



RELATORÍA

REUNIÓN DE INTEGRACIÓN REGIONAL SOBRE TB

15 de febrero de 2018

Organismo Andino de Salud
Convenio Hipólito Unanue

RELATORÍA

REUNIÓN DE INTEGRACIÓN REGIONAL SOBRE TB

15 de febrero de 2018

Organismo Andino de Salud
Convenio Hipólito Unanue

Catalogación realizada por el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue

REUNIÓN DE INTEGRACIÓN REGIONAL SOBRE TB/ Programa “Fortalecimiento de la Red de Laboratorios de Tuberculosis en la Región de las Américas” -- Lima: ORAS - CONHU; 2018. 128 p.; ilus, tab.

INTEGRACIÓN/ TUBERCULOSIS/SALUD/REDES DE LABORATORIOS/ POLÍTICAS/DERECHOS

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2018-08299

REUNIÓN DE INTEGRACIÓN REGIONAL SOBRE TB

Recopilación realizada en base a las exposiciones de la Reunión de Ministros y Secretarios de Salud “Contribución de la Integración Regional en Las Américas hacia la meta: Fin a la TB” realizada en Lima, el 15 de febrero del 2018.

Comité editorial

Dra. Nila Heredia Miranda, Secretaria Ejecutiva del ORAS - CONHU

Dr. Jorge Jemio Ortuño, Secretario Adjunto del ORAS – CONHU

Dra. Lourdes Kusunoki Fuero, Coordinadora General del Programa TB

Dra. Patricia Jiménez, Coordinadora de Monitoreo y Evaluación del Programa TB

©ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2018

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: Tarea Asociación Gráfica Educativa / Pasaje María Auxiliadora 156, Breña. Lima 5. /

Teléfono: 332-3229

Diseño y diagramación: Irma Beatriz Peniche Silva

Tiraje: 100 ejemplares

Primera Edición. Impreso en junio 2018.

Esta publicación se enmarca dentro de la ejecución del Programa “Fortalecimiento de la Red de Laboratorios de Tuberculosis en la Región de las Américas” que tiene como Receptor Principal al Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS - CONHU); y como Subreceptores a la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (SE COMISCA) y a la Organización Panamericana de la Salud (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.

• Índice (por intervenciones)

PRESENTACIÓN	04
Walker San Miguel. CAN	07
Nila Heredia. ORAS-CONHU	10, 46, 54, 83, 114
Percy Montes. Perú	13
Raúl González. OPS	16, 102
Ciro Zavala. Frente Parlamentario de las Américas	34
Lourdes Kusunoki. ORAS CONHU	51
Jorge Jemio. ORAS-CONHU	56
Alejandro Solís. SECOMISCA	59
Carlos Ignacio Morínigo. Paraguay	64
Carina Vance. ISAGS	70
Fabiola Rojas. Perú	86
Carlos Durán. Ecuador	91
Karen Cummings. Guyana	94
César Cabezas. Perú	99
Ernesto Montoro. OPS	103
Francisco Durán. Cuba	105
Paola Bernal. Colombia	107
Alberto Díaz. México	108
Julia Ríos. Perú	109
CONSIDERACIONES FINALES	116
GALERÍA DE FOTOS	120

• Acrónimos •

Baciloscopia	BK
Comunidad Andina de Naciones	CAN
Sistema de Tratamiento por Observación Directa, en inglés	DOTS
Instituto Nacional de Salud	INS
Instituto Sudamericano de Gobierno en Salud	ISAGS
Laboratorio Supranacional	LSN
Mercado Común del Sur	MERCOSUR
Objetivos de Desarrollo del Milenio	ODM
Objetivos de Desarrollo Sostenible	ODS
Organización Mundial de la Salud	OMS
Organización Panamericana de la Salud	OPS
Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue	ORAS-CONHU
Secretaría Ejecutiva - Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana	SE-COMISCA
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	SIDA
Tuberculosis	TB
Tuberculosis Multidrogorresistente	TB-MDR
Unión de Naciones Sudamericanas	UNASUR
Tuberculosis Extremadamente resistente	TB-XDR
Virus de la Inmunodeficiencia Humana	VIH

● Presentación

Estas páginas son un álbum de palabras en movimiento, voces que se convierten en trazos para posarse sobre el papel como un relato de jueves. Es 15 de febrero de 2018. En el edificio sede de la Comunidad Andina de Naciones, en la ciudad de Lima, se realiza un evento en el que varios países y organismos internacionales están representados.

El Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, ha convocado a la Reunión de Ministros y Secretarios de Salud “Contribución de la Integración Regional en Las Américas, hacia la meta Fin a la TB”. Veinte países han sido invitados, en el marco de su participación dentro del Programa “Fortalecimiento de la Red de laboratorios de Tuberculosis en la Región de las Américas”. Quince han podido acudir a la cita, en la persona de sus Ministros de Salud, o Viceministros y otras autoridades. Asisten los Secretarios Ejecutivos, Directores Generales o representantes de instituciones de integración como ISAGS, MERCOSUR, COMISCA, la propia CAN y el ORAS-CONHU. Participan una delegación de la Organización Mundial y Panamericana de la Salud; el Frente Parlamentario de Tuberculosis de Las Américas; la Asociación de afectados por TB; el Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria; y funcionarios vinculados a los esfuerzos por el control de la tuberculosis y la defensa del derecho a la salud en el Perú y en la región latinoamericana. ¿De qué se conversa en el salón Rotonda? ¿Qué información se socializa y se discute? ¿Cómo se proyectan nuevas intervenciones para contribuir, desde los organismos de integración, a que los países alcancen las metas al 2035 con relación a la eliminación de la TB?

Las intervenciones que tienen lugar durante esta jornada, están transcritas aquí, como una oportunidad de ampliar estos debates. Finalmente, se recogen una serie de consideraciones en la perspectiva de mirar hacia delante, articularnos, y ajustar permanentemente el sentido de nuestro quehacer.

Esta Relatoría no es una fotografía inmóvil de un hito colocado el 15 de febrero. Estamos en un cauce continuo de compromisos e iniciativas que nos obligan a pensar y actuar juntos. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la Estrategia Fin a la TB, la Primera Conferencia Ministerial Mundial de noviembre de 2017 en Moscú, la muy cercana Reunión de Alto Nivel sobre la Tuberculosis en la Asamblea General de las Naciones Unidas, los espacios de intercambio concertados en 2018 para seguir perfilando estos temas entre los equipos técnicos y en los encuentros de los Ministros de Centroamérica, El Caribe y Suramérica..., configuran una ruta en la que necesitamos aprovechar y potenciar la fuerza de la integración.

Quizás la frase más reiterada en el sentir de los que asistieron, micrófono en mano o en el ulular anónimo que suena en los pasillos durante el refrigerio, sea aquella que nos mueve a no engavetar estas lecturas: “¿Cómo nos unimos? ¿Qué más podemos hacer?”

Presentadora Yaneth Clavo



“Que todos vayamos juntos, que nadie se quede atrás, que todo alcance para todos y que a nadie le falte nada”

Abuelos y abuelas quechuas y aymaras.

Con esta profunda reflexión y en un contexto de integración, iniciamos esta mañana la Reunión de Ministros y Secretarios de Salud “Contribución de la Integración Regional en Las Américas hacia la meta Fin a la TB”, realizada en el marco del Programa “Fortalecimiento de la Red de laboratorios de Tuberculosis en la Región de las Américas”.

Agradecemos la presencia de nuestras máximas autoridades y representantes de los Ministerios de Salud de Bolivia, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, Guatemala, Guyana, México, Nicaragua, Paraguay, Surinam, República Dominicana, Uruguay, Venezuela, y nuestro anfitrión: Perú. Así mismo, de Organismos de Integración como la Comunidad Andina, el Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue, el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana, el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud de UNASUR, y MERCOSUR Salud. De Organismos Técnicos tenemos en el día de hoy la presencia de los representantes de la OPS/OMS. También el Frente Parlamentario de TB de Las Américas. La sociedad civil está representada por la Asociación de afectados por TB y la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud, CONAMUSA.

Por parte de nuestros cooperantes, contamos con representantes del Fondo Mundial, del ALF y del Consejo Asesor Regional para las subvenciones regionales del Fondo Mundial en Latinoamérica y El Caribe, CARLAC. Saludamos también la presencia del cuerpo diplomático acreditado en el Perú, como nuestras Embajadas Andinas y Centroamericanas.

(Himno Nacional de la República del Perú)

Presentadora

En el día de hoy estamos en la casa de la unidad andina, empezando una jornada de muchos retos, y reflexión para la acción. Nos es grato presentar al Dr. Walker San Miguel, Secretario General de la Comunidad Andina, para las palabras de bienvenida.

Walker San Miguel. CAN

Muy buenos días a todas y a todos. Es realmente una satisfacción muy grande para quien habla, como Secretario General de este Organismo de Integración cincuentenario: la Comunidad Andina, por recibir en esta casa y en este simbólico salón de la integración a tan importantes delegadas y delegados. Ministras, Ministros, Viceministras, Viceministros, Secretarios, Secretarias de Salud de los países del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, de los países de Centroamérica, de los organismos que están encargados de la salud.



Quiero, en primer lugar, saludar la presencia del Viceministro de la República del Perú. Un placer tenerlo acá como, además, el anfitrión de esta importante reunión en la ciudad de Lima, la capital de la República del Perú. A la Dra. Nila Heredia Miranda, compatriota boliviana y Secretaria Ejecutiva del Organismo Andino de Salud. Y reitero mi bienvenida a todas y todos acá presentes, que representan a los Estados o a los Organismos de salud del continente.

Me permito únicamente resaltar el contenido y el objetivo de esta reunión:

Contribuir a la eliminación de una enfermedad que ha causado tantas víctimas, como la Tuberculosis. En Bolivia, mi país, la enfermedad ha causado y causa aún estragos por distintos factores, y debido a que las enfermedades no conocen fronteras, el desafío de afrontarlas, de mitigarlas y, ojalá, de erradicarlas como ya la humanidad ha logrado hacer con varias enfermedades, es desde todo punto de vista plausible.

Por eso, mi felicitación a los organizadores, al Organismo Andino de Salud, un organismo del Sistema Andino de Integración, vigente incluso antes de que los países andinos en Cartagena de Indias, Colombia, suscribieran el Acuerdo de Cartagena que dio nacimiento a este organismo. Y a todos quienes participan en esta importante reunión.

Es nuestro deseo que sus deliberaciones, y especialmente sus conclusiones, coadyuven a este noble propósito de afrontar la enfermedad que es la tuberculosis en un ánimo coordinado, aunando los esfuerzos y compatibilizando seguramente sistemas y mecanismos de

luchas. Y con el apoyo de importantes instituciones, del Fondo Mundial, y la voluntad política de los gobiernos, estamos seguros de que se podrá cumplir esta meta que ya en Moscú se planteó a nivel mundial.

Reitero una vez más, creo que para luchar contra las enfermedades no hay ideologías, sólo tiene que haber una fuerte voluntad y compromiso de hacerlo, porque la tuberculosis ataca a los más pobres, ataca a los más vulnerables, y es deber de quienes estamos en la responsabilidad de contribuir a su erradicación, poner todo el esfuerzo.

Desde la Comunidad Andina, este antiguo Organismo de Integración del continente Sudamericano, nos congratulamos con que puedan reunirse tan importantes autoridades y delegaciones, y hacemos votos por que sus conclusiones animen no sólo a los gobiernos sino a los sectores ciudadanos, a la sociedad civil, a las instituciones, a las organizaciones del sector salud y en general transversalmente a toda la sociedad a luchar contra esta y otras enfermedades.

Bienvenidas y bienvenidos nuevamente. Muchísimas gracias por su atención.

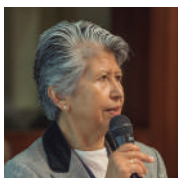
Presentadora 

Gracias, Dr. Walker San Miguel.

La lucha frontal contra la tuberculosis en nuestros países es un desafío que involucra la parte técnica con la política, los planes nacionales y regionales, con iniciativas y programas que ayuden a cumplir los objetivos Fin a la TB. En ese camino estamos.

A continuación, la Dra. Nila Heredia, Secretaria Ejecutiva del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue, organismo que convoca el día de hoy, hace uso de la palabra.

Nila Heredia. ORAS-CONHU



Muchas gracias. Muy buenos días a todos los presentes, autoridades, representantes y todos los que nos acompañan en esta actividad para nosotros de enorme importancia. Agradezco el cobijo que nos da el Perú en toda esta actividad, miembro al mismo tiempo del Organismo Andino

de Salud. Agradezco la presencia de los señores Ministros que han tenido la gentileza de acudir a nuestra convocatoria, a los Viceministros... Están dos Ministros acá, Viceministros de seis países, están los representantes de Relaciones Internacionales, de Epidemiología, etc., en un total de catorce países de los veinte que hemos convocado. Hay seis países que se han excusado por razones de trabajo últimas, sin embargo, estarán llegando en cualquier momento.

Están representadas instituciones. La OPS, que es una institución que no solamente acompaña sino que forma parte y contribuye íntegramente en todas las áreas de salud, y en este tema es uno de nuestros aliados. Forma parte de esta tarea que el Organismo Andino ha asumido. Contamos con la presencia de otras instituciones como el Fondo Mundial y todo el equipo del Organismo Andino.

Al mismo tiempo quiero indicar que esta actividad, si bien la está convocando el Organismo Andino de Salud, también es un encargo de los países que forman parte del Convenio Hipólito Unanue, del Organismo Andino de Salud, cuya presidencia pro tempore está en la República de Venezuela.

En este sentido, yo quiero primero no sólo agradecer sino a la vez indicar que es una de las tareas que nos han planteado los Presidentes cuando aprueban los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Ellos aprueban y definen, y dan la orden de generar estrategias que nos permitan llegar a aquello que todos queremos: el acceso universal a la salud, ejercer el derecho a la salud, y uno de los temas -uno, porque son varios los que nos preocupan a todos- es justamente el tema de la tuberculosis que a pesar de los años continúa no solamente vivo sino que cada vez es más preocupante dado el problema de la resistencia a los tratamientos de primero y segundo nivel.

La OMS tuvo a bien hacer una convocatoria de Ministros a nivel mundial, y no solamente Ministros de salud sino Ministros de todos los sectores que contribuyan a la eliminación de la tuberculosis. Y en este sentido, la Declaración de Moscú convoca a todas las instituciones y, por ello mismo, como organismo de integración nosotros entendemos y queremos ver cuáles son los caminos para que, además de los países, los organismos de integración contribuyamos a este objetivo: Fin de la tuberculosis.

Quiero también relevar e indicar que en parte de esta convocatoria se ha sumado UNASUR, que ha delegado en el ISAGS, por eso está también acá

y tendrá la palabra. Está la Presidencia de MERCOSUR salud en la persona del Ministro de Salud del Paraguay, y la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana, SE COMISCA.

Por tanto, no es solamente la presencia de este Organismo Andino de Salud sino la de otros mecanismos regionales lo que hace esta suerte de intercambio de ideas para que podamos lograr que el conjunto de nosotros aportemos y tracemos rutas que nos permitan como organismos de integración contribuir a esta brecha. Esta es la tarea. Este es el objetivo que tenemos y por ello nuevamente quiero agradecer y desear que este día nosotros logremos adoptar decisiones o proponer actividades que nos unan en los esfuerzos.

Presentadora

Gracias. Con el compromiso asumido por nuestros países y teniendo un panorama de desafíos constantes sobre los cuales trabajar, sólo nos queda una opción: unirnos para avanzar.

Invitamos al Doctor Percy Montes, Viceministro de Salud Pública de la República del Perú, a dar las palabras de inauguración en representación del doctor Abel Salinas Rivas Ministro de Salud.

Percy Montes. Perú



Muchas gracias, Muy buenos días, Señor Walker San Miguel, Secretario de la Comunidad Andina. Dra. Nila Heredia, Secretaria Ejecutiva del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue. Dra. Karen Cummings, Ministra de Salud de Guyana. Dr. Carlos Morínigo, Ministro de Salud de Paraguay. Sr. Ciro Zabala, Senador del Frente Parlamentario de tuberculosis de las Américas. Señores Viceministros. Representantes de países andinos, representantes de Salud de Centroamérica, Dr. Raúl González, Representante de la Organización Panamericana de la Salud en el Perú. Señores representantes del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica, y demás invitados.

En primer lugar, mis palabras de bienvenida a nombre del Dr. Abel Salinas Ribas, Ministro de Salud del Perú, quien en este momento está cumpliendo una misión en Tacna al lado del Presidente de la República. En segundo lugar, mi beneplácito de poder estar acá reunidos con los representantes de Salud de todos los países al sur del Río Grande, los países de la América morena que alguna vez mencionara Vasconcelos, es decir, la salud, efectivamente, no tiene fronteras, no tiene ideologías, como bien anotó Walker San Miguel, pero además, la salud siempre es un desafío, y el tema que nos convoca el día de hoy es un desafío aún mayor que hemos asumido los diferentes Estados.

La tuberculosis sigue siendo el más grave problema de Salud Pública en muchos países a nivel mundial, pero con mayor importancia en los países de la región. En el Perú, como ustedes saben, ha alcanzado niveles muy importantes el control de la tuberculosis multidrogorresistente, como ya se ha anotado. Es por eso que estas iniciativas que nacen en el esfuerzo de integración andina, latinoamericana y con los países de Centroamérica y El Caribe, revela una gran importancia, porque en poco tiempo, desde la declaración de 2017 hasta el presente, se han podido lograr resultados concretos, que vemos ahora en el fortalecimiento de la red de laboratorios, no solamente a nivel nacional. El Perú ha hecho un esfuerzo enorme por tener 26 laboratorios de referencia regional en el país, además de 1800 laboratorios locales. Lógicamente, aún tenemos dificultades en el esfuerzo logístico de abastecer de adecuados insumos, de abastecer de tecnología sanitaria innovadora que nos permita diagnosticar con mayor rapidez la resistencia antimicrobiana en la tuberculosis. Pero este esfuerzo que hace cada uno de los países cuando es asistido por los países amigos que estamos acá presentes, rinde frutos muy rápidamente. Y es por eso que es importante que este esfuerzo de integración y solidaridad entre países amigos no solamente se vea reflejado en acciones concretas como fortalecimiento de la red de laboratorios, sino, además, en esta reunión, que significa un alto en el camino para ver cuánto hemos avanzado, un alto en el camino para poder apreciar qué es lo que vamos a hacer en conjunto hacia adelante, cuáles son los nuevos retos y desafíos que como Estados nos corresponde plantear en cada una de nuestras poblaciones, qué retos y desafíos vamos a tener hacia el futuro en este esfuerzo de integración que signifique, no solamente el intercambio de capacidades o el intercambio

de tecnologías, sino también, el esfuerzo conjunto por controlar y vigilar nuestras fronteras, evitando así que podamos exportar a otros países problemas de Salud Pública que podemos controlar en nuestro país cada uno de nosotros.

Esta reunión es ese esfuerzo, uno de los primeros pasos que debemos dar en este camino, y creo que esta reunión va a tener muchos resultados. Resultados que no solamente van a significar mejorar nuestra capacidad de diagnóstico en el tema de laboratorios, sino, además, mejorar nuestros esfuerzos para hacer realidad que nuestros países, y las poblaciones de nuestros países, sean cada día más saludables.

Con estas palabras declaro inaugurada esta reunión de Ministros y Secretarios de Salud para que tengamos hacia adelante, en estas horas que nos quedan hacia la tarde, un día fructífero de trabajo. Muchas gracias.

Presentadora

Gracias, Doctor Percy Montes. A continuación, tenemos la ponencia “La tuberculosis: grandes retos, grandes soluciones” a cargo del Dr. Raúl González, Representante de la OPS/OMS en el Perú. El Dr. González Montero se graduó en Medicina y Cirugía en la Universidad Autónoma de Madrid, es Especialista en Tratamiento de la infección por VIH de la Universidad Rey Juan Carlos, en Pediatría e Infectología, e Inmunodeficiencias en Pediatría. Con ustedes, el Dr. Raúl González.

Raúl González. OPS



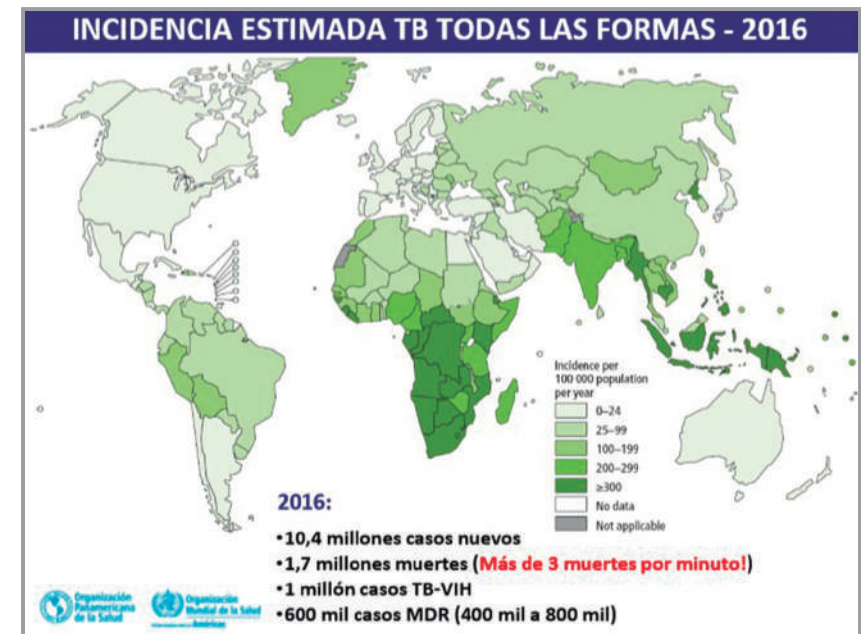
Muy buenos días, Dr. Percy Montes, Viceministro de Salud Pública del país, Sr. Walker San Miguel, Secretario General de la Comunidad Andina, Dra. Nila Heredia, Secretaria Ejecutiva del ORAS CONHU, Ministros, Viceministros y funcionarios de los Ministerios de Salud de la región de las Américas, miembros del cuerpo diplomático, distinguidos participantes invitados.

