

Reunión de alto nivel de la ONU sobre la lucha contra la tuberculosis

Contenido

- [A fondo](#)
- [Contexto](#)
- [Observaciones del MSP](#)
- [Notas de discusión](#)

A fondo

Contexto

Plazos y documentos

El 18 de octubre de 2018, en [A73/3](#), la Asamblea adoptó la "Declaración política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la lucha contra la tuberculosis". Esta resolución pedía un informe de progreso en 2020 (publicado como [A/75/236, 16 Sept 2020](#)) y prefiguraba una reunión de alto nivel de seguimiento de la Asamblea General en 2023.

El 19 de octubre de 2022 se inició el proceso de planificación de esta reunión con el nombramiento de los cofacilitadores. En la [resolución A/RES/77/274](#) (24 de febrero de 2023), la Asamblea General aprobó el alcance, las modalidades, el formato y la organización de la Reunión de Alto Nivel sobre la Lucha contra la Tuberculosis.

La [hoja de ruta hacia la RAN de la AGNU sobre TB](#) elaborada por los cofacilitadores se transmitió a los Estados miembros en una [carta del Presidente de la AG, el 11 de mayo de 2023](#).

Las audiencias interactivas de las múltiples partes interesadas se celebraron el 8 de mayo de 2023 (véase [la Nota conceptual](#)). Véase también el [Resumen elaborado por el Presidente](#) de la Asamblea General de la Audiencia Multilateral en preparación de la Reunión de Alto Nivel (transmitido en [carta \(2 de junio de 2023\) del Presidente](#) de la Asamblea General).

En [A/77/L.86](#) (18 de julio de 2023) se decidieron las modalidades de participación de las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones de la sociedad civil, las instituciones académicas y el sector privado en la Reunión de Alto Nivel.

El [borrador cero](#) (de la Declaración Política sobre la CSU) se distribuyó en una [carta del Presidente de la AG](#) el 24 de mayo de 2023

El [Proyecto Final de Declaración Política sobre la Reunión de Alto Nivel sobre la Lucha contra la Tuberculosis](#) "Impulsar la ciencia, las finanzas y la innovación, y sus beneficios, para poner fin urgentemente a la epidemia mundial de tuberculosis, en particular garantizando el acceso equitativo a la prevención, las pruebas, el tratamiento y la atención" distribuido en carta (8 de agosto de 2021) del Presidente de la Asamblea General.

Avance

Véase [la página de la OMS sobre la tuberculosis](#) y la página [temática](#) [Ver enlaces del Rastreador](#) a debates recientes sobre la tuberculosis en la AMS

Véase el [Informe Mundial de la OMS sobre la Tuberculosis 2022](#)

Véase también [el Informe Especial ODS 2023](#), página 18:

"Tuberculosis (TB): La pandemia de COVID-19 ha afectado gravemente el acceso al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en muchos países, lo que ha provocado un aumento de la carga de la enfermedad de la tuberculosis a nivel mundial. En 2021, se estima que 10,6 millones de personas enfermaron de TB, un aumento con respecto a los 10,1 millones de 2020. La tasa de incidencia de la TB también aumentó un 3,6% entre 2020 y 2021, invirtiendo el descenso del 2% anual observado durante la mayor parte de las dos décadas anteriores. Se estima que hubo 1,6 millones de muertes por TB en 2021, un aumento del 14,1% con respecto a 2020. Esta es la primera vez en casi dos décadas que el número de muertes por TB ha aumentado. Entre 2015 y 2021, las reducciones netas de la incidencia y la mortalidad por TB fueron del 10% y el 5,9%, respectivamente, a solo una quinta y una décima parte del camino hacia el hito de 2025 de la Estrategia Fin a la TB de la OMS."

Véanse los [informes recientes](#) relacionados con esta Reunión de Alto Nivel.

Observaciones del MSP:

Dado que la tuberculosis es una de las principales causas de mortalidad prematura en adultos, es de agradecer que se celebre una cumbre mundial para centrar la atención en este problema. También es de agradecer la exhaustividad de la declaración política y su capacidad para señalar las principales preocupaciones, así como todos los determinantes sociales y de los sistemas sanitarios que han contribuido a esta pandemia.

