obedezcamos - claro que obedecemos - pero, al mismo tiempo, los Ministros y las Ministras de Salud se interesan en saber cómo funcionan los Comités Andinos de los seis países. Es decir,

de cómo le vaya a Bolivia dependerá como le esté yendo a Chile en el ámbito de salud, o a Perú o a Venezuela, etc., porque la salud está más allá de las fronteras y es un asunto individual, familiar, comunitario, social, regional e internacional, es responsabilidad de todos.

La preocupación por la tuberculosis es tan grande que los Presidentes han firmado un compromiso, la Estrategia "Fin a la Tuberculosis". Entonces, si los presidentes han firmado un compromiso, ¿Qué tienen que hacer los equipos y los Ministerios? Cumplir ese compromiso. Por ello, el ORAS - CONHU, asumió el Programa Fortalecimiento de Laboratorios. Cuando los Presidentes y los Estados se comprometieron con la Estrategia: Fin a la Tuberculosis, este es un compromiso político. Sabiendo que los laboratorios no solamente dependen de los Estados, sino que son redes, resulta obvio que nosotros tengamos que asumir esa tarea, y por eso la hemos asumido y ha resultado ser muy enriquecedora. He ahí por qué es tan importante este intercambio de experiencias.

Para finalizar, quiero alentar a que los resultados sean insumos para todos ustedes y, obviamente, sea un insumo fundamental para los Presidentes. Seguramente, este año, el tema de tuberculosis estará en

la Asamblea de las Naciones Unidas, y a nivel mundial habrá más de un foro donde los Presidentes y los Ministros hablarán de la tuberculosis. Entonces, de nosotros depende cuál será el mensaje de los Presidentes de los seis países. Debido a que la tuberculosis está muy ligada con los determinantes sociales de la salud, reafirmamos el compromiso de trabajar en cumplir todos los Objetivos de Desarrollo Sostenibles, avanzar en la integración y cooperación para alcanzar la meta: Poner fin a la tuberculosis. ¡Muchas gracias!

3.1. MINISTERIO DE SALUD DE BOLIVIA

Economista Roberto Ávila Cárcamo.
Unidad de Seguros Públicos.

La población de Bolivia es aproximadamente de 10,9 millones. Con relación a tuberculosis, un dato relevante lo constituye la incidencia de tuberculosis por 100 mil habitantes, que en Bolivia es de 70,9 (dato de 2014) y la mortalidad por tuberculosis es de 9,8 (dato de 2017).

Tabla 11. Información General de Bolivia

Indicadores	Valor	Año
Población (millones)	10 985 059	2016
Población en zonas urbanas (%)	67%	2012
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US\$ per cápita)	7330	2017
Índice de desarrollo humano	0,69	2017
Promedio de años de escolaridad	9	2012
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	81%	2012
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	53%	2012
Esperanza de vida al nacer (años)	71	2017
Mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos)	24	2016
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	160	2011
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	70,9	2014
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	9,8	2017
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	94,4%	2015
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	93,5%	2016

Fuente: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Estadística (INE), Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE) y Organización Mundial de la Salud (OMS).

Nota: Los datos corresponden a diferentes años, debido a que hay múltiples fuentes.

En cuanto al gasto en salud, el último dato oficial en Bolivia que proviene del estudio de cuentas en salud (2016), afirma que el gasto en dólares es de 2600 millones de dólares, que es el gasto agregado, es decir, incluye gasto corriente y gasto de capital. Para ver la relación respecto a lo que es el

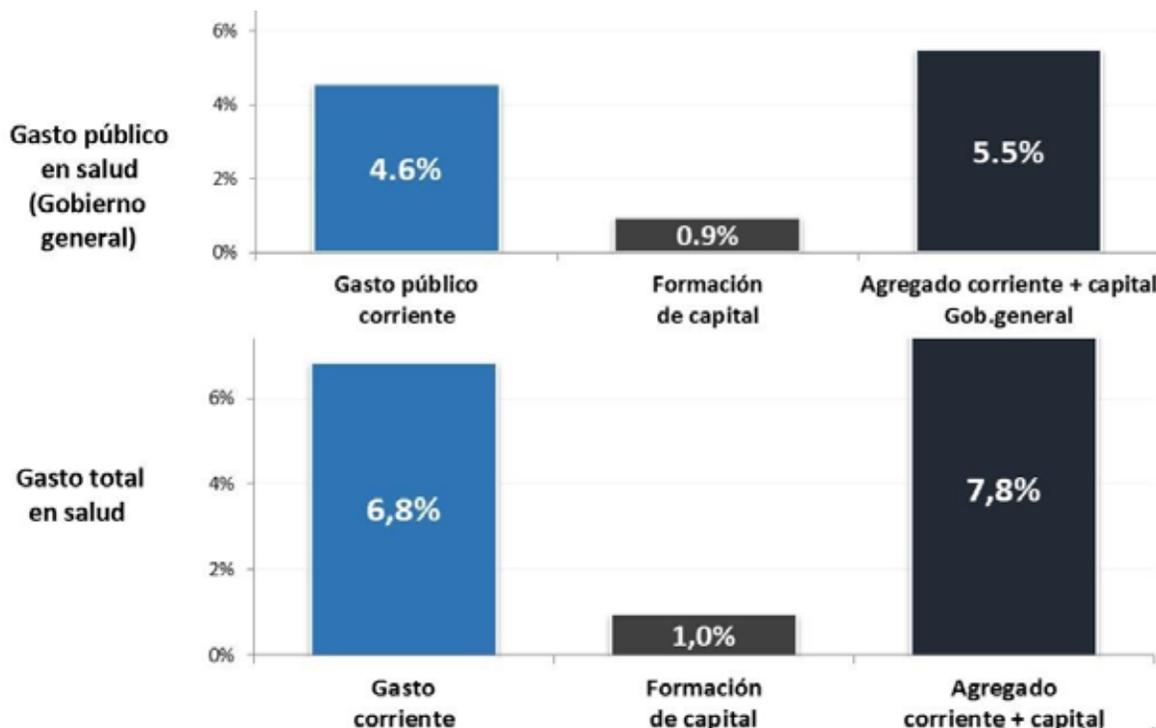
gasto público como tal, éste tiene que ver con el Gobierno Central y, también, con el sector de la Seguridad Social, que está dentro de él. Otro indicador, que va incluido, es el del gasto público en porcentaje del PIB, en este caso discriminando por gasto corriente, gasto capital y gasto total.

Tabla 12. Gasto público en salud y gasto total en salud, según tipo de gasto - Gestión 2016 (en dólares)

Tipo de Gasto	Gasto público en salud (Gobierno general)	Gasto total en Salud
Gasto corriente en salud	1532 236 576	2295 493 703
Formación bruta de capital en salud	315 803 054	321 912 901
Agregado gasto corriente + formación de capital (gasto total en salud del SHA 1.0)	1848 039 630	2617 406 604

Fuente: Estudio de cuentas de salud 2016. Ministerio de Salud

Como se puede ver, en Bolivia el gasto corriente es de aproximadamente un 6,8% del total y el gasto público alcanza el 4,6% y, haciéndolo con el gasto del capital más, alcanza el 5,5% para el 2016; o sea, está por debajo del ideal de llegar a más del 6% de gasto público en salud.

Gráfico 3. Gasto público y total en salud en % del Producto Interno Bruto (PIB), según tipo de gasto - Gestión 2016

Fuente: Estudio de cuentas de salud 2016. Ministerio de Salud

De otro lado, Bolivia cuenta con un Plan Estratégico que ha sido aprobado en el 2016 y que tiene vigencia hasta el 2020. Dicho Plan tiene cuatro características: tiene un enfoque multisectorial y se articula con instituciones al interior del Ministerio de Salud y con entidades de otros sectores y de los gobiernos subnacionales. Luego, cuenta con respaldo jurídico, con el que se han definido las competencias a nivel de los gobiernos subnacionales. Para ello, se han establecido metas realistas. También, se cuenta con un presupuesto, que proviene principalmente de fuente externa. En este caso, se está tratando de aumentar los recursos públicos y se espera que al 2020, se pueda contar con ello. Obviamente, todo esto se entiende en lo que en Bolivia se denomina una política

de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, que incluye aspectos de interculturalidad, intersectorialidad, integralidad y, sobre todo, de participación comunitaria.

En este Plan se muestran algunos datos, como el número de casos de tuberculosis en todas sus fases y las tasas de incidencia. Las ciudades de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, presentan mayores casos de tuberculosis y, obviamente, mayor incidencia. Teniendo esta información por grupo, edad y sexo, el grupo etario de 15 a 24 años, sobre todo en hombres, tiene una mayor incidencia de casos nuevos de tuberculosis en todas las formas. Los datos corresponden al 2014, 2015 y 2016, no se tiene información más actual en ese documento.

Tabla 13. Número de casos e incidencia de Tuberculosis. Gestión 2014

Departamento	Población	Casos de TB TSF		Tasa de incidencia
		n	%	
La Paz	2887075	1814	24.0	62.8
Oruro	525099	197	2.6	37.5
Potosí	879204	345	4.6	39.2
Cochabamba	1871452	1119	14.8	59.8
Chuquisaca	617174	332	4.4	53.8
Tarija	513389	393	5.2	76.6
Santa Cruz	2822385	3000	39.6	106.3
Beni	448227	313	4.1	69.8
Pando	117356	59	0.8	50.3
Total	10681361	7572	100	70.9

Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

En el Plan, también se contempla el presupuesto de acuerdo a seis objetivos y lineamientos estratégicos. Para el año 2019, se dispone de varias estrategias y

para el año 2020 se acaba el financiamiento que proviene de fuentes externas, lo más probable es que el Ministerio de Salud asuma estos gastos.

Tabla 14. Presupuesto para el Programa Nacional de Tuberculosis (en dólares)

Objetivos estratégicos	Resultados esperados	Lineamientos estratégicos	2016	2017	2018	2019	2020
OE 1	R1_1	Promoción de la salud y prevención de riesgos, con enfoque de género, enfoque de derechos y participación comunitaria, a nivel local, Municipal, Departamental y Nacional, incluyendo la normativa técnica y legal en tuberculosis.	118 200	120 218	127 672	135 588	143 994
	R1_2	Fortalecimiento de las estrategias para favorecer la al tratamiento de la tuberculosis.	31000	22302	23685	25153	26713
	R1_3	Formación de promotores de salud con una visión integral que coadyuven en el control de la tuberculosis.	38 500	40 887	43 422	46 114	48 973
OE 2	R2_1	Fortalecimiento de la oferta de servicios que garanticen el tratamiento completo y gratuito para el control y curación de la tuberculosis, considerando las diferencias por municipios según carga de TB (alta, mediana, baja).	1058000	1112976	1181981	1255263	1333030
	R2_2	Fortalecimiento de la oferta de servicios en los centros penitenciarios para garantizar el control de la tuberculosis de manera continua y sostenible.	158700	166946	177297	188289	199964
	R2_3	Fortalecimiento de la implementación de las políticas del PNCT en el sector No Público bajo la rectoría del Ministerio de Salud.	4200	4460	4737	5037	5343
	R2_4	Fortalecimiento de la Red de Laboratorios a Nivel Nacional.	353 200	375 098	398 355	423 052	449 282
	R2_5	Fortalecimiento del sistema único de información.	229 174	243 383	258 473	274 498	291 517

Fuente: Ministerio de Salud - Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PNCT).

Todos los lineamientos estratégicos (tabla anterior) los maneja el Programa Nacional, es decir, son recursos para cubrir a todas las personas que tienen tuberculosis. Además, la Ley N° 475, de diciembre de 2013, Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, da protección financiera a la población vulnerable menor a 5 años, a mayores de 60, a mujeres gestantes y a personas con discapacidad. Dentro de esta Ley, hay 1230 prestaciones de las cuales 11 corresponden a las personas que tienen tuberculosis, para atención clínica, atención complementaria o de laboratorio.

En este caso, esta Ley es una ayuda para el Programa Nacional de Control de Tuberculosis. El PNCT, financia todos los medicamentos e insumos que las personas con tuberculosis requieren.

La Ley 1152 del 20 de febrero de 2019, modifica la Ley 475 de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral, reformada por ley N° 1069 en el mayo de 2018. "Hacia el Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito" y tiene como objeto ampliar la población beneficiaria que no se encuentra cubierta por la Seguridad Social de Corto Plazo, con atención gratuita de salud, en avance hacia un Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito. En ese entendido, se han hecho muchos ajustes, por ejemplo, en el tema de prestaciones, se han creado productos de salud que tienen una estructura muy diferente para avanzar gradualmente hacia el sistema único de salud. La Ley 1152, que entró en vigencia desde el 1 de marzo, maneja dos tipos de recursos: 1) Recursos nacionales, y 2) Recursos subnacionales de municipios y de gobernaciones.

De esta manera, existe, y va a existir, ese tipo de financiamiento para cubrir todos los costos de todas las atenciones, tanto en los Hospitales de Nivel 3, Nivel 2 y los Puestos

de Atención, de Nivel 1. En Bolivia, no se han realizado estudios formales de gasto catastrófico en salud ni estudios de costo-efectividad, tenemos el compromiso de gestión y búsqueda de financiamiento para realizarlos.

3.2 MINISTERIO DE SALUD DE CHILE

Lic. Verónica Araya. Departamento de Economía de la Salud

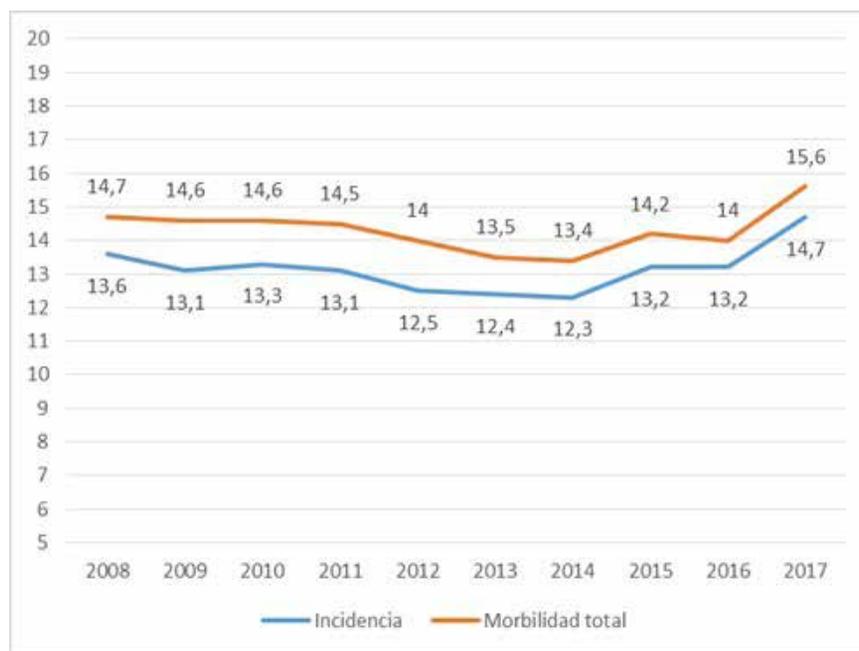
Chile tiene un ingreso nacional bruto propio de un país en desarrollo, con un Índice de Desarrollo Humano 0,843 (Muy Alto), a nivel mundial Chile ocupa el lugar 44 en el IDH, un promedio de años de escolaridad de 11,2, e indicadores que tienen alto impacto en materia sanitaria como población con agua potable, alcantarillado, con tratamiento de aguas hervidas de 99,5%.

Respecto al punto que interesa, la incidencia de tuberculosis, para Chile es de 14,7 en el año 2017. Se considera que, para tener una baja incidencia, la tasa debe ser menor de 10, entonces, Chile no es un país de baja incidencia, pero está cerca, esa es la buena noticia ya que, en América, sólo EEUU, Canadá y Cuba tienen tasa por debajo de 10, y Costa Rica y Chile son los que siguen. La mortalidad por tuberculosis en Chile es de 1,4 por cada 100 000 habitantes. La tasa de tuberculosis pulmonar es de 11,5 en el 2017.

Tabla 15. Información General de Chile

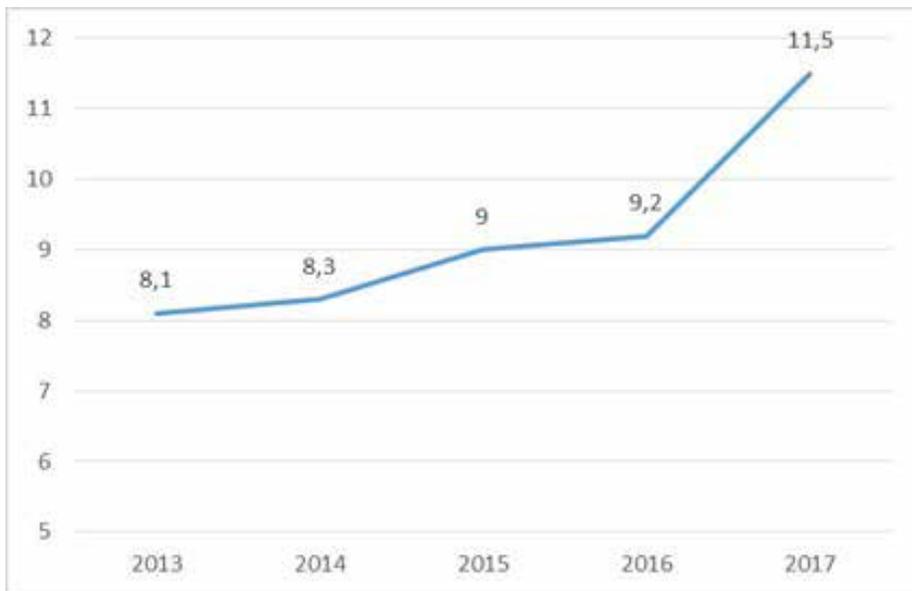
País: Chile	Valor	Año	Fuente
Población (millones)	17 574 003	2017	INE
Población en zonas urbanas (%)	87,8%	2017	INE
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US \$ per cápita)	21 910	2017	PNUD
Índice de Desarrollo Humano	0,843	2017	PNUD
Promedio de años de escolaridad	11,2	2017	CASEN
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	99,92%	2016	INE
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%) (alcantarillado)	96,8%	2015	INE
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%) (tratamiento aguas servidas)	99,85%	2015	INE
Esperanza de vida al nacer (años)	79,7	2017	PNUD
Mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos)	7	2016	INE
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	22	2017	PNUD
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	14,7	2017	DEIS
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	1,4	2015	DEIS
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	93,5%	2015	MINSAL
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	99,7	2015	INE

Fuente: OPS. Salud en las Américas. Resumen: Panorama regional y perfiles de país. Washington D.C. 2017

Gráfico 4. Tasa de morbilidad e incidencia de tuberculosis en Chile 2008-2017

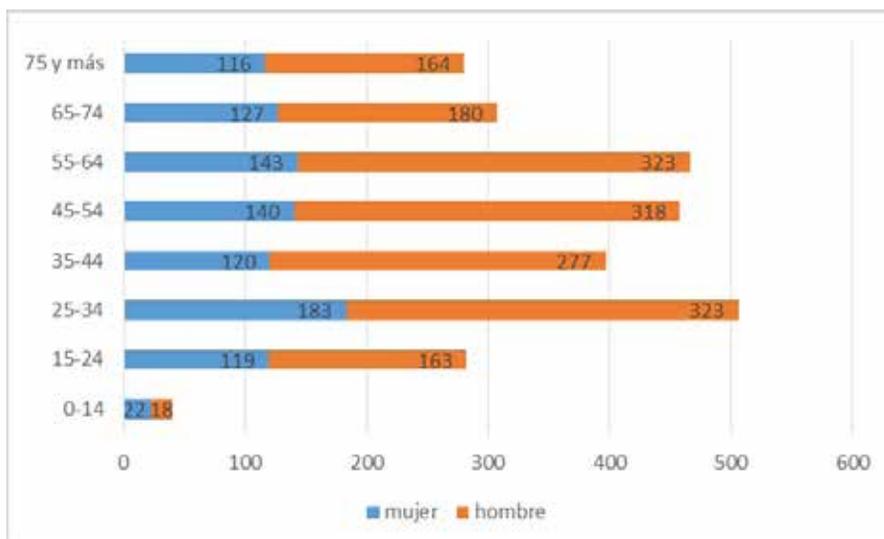
Fuente: Registro Nacional del Programa de Tuberculosis.

Gráfico 5. Tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar con confirmación bacteriológica, Chile, quinquenio 2013 - 2017.



Fuente: Registro nacional del Programa de Tuberculosis

Gráfico 6. Distribución de número de casos de Tuberculosis Todas las Formas (TBTF) por grupo de edad y sexo, Chile 2017



Fuente: Registro nacional del Programa de Tuberculosis

Hay diferencia entre hombres y mujeres, 39,8 y 21,3 respectivamente. También, hay diferencia por grupos etarios, y en ello, llama la atención los casos en la población de las cohortes de 25 a 34 años, y la de 55 a 64 años. Así mismo, a nivel de las regiones de Chile, algunas tienen 6 de tasa de incidencia, y hay

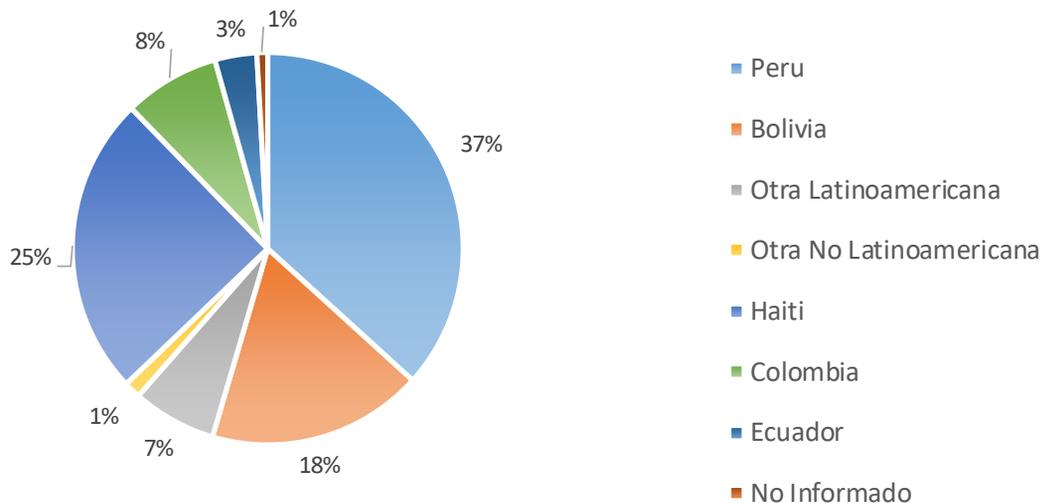
otras que tienen 36. Entre los antecedentes sobre la población de riesgo, normalmente se concentra en el adulto mayor, seguida de la población de extranjeros, la población con alcoholismo, con drogadicción, VIH, diabetes, y la población que vive en la calle.

Tabla 16. Proporción de casos de TBTF por grupos de riesgo. Chile 2017

Grupo de riesgo	Proporción (%)
Adulto Mayor	21,4
Extranjeros	15,5
Alcoholismo	11,4
Drogadicción	10,1
Coinfección VIH	9,6
Diabetes	7,4
Situación de calle	4,7
Contactos	3,7
Otra inmunosupresión	2,9
Población privada de libertad	2,6
Pueblo indígena	2,5
Personal de salud	1,1
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	1,4
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	93,5%
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	99,7

Fuente: Registro Nacional del Programa de Tuberculosis

En el siguiente gráfico, se puede observar que el número de extranjeros con casos de tuberculosis es independiente de la base de la población, y se concentra en personas de origen en Perú, con 37% de los casos, y población con origen en Haití, con 25% de los casos.

