

Boletín sobre **TUBERCULOSIS** en la Argentina

Nº1

AÑO I - MARZO 2018



Presidente de la Nación
Ing. Mauricio Macri

Ministro de Salud
Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

Secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos
Dr. Mario Kaler

Subsecretaria de Prevención y Control de Enfermedades Comunicables e Inmunoprevenibles
Dra. Miriam Inés Burgos

Director de Sida y ETS
Dr. Sergio Maulen

Programa Nacional de Control de Tuberculosis y Lepra
Dra. Marcela Natiello

Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS)
Dra. Claudia Perandones

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Dr. Emilio Coni
Dra. Norma Viviana Vanasco

Autores de este Boletín
Juan Carlos Bossio
Hugo Fernández
Lara Gómez
Natalia Mordini
Gabriela Nilva
Luciana Rodríguez

Edición y corrección
Adrián Arden
Cecilia Dávila
Valeria Levite

Diseño
Carolina Berdiñas

Esta publicación fue realizada con el apoyo técnico-financiero de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 2018.
Está permitida la reproducción total o parcial de este material y la información contenida, citando la fuente.

BOLETÍN SOBRE TUBERCULOSIS EN LA ARGENTINA



Abreviaturas

AUPA	Acompañantes de usuarios de paco
BK (-)	Baciloscopía negativa o examen directo negativo
BK (+)	Baciloscopía positiva o examen directo positivo
CABA	Ciudad Autónoma de Buenos Aires
CeSac	Centros de Salud y Acción Comunitaria
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
DAT	Tratamiento directamente acompañado
DEIS	Dirección de Estadísticas e Información de Salud
DOT	Tratamiento directamente observado
H	Isoniacida
INDEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina
INER	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
NBI	Necesidades básicas insatisfechas
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNCTByL	Programa Nacional de Control de Tuberculosis y Lepra
PPTB	Programas Provinciales de Tuberculosis
PSD	Pruebas de sensibilidad a los medicamentos
>p95	Percentil mayor al 95%
<p5	Percentil menor al 5%
R	Rifampicina
SISA	Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino
SIVILA	Sistema de Vigilancia de Laboratorio
SNVS	Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud
TARV	Tratamiento antirretroviral
TB	Tuberculosis
TBE	Tuberculosis extrapulmonar
TBP	Tuberculosis pulmonar
TB/MDR	Tuberculosis multirresistente
TB/VIH	Coinfección TB-VIH
TB/XDR	Tuberculosis extremadamente resistente
TDO	Tratamiento directamente observado
TPC	Terapia preventiva con cotrimoxazol
TPI	Terapia preventiva con isoniacida
VAP	Variación anual promedio
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
WRD	Pruebas para el diagnóstico de la TB recomendadas por la OMS
Xpert MTB/Rif®	Prueba molecular rápida para el diagnóstico de la TB y su resistencia a la rifampicina

Índice

Presentación	6
Programa Nacional de Control de Tuberculosis y Lepra	8
Consideraciones metodológicas.....	9
Una estrategia para acabar con la tuberculosis.....	12
La tuberculosis en números	14
Resumen de indicadores sobre la situación y respuesta a la tuberculosis	16
Situación de la tuberculosis en la Argentina.....	18
Evaluación del tratamiento.....	27
Tuberculosis pediátrica y del adolescente.....	30
Mortalidad por tuberculosis	35
Iniciativa de OPS/OMS sobre el control de la tuberculosis en grandes ciudades	38
Una visita para monitorear la situación de la tuberculosis en el país	40
Reunión Regional de Jefes de Programas Nacionales de Control de la Tuberculosis de las Américas y el Caribe.....	42
Casa Masantonio: abordaje de la tuberculosis en la exclusión.....	44

Presentación

La tuberculosis (TB) es la novena causa de muerte a nivel mundial y la primera por enfermedades infecciosas. Se estima que en 2016 más de 10,4 millones de personas contrajeron la TB: el 90% eran adultos, el 65% eran varones, el 10% tenía coinfección con VIH y se registraron 1,3 millones de muertes asociadas a esta enfermedad.

En la Argentina, si bien se considera que la enfermedad tiene una carga moderada, la TB continúa siendo un problema de salud pública. **Se notificaron 11.560 casos en 2016 y la tasa de notificación de casos de TB aumentó nuevamente** con respecto a 2015: de 24,9 a 26,5 por 100.000 habitantes, **con importantes diferencias entre jurisdicciones**. Esto determinó cuatro años consecutivos de aumento sostenido de la enfermedad, a lo que se suma un incremento de casos de TB en grupos jóvenes.

En nuestro país la situación está caracterizada por una alta carga de TB en aquellas jurisdicciones con situaciones socioeconómicas más desfavorables, pero también con un incremento constante de casos en jurisdicciones socioeconómicamente más favorables, altamente urbanizadas y de gran concentración de población en circunstancias de vulnerabilidad, como la Ciudad de Buenos Aires.