Es para mí un enorme honor representar aquí al Dr. Tedros Ghebreyesus, Director General de la Organización Mundial de la Salud y a la Dra. Carissa Etienne, Directora de la Organización Panamericana de la Salud, para hablar de este importantísimo tema en nuestra región. Hay grandes retos, hay retos considerables en todos los campos para conseguir atajar y conseguir llegar a la meta: fin de tuberculosis. Pero, al mismo tiempo, hay grandes soluciones.

Soluciones que vamos a ir desgranando a lo largo del día de hoy.

Vamos a hablar del contexto epidemiológico, inicialmente de una enfermedad que mata 5 mil personas todos los días y, además, que afecta de una manera absolutamente desproporcionada a las poblaciones más pobres y vulnerables.

¿Cómo tenemos la incidencia de la tuberculosis a nivel global? Observando el mapa, cuanto más verde, mayor es la incidencia. Vemos que el África del Sur, es decir, esa subregión de África del sur donde mayor



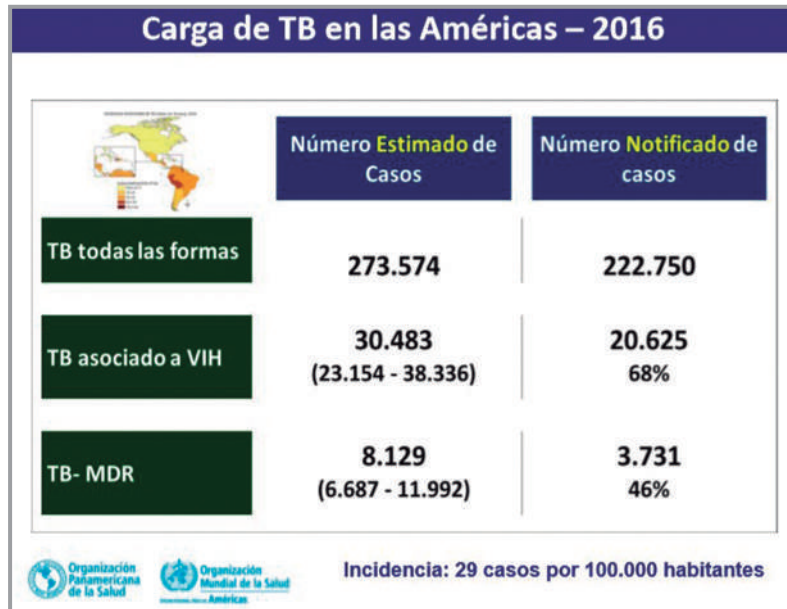
Pantalla 3/26 “La Tuberculosis: Grandes Retos Grandes Soluciones” ●

concentración hay de otras enfermedades como pudiera ser el VIH, es la región del mundo más afectada, que tuvo en 2016 una incidencia por 100 mil habitantes, superior a 300 nuevos casos. ¿Dónde se sitúa la región de las Américas, que tiene más baja incidencia? Hay algunos países como son el Perú, Bolivia y Haití, que están en la franja entre 100 y 200 casos por 100 mil habitantes, y el resto de la región tiene una menor incidencia.

El número total de casos nuevos en el mundo, superó en el 2016 los 10 millones con más de 1.7 millones de muertes. No hay ninguna

enfermedad infecciosa que mate tanto, y se producen más de 3 muertes por minuto. Un millón de personas se coinfectaron en el año 2016 y, de una forma alarmante, sabemos que de los casos de tuberculosis que se produjeron en 2016, 600 mil, son de formas multidrogorresistentes.

¿Cómo estamos en las Américas? Las Américas no es la región que más casos aporta al conjunto en el mundo, aporta aproximadamente el 3% de los casos, pero tenemos un estimado de casos en cualquiera de sus formas, sensibles y resistentes, de unos 273 mil casos. Vemos que los notificados son 220 mil. Significa que tenemos una brecha en el número de casos que están realmente notificados, lo que supone



● Pantalla 4/26 "La Tuberculosis: Grandes Retos Grandes Soluciones"

un enorme peligro en términos de transmisión, sobre todo de formas resistentes. Asociado a VIH, tenemos unos 30 mil pacientes. De formas multidrogorresistentes, tenemos en la región un estimado de 8 mil, con un número de casos notificados de 3.700, lo que supone menos de la mitad de los casos estimados. Este dato es de enorme relevancia. Es decir, tenemos más de la mitad de los pacientes con tuberculosis multidrogorresistente, viviendo en la comunidad sin ningún tipo de tratamiento y generando nuevos casos continuamente.

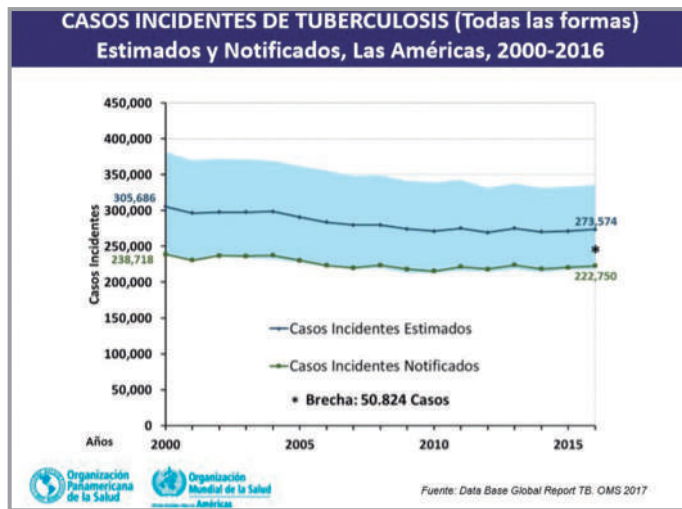
No.	PAÍS	Casos Nuevos TB	%	% Acum.
1	Brasil	87.000	32%	32%
2	Perú	37.000	14%	45%
3	México	28.000	10%	56%
4	Haití	20.000	7%	63%
5	Colombia	16.000	6%	69%
6	Bolivia	12.000	4%	73%
7	Argentina	11.000	4%	77%
8	Estados Unidos	10.000	4%	81%
9	Venezuela	10.000	4%	84%
10	Ecuador	8.200	3%	87%
	Resto	34.374	13%	100%
	TOTAL	273.574	100%	

Organización Panamericana de la Salud **Organización Mundial de la Salud** **Américas**

● Pantalla 5/26 "La Tuberculosis: Grandes Retos Grandes Soluciones"

¿Dónde y cómo se distribuye la tuberculosis en nuestros países? De los 10 países con mayor carga de enfermedad en las Américas, el que

mayor número de casos tiene -no el de mayor incidencia, pero sí el de más casos por la población tan grande que tiene- es el Brasil, con 87 mil nuevos casos en el 2016. Perú aportó 37 mil. Entre los primeros 5 países, se acumula casi el 70% del total de nuevos casos de la región. Incluyendo la totalidad, los 10 países de mayor carga, tenemos casi un 90% de los casos de tuberculosis de la región. Solamente poco más de un 10% quedaría para el resto de países.



● **Pantalla 6/26** “La Tuberculosis: Grandes Retos Grandes Soluciones”

Deseo hacer hincapié en esta brecha, entre los casos incidentes estimados, que estarían en 273 mil y los casos realmente notificados, que son 222 mil. Este dato es de máxima importancia, porque es aquí donde se está produciendo una de las grandes pérdidas de control de la enfermedad.

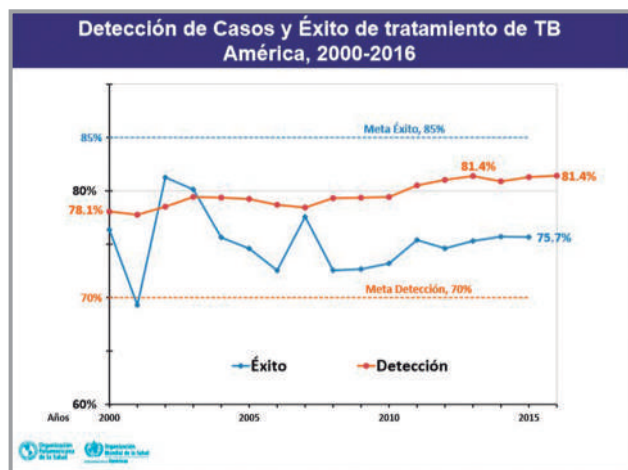
Muertes estimadas por TB - Primeros 10 países (números absolutos) - 2016

No.	PAÍS	Muertes TB	%	% Acum.
1	Brasil	7.300	31%	31%
2	México	3.000	13%	44%
3	Perú	2.000	9%	53%
4	Haití	1.700	7%	60%
5	Colombia	1.400	6%	66%
6	Bolivia	1.100	5%	71%
7	Rep. Dominicana	1.000	4%	75%
8	Venezuela	960	4%	79%
9	Ecuador	740	3%	83%
10	Argentina	670	3%	86%
Resto		3.356	14%	100%
TOTAL		23.226	100%	

Pantalla 7/26 “La Tuberculosis: Grandes Retos Grandes Soluciones” ●

La muerte por tuberculosis realmente reproduce fielmente la incidencia por esta enfermedad. Vemos cómo Brasil tuvo en 2016, 7.300 muertes atribuibles a la tuberculosis, México, 3 mil y Perú, 2 mil. Entre los primeros 5 países, acumulan el 66% de las muertes atribuibles a tuberculosis.

¿Dónde se sitúan las diferencias de lo que sería la detección? Tenemos el 81% de casos detectados, ahí es donde está la brecha a la que quería hacer referencia, y la tasa de éxito. Hablamos de éxito en aquellos pacientes que están ya libres de baciloscopia positiva o que han completado el tratamiento.



● **Pantalla 8/26** “La Tuberculosis: Grandes Retos Grandes Soluciones”

En esta diapositiva se muestra uno de los grandísimos problemas, uno de los grandísimos retos que tenemos en la región con el abordaje de la tuberculosis: las formas multidrogorresistentes, que recuerden, tenemos un estimado para 2016 en 11.754 para el total de la región de las Américas. El Perú tiene 3.500 casos, el país con mayor concentración de formas multidrogorresistentes de la región. Brasil tiene 2.400 casos. Solamente Brasil y Perú reúnen la mitad de los casos de multidrogorresistencia. ¿Cuáles van a ser los problemas? Este no es el resultado de la OPS en sí, este es el resultado de la Reunión sobre tuberculosis que se tuvo en el 54 Consejo Directivo de la OPS donde los Ministros analizan qué problemas se encuentran para la prevención y el control de la tuberculosis en las Américas. Lo primero que los Ministros reconocen es que la tuberculosis no es una prioridad en todos los países, es decir, la agenda de salud

necesita esa priorización, hoy por hoy no está priorizada en todas las agendas de salud.

Nuestra región sufre una urbanización acelerada. Recordemos que la tuberculosis es un tema especialmente dramático en esas zonas

PAIS	Casos Estimados de TB-MDR					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
AMÉRICA	5.987	6.963	6.911	6.859	11.210	11.754
Perú	2.100	2.200	2.000	2.000	3.200	3.500
Brasil	1.100	1.700	1.800	1.800	2.300	2.400
México	470	480	490	500	910	940
Haití	310	390	390	450	790	770
Ecuador	350	380	340	310	750	710
Colombia	190	310	330	360	560	580
Bolivia	170	150	160	210	500	470
Argentina	330	340	360	360	530	440
Rep. Dominicana	320	330	340	150	280	420
Venezuela	80	100	110	150	340	410
Guatemala	120	140	150	130	230	230
Estados Unidos	110	81	110	110	180	180
El Salvador	8	16	19	6	40	140
Honduras	70	71	70	63	110	120
Panamá	46	56	48	45	89	96

● **Pantalla 9/26** “La Tuberculosis: Grandes Retos Grandes Soluciones” ●

urbanas, marginales, desfavorecidas, que acumulan un buen número de personas como tenemos, por ejemplo, la ciudad de Lima en las zonas que conocemos, en los conos. Ese tipo de ambiente es el que genera mayor facilidad para la transmisión de la tuberculosis. Debido a esa gran brecha que tenemos de pacientes identificados y pacientes infectados; debido a la alta tasa de abandono, desgraciadamente, persiste la transmisión de la infección. Los países de la región están en transición, están pasando de

modelos en el que la patología infecciosa es la predominante a modelos en los que las enfermedades crónicas no transmisibles toman un carácter preponderante. Hay determinadas condiciones de las enfermedades no transmisibles como la Diabetes, las enfermedades mentales y las adicciones nocivas, fundamentalmente el alcoholismo, que favorecen la infección por tuberculosis.

Aún tenemos grandes brechas presupuestarias para el control de tuberculosis. Ya veremos más adelante, pero las políticas de protección de enfermos con tuberculosis y sus familias son insuficientes, claramente insuficientes, es decir, sabemos lo que impacta una enfermedad como la tuberculosis en una familia. Impacta justamente en el grupo más afectado que son los hombres entre 15 y 49 años, o sea, en el momento más productivo de la vida. Cuando uno de los elementos clave de financiamiento de la familia está fuera de juego durante meses y está discriminado y estigmatizado, esa familia sufre una catástrofe económica.

Hay, realmente, una actuación muy limitada en otros sectores. Veremos cómo es absolutamente imprescindible el concurso de otros Ministerios como el de la Protección Social, el Ministerio de Educación y diferentes sectores de la sociedad que tengan ese abordaje multisectorial. Todavía lo vemos como un problema tubular, todavía lo vemos como algo exclusivamente del Ministerio de Salud, y esta problemática va mucho más allá del Ministerio de Salud. Además, se reconoce la poca eficacia de las estrategias de comunicación en salud que tienen como consecuencia que la población no sepa protegerse del contagio.

Si pensamos en la red de laboratorios de tuberculosis, vemos que uno de los grandes desafíos para avanzar es tener un buen soporte



Pantalla 11/26 "La Tuberculosis: Grandes Retos Grandes Soluciones"

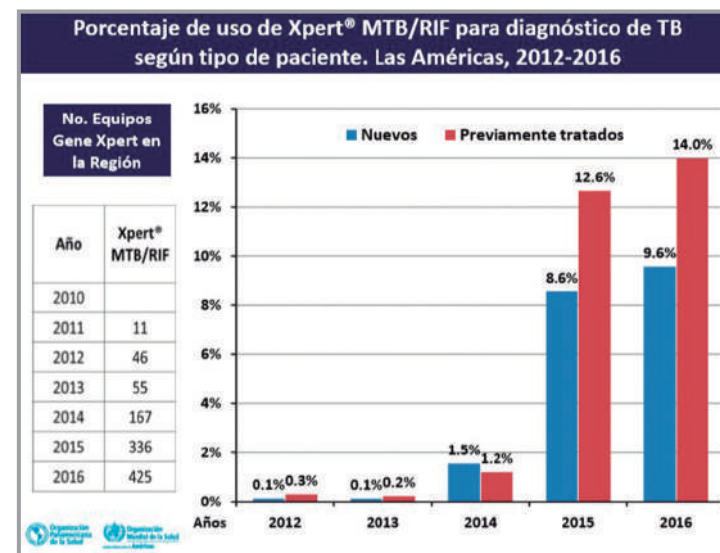
de laboratorio. En esta reunión, justamente, se está analizando cómo se puede reforzar esa red supranacional de laboratorios, cómo los laboratorios van a ser una herramienta clave para poder avanzar más de prisa en el control de la tuberculosis. En las Américas disponemos de los nodos de Santiago de Chile, de Buenos Aires, de Ciudad de México, Atlanta y Guadalupe.

El laboratorio de Argentina sirve a los siguientes países: Argentina, Guyana, Paraguay, Perú, Venezuela y Brasil. Este último no es parte del Grant que estamos implementando ahora. Chile da servicio a: Chile, Bolivia, Colombia, Cuba, Ecuador, República Dominicana y Uruguay. México a: México, Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá. Los países de El Caribe se vinculan con Atlanta, con el CDC.

Una de las claves para avanzar con paso seguro, para apretar el acelerador, es la utilización de tecnologías de diagnóstico adecuadas. Tecnologías que nos permitan reducir rápidamente esa brecha de pacientes que están en la comunidad haciendo una persistencia en la transmisión. Sabemos que el GeneXpert para Mycobacterium tuberculosis y detección de resistencia a la rifampicina es capaz de diagnosticar una muestra de un esputo pulmonar con poco más de 100 colonias. Si nosotros vamos a los antiguos métodos que se utilizaban, y no tan antiguos sino los que se utilizan masivamente en la región, como la baciloscopia, realmente necesitamos más de 10 mil colonias para hacer el diagnóstico. En cambio, con esta prueba en 90 minutos, en hora y media, soy capaz de tener los resultados, y sé si este señor tiene tuberculosis y si esa tuberculosis es resistente a rifampicina. Eso me tomaría semanas con los métodos tradicionales. ¿Cuánto nos cuesta más o menos ese aparato? Unos \$30.000 dólares. ¿Cuánto nos cuesta tratar formas multirresistentes? Las cuentas son tremendas. Esto no es un gasto, es una inversión.

Apesar de esta situación, menos el 10% de los nuevos casos de tuberculosis en el 2016, entre esta horquilla de tiempo, han sido diagnosticados con

tecnología molecular, y sólo el 14% de los que ya han fracasado después de iniciar tratamiento se han diagnosticado con esa tecnología. Hemos visto el incremento grande en disponibilidad de esta tecnología, no teníamos nada en el 2010 y felizmente en 2016 tenemos 425. Es decir,



Pantalla 13/26 "La Tuberculosis: Grandes Retos Grandes Soluciones"

esto es lo que hay que acelerar, hay que conseguir que los países tengan una buena dotación de esta tecnología que es fácil de utilizar, no es cara y permite realmente aplicarse no sólo en los hospitales sino incluso en aquellos lugares donde deseamos tener diagnóstico remoto, porque no olvidemos algo: estamos en una política de ODS, estamos en una política de no dejar a nadie atrás y sabemos la tuberculosis no es exclusiva de los grandes centros urbanos. A pesar de la concentración que podemos

tener, por ejemplo, en Lima que acumula hasta el 70% de los casos de tuberculosis del país, también se producen casos en regiones remotas donde esta tecnología es perfectamente aplicable.

Ese es el contexto programático: la agenda de Desarrollo Sostenible. No tenemos ya más esa visión tubular, no nos fijamos sólo en el objetivo 3 de salud y bienestar con su propia meta de tuberculosis porque eso nos sirve de referente, no s sirve para avanzar, no s sirve para medir cómo vamos en tuberculosis; pero si no trabajamos en erradicar la pobreza, si no trabajamos en erradicar el hambre, en educación, o incluso si no trabajamos en igualdad de género, van a persistir inequidades y va a ser imposible avanzar. Nuestro avance tiene que ser con este abordaje multisectorial, con esta idea de que los determinantes sociales en la tuberculosis son claves para poder cambiar la situación.

Cuál es el marco en el que nos movemos. El marco global es la Estrategia Fin a la tuberculosis, con sus tres Pilares. Dentro de este marco global, el 54 Consejo de Ministros en el 2015 aprueba un Plan de acción para la prevención y control de la tuberculosis, que es la operacionalización de la Estrategia en la región de las Américas. ¿En qué situación nos encontramos en este momento? ¿Qué indicadores de impacto, de alto nivel, queremos alcanzar? Nos hemos propuesto reducir el número de muertes para el 2035 en un 95%, la línea basal es 2015. La progresión requiere mayores esfuerzos, y los Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030 hablan de ese 90% de reducción. Necesitamos reducir la incidencia de tuberculosis también en un 90% y necesitamos que las

familias no se vean afectadas. Esto ciertamente no es lo más fácil de conseguir, reconocer esa necesidad, tener el compromiso y la valentía de entender que no es posible avanzar en tuberculosis si no existe una fuerte protección social para las familias afectadas por tuberculosis.

Lo comentaba hace unos minutos la Doctora Nila Heredia, ha habido un momento clave en esta lucha por la tuberculosis, un momento en el que realmente se han calentado los motores para avanzar de prisa. Ha sido la Conferencia Mundial organizada por la Organización Mundial de la Salud con fuerte colaboración del Ministerio de Salud de la Federación Rusa en Moscú en noviembre del pasado año. Los Ministros realmente reconocen que, pese a los esfuerzos que han sido muchos, aún la tuberculosis es un enorme problema de salud pública con especial incidencia en el concepto de la farmacorresistencia, y además lo entienden como una gran amenaza a la seguridad sanitaria mundial. Los Ministros adquieren un compromiso. Los Ministros en ese momento, para esta meta del Desarrollo Sostenible, claramente enmarcan dentro del abordaje de la agenda 2030 y los ODS ligados a la Estrategia de Fin a la tuberculosis de la OMS, y asumen, el Plan Global de Stop TB 2016-2020 y lo que se ha aprendido con él; y reconocen una serie de necesidades para avanzar realmente con paso firme.

Esas necesidades tienen componentes básicos de orden político: el abordaje de los determinantes y el enfoque multisectorial. Está claro que es imposible avanzar si no se resuelve la pobreza, si no se garantiza que la persona no sea discriminada y no tenga que dejar su trabajo

cuando ya no es contagiante, si no se aborda que esa persona no sea estigmatizada y expulsada de su trabajo, si no se asume que esa familia durante el tiempo que no va a poder trabajar necesita protección social, si no se dan oportunidades de educación y formación. Si no se asume esa agenda social, es imposible.