Gráfico 7. Nacionalidad de las personas extranjeras diagnosticadas con tuberculosis en Chile 2017

Fuente: Registro Nacional del Programa Fuente: Registro nacional del Programa de Tuberculosis de Tuberculosis

Existe un Plan Nacional que aborda toda la temática de salud, y uno de los objetivos estratégicos, por supuesto, es la tuberculosis. Se cuenta con una meta al 2020 de terminar la tuberculosis como problema de salud pública. Se cuenta con el Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis (PROCET), que se viene desarrollando desde el año 1973, cuando se denominaba Programa Nacional de Control, y fue reformulado en el año 1997 como PROCET, y desde entonces está vigente. El Plan tiene actividades específicas y maneja un presupuesto, afortunadamente, es de carácter universal. Todas las personas tienen derecho a ser atendidas para la detección y el tratamiento.

Actualmente, no se cuenta con un estudio de gasto catastrófico, ya que todas las acciones del PROCET están integradas en el Sistema Nacional de Servicios de Salud y son gratuitas, sin exigencias de pago o copago para los beneficiarios del Programa. La población afiliada al Sector Privado de Salud o la población beneficiaria de servicios e instituciones de salud dependientes de otros ministerios (Carabineros, Fuerzas Armadas, etc.) tiene derecho a ser atendida en los establecimientos que componen la red asistencial de los servicios de salud, en forma gratuita. En cuanto a las actividades, está muy focalizado en lo que es capacitación, por ejemplo, cursos de prevención y control de la tuberculosis, seminarios, jornadas de capacitación, elaboración de material de difusión, cursos de adquisición de fármacos, etc. Otras actividades incluyen compra de insumos de laboratorio, compra de productos, pago de pasajes, todo lo que tiene que ver con revolver los determinantes sociales. Se tiene un total de 2 mil millones de pesos chilenos, a esto hay que sumar que, también, hay un uso de la asignación de recursos propios de Salud Pública de Chile y, además, la vigilancia y la atención obligatoria. En definitiva, los recursos han

sido estables, aunque los determinantes sociales de la salud desbordan y se requiere de estrategias que resuelvan las causas estructurales de los problemas de salud.

3.3 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA.

Lic. Carolina Barragán. Dirección de Financiamiento Sectorial

Colombia, de acuerdo con los datos del censo realizado en el 2018, tiene 48 248 494 millones de habitantes. Su índice de desarrollo humano es de 0,74 (alto).

De acuerdo con la información del Plan Estratégico: Hacia el fin de la Tuberculosis. Colombia 2016-2025 (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2015). La visión propuesta es: Colombia declarada país de baja incidencia de tuberculosis (menos de 10 casos por 100 000 habitantes de habitantes) y sin costos catastróficos por tuberculosis para los pacientes y sus familias en 2030. Objetivo: Reducir el 50% de la incidencia, el 75% de la mortalidad y el 60% de los costos catastróficos causados por la tuberculosis en Colombia a 2025, comparadas con el 2015. En este contexto se ha incluido como metas, además de las previstas de disminución de la incidencia y la mortalidad, la de reducir en 60% los costos catastróficos causados por la tuberculosis a los afectados y sus familias.

En Colombia, para el 2015, se reportaron al Programa Nacional para el Control de la Tuberculosis (PNCT), 12 749 casos, 1587 con coinfección TB/VIH; el 43% tenía el diagnóstico de VIH conocido al desarrollar la tuberculosis. El Programa reportó a la OMS, 194 casos con tuberculosis resistente a Rifampicina (TB MDR-RR); aunque la OMS estimó 367 casos con tuberculosis multidrogorresistente (TB MDR). La incidencia notificada de todas las formas de tuberculosis en 2015 fue de 26,4 casos

Tabla 17. Información General de Colombia

País: Colombia	Valor	Año
Población (millones)	48 248 494	2015
Población en zonas urbanas (%)	79%	2015
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US \$ per cápita)	12 910	2014
Índice de desarrollo humano	0,7477 (Puesto 90)	2017
Promedio de años de escolaridad	7,1	2014
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	91,2	2015
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	81,1	2015
Esperanza de vida al nacer (años)	74,4	2013
Mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos)	17,3	2013
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	55,3	2013
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	26,4	2015
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	1,6	2013
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	94,0	2015
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	98,6	2015

Fuente: Plan Estratégico "Hacia el fin de la Tuberculosis" Colombia 2016-2025" (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2015). Fuente: OPS. Salud en las Américas. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington D.C. 2017

por 100 000 habitantes que representa una discreta disminución en relación con la tasa del año 2000, de 29,1 por 100 000 habitantes. Cada vez es menor la brecha entre lo registrado y lo estimado. El PNCT detecta el 76% de los casos nuevos y recaídas estimados por la OMS, es decir que cerca de 3100 casos no son diagnosticados anualmente. (MSPS, 2019. Pág. 21).

El 90,2% de los casos son nuevos y el 9,7% previamente tratados. De acuerdo con el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), la proporción de casos de tuberculosis pulmonar ha variado poco en los últimos años y fue de 82% en 2015. Entre las formas extrapulmonares, las tuberculosis pleural, meningea y ganglionar son las más frecuentes. El 50% de los casos nuevos y el 36% de los previamente tratados fueron diagnosticados a nivel hospitalario. La mayor proporción de casos son hombres (63,4% en 2015) entre los 15 y

los 65 años. En el 2015, los menores de 15 años representaron el 3,3 % de los casos reportados y los mayores de 65 años, el 20%. En relación al régimen de afiliación al sistema de salud, la población subsidiada (sin capacidad de pago) representa el 56% de los casos. Las entidades territoriales con mayor incidencia fueron Amazonas, Risaralda y Chocó con 77,4; 54,4 y 49 casos por 100 000 habitantes, respectivamente. La carga de la enfermedad se concentra en Antioquia (20%), Valle del Cauca (11,7%), Santander (4,3%), Bogotá (9,8%) y Barranquilla (4,5%). El éxito del tratamiento (casos curados y tratamientos terminados) entre el total de casos nuevos y recaídas registrados en 2014, fue de 71% y entre los casos con baciloscopia positiva (MSPS, 2019. Pág. 22).

La mortalidad ha disminuido de forma constante entre 2007 y 2015. De acuerdo con el Departamento Nacional de

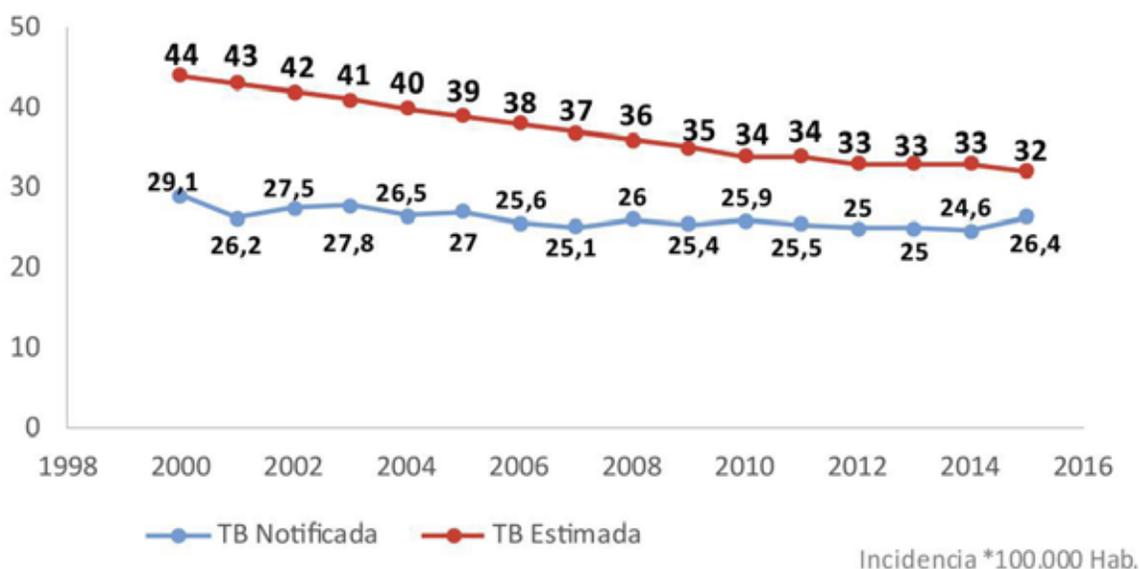
Estadística (DANE), en el 2013 se reportaron 1006 muertes por tuberculosis, 69,6% en hombres. La mayor mortalidad ocurrió en personas del régimen subsidiado (74,6%) y no aseguradas (13,2%). Se observan diferencias entre los territorios de alta carga en relación con la tendencia de las defunciones (MSPS, 2019. Pág. 23).

De acuerdo con la información del Plan Estratégico "Hacia el fin de la Tuberculosis" Colombia 2016-2025" (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2015), el Gobierno y el MSPS han construido un marco legal que incluye la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), así como el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Con la Circular 058 de 2009 y la Resolución 5195 de 2010 se reestructuró el Comité Asesor Nacional de Tuberculosis que tiene funciones de asesoría a nivel nacional y territorial para el desarrollo de acciones

encaminadas a prevenir, vigilar y controlar la tuberculosis, la coinfección TB/VIH, la tuberculosis MDR y XDR; y los Subcomités Nacionales cuya finalidad es evaluar los casos especiales de tuberculosis. El MSPS garantiza el diagnóstico y tratamiento gratuitos en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud; sin embargo, no se cuenta con mecanismos que integren a otros sectores para dar un soporte integral a los pacientes y sus familias, que mejore los resultados que se han obtenido (MSPS, 2019. Pág. 37).

La tuberculosis es una enfermedad social, el bacilo de Koch encuentra en la pobreza, el hacinamiento, la exclusión social y la inequidad los condicionantes que facilitan su patogenicidad. Por ello, se requiere un enfoque sociopolítico innovador e integral para enfrentar los determinantes sociales de la salud.

Gráfico 8. Incidencia de tuberculosis en Colombia, 2000-2015



Fuente: Plan Estratégico "Hacia el fin de la Tuberculosis" Colombia 2016-2025". Datos de Programa Nacional de Control de Tuberculosis. Ministerio de Salud y Protección Social. Pág. 24.

Tabla 18. Tuberculosis en poblaciones vulnerables reportadas al SIVIGILA. Colombia 2013 – 2015

Grupo poblacional	Casos de tuberculosis		
	2013	2014	2015
Infantil (Menores de 15 años)	575	601	550
Indígena	703	735	689
Privados de la libertad	239	410	650
Habitantes de calle	SD	378	495
Afrodescendientes	986	1046	930
Migrantes	45	80	106
Trabajadores de la salud	148	160	193
Desplazados	55	127	129
Discapacitados	37	110	116
Registrados en centros psiquiátricos	SD	28	82

Fuente: Plan Estratégico "Hacia el fin de la Tuberculosis" Colombia 2016-2025". Datos SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Pág. 30.

Actualmente, Colombia no cuenta con un estudio de gasto catastrófico de salud, dado que se maneja una cuenta para enfermedades de alto costo, en la que las Empresas Promotoras de Salud (EPS) se asocian para hacer un fondo autogestionado mediante el ajuste, en función de los casos de alto costo. Entre las enfermedades de alto costo, se cuentan la enfermedad renal crónica, el VIH/sida, la tuberculosis y otras enfermedades.

El país cuenta con un protocolo generado a partir de la metodología de la OMS, el cual se encuentra en ajustes y en cuya construcción participó el Observatorio Nacional de Salud del Instituto Nacional de Salud - INS- en cooperación con la OPS. Se prevé ejecutar el proyecto durante el 2019 para lo cual se requiere un financiamiento cercano a los 70 mil dólares. A partir de la visita internacional de monitoreo, de octubre de 2018, al Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, se identificó como una necesidad de cooperación técnica la "Asesoría y cofinanciación para la realización del estudio de costos catastróficos".

En relación con los programas sociales para disminuir el impacto económico de la TB, de acuerdo con los registros del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), en el 2015 se habían otorgado 9517 beneficios a pacientes con tuberculosis, de los cuales 7602 correspondían a servicios, aportes económicos, aportes en especies, aportes a estudiantes y otros servicios que se encontraban vigentes en el momento de la consulta. Colombia cuenta con programas que apoyan a la población afectada por tuberculosis, como el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén) que, a través de un puntaje identifica de manera rápida y objetiva a la población en situación de pobreza y vulnerabilidad para focalizar la inversión social y garantizar que esta sea asignada a quienes más lo necesitan. El Sisbén, permite identificar las personas con mayores necesidades, para brindarles los apoyos necesarios referentes a la enfermedad. Algunos beneficios pueden ser económicos constantes, pero hay, también, atención humanitaria para el caso

de las víctimas por el conflicto armado. Igualmente, para el seguimiento a las metas del Plan Decenal de Salud Pública, se creó la Comisión Intersectorial de Salud en la cual confluyen todos los actores y sectores para la planeación integral de acciones que impacten los determinantes sociales de la salud.

Por otra parte, para lograr la afiliación de la población pobre y vulnerable del país al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Estado colombiano ha definido al Régimen Subsidiado en Salud como su vía de acceso al ejercicio del Derecho Fundamental de la Salud (Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud). Es responsabilidad de los Entes Territoriales la operación adecuada de sus procesos, en virtud de su competencia descentralizada frente al bienestar de la población de su jurisdicción. De esa forma, los Municipios, Distritos y Departamentos tienen funciones específicas frente a la identificación y afiliación de la población objeto, así como sobre la inversión, contratación y seguimiento de la ejecución de los recursos que financian el Régimen (recursos de Esfuerzo Propio, de la Nación (SGP) y del Fondo para este fin). Así mismo, es deber de los Entes Territoriales el seguimiento y vigilancia al acceso efectivo a los servicios contratados por las Empresas Promotoras de Salud del régimen subsidiado (EPS-S). El Régimen Subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.

Respecto a los programas de asistencia nutricional, en Colombia existe un programa de asistencia nutricional como es el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), que otorga un complemento nutricional a pacientes, especialmente, niños y niñas

con tuberculosis. Adicionalmente, existen programas de transferencias condicionadas, como el Departamento de Prosperidad Social (DPS), que es una entidad del Estado, que transfiere recursos condicionados a las personas que son beneficiarias del Programa Familias en Acción y Jóvenes en Acción, que se encuentran conformadas por población joven en condición de pobreza y vulnerabilidad. También, Colombia cuenta con un programa de apoyo a la vivienda para personas que tienen tuberculosis, que se encuentra en el departamento de Antioquia, y es fruto de una iniciativa que realizaron algunas EPS con la Secretaría de Salud de la ciudad de Medellín, la cual alberga habitantes de calle y personas con tuberculosis. Además, el DPS cuenta con programas y estrategias, tanto para habilitar viviendas como para su adquisición para la población que tiene tuberculosis.

Respecto a los programas laborales para la población con tuberculosis, el programa Familias en Acción y Jóvenes en Acción, brinda apoyo y el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), un establecimiento público del orden nacional, adscrito al Ministerio del Trabajo que ofrece formación gratuita a millones de colombianos que se benefician con programas técnicos, tecnológicos y complementarios, capacita en las diferentes poblaciones y sirve como enlace para conseguir un empleo mediante la formación y junto a la Liga de Anti-Tuberculosis colombiana, ofrece en algunas ciudades convenios para la garantía del derecho a un trabajo digno a personas afectadas con tuberculosis.

Por su parte, la Liga Anti-Tuberculosis Colombiana y de Enfermedades Respiratorias es una entidad sin ánimo de lucro, creada por el Gobierno nacional para apoyar el Programa y está enfocada en desarrollar actividades que mejoran el bienestar de la población ante el riesgo de

la infección o de otro tipo de enfermedad respiratoria. Mediante esta Liga se brinda apoyo nutricional, alimentos y apoyo psicosocial, a pacientes con tuberculosis y a sus familias, en 46 municipios de 16 departamentos de Colombia.

En particular, entre los programas sociales que se están ejecutando para disminuir el impacto económico de la tuberculosis se pueden mencionar los de ciudades como Barranquilla, Bucaramanga, Bogotá y Cali. En Barranquilla hay hogares de paso y existen programas de Organizaciones No Gubernamentales (ONG) para la atención en calle de drogodependencia, y servicio de comedores para las poblaciones afectadas. En Bucaramanga se ofrecen siete programas en convenio, liderados por la Oficina de Desarrollo Social, que también cuentan con comedores y albergues para pasar la noche, y son iniciativas de empresarios privados y algunas comunidades religiosas. En Medellín se cuenta con siete servicios sociales y servicios de alimentación, prestados por ONG. En Cali se está consolidando un convenio liderado por la Oficina de Desarrollo Territorial y Bienestar Social. En Bogotá, la Oficina de Integración Social y el Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud (IDIPROM) ofrece programas para adultos, uno para personas mayores, uno para primera infancia y, adicionalmente, el IDIPROM cuenta con tres programas para niños y adolescentes.

Además, existen ONG laicas y religiosas, que ofrecen alojamiento y alimentación también en la capital del país. En cuanto a las entidades de nivel nacional, como ya se mencionó se encuentran programas de protección social para personas con puntajes bajos en el SISBEN y varias entidades del Gobierno que, en sus diferentes aspectos, focalizan a la población con tuberculosis.

En Colombia se han desarrollado dos estudios de costo-efectividad relacionados al control de la tuberculosis⁷. El primero, denominado: "Costo-efectividad de un tratamiento antituberculoso alternativo: seguimiento a convivientes residenciales de los pacientes"⁸. Objetivo: Estimar la relación de costo-efectividad del tratamiento de corta duración bajo observación directa (DOTS), comparándolo con una variación de dicho tratamiento, que incluye un mayor seguimiento a los convivientes residenciales de los pacientes (DOTS-R) para el tratamiento de tuberculosis (TB). Métodos: Tomando una perspectiva social que incluye los costos para las instituciones de salud, para los pacientes y sus familiares, y para otras entidades que contribuyen a hacer efectiva la operación del programa, se evaluaron los costos incurridos con cada una de las dos estrategias y se estimaron razones de costo-efectividad adoptando las medidas de efecto usadas por los programas de control. La estimación de los costos de cada una de las dos estrategias incluye los correspondientes a las instituciones de salud que administran el tratamiento, los pacientes y sus familiares, y los de la secretaría de salud que gestiona los programas de salud pública a nivel municipal. Con base en estos costos y el número de casos curados y tratamientos terminados como medidas de resultado de cada una de las estrategias evaluadas, se calcularon las razones costo-efectividad y costo incremental. Resultados. El DOTS-R se halló más costo-efectivo para lograr tratamientos exitosos que el DOTS. El DOTS-R registró costos de entre US\$ 1122,4 y US\$ 1152,7 por caso curado, comparados con valores de entre US\$ 1137,0 y US\$ 1494,3 correspondientes al DOTS. La proporción de casos tratados con éxito fue mayor con DOTS-R que con DOTS. Conclusiones. El DOTS-R es una alternativa costo-efectiva

⁷ Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/9273>.

⁸ Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642014000100009&script=sci_abstract&lng=es

promisoria para mejorar el control de la TB en sitios endémicos. Se recomienda a las autoridades del sector salud incorporar en su gestión institucional del programa contra la TB, acciones de seguimiento de los convivientes de pacientes, con la participación del personal de salud y los recursos físicos y financieros que apoyan actualmente dicho programa.

En el segundo estudio, denominado "Agar de capa delgada: Una opción costo efectiva para el diagnóstico rápido de tuberculosis multirresistente". Objetivo: Realizar un análisis de costo efectividad comparando el método de cultivo en agar de capa delgada y el método estándar de proporciones múltiples, utilizados en el diagnóstico de Tuberculosis Multidrogorresistente. Resultados: Se evaluaron 100 pacientes, encontrando una prevalencia de resistencia a la Rifampicina de 10,8% y resistencia a Isoniazida de 14,3 %. Se presenta un

análisis en términos de costo-efectividad mediante el diseño de un árbol de decisiones (TreeagePro®), resultando ser la prueba basada en cultivo en agar de capa delgada más costo-efectiva; con valores de sensibilidad, especificidad y predictivos del 100% para detectar resistencia a Rifampicina e Isoniazida.

3.4 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

Economista Gabriela Mata. Analista de la Dirección Nacional de Economía de la Salud

Ecuador, tiene 17 267 986 habitantes y un índice de desarrollo humano de 0,73 (alto), para el 2018 presenta 6023 casos de tuberculosis en todas las formas, y el número de casos de tuberculosis resistente es de 178.

Tabla 19. Información General del Ecuador

Descripción	Valor	Año
Población (millones) (1)	17 267 986	2019
Población en zonas urbanas (%) (1)	64%	2019
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US \$ per cápita) (2)	11 587,45	2017
Índice de desarrollo humano (3)	0,73	2019
Promedio de años de escolaridad (4)	10,17	2017
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%) (5)	87	2015
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%) (5)	85	2015
Esperanza de vida al nacer (años) (6)	76,33	2016
Mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos) (7)	9,7	2017
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos) (7)	42,8	2017
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes) (8)	35,38	2018
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes) (9)	2,63	2017
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%) (5)	84	2015
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%) (5)	77	2015

Fuentes: (1) INEC, Proyecciones poblacionales a partir del Censo Poblacional 2010, (2) Banco Mundial, Base de datos del Programa de Comparación Internacional (3) <http://www.ec.undp.org/> (4) INEC, Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo-ENEMDU, (5) OPS, Salud en las Américas. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington D.C. 2017 (6) Banco Mundial, <https://data.worldbank.org/indicador/SPDYN.LE00.IN?locations=EC> (7) INEC, Anuario de Nacimientos y defunciones año 2017 (8) Dirección nacional de estrategias de prevención y control, MSP, 2018 (9) INEC, Anuario de estadísticas vitales - Defunciones, año 2018

Si se mira la dinámica, el número de casos de tuberculosis se ha incrementado y, muy posiblemente, esto está concatenado con lo que es la estrategia de diagnóstico, ya

que se están realizando campañas para captar la mayor cantidad de casos y realizar la atención correspondiente.

Tabla 20. Casos de TB en Ecuador

Año	Número de casos Tuberculosis	Año
2013	5474	95
2014	5352	173
2015	5215	131
2016	5374	155
2017	5815	233
2018	6023	178

*Casos TB RR/MDR

Fuente: Dirección nacional de estrategias de prevención y control, MSP, 2018.

Respecto a la incidencia, en el año 2018 es de 35,38 para el caso de tuberculosis sensible, y para tuberculosis resistente es de 1,5. Aquí, la tasa de letalidad es de 129%, que también es por cada 100 000 habitantes

en el año 2017. Ecuador está dentro de los 10 países que tienen altos niveles de casos de tuberculosis, y esto se corrobora con los datos.

Gráfico 9. Tasas de incidencia, mortalidad y letalidad de Tuberculosis, 2013-2018

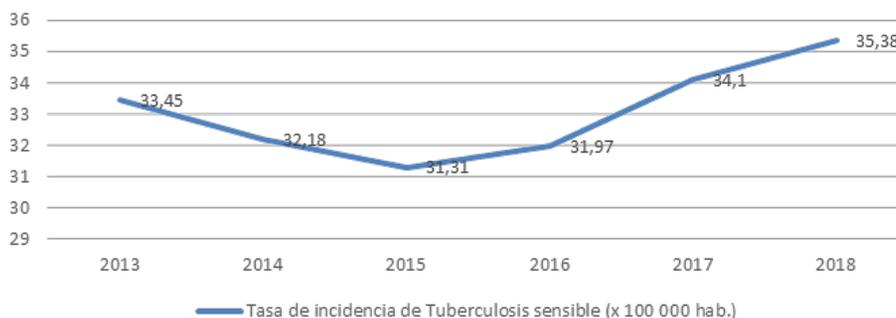
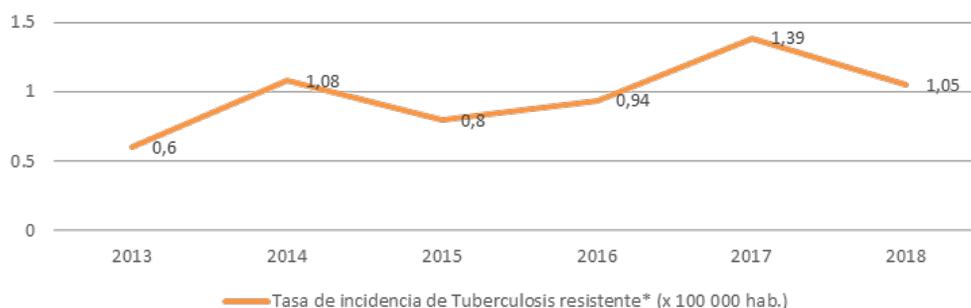


Gráfico 10. Tasa de incidencia de Tuberculosis resistente



Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Marzo, 2019.