El 90% de los casos notificados en 2016 fue clasificado como casos nuevos, recaídas y casos sin información de tratamiento previo, que son los que marcan el comportamiento epidemiológico de la TB ya que se consideran como producto de la transmisión del bacilo en la comunidad. El 10% restante tenía registrado algún antecedente de tratamiento distinto a la recaída (pérdida de seguimiento, fracaso, traslado y otro).

La existencia de **casos antes tratados** tiene implicancias epidemiológicas en el control de la TB en la comunidad ya que, además de evidenciar una falla en la adherencia, puede implicar que esas personas desarrollen a futuro resistencia a las drogas antituberculosas, con una dificultad adicional para su diagnóstico, una mayor probabilidad de presentar una TB más grave y una menor probabilidad de tratamiento exitoso. Por lo tanto, conocer con claridad el antecedente de tratamiento es de suma utilidad para diseñar y determinar las estrategias terapéuticas para su abordaje.

Las muertes por TB en 2016 fueron 757, cifra 5% más alta que la registrada en 2015. **El riesgo de morir por TB es mayor en los varones que en las mujeres** y, si bien au-

menta con la edad, dos de cada tres muertes ocurren en personas de **menos de 65 años**.

La ocurrencia de **casos y muertes por TB en niños y adolescentes** es un reflejo no solo de la transmisión activa de la enfermedad en la población sino que también pone de manifiesto dificultades en el control de las personas que estuvieron en contacto con el bacilo y barreras en el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno, que evitarían en muchos casos el desarrollo de la enfermedad y las muertes.

En el año 2016 se notificaron **1.932 casos en niños y adolescentes menores de 20 años** (17%) y el 53% correspondió a jóvenes de 15 a 19 años que en su mayoría fueron diagnosticados por síntomas respiratorios.

Otro punto a considerar es la incompleta información con la que se cuenta sobre los resultados de los tratamientos que siguen las personas. Por ejemplo, en el año 2015 se notificaron 10.754 casos de TB de todas las formas y en el 38% de ellos no se registró el resultado del tratamiento.

La **tasa de éxito del tratamiento es del 50%** y se calcula sobre el total de casos notificados. El número aumenta a 78% si se calculan los casos con evaluación. Sin embargo, cualquiera de las dos tasas no alcanza al 85% esperado para lograr un impacto en la situación de la TB.

La información necesaria para el monitoreo y vigilancia de la enfermedad es de gran importancia para el control de la TB. Para ello es excluyente contar con un sistema de información fiable, de calidad y de cobertura universal. De lo contrario, los resultados y conclusiones serían parciales y podrían subestimar el problema que representa la TB a nivel nacional. En relación con el **mejoramiento de la información de vigilancia** actualmente se encuentra en desarrollo un nuevo sistema de notificación de TB dentro del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) integrado a través del SISA, que permitirá consolidar la información de los distintos actores que intervienen en el diagnóstico, atención y seguimiento de las personas con TB a nivel local, provincial y nacional; facilitando también tanto la notificación de los casos como el análisis sistemático y rápido de la información disponible.

Este cambio de herramienta de vigilancia se produce, además, en forma simultánea con los nuevos requerimientos de información e indicadores que se incluyen en la nueva "Estrategia Mundial Fin de la TB". Esta estrategia tiene como objetivo poner fin a la epidemia mundial de TB reduciendo el número de muertes en un 95% y la tasa de incidencia en un 90% entre 2015 y 2035.

Los indicadores presentados en los párrafos anteriores son de carácter nacional, por lo que las realidades pueden cambiar de provincia a provincia e incluso entre los gran-

des centros urbanos y ciudades más pequeñas. Algunas de las realidades locales se describen a lo largo del Boletín.

En actualidad, el Programa Nacional de Control de Tuberculosis y Lepra está incluido en el ámbito de la Dirección de Sida y ETS y forma un equipo ampliado con el resto de la Dirección. Esto permite optimizar recursos humanos y materiales y coordinar esfuerzos en el logro del objetivo de controlar la enfermedad.

Esta relación se vuelve lógica tomando en cuenta los vínculos estrechos entre TB y VIH de las últimas décadas. No solo por la comorbilidad que presenta un importante porcentaje de las personas con TB, sino por la carga de estigma y discriminación, no siempre bien identificado, que afecta a las comunidades con TB. Por eso es importante tomar la experiencia del VIH en el enfoque basado en los derechos humanos y la participación indispensable de la sociedad civil.

En ese sentido **adherimos a la propuesta de OMS/OPS llamada “Poner fin a la TB de aquí a 2035”**, entendiendo que es una acción intersectorial en la cual quienes trabajamos en salud tenemos un rol importante, además de los sectores que trabajan para eliminar la pobreza, el estigma

y la discriminación y las desigualdades; pero reconociendo la necesidad indispensable de la voz de las personas con TB, sus comunidades y las poblaciones claves.