Necesitamos cobertura sanitaria universal, o lo que entendemos en la región que no solamente es cobertura sino acceso a servicios, lo que llamamos salud universal, no dejar nadie atrás, reducir al mínimo el riesgo de aparición y propagación de forma resistentes. Necesitamos realmente entender que, si no trabajamos con el diagnóstico rápido, si no trabajamos en la adherencia, es imposible avanzar porque esta no es como otras infecciones que dejan de contagiar al poquito tiempo, en tuberculosis tenemos hasta meses y tenemos una forma silente que realmente va a expandir la enfermedad peligrosamente.

Para todo esto hace falta dinero, que no solamente es para comprar fármacos, es para programas sociales, para investigación. Necesitamos herramientas nuevas como la que estamos viendo por ejemplo aquí, necesitamos esa base de laboratorio, esa capacidad de diagnosticar rápidamente, y nada de esto va a suceder si no tenemos la incorporación, la colaboración activa de las comunidades que tienen que tener voz en todos los diferentes pasos del abordaje de la tuberculosis. Necesitamos que sean parte de la solución, que las decisiones se les consulte y se les escuche, que estén dentro de la comunidad para disminuir los abandonos. y para conseguir llegar a todo el mundo.

Cuál es el llamado a la acción que los Ministros hacen en la Declaración de Moscú. Ellos se basan en cuatro ejes: Avanzar en la lucha en el marco de los ODS; La financiación; Impulsar la ciencia y la innovación; y algo que es novedoso y realmente reconocido como uno de los elementos más difíciles a trabajar: la creación de un marco de rendición de cuentas multisectorial. Si esto implica a diferentes sectores, a Educación, al Ministerio de integración social, etcétera, cómo se da esa rendición de cuentas conjunta. De esta Conferencia Ministerial salió el compromiso grande de llevar el tema a la Reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la tuberculosis que va a tener lugar este año, es decir, los Jefes de Estado y de gobierno, las asociaciones filantrópicas, los socios bilaterales, los donantes, la academia, la sociedad civil, sean testigos y parte de esta reunión en la que realmente se espera que este sentimiento de los Ministerios de Salud sea elevado a la Conferencia de Presidentes para que ellos sean avales de esa multisectorialidad que es necesaria.

Qué retos tenemos en las Américas, específicamente en nuestra región. La brecha enorme que tenemos de casos, con énfasis en estas poblaciones vulnerables; el diagnóstico oportuno para prevenir muertes evitables; el uso extendido de las nuevas técnicas de diagnóstico rápido (todavía demasiada gente en las Américas no tiene acceso a estos métodos, sólo el 10% de los nuevos casos se han diagnosticado por tecnología molecular); el acceso a medicamentos antituberculosos para tratamiento de las formas drogorresistentes y formulaciones pediátricas, los medicamentos de

segunda y tercera línea son tremendamente caros. Hay que asegurar el financiamiento. Hay que investigar para tener medicamentos realmente que sean asequibles, hay que trabajar con las patentes, trabajar con diferentes líneas de actuación que tenemos ejemplos claros como en VIH, donde tuvimos una situación similar pero al día de hoy el tratamiento para VIH es accesible a las poblaciones, debemos seguir esa misma pauta para conseguir que la tuberculosis no tenga esa barrera. Tenemos ese reto del abordaje interprogramático con esa coinfección con VIH, pues son programas muy verticales, y atender las comorbilidades típicamente observadas como diabetes o Salud Mental. Tenemos que mejorar la calidad de la información para poder saber realmente cuántos casos estamos tratando, cuántos estamos identificando, cuántos no estamos duplicando. Necesitamos definitivamente abordar los determinantes sociales a través de esa respuesta multisectorial e incluir a la sociedad civil en las decisiones.

No son todos retos, hay soluciones claras identificadas. Asumir el Llamado en la Declaración de Moscú, que está estructurado. Hay una hoja de ruta muy clara, sabemos lo que tenemos que hacer. Esto implica recurso humano y recurso financiero. Las herramientas de operacionalización ya las tenemos. Optimizar el uso de la tecnología molecular que está disponible, hay que acelerarlo, hay que conseguirlo y hay manera de obtenerlo realmente con buenos precios ya sea por el Fondo Estratégico de la OPS o por el Global Drug Facility del Stop tuberculosis. Hay manera de conseguir y hay financiamiento. Tenemos aquí al Fondo Mundial que se ha implicado de manera absoluta para conseguir mejorar la capacidad los laboratorios. Tenemos que impulsar el trabajo interprogramático, tal y

como está claramente delineado en los métodos de OPS y, desde luego, actualización normativa, registro y nuevos medicamentos. La integración de la información nominal de tuberculosis en el sistema electrónico de información en salud es clave, es decir, tener un patrón nominal de quién está identificado, de quién está en tratamiento. Priorizar la tuberculosis en la agenda de los mecanismos de coordinación intersectorial. No vamos a avanzar sin involucrar a los representantes de la sociedad civil y de las personas con tuberculosis, y trabajar con la Iniciativa de Control en Grandes Ciudades porque es ahí donde se concentra la mayor parte de la población con tuberculosis. Esto es un poco de lo que quería contarles. Gracias.

Presentadora

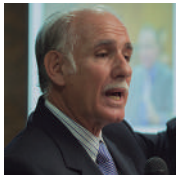


En Brasil, el 15 de marzo del 2016, los diputados de Brasil, México, Perú, Uruguay, Nicaragua y Bolivia, constituyeron el Frente Parlamentario Regional de las Américas contra la tuberculosis, para trabajar en el marco de la nueva Estrategia Mundial Fin a la TB del plan Mundial 2016-2020 de la Alianza Alto a la TB y del Plan de Acción para la prevención y control de la tuberculosis 2016-2019 de la Organización Panamericana de la Salud.

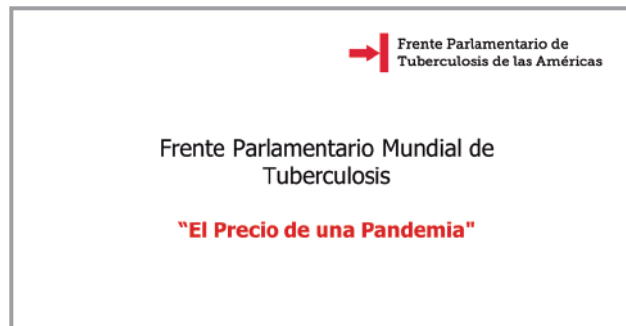
El Frente Parlamentario Regional se propone trabajar estrechamente con los gobiernos y la sociedad civil para que se asignen recursos financieros suficientes para las actividades que pongan fin a esta milenaria enfermedad.

A continuación tenemos la ponencia Impacto económico global de la TB, a cargo del Doctor Ciro Zavala Canedo, Senador de la Asamblea Legislativa Plurinacional del Estado Plurinacional de Bolivia y Representante del Frente Parlamentario de tuberculosis de las Américas. El Doctor Zavala es médico gastroenterólogo, graduado en la Universidad Mayor de San Simón, Cochabamba, Bolivia, en 1977.

Ciro Zavala. Frente Parlamentario de las Américas



Muy buenos días a todas y a todos. Un saludo muy especial al Viceministro representante de nuestro Ministro de Perú, a nuestra compatriota la Doctora Nila Heredia, a Walker San Miguel, compatriota también, a cargo de



● **Pantalla 1/13** “El Precio de una Pandemia”

la Comunidad Andina. Saludo a todos los Ministros, Viceministros y representantes de cada uno de nuestros países, a quienes están en calidad

de invitados. Esperamos que todos, saliendo de esta Reunión, tengamos claras algunas cosas que nos permitan luchar contra este flagelo. Cuando nos reunimos en Brasil los parlamentarios nos asustamos de los datos que se estaban dando y, al terminar nuestro trabajo de investigación del 2016 al presente, nos asustamos mucho más y creemos que si nosotros nos olvidamos de los eternamente olvidados, de los desde siempre discriminados, de los más pobres que son la mayor parte del mundo, vamos a recoger las graves consecuencias de una enfermedad como la tuberculosis que nos empobrece a todos, nos quita fuerzas laborales, destruye nuestras economías nacionales.

Es muy importante tomar en cuenta que esto que comenzamos unos cuantos, hoy en día gracias a Dios suma dos mil miembros que somos parlamentarios a nivel mundial y alrededor de la mitad de eso a nivel de las Américas, aunque no representamos más que el 4% del problema global de la tuberculosis. África se lleva la flor: el 65% de los casos de tuberculosis está allá. Pero simplemente se toma un avión o se migra. Es lo que pasa con los problemas sociales y estamos contaminados todos. Nosotros, los bolivianos, no nos podemos enorgullecer de haber devuelto a nuestros invasores españoles gran cantidad de tuberculosos cuando nuestros trabajadores se van a trabajar a España y los llenamos de tuberculosis y sobre todo de la enfermedad de Chagas. Creemos que no es posible luchar cada uno en forma individual sino en forma conjunta.

El Frente Parlamentario Mundial de tuberculosis ha trabajado un aspecto fundamental y es entender qué precio tiene una pandemia, qué precio

estamos pagando por tener población de tuberculosos en nuestros países, lo cual aparenta no ser mucho, sin embargo, el costo es realmente alto. Esto es lo que vamos a presentar con la repetición obvia de algunos datos de la Reunión que se ha tenido en Moscú, esperando que nuestras máximas autoridades se reúnan a nivel de las Naciones Unidas y ahí a nivel mundial saquemos una conclusión.

Cuál es el precio de una pandemia, en este caso, de tuberculosis. Se trata de una enfermedad infecciosa causada por una bacteria que se encuentra en casi todos los países del mundo. No hay un país del mundo que diga “estoy libre de tuberculosis”, y es una enfermedad transmitida por el aire. Con el aire vivimos, el aire es lo que nos comunica y nos contamina, estamos en un bus, estamos en un micro, estamos en un avión..., donde estemos, el aire es el encargado de transmitirla y, por lo tanto, es muy difícil luchar contra ella. Es una enfermedad también que tiene una rapidísima forma de resistencia a los medicamentos, y los alternativos ante este fenómeno son realmente caros.

A pesar de que la tuberculosis mata a un millón de personas por año y de la cantidad de gente que muere por cada 5 minutos, a las compañías que producen los medicamentos no les interesa porque comercialmente no se lo venden al público. Normalmente se trabaja con los gobiernos y los precios obviamente no son los precios comerciales. Esto hace que no haya interés en mejorar el arsenal medicamentoso farmacológico del tratamiento de la tuberculosis. Es una de las enfermedades infecciosas que más mata en el mundo. En el 2016 mató a más personas que el

VIH, la malaria y el Ébola, todos ellos juntos, o sea, realmente estamos hablando de una verdadera pandemia de alta incidencia y mortalidad.

Los Objetivos del Desarrollo Sostenible que son 17 a alcanzar para el 2030, en el tema de tuberculosis dice que es posible, si empezamos a trabajar ahora, si empezamos a unirnos ahora, si hacemos integración entre nosotros los países que creemos que el recurso humano, el capital humano, es lo más importante que uno tiene y no las riquezas naturales, y todo aquello que hace que un país se sienta muchas veces orgulloso es su gente, lo más importante. ... Pero si no hacemos eso para el 2030, todavía nos va a seguir matando la tuberculosis en sumas que son muy muy grandes.

El Frente Parlamentario Mundial establece en el 2014 que hay que dar una voz política a las poblaciones, o sea, hasta entonces nunca se entendió que los que éramos parlamentarios debíamos ser los que lleváramos la voz de aquellos que no tienen voz a los gobiernos. Se creía que como políticos lo único que sabíamos hacer era crear leyes y, graciosamente, donde menos leyes existen en todo nuestro contexto es en el ámbito de la salud. En el ámbito de la economía hay leyes para todo, en el ámbito social, igual. En el ámbito de la salud, elemento importante dentro de lo social, no tenemos leyes y creemos que esto es un defecto muy importante. Tenemos que trabajar con estos pobres y marginados a través de campañas a nivel de todo el mundo en contra de la tuberculosis. Hoy, como les decía, somos 2000 miembros de 130 países y trabajamos de manera cercana con las personas afectadas. Soy médico,

trabajo con tuberculosis por mucho tiempo y, sin embargo, cuando oímos los testimonios de las personas que vienen a nosotros a contarnos lo que han vivido con la tuberculosis, nosotros tildados de ya insensibles (así nos dicen a los médicos), insensibles con el dolor, insensibles con enfermedad, lloramos de lo que pasa porque hay que ver qué cuadro desgarrador es ver destruirse una familia y tener que morir una persona, y así el hijo, y la esposa y el resto, porque no tuvieron la posibilidad de tener acceso a la defensa del derecho humano que deberían ejercer para no estar enfermos de tuberculosis. Las formas en que la tuberculosis destruye son increíbles. El último testimonio que hemos escuchado es un individuo, funcionario del sistema de salud de Guatemala, que tuvo que vivir dentro de un hospital por 7 años para poder finalmente decir que no tiene tuberculosis, que se cree curado de la tuberculosis pero no de sus secuelas, pues esto realmente destruye a cualquier familia, destruye una comunidad al ser estigmatizados todos porque... "a ese tuberculoso, no te le acerques". Al portador de VIH se le da un apoyo importante, al tuberculoso no hay quien lo apoye. Empezamos a revisar las leyes de los países y no hay leyes de la tuberculosis. Bueno, en Perú sí tienen, gracias a Dios. Una de nuestras personas del Frente Parlamentario es ex presidenta del Congreso peruano y nos cuenta cómo crearon una ley, que deberíamos copiarla todos porque las leyes no tienen derechos de autor y deberíamos asimilarla todos pero lamentablemente todavía seguimos con los chauvinismos muy típicos de que cada uno quiere hacer su propia cosita en su propio terruño cuando lo que debemos es impulsar una respuesta coordinada a la enfermedad a nivel nacional, regional y mundial. Si no se trabaja en todos los ámbitos, no hay posibilidades de vencer al bacilo de Koch, al bacilo de la tuberculosis.

En el Frente Parlamentario trabajamos primero con los Ministros de Salud. Yo, graciosamente, aunque he trabajado 45 años en el ámbito de la salud, siempre creí que los que hacían en las leyes eran los parlamentarios. Hoy día que soy parlamentario, que soy Senador, que tengo una acción muy importante en mi país, entiendo que no somos nosotros los que hacemos las leyes. Nosotros agarramos y recibimos de parte de los ejecutivos, de los Ministros, sus necesidades y las convertimos en leyes, y si no las hacemos a gusto de los Ministros tenemos problemas, como acabamos de tener en Bolivia. Hemos trabajado 3 años la Ley del sistema penal, la ha promulgado el Presidente, y a la semana ha tenido que abrogarla por los movimientos sociales. Y todo por un problema pre eleccionario, no porque la ley esté mal. Si no agradamos al opositor, si no agradamos al Ministro, no agradamos a ellos, no funciona. Y dicen que nosotros somos el primer órgano de todo gobierno y la verdad es que no somos de ninguna forma. De hecho, es el Ministro de finanzas el que tiene la plata y, por lo tanto, es el que manda como siempre. Es importante que se tome en cuenta, por eso lo que nosotros queremos es trabajar con los Ministros de la región de las Américas y que sean la primera del mundo. No somos los que más tuberculosis tenemos, pero queremos ser la primera región del mundo en erradicar la tuberculosis desde Canadá hasta abajo en Cabo de Hornos, y creemos que es posible, si nos unimos como lo estamos haciendo hoy aquí en este evento que aspiramos sea un hito, un cambio en la mentalidad, algo fundamental para todos nosotros.

Se estima que 10.4 millones de personas se han enfermado de tuberculosis en el 2016, que 1.7 millones han fallecido. Esta obviamente

es la enfermedad que más mata en el mundo, y eso que en tuberculosis el subregistro es enorme, comparado con VIH/Sida. Para tuberculosis en 1993 se declara una emergencia de salud global y 50 millones de personas han fallecido ya por esta causa, y se estima que 28 millones van a morir en los próximos 15 años. Cuando se mueren 5 personas como acaba de suceder ahora en un atentado que suponemos terrorista porque en una fiesta de un carnaval tan famoso como el de Oruro esto lastimosamente puede acontecer, o se usan bombas, o vemos lo que pasa con las escuelas en Estados Unidos, o se habla de 7 u 8 personas muertas y presenciamos un show que lo conoce el mundo a través de CNN que dedica las 24 horas a presentar el tema; es noticia. Pero cuando se mueran 28 millones en 15 años por tuberculosis seguramente no va a salir en CNN y de hecho no sé cuántas veces sale que un tuberculoso se ha muerto o que toda una población está infectada con tuberculosis y que le cuesta a este mundo muchísimo dinero.

23 mil personas murieron con tuberculosis en las Américas en el 2016, 275 mil casos nuevos se ha estimado que van a aparecer y, tal como ha expresado el Representantes de la OPS, el subregistro es lo que nos mata más. Hay una brecha: un número de personas que sí se sabe que están infectadas y un número de personas que tienen tuberculosis, pero no saben que son ellos son los que nos contaminan y nos diseminan la enfermedad. Si no llegamos a ellos es imposible trabajar, quiere decir, que tenemos que hacer el trabajo de casa por casa como algunos de los programas antituberculosos a nivel de nuestros países. 51 mil personas fueron oficialmente diagnosticadas y tratadas, y son estimados alrededor de 11.750 casos de drogorresistentes.

Hoy no solamente hablamos de drogorresistentes, como una complejidad propia de la bacteria. Hay un componente de cómo se maneja ese tratamiento. Yo soy profesor de farmacología en la universidad y nunca he escuchado más quejas que en el momento en que un tuberculoso empieza a recibir su tratamiento porque realmente le produce todo tipo de síndromes, hasta las ganas de quitarse la vida. Muchos médicos enfermos con tuberculosis, que son varios, se mueren suicidándose durante el tratamiento para la tuberculosis porque no lo soportan, antes de un año, o siete meses, hoy hemos mejorado en el tiempo pero no en demasía, y hay nuevos medicamentos que nos ayudan pero hay que investigar mucho más. Eso significa dinero, no solamente en el costo del manejo del paciente sino en el costo de la producción del medicamento y de la investigación.

Desde el año 2000, 456 mil personas han fallecido a causa de la tuberculosis y cuatro y medio millones de personas se han enfermado en las Américas. Al ritmo actual se estima que 386 mil personas morirán hasta el 2030 y más de 4 millones se enfermarán. Le estaba preguntando a nuestro compañero de Surinam cuántos eran allá. Cuando yo estuve en ese país eran alrededor de 100 mil y tantos habitantes, hoy en día han llegado a 500 mil. Si pensamos en 4 millones de personas y visualizamos mentalmente, estarían liquidadas poblaciones enteras de países. Entonces yo creo que es fundamental que entendamos que esta enfermedad mata a millones, no estamos hablando a unas cuantas personas sino de millones de personas. Hemos solicitado a la Organización Mundial de la Salud que modelara cuántas personas se perderían como resultado de

la TB si la tasa de progreso actual continuara hasta el final del período de todo lo que es la meta del desarrollo sostenible. Nos dijeron que es necesario ver qué es lo que pasa económicamente. Para sacar este modelo encargamos a la KPMG, una institución que se ocupa de ver las proyecciones económicas de los gastos y por lo tanto ofrece sus servicios de auditoría a nivel de impuestos, asesoría, y produce el cálculo del primer impacto económico de la tuberculosis a nivel mundial, y tiene un modelo económico específico ahora para el calcular el impacto del número de muertes y la reducción de la fuerza de trabajo principalmente, que es uno de los mayores efectos que nos produce en el crecimiento general de la economía.

Resultados: Cuál es el precio de esta pandemia. Primero, el costo de la tuberculosis ha sido calculado ahora para cada país del mundo. Durante este período que va a ser del 2000 al 2015, que ya ha pasado, y el que va a ser del 2015 al 2030. El costo para la economía de los países de las Américas en dólares americanos es de 35 000 millones en el período del 2000 al 2015. Cuando empezamos a pensar en qué significa en número de hospitales, en número de escuelas, en número de inversiones en bienestar social, esa cantidad de dinero realmente creo que estamos jalando la cadena de nuestro baño y botando nuestro dinero sin que le sirva absolutamente a nadie, ni a las bacterias que están producidas cuando van a través de las cloacas. Entre 2015 y 2030 el costo sería de 42 000 millones para las Américas solamente, y el costo global de la tuberculosis sería de casi un billón de dólares en los próximos 15 años, por lo tanto, creo que estamos empezando a pensar en una forma diferente: Time is money. El dinero es la parte importante.

Qué podemos hacer. En noviembre del 2017 los Ministros de salud se fueron a Moscú y hablaron de la temática de la tuberculosis. Nos desencantamos un poco los parlamentarios porque en general no van los Ministros. Van sus colaboradores, los viceministros y demás. En nuestro país tenemos una reunión cada mes ampliada, pero cada semana el día miércoles a las 5 de la mañana mi Presidente llama a sus Ministros y se reúne con ellos. Lo que nos llama la atención es que si no están los Ministros de salud poco podemos llegar a las decisiones, y por eso anoche agradecíamos la presencia de nuestro Ministro del Paraguay. Creemos que eso es lo importante: conversar con la persona que está en contacto con el que gobierna y con el que toma las decisiones. Los Viceministros son importantes y nos ha tocado estar en esos cargos, pero no tienen el alcance de los Ministros. Claro, que para hacer trámites el tercer nivel es importante, si no se pasa el tercer nivel puede que algunas cosas no pasen nunca. Pero con actos de política de país es importante el Ministro y deberíamos estar presentes, es una invitación, un reclamo quizás.