Existe la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, que es el área dentro del Ministerio, responsable de la Estrategia del control de la tuberculosis. El objetivo es realizar acciones sobre la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis para disminuir la morbilidad y la mortalidad y evitar la aparición de casos resistentes a las drogas anti-tuberculosis. En cuanto a la rectoría y autoridad sanitaria, se ha creado un trabajo en red. Anteriormente, sólo había atención en hospitales de tercer nivel, con acciones directas para el inicio del tratamiento de tuberculosis resistente. (Hospitales Alfredo J. Valenzuela, en Guayaquil, y Pablo Arturo Suarez y Eugenio Espejo, en Quito). Ahora, en la actualidad, y a partir del año 2015, el Ministerio de Salud Pública inicia un proceso de acercamiento con los establecimientos que fueron parte de la red pública integral de salud y ven la manera de incorporar los establecimientos de estas otras instituciones, para que puedan atender los casos afectados por tuberculosis. Esto es algo rescatable, ya que no hay únicamente 2 o 3 centros especializados que puedan realizar la atención de tuberculosis, sino que ya hay toda una red que está comprometida con este fin, y eso también se creó con el apoyo de la Subsecretaría Nacional de Gobernanza y se inició el trabajo conjunto a través de la formación de la Comisión Nacional Interinstitucional de RPIS/TB de la red

para el trabajo con tuberculosis, entonces, está solventada de alguna manera la parte interinstitucional en cuanto al abordaje y cobertura de atenciones y prestaciones para la atención de tuberculosis.

¿Qué se ha hecho? Se actualizaron las estrategias y las técnicas diagnósticas, enmarcadas en dos documentos: la Guía de Práctica Clínica, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Tuberculosis, (segunda edición, 2018), y el Manual de Procedimientos para la Prevención y Control de la Tuberculosis (2017). Estos dos documentos constituyen las guías de las estrategias para la atención de la tuberculosis. Por otra parte, en relación con las tecnologías diagnósticas se ha implementado la detección rápida con el Xpert MTb/RIF, lo que resulta importante (destacando la inversión que se hace en nuevas tecnologías) ya que permite, principalmente, la detección de los casos de tuberculosis para hacer el tratamiento. Algunos datos financieros tienen que ver con ¿Cuánto se gasta en medicamentos y en insumos para tuberculosis? En el año 2018, fueron 397 214 dólares, y de este valor, realmente, frente a lo que es el gasto de medicamentos, únicamente representa el 0,22%, pero eso también responde a la incidencia en los casos presentes de tuberculosis.

Tabla 21. Presupuesto para la Adquisición de Medicamentos e Insumos de la Estrategia de Tuberculosis, Años 2018, 2019 y 2020

Ítems	Años		
	2018	2019	2020
Medicamentos de primera y segunda línea	\$ 331 970,93	\$ 878 716,52	\$ 816 400,00
Insumos	\$ 65 243,11	\$ 101 000,00	\$ 289 000,00
Total	\$ 397 214,04	\$ 979 716,52	\$ 1 105 400,00

Fuente: Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control

En relación con el compromiso de cumplir las metas propuestas en la Estrategia "Fin a la TB", es esencial medir de manera fiable los progresos en la reducción de la incidencia de la TB, las muertes por TB y los gastos catastróficos. También, es necesario contar con una vigilancia de alta calidad de la TB dentro de los sistemas nacionales de información sanitaria y del registro de hechos vitales, para monitoreo de la incidencia de TB y su mortalidad. La manera más adecuada de medir los gastos catastróficos es a través de la aplicación de encuestas especiales. Si el gasto total sobrepasa el 20% de los ingresos familiares anuales, ese gasto se considera catastrófico. En el país, existe un compromiso claro de generar un proceso de levantamiento de información, que permita un análisis integral del impacto económico de la enfermedad. De esta manera, se podrá aportar insumos técnicos para que, ante una estrategia regional, se presenten evidencias sobre el impacto económico y, así, realizar acciones conjuntas en aras de garantizar la prevención y detección de la tuberculosis.

3.5 MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ

Dr. Henry Hernández Caballero

Responsable de la Unidad Técnica de la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis

En Perú, la política nacional como país se enmarca dentro de lo que se denomina la modernización de la gestión pública, y dentro de ésta, se tienen tres ejes transversales que son: el Gobierno Abierto, el Gobierno Electrónico y la Articulación Interinstitucional. Estos tres ejes cruzan los cinco pilares: 1) Política pública, 2) presupuesto para resultados, 3) Gestión por procesos, 4) Servicio civil meritocrático, 5) Sistema de información, seguimiento, monitoreo, evaluación y gestión del conocimiento. Tenemos el Presupuesto para Resultados que colabora de manera

conjunta con la gestión del cambio y busca establecer un Estado más moderno, orientado al ciudadano, descentralizado, abierto, eficiente e inclusivo.

Actualmente, a nivel nacional, se cuenta con el Sistema de Información Gerencial que permite tener información pertinente y oportuna. Se tienen los Programas presupuestales, y dentro de esta estructura, se aplica el Presupuesto para Resultados, como parte de un instrumento dentro de la unidad de programación. Así, se cuenta con un Programa presupuestal para tuberculosis y VIH, que están juntos, pero cada uno realiza las actividades en el ámbito que le compete, y esto abarca desde tener productos a través de insumos, es decir, medicamentos, insumos de laboratorio, el recurso humano, el equipamiento, los materiales a través de kits, que se tienen que garantizar a través del presupuesto, y productos, que son los servicios que se brindan, y que llegan directamente a los usuarios. Con ello, se busca tanto la detección, el diagnóstico, la atención de contactos, el tratamiento, el manejo de las comorbilidades, como disminuir la reincidencia y lograr las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y de la estrategia: Fin de la Tuberculosis.

El sector está bastante segmentado y, por lo tanto, con el tema presupuestal, sucede igualmente. Hay un grueso de presupuesto, el que se maneja a nivel nacional, que está a cargo del Ministerio de Salud y, a través del Seguro Integral de Salud, es el que brinda aseguramiento a la población, sobre todo, de pobreza y extrema pobreza y afectada por la tuberculosis. También se cuenta con otro sector, que involucra tanto al Ministerio de Trabajo como al Ministerio de Defensa, y al Ministerio del Interior, ya que también ellos tienen un presupuesto destinado a salud. Específicamente relacionado a la tuberculosis, no está totalmente identificado

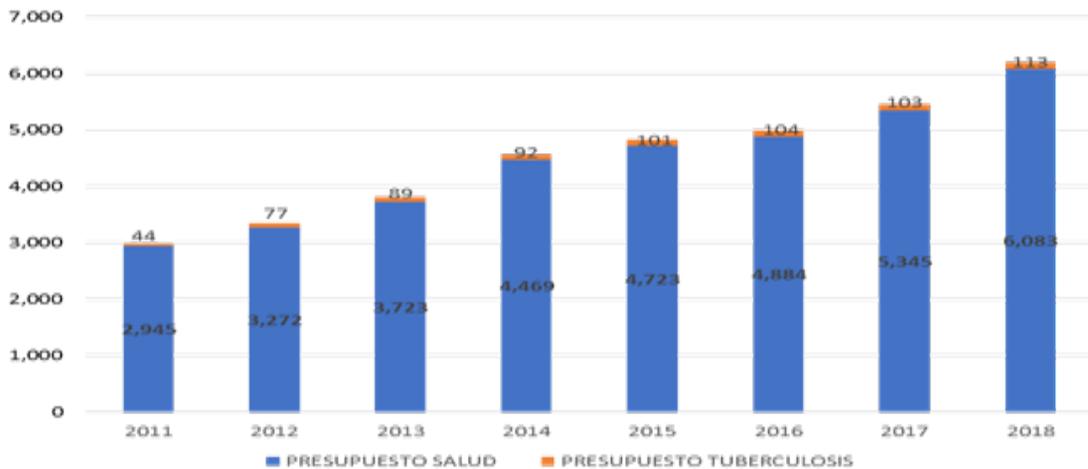
lo presupuestal, es decir, forma parte de un paquete global de presupuesto que no facilita hacerle seguimiento.

Entonces, en función de ello, desde el año 2017 a 2018 se hicieron gestiones para que el Ministerio de Economía y Finanzas diera apertura a este modelo de gestión y así, tanto el Ministerio de Salud como el Instituto

Nacional Penitenciario del Perú (INPE), ya tienen esta gestión de Presupuesto para Resultados. En el 2018, aproximadamente 6083 millones de dólares se gastaron en salud, el crecimiento se ha ido dando de manera paulatina y 113 millones de dólares corresponden específicamente para las intervenciones en tuberculosis.

Gráfico 11. Evolución del presupuesto para intervenciones de prevención y control de tuberculosis vs presupuesto de salud

Millones de Dólares

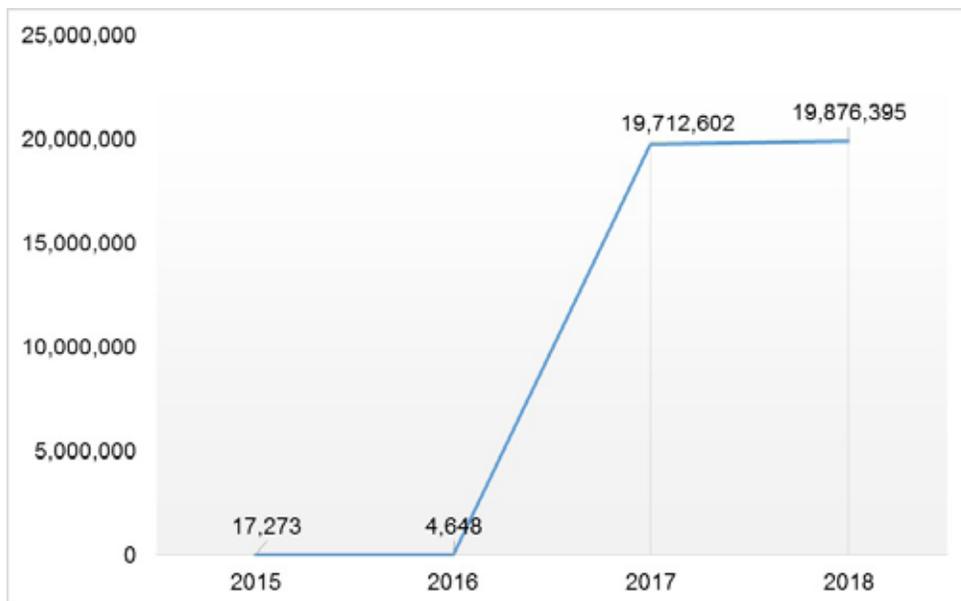


Fuente: Consulta Amigable al 15/03/2019. Datos corresponden al Presupuesto Institucional Modificado (PIM) Montos en dólares (Tasa de cambio: 3,30).

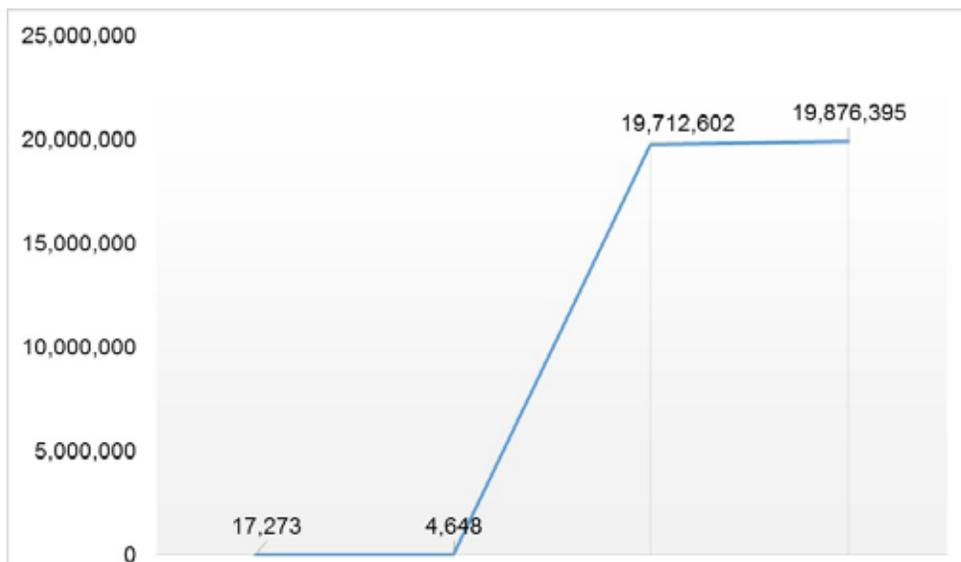
Sin embargo, sumado a ello, también hay un presupuesto destinado específicamente a los gobiernos locales, que contribuye para que los pacientes puedan recibir una canasta de alimentación complementaria, a través de lo que se denomina un Programa de Complementación Alimentaria (PCA) del Ministerio de Inclusión y Desarrollo Social (MIDIS). Como se puede ver en el siguiente gráfico, el presupuesto, desde el año 2016 se ha incrementado mucho, dado que hubo un aumento en el costo de la canasta básica que se brinda a las personas afectadas por tuberculosis. Se busca que todos los pacientes afectados puedan recibirla.

El siguiente gráfico es un comparativo de cómo inicia el presupuesto (color celeste)

y cómo se ha ido incrementando en los últimos siete años, y cómo se encuentra (color naranja) terminando el año con un presupuesto modificado, que es mucho mayor a lo que inicialmente estaba (y esto se da porque existen modificaciones presupuestales durante el proceso anual en el cual se hacen redistribuciones y se re-prioriza el enfoque del dinero hacia actividades que pueden dar mejores resultados). Sin embargo, esto no implica que este incremento sea totalmente suficiente para soportar toda la carga de enfermedad y el abordaje de las intervenciones en tuberculosis.

Gráfico 12. Evolución del presupuesto para el soporte nutricional de la persona afectada con TB

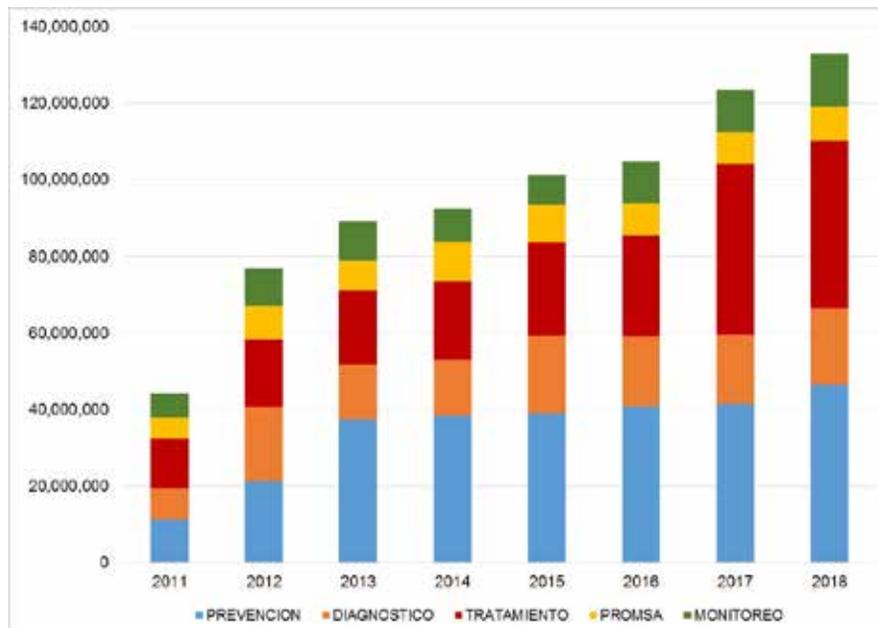
Fuente: Consulta Amigable al 15-03-2019 Datos corresponden al PIM Montos en dólares (Tasa de cambio: 3,30)

Gráfico 13. Presupuesto del componente Tuberculosis del programa presupuestal 016 TB – VIH

Fuente financiera: Consulta Amigable Fecha de Reporte: 15/03/2018 Datos en dólares al cambio 3,30.

Ahora, en el siguiente gráfico se puede ver el comparativo y la proporción en cuanto al presupuesto de tuberculosis desde los años 2011 hasta el 2018. En color celeste, se observa aquella proporción de presupuesto

que está en el ámbito de las acciones preventivas, mientras que, en color naranja, se observa el tema de diagnóstico y en color rojo, el tratamiento.

Gráfico 14. Presupuesto del componente Tuberculosis según intervenciones PP016 TB – VIH

Fuente financiera: Consulta Amigable. Fecha de Reporte: 15/03/2018 Datos en dólares al cambio 3,30

Como se puede observar, proporcionalmente esto se ha ido incrementando y, sobre todo, en los últimos años en relación al tema de tratamiento. Esto se debe a que en el caso de tratamiento se ha considerado el soporte nutricional. Por otro lado, también, se considera que en este año y los siguientes se siga incrementando debido a que se experimenta un proceso innovador, tanto en tratamiento como en el diagnóstico, con nuevos medicamentos, es decir, actualmente se está entregando a los pacientes afectados con tuberculosis, o con TBXDR, nuevos medicamentos Linezolid, lo cual puede incrementar el gasto en cuanto a tratamiento. Igualmente, en el diagnóstico, ya que haber introducido una nueva tecnología molecular Xpert, ayuda a hacer un diagnóstico mucho más oportuno para el inicio de tratamiento.

Dentro de las intervenciones realizadas desde el año 2015 al 2017, se implementó un plan de intervención. La tendencia era que la tuberculosis había ido disminuyendo gradualmente. Así, en los últimos 10 años

la tendencia de la tasa de incidencia y la morbilidad, en general, ha ido disminuyendo gradualmente. Sin embargo, en los últimos 5 años se ha observado una meseta, y es que no se han detectado más casos de los que se debería detectar para hacer frente a esta situación. Para ello, en el año 2015 a través de la estrategia Fin a la TB, y en la cual la OMS y los países estiman cuántos casos pueden llegar a diagnosticarse, en el caso de Perú se debe llegar a diagnosticar de manera anual 37 mil casos, según la estimación. Sin embargo, en los años 2017 y 2018, no se pudo alcanzar más de 30-31 mil casos, es decir, existe todavía una brecha pendiente de poder hacer el diagnóstico y, por otro lado, la meta planteada es alcanzar, al menos hasta el 2020, el 90% de estos 37 mil casos, es decir 33 300 casos. Frente a esta situación, se tuvo que hacer una intervención (esta intervención se enmarca en políticas públicas que surgen a partir de las nuevas evidencias) y, por lo tanto, en los primeros 3 años: 2015-2016-2017, se estableció un Plan de emergencia en la zona de Lima y Callao que son las que representan cerca

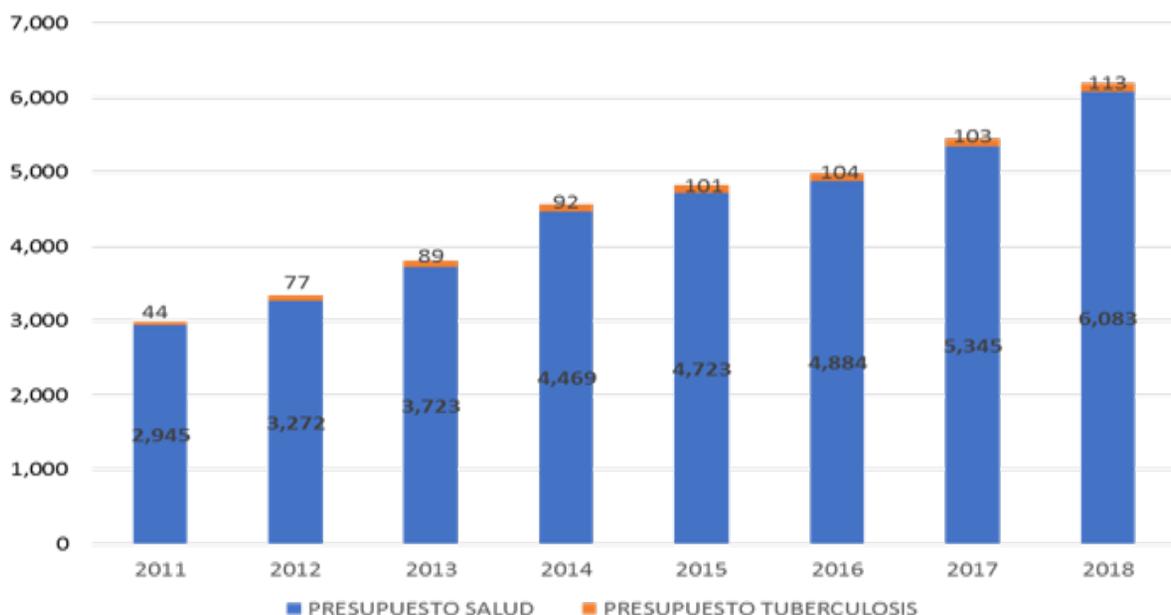
del 67% de toda la carga de tuberculosis del país. Esta es la zona que fue intervenida del año 2015 a 2017, solo que en realidad es en el año 2017 cuando este Plan pudo tener un presupuesto, de 4 millones de dólares, lo que permitió tener algunos resultados; y dentro de ello, incrementar el número de recursos humanos, mejorar el acondicionamiento de algunos espacios relacionados a tuberculosis y, por otro lado, la adquisición de algunos equipos. Entonces, esto ha dado algunos resultados, es decir, incrementaron los sintomáticos respiratorios identificados, mejoró la administración de terapia preventiva, el examen de contactos, igualmente, la disminución de los abandonos. Esto ha permitido pensar que, contando con un sustento efectivo del Ministerio de Economía sustentable, se pueda tener un Plan de intervención que continúe lo iniciado. Este Plan de intervención tiene un periodo de tiempo de 3 años, de 2018 hasta el 2020, y ya no solamente incluye a Lima y Callao,

sino que incluye a otros departamentos: Ica, la Libertad y Loreto.

A 2018, ya se han transferido 7 millones de dólares y esto ha servido nuevamente para ratificar e incrementar el número de establecimientos en los cuales se va a hacer la intervención, es decir, más establecimientos de salud en los cuales se puede incrementar el número de recurso humano y, por otro lado, también ampliar la cobertura, porque si antes solo se tenía un 67%, con esto se llega a cerca de un 80% de toda la carga de tuberculosis del país. Comparativamente, el 2018 en relación con el 2017, ha habido un incremento en la detección de sintomáticos respiratorios. Así, se está tratando de ser cada vez más eficaces, y que la detección no solamente sea en número y cantidad, sino que sea eficiente, eficaz y, por lo tanto, sea más valedera, es decir, poder detectar los casos positivos.