En este Boletín, además de los datos sobre nuevos casos de TB, mortalidad y evaluación del tratamiento en la Argentina, se presentan diferentes artículos que abordan temas como las estrategias de control de la enfermedad en grandes ciudades, el abordaje de personas en situación de calle, las conclusiones de la Reunión Regional de Jefes de Programas Nacionales de Control de la Tuberculosis realizada en Guadalajara (México) el año pasado y los lineamientos estratégicos del Programa Nacional de Control de Tuberculosis y Lepra. Además, este documento complementa los análisis de información que se realizan en forma periódica o eventual sobre epidemiología y control de la TB en el país con el objetivo de difundir la situación y lograr un mayor compromiso para su abordaje y control.

Dr. Sergio Maulen
Director de Sida, Enfermedades
de Transmisión Sexual, Hepatitis y TBC



Programa Nacional de Control de Tuberculosis y Lepra

El Programa Nacional de Control de Tuberculosis y Lepra (PNCTByL) fue creado por la Resolución 583/14 y puesto en funcionamiento el 6 de mayo de 2014. Hoy se encuentra bajo la órbita de la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación y tiene como meta controlar la enfermedad desde una concepción de derechos humanos evitando la discriminación y la estigmatización, entendiendo que **la tuberculosis (TB) es una enfermedad social, contagiosa y curable**, en la que interviene un agente infeccioso.

Desde lo organizativo, cuenta con un equipo de profesionales y técnicos a nivel central que desarrolla un trabajo descentralizado a partir de referentes en cada una de las 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que constituyen los Programas Provinciales de Tuberculosis (PPTB). La provincia de Buenos Aires, a su vez, cuenta con referentes programáticos en cada una de las doce Regiones Sanitarias en las que está dividida; algo parecido ocurre en algunos municipios del país, que crearon sus

propios programas. Todos estos estamentos tienen su respectiva autonomía en la toma de decisiones respetando el esquema político federal del sistema de salud de la República Argentina.

En las áreas de diagnóstico y vigilancia epidemiológica se cuenta con la **Red Nacional de Laboratorios coordinada por la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) “Dr. Carlos Malbrán” y el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Dr. Emilio Coni”**, ubicados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Santa Fe, respectivamente.

Además, el PNCTByL cuenta con un Comité Asesor integrado por colaboradores externos de diferentes disciplinas que participan en la resolución de casos complejos y capacitación a equipos de salud.

El programa entiende a la TB como un problema de salud pública que excede lo biomédico, que se agrava significativamente en contextos de pobreza y/o se vincula con otras problemáticas de salud, afectando especialmente a poblaciones vulnerables, minorías étnicas, migrantes y comunidades cerradas.

Entre sus funciones busca garantizar la continuidad de los tratamientos de primera y segunda línea, contribuir al diagnóstico oportuno y de calidad, mejorar el registro de la información y trabajar con niños/as, adolescentes, personas con coinfección (TB/VIH), con TB farmacorresistente, diabéticos, personas privadas de la libertad, poblaciones originarias, migrantes y con consumo problemático de sustancias, que requieren actividades de control más complejas y exigentes. Pretende contribuir a dar una respuesta efectiva a la necesidad de fortalecimiento de las políticas públicas sanitarias nacionales y a las recomendaciones internacionales para el control de la TB.

Por otro lado, mediante un proceso de construcción conjunta y participativa de todos los actores que integran el programa y las principales instituciones relacionadas con la enfermedad, **el año pasado se inició el proceso de planificación estratégica para el período 2018-2021, con el fin de constituir una herramienta política orientadora sobre las acciones pertinentes y prioritarias para llevar a la práctica los principios, pilares y componentes de la “Estrategia Fin de la TB” de la Organización Mundial de la Salud (OMS)** en el contexto nacional. El programa adhiere a esta estrategia global que propicia la consolidación de equipos interdisciplinarios y la articulación con otros programas y componentes de la sociedad civil. ■

Marcela Natiello

Coordinadora del Programa Nacional de Control de Tuberculosis y Lepra



Consideraciones metodológicas

Para entender las características utilizadas en el análisis de la situación de la tuberculosis (TB) se puede hacer un resumen muy simplista de qué es la TB:

La tuberculosis es una enfermedad causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria transmitida principalmente por la inhalación de microgotas expelidas al toser, hablar y respirar. Luego de la exposición al bacilo de la TB una proporción de las personas implicadas desarrollará una infección pulmonar «latente». Esto último significa que los individuos han controlado la bacteria aunque posteriormente una pequeña proporción adquirirá la TB al experimentar alguna inmunodeficiencia. Y si bien se transmite por vía respiratoria, algunas personas pueden tener TB en otro órgano diferente al pulmón por diseminación del bacilo. La TB de localización pulmonar es la responsable de la transmisión de la enfermedad en la comunidad porque las personas que la padecen eliminan los bacilos al exterior. Quienes se enferman de TB deben ser tratados con una combinación de drogas y requieren un tiempo mínimo de seis meses de tratamiento si no existen problemas de resistencia del bacilo a las drogas utilizadas, lo que determinaría -en algunos casos- un tratamiento más largo que puede durar años, con otro tipo de drogas que las usadas habitualmente.