La serie de compromisos que se han acordado en la Declaración de Moscú que la ha presentado ya nuestro Representante de la Organización Mundial es muy importante que todos los ministros la cumplan e implementen. En 2018 habrá una reunión de alto nivel y tuberculosis es un tema específico. Naciones Unidas habla de muchísimas cosas, pero un tema específico de esta reunión será el de la lucha contra la tuberculosis. Ahí queremos que estén nuestros Ministros de salud. Ahí queremos que estén con la fuerza que debe tener todo un grupo de gente del más alto nivel en el ámbito de la salud y que está representado en Naciones

Unidas. La tuberculosis requiere una variedad de intervenciones: existe el bacilo de Koch, existe la pobreza, existen problemas educativos, problemas sociales y muchos otros que influyen, el problema más serio es que no tenemos financiamiento. Ya nos han reunido este fin de año anterior y el Fondo Mundial nos ha dicho que solamente el 4% de todo el presupuesto mundial nos van a entregar para tuberculosis, malaria y VIH. Cuando nos han dicho eso, todos aquellos que dirigen estos programas a nivel de nuestros países se han preguntado “y con eso qué hacemos”. Se ha entregado muchísimo dinero por parte del Fondo Mundial y esas cantidades en comparación con los resultados nos llevan a la conclusión de que el costo beneficio es cercano al cero de resultados en mejora. Eso quiere decir que no estamos trabajando en gestión como corresponde, en legislación como corresponde, en conciencia de trabajo como corresponde. Mejorar las viviendas, la nutrición, son elementos importantes. Invertir en el desarrollo y la investigación, son fundamentales para hacer algo.

Y por último, esto debe llevarse a la decisión de nuestros Jefes de Estado. Pocas veces me acerco a mi Presidente. Aunque, claro, como soy el único médico del Senado y cree que todos los médicos sabemos todo de todo, entonces me llama para cualquier problema que tiene de enfermedad y yo le digo que no puedo hacer eso pero tengo este especialista que sí me lo va a atender bien, mi Presidente. Y luego hablamos de estos problemas. Cuando encontramos que existe resonancia en nuestros Presidentes, empezamos a creer que podemos lograr nuestros objetivos de cambiar la cara de la tuberculosis en Las Américas y desecharla igual que a la poliomielitis, la viruela, y tantas enfermedades que ya nos hemos

olvidado de que existen. A mí me tocó estar en el tema del sarampión en mi país en esas épocas en que nos diezmaba matando a los niños en forma increíble.

Queremos que trabajen con los parlamentarios todos los Ministros de salud a nivel de todos los países, que coordinemos el seguimiento con la Organización Mundial de la Salud. Es nuestro ente, decíamos justamente antes. Eso sí tenemos de ventaja: una Organización Panamericana y Mundial de la Salud que nos coordina, que trabaja con nosotros desde los problemas educativos hasta las formas de solucionar las pandemias, las epidemias, y ellos tienen que tomar un papel muy importante para verdaderamente actuar en forma coordinada. Esto es lo que se propicia en las reuniones de alto nivel como esta del Organismo Andino de Salud.

Espero haber llegado a la conciencia, no estoy haciendo una plática o un discurso evangélico y demás. Creo haber llegado primero a sus cerebros, a su mente, mostrándoles los datos. Pero donde yo hubiera querido llegar y que se les quede definitivamente el mensaje, es al corazón, ese corazón que late por los más pobres. Muchas gracias.

Presentadora



Continuamos con el desarrollo de la agenda. A continuación, tenemos la ponencia *“Mecanismos de integración subregionales que contribuyen al cumplimiento de los compromisos adquiridos por los países con relación a la eliminación de la tuberculosis. Programa Fortalecimiento de la red*

de laboratorios de Tuberculosis en la región de las Américas”, a cargo de la Doctora Nila Heredia, Secretaria Ejecutiva del ORAS CONHU. Ella es médica, graduada de la Universidad Mayor de San Andrés con especialidad en Salud Intercultural, ha sido dos veces Ministra de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia.

Nila Heredia. ORAS CONHU



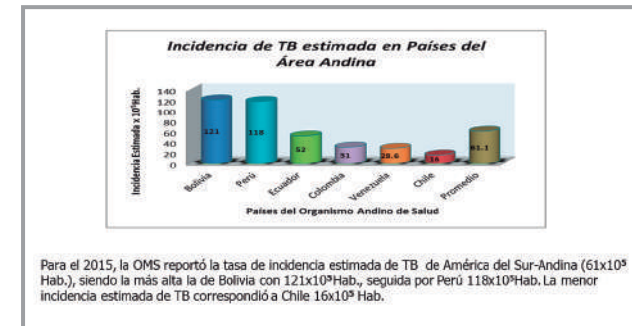
Buenos días nuevamente. Muchas gracias. En este reto que tenemos todos sobre cómo contribuimos a erradicar la tuberculosis, quiero presentarles, como Organismo Andino, las actividades que se van realizando. Ante todo, les explico brevemente que el ORAS CONHU es un espacio

de integración de los seis Estados de la subregión andina: Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia y Chile, a partir de que los Ministros en el año 1969 se reunieron para constituirse en lo que fue originalmente el Convenio Hipólito Unanue. Posteriormente, en 1997, el Sistema Andino de Naciones se organiza, e incorpora a todos estos organismos que estaban funcionando anteriormente y desde ese momento a nuestro nombre se le añade el de Organismo Andino de Salud.

El ORAS CONHU se encuentra bajo el mandato de los seis ministerios y tiene como principio básico la salud como un derecho humano y social. Su papel consiste en armonizar, construir políticas para la región, las que son discutidas en sus reuniones anuales de Ministros: REMSAA. En ellas, además, se debate y analiza el cumplimiento de sus mandatos por la

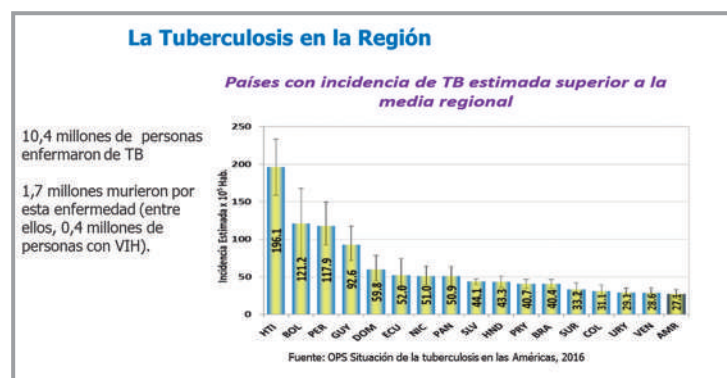
Secretaría Ejecutiva, a los que se incorporan elementos de solidaridad, compromiso, equidad, complementariedad, interculturalidad, etcétera.

La Tuberculosis en la región sudamericana, como apreciamos en lo que nos ha presentado el Dr. González, refleja una incidencia muy alta, particularmente en Perú, Bolivia, Ecuador y Colombia. Esta realidad ha llevado a que los países del área andina vieran este tema con muchísima



Pantalla 5/22 “Contribución de la Integración Regional a la Meta Fin a la Tuberculosis”

preocupación y lo asumieran como una línea, sumada a la estrategia que se definió por la OMS. El llamado para poner Fin a la tuberculosis, vinculado a los ODS, quedará como una meta inalcanzable si no se pone el énfasis necesario en todos los países. Tomando nota de esto, los Ministros del ORAS CONHU han asumido esta obligación y tensado fuerza de tal manera de enfrentar y de coadyuvar a los países en esta lucha.



El Organismo Andino es el receptor principal y responsable de la ejecución de este Proyecto, y tiene dos subreceptores: la OPS y SECOMISCA. Participan todos los países de Sudamérica excepto Brasil y Surinam, y de Centroamérica más República Dominicana, Cuba y México. Este último, por el interés de sumarlo dentro de los límites de la región que abarcamos y porque allí radica uno de los tres Laboratorios Supranacionales de Tuberculosis con que trabajamos. Los otros dos se encuentran en Argentina y en Chile.

El objetivo es fortalecer las capacidades técnico administrativas de los tres laboratorios supranacionales. También se propone fortalecer las redes nacionales de laboratorios de tuberculosis de los 20 países, a través de la capacitación, de la asistencia técnica y el control de calidad. La idea es que los laboratorios de referencia nacionales desarrollen su función hacia sus redes y al mismo tiempo tengan una coordinación con sus supranacionales. Otro elemento importante es promover la autosostenibilidad de la asistencia que brindan estos tres grandes laboratorios.

Este proyecto, que tiene algo más de un año implementándose, ha llevado a cabo tres consultorías importantes y le voy a pedir a la Doctora Kusunoki como Coordinadora General, que me vaya ayudando, por favor. Una de ellas estuvo dirigida a entender los costos de funcionamiento de estos laboratorios y el impacto económico y social que traería un buen o un mal diagnóstico.

● **Pantalla 4/22** “Contribución de la Integración Regional a la Meta Fin a la Tuberculosis”

El año pasado, en la reunión de Ministros de Salud llevada a cabo en Caracas el 5 de mayo del 2017, ellos deciden y ordenan al Organismo Andino de Salud conformar el grupo de trabajo en tuberculosis con los encargados de prevención, control, atención integral y tratamiento de esta enfermedad, para elaborar el Plan Subregional Andino 2018-2025 para el fin de la tuberculosis. Además de este Plan, el ORAS CONHU está desarrollando un Proyecto, aprobado por los Ministros de Salud no sólo del área andina sino de veinte países, financiado por el Fondo Mundial. De ahí que se nos haya dado la tarea de fortalecer en cada país los mecanismos de coordinación, evaluación y seguimiento inter e intrainstitucional establecidos, con la finalidad de facilitar el cumplimiento de los objetivos del Programa Fortalecimiento de la red de laboratorios de tuberculosis en la región de las Américas.

Casos estimados y notificados de TB y TB MDR en Región de Las Américas y 20 países de subvención. Año 2016

REGION DE LAS AMÉRICAS	Casos estimados	Casos notificados	% de detección
Tuberculosis en todas las formas	273,374 (218,392-335,680)	233,793	86%
Casos TB MDR	8,100	3,715	46%
20 PAÍSES DE LA SUBVENCIÓN	Casos estimados	Casos notificados	% de detección
Tuberculosis en todas las formas	153,910 (121,360-204,770)	125,643	82%
Casos TB MDR	5,540	2,032	37%

Fuente: WHO. Global Tuberculosis Report 2017

● **Pantalla 12/22** “Contribución de la Integración Regional a la Meta Fin a la Tuberculosis”

Para los 20 países, estamos viendo que los casos estimados para el año son 153.910 en todas las formas. Los casos de tuberculosis multidrogosresistentes son 5.540 en los 20 países. También encontramos una brecha de 28.000 casos que están quedando sin notificar, entre el número de casos estimados. Los casos drogorresistentes registran una cifra importante de unos 2.500 sin notificar. Tratando de entender cuál es la relación y el flujo que existe entre los laboratorios supranacionales y los de referencia nacional, así como al interior de los países, vemos que el punto de impacto mayor estaría en las redes donde se produce la captación, o sea, son los laboratorios locales los que garantizan con su trabajo alcanzar el porcentaje más cercano posible a la necesidad de detección y búsqueda en la población. Desde esos niveles es que fluyen las muestras hacia laboratorios intermedios y de manera escalonada finalmente llegarán a los laboratorios de referencia nacional.

Hay tres elementos dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que cruzan todo este proceso de fortalecimiento de las redes de laboratorio: Avanzar en la lucha contra la tuberculosis; Garantizar el financiamiento; Impulsar la ciencia, la investigación y la innovación.

Lourdes Kusunoki. ORAS CONHU 

Buenos días. Uno de los estudios más importantes es respecto al impacto económico que tendría no realizar un adecuado diagnóstico. Con los datos de los veinte países del Proyecto, vemos que nuestros casos estimados están en el orden de 153.910, de ellos 18.845 son notificados como formas extrapulmonares y 106.798 como pulmonares. Hay 28.267 nuevos casos anuales estimados de personas con tuberculosis, que no se detectan: 24.026 pulmonares y 4.241 extrapulmonares.



Los casos notificados, una vez tenido el diagnóstico por BK, o por BK más pruebas fenotípicas, o por BK más pruebas fenotípicas y/o moleculares, pasan a tratamiento. Pero, asumiendo que mantuviéramos el mismo sistema por el que hemos estado realizando el diagnóstico de casos en nuestros países, el paciente que resulta BK positivo comienza tratamiento y toma un tiempo hasta que negativice, período durante el cual sigue contagiando, de ahí la importancia de trabajar también con los contactos.

Por otra parte, también relacionado con el tratamiento, encontramos que se presentan resultados adversos, fracasos y abandonos. Se ha visto que los fracasos estarían en 988 de los 125.543 notificados que inician tratamiento, y que habría 8.752 abandonos.

Si se toma en consideración estos nuevos casos no detectados, que son 28.267, podemos calcular que 26.994 serían sensibles y 1.273 serían drogorresistentes. Como hemos mencionado, aun diagnosticados y recibiendo tratamiento, puede tenerse nuevos casos ya sea porque estos pacientes demoran en el inicio del tratamiento o por el tiempo que tardan en negativizar. La demora en la obtención de un diagnóstico o en el comienzo del tratamiento, puede llegar a significar en consecuencia 5.327 nuevos casos de TB sensible y 1.450 drogorresistente. El fracaso o abandono del tratamiento podría generar 10.723 nuevos casos de TB sensible y 1.452 drogorresistente. Cuando sumamos las cifras acumuladas por estas situaciones, entre los que no son detectados, los que tardan en tener diagnóstico e iniciar tratamiento, y los que fracasan o abandonan, tendríamos un total de 44.808 nuevos casos de TB sensible y 4.175 de TB drogorresistente en un año. Eso se comporta así si partimos de la realidad del sistema de detección y seguimiento como lo estamos haciendo en promedio en los veinte países, y es lo que trata de reflejar la gráfica.

El estudio realizado a partir de estos cálculos, traducido en términos de costoefectividad, nos permitió llegar a diversas conclusiones. Por ejemplo, cuando se realiza la baciloscopia, hallamos una eficiencia del 99% en la calidad de los resultados que se emiten por esta técnica. Esa pérdida del 1% de eficiencia como promedio para los veinte países, acumularía

alrededor de 600 casos nuevos al año, con lo cual los costos directos e indirectos de la enfermedad serían de 4,351.813 dólares anuales. Si esa eficiencia decayera en 0.5%, es decir, se ampliara su pérdida en 1.5%, pasaríamos a tener 783 casos nuevos con mal diagnóstico, con un costo de 5,679.110 dólares anuales. Si restamos costos y casos evitados, tendríamos una diferencia de 1,327.297 dólares y 183 nuevos casos, por desplazarnos en la eficiencia de baciloscopia en un 0.5 %.

	Alternativa 1 (actual)		Alternativa 2 (Pérdida eficiencia 0.5%)	
	Error	Concordancia	Error	Concordancia
Baciloscopia	1.0%	99.0%	1.5%	98.5%
Otra categoría de diagnóstico	2.5%	97.5%	3.0%	97%
% Fracaso por error diagnóstico	5.0%	95.0%	5.5%	94.5%

Pantalla 19/22 "Contribución de la Integración Regional a la Meta Fin a la Tuberculosis"

Resultados de error en diagnóstico	Actual (a)	Pérdida eficiencia 0.5% (b)	Costos y casos evitados (b)-(a)	Costo evitado por cada US\$ invertido en los LSN
Costos directos e indirectos en US\$	4,351,813	5,679,110	1,327,297	7.7 US \$
Casos nuevos	600	783	183	

Casos nuevos que se deben evitar con la mejora continua en el diagnóstico

Nuevos casos por demora en inicio de Tratamiento adecuado situación actual

Nuevos casos adicionales por error en diagnóstico de 0.5%

Casos evitados de mantener actual eficiencia

La relación costo beneficio, permite concluir que por cada dólar invertido en mantener la "Calidad del diagnóstico" se evita 7.7 US dólares como costo para la sociedad, por concepto de tratamiento, complicaciones, secuelas y pérdida de productividad.

Pantalla 21/22 "Contribución de la Integración Regional a la Meta Fin a la Tuberculosis"

Financiamiento de LSN

- Brecha: 171,873 US \$ en 3 LSN (no incluye pasantías en los LSN)
- Propuesta mediano plazo: Cuota país a Organismo internacional para distribución entre los 3 LSN, en función de riqueza de país y nivel de incidencia:

Cuota: 13,896 US \$		Cuota: 11,400 US \$	
Perú	Belice	Guyana	
Venezuela	Bolivia	Honduras	
Colombia	Costa Rica	Nicaragua	
Ecuador	Cuba	Panamá	
Uruguay	El Salvador	Paraguay	
	Guatemala	República Dominicana	

**Incluye costo administrativo*

● **Pantalla 20/22** “Contribución de la Integración Regional a la Meta Fin a la Tuberculosis”

Para garantizar la calidad del diagnóstico y el mantenimiento de esa eficacia en la baciloscopia que es afectada actualmente en un 1%, se ha calculado que el costo evitado por cada dólar invertido en los Laboratorios Supranacionales sería 7.7 dólares, en beneficio de los países de sus redes, ya que el LSN es el que vigila y soporta el control de calidad de los Laboratorios de Referencia Nacional, que a su vez controlan lo que se hace en sus redes.

 **Nila Heredia. ORAS-CONHU (continuación)**



El interés de este estudio no es solamente evidenciar la cantidad de casos que significa la pérdida en detección y seguimiento de los pacientes, sino demostrar el impacto económico que esto tiene, peor todavía cuando vemos el

creciente número de casos drogorresistentes que no son notificados. Esto se convierte en un resultado muy importante para nosotros y para los Ministerios porque nos enfoca en la necesidad de articular los programas de tuberculosis con los laboratorios, y de pensar cómo estos se sostienen, cuánto hay que invertir en que no decaiga el trabajo de las redes sino que se fortalezca.

Hay otros temas que pondremos en su momento sobre la mesa, como el estado de los sistemas de información, el transporte de muestras, el envío de los paneles de cepas para control de calidad, etcétera, lo cual debe ser discutido técnica y políticamente si queremos dar un verdadero impulso y prioridad a este tema.

Quisiera que nos permitan proyectar un breve vídeo sobre lo que hemos logrado avanzar durante el primer año en el fortalecimiento de las redes de laboratorio de Tuberculosis en los veinte países de la subvención regional del Fondo Mundial.

LINK: <http://www.orasconhu.org/>

Presentadora 

Muchas gracias, Doctora Nila Heredia, por la presentación y por la proyección de este vídeo que recreó de manera gráfica en pocos minutos el gran trabajo que tienen todos los países.

A continuación, tenemos el Foro *“Organismos de Integración regional. Acciones que contribuyan a alcanzar las metas sanitarias y sociales para la población Latinoamericana”*. Está a cargo del Doctor Jorge Jemio, médico salubrista con posgrado en Salud Pública, descentralización y gestión pública. Exrector universitario, fue también Director General del Ministerio de Salud de Bolivia, y es actualmente el Secretario Adjunto del Organismo Andino de Salud.

Jorge Jemio. ORAS-CONHU



Muy buenos días. En primer lugar, saludo a las autoridades y los representantes de los países presentes, Organismos de Cooperación, Organismos y Mecanismos de Integración Regional, participantes de la Reunión de Ministros y Secretarios de Salud *“Contribución de la Integración Regional en Salud, hacia la meta Fin a la Tuberculosis en las Américas”*.

Damos inicio a este Foro, que corresponde al final del programa de esta reunión, diciendo que la Estrategia Fin a la Tuberculosis al 2035 ya ha sido explicada en sus principales características por los expositores en la primera parte. Esta Estrategia, a partir de su formulación ha estado sucedida por varios eventos en diferentes ámbitos regionales, continentales, mundiales, entre ellos, la Primera Conferencia Ministerial de OMS en Moscú en noviembre de 2017, y se han programado otros encuentros como la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea de las Naciones Unidas, prevista para septiembre de 2018 en Nueva York.

Haciendo un resumen muy grande acerca de los pilares de la Estrategia Fin a la TB, destaquemos que ellos están referidos a tres aspectos fundamentales: la Atención Integral y la Prevención; las Políticas y Sistemas de Apoyo; y la Investigación e Innovación. Por supuesto que las responsabilidades y las acciones recaen en varios niveles y dimensiones desde lo local, sectorial, nacional, pero también existen espacios para el accionar coordinado de los países, para aprovechar los beneficios de las políticas y sistemas, la colaboración de los gobiernos, de los Estados.

Iniciamos el Foro *“Organismos de Integración regional. Acciones que contribuyan a alcanzar las metas sanitarias y sociales para la población Latinoamericana”*, recordando que la integración regional no es cualquier término. Es un concepto altamente político entendido como el esfuerzo o movimiento convergente realizado por los Estados tendiente a la obtención de objetivos comunes mediante la armonización o unificación de sus políticas y la atención a sus problemas comunes.

Traemos a colación también que en este mismo edificio de la Comunidad Andina hace quince años, a iniciativa del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, diez países: Chile, Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela, más México, Uruguay, Paraguay y Argentina, se sentaron ante las principales empresas farmacéuticas para negociar conjunta y exitosamente el precio de los medicamentos antirretrovirales. El evento se denominó Proceso de negociación conjunta para el acceso a medicamentos antirretrovirales y reactivos en la subregión andina. Esto, mencionado como un ejemplo de la fortaleza de la unión de los países.

En cuanto a la metodología de este Foro, contaremos con cuatro panelistas que son representantes de Organismos y Mecanismos de Integración Regional. Ellos intervendrán por un tiempo de quince minutos cada uno, para luego abrir el Foro a la participación de los interesados en aportar al análisis de estos temas.

El Foro concluirá con la lectura de apuntes que se elaborarán a lo largo de las intervenciones, pidiendo para este fin el apoyo de Patricia Jiménez, miembro del Programa de Tuberculosis del ORAS CONHU.