Gráfico 15. Evolución del presupuesto para intervenciones de prevención y control de tuberculosis vs presupuesto de salud

Millones de Dólares



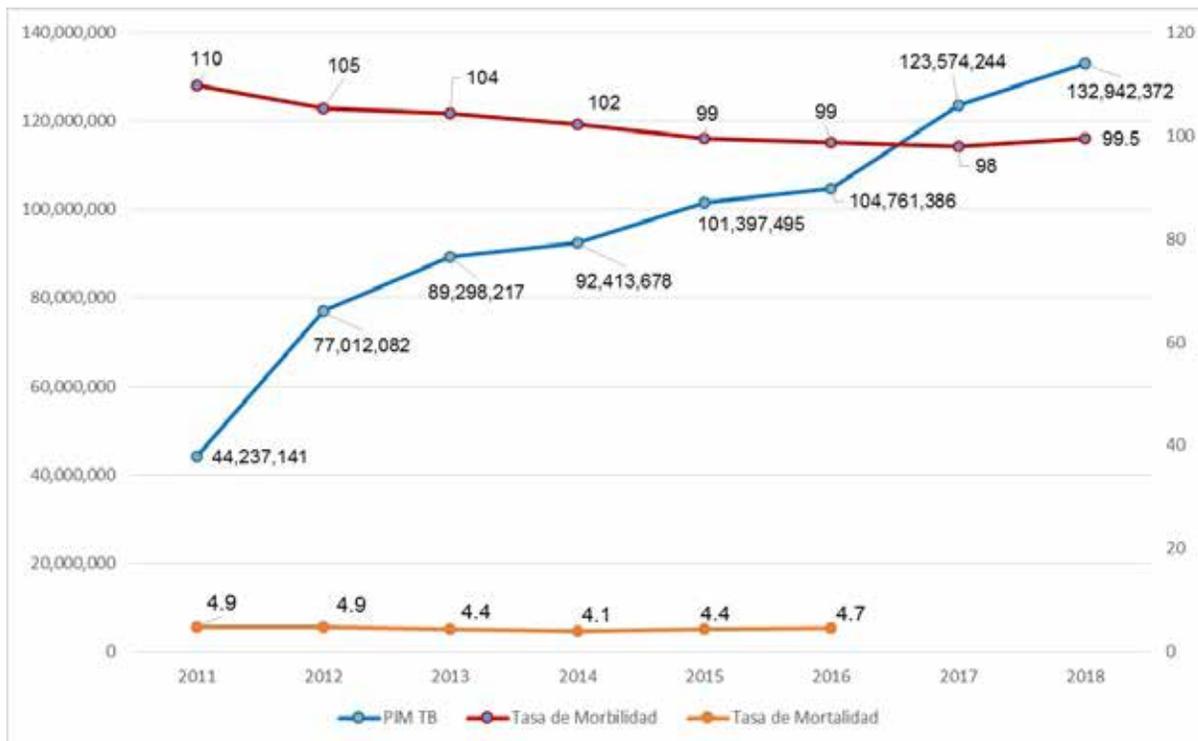
Fuente: Consulta Amigable al 15-03-2019 Datos corresponden al PIM Montos en dólares (Tasa de cambio: 3,30).

Igualmente, hay un incremento en la administración de terapia preventiva. Por otro lado, el contacto se ha mejorado bastante, y en el caso de abandonos (que todavía no se puede ver porque se está en ese proceso de elaborar los cortes) hemos disminuido tanto en la tuberculosis resistente como en tuberculosis sensible. Entonces, sí ha habido una disminución de la brecha de detección de 503 casos más, de un año a otro y, por lo tanto, lo que en este momento constituye la base de la política pública del Perú, es comenzar a fortalecer aún más la intensificación de búsqueda de casos. Eso, aparentemente, va a mostrar un aumento en el número de casos, pero no es así tanto, lo que sucede es que se está cortando la transmisión, pero al tener una población afectada por tuberculosis encubierta en comunidad, lo que se tiene

que hacer es reducir la transmisión o el contagio de la enfermedad, y para hacer eso se tienen que encontrar los casos que están todavía sin ser diagnosticados. En la medida que esto se vaya dando y que se disminuya el número de abandonos, es decir, que haya más captación de casos, el éxito de tratamiento resulta mayor, y de esa manera, hay menos posibilidad de que las personas que han estado contagiando permanezcan en la comunidad. Por otro lado, al mejorar la cobertura de contactos y la terapia preventiva se refuerza y hace sostenible la intervención de estos 2 o 3 años. Como se puede ver, en el siguiente gráfico la morbilidad ha ido disminuyendo, pero a partir del 2015, con el reto que obliga a buscar más casos hace que esto se mantenga.

Gráfico 16. Tasa de morbilidad/mortalidad vs presupuesto inicial modificado PP 016 TB-VIH: Componente TB – AÑO 2011 – 2018

Millones de Dólares



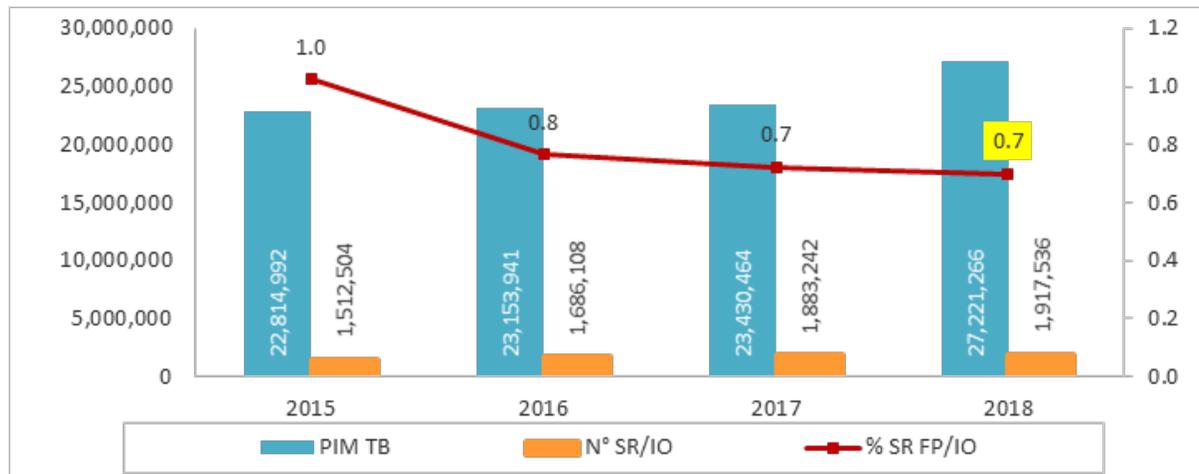
Fuente financiera: Consulta Amigable Fecha de Reporte: 15/03/201 Datos en dólares al cambio 3,30

Por otro lado, el presupuesto se ha ido incrementando y se está teniendo una mayor detección, mejor tecnología y se están cerrando las brechas de recursos

humanos, tratando de alinearse a lo que OPS ha recomendado y a lo que la propia evidencia de país está demostrando.

Gráfico 17. Presupuesto del Producto Sintomáticos Respiratorios con Despistaje de TB del PP 016 Componente TB vs Indicador de Desempeño: Proporción de SR FP"

Millones de Dólares



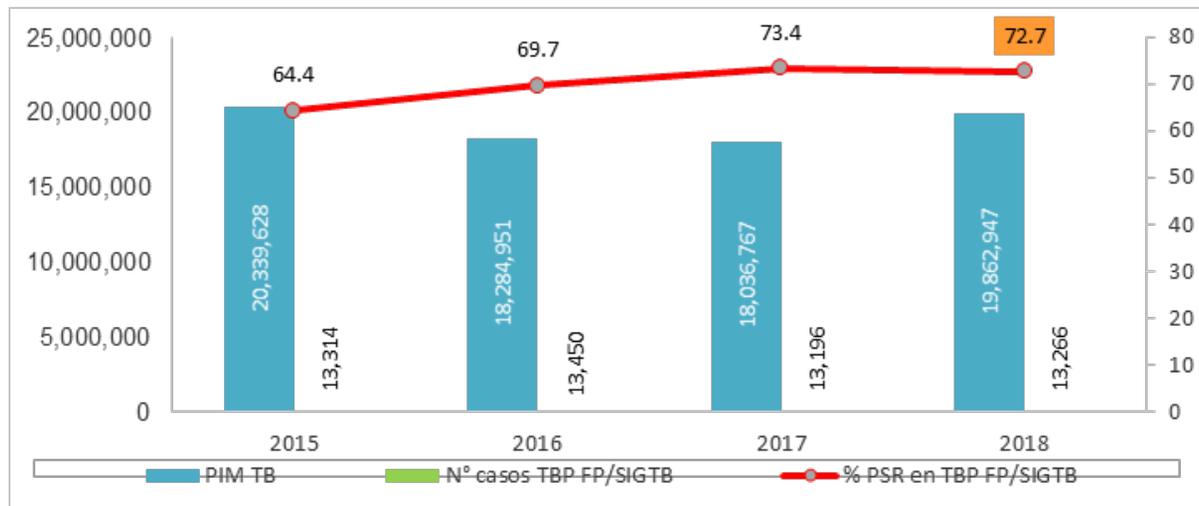
Fuente: SIG TB – IO (Datos solo MINSAs). Fuente financiera: Consulta Amigable. Fecha de Reporte: 05-03-2019

En la medida que se utilicen métodos y diagnósticos con mayor sensibilidad se está

detectando y se está iniciando tratamiento de manera oportuna.

Gráfico 18. Presupuesto del Producto Personas con diagnóstico de TB del PP 016 Componente TB vs Indicador de Desempeño: Cobertura de PSR en TBP FP "- Año 2015 – 2018

Millones de Dólares



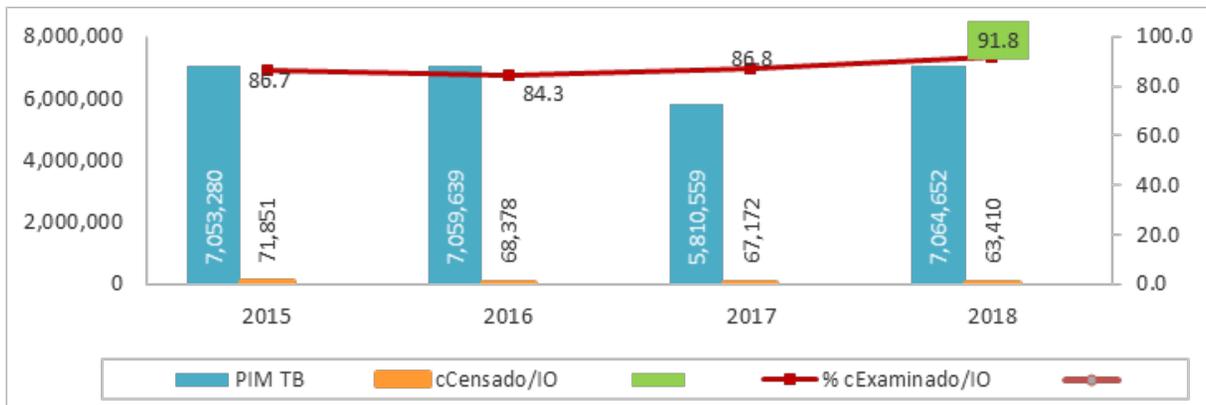
Fuente: SIG TB – IO (Datos solo MINSAs). Fuente financiera: Consulta Amigable. Fecha de Reporte: 05/03/2019

De otra parte, en el caso de la prueba de sensibilidad rápida, la cobertura está en 72%, y esto significa que, en relación con los demás países, está dentro de los que tienen mayor cobertura de prueba de sensibilidad rápida. Esto, permite detectar más casos de tuberculosis resistente. En realidad, con la prueba de sensibilidad

se está corroborando, pero también, dando a conocer que se están haciendo los diagnósticos que se deben hacer y se está mejorando la cobertura, se va a tener claridad acerca de qué casos y qué cantidad de pacientes resistentes se tienen en Perú. En el caso de las personas en contacto de casos, también se ha mejorado.

Gráfico 19. Presupuesto del producto Personas en contacto de casos de TB con control y Tratamiento preventivo del PP 016 Componente TB vs Indicador de Desempeño: Proporción de Contacto Examinado"

Millones de Dólares



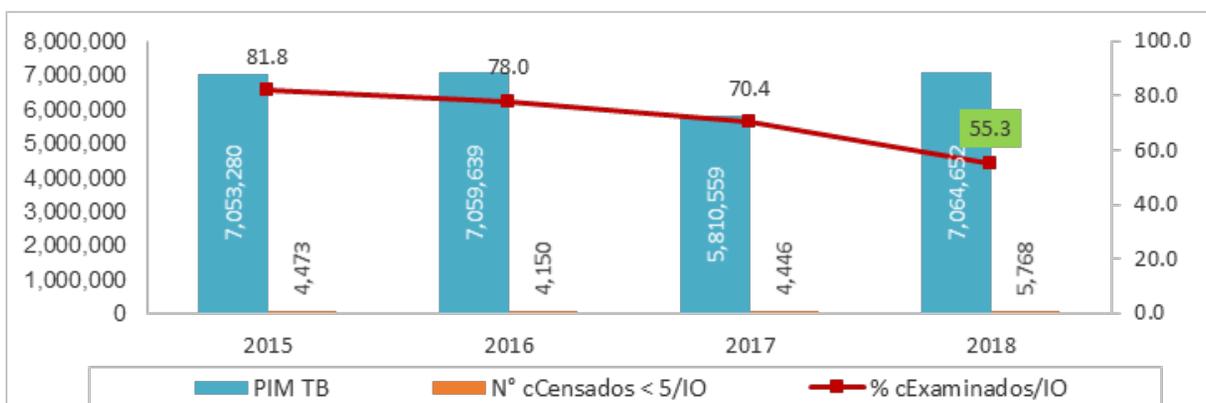
Fuente financiera: Consulta Amigable Fecha de Reporte: 15/03/201 Datos en dólares al cambio 3,30

En los casos de TB con control para terapia preventiva, este es todavía un tema pendiente para tratar de mejorar, porque a pesar de que el presupuesto puede haber

mejorado, sólo se tiene la cifra de 55.3% de pacientes y, por lo tanto, se tiene que ir mejorándolo para hacer sostenible la intervención.

Gráfico 20. Presupuesto del Producto Personas en contacto de casos de TB con control y Tratamiento preventivo del PP 016 Componente TB vs Indicador de Desempeño: Proporción de inicio de TPI " - Año 2015 – 2018

Millones de Dólares



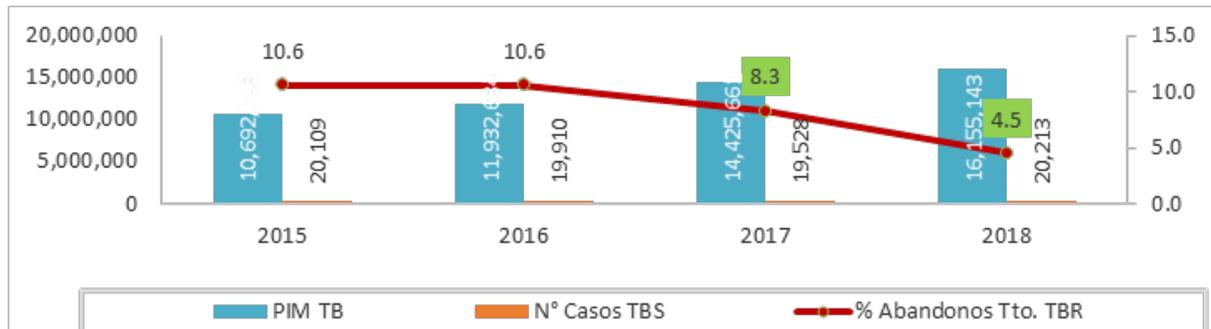
Fuente: SIG TB – IO (Datos solo MINSA) Fuente financiera: Consulta Amigable Fecha de Reporte:05/03/2019

Por otro lado, en el tema de los abandonos, también se ha visto que, a medida que aumenta el presupuesto disminuye la tasa

de abandonos, tanto en TB sensible como en TB resistente.

Gráfico 21. Presupuesto del Producto Persona Accede a EESS y recibe tratamiento oportuno y manejo de sus complicaciones del PP 016 Componente TB vs de Desempeño: proporción de abandonos de TB sensible

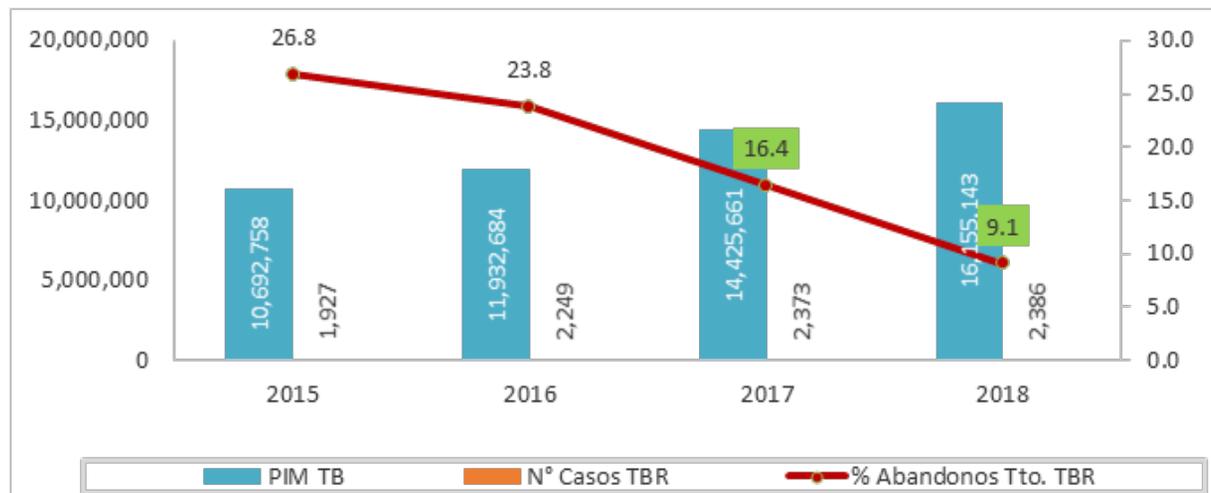
Millones de Dólares



Fuente: SIG TB – IO (Datos solo MINSa) Fuente financiera: Consulta Amigable. Fecha de Reporte: 05/03/2019

Gráfico 22. Presupuesto del Producto Persona Accede a EESS y recibe tratamiento oportuno y manejo de sus complicaciones del PP 016 Componente TB vs Indicador de Desempeño: proporción de abandonos de TB resistente

Millones de Dólares



Fuente: SIG TB – IO (Datos solo MINSa) Fuente financiera: Consulta Amigable. Fecha de Reporte: 05/03/2019

Finalmente, en relación a los desafíos, se trata de continuar el trabajo articulado con el Ministerio de Economía y Finanzas y gestionando el incremento de presupuesto. Definitivamente, en Perú todavía se tienen unas brechas, es necesario mejorar la programación de los establecimientos y las unidades ejecutoras, el monitoreo de la ejecución presupuestal, enfatizando la calidad del gasto, alineado a resultados y en la disminución del gasto catastrófico de las familias peruanas.

3.6 MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD DE VENEZUELA

Lic. Zaila González Vivo. Dirección General de la Oficina de Planificación y Presupuesto

Como se puede ver en la tabla siguiente, la población de la República Bolivariana de Venezuela, dado que el censo todavía no se ha hecho, es de aproximadamente 32 219 521 personas. La incidencia de tuberculosis por 100 mil habitantes es de 32,4 al 2017, la mortalidad por tuberculosis es de 2,4 al 2014.

Tabla 22. Información General de Venezuela

País: Venezuela	Valor	Año
Población (millones)	32 219 521	2019
Población en zonas urbanas (%)	21,33%	2019
Ingreso nacional bruto, paridad de poder adquisitivo (PPA, US \$ per cápita)	2297,21	2013
Índice de desarrollo humano	0,767	2015
Promedio de años de escolaridad	98%	2018
Población que usa instalaciones de agua potable mejoradas (%)	92%	2016
Población que usa instalaciones de saneamiento mejoradas (%)	88,30%	2016
Esperanza de vida al nacer (años)	75,77	2019
Mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos)	15,24	2014
Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	82,37	2014
Incidencia de tuberculosis (por 100 000 habitantes)	32,4	2017
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000 habitantes)	2,4	2014
Cobertura de inmunización contra el sarampión (%)	97%	2018
Cobertura de atención del parto por personal cualificado (%)	78%	2018

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) / Proyecciones al 30 de junio de cada año, calculadas en el segundo trimestre del año 2013, con base al Censo 2011, Venezuela.

Para mostrar cómo es la situación en Venezuela, empezaré describiendo que en el Ministerio del Poder Popular para la Salud hay una intervención fuerte del poder popular en todas las instancias de gobierno. En el caso de Venezuela, los ministros tienen un cambio de gestión muy rápido. Nos vemos muchas veces impactados cuando la formulación y el presupuesto lo hace un

equipo, y quien ejecuta ese presupuesto es otro funcionario; entonces, la visión que trae el nuevo ministro (a) es totalmente diferente. Es por ello por lo que debe existir un Plan de Salud que sea el que garantiza la continuidad, y por supuesto, que exista un apartado para ciertas eventualidades, aunque eso no es lo rutinario.

En Venezuela, se debe tener en cuenta que la salud es gratuita, es un derecho, y eso surge de la Constitución de la República Bolivariana. Así, se tiene un marco conceptual de leyes que se llama el Plan de la Patria, que llega a ser una ley. Posterior a ese Plan de la Patria, existen los planes generales. Ahora bien, el Ministerio de Salud tiene cinco despachos de viceministro. Dentro del Ministerio de Salud, concretamente, hay una distribución a nivel de 24 estados. El Ministerio de Salud de Venezuela tiene la peculiaridad que existen unos estados que son centralizados y otros descentralizados. Los estados descentralizados pueden tener gobernadores que son opositores y no siguen los lineamientos del gobierno. Una de las situaciones más problemáticas, es la fuga de cerebros. La formación de los médicos y el recurso humano de salud es gratuita, si las personas se van se pierden la inversión realizada en la formación. Además, se presentan muchas inconsistencias en la gestión siendo un mismo gobierno. Cuando llega el Ministro, lo primero que hace es un congreso revolucionario de la salud, en el momento en que se presenta un plan de tuberculosis se expresa que tiene que estar incorporado en el Plan Patria en Salud.

En relación a las encuestas, Venezuela cuenta con personal en el Programa de Tuberculosis que está dentro del Viceministerio de Salud Colectiva, y son personas que tienen amplio conocimiento. Aunque, a decir verdad, muchos ya están a punto de jubilarse y no se tiene la generación de relevo, por la misma situación de que los médicos están dispersos en todo el país, muchas veces ejerciendo actividades que no son para las que fueron formados. En otros términos, cuando se habla de medicamentos, el responsable de coordinar toda la parte de medicamentos es el despacho del Viceministro de Recursos, Tecnología y Regulación, pero para que él pueda coordinar todos los otros

Viceministros tienen que suministrarle la información y las especificaciones técnicas. Es como en el argot de un administrador, de una simple compra dentro de un Ministerio, compra de papel o de un artículo determinado, la unidad que requiere debe darle las especificaciones técnicas. Se descubre que el financiamiento del programa de tuberculosis en Venezuela lo fortalece el Fondo Estratégico de la OPS.

Se cuenta con el Plan Estratégico contra la Tuberculosis 2019-2021, y está previsto que el Ministro lo apruebe este año 2019. En cuanto al estudio de gasto catastrófico en salud, con la aprobación del Plan estaría en proceso, porque en este Congreso revolucionario de la salud, se quedó en que se pretende que sea una sola oficina la que se encargue de suministrar los datos. Dentro de la Dirección de Planificación y Presupuesto se pretende establecer ya la creación de la Oficina de Cuentas de Salud y Economía de la Salud.

Dentro del Ministerio de la Salud existe la situación de las coberturas de las pólizas, por ejemplo, las pólizas de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM). Existe consciencia de que hay un gran gasto de bolsillo de la población, por lo que se está tratando de fortalecer el sistema público con énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Con frecuencia quienes padecen de tuberculosis, debido a que tienen inmunodeficiencia, también sufren otras complicaciones (enfermedades transmisión sexual -ETS-, VIH/Sida, etc.). No obstante, en Venezuela se ha presentado un descenso en la mortalidad.