Esta descripción muy sintética nos permite introducirnos en las definiciones utilizadas en este documento. Los casos de TB pueden ser clasificados según:

- historia de tratamiento previo;
- confirmación bacteriológica;
- localización anatómica de la enfermedad;
- condición frente al VIH y
- resistencia a los medicamentos.



Definición de casos al ingreso al tratamiento utilizados en el análisis

- **PACIENTES NUEVOS** que nunca han sido tratados por TB o que han recibido medicamentos anti TB durante menos de un mes.
- Pacientes **CON TRATAMIENTO PREVIO** que han recibido los medicamentos anti TB en el pasado durante un mes o más.
- **RECAÍDA (Pacientes con recaída)**: han sido previamente tratados por TB, fueron declarados curados o con el tratamiento completo al final de su último ciclo de tratamiento y son diagnosticados con un episodio recurrente de TB (ya sea una verdadera recaída o un nuevo episodio de TB causado por reinfección).
- **FRACASO (Pacientes con tratamiento después del fracaso)**: son aquellos previamente tratados por TB y cuyo tratamiento fracasó al final de su curso más reciente.
- **REINGRESO PÉRDIDA DE SEGUIMIENTO (Pacientes con tratamiento después de pérdida del seguimiento)**: fueron tratados previamente por TB y declarados, al final de su tratamiento más reciente, como pérdida en el seguimiento.
- **OTROS (Otros pacientes antes tratados)**: son aquellos que han sido previamente tratados por TB pero cuyo resultado después del tratamiento más reciente es desconocido o indocumentado. Se incluyen los casos clasificados como traslados en la notificación de casos.
- **SIN INFORMACIÓN (Pacientes con historia desconocida de tratamientos previos por TB)**: no pueden ubicarse en ninguna de las categorías mencionadas anteriormente.

Para el presente documento los casos *nuevos*, *recaídas de TB* y *pacientes con historia desconocida de tratamiento de TB* son considerados **CASOS NUEVOS** y **RECAÍDAS DE TB** y son los casos utilizados para el seguimiento epidemiológico ya que se consideran casos producto de una exposición nueva al bacilo. Los casos notificados con antecedentes de tratamiento distintos a recaída se mencionan como **ANTES TRATADOS**.

Definición de casos según confirmación bacteriológica

- Un caso de TB **CONFIRMADO BACTERIOLÓGICAMENTE** es aquel que tiene una muestra biológica positiva por baciloscopia, cultivo o prueba rápida (WRD como el Xpert MTB/RIF®).
- Un caso de TB **CLÍNICAMENTE DIAGNOSTICADO** es aquel que no cumple con los criterios para la confirmación bacteriológica pero ha sido diagnosticado como TB activa por un médico u otro practicante médico, quien ha decidido dar al paciente un ciclo completo de tratamiento de TB. Esta definición incluye casos diagnosticados sobre la base de anomalías a los rayos X o histología sugestiva y casos extrapulmonares sin confirmación de laboratorio.

Clasificación basada en la localización anatómica de la enfermedad

- **TBP (Tuberculosis pulmonar)** se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de TB que implica el parénquima pulmonar o el árbol traqueo bronquial. La TB miliar se clasifica como TBP porque hay lesiones en los pulmones. Un paciente con TB pulmonar y extrapulmonar debe clasificarse como un caso de TBP.
- **TBE (La tuberculosis extrapulmonar)** se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de TB que involucra otros órganos que no sean los pulmones, por ejemplo: pleura, ganglios linfáticos, abdomen, tracto genitourinario, piel, articulaciones, huesos y meninges.

Clasificación basada en el estado de VIH

- Paciente con **TB Y VIH** se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de TB y que tiene un resultado positivo de la prueba del VIH realizado al momento del diagnóstico de TB u otra evidencia documentada de VIH.
- Paciente con **TB Y SIN VIH** se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de TB y que tiene un resultado negativo de la prueba del VIH realizada al momento del diagnóstico de la TB.
- Paciente con **TB Y ESTADO DE VIH DESCONOCIDO** se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de TB que no tiene ningún resultado de la prueba del VIH y no hay otra evidencia documentada de inscripción en la atención del VIH.



Clasificación basada en la resistencia a medicamentos

Los casos se clasifican en categorías en función de las pruebas de sensibilidad a los medicamentos (PSD) de los aislados clínicos confirmados como M. tuberculosis:

- **MONORRESISTENCIA:** resistencia a solo un medicamento anti TB de primera línea (DPL).
- **POLIRRESISTENCIA:** resistencia a más de una DPL anti TB (que no sea isoniacida y rifampicina a la vez).
- **MULTIDROGORRESISTENCIA (MDR):** resistencia al menos a la isoniacida y la rifampicina.
- **EXTENSAMENTE RESISTENTE (XDR):** resistencia a cualquier fluoroquinolona y al menos uno de los tres medicamentos inyectables de segunda línea (capreomicina, kanamicina y amikacina), en casos con multidrogorresistencia.