La declaración afirma (párrafo 7) la profunda preocupación de que: "30 años después de que la Organización Mundial de la Salud declarara la tuberculosis una emergencia mundial, "la epidemia mundial de tuberculosis sigue siendo un desafío crítico en todas las regiones y afecta a todos los países del mundo, y que aunque la tuberculosis es prevenible y curable, se estima que 10,6 millones de personas enfermaron de tuberculosis, de las cuales el 56,5% eran

hombres, el 32% mujeres y el 11% niños.5 por ciento mujeres y 11 por ciento niños y aproximadamente 1,6 millones de personas murieron de la enfermedad en 2021, incluyendo aproximadamente 187.000 personas con VIH, haciendo de la tuberculosis una de las principales causas de muerte en todo el mundo, que 30 países con alta carga de tuberculosis representaron el 87 por ciento de los afectados, y que se estima que una cuarta parte de la población mundial ha sido infectada con la bacteria que causa la enfermedad". Además, admite que en 2021 sólo el 61% de las personas con tuberculosis, incluido el 38% de los niños, fueron diagnosticadas y tratadas de tuberculosis, que sólo el 38% de las personas con tuberculosis son diagnosticadas con diagnósticos moleculares rápidos recomendados por la OMS, y que sólo el 42% de la población que debía recibir tratamiento para la tuberculosis latente lo recibió, y que alrededor del 50% de las personas en tratamiento con tuberculosis se enfrentaron a dificultades económicas debido a los costes de la atención sanitaria.

También expresa su preocupación por el hecho de que, de la tuberculosis farmacorresistente, "solo uno de cada tres accedió al tratamiento en 2021 y, de ellos, el 40% tuvo resultados sanitarios deficientes por motivos como las deficiencias en el acceso a las pruebas diagnósticas y el tratamiento recomendados por la OMS, los modelos ineficaces de prestación de servicios, la escasez de nuevos medicamentos, los conocimientos limitados sobre los nuevos fármacos, los efectos secundarios de la medicación, la falta de acceso al apoyo al tratamiento, la protección social y la atención integrales, y reconoce la falta de atención y cuidado de las necesidades de los supervivientes de tuberculosis para el seguimiento posterior al tratamiento, en particular los supervivientes de tuberculosis farmacorresistente."

Y ello a pesar de todas las declaraciones y compromisos anteriores de la ONU y la OMS al respecto (párrafos 1 a 6) y del reconocimiento de que la tuberculosis está causada por la desigualdad, la pobreza, la malnutrición y la falta de recursos, y a su vez la agrava. La declaración también señala una relación bidireccional similar con las comorbilidades existentes: empeorarla y ser empeorado por ella. (15 a 18, 22, 23)

Señala que la financiación de la sanidad, de la investigación, de la sanidad universal y de los servicios de TB se situó muy por debajo de los niveles esperados. Señala que, aunque todos los diagnósticos de TB debían basarse en la NAAT/CBNAAT, una prueba con mayor precisión diagnóstica que la microscopía, esto sólo se consiguió en aproximadamente el 38% de los casos de TB.

La declaración también subraya que la lucha contra la tuberculosis requiere una cobertura sanitaria universal y unos sistemas sanitarios resistentes basados en la atención primaria universal. En el párrafo 49 se compromete a "integrar en la atención primaria de salud, incluidos los servicios de salud comunitarios, la detección sistemática, la prevención, el tratamiento y la atención de la tuberculosis y de las afecciones conexas, como el VIH y el SIDA, la hepatitis vírica, la desnutrición, la salud mental, las enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades pulmonares crónicas, el consumo de tabaco, el uso nocivo del alcohol y el abuso de otras sustancias, incluidas las drogas inyectables, así como un enfoque centrado en las personas, para mejorar el acceso equitativo a unos servicios sanitarios de calidad, inclusivos y asequibles, con sistemas eficaces de derivación a otros niveles de

atención". Sin embargo, observamos que no es suficiente. El llamamiento debería haber sido a la gratuidad de los servicios sanitarios y, lo que es más importante, a un apoyo nutricional adecuado no sólo para el paciente con la enfermedad, sino también para los que siguen un tratamiento preventivo y los que están en situación de riesgo, como otros miembros de la familia.