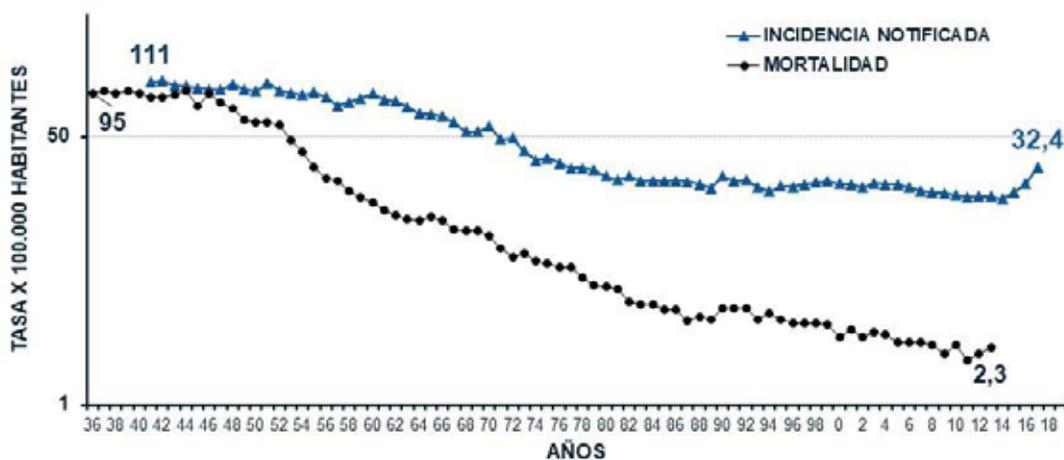
Tabla 23. Propuesta de temas

GCS- Gasto Catastrófico en Salud	
GCT = Familias que hacen frente a gastos catastróficos debido a la TB (%)	-
¿En su país se ha calculado el Gasto Catastrófico debido a la Tuberculosis?	En Proceso
¿Para qué año está previsto calcular el GCT?	2021 En el Plan Estratégico se tiene considerado el estudio del GCT
Programas sociales para disminuir el Impacto económico de la Tuberculosis	
Otros programas	Si
Detalle los programas:	Comité Local de Abastecimiento y Producción (CLAP). Pago de Discapacidad Temporal y el Complemento de Sueldo a través del Sistema Patria.

Fuente: Presentación Lic. Zaila González Vivo. Dirección General de la Oficina de Planificación y Presupuesto. VIII Foro Andino de Salud y Economía. Lima, 2019.

Gráfico 23. Mortalidad e Incidencia notificada (TB)

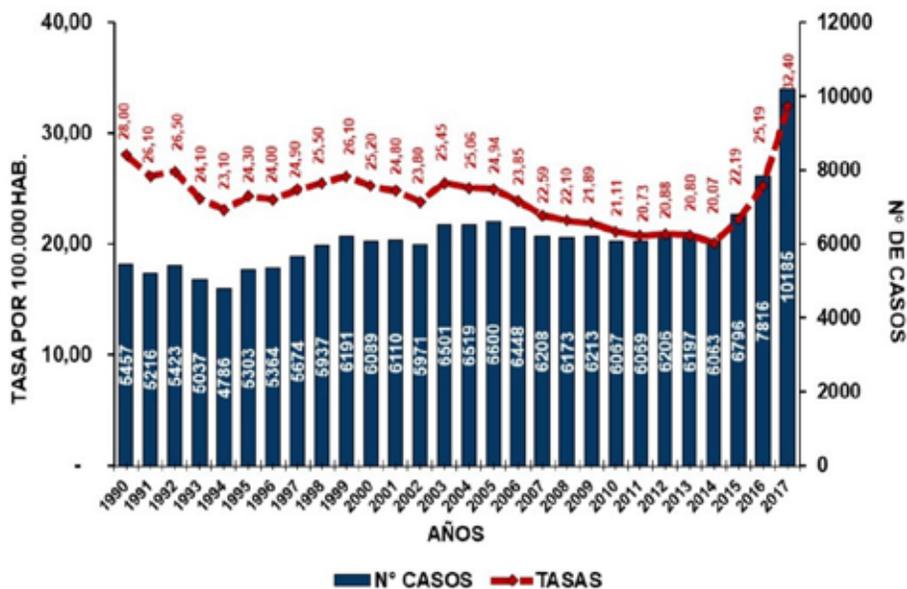
TUBERCULOSIS. MORTALIDAD E INCIDENCIA NOTIFICADA TASAS POR 100.000 Hab. VENEZUELA 1936 - 2017



Fuente: Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital (1936-1996) Anuarios de Mortalidad (1997-2013) Informes del Programa Nacional de Tuberculosis (1936-2017) Venezuela.

Gráfico 24. Incidencia notificada (TB)

TUBERCULOSIS INCIDENCIA NOTIFICADA VENEZUELA 1990 - 2017



Hasta el 2016 hubo un incremento en el presupuesto para ofrecer atención gratuita a todos los habitantes, y el pueblo no es solamente venezolano, es toda la población que está en el país (peruanos, bolivianos, colombianos, chilenos, etc.). En cuanto a la inversión en tuberculosis, desagregada por rubro, se puede ver el caso de los medicamentos antituberculosos. Con el bloqueo al país, existe un medicamento que no ha podido ingresar.

3.7 DEBATE: SEGUNDO FORO

Jorge Jemio Ortuño: Luego de realizar el resumen de las principales ideas del primer foro, expresó: Respecto a la problematización y el análisis regional andino, los países hicieron conocer su estado de situación, los números, el financiamiento, etc., respecto a la tuberculosis. Lo que corresponde ahora, es que vamos a presentar un consolidado de la información, a cargo de la economista Carmen Navarro, y luego su respuesta a

las preguntas que puedan surgir. ¡Muchas Gracias!

Carmen Navarro: En términos generales, lo visto en el segundo foro tiene que ver con los resultados de un proceso que ya había empezado unos meses antes, en septiembre de 2018. A todos los países, de manera conjunta, se les envió una encuesta, de la cual la primera parte era presentar unos indicadores del país, que estaban básicamente referidos a una actualización del documento “Salud en las Américas. Resumen: Panorama Regional y perfiles de país” (OPS/OMS, 2017).

La segunda parte fue una encuesta donde se les introducía los 3 indicadores de alto nivel de la Estrategia Fin a la TB y un indicador de particular interés para la Comisión Andina de Salud y Economía. Los dos primeros tenían que ver con la situación de la enfermedad en los países, y el tercer indicador tenía que ver con la

meta: Que no haya familias que tengan que hacer frente a gastos catastróficos debido a la TB. Esta meta se ha fijado que para el 2020 debe ser cero (no debe haber ninguna familia que tenga gasto catastrófico). En el Informe Mundial de la Salud, se encuentra una metodología para calcular el gasto catastrófico. La manera más adecuada de medir los gastos catastróficos es a través de la aplicación de encuestas especiales.

En general, había alguna diversidad entre los resultados. En algunos países no hay medición del gasto en salud, por ende, tampoco hay medición del gasto catastrófico. Si bien, la medición del gasto en salud es un indicador que ya lo vienen manejando en los países, hace bastantes años, la medición del gasto catastrófico debido a la tuberculosis es un análisis nuevo, recién esta introducido en el Informe Mundial de la Tuberculosis del año 2017.

En el caso del gasto en salud hay una propuesta de la OMS que ya se maneja hace muchos años. El gasto de TB cambia esta metodología. La definición operativa de "gastos catastróficos debidos a la TB" se refiere al pago directo por el usuario de gastos médicos y no médicos y costos indirectos que excedan un umbral dado de la renta del hogar (por ejemplo, el 20%). Los costos médicos se refieren a la suma de pagos directos por el paciente de TB para el diagnóstico y el tratamiento de la TB en un hogar dado. Los costos directos no médicos se refieren a pagos relacionados con la utilización de los servicios de salud de la TB, como los gastos de transporte, alojamiento o alimentación. Se consideran ambos gastos después de cualquier posible reembolso a la persona que efectuó los pagos. Los costos indirectos se refieren a la pérdida de tiempo, de salarios (después de cualquier reembolso de asistencia social) e ingresos por parte del paciente o su cuidador debido al tiempo para acudir al tratamiento de la TB

o a su hospitalización. Entonces, la intensión del ORAS - CONHU es saber cuál es el avance en los países de esa medición. En resumen, no se ha presentado un avance significativo.

Roberto Ávila Cárcamo: En Bolivia no se ha hecho ningún estudio de gasto catastrófico en la salud, menos un estudio de gasto o impacto económico del gasto catastrófico en tuberculosis. Lo que sí hemos trabajado es cuentas de gasto general en salud, obviamente en este caso, solo de tuberculosis. Adicionalmente a esto, existe una ley que da cobertura a la población vulnerable, menor de 60 años, con discapacidad y mujeres gestantes. Ahora, estamos trabajando en ampliar la cobertura a la población que no tenía protección financiera. Debido a que en Bolivia la salud es un derecho fundamental, y estamos caminando hacia el Sistema Único de Salud, y con este paso, estamos ya casi prácticamente garantizando que las familias que tienen problemas de tuberculosis no tengan gasto catastrófico en salud por temas de tuberculosis.

Verónica Araya: En Chile, existe un programa de control y eliminación de la tuberculosis, y tiene la característica de que es un programa de cobertura universal gratuita para todas las fases que involucra la tuberculosis, de manera que la preocupación en Chile está centrada en evitar el gasto catastrófico. En las estadísticas de la tuberculosis, al 2017, la incidencia en TB está en 14,7, todo nos remite a la necesidad de enfrentar los determinantes sociales.

Gabriela Mata: En el caso de Ecuador, no existe un programa de tuberculosis como tal, sino que está dentro de las actividades del Programa de Dirección Nacional, entonces, el presupuesto ya no se destina puntualmente, sino que se lo hace por gasto corriente o por constitución. En ese

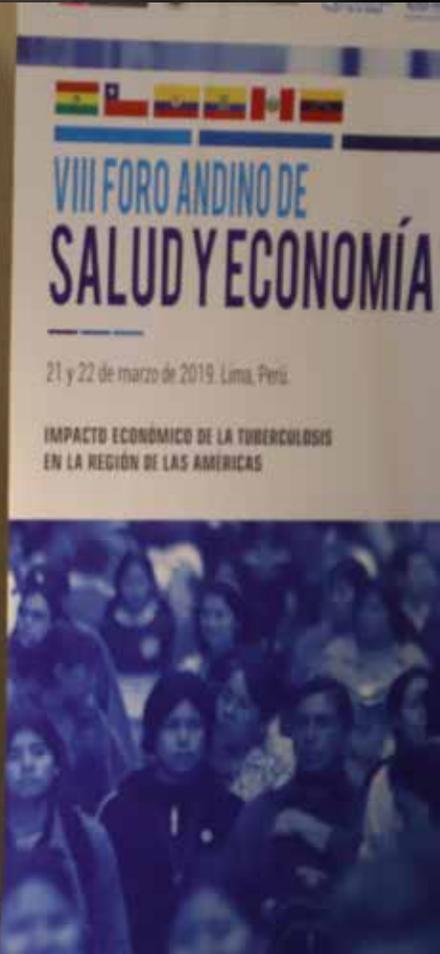
sentido, se realizan acciones como, por ejemplo, la creación de guías de práctica clínica para el manejo de la tuberculosis, y también, un manual de procedimientos. Se han introducido mejores tecnologías para la detección. En la parte de análisis económicos, no se ha realizado un análisis de gasto catastrófico general, lo que hay es el compromiso de hacerlo.

Henry Hernández Caballero: En Perú, se ha hecho el intento, van dos años en los cuales se ha trabajado a través de consultorías, y estamos en ese proceso de generar evidencia. Por otro lado, se han generado algunas encuestas. En lo que corresponde al Seguro Social, no hemos podido recoger información específica para tuberculosis. Igualmente, los otros Ministerios: Defensa, Interior, que también tienen información de gasto en salud, no especifican realmente lo que se gasta en tuberculosis. En ese proceso, como Ministerio, nosotros hemos impulsado poder introducir la gestión para resultados. Esperamos que este año podamos seguir haciendo ese trabajo. En un momento, a nivel mundial se impulsó el tema de la cobertura universal, y nosotros trabajamos el tema de cobertura en salud. Sin embargo, posteriormente a través del apoyo de la Universidad del Pacífico, se hizo el abordaje del enfoque de pobreza multidimensional, y a partir de ello, se trató de ubicar de manera distinta al grupo pobreza para que pudieran recibir ese apoyo a través de seguros subsidiados en su totalidad; empero, tenemos, un grupo de población, que puede llegar al 20% de afectados por tuberculosis, que no cuentan con seguro de salud. Las razones son muy diversas: algunas de ellas residen en el hecho de que, todavía, se percibe al Seguro Integral de Salud como un seguro netamente para pobres y extremadamente pobres. De esa manera, se necesita mejor información para mejorar el acceso a este servicio, que ha ayudado mucho a la

población, para que acceda a salud y pueda disminuir el gasto catastrófico, más aún en tuberculosis.

Por otro lado, se viene trabajando con el seguro integral para afiliar a todos los pacientes con TB. En ese trabajo estamos de la mano con el Seguro Integral de Salud. También, se está trabajando en que existan transferencias condicionadas para que los pacientes puedan recibir algo de dinero mientras se someten al tratamiento. Igualmente, hay otro mecanismo que estamos tratando de utilizar: el uso de la tecnología, en la cual, podamos ver a través de una App, para que así la población no necesariamente tenga que acudir al establecimiento de salud, sino que, a través de video, podamos nosotros verificar y corroborar que el paciente está tomando su tratamiento y que no tenga que acudir directamente al establecimiento de salud y disminuir sus gastos de transporte. Se ha incrementado la canasta básica que ha pasado de 30 a 100 dólares, aproximadamente, y se tiene una diversificación en cuanto a productos. Esperemos continuar y alcanzar los objetivos.

Zaila González Vivo: En Venezuela, estamos en un proceso de la aprobación del Plan. La situación que tenemos en el país es la emigración del recurso humano que formamos y, evidentemente, lo que nos queda a nosotros dentro del programa de tuberculosis son personas de verdad bien comprometidas, que están muy interesadas en transmitirle o capacitar a las nuevas generaciones. En cuanto a datos, hay una instrucción específica de instalar un Departamento de Estadísticas único. Entonces, hacia allá vamos, estamos en proceso, la atención en salud en Venezuela es gratuita, los medicamentos son gratuitos, pero existe un gran porcentaje de gastos de bolsillo.





4. Tercer Foro: Integración y propuesta

4.1 EL APORTE DE LA SOCIEDAD CIVIL: ASOCIACIÓN DE ENFERMOS DE TUBERCULOSIS “VICTORIA CASTILLO DE CANALES”

Sra. Luz Estrada González. Vicepresidenta

Padecí tuberculosis y tuve tres años de tratamiento, me diagnosticaron la enfermedad en el año 2015. No fue fácil recibir la noticia, en una sociedad en la cual se estigmatiza y discrimina a las personas que tienen TB y no tenía la información adecuada.

En ese tiempo todavía en el país, no se cubría el tratamiento para TB-MDR, lo recibíamos por medio de cooperantes extranjeros, tenía que esperar cerca de 2 meses a que llegara mi tratamiento. Recibí un tratamiento muy doloroso a través de la aplicación de ampollas diarias, durante un año, medicamentos mañana y noche. A los 10 meses recién llega mi prueba de sensibilidad, y me expresan que es resistente a toda droga de primera línea y yo estaba recibiendo el tratamiento estandarizado, medicamentos de primera línea. Mi salud se fue deteriorando, sin embargo, al recibir el tratamiento adecuado me recuperé.

El equipo de salud también carecía de adecuada información y formación. Los ambientes de atención no eran adecuados, lo que también incidía en la depresión, no había privacidad. Nos sentíamos mal, para ingresar, teníamos que dar la vuelta

al centro de salud para que no nos vieran que teníamos que ir a tomar el tratamiento. Marginación y prejuicios, estigma y discriminación, lo viví y lo vivimos en carne propia, mi hija tenía 11 años, la expulsaron del colegio, el sector educativo y padres de familia pensaban que era contagioso y que mi hija también iba a contagiarlos.

Mi familia se desunió y me quedé sólo con mi hija, me cambié de localidad a una urbanización donde nadie supiera que tenía tuberculosis, donde no señalaran a mi hija y advertí a mi hija “no digas que tu mamá está enferma”. Fue una experiencia muy lamentable y actualmente continua el estigma. No ayuda la falta de respeto a la persona afectada, desde el momento en que no tuve un buen diagnóstico, que no hay información, los ambientes inadecuados, los prejuicios, la discriminación, hubo una falta de respeto a los derechos humanos. Somos muchas las personas afectadas que callamos por el problema de estigma y discriminación.

El sector salud y los laboratorios han mejorado, ahora la prueba de sensibilidad se hace en el país y es más rápida. No obstante, todavía es necesario fortalecer el soporte social y de acceso a los servicios de salud integrales. Es indispensable, mejorar las condiciones de vida en el trabajo, muchas personas afectadas dejan de trabajar para seguir el tratamiento. Se preguntan ¿Por qué hay abandonos? Muchos jefes de

familia tienen que trabajar sino quien lleva el sostén a la casa. Muchos estudiantes priorizan sus estudios.

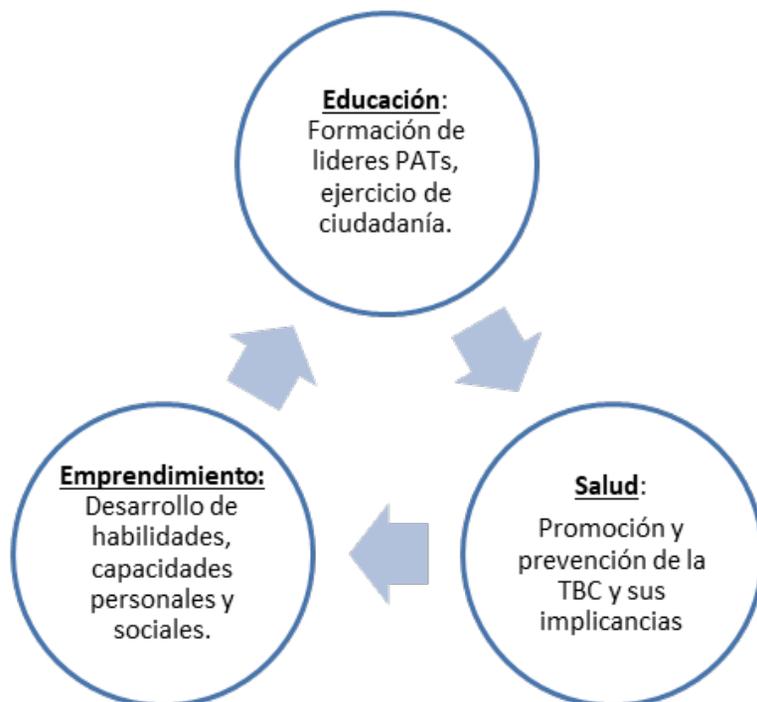
Hay una lección, una persona termina el tratamiento exitosamente y vuelve a ese círculo vicioso, condiciones de vida deplorables, y nuevamente es vulnerable a la enfermedad. Hay experiencias que en la familia después de 2,3,4 años vuelve un integrante a hacer la enfermedad; esos aspectos tenemos que mejorarlos.

Los problemas que sufrí como persona afectada por los estigmas, la discriminación y la vulneración de derechos, me comprometió a luchar por esta causa y teníamos que dar la cara del rostro humano de la tuberculosis y es así cuando apareció una asociación, fundada en 1976, de trabajo de las personas afectadas con tuberculosis.

Todos los integrantes de la asociación somos personas afectadas por la TB, nuestra finalidad es formar conciencia crítica sobre la problemática de la enfermedad de tuberculosis y luchar de forma colectiva por el derecho a la salud y a la vida.

Nuestra misión: Somos una institución comprometida en mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por tuberculosis. Nuestro fin es el cambio transformativo por eso interactuamos con las personas afectadas para fortalecer sus capacidades en salud, educación y emprendimiento. Nuestra visión: Ser una organización referente en la lucha contra la tuberculosis, promoviendo un espacio de aprendizaje y de cambio saludable para el desarrollo de nuestra comunidad. Trabajamos 3 ejes estratégicos: educación, formación de líderes, educación y ciudadanía.

Gráfico 23. Mortalidad e Incidencia notificada (TB)



Fuente: Presentación Sra. Luz Estrada Gonzales, Vice presidente de la Asociación de Enfermos de Tuberculosis "Victoria Castillo de Canales"- ASET. VIII Foro Andino de Salud y Economía. Marzo, 2019.

Se trabaja directamente con las personas afectadas, ayudándoles a recuperar su autoestima y su identidad, y en el fortalecimiento de sus capacidades de exigibilidad de los derechos y sus deberes. También se busca incidencia política, los asociados están fortalecidos, están capacitados y se involucran en la respuesta social ante este problema, emprendimiento, desarrollo de habilidades, capacidades personales y sociales. Sabemos que es imperativo mejorar el entorno y que las personas afectadas tengan oportunidades, por ejemplo, emprender negocios y pequeñas empresas para mejorar su situación laboral y calidad de vida.

Actualmente, se trabaja con la sociedad civil, se ha ganado espacio político y brindado propuestas de solución, nos sumamos a esta lucha. También hacemos la vigilancia

en la entrega de los medicamentos y la canasta de víveres y a cualquier situación de vulneración de derechos. En cada centro de salud hay una persona afectada por tuberculosis capacitada y haciendo vigilancia para comunicar y buscar alternativas de solución. Ustedes encuentran a las personas afectadas de tuberculosis realizando las charlas informativas en instituciones educativas, quién mejor que la persona que ha vivido la enfermedad para compartir la experiencia vivida y hacer entender que la enfermedad es prevenible.

No estamos solos, nunca hemos estado solos. En la organización somos una fuerza de todos, nos une un fin común que es luchar por la vida, por el derecho a la salud de las personas afectadas por tuberculosis. Se cuenta con la Ley N° 30287 de 2014,

Figura 10. Aliados Estratégicos



Fuente: Presentación Sra. Luz Estrada Gonzales, Vice presidente de la Asociación de Enfermos de Tuberculosis "Victoria Castillo de Canales"- ASET. VIII Foro Andino de Salud y Economía. Marzo, 2019.

Prevención y Control de Tuberculosis, y su Reglamento y el Decreto Supremo 021-2016, que declara de interés nacional la lucha contra la TB en el país, logrando, de esta forma, que el control de la TB sea una política de Estado, independiente a los gobiernos de turno. Esta ley es muy importante para nosotros porque el Estado y sus entidades tienen la obligación de realizar las acciones necesarias para responder a este problema social. La Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) es un aliado que ha capacitado a la población sobre los derechos. El Ministerio de Salud y la Defensoría del Pueblo han estado con nosotros. El gobierno local, la junta de usuarios de los servicios de salud, también es parte de la junta. Todo ciudadano tiene que estar capacitado sobre el derecho a la salud y sus responsabilidades. Otros aliados en la lucha son la OPS, diferentes ONG, iglesias, la sociedad civil, entre otros.

Realizamos reuniones multisectoriales, mesas de concertación, mesas multisectoriales de lucha contra la tuberculosis, donde no solamente está el sector salud, está la sociedad civil, el gobierno local, las diferentes entidades y organizaciones unidas por el objetivo común de lucha contra la tuberculosis. A nivel de gobierno local hemos ganado bastante presencia en actividades específicas como el programa de complementación alimentaria, somos parte del comité de vigilancia de la canasta PAN TBC, vigilamos para que la canasta sea de calidad, programada y entregada oportunamente a las personas afectadas. Es indispensable promover un entorno social, el tratamiento y una alimentación adecuada.