Por último, la persona que recibió tratamiento puede clasificarse según su finalización de la siguiente manera:

- **CURADOS:** paciente con TB pulmonar con bacteriología confirmada al inicio del tratamiento y que tiene baciloscopia o cultivo negativo en el último mes de tratamiento y al menos en una ocasión anterior.
- **TRATAMIENTO COMPLETO:** paciente con TB que completó el tratamiento sin evidencia de fracaso, pero sin constancia que muestre que la baciloscopia o el cultivo de esputo del último mes de tratamiento y al menos en una ocasión anterior fueron negativos, ya sea porque las pruebas no se hicieron o porque los resultados no estén disponibles.
- **FRACASO AL TRATAMIENTO:** paciente con TB cuya baciloscopia o cultivo de esputo es positivo en el quinto mes o posterior durante el tratamiento.
- **FALLECIDO:** paciente con TB que muere por cualquier razón antes de comenzar o durante el curso del tratamiento.
- **PÉRDIDA EN EL SEGUIMIENTO:** paciente con TB que no inició el tratamiento o lo interrumpió durante dos meses consecutivos o más.
- **NO EVALUADO:** paciente con TB al que no se le ha asignado el resultado de tratamiento. Incluye los casos «transferidos» (traslado) a otra unidad de tratamiento y también los casos cuyo resultado del tratamiento se desconoce en la unidad que reporta.
- **TRATAMIENTO EXITOSO:** la suma de curados y tratamientos completos.

Para el siguiente documento se utilizaron como **fuentes de información** las bases de datos de notificación de casos de TB del módulo de TB del SNVS, consolidadas y sistematizadas en el INER "Dr. Emilio Coni". Para el análisis de la notificación de casos se utilizó la base 2016 y para el análisis de evaluación de tratamiento, la correspondiente a 2015, ya que se debe dar el tiempo necesario para que los casos terminen el tratamiento y sea reportada su condición.

La **mortalidad por TB**, por su parte, se analiza a partir de las defunciones registradas por TB de las bases de datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación,

Para el análisis de las **diferencias en la notificación y mortalidad de casos según grupos de edad, sexo, jurisdicción y departamento/partido de residencia** se calcularon tasas específicas por 100.000 habitantes utilizando las estimaciones de población por grupos de edad y sexo, por jurisdicción y departamento, del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Es decir, la relación entre los casos nuevos o muertes y la población en riesgo de enfermarse o morir por TB en un lugar determinado en un año.

Para el análisis de la **tendencia** se calculó el coeficiente de regresión lineal del logaritmo natural de base de la tasa de notificación y se expresó como **variación anual promedio porcentual (VAP)**, el valor central y su intervalo de confianza del 95%. Este indicador permite apreciar en un período de tiempo si la tendencia anual es al aumento o descenso (signos + y -) y si este comportamiento es significativo. Si los intervalos de confianza incluyen el 0, el comportamiento puede no ser el observado ya que existe una probabilidad de que esta velocidad de cambio sea nula.

El análisis de la **desigualdad en la distribución de la TB por residencia se realizó mediante el índice de Gini**, ordenando las jurisdicciones o departamentos/partidos según su tasa de notificación de TB. El análisis de la desigualdad en la distribución de la tuberculosis por residencia y su asociación con las condiciones sociales se realizó mediante el cálculo del **índice de concentración**, ordenando las jurisdicciones o departamentos/partidos en función de la proporción de población con necesidades básicas insatisfechas (NBI) obtenida en el censo 2010 del INDEC. En ambos casos el grado de desigualdad es una medida resumen que representa cuánto se desvía de la línea diagonal de igualdad. Cuanto mayor es la distancia o, más propiamente, el área comprendida entre la curva obtenida y esta diagonal, mayor es la desigualdad.

El análisis de los **resultados del tratamiento** se realiza mediante el cálculo de proporciones en relación con las distintas características analizadas, las cuales fueron seleccionadas de acuerdo con la bibliografía consultada sobre la TB. En este caso en particular se presenta la información de las proporciones según la clasificación al final del tratamiento en dos formas:

- 1) **sobre el total de casos notificados según la característica estudiada y**
- 2) **sobre el total de casos que fueron evaluados efectivamente en ese período;**

Esta última, si bien contiene un sesgo referido a jurisdicciones con pocos casos evaluados, permite una comparación histórica de las tasas correspondientes. ■

Una estrategia para acabar con la tuberculosis

En 2014, la 67a Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó la Estrategia Fin de la Tuberculosis que forma parte de las metas del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible y que impulsa “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.” Se trata de 17 objetivos mundiales y 169 metas para el año 2030.

La Estrategia Fin de la Tuberculosis combina un enfoque integral de intervenciones sanitarias y sociales adaptadas a los contextos regionales, nacionales y locales. Uno de sus pilares se basa en la prevención y atención integrada de la tuberculosis (TB) centrada en la persona. Esto incluye la disponibilidad de los recursos humanos y financieros necesarios para su prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

OBJETIVO 3: SALUD Y BIENESTAR

Poner fin a la epidemia del sida, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir las hepatitis, enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.