El orden de la presentación va a ser el siguiente: la Secretaría Ejecutiva de COMISCA, el MERCOSUR, el ISAGS y el ORAS-CONHU.

Me permito entonces presentar en primer lugar al Doctor Alejandro Solís Martínez. Es nicaragüense, médico salubrista, Máster en Salud Pública, con Diplomados en Calidad de los servicios de salud en Japón, y en Recursos Humanos por la OPS en Costa Rica. Actual Secretario Ejecutivo del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana. Hasta 2017 fungió como Director General de Planificación y Desarrollo del Ministerio de Salud de Nicaragua.

Alejandro Solís. SECOMISCA



Muchas gracias, Doctor Jemio. El primer lugar quiero darle las gracias a Dios porque nos permite estar aquí, compartiendo en este intercambio muy importante para la región de esa América Nuestra, la Patria Grande que siempre hemos soñado consolidar con los esfuerzos de la integración.



En segundo lugar, reconocer y agradecer a las autoridades que han organizado este evento por invitarnos a participar y a ser contribuyentes en la discusión de un tema tan importante e impostergable como la eliminación de la tuberculosis.

Una rápida referencia: el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana fue constituido el 30 de marzo de 1995 en el marco del Tratado de la Integración social Centroamericana en San Salvador. Este órgano político del sistema de la integración, aglutina 8 países, comenzando por Belice, Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica, Panamá y República Dominicana. El Consejo de Ministros tiene un instrumento que es la Secretaría Ejecutiva, constituida el 10 de septiembre del 2007. Recientemente, el año pasado, hemos arribado a diez años de trabajo en esta secretaría.

Todo esto ha sido producto de la firma del Protocolo de Tegucigalpa en diciembre de 1991, a partir de los Acuerdos de Paz que hace treinta años se firmaron.

Para la región, que se ha declarado como una zona de paz, para la democracia, la libertad y el desarrollo, es muy importante contribuir a las respuestas de los Ministerios de nuestros países para dar soluciones o crear iniciativas para enfrentar los problemas de salud pública que nos afectan.

Es muy importante para nosotros situarnos en el marco de esa meta al 2035, que fue firmada y comprometida por nuestras autoridades en noviembre del año pasado en Moscú, tener claro el rol de la Secretaría Ejecutiva de COMISCA. En primer lugar, para nosotros el papel de articulación política es central. Eso nos permitiría, en el seno del Consejo de Ministros, coordinar en el marco de la integración, todos los esfuerzos institucionales e intersectoriales para lograr esta meta al 2035 de la eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública. Pero para eso necesitamos trabajar en el relevamiento político del tema de la tuberculosis en todos los ámbitos del Sistema de Integración. Tenemos, además, que enfocarnos en desarrollar los procesos de intersectorialidad pues, tal como se planteaba acá temprano, la respuesta a la tuberculosis no puede venir sólo ni eminentemente de los Ministerios de Salud. Hay otros aspectos vinculados a la causalidad de esta enfermedad, que descansan en los problemas socio económicos de nuestros países y tenemos que trascender el abordaje más allá, desde la determinación social de la salud, a buscar sus causas estructurales, para que la respuesta sea más contundente.

En efecto, como lo exponía nuestro colega parlamentario, se ha invertido muchísimo dinero en la lucha contra la tuberculosis y los resultados

no son los esperados. Quiere decir que hay algo más allá de enfrentar el problema desde los aspectos médicos, biológicos y del ambiente. Tenemos que irnos a otras dimensiones como la distribución de la riqueza, la lucha de clases entre los pobres y los ricos, que nos explican por qué alguien tiene mayor acceso a los servicios de salud o a los medicamentos mientras otros no.

Debemos trabajar también en el tema de la sostenibilidad política y técnica de las intervenciones en los países, más que en función de proyectos puntuales, finitos y con recursos limitados. Necesitamos preparar las condiciones para que, con la fortaleza institucional de cada uno de nuestros Ministerios y de nuestros gobiernos, podamos dar un acompañamiento permanente a la respuesta para la eliminación de la tuberculosis.

En consecuencia, debemos desarrollar acciones conjuntas, interinstitucionales, intersectoriales y con el protagonismo de los ciudadanos, considerando en esta lucha el papel que juega la población. Pero no se trata de un papel utilitario sino aquel donde la sociedad participe verdaderamente en la construcción de su propia salud. Eso nos lleva a elementos educativos, de promoción, de prevención, y a generar un cambio en la conciencia y en el actuar de los ciudadanos. Por supuesto, esto tiene que ver también con el enfrentamiento de esa estigmatización, discriminación y exclusión social hacia estas personas afectadas por tuberculosis, precisamente por la forma organizativa que pueden adoptar muchas veces estos programas, al relegar a los enfermos en las unidades de salud, a un cubículo separado, con las mínimas condiciones para ser atendidos.

Desde la Secretaría Ejecutiva de COMISCA hemos planteado al Consejo de Ministros, nuestra voluntad de dar el apoyo para la continuidad de este proyecto de Fortalecimiento de la red de laboratorios de tuberculosis en la región de las Américas, porque indiscutiblemente el tema del diagnóstico es central en la lucha por detectar y curar a los pacientes, en especial aquellos que padecen infecciones por formas drogorresistentes.

La sostenibilidad, vista desde la perspectiva del talento humano, nos advierte que tenemos que mejorar la capacitación técnica y especialización de los recursos humanos, su estabilidad en los lugares de trabajo para que no haya tanta rotación del personal. No se trata sólo de mejorar los equipos y los insumos de laboratorio, hace falta preparación tecnológica y apoyo con financiamiento. La inversión que hagamos tiene que ser respaldada por una gestión eficiente.

Por otra parte, la mejora de los sistemas de información hacia registros nominales, ayudará a identificar a las personas que demandan atención y a hacer seguimiento a todos los casos con limitaciones para ser acompañados por el sistema de salud. Así habrá verdaderos datos confiables de prevalencia e incidencia, reales, objetivos.

¿Cómo vamos a contribuir nosotros desde la Secretaría Ejecutiva de COMISCA? Primero, resaltando la importancia de los laboratorios de Salud Pública en general y de tuberculosis en particular, pues creemos que el esfuerzo que se ha iniciado con el proyecto de identificar debilidades y trabajar para fortalecer las capacidades de los laboratorios nacionales y supranacionales, debe tener continuidad. Segundo, en cuanto a las

normativas y regulaciones, hay muchos protocolos y normas, pero no en todos los países se aplican y respetan. El tema de la rectoría es fundamental para estandarizar los abordajes y los manejos clínicos. Tercero, el trabajo intersectorial en el marco de la integración regional, es muy importante. Finalmente, nosotros ponemos a disposición el mecanismo que hemos desarrollado en la región para la negociación y compra conjunta de medicamentos, para disminuir los costos de su adquisición. Del 2009 al 2016, hicimos un ahorro de más de 90 millones de dólares por concepto de compra conjunta de medicamentos en los ocho países. Significa que si se buscan formas de negociar con el mercado de la industria farmacéutica, precios que impactan el gasto en medicamentos en volúmenes de gran escala, pueden bajar. Nosotros tenemos todo el aparato jurídico, normativo y logístico para que esta sea una contribución concreta y directa en cuanto a medicamentos antituberculosis. Lo mismo aplicaría para los reactivos de laboratorio, los consumibles, y ciertos tipos de tecnologías sanitarias.

Vemos con preocupación que el fortalecimiento de la capacidad de transportación, el procesamiento y manejo inicial y terminal de las muestras, debe afinarse. El proyecto está cubriendo esto con recursos pero debemos pensar desde ahora en los países, en un mecanismo hacia la sostenibilidad de esto.

Creo que hay que trabajar en la calidad de las políticas públicas, ya que no estamos enfocados en una cuestión técnica sino del más alto nivel. Nuestros Ministros están claros de que es clave elevar a la reunión de Presidentes en el Sistema de la Integración, aspectos que son sensibles

para la sociedad. Además, para ser coherentes con lo que nos proponen los ODS, debemos mejorar los sistemas y los servicios de salud con abordajes integrales, con asistencia técnica y acompañamiento al personal de salud, a los laboratorios y el aseguramiento de los medicamentos.

Todos podemos poner el conocimiento y el corazón, dar un granito de arena para ayudar a resolver esta situación. Gracias.

Moderador. Jorge Jemio

Muchas gracias, Dr Alejandro Solís. De acuerdo al orden anunciado, vamos a continuar con el Dr Carlos Ignacio Morínigo Aguilera. Él es paraguayo, médico neumólogo con estudios de postgrado en Didáctica, Administración Hospitalaria, y en Broncoscopía diagnóstica y terapéutica. Ha sido Decano de Ciencias de la Salud y ha ocupado puestos de dirección en la cartera ministerial. Actual Ministro de Salud del Paraguay y también asume la Presidencia Pro Témpore de MERCOSUR Salud.

Carlos Ignacio Morínigo. Paraguay

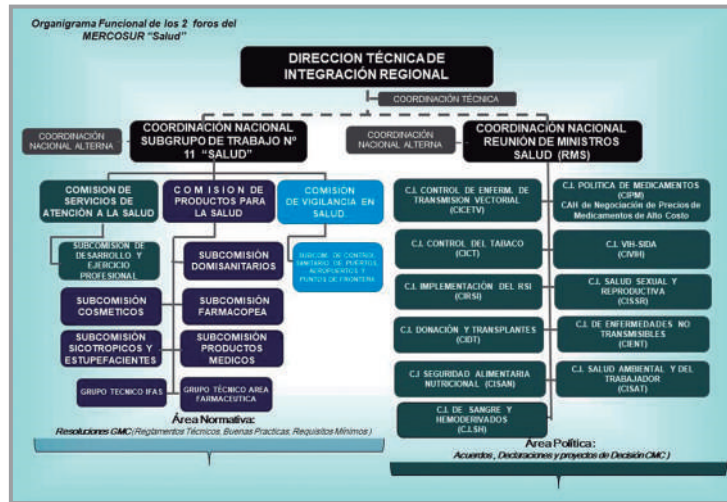


Muy buenos días. (Palabras en guaraní) En mi país hay dos idiomas: el guaraní y el español, ambos oficiales. Les dije que estoy muy contento y congratulado de estar con ustedes aquí, compartiendo esta reunión tan importante.

Como habrán escuchado, me siento como en mi casa porque estamos hablando de la tuberculosis. Como soy neumólogo, me he criado y formado con la tuberculosis a mi lado hasta hace algunos meses. Para el Paraguay, que ejerce la Presidencia Pro Témpore de MERCOSUR Salud, es un orgullo esta invitación. Por eso fui el primero en agendarme cuando llegó la comunicación porque sé lo que es esta enfermedad. Vi morir y murieron en mis manos pacientes con hemoptisis masivas, y hay otros que han quedado discapacitados por causa de este mal.

Quiero hablarles sobre el MERCOSUR, inicialmente establecido como una estrategia de alianza económica entre cuatro países que se juntaron para saltar esas inequidades económicas, trabajar en conjunto y salir al mercado internacional: Brasil, Paraguay, Argentina, Uruguay. Dentro de esas reuniones, se vio la necesidad de incluir también el ámbito de salud. El 21 de marzo de 1991 nació el MERCOSUR en marco del Tratado de Asunción y el Protocolo de Ouro Preto, que conforman la estructura institucional y los órganos con capacidad de decisión en el MERCOSUR. El Consejo del Mercado Común, es el órgano superior de conducción política, integrado por los Ministros de Relaciones Exteriores de los países miembros. Hoy también forman parte del MERCOSUR nuestros hermanos venezolanos y están en proceso de incorporarse nuestros hermanos bolivianos. El Grupo del Mercado Común, es el órgano ejecutivo también está conformado por los representantes de los Ministerios de Relaciones Exteriores. Dentro de estas estructuras está la Reunión de Ministros que a partir de 1995 quedó incluida en la agenda del Mercado Común del Sur, y así lo veremos en el organigrama más adelante. La Comisión de

Comercio del MERCOSUR está relacionada con algo que se comentó acá sobre el libre comercio entre fronteras de países hermanos.



● **Pantalla 3/12** "Organismos de Integración Regional: Acciones que contribuyan a alcanzar las metas sanitarias y sociales para la población latinoamericana"

Ahí vemos la estructura orgánica de lo que es el MERCOSUR. Salud está incluida donde se refleja las Coordinaciones Nacionales que es el Subgrupo de trabajo de Salud Número 11, y también la Coordinación de reuniones de Ministros. Dentro de esas Coordinaciones Nacionales y en la Reunión de Ministros, están justamente unas Comisiones Intergubernamentales, que faltaría añadir ahí abajo la de Tuberculosis, que ya en el 2015 fue involucrada. Así mismo está la compra de medicamentos a gran escala en el MERCOSUR, tenemos la posibilidad con esta Comisión para generar

una economía en salud y abaratar los costos de algunos productos y terapias que suelen ser carísimos como los tratamientos oncológicos.

La Comisión Intergubernamental de Control de Tuberculosis trazó sus líneas estratégicas en el 2015: la atención integral; la detección de casos y diagnóstico, el tratamiento, la vigilancia epidemiológica, la articulación y movilización social, y el énfasis en las poblaciones vulnerables; cuyo objetivo fue garantizar el acceso universal a la salud. Los resultados esperados fueron contar con un equipo de salud capacitado, a través de la socialización de protocolos de métodos rápidos para el diagnóstico hasta alcanzar el 100% de los documentos socializados en todos los Estados parte de este bloque de integración. También hemos logrado la vigilancia epidemiológica, la notificación obligatoria para todos los casos de TB diagnosticados en la región, la consolidación de los datos de nuestros países, garantizar el acceso a la información oportuna, la difusión de la situación epidemiológica de la TB en el bloque del MERCOSUR, la elaboración de la matriz de indicadores para la elaboración de un boletín epidemiológico anual de los países de la región.

La detección de casos y el diagnóstico nos permite el acceso a la atención oportuna y con calidad. El fortalecimiento de los equipos de salud con profesionales capacitados ha sido otro objetivo, en especial en regiones de frontera. Todavía no hemos logrado la meta de que el 100% de los Estados tenga realizado el análisis de situación. Trabajamos en garantizar el tratamiento adecuado de los pacientes nacionales o extranjeros, la promoción de estrategias de adhesión al tratamiento.

En cuanto al contexto epidemiológico de mi país, en el 2016 se había notificado al Programa Nacional de Control de Tuberculosis 2611 casos de TB en todas las formas, de los cuales el 93% corresponde a casos nuevos y recaídas, lo que representa el 85% de lo estimado por la OMS. El 77% de los casos pulmonares son confirmados bacteriológicamente. El fortalecimiento de las actividades colaborativas entre TB y VIH, y la implementación del diagnóstico por técnicas moleculares rápidas como el GeneXpert, ha resultado en un incremento aparente de la incidencia de la TB en los cinco últimos años de 34.1 a 35.6 por cien mil habitantes.

Durante esta Presidencia de Paraguay se solicitará a los Estados parte, volver a convocar a la Comisión Intergubernamental de Tuberculosis para proseguir con las tareas pendientes.

La Red Nacional de Laboratorios cuenta con 147 laboratorios de análisis clínico, 102 prestan servicio de diagnóstico de tuberculosis, 38 servicios de salud cuentan con unidades básicas de baciloscopía, hay 14 laboratorios de cultivo, 7 con diagnóstico molecular rápido, un laboratorio con nivel de seguridad 3 se estará implementando para junio y permitirá el desarrollo de pruebas de sensibilidad y tipificación genotípica en tiempo real.

Mi país está en el corazón de América. Tiene 406.752 km² y somos 7 millones de habitantes, una realidad diferente a la de otros países que tienen capitales con esa cantidad de personas.

Hemos incluido en el sistema del diagnóstico el GeneXpert que nos ha sido de mucha utilidad. Ayer tuve la bendición y la gracia de visitar el Instituto Nacional de Salud de Perú, porque en esto no se puede perder tiempo. Los médicos somos 24/7 y cuando venimos a estos países con más experticia y con mayor cantidad de casos, debemos aprovechar cada segundo de nuestra estadía aquí para aprender e indagar. Visité el INS y fue atendido por el Dr. César Cabezas, una excelente persona y profesional, y recorrimos los laboratorios del Instituto. Por fin, después de ser Ministro de Salud, aprendí cómo eran las técnicas moleculares que leía en los libros y me parecía tedioso. Ellos me mostraron en vivo cómo se hacía eso. Imagínense para nosotros lo que es ver un laboratorio de nivel 3, que ahora se va a habilitar en nuestro país. Fue una maravilla la experiencia que adquirí y voy a llevar al Paraguay. Además, vamos a firmar un Memorándum de entendimiento con el Dr. Cabezas y el INS para el uso conjunto de tecnología diagnóstica no sólo para TB sino en arbovirosis, en lo que ellos están muy adelantados. Al Dr. Cabezas mi público reconocimiento y agradecimiento por su atención en el día de ayer.

Estoy convencido de que la decisión política firme, debe ir acompañada también de explicarle al Ejecutivo y al Legislativo, los números y la realidad de esta enfermedad catastrófica en el mundo. Si nosotros no nos sentamos a dialogar y a hablar en un lenguaje común y sencillo con nuestros gobernantes, no lo van a entender nunca. Debemos acostumbrarnos a llevarlos al campo de batalla, que pisén los hospitales, que vean cómo está la gente.

Yo había dicho que la salud pública no se puede manejar detrás de teclas. Hay que sentirla, vivirla, para poder tomar determinaciones con respecto a lo que necesitamos en cada uno de los países. Para el año 2020 la red nacional de laboratorios de TB tendrá la capacidad para diagnosticar más del 90% de los casos nuevos sensibles y resistentes previstos.

Para el 2015 la oferta de diagnóstico rápido a los casos presuntivos de TB estará disponible para todos los pacientes que así lo requieran en todos los niveles.

Muchísimas gracias.

Moderador

Muchas gracias, Doctor. Vamos a presentar ahora a Carina Vance Mafla, ecuatoriana, graduada en Ciencias Sociales en el Liceo Internacional, y en Historia y Ciencias Políticas en Massachussets. Máster en Salud Pública. Ministra de Salud de Ecuador del 2012 al 2015. Actual Directora Ejecutiva del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud de UNASUR.

Carina Vance. ISAGS



En primer lugar, quisiera saludar a todos los presentes, agradecer muchísimo la invitación de la Doctora Nila Heredia, al Organismo Andino de Salud, con el cual hemos hecho un esfuerzo de trabajar coordinadamente,

para lograr una mayor convergencia entre los países, también con la colaboración de la OPS. Deseo saludar a las autoridades de cada uno de los organismos presentes, de COMISCA, la CAN, MERCOSUR, también a los representantes de los países.

Es difícil articular eventos así en los que podamos discutir con los ministros y autoridades. Es un encuentro muy emotivo porque los cambios que queremos, si bien trabajamos mucho para tener las estructuras correctas y las instituciones que puedan hacerlo como máquinas que funcionen, dependen de nosotros; esas máquinas, esas estructuras, están manejadas por personas. Realmente el hecho de tenerlo a usted, Ministro de Salud del Paraguay, tan comprometido con este tema en particular, lo convierte en un líder para la región. Para nosotros es un gran privilegio poder compartir con usted en este foro.

Voy a contarles brevemente qué es el ISAGS, de dónde venimos. El Instituto Suramericano de Gobierno en Salud tiene pocos años de existencia. Fue creado por los Ministros de Salud en el Consejo de Salud Suramericano en el año 2011, teniendo como antecedentes el Foro de UNASUR creado en 2008. Realmente esta había sido una idea previa de los Jefes de Estado, que ha tenido un enfoque muy fuerte sobre lo social. En efecto, el segundo Consejo en ser creado fue el Consejo de Salud Suramericano, primero fue el Consejo de Defensa, tenemos varios Consejos como el de Educación, Cultura, etcétera, que lo convierte en un espacio idóneo para algo que hemos mencionado mucho y que debemos obviamente seguir trabajando para lograrlo: trabajo intersectorial. Buena parte de lo que tiene que ver con la tuberculosis se nos escapa de las manos desde

el sector salud y está relacionado con temas determinantes sociales como la pobreza, la inequidad, el poco acceso a la educación, etcétera. Nosotros desde salud tenemos esa función, esa responsabilidad de insertar estas preocupaciones en otros sectores, y es algo difícilísimo por más que se ha posicionado el tema de salud en todas las políticas. Sabemos que en la práctica eso es muy complejo y UNASUR representa la posibilidad de una mayor articulación con los otros Consejos que se han conformado por los 12 Ministros de las distintas áreas.

Algo que destaca a la UNASUR también es que, desde su concepción, desde su nacimiento, la salud es considerada un derecho. Entre los objetivos estratégicos de la UNASUR está lograr sistemas de salud universales y esto ha sido algo recurrente en las exposiciones que hemos escuchado: la necesidad de no repetir sistemas que han sido diseñados como programas verticales, que han dejado de lado aquello que va a tener un impacto no sólo a la enfermedad que nos preocupa en el momento sino en el bienestar y la salud de la población. Nos hemos propuesto a acompañar el fortalecimiento de los sistemas de salud, la rectoría de los ministerios, la gobernanza en salud y la formación de líderes en salud, justamente para poder posicionar estos temas y el trabajo intersectorial.

El Consejo de salud sudamericano ha conformado grupos técnicos de trabajo en las áreas de vigilancia de recursos humanos, de sistemas de salud universales, acceso a medicamentos y determinantes sociales, todos integrados por los propios Ministerios de Salud. Y tenemos seis redes estructurantes que incluyen la Red de Institutos Nacionales de

Salud, la Red de Institutos Nacionales de Cáncer, de Escuelas de Salud Pública, la Red de Escuelas Técnicas en Salud, la de Oficinas de Relaciones Internacionales, y la Red de Riesgos y Desastres.