Los afectados de TB también participan de los programas de la Subgerencia del Vaso de Leche, para recibir beneficios de un desayuno saludable, y la Subgerencia de Salud y Control Ambiental. Se hacen

talleres, campañas de salud y difusión de información sobre la tuberculosis. El gobierno local y también la dirección de prevención y control de tuberculosis hicieron entrega sanitaria de alimentación y nutrición saludable. Participamos con la Estrategia de Prevención de Tuberculosis (ESAN) donde se brinda educación a los pacientes. Es esencial el trabajo articulado con el gobierno local, con el Ministerio de Salud y con las diferentes entidades. Lima Norte tiene una gran incidencia de tuberculosis y los alcaldes se han comprometido a priorizar la prevención y atención a la tuberculosis.

La tuberculosis es una enfermedad social y es responsable del mayor número de muertes en la historia de la humanidad y lo sigue siendo. ¿Por qué la gente tiene que morir de tuberculosis si tiene cura y es prevenible? Es injusto e imperdonable. Es primordial continuar trabajando para superar los determinantes sociales que influyen en esta enfermedad, solicitamos que el gobierno, el Ministerio, confíen en nosotros y continuemos trabajando articuladamente en la lucha contra la tuberculosis.

4.2 EL APORTE DE LA SOCIEDAD CIVIL: ASOCIACIÓN DE PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS DEL PERÚ – ASPAT PERÚ

Sra. Judy Regalado Peña. Directora

Soy una persona afectada por la tuberculosis. Yo me enfermé hace más de 14 años, cuando tenía 17. Mi diagnóstico no fue oportuno. Mi madre es cabeza de familia y yo tenía cuatro hermanas. Yo trabajaba, aportaba en casa y tenía los medios para pagar mi consulta. El neumólogo me mencionó que probablemente tenía tuberculosis. Me dijo que era una enfermedad muy contagiosa. Me hicieron varios tipos de análisis, acudía sola a las consultas, pasaron tres meses y

los resultados salieron negativos. Luego de nueve meses empecé a tener fiebre, tos, cansancio, bajé de peso, llegué a pesar 30 kilos, los dolores en las piernas eran insoportables y lamentablemente tuve que dejar de estudiar y de trabajar. Cuando te da la tuberculosis todos tus sueños se derrumban. Mi mamá tuvo que cuidarme, comencé a sentirme como si fuera una carga más, y contagié a dos personas en mi casa, a mi hermana que tenía 2 años y a mi otra hermana de 16 años.

Mi hermana de 16 años perdió su fiesta de graduación y siempre le agradezco por cuidarme, porque yo con 30 kilos no podía caminar y el centro de salud me exigía que fuera a tomar mi tratamiento, no tenía fuerzas. Cuando terminé el tratamiento llegué a pesar 33 kilos. Yo quería ser (bueno ahora yo soy) contadora y trabajar en las mejores empresas, lo logré, pero después de un tiempo porque me pude fortalecer conociendo más de la enfermedad y mis derechos. Quiero que ustedes sepan sobre la afectación en la salud, familiar, social y emocional que ocasiona la enfermedad.

ASPAT Perú tiene el lema: "Juntos trabajando por un futuro sin tuberculosis". ¿Quiénes somos? Estamos conformados por personas afectadas por tuberculosis. Esta organización se fundó en el año 2007 y estamos llevando nuestra experiencia de trabajo a cinco países. La misión es trabajar para aliviar el sufrimiento y salvar la vida de las personas afectadas por tuberculosis y la visión es lograr un mundo donde la tuberculosis sea erradicada y el estigma sobre las personas que han sufrido esta enfermedad desaparezca. Nuestros valores, son:

- Convicción: creemos en lo que estamos haciendo.
- Compromiso: no paramos hasta lograr lo que nos proponemos.

- Innovación: creamos nuevas formas para generar mejores resultados.
- Integridad: actuamos con respeto, honestidad y transparencia.
- Solidaridad: estamos presente para las personas que más nos necesitan

¿Qué hacemos en ASPAT? Hacemos innovación tecnológica, hacemos promoción y prevención, vigilancia comunitaria, abogacía e incidencia política, ayuda social e investigaciones. Actualmente, ASPAT Perú ha creado una innovación tecnológica, para hacer una marcación de asistencia a través de un biométrico a los pacientes, esta intervención de innovación está en 76 centros de salud de Lima en el cual los pacientes van y marcan sus asistencias y se pueden desarrollar estrategias de intervención social, si un paciente falta, nosotros comenzamos a hacer llamadas o visitas domiciliarias para saber cuál ha sido el motivo e intervenir de forma comunitaria. La promoción y la prevención se hacen en muchos lugares, con instituciones educativas, entidades públicas y privadas, colegios, universidades, etc. La vigilancia comunitaria es nuestra razón. La abogacía y la incidencia política, siempre estamos en innovación para mejorar la normatividad sobre la enfermedad.

Además, ASPAT brinda apoyo social, tiene un pequeño fondo de recursos que se entrega a pacientes con necesidades inmediatas (gastos catastróficos), ayudamos con las placas, con tomografías, análisis, etc. El Estado los da, pero lamentablemente demora y el paciente necesita recibir tratamiento inmediato.

Actualmente, ASPAT está realizando dos investigaciones científicas con 76 centros de salud y los resultados estarán disponibles este año. En el 2018, hemos realizado 2660 consejerías de pares. Las consejerías de pares son pequeñas conversaciones con

los pacientes para saber sus molestias, sus necesidades. También hemos realizado 2186 charlas educativas en los centros de salud, entidades públicas y privadas. A la vez, asesoramos a los pacientes para que puedan ser incluidos en los programas sociales, como el Seguro Integral, Beca 18, etc. Las charlas educativas no es solo para las personas afectadas que están en tratamiento, sino con las familias, por lo cual, hemos realizado 127 consejerías familiares. Hemos intervenido 80 centros de salud no solo con el proyecto de marcación biométrica sino también llevando nuestras actividades y el desarrollo de aplicaciones móviles. Hemos desarrollado el sistema de marcación y también un sistema del tratamiento virtualmente observado. Actualmente ASPAT cuenta con dos reconocimientos muy importantes: uno de ellos es por el apoyo en la formulación de la ley marco TB y fuimos nominados como la mejor organización a nivel internacional en el año 2015, y esto nos motiva a seguir trabajando internacionalmente.

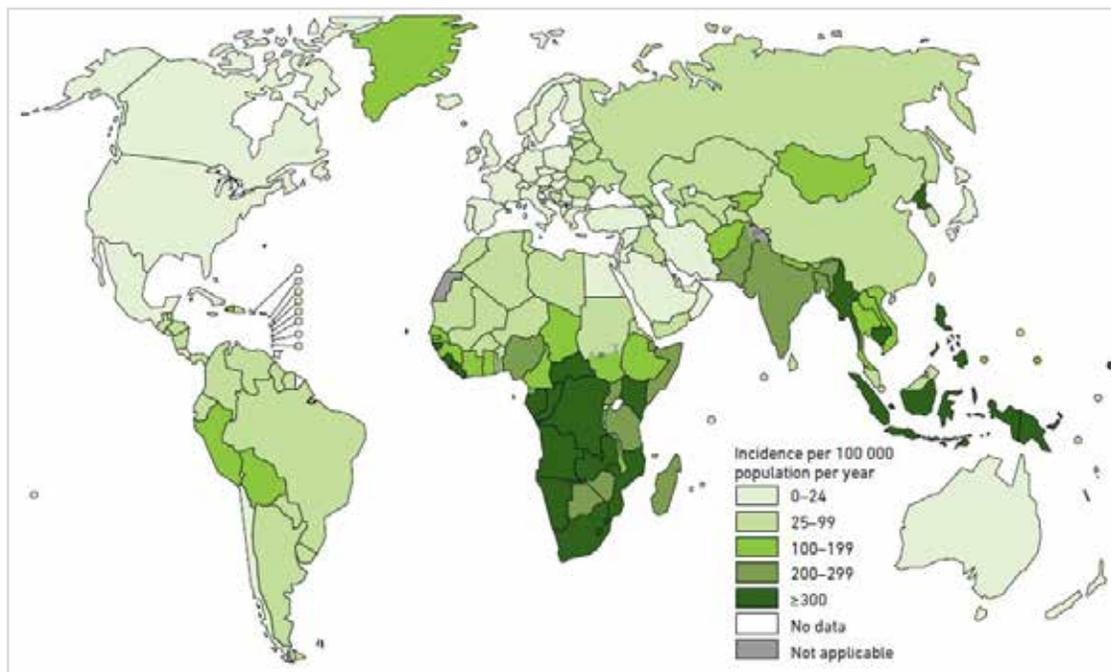
4.3 LA RESPUESTA DESDE EL SECTOR SALUD DE PERÚ FRENTE A LA TUBERCULOSIS

Dra. Julia Rosa Ríos Vidal. Directora Ejecutiva de la Dirección y Prevención de TB. Ministerio de Salud del Perú

4.3.1 Situación de la TB en las Américas y en el Perú

Con base en documentos de la OMS como The Global Tuberculosis Report, del año 2018, aunque en 2017 se salvaron millones de vidas y se aceleró el progreso en algunos países, la TB sigue siendo el mayor asesino dentro de las enfermedades infecciosas en todo el mundo y las acciones e inversiones a nivel mundial no son suficientes para alcanzar los objetivos de 2030. En el mapa de incidencia estimada del 2017 se puede ver los países que tienen mayor riesgo de transmisión de TB: 8 países tienen el 66% de los casos de TB, y 30 países en el mundo albergan el 87% de los casos.

Mapa 2. Incidencia estimada TB 2017



Fuente: Informe Mundial (OMS, 2018).

La OMS, después de haber realizado estudios epidemiológicos y poblacionales, ha determinado que existe una brecha diagnóstica en todos los países de las Américas y ha designado una meta por país. Aparte de este estudio, el año pasado hubo una visita de una comisión de la OMS, que evaluó todos los sistemas informáticos con que cuenta Perú respecto a TB, que ahora están bastante integrados. En el Informe Mundial sobre la Tuberculosis (OMS, 2018)

a nivel de casos generales, en la región de las Américas, después de Brasil, sigue Perú, con una estimación de 37 000. A partir del año 2015, Perú ha tenido un promedio de 31 000 casos por año, pero en el año 2018, al empezar a trabajar el plan de prevención, se ha incrementado este número ya que una de las principales acciones del plan es la búsqueda activa de casos, lo que está permitiendo diagnosticar mejor la TB.

Tabla 24. Acceso a pruebas de sensibilidad

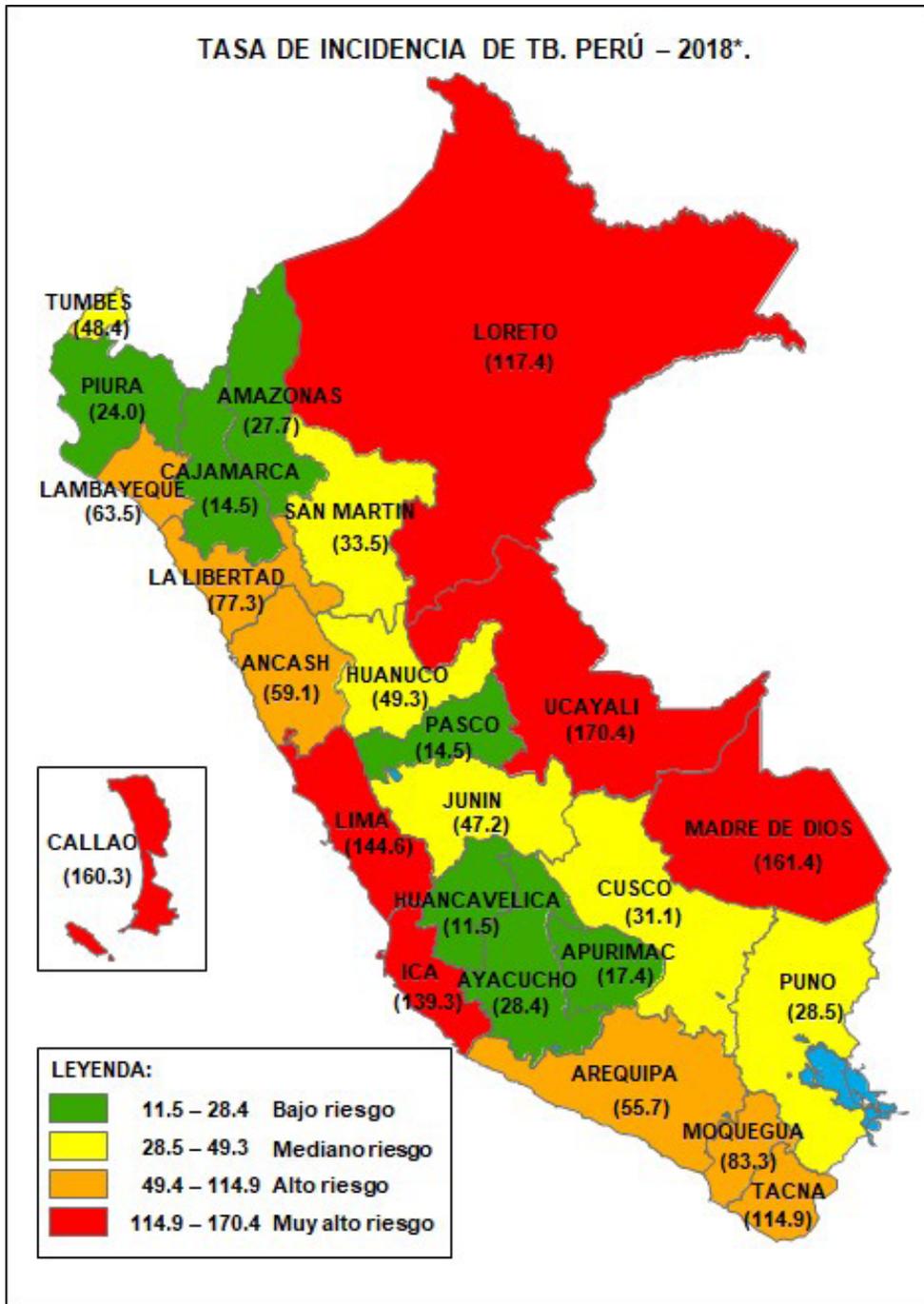
País	Cobertura Tratamiento antiTB	Tasa Éxito		Cobertura Terapia Preventiva TB <5	Cobertura Paciente con P.S.	% Pacientes Tamizados VIH	Razón Letalidad TB Concordancia
		Nuevos / Recaídas	MDR				
Argentina	85%	54%	21%	S/D	23%	22%	6%
Bolivia	63%	86%	66%		40%	100%	14%
Brasil	87%	69%	60%	100%	20%	87%	0%
Chile	86%	79%	37%	100%	62%	83%	9%
Colombia	81%	59%	40%	100%	16%	90%	8%
Ecuador	79%	72%	62%	94%	25%	88%	9%
Perú	81%	84%	55%	51%	70%	88%	4%
Uruguay	85%	72%	100%	96%	55%	94%	9%
Venezuela	82%	81%	71%	13%	8%	60%	S/D

Fuente: Informe Mundial (OMS, 2018).

En el siguiente mapa, se puede ver que la tasa de incidencia al año 2018 es de 32 006 casos, de los cuales 15 571 son TBTF; 1620 casos de MDR; 98 casos de TB-XDR. El color rojo señala las zonas priorizadas o de mayor

riesgo de transmisión. El 60% de los casos de TB, en general, están en Lima y Callao y, un 80-85% de los MDR y XDR también están en Lima y Callao.

Mapa 4. Tasa de incidencia de TB en Perú

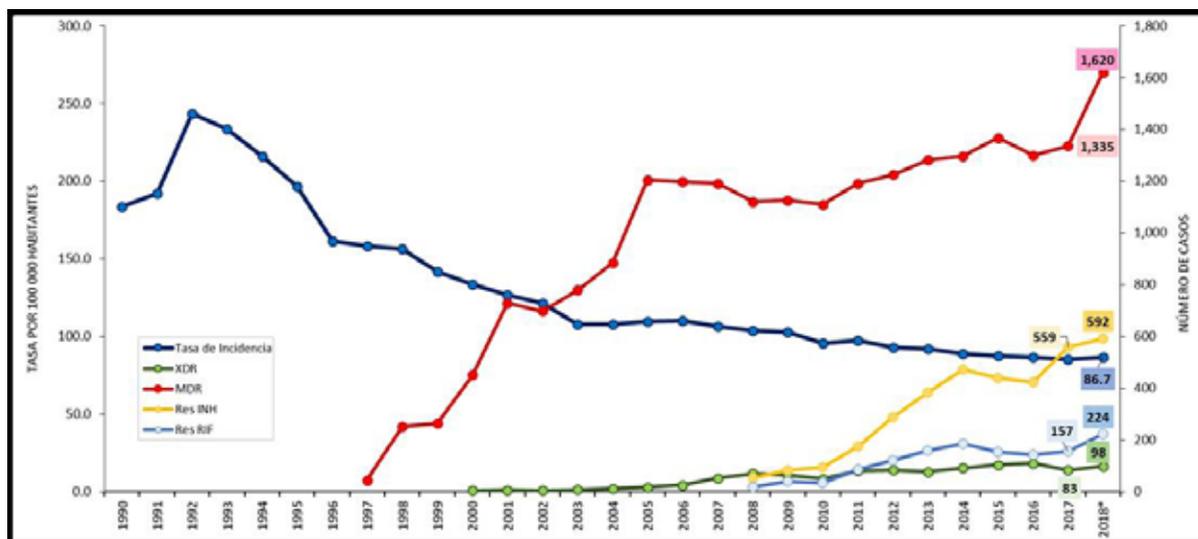


Fuente: Presentación Dra. Julia Rosa Ríos Vidal. Directora Ejecutiva de la Dirección y Prevención de TB. Ministerio de Salud del Perú. VIII Foro Andino de Salud y Economía. Marzo, 2019.

En el siguiente gráfico, la línea amarilla indica los casos de resistencia a Isoniacida (INH), la línea celeste resistencia a Rifampicina,

la línea roja TB multidrogorresistente (MDR) y la línea verde TB extremadamente resistente (XDR), en aumento.

Gráfico 25. Evolución de la Tuberculosis en el Perú. 1990 – 2018



Fuente: Año 2018 – SIGTB. Información preliminar.

Perú sigue siendo un país con tanta TB porque no ha solucionado los problemas estructurales que ocasionan la enfermedad. También, ha descuidado las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, es decir, la transmisión en comunidad se mantiene. Entre otras alternativas de solución, se requiere un regimiento de recurso humano que desarrolle diversas estrategias en las comunidades. Igualmente, se necesita un regimiento de enfermeras y técnicas de enfermería en las comunidades para brindar una adecuada atención, evitar que las personas abandonen el tratamiento y que las familias no dejen la terapia preventiva.

Cuando se habla de TB, todo el mundo mira al MINSA porque se considera que tiene que solucionar el problema dando tratamiento y teniendo buenos métodos diagnósticos, pero no es así, la TB es la enfermedad, por excelencia, que tiene que ver con todos los determinantes sociales. En relación con la Ley de TB, faltan muchos capítulos que hay que implementar. Se

tiene un sistema de información gerencial que aglutina todo lo del MINSA, el INPE, las Fuerzas Armadas, y la Policía Nacional de Perú. Así mismo, se cuenta también con los mejores medicamentos, como Bedaquilina, Linezolid, Delamanid; y ello redundaría en que las tasas de éxito de tratamiento de TB-XDR en Perú es una de las mejores con 68% de éxito, a pesar de que cada esquema de tratamiento para TB-XDR cuesta 70 mil dólares al país, ya que es un tratamiento que se da a domicilio. Sin embargo, como la solución no es solamente la parte recuperativa, se tiene que seguir proporcionando los mejores medicamentos, ingresando los mejores métodos y trabajar duro en la prevención.

El otro problema manifestado es el fraccionamiento del sector salud, ya que son muchos los involucrados y existen sectores para los cuales la salud no es prioridad. En el caso de la población con TB en los penales, la dificultad radica en que son una fuente de infección para otras personas. Muchas veces, se dan casos en que el paciente sale del penal sin haber

terminado el tratamiento y ubicarlo resulta muy difícil. En cuanto al financiamiento en TB, el 5% es por el Fondo Mundial, y en lo que más se está gastando es en terapia para TB resistente que es mucho más cara, y el incremento se ha ido dando año tras año, por ejemplo, en este último año se incrementó un 25%.

4.3.2 Respuesta del sector salud

Se tiene un Plan Estratégico Multisectorial (2010 – 2019). En el año 2017, se hizo la evaluación de este Plan y encontró que el involucramiento de los otros sectores en la lucha contra la TB ha sido débil. Se está elaborando un nuevo Plan Estratégico, participativo con otros sectores.

Enmarcados en lo que son los Objetivos de Desarrollo Sostenible y en las estrategias Fin de la TB, en el Perú se está trabajando en esos tres pilares:

1. Prevención y atención integrada al paciente.
2. Compromiso político.
3. Protección social: Programas sociales, cobertura universal que es el SIS, investigación.

En ese sentido, se han realizado varias actividades desde el 2017 y se está trabajando sobre todo con las poblaciones vulnerables, y por ello se ha comenzado a trabajar con niños y niñas para lo cual se cuenta con un comité de expertos en TB pediátrica, y todo el año pasado se trabajó en la elaboración de la guía que tiene como objetivo lograr un manejo adecuado de la TB pediátrica.

También se cuenta con un proyecto del Fondo Mundial, que se terminará en junio de 2019 e iniciará un nuevo proyecto para trabajar en TB pediátrica.

El Fondo Mundial ha brindado apoyo para mejorar la intervención en centros penitenciarios. Durante el 2018, como ya se ha dicho, se mejoró el diagnóstico, por ejemplo, se ha podido ingresar a los penales para hacer diagnóstico radiológico y pruebas GenXpert, y con eso se ha disparado la tasa, es lo que se tiene que hacer para luego disminuir el contagio.

Actualmente, existe una red nacional de investigación que comenzó a trabajar desde 2017 y que todos los años hace una jornada científica -este año va en octubre- y se ha logrado aprobar la prioridad nacional en investigación de TB.

En el Perú los esfuerzos se han centrado en disminuir el riesgo de contagio mediante la disminución de abandonos, controlando los contactos, dando terapia preventiva y realizando la búsqueda activa de casos. Se cuenta con un plan, que básicamente tiene tres pilares que están actualmente en intervención:

1. Detectar oportunamente los casos de TB.
2. Brindar terapia preventiva y examen de contactos.
3. Incrementar la tasa de éxito.

Lo que se busca con este plan es reducir la fuente de contagio y en eso se está trabajando, desde agosto de 2018, en cinco regiones: Loreto, La Libertad, Ica, Lima, y Callao.

El Plan, definió un presupuesto de 142 millones para los tres años, se ha contratado recurso humano adicional, en total se han contratado 849 personas para que vayan a los establecimientos de salud, porque generalmente tienen entre 50 y 70 pacientes por día para dar tratamiento. Así mismo, se tiene un presupuesto para este año 2019 de 30 millones.

En síntesis, realmente en el Perú, por muchos años se ha invertido muchísimo en TB, pero el problema no es la ejecución, sino la calidad del gasto.

Actualmente, se cuenta con un monitoreo estricto de la ejecución presupuestal de cada una de las unidades ejecutoras, se ha determinado el tipo de recurso humano que se requiere y se ha fortalecido. Además, se ha mandado a todas las regiones un presupuesto para transporte de muestras. Un aspecto muy importante es el transporte de muestras, y en Perú ya las regiones lo tienen. Otra elemento esencial es lo referente a la mejora en la capacidad diagnóstica con un nuevo equipo como el GenXpert, y se espera que para este año validar los cartuchos del GenXpert Ultra, que se está utilizando para población vulnerable: penal, con VIH, diabéticos, los contacto de TB resistente, niños, niñas y adolescentes.