La declaración política hace afirmaciones políticamente correctas sobre los determinantes estructurales, la necesidad de un enfoque multisectorial y de un acceso equitativo a los medicamentos y diagnósticos.

Es de suponer que, con todo lo expuesto anteriormente y asumiendo que se alcanzará en 2027, se establezcan objetivos para 2027 en los que el 90% de todas las infecciones activas en adultos, niños y casos de tuberculosis farmacorresistente y el 90% de toda la tuberculosis latente se traten con los diagnósticos más recientes para el diagnóstico de primera línea y las últimas recomendaciones en regímenes farmacológicos, y el 90% de la tuberculosis latente reciba un tratamiento similar y el 100% esté protegido de las dificultades económicas debidas a la atención de la tuberculosis.

Todo esto es bienvenido y si, de hecho, algunos de estos mensajes llegan a los líderes nacionales que asisten a la cumbre de la ONU, sería muy bien recibido. Sin embargo, el MSP quisiera señalar algunas preocupaciones importantes:

a) **Necesita una revisión crítica y una comprensión de los fracasos del pasado:** Hubiera sido deseable que esta declaración o un "libro blanco" oficial se ocupara de por qué no se han aplicado algunas de las recomendaciones pasadas con respecto a la estrategia para acabar con la tuberculosis, y de los obstáculos a los que se enfrentaron. No cabe duda de que los Estados miembros se mostraron débiles a la hora de avanzar en el compromiso de la cobertura sanitaria universal, pero ¿ayudaron las instituciones sanitarias y financieras mundiales a colmar estas lagunas de los sistemas, o siguieron limitándose a la percepción de la lucha contra la tuberculosis como un programa independiente, y que lo mejor era integrarlo en la lucha contra el VIH y el tabaquismo, pero poco más? ¿Formaba parte la mejora de la nutrición de los programas de control de la TB y sigue siendo un obstáculo el hecho de que no se aborde adecuadamente la nutrición? ¿Han cambiado los obstáculos a la mala financiación de la atención sanitaria? Dada la falta de avances desde 2015, las meras reiteraciones de los principios de control y los llamamientos políticos, aunque necesarios, no serán suficientes.

b) **El llamamiento a eliminar la tuberculosis para 2030, ¿es útil o perjudicial?** Uno de los grandes motores de la cumbre de la ONU es reiterar el llamamiento a la eliminación de la tuberculosis para 2030. El gobierno indio ha ido más allá y ha dicho que lo hará para 2025, y la OMS ha aplaudido esta declaración. Pero, ¿es esto posible en absoluto, dado el gran número de brechas críticas, y el empeoramiento de muchos determinantes sociales y comorbilidades relacionadas? *En 2017, el objetivo de la fase de preeliminación de la tuberculosis para 2035 se definió como menos de 10 casos de tuberculosis por millón de habitantes y, a continuación, el progreso hacia la eliminación de la tuberculosis para 2050*

se definió como menos de 1 caso por millón de habitantes. En algunos contextos, como la India, la eliminación se está definiendo como 44 casos por millón. La estimación mundial actual es de más de 400 casos por millón de habitantes, con más de uno o dos tercios de los casos que ni siquiera se detectan. Al MSP le preocupa que:

- a. La presión ejercida sobre los gobiernos para que muestren resultados, sin que dispongan de los medios para hacerlo ni de la capacidad necesaria, conduce a falsas y prematuras declaraciones de éxito, y a la reticencia a permitir una verificación independiente. Esta "invisibilización" de la enfermedad afectará más a los vulnerables.
- b. Las presiones de un programa vertical de control de la TB presionan para ampliar las estrategias independientes de control de la TB, como las campañas de detección activa de casos, sin liderar la tarea de cerrar las brechas de los sistemas de salud y abordar incluso los determinantes sociales próximos. En las poblaciones desfavorecidas de alto riesgo donde el acceso a la atención primaria es bajo, la detección activa de casos es difícil y el seguimiento aún más.
- c. El modelo hipotético de descenso de la OMS muestra una pendiente diferente antes y después de 2015 y se basa en el supuesto de que se descubriría y desplegaría una nueva serie de tecnologías. La más importante de ellas, una vacuna contra la tuberculosis, aún no está disponible y sigue siendo una prioridad de I+D.. No cabe duda de que la NAAT mejora la precisión del diagnóstico, pero cuando más de un tercio de las infecciones sintomáticas ni siquiera se detectan y el despliegue de la NAAT es inferior a una décima parte del de la microscopía de esputo a la que sustituye, una sustitución prematura conduce a una mayor disminución del acceso al diagnóstico. Además, las tecnologías se desarrollan rápidamente, pero muchas de las que se están desarrollando no se ajustan necesariamente a las lagunas críticas que hay que colmar.
- d. Aunque la declaración es explícita tanto en los objetivos como en los cambios políticos necesarios, la relación entre ambos no está tan clara. Así, ¿podemos concluir de los párrafos 61 y 62 que si no se desarrolla la capacidad de fabricación local y regional y la financiación no es adecuada, no alcanzaremos los objetivos? Alrededor de la mitad de los párrafos describen una estrategia específica necesaria para la consecución de los resultados, pero como hay poca presión para avanzar en cada uno de ellos, la probabilidad de alcanzar estos objetivos de resultados es muy baja.

c) ¿Son adecuadas las estrategias esbozadas? ¿Cuáles podrían ser los escollos?

- a. Gran parte de las nuevas estrategias se justifican mediante complejos modelos cuyos supuestos no son transparentes, al menos para la sociedad

civil y las instituciones académicas de la mayoría de los países. La mayoría de los países no pueden hacer comentarios al respecto y, por lo tanto, hay que confiar en ellos. Dados los patrones de financiación y los posibles conflictos de intereses, así como la falta de comprensión del contexto en los ejercicios de modelización, dicha confianza podría ser errónea. Además, debido a la falta de capacidad y transparencia en los supuestos del modelo, la adopción del modelo para contextos nacionales y subnacionales específicos es difícil, si no imposible.

- b. La relación entre cómo se desarrolla una nueva tecnología en un individuo, o en un contexto controlado, en comparación con cuando se amplía a un contexto de sistemas sanitarios débiles es muy diferente. "Mientras que cada individuo que se someta a un ciclo completo de tratamiento de la LTBI con uno de los regímenes recomendados para la LTBI se beneficiará individualmente en términos de una menor probabilidad de progresión hacia el desarrollo de la enfermedad de TB activa, la posibilidad de lograr un impacto en la salud pública dependerá del número de individuos con LTBI en riesgo de progresión hacia la TB activa que sean diagnosticados y tratados correctamente." Cuando la detección de la TB sintomática en sí es baja, la detección de la TB latente va a ser necesariamente baja. Además, si bien el riesgo de que la terapia preventiva en los contactos provoque farmacoresistencia, ya que a menudo se utiliza sólo uno o dos fármacos, puede ser aceptablemente bajo, hay muchos casos de niños, ancianos y personas con comorbilidades en los que los contactos pueden haber desarrollado TB activa. Por lo tanto, la realización previa de la prueba CBNAAT junto con pruebas genómicas complementarias se hace esencial, pero en su ausencia, poner erróneamente a los casos activos en terapia preventiva va a aumentar el riesgo de TB resistente a fármacos. La información disponible parece indicar que se han hecho suposiciones sobre la capacidad existente o alcanzable de los sistemas de salud para absorber tales tecnologías sin una comprensión de los riesgos diferenciados, y esto es potencialmente peligroso. También se subestiman los requisitos de sensibilización y participación de la comunidad para la absorción de la tecnología.
- c. En todos los contextos, excepto en los casos de inmunodepresión evidente, la conversión de la tuberculosis latente en tuberculosis activa es baja y la propagación de la tuberculosis latente es casi insignificante. También hay pacientes con TB latente que eliminan espontáneamente la infección. Por otro lado, en muchos contextos débiles de atención primaria de salud, la detección incluso de la TB sintomática con enfermedad activa es muy baja y la cobertura escasa. ¿Cómo se desarrollaría entonces la ampliación de la LTBI y el TPT (tratamiento preventivo de la TB) en estos contextos? ¿Absorberán las zonas ya cubiertas más recursos para un nivel inferior de gestión del riesgo y reducirán los recursos disponibles para las

zonas no cubiertas? No lo sabemos. Muchas de estas zonas con escasa cobertura ni siquiera pueden acceder a los centros de microscopía de esputo, que multiplican por más de 10 el número de centros NAAT disponibles?