En ese sentido, las autoridades le dieron la responsabilidad al Grupo Técnico de Recursos Humanos de generar una instancia dedicada a un centro de pensamiento estratégico en salud que puede ser un respaldo a la gestión de los Ministerios. El grupo de recursos humanos incluye personas que estuvieron involucradas en ese proceso, la propia Nila, José Castro me comentaba ayer de su participación también, y junto con otras personas muy valiosas en el campo de la salud pública, crearon el Instituto, con este enfoque de fortalecer la gobernanza de salud y formar líderes de salud en nuestra región.

Entre los procesos que nosotros llevamos a cabo se incluyen talleres con los funcionarios de los Ministerios en base a las prioridades que ellos mismos identifican. El año pasado tuvimos más de 350 personas participando en diversas actividades que organizamos conjuntamente con otras instituciones, procurando siempre la convergencia, que es clave. Por eso reitero mi agradecimiento a la apertura del Organismo Andino para trabajar con nosotros.

A pesar de haberse creado el ISAGS en el 2011, es en el 2016 que el gobierno de Brasil finalmente realiza todo el proceso para reconocerlo como organismo internacional, con nuestra sede en Río de Janeiro. Eso nos permitió realizar un proceso de reclutamiento de cuatro especialistas que hoy nos acompañan en el Instituto y que nos han ayudado a

robustecer nuestra capacidad para cumplir con nuestra misión. Me acompaña Eduardo, nuestro especialista en vigilancia, quien antes de llegar al ISAGS fue el director de vigilancia del Ministerio de salud de Brasil y esa es nuestra aspiración, tener expertos que puedan acompañar el trabajo. También está Luana Bermúdez, nuestra coordinadora de relaciones internacionales que es otro de los ejes de nuestro trabajo: el apoyo a los países porque nos debemos a ellos y todos los estudios los realizamos coordinadamente con ellos. Así tenemos hoy cuatro especialistas en las áreas que han priorizado los ministros: Vigilancia, Determinación social de la salud, Sistemas de salud universales, y Acceso a medicamentos.

La información que hemos recibido aquí hoy, ha sido muy enriquecedora pero tal vez en base a los datos que nosotros manejamos, debemos resaltar que a nivel de los 12 países de la región Sudamericana entre el año 2000 y el 2015 vimos que la incidencia promedio para TB se redujo en más del 22% y la tasa de mortalidad en los 12 países en esos años bajó más de 37%. No obstante, observamos que a partir del 2010 decrece la intensidad de la reducción que habíamos estado teniendo en años anteriores. Este tipo de análisis es adecuado para ver qué políticas fueron las que más impacto tuvieron en etapas de éxito y poder identificar qué ha pasado luego para que se haya reducido la intensidad con la que estábamos disminuyendo la incidencia de la enfermedad.

Hay una heterogeneidad muy grande en las regiones, se ha planteado la necesidad no sólo de que cada país avance sino de que avancemos juntos.

Todavía tenemos grandes diferencias en la región donde, por ejemplo, en relación a la incidencia hay una variación tal que hubo un país con una reducción de casi el 50% en el período de 2000 a 2015 pero tuvimos otros con casi un 40% de aumento. Hay mucha disparidad, mucha inequidad dentro de la región. Ese es un enfoque que debemos tener, hay muchas fortalezas y necesitamos identificarlas en espacios como éste. Revisar qué países han tenido mejores resultados, qué se está haciendo bien, qué hacer en los demás países.

Mientras escuchaba las demás presentaciones pensaba que aquí debe haber personas que escuchan alguna información por primera vez, y eso es algo muy rico, que aprendamos cosas nuevas que nos ayuden a llevar a cabo nuestro trabajo. Pero estoy segura de que también hay personas que veían la información y sentían que ya la habían visto muchas veces y la conocían muy bien. Esas diferencias son justamente las oportunidades que tenemos de compartir entre nosotros para avanzar juntos.

Algo que nosotros hemos identificado como importante en base al trabajo de los propios países es el tema de información de datos, tenemos muchos datos regados en distintas fuentes que reflejan distintas realidades. Y eso es algo que ha significado una dificultad para nosotros: los datos disponibles no permiten presentar el caso suramericano de un modo organizado. Es un planteamiento que nos hacemos en el ISAGS para abordarlo y poder contribuir con esto.

La Declaración de Moscú en noviembre, donde estuvimos presentes, mostró avances en cuanto a estas pautas, en especial en cuanto al

abordaje de determinantes sociales, que es un quiebre que nos parece importante destacar como ya lo han hecho también otras personas. Es fundamental marcar que los logros alcanzados en la mayoría de los indicadores epidemiológicos sólo son sostenibles y se avanzará en la reducción de las desigualdades y en particular de las inequidades en la medida en que cumplamos los compromisos del llamamiento a la acción de este documento que dice que “para transformar radicalmente la lucha contra la tuberculosis necesitamos abordar todos los determinantes de la epidemia, en particular mediante un compromiso de alto nivel para poner en marcha y aplicar un enfoque multisectorial; conseguir progresos rápidos hacia el objetivo de la cobertura sanitaria universal mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud, y a la vez garantizar el acceso universal a la prevención y atención antituberculosas de calidad centradas en las personas, velando por que nadie se quede atrás”. La cobertura sanitaria universal queda como un fin en sí mismo y eso es algo que debemos destacar: los sistemas de salud universales. En especial la estrategia de atención primaria en salud ya por celebrar 40 años de la declaración de Alma Ata vale la pena rescatarla, y aunque no es referida explícitamente podría garantizar sin duda la mayor inclusión de las personas afectadas por tuberculosis y los grupos de mayor riesgo en cuanto a las acciones de detección, búsqueda activa, investigación de contacto, y tratamiento.

Finalmente, la estrategia de avanzar en la lucha contra la tuberculosis en el marco de los ODS, como ya nos había comentado el representante de la OPS, se propone alcanzar el 90% de cobertura de detección y tratamiento con el uso de tecnología recomendada por la OMS, y hace

también referencia a la disponibilidad de equipos e insumos con precios accesibles, pues gran parte de las tecnologías no cumplen con esos parámetros en cuanto a tratamiento de cepas anti drogo resistentes y métodos de biología molecular.

Qué podemos hacer desde el ISAGS. Nosotros hemos actuado de forma conjunta con otras instancias de UNASUR y otros organismos regionales también como ORAS-CONHU y OPS en cuanto al fortalecimiento de la gobernanza de los sistemas y acciones de promoción, prevención, vigilancia, que pueden generar impacto sobre la carga de enfermedad. Algo que hacemos con mucho interés y con mucho gusto es la participación en el Comité Asesor Regional para las subvenciones regionales en Latinoamérica y El Caribe. Agradecemos al Organismo Andino por la invitación para participar en este espacio, involucrarnos y apoyar también a la ejecución del proyecto en lo que nosotros podamos. Así mismo, somos miembros de la delegación de Latinoamérica y el Caribe en la junta directiva del fondo mundial.

Ya puntualmente, el ISAGS realiza acciones pertinentes de forma coordinada con el grupo técnico de vigilancia que tiene en su agenda, y esto por una definición de los propios ministros, las enfermedades transmisibles priorizadas como la tuberculosis y la resistencia antimicrobiana con la Red de Institutos Nacionales de Salud que agrega instituciones de investigación y desarrollo científico con capacidad de desarrollo de herramientas diagnósticas y otras tecnologías necesarias para la detección y tratamiento de la tuberculosis. Estamos este año haciendo un taller para poder acompañar a los países en el diseño y

mejora de sistemas de monitoreo propios para el cumplimiento del reglamento sanitario internacional que también tiene relevancia en cuanto a este tema.

En el área de sistemas de salud nosotros estamos realizando este año en mayo una conferencia sobre redes y esto de aquí consideramos que es fundamental también para el abordaje de tuberculosis. Esta es una iniciativa que tuvo Uruguay de incluirlo en el plan de trabajo nuestro y lo que aquí planteamos es ver cómo estamos los países en cuanto a algo que ha sido un problema bastante común: el de la fragmentación, el de tener sistemas que para los pacientes desde su mirada son laberintos muy difíciles de navegar, y el tipo de impacto que puede tener eso en cuanto a nuestra efectividad en la atención a las personas. En ese evento nosotros también validaremos el primer esfuerzo que estamos desarrollando de la plataforma de monitoreo de asimetrías de los sistemas de salud, que es otro de los productos que estamos lanzando.

Este año, a fines de marzo, tendríamos una nueva página web con una concepción distinta. Hoy en día es importante hacer este análisis y contar con una página institucional que sirva de herramienta útil para los países. La plataforma plantea el poder agregar datos a nivel sudamericano de los 12 países, de fuentes que ya tenemos de OMS, de OPS, de CEPAL, con la que hicimos un trabajo de capacitación una semana para hacer uso óptimo del estatus de CEPALSTAT y poder agregar datos epidemiológicos y económicos como estos que nos han compartido el día de hoy. Eso es importantísimo, sobre todo para interlocutores como los jefes máximos de los gobiernos o nuestros Ministros de Finanzas, debemos poder

traducir esta información para que puedan apoyar nuestras iniciativas. Asimismo, estamos trabajando con CEPAL en el marco de monitoreo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y planteamos con ellos apoyar en el seguimiento de estos indicadores, incluyendo los establecidos para tuberculosis.

En cuanto al tema de medicamentos, quisiera también compartirles algunos avances que tenemos y esto lo hacemos de conjunto con el grupo de medicamentos de UNASUR que es uno de los más activos. Estamos realizando el mapeo de capacidades productivas a nivel regional tanto de la parte pública como privada y realmente pensamos que este es un insumo necesario para la toma de decisiones, para la producción nacional de medicamentos y es un proyecto del fondo de iniciativas comunes financiado por los propios países. Ya tuvimos un proyecto anterior del Banco de precio de medicamentos que se lanzó a fines del 2016 y también presenta oportunidades interesantes. Imagínense 34 medicamentos que están en ese sistema subidos, el tiempo que tomó en definir cuáles eran los medicamentos y vacunas que era necesario incluir en el sistema y hacer que los datos fueran comparables entre los países. Con este Banco de precio de medicamentos logramos demostrar que si los 12 países sudamericanos adquirieran solamente estos 34 medicamentos al precio menor que haya conseguido cualquiera de los países, el ahorro anual sólo para los 34 medicamentos sería de mil millones de dólares. Entonces cuando hablamos acerca de dónde debemos invertir y cuáles son las estrategias más efectivas, también tenemos que pensar en dónde estamos perdiendo eficiencia, en dónde estamos perdiendo recursos que podrían redireccionarse

de mejor manera. Y esto me lleva a otra cosa que vamos a hacer este año y es el tema de la judicialización de la salud y la judicialización de medicamentos, sin decir que los procesos de judicialización no sean absolutamente legítimos y hayan servido para avanzar en cuanto al cumplimiento de derechos desde el punto de vista de la ciudadanía. El propio acceso a medicamentos antirretrovirales para VIH es un ejemplo y esto se logró porque las personas batallaron por lograr que los Estados cumplan con ese derecho. Sin embargo, lo que también estamos viendo en estos últimos años sobre todo y con una creciente tendencia en los países, es la judicialización de medicamentos donde no necesariamente tenemos evidencia de su eficacia y efectividad, y donde en muchos casos son medicamentos de muy alto costo. Yo recuerdo que el Ministro Gaviria de Colombia, con quien me reuní en el 2013, en ese entonces me dijo sólo en un año habían tenido que gastar mil millones de dólares por casos judicializados, y si vemos la situación en Brasil y en Argentina, Ecuador, Chile y los demás países, estamos en una situación en la que los recursos limitados que tenemos en el sector salud una buena parte de ellos, y desafortunadamente una parte creciente de ellos, está yendo a la compra de medicamentos que no necesariamente tienen evidencia de su efectividad. ¿Y de dónde salen esos recursos? No son los Ministerios de finanzas que le dan un poco más de presupuesto a los Ministerios de salud para cubrir esa necesidad; están saliendo de los recursos que dejamos de usar en otras áreas. Este año vamos a hacer el primer estudio a nivel regional sobre qué está pasando en cuanto judicialización y cuáles son los impactos sanitarios y económicos de esta problemática.

En recursos humanos, que es otro de los temas están fundamentales, tenemos problemáticas similares en los países con dificultades en formación, brechas en distintas especialidades. Una decisión de los Ministros de salud a inicios de septiembre del año pasado fue que podamos construir lineamientos comunes para la construcción de políticas. La directriz es que sigamos trabajando, y es un tema que ha liderado mucho la OPS y el propio Organismo Andino de Salud. Esto lo está liderando y coordinando este año el Ministerio de Salud del Perú.

Sólo quiero mencionarles algunos temas más y son también importantes. Un estudio sobre participación social, que es un elemento fundamental para lo que estamos hablando: mecanismos de participación social donde tengamos cercanía con las comunidades y las poblaciones usuarias de nuestros sistemas, para que puedan aportar a la construcción de políticas y de estrategias efectivas. Otro proceso a destacar es que el año pasado tuvimos un curso de diplomacia en salud en el contexto de la integración Sudamericana con la participación de más de 60 personas de Ministerios de Salud Pública y de las cancillerías que tuvieron un curso de varios meses con el aval académico y la organización de Fiocruz y OXFAM, y por medio de los países lo tendremos anualmente comenzando este año con el curso de gobierno en salud. Es un curso virtual pero que nos está generando la posibilidad de tener mayor cercanía con las personas que están encargadas de estos procesos dentro de los Ministerios. Ahí tendremos un módulo en particular de recursos humanos que fue un pedido y esperamos aporte a la construcción de los lineamientos.

Un producto que nosotros lanzamos el año pasado fue la sistematización de las guías de práctica clínica de los países, solamente las emitidas por los Ministerios de salud. En nuestro sistema tenemos más de 100 guías de los 12 países. Una de ellas es una guía de práctica clínica relacionada con tuberculosis y aspiramos a que, en la medida en que los ministerios desarrollan las guías de práctica clínica, podamos tener un sistema cada vez mayor de información para los demás países. Las guías de práctica clínica son una parte fundamental también de la atención y las requerimos como parte de una estrategia para cumplir con nuestros objetivos.

Algo nuevo que propongo es el lanzamiento de nuestra página web con el libro de Sistemas de salud cuya primera edición en el 2012 devino en un libro que se convirtió en una referencia a nivel suramericano de los sistemas de salud que tenemos pero que en esta coyuntura del uso de las tecnologías se nos abre la oportunidad de actualizarlo y relanzarlo no como un libro físico sino potenciar la herramienta de la página web y de las nuevas tecnologías para tenerlo siempre actualizado de tal manera que pueda ser un reflejo al Día de cómo están funcionando los sistemas con distintos enfoques. Ahí se abordan temas de vigilancia, recursos humanos, lo que está pasando en los distintos países, y está también puede ser una contribución para estos espacios de integración.

Finalmente quiero ratificar la disposición del ISAGS, así como SECOMISCA, ORAS-CONHU y otras instancias, para ayudar a identificar procesos de coordinación y temas de cooperación tanto bilaterales como multilaterales. Muchísimas gracias.

Moderador



Muchas gracias. Cerrando la ronda de nuestros panelistas, toca presentar a la Doctora Nila Heredia Miranda, que ya ha sido presentada anteriormente en su otra intervención. Solamente voy a destacar su carácter de líder “genéticamente determinada”, que ha asumido la Coordinación General de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social.

Nila Heredia. ORAS-CONHU



Yo voy a ser breve porque ya he presentado. Más bien permítanme incidir en un tema puntual. Estamos creyendo todos claros de la importancia de contribuir hacia esta meta de Fin a la tuberculosis y entendemos que la determinación social nos desafía a pensar cuáles son los cambios que necesitamos hacer en los países y en las fronteras cuyas realidades son distintas. Allí hay migraciones de poblaciones permanentemente por varias razones, por un tiempo van a un lado, por un tiempo a otro. La sociedad tiene una lógica y hemos estado viendo que los temas que se están abordando no pueden quedarse como temas sueltos. Estamos hablando de tuberculosis, pero no es el tema per se, sino la salud de las personas lo que nos interesa. Ubicarnos en qué momento estamos. Es una etapa en la que todos estamos pendientes de qué va a pasar sobre el cambio climático, una situación sumamente compleja porque nos está llevando a una serie de desastres que se van produciendo y en los que la mayoría de la gente que va siendo más agredida es la gente pobre,



que al mismo tiempo tiene encima toda esta situación de dificultad en su perfil epidemiológico. No es fácil enfrentar el cambio climático y los desastres porque dejan de rémora una serie de problemas sociales en los que inciden factores diversos. No sólo es la tuberculosis. Nos ubicamos en un contexto de cambio climático donde las condiciones empeoran, en un contexto de grandes migraciones. Entonces pensemos cómo y por qué los organismos de integración debemos contribuir y coadyuvar a resolver esto.

No es suficiente con que nuestros establecimientos funcionen muy bien, hay que trabajar. No basta con que los laboratorios tengan toda la experticia, hay que trabajar. Si bien se han bajado los indicadores de pobreza, las inequidades y las brechas son muy grandes. Si incorporamos estos fenómenos que indican lo que ocurre de trasfondo, nuevamente nos ponemos a pensar cómo apoyamos.

La situación de los migrantes es un tema importante que no va solo a tomar en cuenta la referencia y contrarreferencia, debemos entender lo que acontece en todo nuestro planeta, pero particularmente en nuestro continente como una realidad concreta. Si bien como Organismo Andino de Salud estamos viendo la tuberculosis como un asunto que hoy nos congrega, esto nos está trayendo una realidad: cuáles son los fenómenos sociales y económicos y cómo inciden en una tarea que nos reúne alrededor de un tema técnico que es el perfil epidemiológico de la tuberculosis.

Esta reunión nos permite no esperar pasivamente por los resultados de los países sino discutir qué más podemos hacer desde los organismos de integración, cómo podemos ayudar a este trabajo. Las tareas que desarrollamos no tienen límites, nosotros también trabajamos la salud en las fronteras porque partimos del principio de que la diplomacia no sólo es a nivel de cancillerías. En las fronteras se da la diplomacia de los pueblos y es allí donde va y viene la gente, y se quedan. Así es el fenómeno de las migraciones.

Quiero invocar a las iniciativas que nos indiquen dónde más podemos poner la atención, insistiendo en dos mensajes o encargos que nos han hecho los ministros de salud del área andina: Uno, el tema de migración y cómo ayudamos desde la lógica social y sanitaria toda vez que salud no es una cuestión puramente técnica sino el conjunto de acciones que van de manera transversal construyendo bienestar en este contexto de cambio climático; Dos, la atención en los pueblos originarios, ya que en el caso del área andina nosotros tenemos un porcentaje de población nativa y afrodescendiente de por lo menos un 30% del total, donde lastimosamente siguen concentrándose la pobreza y las inequidades y ahí es donde aparece la tuberculosis. Por ello, el reto que tenemos nosotros como organismo de integración no es de números sino de cómo aportar para que al hacer una actividad trabajemos con gente que no distingue frontera, porque todos somos iguales, de la misma región, y todos somos del Abya Yala, como dicen nuestros pueblos indígenas originarios.

Deseo terminar agradeciéndoles y llamando a las iniciativas de cada uno, reiterando esta invocación: qué más podemos hacer desde los organismos de integración. Muchas gracias.

Moderador

Gracias Doctora Heredia. Ahora para cerrar el foro y como fue anunciado, vamos a ceder la participación a los que quieran hacerlo, pidiéndoles que podamos aportar con algunas ideas adicionales a los mecanismos y organismos de integración regional que están aquí presentes y quisieran conocer sus importantes criterios. Tienen la palabra y levanten la mano, por favor.

Tenemos dos personas que pidieron la palabra...

Les vamos a agradecer, por supuesto, ser breves e identificarse en primer lugar. Adelante.

Fabiola Rojas. Perú



Señores Ministros, Secretarios de Salud, autoridades y demás asistentes, deseo que hoy para ustedes haya sido un distinguido día y que realmente hayan pasado un placentero momento. Estamos reunidos en este evento tan

importante para el futuro de la respuesta contra la tuberculosis en las Américas.

Mi nombre es Fabiola Rojas Coica, soy peruana, del distrito de Villa El Salvador, reconocido como la ciudad mensajera de la paz y ganador del Príncipe de Asturias. Les doy la bienvenida a mi país. Es un honor estar aquí presente en representación de las personas afectadas por tuberculosis a nivel de Perú.

La tuberculosis es una enfermedad que realmente sí tiene cura. Cuando se detecta a tiempo podemos evitar muertes y sufrimientos, no solamente del afectado sino también de su familia y de la comunidad en general. En verdad, estos son momentos que me hacen recordar tantas cosas... Cuando me detectaron tuberculosis mi vida cambió, dio un giro de 180 grados y me vi bajo otra realidad, el mundo cambió totalmente para mí y para mi familia. De pronto, yo me sentía enfrentada con el enojo, con el estigma y la discriminación. Pude darme cuenta de que la tuberculosis afecta todos los espacios y los aspectos de nuestras vidas. A mí me tocó vivir momentos muy difíciles. Vengo de una familia que ha hecho una cadena con el tema de la tuberculosis. Mi madre sufrió tuberculosis cuando ella todavía tenía 40 años, que ahora en paz descanse. Mi hermano a los 22 años sufrió tuberculosis. Mi padre a los 58 años, que también en paz descanse. Mi sobrina a los 13 años también tuvo tuberculosis; y quien les habla, yo, a los 33 años sufrí tuberculosis y por esa primera vez hice tuberculosis MDR, que es fatal. Fatal para mí. Fatal para mi familia. Y fue muy fatal para mi hijo. Porque... ¿quién puede aguantar tantas inyecciones? Jamás en mi vida había apreciado

más un domingo. Durante esta etapa yo adoraba los domingos porque ese día no recibía las inyecciones. No quería ni siquiera que acabaran los domingos.