En la población penal, con apoyo del Fondo Mundial se ha intervenido en 12 de los 67 centros penitenciarios, que para el año 2016 tenían el 91% de los casos de TB, y en ellos se ha hecho tamizaje radiológico masivo, y de allí han pasado al GenXpert. Se ha realizado el diagnóstico antes de que sean contagiosos. Ahora se está en el acondicionamiento de las salas de aislamiento, prioridad que se ha actualizado en el Plan Estratégico (2019-2023). Sobre este asunto, se han realizado varias reuniones macro regionales. Cabe anotar que hace pocos días, inauguró la sala quirúrgica, la cual ha tenido una inversión de 4 millones de dólares (MINSA y el Fondo Mundial).

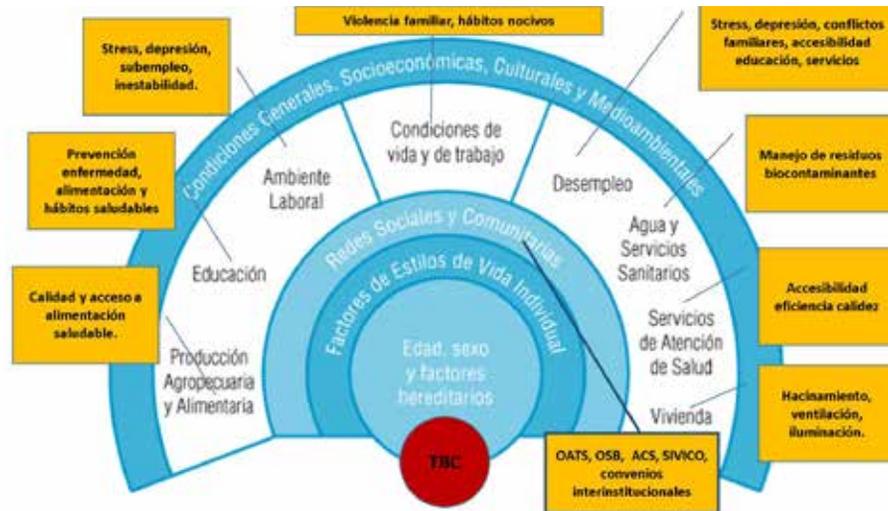
En cuanto a los resultados obtenidos, se destaca: Mejora del diagnóstico, los abandonos han disminuido (TB sensible, pasó de 8% a 4%; TB resistente, de 16% a

8%), la cobertura de examen de contactos ha pasado de 85 a 91.

4.3.3 Principales desafíos

- **Trabajo integral del sector salud:** el sector salud se debe encargar de no tener abandonos, de controlar y hacer seguimiento activo de los contactos, así como brindar terapias preventivas y hacer captación precoz. En relación con la terapia preventiva, se debe articular esfuerzos para lograr que las personas tengan un sistema inmune adecuado, y brindar terapia a quienes tienen un sistema inmunológico disminuido, proteger a los niños, las niñas, las personas con diabetes, entre otras.
- **Trabajo intersectorial:** para atender el contexto y las condiciones sociales en las cuales se genera la TB, se requiere del trabajo multisectorial con la participación de la sociedad civil y todos los demás sectores responsables de la garantía de los derechos sociales. El Ministerio de Justicia tiene que garantizar que no haya hacinamiento en los centros penitenciarios; el Ministerio de Transporte, por su parte, tiene que fomentar la ventilación en el transporte público; al gobierno le incumbe generar condiciones de trabajo dignas y adecuadas, que las familias tengan agua potable, desagües, alimentación saludable; por lo tanto, todos los otros sectores tienen que involucrarse. En ello, se está avanzando con el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS).
- **Abordar los DSS y mejorar las condiciones de vida de la sociedad.** Es indispensable el trabajo intersectorial, el impulso del gobierno y todos Ministerios y sus respectivos sectores, para acabar con la TB.

Figura 12. Modelo de DSSS



Fuente: Presentación Dra. Julia Rosa Ríos Vidal. Directora Ejecutiva de la Dirección y Prevención de TB. Ministerio de Salud del Perú. VIII Foro Andino de Salud y Economía. Marzo, 2019.

En la figura anterior, se puede observar el modelo de atención en salud de TB y lo que corresponde al sector Salud, pero el resto les corresponde a otros sectores involucrando de manera activa a las personas, las familias y a la comunidad. Por esto, el lema para este año es La TB sí se cura.

4.4 DEBATE: TERCER FORO

Dra. Nila Heredia: ¿En qué medida considera que los proveedores de salud ubicados en los puestos sanitarios, centros de salud y hospitales, tienen la capacitación suficiente para atender a los pacientes de TB y para la detección adecuada?

Sra. Luz Estrada González: La capacitación es constante, pero la rotación de personal es un serio problema. Se tiene que garantizar la estabilidad del recurso humano y su capacitación.

Sra. Judy Regalado Peña: El personal de salud sí se encuentra capacitado para manejar casos de TB, pero lamentablemente la rotación es muy constante. Así mismo, tenemos en el presupuesto que se debe contratar enfermeras exclusivamente para

TB, pero, lamentablemente, las autoridades toman las decisiones para que no solamente hagan TB sino vacunas, dengue, etc. Un aspecto central es que las acciones sean sostenibles, no podemos cambiar la política de manejo de TB cada seis meses y el trabajo tiene que ser constante y de varios años.

Dra. Julia Rosa Ríos: Uno de los problemas es la barrera geográfica que separa el centro de salud de la población y no se tienen los medios de transporte adecuados. De ahí la importancia de la sociedad civil y de las promotoras de salud.

Dra. Nila Heredia: Pregunta: ¿Dónde se encuentra la norma técnica de cómo debe ser un laboratorio supranacional?

Patricia Jiménez: En la página de la OMS dentro del componente TB, hay un espacio dedicado a laboratorios supranacionales y están los listados de los términos de referencia que tienen que cubrir ellos para tener ese carácter.

Dra. Nila Heredia: Un estudio del presente año ha estimado que la prevalencia de diabetes en personas con TB es aproximadamente el 35%

y en países de América del Sur 19%. Se sabe que la diabetes puede afectar la efectividad del tratamiento. ¿Qué se hace en el Perú?

Julia Rosa Ríos: De acuerdo con nuestra norma, el paciente ingresa y se le hace un descarte para diabetes. Hemos comenzado a trabajar TB y diabetes porque el manejo tiene que ser conjunto. Por otra parte, estamos elaborando una guía de captación de sintomáticos respiratorios para los diferentes establecimientos de salud de acuerdo a su nivel.

Patricia Jiménez: Se sabe lo que hay que hacer. Sin embargo, estamos dejando de hacer algo importante y puede pasar como con tantas otras metas que no se cumplen y eso tiene repercusiones para la vida de las personas. Vimos la realidad desde la sociedad civil, porque este drama tiene rostros y tiene sufrimiento para las personas. Estamos todos conviviendo con esa realidad y no podemos dar la espalda a ella. Aquí hay economistas, sociólogos, médicos, enfermeros, etc., y lo importante es que todos, desde el ámbito en el que nos desempeñamos, tenemos que saber poner el tema a quienes toman las decisiones. Fomentar el trabajo intersectorial es uno de los retos de organismos de integración como el ORAS - CONHU.

Carmen Navarro: Lo que se haga ahora, recién tendrá su impacto en 10 años. Por ejemplo, si el Programa mejora la búsqueda de casos y mejora el diagnóstico los casos van a subir. Los resultados de impacto se verán en varios años.

Sra. Julia Rosa Ríos: Hay indicadores de proceso como abandono, constancia, terapia preventiva, son acciones que se tienen que hacer en el momento, son indicadores de procesos que dan resultados inmediatos y sí se tiene que medir, y estamos cruzando el logro sanitario con la inversión.

Dra. Nila Heredia: Los representantes de asociaciones nos preguntan: ¿Por qué morir de algo que se puede curar? En realidad, nos están interpelando. Cuando es un tema del Estado en su conjunto y cuando las personas se organizan, lo hacen desde una posición de reivindicación. En este momento nos están exigiendo, yo creo que la presencia de ellos es más bien interpeladora y ellos nos están exigiendo respuestas, y esto es muy importante porque aquí estamos reunidos personas que representan países, pero nos están exigiendo a todos respuestas. La TB, es un hecho social y está interpelando a todos los sectores. Es cierto que el sector salud tiene una tarea fundamental y es justamente identificar, diagnosticar, etc. Pero es insuficiente si el sector salud no tiene la capacidad de impulsar a los otros sectores; incumbe tener la habilidad de arrastrar a otros sectores y poner en evidencia que hay temas que competen a todos.

Reitero, en el momento en el que los Presidentes se comprometen a reducir la TB. ¿Qué se está mostrando? Que es un hecho político. Los presidentes ponen una patología cuando el tema es de tal gravedad que obliga a que se haga una resolución. Por lo tanto, estamos en el momento más importante para posicionar el tema a partir de los determinantes sociales. Insisto, que este tema no se quede en el efecto numérico, sino en el impacto que es absolutamente social. Por ello, creo que hay una tarea muy grande para todos nosotros, canalizar la interpelación que nos hacen los pacientes y las organizaciones sociales para ver qué incorporamos en el quehacer y, al mismo tiempo, transmitimos a las autoridades estas necesidades de trabajo. Igualmente, es imperativo asumir una actitud más crítica que permita que los programas avancen en esta lógica de un trabajo más intersectorial. Permitanme decirles compañeros, somos compañeros todos ¡Muchas Gracias!

Ministerio de Salud
Ministerio de Economía y Finanzas
Organización Panamericana de la Salud
Organización de Estados Americanos

VIII FORO ANDINO DE
SALUD Y ECONOMÍA

21 y 22 de marzo de 2019, Lima, Perú

**IMPACTO ECONOMICO DE LA TUBERCULOSIS
EN LA REGION DE LAS AMERICAS**



VIII FORO ANDINO DE
SALUD Y ECONOMÍA

21 y 22 de marzo de 2019, Lima, Perú

**IMPACTO ECONOMICO DE LA TUBERCULOSIS
EN LA REGION DE LAS AMERICAS**

VIII FORO ANDINO DE
SALUD Y ECONOMÍA

21 y 22 de marzo de 2019, Lima, Perú

**IMPACTO ECONOMICO DE LA TUBERCULOSIS
EN LA REGION DE LAS AMERICAS**



5. Sistematización de resultados

Economista Carmen Navarro

5.1 PRINCIPALES INDICADORES DE DESARROLLO Y SALUD

Al mirar comparativamente lo relativo a desarrollo y salud en los países andinos, los indicadores sociales y económicos y en general, los provenientes del Banco Mundial, muestran a Chile como el país de mayor desarrollo económico (mayor Ingreso per cápita).

Tabla 25. Indicadores de desarrollo económico. Países CASE

Indicadores	Año	Bolivia	Chile	Colombia	Ecuador	Perú	Venezuela
Aceso a la electricidad (% de población)	2016	93	100	99	99.9	94.9	99.6
Recaudación impositiva (% del PBI)	2016		17.4	15.0		13.8	
	2017		17.5	15.1		13.2	
Índice de Capital Humano (escala de 0 a 1)	2017		0.7	0.6	0.6	0.6	
Ingreso nacional bruto INB per cápita, PPA (a \$ internacionales actuales)	2016	7110	22 570	13 840	11 090	12 500	
	2017	7350	23 780	14 120	11 350	12 900	
Tasa de alfabetización, total de adultos (% de personas de 15 años o más)	2016			94.7	94.4	94.2	97.1
Prevalencia de VIH, total (% de la población entre 15 y 24 años)	2016	0.3	0.5	0.5	0.3	0.3	
	2017	0.3	0.6	0.5	0.3	0.3	
Tasa de mortalidad, menores de 5 años (por cada 1.000)	2016	36.1	7.7	15.2	14.8	15.5	26.4
	2017	34.9	7.4	14.7	14.5	15	30.9
Participación en el ingreso del 20% peor remunerado de la población.	2016	3.9		3.9	4.7	4.6	
	2017	4.1	5.2	4.1	4.7	4.7	
Tasa de incidencia de la pobreza, base de \$1.90 por día (2011 PPA) (% de la población)	2016	7.1		4.5	3.6	3.5	
	2017	5.8	0.7	3.9	3.2	3.4	
Índice de Gini	2016	44.6		50.8	45	43.6	
	2017	44.0	46.6	49.7	44.7	43.3	
Relación empleo y población, mayores 15 años, hombres (%) (estimación modelada OIT)	2016	79.2	69.6	77	78.4	80.1	72.2
	2017	77.1	69.3	76.5	79.4	81.6	71.8
Tasa población activa. % de población total mayor de 15 años (estimación modelada OIT)	2016	70.6	62.1	70.4	68.5	75.5	63
	2017	67.9	62.4	70.0	69.2	77	62.3
Esperanza de vida al nacer, total (años)	2016	69.1	79.5	74.4	76.3	75.0	74.5
	2017	69.5	79.7	74.6	76.6	75.2	74.7
Población entre 0 y 14 años (% del total)	2016	32	20.6	23.9	28.7	27.7	27.9
	2017	31.6	20.3	23.5	28.4	27.4	27.6
Población de 65 años y más (% del total)	2016	6.6	10.7	7.3	6.9	7	6.4
	2017	6.7	11.1	7.6	7.1	7.2	6.6
Población rural (% de la población total)	2016	31.3	12.6	19.9	36.5	0.5	11.8
	2017	30.9	12.5	19.6	36.3	0.4	11.8
Población urbana (% del total)	2016	68.7	87.4	80.1	63.5	77.5	88.2
	2017	69.1	87.5	80.4	63.7	77.7	88.2

Fuente: Banco Mundial <https://datos.bancomundial.org/pais>

Así mismo, como se puede ver en la tabla siguiente, los indicadores básicos de salud referentes al Sistema de Salud (OPS/OMS, 2018) muestran que el gasto de bolsillo en el ámbito de los países del CASE continúa

siendo alto. Ecuador es el que tiene el mayor gasto de bolsillo y Colombia el menor gasto de bolsillo. Chile tiene el mayor gasto público en salud como porcentaje del PBI.

Tabla 26. Indicadores básicos de salud. Países CASE

Indicadores	Bolivia	Chile	Colombia	Ecuador	Perú	Venezuela
Causa mal definida e ignorada de muerte % (a)		2,63	1,76	7,22	0,3	
Causas de muerte con códigos poco útiles % (a)		11,97	11,2	11,42	18,95	
Gasto de bolsillo en salud % gasto total en salud (año 2015)	22,49	31	18,29	41,63	30,92	28,18
Gasto privado en salud como % del PBI (año 2015)	1,85	3,17	1,81	4,27	1,99	1,65
Gasto público en salud como % del PBI (año 2015)	4,36	4,91	4,13	4,24	3,25	1,51
% Donación voluntaria no remunerada sangre (2015, Perú 2013)	41	28	91	68	4,6	6
Recursos humanos por (10 000 habitantes) Dentistas (b)	1,5	1,6	9,6	3,2	1,8	1,4
Recursos humanos por (10 000 habitantes) Enfermeras (b)	3,9	8,6	11,4	12	13,5	20,1
Recursos humanos por (10 000 habitantes) Médicos (b)	8	10,8	19,4	20,5	12,7	17,3
Subregistro de mortalidad % (a)		6,66	21,58	20,16	43,92	

a) Chile y Ecuador año 2016, Colombia y Perú año 2015

b) Información del año 2016, Colombia año 2015, Venezuela año 2017

Fuente: Indicadores básicos. OPS/OMS

5.2 INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DE TUBERCULOSIS

Anualmente, la OMS publica el Informe Mundial sobre la Tuberculosis. El objetivo de la publicación de la OMS consiste en proporcionar una evaluación completa y actualizada de la TB y de los progresos realizados con respecto a su atención y prevención en los ámbitos mundial, regional y nacional. Los perfiles de países (de los

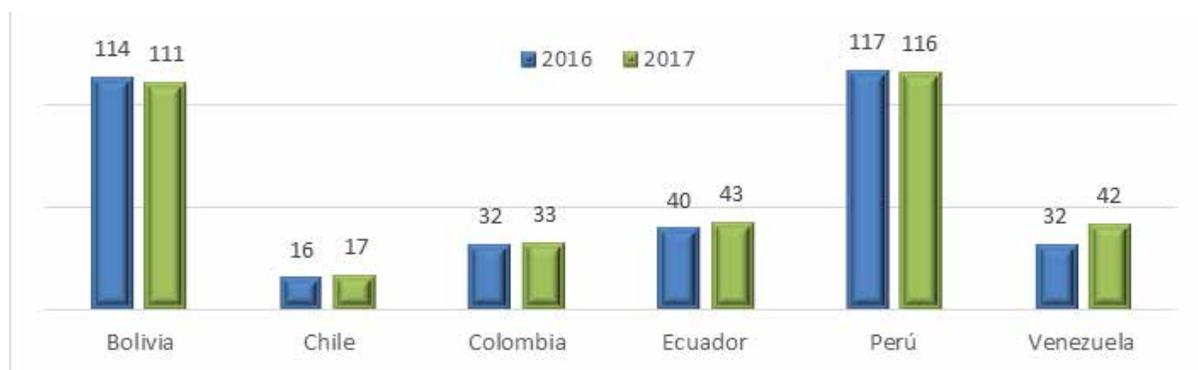
cuales se ha extraído la información) son generados automáticamente a partir de datos comunicados por los mismos países y registrados en la base de datos mundial de la OMS sobre la tuberculosis. Los países pueden actualizar los datos en todo momento, a través del sistema de la OMS de recogida de datos sobre la tuberculosis.

Tabla 27. Indicadores de Tuberculosis. Países CASE

Indicadores	Año	Bolivia	Chile	Colombia	Ecuador	Perú	Venezuela
Tasa de éxito en el tratamiento de la tuberculosis (% de casos registrados) ¹⁰	2016	87	79	61	72	86	82
Tamaño de la cohorte		7159	2548	10 021	5284	14 768	8197
Tasa de detección de casos de tuberculosis. % todas las formas.	2016	62	87	80	80	80	80
Cobertura del tratamiento de TB (notificados /incidencia estimada)2017 ¹¹	2017	62 43-94	87 75-100	80 63-100	80 63-100	80 63-100	80 63-100
Incidencia de tuberculosis, incluye TB/VIH (por cada 100 000 personas) ¹⁰	2016	114	16	32	40	117	32
	2017	111	17	33	43	116	42
Casos notificados	2017	7658	2806	13 870	5815	31 120	10 952
% de niños (< 5) que son contactos domiciliarios de casos de TB bacteriológicamente confirmados, y que están en tratamiento preventivo	2017	99% 91-100	n.d.	50% (37-77)	>100%	64% (59-70)	100% (75-100)
Presupuesto nacional TB (millones US \$)	2018	6.4	3.0	12.0	1.1	135	2.9
Pacientes con TB que enfrentan costos totales catastróficos	2017	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Fuente: Perfil país de la Tuberculosis. OMS 2018. Datos reportados a la OMS. Las estimaciones de la carga de TB y de TB-MDR son calculados por la OMS en consulta con los países. Generado: 2019-06-04

Gráfico 26. Incidencia de tuberculosis (por cada 100 000 personas) 2016-2017



Fuente: Perfil país de la Tuberculosis. OMS 2018. Datos reportados a la OMS.

¹⁰ Casos nuevos y recaídas registrados en 2016

¹¹ Los rangos representan intervalos de incertidumbre

En términos más detallados, se percibe lo siguiente por países:

- En el caso de Bolivia, el mayor número de casos se registran en el departamento de Santa Cruz, seguido de La Paz y Cochabamba, con una incidencia por 100 000 habitantes de 106,3, 62,8 y 58,8. Sin embargo, en Tarija y Beni se tiene una mayor tasa de incidencia que en los últimos departamentos mencionados, de 76,6 y 69,8 respectivamente.
- Para considerar que un país tiene baja incidencia, debe tener una incidencia menor a 10 por 100 mil habitantes, Chile se encuentra cerca a ese nivel¹². La proporción de casos de TBTF por grupos de riesgo, indica que los grupos más afectados son los adultos mayores, extranjeros, alcoholismo, drogadicción, infección de VIH y diabetes. En los últimos años, la proporción de casos de TB se ha incrementado (más de la mitad provenientes de Perú y Haití).
- En Colombia, anualmente se presentan en promedio 14 000 casos. El 66% corresponde a hombres. El Gobierno y el MSPS han construido un marco legal que incluye la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), así como el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. En el marco de cumplimiento de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud, se desarrolla el Plan Estratégico "Hacia el fin de la Tuberculosis" Colombia 2016-2025.
- Por otro lado, en el caso del Ecuador, la tasa de incidencia desde el 2013 más baja fue en el año 2015 (31,1 por 100 mil

habitantes) y ha venido aumentando, al igual que la incidencia de la TB resistente. La Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control es la responsable de la Estrategia de Control de la Tuberculosis, pero en la organización no está oficializada esta instancia. Antes, la atención de TB se realizaba en hospitales de tercer nivel con acciones directas para el inicio del tratamiento de tuberculosis resistente. A partir del año 2015, el Ministerio de Salud Pública ha iniciado un proceso de acercamiento con los establecimientos que forman parte de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) para la incorporación de estos en el manejo de afectados por tuberculosis. Así, se constata la existencia de una red encargada para este fin, y con el apoyo de la Subsecretaría Nacional de Gobernanza se ha iniciado el trabajo conjunto a través de la formación de la Comisión Nacional Interinstitucional de RPIS/TB, para solventar la atención en TB. Además, se han implementado nuevas tecnologías: métodos de biología molecular como la técnica de Detección rápida Xpert/MTB/RIF.

- Por su parte, en el caso del Perú, en los últimos 10 años la tasa de incidencia y morbilidad ha venido disminuyendo gradualmente. Sin embargo, en los últimos 5 años se ha observado un aumento. Para el 2018 se pudo sustentar un plan de intervención ante el Ministerio de Economía en más provincias del Perú (80% de los casos). Se ha incrementado la calidad de la detección de sintomáticos respiratorios. Al 2018, se ha llegado a 32 mil casos de detectados. Sin embargo, es necesario destacar que se tiene una cobertura más alta de pruebas de sensibilidad

¹² En América solo Estados Unidos, Canadá, Costa Rica, Chile y Cuba son países que desde años realizan acciones deliberadas de control de la TB para eliminarla como problema de salud pública y son países de incidencia más baja en la región.

rápida para los TB resistentes que otros países, y también, se ha incrementado el seguimiento de contactos

- En el caso de Venezuela, se tiene 24 estados descentralizados. A esto se añade que, actualmente se está experimentando una carencia de recursos humanos de salud. Sin embargo, es importante señalar que está avanzando hacia un proceso de seguridad en salud única. En Venezuela, los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no pueden ser privatizados, según la Constitución Política. Las áreas de salud integral comunitarias (ASIC) constituyen el nivel de contacto más cercano con la población, y el primer nivel de atención está compuesto por redes de atención comunal.

5.3 PRESUPUESTOS NACIONALES PARA TUBERCULOSIS

- Para los países del CASE, el presupuesto nacional asignado al control de la tuberculosis varía de 1,1 a 12 millones de dólares anuales, salvo el caso del Perú, que representa 135 millones de dólares.
- En el caso de Bolivia el presupuesto se viene incrementando levemente, de 5,3 millones de dólares en el 2016, a un presupuesto previsto para el 2020 de 6,6 millones de dólares¹³. Fundamentalmente, se financia mediante recursos de fuente externa, que se prevé terminen en el 2022, a partir del cual lo asumirá el estado. Existen 11 conceptos que son financiados por la Ley 475, para población vulnerable, que es un presupuesto

adicional al que maneja el programa. Con la nueva Ley N° 1152, vigente desde marzo del 2019 que modifica la Ley 475, se prevé que paulatinamente los costos de tuberculosis serán asumidos por el sector público, pero con un esquema de productos de salud.