- d. La declaración subraya el hecho de que si el tratamiento del VIH no se realiza simultáneamente con el de la tuberculosis, los resultados individuales y poblacionales serían mucho peores. También se ha demostrado que problemas como la desnutrición y la diabetes y otras comorbilidades actúan de forma similar. Se echa en falta el énfasis necesario en la administración concomitante de suplementos nutricionales o el control de la diabetes.
- e. Las estrategias esbozadas para la nutrición y para mejorar las condiciones de trabajo y la salud laboral son inadecuadas.
- f. En este contexto, la participación de las organizaciones de la sociedad civil basadas en los derechos en el seguimiento del despliegue de la estrategia de erradicación de la tuberculosis es aún más importante. Sin embargo, pocas de ellas participan siquiera en las consultas o en el proceso de supervisión de los programas contra la TB.
- G. El acceso universal a una atención primaria de salud de buena calidad sigue siendo un desafío central para mejorar el acceso al diagnóstico y la atención de la TB. La universalización de la prestación de servicios de atención primaria y, en sinergia, la mejora del acceso a los servicios de TB requieren innovaciones sociales locales basadas en la dinámica de la comunidad y en las costumbres culturales, así como en las desigualdades sistémicas debidas a la geografía, las ocupaciones o los factores sociales. Esto exige un mayor compromiso comunitario y una voz política representativa.
- g. Con respecto al acceso a los medicamentos, la declaración debería haber mencionado los fármacos y dispositivos en los que las restricciones de patentes y la falta de acceso a la fabricación regional han actuado o están actuando como una limitación importante. La patente de la bedaquilina era un problema importante, al igual que los reactivos para las pruebas NAAT. Ahora la bedaquilina promete dejar de estar patentada, pero el nuevo régimen BPAL y BPALM cuenta con medicamentos patentados como parte de la combinación. El acceso a estos nuevos medicamentos sigue siendo un gran problema, aunque la necesidad es iniciar estos regímenes en cuanto se confirme el diagnóstico de resistencia.
- G. Podrían evitarse muchas muertes si los enfermos de tuberculosis, que suelen tener comorbilidades, recibieran la atención hospitalaria necesaria. Existen pruebas fehacientes de ello y hay trabajos en estados como Tamil Nadu que lo confirman. (En el pasado, las muertes se han considerado (visión

modelada) como una forma de reducir el número de pacientes infecciosos, ya que la mayoría de los enfermos fallecen uno o dos meses después del diagnóstico. Pero en el mundo real no es así, y la negación de la atención a los más enfermos, que fue la forma en que el MSP caracterizó el DOTS ya en el año 2000, no sólo conduce a la negación de los derechos humanos, sino al fracaso del control a nivel de la población. La necesidad de que todos los pacientes con tuberculosis, por enfermos o marginados que estén, independientemente de las medidas de discriminación positiva adicionales que se requieran, tengan acceso a una atención adecuada de buena calidad, debe seguir siendo el fundamento ético de las estrategias de gestión de la tuberculosis.

- H. El diagnóstico precoz y el tratamiento de la tuberculosis extrapulmonar y de la tuberculosis infantil siguen siendo un reto, y queda mucho por hacer en este sentido. También observamos que el gasto en I+D e innovación tecnológica para la tuberculosis sigue estando muy por debajo de los niveles acordados. No es sólo el nivel de financiación, sino las insuficiencias de las políticas mundiales en materia de I+D e innovación tecnológica lo que constituye un obstáculo para la innovación y la investigación.
- I. El llamamiento a la cooperación internacional, el apoyo de los donantes y la financiación debe ir mucho más allá, con compromisos firmes en materia de financiación y un llamamiento claro a la reducción de la deuda y la justicia fiscal.

Agradecimientos: Agradecemos a Farzana Zaman (Bangladesh) y Randall Sequira (India) sus aportaciones.

. Notas de discusión