Tuve que ocultar esta enfermedad en mi centro de trabajo, en mi comunidad y hasta ante algunos miembros de mi familia, porque yo sentía vergüenza, quizás temor. Incluso me sentía tan responsable por haberme enfermado... Discutía con mi hermano echándole la culpa porque él hizo primero tuberculosis, y uno cambia totalmente, ya no eres la misma persona. Quien haya, en esta sala, tenido tuberculosis yo sé que me está entendiendo y me comprende. Por más que quise mostrarme más fuerte, muy dentro de mí realmente yo me sentía morir, estaba casi muerta, no sabía qué hacer conmigo misma. Muchas veces, no solamente yo sino muchas personas que conozco y hasta los miembros de mi familia, fuimos maltratados, incomprendidos, nuestros derechos fueron vulnerados, haciéndonos creer que nos hacían un gran favor dándonos los medicamentos para nuestra cura y recibiendo un poco de alimento para el complemento de nuestra olla común en el hogar.

Yo entré en una controversia porque cuando yo terminé mi tratamiento no me quería ir del centro de salud. No sé, sentía nostalgia cuando me dijeron que ya me había curado y me tenía que ir. Sentía que yo he dejado algo sin resolver, algo que no había terminado aún. Yo sentía que tenía algo pendiente con la tuberculosis. Hoy no solamente soy representante de las personas afectadas con tuberculosis ante CONAMUSA sino también soy miembro de la red de personas afectadas del Perú. En este grupo

participan todas las personas que han sido afectadas, sobrevivientes o que actualmente sufren de tuberculosis.

Toda esta experiencia que me tocó vivir, me impulsó a dedicar mi vida a la lucha contra la tuberculosis y las injusticias sociales. En esta posición como defensora de los derechos de las personas afectadas por tuberculosis, como representante de las personas afectadas ante la CONAMUSA, y como parte de nuestra contribución desde la sociedad civil a la integración regional en las Américas hacia la meta del fin de la tuberculosis, no solamente traigo mi palabra sino el mensaje y el pedido de todas estas personas a quienes represento: poner a los afectados en el centro de una atención integral basada en sus derechos humanos; mejorar el acceso a la salud y el del diagnóstico temprano con laboratorios de calidad, con tecnología de punta, con insumos necesarios y horarios accesibles, facilitando también laboratorios móviles; crear acuerdos internacionales para el diagnóstico y tratamiento oportuno de las comunidades migrantes de nuestro país; asegurar tratamientos apropiados para las diferentes modalidades de la tuberculosis, incluyendo las nuevas drogas disponibles en el mercado como, por ejemplo, la bedaquilina y el delamanid, y si es posible cero inyecciones, que sí se puede lograr y más está en la toma de decisiones de quienes están aquí sentados; capacitar al personal de salud a dar un buen trato compasivo hacia el afectado, promoviendo campañas antiestigma y creando leyes antidiscriminación; asegurar el soporte social y de salud mental a las personas afectadas por la enfermedad; promover, respetar y respaldar leyes asegurando financiamientos intersectoriales para su

sustentabilidad; -no se olviden de nosotros. Nosotros también somos muy importantes para esto, involúcrennos- involucrar a la sociedad civil y a personas afectadas, de forma significativa en la toma de decisiones, misiones, planes y programas de tuberculosis a nivel nacional y regional; incluir a las personas afectadas y a la sociedad civil en las normas técnicas para realizar la vigilancia ciudadana; garantizar atención de calidad y apropiada a poblaciones clave, en estado de vulnerabilidad como las privadas de la libertad, migrantes, poblaciones nativas, personas con VIH, con diabetes, afrodescendientes, usuarios de drogas, personas con problemas de Salud Mental, entre otras poblaciones desatendidas.

Lo que pedimos realmente aquí es un cambio para el paradigma de ver a la tuberculosis no como un problema sanitario. La tuberculosis es un problema social que requiere ser entendido desde el ángulo humano y desde el marco de los Derechos Humanos.

Para terminar, deseo hacer un llamado a los que aún no han firmado la Declaración de Moscú, que la firmen, les invito a que la firmen. Desafortunadamente, las Américas tuvo poca participación en la Cumbre Ministerial. Ahora, en miras de la primera reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre tuberculosis, los instamos a que participen activamente, llamando a sus presidentes a poner la tuberculosis como una prioridad, asistiendo a la reunión que será en septiembre próximo. Quiero aprovechar este espacio, Señor Viceministro, para hacer llegar este pedido a nuestro presidente para que él esté presente en este importante evento y que su presencia sea la muestra de su compromiso, que nos represente. Dígale que vaya, que no falte, que es muy importante para nosotros los peruanos.

El Fin de la tuberculosis sólo será posible si todos y todas trabajamos en forma organizada, conjunta y realmente comprometidos. Yo les doy muchas gracias por su presencia, por ese tiempo que ustedes dedican a tanta gente que en verdad lo necesita y nos necesita. Les doy y les hago llegar el inmenso saludo y un abrazo fraterno de cada uno de mis compañeros, que seguramente ellos también habrían querido estar aquí presentes. Somos cerca de doce organizaciones activas en la Ciudad de Lima. También le pediré a la señorita Lucrecia, que está con nosotros, un momento de su tiempo. Un abrazo fraterno para cada uno de ustedes. Gracias.

Moderador 

Continuamos, por favor. Muchas gracias. Tiene la palabra el representante de Ecuador.

Carlos Durán. Ecuador 

Mi nombre es Carlos Durán y soy Viceministro de Gobernanza y Vigilancia del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Quiero agradecer a la representante de la sociedad civil y de los pacientes afectados con tuberculosis. Gracias por traer esas palabras a esta mesa. Luego, mi saludo al ORAS CONHU, al Ministro de Salud de Paraguay, a todos los colegas Ministros y Viceministros de la región, a Alejandro de SECOMISCA. Un



saludo especial a Carina, a quien admiramos y respetamos por su trabajo como Ministra de Salud en el Ecuador cuando le tocó esa función y ahora como Directora Ejecutiva del ISAGS.

Nila preguntaba hace un momento qué podemos aportar desde los países a los Organismos en su trabajo en el marco de la estrategia Fin a la tuberculosis. Yo quisiera tocar dos temas en el gran marco de temas posibles que se pueden abordar en el contexto de la tuberculosis.

El primero tiene que ver con los sistemas de información, también Karina lo mencionaba: la dificultad de conseguir datos que nos permitan un nivel mayor de calidad y el mejoramiento de la toma de decisiones. Y yo quería aumentar un adjetivo al sistema de información que me parece es fundamental y estamos en el momento en que lo podemos hacer. Ese adjetivo es “nominal”. Sistemas de información de seguimiento nominal. Estamos en un punto crítico muy importante. Los países ya tenemos la tecnología suficiente para saber exactamente dónde están nuestros pacientes con tuberculosis, cómo se llaman, qué tipo de prestaciones han recibido, dónde viven. No tenemos excusa en estos momentos para no saber si no completaron su tratamiento o no encontrarlos para que regresen a recibir su tratamiento. Entonces me parece que cuando pensamos en sistemas de información deberíamos hablar, al menos en el nivel operativo, de un sistema de registro nominal.

El siguiente aporte tendría que ver con algo que me parece fundamental, ha sido tratado por algunos actores en esta mesa y tiene que ver con la protección social. Creo que es otro de los aspectos importantísimos

que tendríamos que abordarlo a lo interno de nuestros países pero también a nivel regional, entendiendo que la salud en general no es un constructo únicamente que tiene que ver con los ministerios de salud sino que va mucho más allá. Ante un problema de salud específico como la tuberculosis, necesitamos abordajes mucho más amplios y en ese sentido el concurso, la participación, de los Ministerios de Protección social (en el caso de Ecuador, de Inclusión económica y social; en muchos países también los tienen juntos con el Ministerio de Salud) es muy importante. Esto sin llevarlo a la reducción de la protección social vista como la entrega de un bono económico para que el paciente reciba o no el medicamento, de ninguna manera. Se trata de una concepción mucho más amplia de la protección social.

Quisiera terminar con una frase de un libro que leí hace unos años sobre Antropología sanitaria a propósito del caso de tuberculosis en Haití. La frase que se me quedó del libro y me pareció lindísima, decía: Si usted le quiere dar tratamiento a un paciente con tuberculosis sin que este paciente tenga qué comer, es como bañarse en el lodo. Creo que de eso se trata la protección social y la concepción mucho más amplia del abordaje en tuberculosis. Muchas gracias.

Moderador 

Gracias. Por favor...

Karen Cummings. Guyana



Thank you very much. I must thank the organizers of this event, and for having me participate in this important function. This is my first visit to Lima, Peru.

And I am beginning to enjoy the warm friendliness of the peoples. I am also happy to have the ministers from the various parts of the Caribbean, South America. As you know, Guyana is the only English-speaking country in South America.

The tuberculosis situation is an important public health concern. And in Guyana there is the political will and commitment from the government. In Guyana we have seen the increase in the incidence of TB until 2002. The situation has changed significantly over the last fifteen years. A steady increase in the number of TB cases was noted since the introduction of the DOTS, directly observed therapy system. This will expand into all our ten governmental regions in Guyana, as we strive to decentralize the service, TB service, across the country. Thus, having eighteen sites, and providing diagnosis and treatment for TB. The case notification rate over the past five years decreased from 92 per 100,000 in 2012, to 74 per 100,000 in 2017. This is a good indication as TB has been on decline significantly in key populations, namely prisoners, children, and elderly. But what we have seen that HIV has been fueling the TB epidemic with a co-infection. The co-infection rate being 24% in 2017. We do know this has to decrease. And so TB and HIV programs are currently working to scaling up in some of these areas as preventive therapy in persons living with HIV.

However, despite the availability of effective anti-TB drug regimens, which last six months for drug-susceptible TB, and 18-24 months for drug-resistant TB, there is a challenge with lost-to-follow-up, defaulting, defaulters. Assuring adherence to treatment poses a challenge for end TB since the reasons for non-adherence are multi-factorial. As was mentioned today, the socioeconomic factors, having a multi-sectorial approach. We have found that socioeconomic factors such as lack of food, and dwelling places, financial difficulties, low education level, unemployment, lack of social support, are associated with TB non-adherence and lost-to-follow-up. And we know by extension this will increase the transmission, the morbidity, the risk of drug-resistance development and the financial burden to the end TB.

So the DOT, directly observed therapy, has been shown to increase adherence, but we still have our patients who are still defaulting and not complying with treatment. And so, in our own way, we have been giving a package including initiatives, and we call it enablers, so the patients in the high-burden regions are assessed for eligibility to receive enabler support, using an assessment form. Of course, the criteria include co-infection with HIV, and MDR-TB, positive sputum smear, and nutritional deficiency, and homelessness. However, below the WHO end TB strategy 2025 target of 90% treatment completion, the mainstream public health system in Guyana will continue to explore the possibilities to enhance social-economic support to the less fortunate TB patients. We plan to do that through implementation of robust initiatives which will target pillar two: bold policies and supportive systems of the end TB strategy. Hence,

we all wish that the social protection, poverty elimination, and actions, and all the determinants of TB will be addressed.

So, once again I do subscribe to our strengthening of our labs, our national reference lab, building the capacity, and of course helping our research and innovation sustainability.

I am very happy to be part of this conference today. It is very informative, an eye-opener. And I hope to take back some of these strategies to Guyana on my return. Thank you very much. Muchas gracias.

● TRADUCCIÓN

Muchas gracias. Gracias a los organizadores de este evento, por permitirme formar parte de esta importante tarea. Es mi primera vez de visita en Lima, Perú. Estoy disfrutando la cálida hermandad de la gente, y también feliz por la presencia de los Ministros y representantes de varios países de El Caribe, Centro y Suramérica. Como ustedes saben, Guyana es el único país de habla inglesa en esta parte del continente.

El problema que nos congrega es un asunto de enorme importancia para la salud pública y en nuestro país es un verdadero compromiso político para el gobierno. En Guyana hemos visto un aumento en la incidencia de la tuberculosis hasta el 2002. La situación ha cambiado significativamente durante los últimos quince años, con un aumento constante del número de casos desde la adopción de la estrategia DOTS o sistema de terapia

de observación directa, que nos permite estar más cerca de la realidad. Este sistema terapéutico se ha ido expandiendo a todos los niveles y diez regiones de gobierno de Guyana, a través de la descentralización de los servicios de salud y para la atención a la TB en todo el país. Contamos con 18 sitios para el DOTS que proveen diagnóstico y tratamiento para TB.

En el caso de la notificación, en los últimos cinco años la tasa disminuyó de 92 por cien mil habitantes en el 2012, a 74 por cien mil en 2017. Este es un buen indicador de que estamos controlando la tuberculosis en poblaciones clave: privados de libertad, niños, ancianos... Aunque la coinfección TB-VIH elevó el número de casos de tuberculosis el año pasado, el Programa Nacional de Tuberculosis y la Secretaría del Programa Nacional de VIH/SIDA están trabajando para ampliar la terapia preventiva con isoniazida en personas que viven con esta condición. La coinfección representó el 24% en el 2017.

A pesar de la disponibilidad de regímenes de medicamentos antituberculosos efectivos, que duran seis meses para la TB susceptible a los medicamentos, y de 18 a 24 meses para las formas resistentes, existe un desafío con los pacientes que se pierden durante el seguimiento, o lo abandonan. La duración de estos esquemas nos impone un reto para el control de la TB, además porque el curso de la enfermedad obedece a variables multifactoriales. Como se ha dicho aquí, el componente social de la enfermedad nos advierte la necesidad de un abordaje multisectorial, que incluye la atención a problemas socioeconómicos como la falta de alimentos, las dificultades de financiamiento, el bajo nivel educativo, el desempleo, la carencia de seguridad y apoyo social. Y sabemos por

extensión que esto aumentará la transmisión, la morbilidad, el riesgo de desarrollar resistencia a los medicamentos y la carga financiera para el Fin a la TB.

El DOTS mejora la adherencia al tratamiento, pero todavía tenemos pacientes que no cumplen o no completan el tratamiento. Así, a nuestra manera, hemos estado dando un paquete que incluye iniciativas de soporte con algo que llamamos habilitadores, que evalúan la elegibilidad de los pacientes en las regiones de alta carga para recibir su apoyo, utilizando un formulario de evaluación. Por supuesto, los criterios incluyen coinfección con VIH y TB-MDR, frotis de esputo positivo, deficiencia nutricional y falta de vivienda. Desde la implementación del sistema en Guyana, la tasa de éxito del tratamiento antituberculoso de los nuevos casos ha aumentado de menos del 50 % en 2005 a 78 %, según las cifras nacionales más recientes disponibles hasta el año pasado. Sin embargo, esto está por debajo del objetivo de la Organización Mundial de la Salud “Fin a la TB” para el 2025 de completar el tratamiento en un 90 por ciento.

Nosotros sabemos la tarea que es bajar la incidencia. Parte de la estrategia y del Programa Nacional de Control en el país consiste en ampliar la protección social, el alivio de la pobreza y las acciones sobre otros factores determinantes de la perpetuación de la situación de la TB. En Guyana tenemos estandarizados los regímenes de tratamiento de acuerdo a las recomendaciones de la OMS.

Guyana continuará explorando nuevas formas de mejorar las condiciones socioeconómicas de los pacientes con TB menos favorecidos, mediante la implementación de iniciativas más sólidas que se centrarán en el Pilar

2 de la Estrategia “Fin a la TB”, que son políticas audaces y sistemas de apoyo.

Finalmente, quiero suscribir nuestro compromiso a sostener el trabajo del Laboratorio de Referencia Nacional de TB mejorando sus capacidades diagnósticas y, por supuesto, profundizando en la investigación y en la innovación para la sostenibilidad de las acciones que hacemos. Estoy muy contenta de participar de las conferencias de hoy, han sido muy informativas, y lo compartido por ustedes aquí lo llevaré a Guyana para seguir explorando posibilidades de mejorar nuestra estrategia. Muchas gracias.

Moderador 

Continuamos con las intervenciones. Ahora el Dr. César Cabezas. Luego, la OPS.

César Cabezas. Perú 

Buenas tardes, señores Ministros de Salud y compañeros todos. Es muy grato asistir a una reunión donde tratamos de enfrentar problemas comunes y con objetivos comunes. Creo que para todos es un hecho que la tuberculosis no solamente es causada por el Mycobacterium tuberculosis sino, como ya se ha mencionado reiteradamente, los determinantes sociales siempre están presentes en su causalidad. Ha sido un gran



acierto de la OMS plantear estos Objetivos de Desarrollo Sostenible, que en realidad suman diecisiete pero al final apuntan todos a la salud y el bienestar. Ese enfoque nos va a ayudar a todos a caminar juntos poniendo todas las políticas en la salud y a la salud en todas las políticas. Si nos acercamos a esos objetivos, podemos avanzar juntos en ese sentido.

Quería nada más recordar que hace unos años, ya la Doctora del ISAGS nos hizo memoria, existía una Red de Institutos Nacionales de Salud de UNASUR, que tuvo una actividad muy intensa hasta el 2014 y creo sería importante retomar eso para el trabajo colaborativo considerando el rol que tienen estos institutos de investigación, que no es aquella que hace la academia, sino como una bisagra entre los investigadores de las universidades y de otras instituciones, y los tomadores de decisiones.

Por ejemplo, acá tenemos un problema concreto. Ha sido un gran avance el acortar los tiempos de diagnóstico utilizando técnicas moleculares. Acá en Perú se empezó a usar el Genotype. El GenXpert se está incorporado también. Entonces es un gran avance, como dijo nuestra compañera que fue paciente. Antes se demoraba un mes, dos, o más en tener un diagnóstico, en tener la prueba de sensibilidad. Ahora se puede tener eso en un día. Teóricamente podríamos llegar a eso pero no siempre es así por la variada geografía que tenemos. Pero la tecnología existe, hay que ver cómo se llega a eso. Otro tema que tenemos es el de los costos, y esto también es válido para VIH. Prácticamente estamos amarrados a una o dos empresas que provisionan los insumos, y en nuestro caso casi el 18% de nuestro presupuesto se va en comprar insumos. Cuando hay tecnología que sí podemos hacer in house, y podemos abaratar costos.

Y creo que ahí está el punto de encuentro entre los Institutos Nacionales de Salud o las entidades que hacen investigación en nuestros países con objetivos comunes.

Ustedes como Ministros, como decisores, plantean los objetivos, el camino y para eso están los técnicos, los científicos, para llevar a cabo sus mandatos y acercar estos diagnósticos a nuestros pacientes. Y estos no solamente son palabras, ya hay hechos. En el caso de arbovirus, que hemos tenido el honor de que el Ministro de Salud de Paraguay visite nuestro instituto, hemos desarrollado un kit para dengue y para fiebre amarilla. Y es in house, le hemos puesto un kit y eso lo podemos compartir, y no estar distantes con el desarrollo tecnológico que muchos de nuestros científicos y técnicos han ido a países del primer mundo, hay redes internacionales. Yo creo que de lo que hemos escuchado en estas propuestas, como común denominador quede combatir este problema desde el punto de vista biomédico, sin descuidar los determinantes sociales que también son importantes. Creo que podemos avanzar, y por eso yo pediría la reactivación de esta red de Institutos Nacionales de Salud con objetivos comunes de contribuir a mejorar las estrategias de prevención e intervención no sólo en tuberculosis e incluso no sólo en enfermedades transmisibles sino en las no transmisibles también. En el caso nuestro como Perú, estamos llanos a dar y a recibir lo poco y lo mucho que podamos. Muchas gracias.

Moderador

Muchas gracias. Tenemos la participación de la OPS, el Dr. González, y el Dr. Montoro.

Raúl González. OPS



Muchas gracias, voy a ser lo más breve posible en aras del tiempo. Yo no quisiera dejar pasar esta oportunidad para retomar las palabras de la Dra. Heredia y del Viceministro del Ecuador. Nuestra región, históricamente, por la comunidad cultural y lingüística, ha visto migraciones desde siempre y las personas se mueven de un lugar a otro. Además, tenemos en estos momentos -eso sucede en Centroamérica, vemos cómo los países se intercambian poblaciones de manera cotidiana, pero además tenemos algunas crisis humanitarias en la región, que han movido grandes volúmenes de población en la propia región andina de un país a otro- que hay decenas de miles de ciudadanos que se han desplazado, lamentablemente, de sus países para buscar mejores condiciones de vida. Además, tenemos en El Caribe, el desplazamiento masivo de población entre la República Dominicana y Haití, que también requiere atención especial.

Si nosotros queremos tener una estrategia de eliminación, que es lo que estamos manejando desde la OMS/OPS, realmente tenemos que ir a valorar grandemente cómo se va a dar atención a este enorme volumen

de personas desplazadas. Personas que van a permanecer enfermas asintomáticas en diferentes países y que van a requerir atención, personas que van a requerir protección social, como hemos estado comentando a lo largo de esta mañana, y personas que deberíamos tener con algún tipo de registro nominal compartido donde se encuentren, es decir, que si nosotros no somos capaces de ofrecer el tratamiento a una persona que se ha desplazado de su país y no tenemos intercambio de prestaciones entre un país y otro en las fronteras a nivel masivo en los países, si no tenemos intercambio de información nominal, si no tenemos ese intercambio de prestaciones sociales, no vamos a avanzar.

Qué hace un ciudadano de otro país que está residiendo en Perú, donde tenemos decenas de miles en este momento, cuando necesita acceder a los servicios de salud, cuando necesita el tratamiento que tiene que facilitársele y todos sabemos el coste que supone el DOTS. Quiero dejar aquí encima de la mesa, esa especial atención desde un punto de vista holístico, a esas poblaciones migrantes a lo largo de los próximos años. Gracias.