- En el caso de Chile, el programa de TBC a nivel central planifica determinadas actividades (a través del ítem 22) entre las cuales se encuentran la programación de capacitación y mecanismos de difusión, pero principalmente la adquisición de tratamiento de segunda línea para TB. El programa también transfiere recurso a los servicios de salud, para compra de medicamentos de primera línea, compra de frascos para BK y PPD, compra de radiografías, insumos de laboratorios, cartuchos GeneXpert, entre otros. Por otra parte, los SEREMIS y Servicios de Salud, también planifican actividades localmente, que financian con recursos propios. Finalmente, el Instituto de Salud Pública (ISP), invierte recursos en el procesamiento de exámenes.
- En el caso de Ecuador, se ha programado compra de insumo por 979 mil dólares, 878 mil para medicamentos y 101 mil para compra de insumos, previéndose un incremento de 10% para el presupuesto del 2020. Debe precisarse que para el año 2018, se gastó 397 mil US \$ en estos conceptos.
- En Perú, se asigna el presupuesto mediante resultados por categoría de gasto, por lo cual todos los costos fijos, fundamentalmente de personal e inversión, son distribuidos entre los

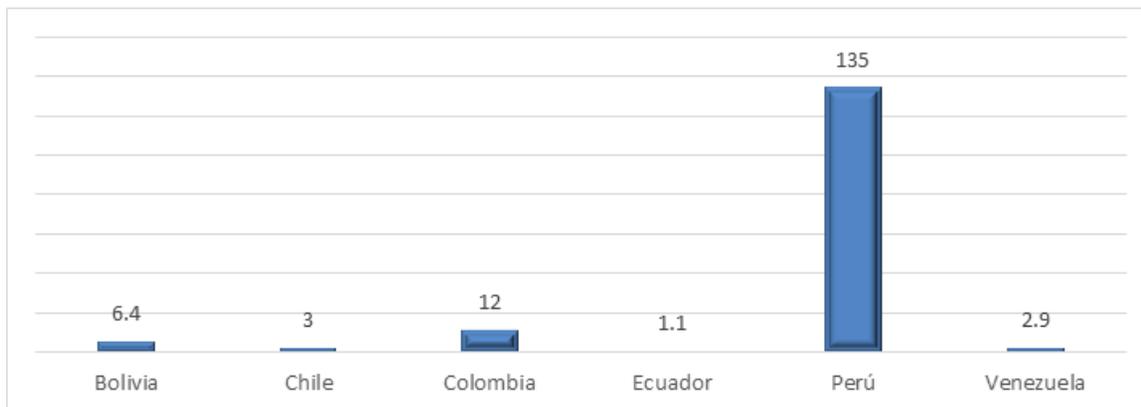
¹³ En febrero del 2019 se aprobó en Bolivia la Ley del Sistema Único de Salud (SUS) en todo el territorio boliviano para proteger a todos aquellos ciudadanos que no gozan de un seguro médico. La medida modifica la ley número 475 del 2013 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral, la que estipulaba la cobertura médica asistencial solo a mujeres embarazadas, niños y niñas menores de cinco años, adultos mayores y personas con discapacidad en estatus exclusivo. Esta iniciativa de carácter universal, gratuito y de calidad, se implementará de manera gradual en los próximos cinco años, y en esta primera etapa se garantizarán mil 200 prestaciones, entre ellas análisis clínicos, diagnósticos y ecografías básicas.

programas presupuestales existentes (uno de ellos TB-VIH), por lo cual, esta cifra no es comparable con la informada por los otros 5 países. En promedio, 2% del presupuesto para salud es destinado para las intervenciones de prevención y control de TB. Además, a partir del 2017, se ha incrementado el presupuesto para el soporte nutricional de la persona afectada con TB de 4 millones de dólares anual a 19,7 millones de dólares. Así mismo, se encuentra implementándose el plan de intervención 2018-2020, que continúa el apoyo presupuestal iniciado en el 2017 con el plan de emergencia, y que permitió aumentar el recurso humano. El incremento significativo de presupuesto está permitiendo la mejora en los indicadores de control de la TB. En el comparativo desde el año 2011 al 2018 el presupuesto de prevención se ha venido incrementando, así como

el apoyo alimentario. La innovación de nuevos medicamentos (para TB XDR) y la tecnología molecular para diagnóstico (Xpert) para detectar con mayor rapidez.

- En Venezuela, hasta el 2013, el principal componente del gasto lo representaba el gasto en personal. A partir del 2014 el principal concepto de gasto corresponde a la compra de medicamentos para TB de primera línea. También, se ha incrementado el presupuesto para tratamiento de segunda línea. En cuanto a la gestión, se ha precisado que el cambio de gestión de ministros es muy rápido. La formulación la hace un equipo y la ejecución un equipo nuevo que puede tener una visión diferente. En general, el presupuesto del programa de TB lo fortalece el Fondo estratégico de la OPS.

Gráfico 27. Presupuesto nacional de TB 2018



Fuente: Perfil país de la Tuberculosis. OMS 2018. Datos reportados a la OMS.

5.4 PLANES ESTRATÉGICOS DE CONTROL DE TUBERCULOSIS

Según el Pilar 2. Políticas audaces y sistemas de apoyo de la Estrategia "Fin a la TB", resalta que es necesario desarrollar e implementar con todas las partes interesadas, un sólido plan estratégico nacional de TB que cuente con el presupuesto necesario, en consonancia con los planes generales

nacionales en materia sanitaria y social. Al respecto cabe mencionar que sólo uno de los países miembros del CASE, Ecuador, refiere que no cuenta con Plan estratégico de Tuberculosis. También se da el caso de Chile, que no cuenta con un Plan específico para Tuberculosis, sin embargo, la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 incluye metas para el Control de Tuberculosis.

Tabla 28. Resúmenes Planes Estratégico de Tuberculosis

País	Año aprobación	Observaciones
Bolivia	2016	Plan Estratégico Multisectorial de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020. El Plan se encuentra vigente.
Chile	2011	La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020: propone 4 estrategias basadas en la evidencia para lograr la eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública: (1) mantener la cobertura de vacuna BCG; (2) aumentar el número de baciloscopias y de estudios de contactos; (3) aumentar la adherencia a controles y tratamiento; y (4) capacitación.
Colombia	2016	Plan Estratégico Colombia Hacia el Fin de la Tuberculosis, 2016-2025.
Ecuador		No se cuenta con Plan estratégico de Tuberculosis.
Perú	2010	Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en el Perú - PEM TB 2010 - 2019". Aprobado con DS N° 010-2010/SA. Vigente hasta el 2019. Actualmente en proceso de actualización 2019 - 2023
Venezuela	2019	Se encuentra elaborado en el año 2019 y se ha presentado al ministro. Todavía no se tienen las observaciones para que se pueda publicar. Vigencia del 2019 a 2021.

Fuente: Econ. Carmen Navarro. Sistematización VIII Foro Andino Salud y Economía. ORAS - CONHU. Lima, 2019.

5.5 AVANCES DE LA MEDICIÓN DEL GASTO EN SALUD

En relación a la medición del gasto, en Colombia y Perú se han realizado estudios referidos al costo efectividad de las estrategias de control de tuberculosis. En los países del ámbito del CASE, Chile, Colombia y Perú desarrollan de forma sistemática estudios sobre gasto en salud.

Tabla 29. Estudios de medición del Gasto en salud

País	Comentario
Bolivia	Se dispone del Estudio de cuentas de salud 2016 (Ministerio de Salud). Se registra un gasto público de 1532 millones de dólares en gasto corriente y 315 millones en gasto de capital, con un total de 1848 millones de dólares. El gasto total en salud país es de 2617 millones de US dólares (2295 en gasto corriente y 321 en gasto de capital). Con relación PBI el gasto público en salud representa el 5,5%, mientras que el gasto total en salud es de 7,8%.
Chile	Se ha publicado el estudio de la Asociación de ISAPRES: "Gasto y Financiamiento de la Salud en Chile y en ISAPRES. Composición del Gasto en Prestaciones y Licencias Médicas en Isapre 2012-2017"
Colombia	Se ha publicado el documento "Estructura del gasto en Salud Pública en Colombia" 2018. Se cuenta con estudios sobre gasto de bolsillo. Por ejemplo: "Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia" 2015.
Ecuador	Se ha publicado en la prensa las conclusiones del estudio "Privatización de la Salud en Ecuador" del 2015 que incluye la medición del gasto de bolsillo.
Perú	Se cuenta con estudios de Cuentas Nacionales en Salud 1995-2012. En el Perú se han realizado estudios de impacto socioeconómico de la tuberculosis del 2005-2010 y 2011-2016, en el último estudio se realiza una estimación del gasto catastrófico de los afectados de TB.
Venezuela	No se dispone de información oficial. Se cuenta con datos del Banco Mundial

Fuente: Econ. Carmen Navarro. Sistematización VIII Foro Andino Salud y Economía. ORAS - CONHU. Lima, 2019.

Con respecto a la medición del gasto catastrófico en salud, Chile realiza la medición de manera sistemática. En el Perú se han realizado estudios de gasto catastrófico en salud por parte del sector privado (CIES) y de determinantes del gasto de bolsillo en población pobre (Petrera,

2018). Así mismo, en el Perú se ha realizado la medición del gasto catastrófico debido a la Tuberculosis para el año 2017 con financiamiento del Fondo Mundial. De otro lado, Colombia cuenta con un protocolo con la metodología recomendada por OMS para desarrollar el estudio.

Tabla 30. Estudios de medición del Gasto catastrófico en salud

País	Comentario
Bolivia	No se realiza estudios de gastos catastróficos en salud.
Colombia	En Colombia el sistema de salud garantiza la totalidad de la atención en salud a la población, dentro del Plan de Beneficios por lo tanto no tiene gasto catastrófico en salud. Además, existen sistemas de protección al ingreso tales como el sistema de pensiones o de las incapacidades laborales para las personas afiliadas al régimen contributivo. http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v20n5/0124-0064-rsap-20-05-591.pdf
Chile	En el 2015 se realizó un estudio, no se calculó un total de GCS, sólo a nivel de hogares y determinantes del GCS. http://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/ESTUDIO-GASTO-CATASTROFICO_final-nueva-infograf.pdf
Ecuador	No se ha realizado estudio de gasto catastrófico en salud.
Perú	Se ha realizado por parte del sector privado (CIES).
Venezuela	No se ha realizado.

Fuente: Econ. Carmen Navarro. Sistematización VIII Foro Andino Salud y Economía. ORAS – CONHU. Lima, 2019.

Tabla 31. Estudios de medición del Gasto catastrófico debido a la TB

País	Comentario
Bolivia	No se ha realizado.
Colombia	El país cuenta con un protocolo generado a partir de la metodología de la OMS, el cual se encuentra en ajustes y en cuya construcción participó el Observatorio Nacional de Salud del Instituto Nacional de Salud – INS- en cooperación con la OPS. Se prevé ejecutar el proyecto durante el 2019 para lo cual se requiere un financiamiento cercano a los 70 mil dólares.
Chile	Todas las acciones del PROCET están integradas en el Sistema Nacional de Servicios de Salud y son gratuitas, sin exigencias de pago o copago para los beneficiarios del Programa. http://www.sidachile.cl/guias/Norma Técnica Tuberculosis 2014.pdf
Ecuador	Existe el compromiso claro de generar un proceso de levantamiento de información que permita realizar un análisis integral del impacto económico que se genera en el país.
Perú	Se cuenta con información incluida en Impacto económico de la tuberculosis 2011-2016.
Venezuela	No se ha realizado.

Fuente: Econ. Carmen Navarro. Sistematización VIII Foro Andino Salud y Economía. ORAS – CONHU. Lima, 2019.

Tabla 32. Estudios de costo efectividad relacionados al control de la TB

País	Comentario
Bolivia	No se han realizado estudios de costo efectividad para tuberculosis, ni para ninguna otra enfermedad.
Colombia	En Colombia se han desarrollado dos estudios de costo-efectividad relacionados al control de la tuberculosis. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642014000100009&script=sci_abstract&tlng=es
Chile	No se cuenta con información
Ecuador	No se cuenta con información
Perú	1. En el análisis de Costo efectividad del Impacto económico de la tuberculosis 2011-2016, se identificó que los factores que representan un mayor costo por su efecto en la transmisión de la enfermedad son: a) la demora entre el diagnóstico de TB y el inicio del tratamiento adecuado, b) pérdidas en el seguimiento que ocasionan fracasos y abandonos y c) casos no detectados y no notificados de tuberculosis.
Venezuela	No se cuenta con información

Fuente: Econ. Carmen Navarro. Sistematización VIII Foro Andino Salud y Economía. ORAS – CONHU. Lima, 2019.

5.6 ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS SOCIALES RELACIONADOS A LA TB

Está demostrado que la desnutrición aumenta el riesgo de tuberculosis y viceversa; en consecuencia, la desnutrición es frecuente entre personas con tuberculosis. Una buena nutrición requiere una ingesta diaria de macronutrientes (carbohidratos, proteínas y grasas) y micronutrientes (vitaminas y minerales esenciales). Las personas desnutridas corren un mayor riesgo de desarrollar tuberculosis a medida que su sistema inmunitario se debilita. Revisiones sistemáticas encargadas por la OMS, señalan que es necesario realizar más investigaciones para analizar el impacto generado por programas de apoyo nutricional.

La Estrategia de “Fin de la TB” tiene como prioridad evitar que los hogares afectados por la TB enfrenten costos catastróficos, y para ello propone transferencias de dinero como una forma de lograrlo. Las iniciativas de protección social, incluidas las transferencias de efectivo, se respaldan para ayudar a prevenir los costos catastróficos.

Chile, Perú y Venezuela, cuentan con programas sociales específicos para apoyar a las personas con TB. Cabe destacar que, en los otros países, otros programas sociales de apoyo a la población de escasos recursos económicos y vulnerables benefician a las personas que padecen tuberculosis. Las exposiciones realizadas por los delegados de los países presentaron las diferentes modalidades y experiencias y no se reitera aquí.





6. Conclusiones y recomendaciones del VIII Foro Andino de Salud y Economía

Dr. Jorge Jemio Ortuño

El VIII Foro de Salud y Economía ha sesionado los días 21 y 22 de marzo de 2019 en las instalaciones de la Comunidad Andina y el ORAS - CONHU, con la participación de los equipos técnicos de los Ministerios de Salud de los seis países miembros.

Las primeras conclusiones las podemos resumir en las siguientes ideas:

- La actual situación de la TB, expresada en los principales indicadores epidemiológicos en la Región Andina, muestra que aún no se alcanzan las metas propuestas. Los avances esperados y la velocidad de disminución en algunas variables distan de ser la que se necesita para alcanzar las metas comprometidas en la Estrategia Fin a la TB.
- Se requiere acelerar los esfuerzos en todas las dimensiones para el abordaje integral del control de la enfermedad: atención y prevención integradas y centradas en la persona (diagnóstico precoz y pruebas de sensibilización, tratamientos a todas las personas enfermas); políticas audaces y sistemas de apoyo (compromiso político con recursos) con inclusión de las comunidades, cobertura universal en salud, protección social, notificaciones de los casos, uso racional de los medicamentos, avanzar en los ODS (por ejemplo, erradicar la pobreza), y la intensificación de la investigación y la innovación.
- Tiene que constituirse en una prioridad, con adecuado financiamiento, mejorar el acceso y la capacidad para captar los casos con énfasis en menores de 15 años y poblaciones vulnerables, garantizar el diagnóstico rápido y certero, así como el tratamiento supervisado y completo, realizar una estricta farmacovigilancia sobre la drogo-resistencia, trabajar intersectorialmente sobre las condiciones sociales que perpetúan en el ciclo de la TB, lo que significa disminuir las grandes desigualdades sociales que inciden en el ciclo de la TB.
- Se cuenta con los estudios de Costo de funcionamiento de los laboratorios de referencia nacional y supranacional, se encuentra en proceso la discusión a

nivel de las autoridades sanitarias con el objetivo que se destine el presupuesto requerido para mantener los logros conseguidos en el fortalecimiento de las redes de laboratorio de TB. También están disponibles los resultados del estudio de Costo-efectividad de la inversión en el control de la TB.

- Una de las metas de la Estrategia Fin a la TB es que, al año 2035, haya gasto catastrófico cero de parte de las familias por TB. No obstante, con distintos niveles entre los países andinos no se realiza la medición de este indicador lo que se convierte en un reto para el Comité Andino de Salud y de Economía. Si bien no se cuenta con la dimensión exacta del gasto en que incurren los pacientes y sus familias en los países de la región, viene desarrollándose programas que contribuyen a disminuir el gasto de bolsillo y también se está trabajando en incrementar la cobertura de aseguramiento no solo para los afectados de TB, sino para la población en general. Aún queda mucho trabajo por hacer en la medición de las consecuencias económicas de la enfermedad en los países andinos.
- Cada uno de los países andinos se encuentra desarrollando acciones y proyectos para orientar mejor el análisis económico y la planificación del presupuesto de la manera más eficiente para que los recursos disponibles tengan un manejo integral en beneficio de las poblaciones.
- La sociedad civil y las personas afectadas por TB se encuentran organizadas y ganan espacio de incidencia en la lucha por sus derechos, en sus discursos insisten en la importancia de atender las condiciones sociales en que vive la

mayor parte de las familias afectadas, y enfrentar el flagelo del estigma y la discriminación. Ello constituye uno de los principales factores para la abogacía de más alto nivel y deben estar involucrados en todos los eslabones de control de la TB.

Las recomendaciones, son las siguientes:

- En relación a la sociedad civil, se recomienda el apoyo de los Ministerios a las Asociaciones Civiles con información y programas de protección social y fomentar el funcionamiento de las asociaciones que trabajan en TB.
- Otro ámbito importante es el técnico-político del sector, se recomienda: la formulación de normas jurídicas que respalden actividades intersectoriales para combatir de mejor manera la determinación social de la enfermedad, también la formulación de planes territoriales con amplia participación social y de otros actores que permitan el trabajo interinstitucional, intersectorial e intercultural que favorezca la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la TB y otras enfermedades.
- En este mismo ámbito, deben realizarse todos los esfuerzos para continuar mejorando los medios de diagnóstico de TB y optimizar los sistemas de información en salud y de información económica que permitan tomar decisiones oportunas.
- Pero está también el ámbito de lo político y lo regional que involucra a los seis países: implementar programas y proyectos que integren los países andinos para el intercambio de información, experiencias y también para intervenciones específicas en



ámbitos de frontera, para actividades de promoción de la salud, informativas, diagnósticas y preventivas.

- Debe constituirse en prioridad mejorar los sistemas de información financiera y presupuestal que permitan tomar decisiones para optimizar el gasto en salud, así como realizar estudios e investigaciones económicas y financieras que permitan mejorar el seguimiento del objeto y la calidad del gasto; y dirigir el análisis de información para que los programas y autoridades ministeriales (epidemiología, direcciones de salud, etc.) conozcan el impacto de sus acciones o inacciones, así como el retorno en vidas y costos por cada paciente captado, tratado o perdido en el seguimiento.
- Implementar programas y proyectos que integren los países andinos sobre
 - intercambio de información, experiencias y también para intervenciones específicas en ámbitos de frontera para actividades de promoción de la salud, informativa, diagnóstica y preventiva.
 - Realizar estudios de costo-efectividad a los nuevos medios de diagnóstico rápido de tuberculosis para determinar cuáles resultan eficientes de acuerdo con el contexto y realidad de los países de la región andina. En TB se requiere encontrar métodos no sólo más sensibles, sino también más simples, rápidos y económicos.
 - Finalmente, realizar estudios específicos y su publicación relacionados con el gasto catastrófico de los países andinos. Estos últimos corresponderían entonces a nivel regional de los seis países. ¡Gracias!

VIII FORO ANDINO DE SALUD Y ECONOMÍA

“Impacto económico de la tuberculosis en los países de la región de las Américas”

AGENDA

Jueves 21 de marzo 2019

Hora	Actividades	Expositores
8:30	Ingreso y registro de participantes	Equipo organizador
9:00	Inauguración: <ul style="list-style-type: none"> Palabras de bienvenida, Secretario General CAN Palabras OPS/OMS, Coordinador del Programa para América del Sur Palabras ORAS – CONHU, Secretario Adjunto Palabras de Inauguración, Ministra de Salud de Perú 	Sr. Jorge Hernando Pedraza Dr. Rubén Mayorga Sagastume Dr. Jorge Jemio Ortuño Dra. Zulema Tomás
10:00	Receso	
	PRIMER FORO: ANÁLISIS GENERAL	
10:30	La estrategia Fin a la TB, logros.	Dr. Carlos Arosquipa Rodríguez
11:00	La estrategia Fin a la TB y la integración regional.	Dra. Lourdes Kusunoki Coordinadora General del Programa de Fortalecimiento de la Red de Laboratorios de TB en la región de las Américas.
11:30	Exposición de estudios económicos sobre TB en la región. Programa TB.	Econ. Carmen Navarro Consultora
12:00	Debate de los temas	Expertos y participantes
12:40	Receso	
	SEGUNDO FORO: PROBLEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS REGIONAL	
14:00	La inversión general y en salud con respecto a la Tuberculosis: COLOMBIA	Punto focal de cada país Carolina Barragan (enlace virtual) Dirección de Financiamiento Sectorial
14:15	BOLIVIA	Econ. Roberto Avila Cárcamo Unidad de Seguros Públicos
14:30	CHILE	Lic. Verónica Araya, jefa del Departamento de Economía de la Salud
14:45	ECUADOR	Econ. Gabriela Mata Analista de la Dirección Nacional de Economía de la Salud
15:00	PERÚ	Dra. Julia Rosa María Ríos Vidal. Directora Ejecutiva de la Dirección de Prevención y Control de TB.
15:15	VENEZUELA	Lic. Zaila Gonzáles de la Dirección General de la Oficina de Planificación y Presupuesto

VIII FORO ANDINO DE SALUD Y ECONOMÍA

“Impacto económico de la tuberculosis en los países de la región de las Américas”

AGENDA

Hora	Actividades	Expositores
15:30	Receso	
15:45	Debate general	Expertos y participantes
16:15	Presentación de un consolidado de las presentaciones	Experto ORAS CONHU

Viernes 22 de marzo 2019

Hora	Actividades	Expositores
	TERCER FORO: INTEGRACIÓN Y PROPUESTA	
9:00	Exposición de una representación social	Sra. Luz Estrada Gonzales , Vice presidente de la Asociación de Enfermos de Tuberculosis “Victoria Castillo de Canales” - ASET. Sra. Judy Regalado Peña , Directora de la Asociación de Personas Afectadas por Tuberculosis del Perú – ASPAT Perú.
9:30	Exposición de un punto de vista integral (población vulnerable, interculturalidad, sistema de salud, modelo de atención, gestión, investigación, participación social, mercantilización de la salud)	Dra. Julia Rosa María Ríos Vidal. Directora Ejecutiva de la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis. Minsa Perú.
10:00	Debate general	Expertos y participantes
10:40	Receso	
11:00	Presentación de los Resultados de la Encuesta sobre Institucionalización de las Cuentas de Salud de los países, consolidado por Chile en el 2018	Lic. Verónica Araya Representante de Chile
12:00	Conclusiones y recomendaciones del VIII Foro Andino de Salud y Economía.	
12.30	CLAUSURA DEL FORO ANDINO DE SALUD Y ECONOMÍA “Impacto económico de la tuberculosis en los países de la región de las Américas”	







VIII FORO ANDINO DE SALUD Y ECONOMÍA

21 y 22 de marzo de 2019. Lima, Perú.

IMPACTO ECONÓMICO DE LA TUBERCULOSIS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS





ORGANISMO ANDINO DE SALUD - CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Av. Paseo de la República N° 3832
San Isidro. Tercer Piso. Lima - Perú
Teléfono: (00511) 6113700

www.orasconhu.org