Su objetivo es poner fin a la epidemia mundial de TB y establece hitos para 2025:

- **reducir las muertes por TB un 75% (comparado con 2015);**
- **reducir la tasa de incidencia un 50%;**
- **reducir los costos para las familias afectadas.**

A su vez, la Estrategia se propone cumplir para el año 2035 las metas de reducir un 95% las muertes por la enfermedad y un 90% la tasa de incidencia.

Para lograr estos objetivos la Estrategia Fin de la Tuberculosis se fundamenta en tres pilares:

- 1. Atención y prevención integrada de la TB centrada en las personas;**
- 2. Políticas audaces y sistemas de soporte;**
- 3. Investigación intensificada e innovadora.**

Actividades de colaboración TB/VIH

A. Establecer y fortalecer los mecanismos para proporcionar servicios integrados de TB y VIH

1. Establecer y fortalecer un grupo coordinador funcional en todos los niveles.
2. Determinar la prevalencia del VIH entre pacientes con TB y la prevalencia de TB entre personas con VIH.
3. Planificar conjuntamente a fin de integrar los servicios de TB y VIH.
4. Monitorear y evaluar.

B. Reducir la carga de TB en personas con VIH e iniciar tempranamente el tratamiento antirretroviral (las “3 íes”)

1. Intensificar la búsqueda de casos de TB y proporcionar tratamiento anti TB de buena calidad.
2. Iniciar la prevención de la TB con TPI y TARV tempranos.
3. Garantizar el control de infecciones por TB en establecimientos de salud y sitios de congregación.

C. Reducir la carga de VIH en personas con diagnóstico presuntivo o confirmado de TB

1. Proporcionar la prueba del VIH y consejería a personas con diagnóstico presuntivo o confirmado de TB.
2. Introducir intervenciones de prevención del VIH en personas con diagnóstico presuntivo o confirmado de TB.
3. Proporcionar TPC a personas coinfectadas con TB/VIH.
4. Garantizar intervenciones de prevención del VIH, tratamiento y atención a personas coinfectadas con TB/VIH.
5. Proporcionar TARV a personas con coinfección por TB/VIH.

Estos tres pilares engloban cuatro principios:

- **Rectoría y transparencia gubernamental con monitoreo y evaluación.**
- **La construcción de una fuerte coalición con la sociedad civil y las comunidades.**
- **La protección y promoción de los derechos humanos, la ética y la equidad.**
- **La adaptación de la estrategia y los objetivos a nivel de país, con la colaboración mundial.**

PILAR 1 Atención y prevención integrada de la TB centrada en el paciente



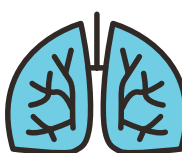
Diagnóstico oportuno de la TB, incluyendo el acceso universal a las pruebas de sensibilidad a los medicamentos anti-TB y la detección sistemática de contactos y grupos de alto riesgo.



Tratamiento de las personas con TB y TB drogorresistente, con soporte centrado en el paciente.



Tratamiento preventivo para las personas con alto riesgo y vacunación contra TB.



Actividades de colaboración TB/VIH, y tratamiento de las comorbilidades.

PILAR 2 Políticas audaces y sistemas de apoyo



Compromiso político, con recursos suficientes para la atención de la TB y su prevención.

Participación de las comunidades, las organizaciones de la sociedad civil y los proveedores de salud de los sectores público y privado.



Política de cobertura universal de salud, marcos regulatorios de casos, registros vitales, calidad y uso racional de los medicamentos, y el control de infecciones.



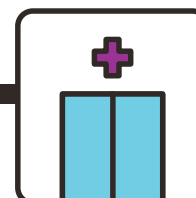
Protección social, alivio de la pobreza y actuación sobre otros determinantes de la TB.

PILAR 3 Innovación e investigación intensificada



Descubrimiento, desarrollo e incorporación rápida de nuevas herramientas, intervenciones y estrategias.

Investigación para optimizar la aplicación y el impacto y fomentar las innovaciones.



INDICADORES

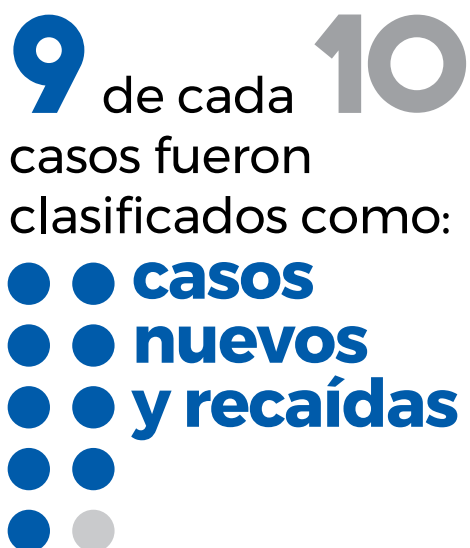
	METAS			
	HITOS		ODS**	FIN DE LA TB
	2020	2025	2030	2035
Reducción del número de muertes por TB*	35%	75%	90%	95%
Reducción de la tasa de incidencia de TB*	20%	50%	89%	90%
Porcentaje de familias afectadas por TB que enfrentan costos catastróficos	0%	0%	0%	0%

*Comparado con 2015 (%).