Ernesto Montoro. OPS

Yo quiero resaltar la importancia de implementar estas tecnologías. Se ha logrado realmente el costo subsidiado para los cartuchos de tuberculosis, pero tenemos la oportunidad, y una de las últimas recomendaciones que también ha dado la OMS, de acogernos a la posibilidad



del uso múltiple de esta plataforma de GeneXpert. Existen varias enfermedades infecciosas que pueden ser diagnosticadas utilizando esta plataforma, sólo con la necesidad de adquirir los cartuchos. Puede estar simultáneamente corriendo un cartucho de tuberculosis en 90 minutos y al lado un cartucho de carga viral de hepatitis C o carga viral de VIH. La tecnología vemos que está en cinco, seis, siete laboratorios a nivel de país, y están localizadas en los lugares de referencia nacionales, regionales, departamentales, pero en realidad las poblaciones vulnerables, que es donde tenemos que hacer la búsqueda de casos, ese diagnóstico oportuno, carecen todavía en la actualidad, de este diagnóstico, de esta oportunidad.

No basta con obtener el equipo. Siempre se ha recomendado tener en cuenta un plan de implementación que la mayoría de los países lamentablemente no lo han tenido. ¿En qué consiste? No tenemos un sistema eficiente de transporte de muestras. Recogemos una muestra, demora siete días en llegar al lugar donde se va a hacer el GeneXpert. Esta prueba tiene la bondad de poder realizarse en 90 minutos pero después tenemos una semana o quince días con ese resultado en un laboratorio sin que llegue al paciente y al médico. Estamos perdiendo la oportunidad de ese diagnóstico. Son muchos los factores, y se suma también lo de los sistemas de información que lo hemos hablado. Un sistema de información de calidad, eficiente, integral. Como parte de esta subvención se llevó a cabo una encuesta a los veinte países que participan, sobre los sistemas de información que utilizaba el laboratorio. No son nominales, la calidad no es buena, incluso el dato que reportan los países al informe mundial cuando se analiza vemos que no tiene calidad,

y es aportada por los mismos países y los mismos Ministerios. Fortalecer los sistemas de información es muy importante. Esta es una cadena que va desde la sostenibilidad, desde la adquisición de los equipos, desde el transporte de muestras, desde el resultado, desde la información, y todo esto contribuiría, o nos desgastaríamos en adquirir recursos que no tendrían verdadero beneficio.

Sí está demostrado en otras regiones, como es el caso de África, que la implementación del GeneXpert es costo-efectiva. Ya los beneficios están demostrados siempre y cuando se tengan estas premisas anteriores.

Moderador 

Muchas gracias, damos la palabra a la representación de Cuba. Adelante.

Francisco Durán. Cuba 

Buenas tardes. Mi nombre es Francisco Durán. Soy el Director Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud. Lo primero es agradecer la posibilidad de participar en este excelente taller y a la cooperación que hemos tenido en los últimos años con el Organismo Andino, incluso con su presencia en nuestro país y la capacitación a la red de laboratorios que nos ofrece el mismo. Nosotros no estamos ajenos a las dificultades de la extensión del diagnóstico por técnicas rápidas. Recién ahora estamos



terminando de instalar otros tres GeneXpert más en las tres regiones del país, que facilitarían la rapidez en el traslado de las muestras y en el diagnóstico, y que lo estamos haciendo con el doble objetivo: carga viral y tuberculosis.

Quizás desde el punto de vista de tener resueltas algunas otras cosas, Cuba está bien como por ejemplo en el tratamiento, la detección y seguimiento en la atención primaria, pero creo que un aspecto en el cual deberíamos trabajar ahora es la capacitación de nuestros recursos humanos y no de laboratorio. Estoy hablando de la formación de recursos humanos en general, de la formación de nuestros médicos. Son enfermedades que con la situación que estamos teniendo con las exantemáticas: sarampión, rubéola, parotiditis en el mundo... se nos escapan. Muchos de nuestros médicos o no la ven o consideran que con la vacuna es algo que se tiene relativamente controlado en sus formas más graves. En nuestro país el tema es ese, que está la técnica, el tratamiento, la atención personalizada, pero muchas veces se le escapa al médico de la atención primaria que está viendo al paciente y que incluso en los grupos de riesgo, digamos coinfección tuberculosis-VIH, diabetes, grupos sociales todavía con cierto grado de marginalidad, no la buscan, aun presentando sintomatología. Yo fui rector, fui viceministro de docencia. En Cuba el Ministerio de Salud es quien forma los recursos humanos, y esto es algo en lo que debemos trabajar. Podemos tener GeneXpert en todo el territorio y si el que choca con el paciente sospechoso, no la identifica, se nos escapa. Es lo que quería aportar de la experiencia nuestra.

Moderador



Muchas gracias. ¿Alguien más desea participar? Adelante.

Paola Bernal. Colombia



Buenas tardes a todos y todas. Mi nombre es Paola Bernal, de la Oficina de Cooperación Internacional del Ministerio de Salud y quiero transmitirles un especial saludo para todos de parte de nuestro Ministro de Salud el Dr. Alejandro Gaviria y agradecer al Perú por su calidez al recibirnos siempre en esta hermosa ciudad de Lima, al Organismo Andino de Salud por organizar este espacio. Sobre el tema que estamos abordando y en relación con el Programa de tuberculosis y el fortalecimiento de los laboratorios, deseamos reiterar nuestro apoyo al Programa, agradecer a la Secretaría por este impulso que ha mostrado para la implementación de este proyecto que fortalece capacidades en nuestros países.



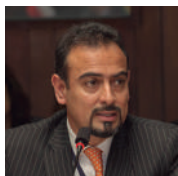
Sin embargo, consideramos de la mayor importancia, y respondiendo a la pregunta de la Dra. Nila sobre cuáles son esas acciones que debíamos continuar después de la implementación de este proyecto, cuál es la estrategia para la región. Es que se complemente el mismo con acciones para abordar los determinantes de la salud y que permitan garantizar una respuesta intersectorial bajo la premisa de que el abordaje de la tuberculosis no es sólo un problema de salud pública sino hay que ser más

complementarios al atender la enfermedad. Igualmente consideramos que la respuesta regional debe considerar aspectos adicionales al fortalecimiento de los laboratorios, como la detección poblacional de casos y el manejo de la multidrogoresistencia, que representa también un reto importante en el manejo de la enfermedad. Igualmente, consideramos necesario fomentar el desarrollo de medicamentos que contribuyan con la atención y el cuidado de los pacientes afectados por tuberculosis que responda a la problemática de la resistencia antimicrobiana. Entonces allí el tema de innovación cobra también importancia dentro del tratamiento de la enfermedad.

Moderador

Gracias. Damos la palabra al representante de México.

Alberto Díaz. México



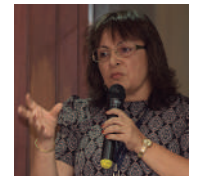
Muchas gracias. Buenas tardes a todos. Soy Alberto Díaz Quiñones, Director General del Instituto de diagnóstico y referencia epidemiológicos de México. Es el laboratorio supranacional para nuestro país y su red. Agradezco inicialmente la invitación, al Organismo Andino de Salud, la Secretaría Ejecutiva de COMISCA, a las autoridades del país, a la Organización Panamericana de la Salud... Mi participación breve es para confirmar nuestra participación, mostrarnos como laboratorio

supranacional para los países a los que nos toca dar servicio, reafirmar nuestro compromiso como supranacional, a pesar de que encontramos muchos obstáculos en el sentido de la operación cuando tenemos que enviar muestras y paneles de evaluación externa, introducir equipos, tecnología en este proyecto. Me parece verdaderamente muy importante, Dra. Nila, el esfuerzo que ha hecho el Organismo Andino de Salud y sus dos subreceptores. Insisto, mi única intervención en el día de hoy, es confirmar nuestro apoyo al Proyecto, están saliendo también entregables muy importantes como estos informes que se han estado presentando. Reafirmo nuestro compromiso de seguir participando en este Proyecto.

Moderador

Muchas gracias. Tenemos otra intervención.

Julia Ríos. Perú



Buenos días. Soy la Dra. Julia Ríos Vidal, Directora ejecutiva de Prevención y control de tuberculosis del Perú. Quiero darles la bienvenida a todos a nuestro país. Realmente, me encuentro muy cómoda escuchando todos los diversos aspectos que se tienen que manejar en la lucha contra la tuberculosis. Una cosa que creo es importante no dejar de mencionar en esta reunión, es lo referente a los recursos humanos.

Hemos hablado de muchos aspectos: diagnóstico, tecnología de punta, laboratorio, acceso al apoyo social, pero debemos tener en cuenta que en todos ellos se necesita un recurso humano adecuado y capacitado. La multifuncionalidad de nuestro recurso humano y la atención centrada en el paciente que promueve la Organización Mundial de la Salud, es clave para enfrentar con calidad el control de la tuberculosis y evitar los abandonos de tratamiento, o mejor: personas perdidas en seguimiento, porque tenemos que aceptar nuestra carga de responsabilidad como servicio de salud.

El problema, como ya lo refirió la persona afectada por tuberculosis, es que nosotros tenemos que dar un servicio de calidad y para eso es necesario un recurso humano que responda a esa exigencia. La experiencia peruana del año pasado es que se ha incrementado mucho el recurso humano en Lima y Callao, que son las zonas rojas acá en el país. No hemos tenido todavía la oportunidad de ingresar el GeneXpert y la nueva tecnología, pero el hecho de tener recurso humano capacitado y en suficiente cantidad, multidisciplinario, ha traído como resultado una disminución muy importante del número de abandonos y el incremento de la captación. Entonces si estamos hablando ahorita de que el problema de la tuberculosis en la región, en el país y en el mundo, es la morbilidad encubierta en comunidad, tenemos que hacer dos cosas: captar mucho y evitar que abandonen. Yo quisiera pedirles en ese sentido y creo que es la misma problemática que tenemos en la región, que no nos olvidemos de que podemos contar con la mejor tecnología, tener los mejores laboratorios, pero si no tenemos recurso humano en

el número adecuado y la capacidad adecuada, el problema va a persistir. Muchas gracias

Moderador 

Muchas gracias. Vamos a proceder a hacer el cierre destacando algunos apuntes de la discusión sobre la Integración Regional para el Fin a la Tuberculosis, agradeciendo la participación de todos ustedes y, en lo técnico, el trabajo de apoyo desarrollado por Patricia Jiménez. El final de este Foro en el marco de esta reunión tan importante, nos encuentra contentos de demostrar la fortaleza de la unidad de nuestros países y también motivados para continuar con el trabajo iniciado. El solo hecho de estar aquí juntos, ya es un resultado.

Recogiendo los planteamientos de los cuatro mecanismos de integración aquí presentes y de diez intervenciones de los países y representaciones, señalamos lo siguiente:

APUNTES HACIA NUEVOS ESFUERZOS DE LOS ORGANISMOS DE INTEGRACIÓN EN SALUD PARA EL APOYO A LOS PAÍSES DE LAS AMÉRICAS EN EL LOGRO DE SUS COMPROMISOS: FIN A LA TUBERCULOSIS

El encuentro de las autoridades sanitarias asistentes a la Reunión de Ministros y Secretarios de Salud *"Contribución de la Integración Regional en Las Américas, hacia la meta Fin a la TB"*, realizada en la ciudad de Lima,

Perú, el 15 de febrero de 2018, ha permitido compartir ideas sobre cómo alinear los esfuerzos para la eliminación de la Tuberculosis como problema de Salud Pública en la región.

Estos Apuntes recogen las ideas fundamentales de una fructífera sesión de debates, para orientar el rol de los Organismos de Integración en Salud presentes en la cita, en el alcance de los compromisos asumidos por nuestros países:

- La Sostenibilidad política y técnica de las acciones hacia el Fin de la TB, requiere del **relevamiento político** del tema de TB no sólo en las agendas nacionales sino también en los espacios regionales y subregionales.
- Las intervenciones para el control de la TB no deben descansar sólo en los proyectos. A nivel de los países es importante **materializar la prioridad** a los Programas de Control de la TB, expresada en financiamiento y en inversión en la estabilidad y en la formación de los **recursos humanos**. El **diagnóstico** es uno de los pilares fundamentales, pero los equipos e insumos deben estar acoplados a la **preparación tecnológica**, y de **sistemas de información nominales** que ilustren la realidad socio-sanitaria.
- No es sólo una cuestión de recursos sino de **resolver las grandes inequidades** en la distribución de la riqueza. No se puede incidir en el más alto nivel de gobierno de manera aislada como sector, es un asunto de **protección social**. Hay que desarrollar procesos de **intersectorialidad** para atender la **determinación social de la salud**, las **causas estructurales** del problema, que va mucho más allá de la Tuberculosis. Hay

que elevar a la reunión de Presidentes aspectos que son trascendentales para la sociedad: Mejorar los Sistemas y Servicios de Salud a tono con los **ODS**.

Es importante continuar el esfuerzo por el **fortalecimiento de las Redes de laboratorio**; promover **mecanismos de regulaciones para facilitar los procesos logísticos** entre los países y las redes; invertir en la adquisición de **medicamentos de manera conjunta**; y velar por la calidad de las **políticas públicas**. Todas estas intervenciones deben ser respaldadas por **estudios regionales** que permitan revisar la **efectividad** de las acciones y de los recursos.

Necesitamos enfocar el abordaje de este problema desde la perspectiva del **derecho a la salud** y el **acceso universal**, de fortalecer la **gobernanza en salud**, el **liderazgo de los ministerios** y el trabajo intersectorial.

Los Organismos de Integración en la región ponen a disposición de los países sus capacidades en **Vigilancia** y en **articulación de las redes** como la Red de Institutos Nacionales de Salud, para el acompañamiento en el control de la TB, también en el área de sistemas de salud, para identificar **potencialidades de cooperación**, y promover mecanismos de **participación social para la construcción de políticas y estrategias**.

Parte de la realidad regional, relacionado con la TB, es la situación de los **migrantes**, las **poblaciones desatendidas**, los **pueblos originarios y afrodescendientes**, las **personas privadas de la libertad**, el **cambio climático**, los **desastres**, y las grandes **brechas e inequidades** que se

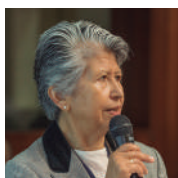
ocultan al interior de las estadísticas tradicionales. Estos fenómenos hacen nuestro contexto y van más allá del alcance nacional, por lo que **deben ser abordados de manera conjunta en un esfuerzo armonizador desde la integración.**

Sirvan estas ideas como motivación para la construcción, desde HOY, de nuevas y creativas propuestas de apoyo de los Organismos de Integración regionales y subregionales al servicio de los países y de nuestros pueblos, para poner Fin a la TB.

Lima, 15 de febrero de 2018

Cerramos este Foro, pero continuaremos el trabajo que ya se ha iniciado. Muchas gracias.

Nila Heredia. ORAS CONHU



Hemos terminado el programa de la reunión en esta jornada, hay apuntes que son tareas que nos llevamos todos. Una vez más, a nombre del Organismo Andino de Salud y de los Ministros de la región, quiero agradecer a las autoridades, al Dr. Morínigo, de Paraguay; la Dra. Cummings, de Guyana; a los señores Viceministros que están acá; Directores de Institutos; Directores de Relaciones Internacionales; Representantes de

todos los países; así como a los Directores, Secretarios, Presidentes de los Organismos de Integración; a los Representantes de la sociedad civil y personas afectadas por tuberculosis; a los miembros del Parlamento Andino y del Parlamento Latinoamericano. Lo que se ha trabajado hoy es muy importante para nosotros que sea compartido con los parlamentarios. Agradezco a la Organización Panamericana de la Salud y a la OMS; al Fondo Mundial; a todas las instituciones que está presentes acá; en fin, a todos. Perdonen si me olvido de mencionar a algunos. Clausuramos este evento con la venia del Ministerio de Salud del Perú que nos ha dado el cobijo, y del Director de la Comunidad Andina, el Dr. Walker San Miguel, quien desde el primer momento acogió la idea muy rápidamente, inspirado en el reto de Cómo contribuye, no el Organismo Andino de Salud, sino todas las estructuras que reflejamos la búsqueda de la integración en la región en esta lucha por el bienestar de nuestros pueblos. Hoy nos convoca la Tuberculosis, pero intentamos ir más allá. De ahí que el mensaje desde los Organismos de Integración es que no somos entes aislados, el sentido de lo que impulsamos lo marcan los países. Es decir: vayamos juntos, caminemos juntos. La gente migra, se va con esperanzas y portando también lo que tiene encima, sus problemas. Y *sus* problemas son *nuestros* problemas.

Desde el Organismo Andino de Salud, daremos continuidad a las ideas que aquí se han debatido. Seguro nos estaremos congregando nuevamente. Muchas gracias a todos y al Perú.

● CONSIDERACIONES FINALES

HACIA NUEVOS ESFUERZOS DE LOS ORGANISMOS DE INTEGRACIÓN EN SALUD PARA EL APOYO A LOS PAÍSES DE LAS AMÉRICAS EN EL LOGRO DE SUS COMPROMISOS: FIN A LA TUBERCULOSIS

Cumplida la reunión de ministros y realizado el Foro de los organismos y mecanismos de integración, las personas que lean este reporte sabrán apreciar que fueron valiosas las intervenciones, y varios los tópicos abordados en torno a la tuberculosis y la iniciativa del ORAS CONHU para desarrollar un programa que se desarrolla más allá del ámbito andino. Son varias las intervenciones pero cuentan con un denominador común que es impulsar acciones conjuntas, aprendiendo de los demás, coordinando y cooperando entre todos.

Muchos participantes al argumentar trascendían al tema específico de la tuberculosis para hablar de manera indirecta de todas las enfermedades que son causadas por la pobreza, la inequidad en salud y en general por las condiciones de vida. Y es que la tuberculosis nos interpela a todos, nos cuestiona al persistir con sus efectos a la salud de las personas y el impacto económico y social en las familias y comunidades de nuestros países; traduce la falta del derecho a la salud.

El programa tuberculosis del ORAS CONHU está cumpliendo su planificación establecida y es de esperar que todos sus objetivos se

logren, mucho más si sus resultados son valorados por las autoridades de salud, los laboratorios fortalecidos y el personal técnico. El evento va más allá de una socialización de los avances alcanzados en el programa, para indicarnos las otras dimensiones de la problemática de la tuberculosis que son la sostenibilidad de acciones, el involucramiento de los actores sociales, el cambio de la mentalidad de los profesionales en salud y la lucha de los ciudadanos por conquistar su derecho a la salud.

¿Cómo nos unimos? ¿Qué más podemos hacer? Esquemáticamente la respuesta es que cada uno puede intervenir según su nivel de influencia y responsabilidad. Aquí identificamos por lo menos tres niveles:

En el nivel ideológico político, las autoridades de los ministerios de salud, los mecanismos y organismos de integración regional deben ser fieles a los ideales de integración que acompañaron a nuestros países desde su fundación. La integración para aspectos sociales y que buscan el bienestar de la población es la que tiene mayor legitimidad, por lo menos frente a una integración de intereses económicos y comerciales. Por esa razón, las mencionadas instancias deben fortalecer las acciones que llevan a enfrentar problemas comunes. Las políticas que surjan bajo el enfoque de la integración regional tendrán la virtud de aportar a la construcción de la esperanza en una vida plena. Los líderes y los responsables institucionales de ISAGS, SE COMISCA, MERCOSUR salud, ORAS CONHU, saben que tienen que imaginarse el futuro para orientar sus decisiones. El compromiso es mayor en tiempos como el actual,

donde se ven cuestionadas las instancias de integración regional. Discursivamente los términos de cooperación e integración suenan bien mientras tanto no afecten los grandes intereses comerciales, frente a ello se debe plantear en todos los escenarios posibles la discusión política del derecho a la salud.

En el nivel de las instituciones, ellas tienen roles establecidos. Los ministerios, los organismos internacionales de salud, los responsables de laboratorios, hospitales, etc., tienen sus planes de mediano y corto plazo y también cumplen su misión institucional. Será necesario fortalecer las herramientas, insumos y recursos con que cuentan. Es decir, las normas de salud, la infraestructura hospitalaria, los laboratorios y el propio personal de salud. Éste último tiene una gran responsabilidad ante el proceso de salud enfermedad, es el encargado de orientar y brindar orientación a la población sobre sus derechos y también de posibilitar procesos de educación para la vida y educación en salud. Para ello deben elaborar políticas, leyes y normas que garanticen para la población el acceso a un sistema de salud que por justicia sea de acceso universal y sin costo para el usuario.

Finalmente está el nivel local, donde se encuentra la población, las comunidades y sus familias. Se la menciona al final pero es el nivel más importante porque se constituye en el motor de todo el proceso. Si bien las declaraciones políticas pueden ser de un nivel internacional y las Leyes, decretos y normas de salud se elaboran en las instancias superiores de gobierno, el cumplimiento y la real construcción de mejores condiciones

de vida, sin muertes ni enfermedades que se pueden evitar, se hace desde abajo. Las personas son los sujetos de derecho. Sin embargo, es sabido que todo lo que es valioso no es fácil de conseguir, por eso, la conquista del derecho a la salud se logrará solo si la población está organizada, empoderada y consciente de que la salud es un derecho fundamental y no una concesión ni dádiva de nadie.

Es así que los participantes en la Reunión de Ministros y en el Foro de las organizaciones de integración regional sabrán que se puede hacer mucho para ponerle fin a la tuberculosis y a otras enfermedades e injusticias, tomando en cuenta que los intereses contrarios son grandes y poderosos. Lo que se haga en adelante será la historia que leerán los hombres libres, porque sembrando salud hoy, cosecharemos vida mañana.

● GALERÍA DE FOTOS









Organismo Andino de Salud
Convenio Hipólito Unanue

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