** Los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) de las Naciones Unidas incluyen poner fin a la epidemia de TB en el año 2030 bajo el tercer objetivo.

	META
Cobertura del tratamiento	90%
Tasa de éxito del tratamiento	90%
Porcentaje de pacientes cuyos hogares sufren gastos catastróficos debido a la TB	0%
Porcentaje de pacientes sometidos a una prueba rápida	90%
Cobertura de tratamiento TB latente en VIH y niños	90%
Cobertura investigación contactos	90%
Cobertura de prueba de sensibilidad para rifampicina	100%
Documentación de estatus serológico para VIH	100%
Tasa de letalidad	<5%

La tuberculosis en números

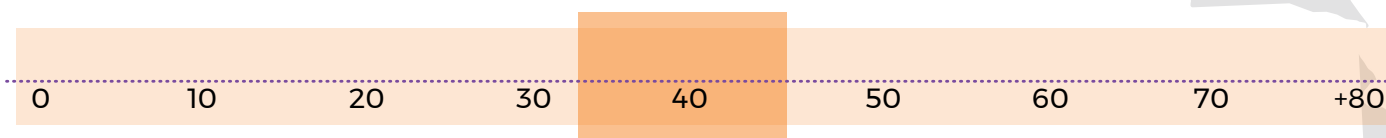


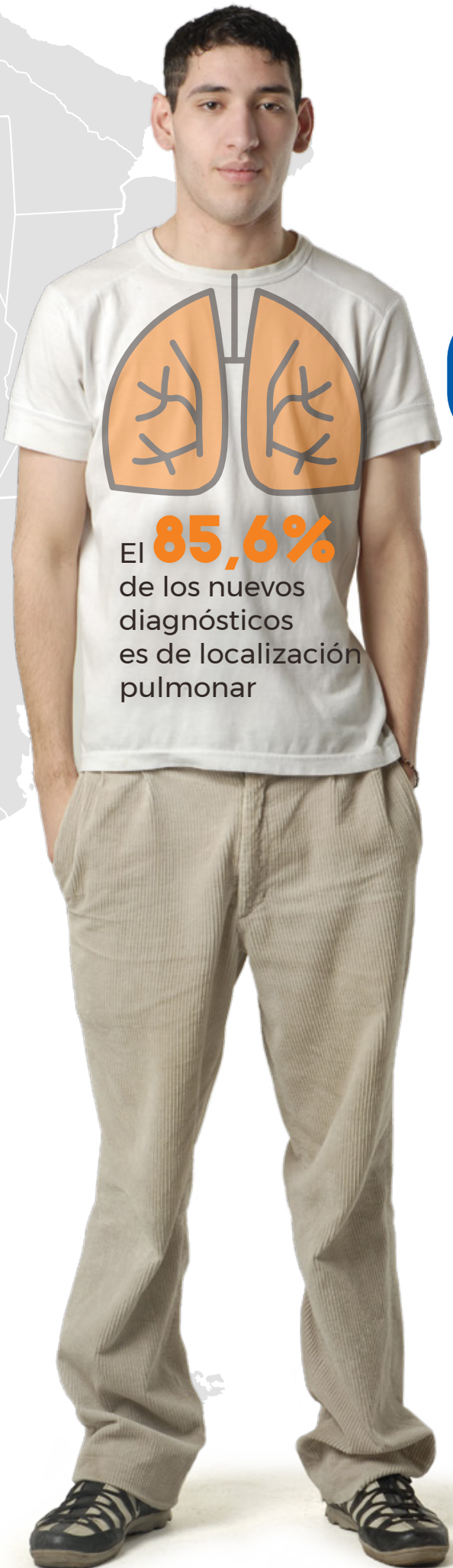
El **50%** de los nuevos casos y recaídas se dan en personas de **20** a **44** años

De las **10.754** personas notificadas con TB, se desconoce el resultado del tratamiento en el 40% de los casos (**año 2015**).

Del 60% restante, un **77%** tuvo un tratamiento exitoso.

Entre los **35** y **44** años más de un tercio de las muertes por tuberculosis estuvo asociado con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).





En **2016** se notificaron **11.560** casos de TB en el país.

El **17%** son menores de 20 años.

La tasa es de **26,5** cada 100.000 habitantes

6 de cada 10 son varones

El **85,6%** de los nuevos diagnósticos es de localización pulmonar

En **2016** hubo **757** muertes por TB en la Argentina
5% más que en 2015



2015

2016

La mortalidad por tuberculosis fue mayor en **varones** que en **mujeres**

65,2%

34,8%

Resumen de indicadores sobre la situación y respuesta a la tuberculosis

Jurisdicciones	Población (2016)		Notificación (2016)					
	Número	%	Totales		Nuevos y recaídas		Antes tratados	
			Casos	Tasas ¹	Casos	Tasas ¹	Casos	Tasas ¹
Total del País	43.590.368	100,0	11.560	26,5	10.423	23,9	1.137	2,6
Ciudad de Buenos Aires	3.059.122	7,0	1.171	38,3	1.089	35,6	82	2,7
Buenos Aires	16.841.135	38,6	5.927	35,2	5.098	30,3	829	4,9
Catamarca	400.678	0,9	36	9,0	29	7,2	7	1,8
Córdoba	3.606.540	8,3	435	37,6	416	36,0	19	1,6
Corrientes	1.080.655	2,5	134	23,2	124	21,5	10	1,7
Chaco	1.155.723	2,7	374	10,4	362	10,0	12	0,3
Chubut	577.466	1,3	287	26,6	270	25,0	17	1,6
Entre Ríos	1.334.489	3,1	206	15,4	192	14,4	14	1,1
Formosa	584.614	1,3	226	38,7	211	36,1	15	2,6
Jujuy	736.542	1,7	406	55,1	400	54,3	6	0,8
La Pampa	346.191	0,8	40	11,6	39	11,3	1	0,3
La Rioja	372.879	0,9	47	12,6	36	9,7	11	3,0
Mendoza	1.907.045	4,4	181	9,5	174	9,1	7	0,4
Misiones	1.204.182	2,8	205	17,0	199	16,5	6	0,5
Neuquén	628.897	1,4	49	7,8	47	7,5	2	0,3
Río Negro	708.799	1,6	67	9,5	64	9,0	3	0,4
Salta	1.351.878	3,1	628	46,5	622	46,0	6	0,4
San Juan	747.488	1,7	72	9,6	68	9,1	4	0,5
San Luis	482.796	1,1	41	8,5	37	7,7	4	0,8
Santa Cruz	329.499	0,8	56	17,0	55	16,7	1	0,3
Santa Fe	3.425.656	7,9	551	16,1	520	15,2	31	0,9
Santiago del Estero	938.109	2,2	94	10,0	81	8,6	13	1,4
Tucumán	1.613.476	3,7	255	15,8	226	14,0	29	1,8
Tierra del Fuego	156.509	0,4	18	11,5	16	10,2	2	1,3
Otros países	-	-	-	-	-	-	-	-
Servicio Penitenciario	-	-	43	-	38	-	5	-
Desconocido	-	-	11	-	10	-	1	-

1. Tasas por 100.000 habitantes.

Mortalidad (2016)		Evaluación del tratamiento (2015)					
Número	Tasas ¹	Casos Totales	Evaluados		Éxito		
			Casos	% sobre el total de casos	Casos	% sobre el total de casos	% sobre los casos evaluados
757	1,7	9.799	6.027	61,5	4.767	48,7	79,1
58	1,9	1.125	242	21,5	186	16,5	76,9
255	1,5	4.699	2.606	55,5	1.987	42,3	76,3
7	1,8	33	30	90,9	26	78,8	86,7
21	0,6	381	249	65,4	179	47,0	71,9
17	1,6	101	95	94,1	75	74,3	79,0
57	4,9	327	317	96,9	280	85,6	88,3
7	1,2	282	209	74,1	182	64,5	87,1
21	1,6	156	146	93,6	116	74,4	79,5
23	3,9	190	186	97,9	147	77,4	79,0
45	6,1	351	332	94,6	292	83,2	88,0
1	0,3	34	31	91,2	29	85,3	93,6
2	0,5	59	22	37,3	22	37,3	100,0
30	1,6	162	154	95,1	146	90,1	94,8
10	0,8	165	163	98,8	132	80,0	81,0
6	1,0	35	28	80,0	22	62,9	78,6
8	1,1	67	23	34,3	21	31,3	91,3
74	5,5	589	490	83,2	401	68,1	81,8
10	1,3	64	59	92,2	41	64,1	69,5
4	0,8	36	33	91,7	22	61,1	66,7
3	0,9	54	52	96,3	38	70,4	73,1
43	1,3	544	360	66,2	276	50,7	76,7
8	0,9	98	87	88,8	52	53,1	59,8
21	1,3	181	97	53,6	82	45,3	84,5
1	0,6	11	9	81,8	9	81,8	100,0
8	-	-	-	-	-	-	-
-	-	32	0	0,0	0	0,0	0,0
17	-	23	7	30,4	4	17,4	57,1

Situación de la tuberculosis en la Argentina

Notificación de casos

En el año 2016 se notificaron 11.560 casos de tuberculosis (TB) en la Argentina, incluyendo casos nuevos, recaídas y con antecedentes de tratamientos previos, resultando así una tasa de 26,5 casos por 100.000 habitantes. Esta tasa fue un 6% superior a la registrada en 2015 que fue de 24,9 por 100.000 habitantes, lo que representó 806 casos más en 2016 (Gráfico 1).

Del total de casos notificados, los casos nuevos y las recaídas se consideran los casos de más reciente infección y los que determinan el mantenimiento de la circulación de la tuberculosis en la comunidad y la tasa fue de 23,9 por 100.000 habitantes. Entre 2015 y 2016, el 77% del aumento de la notificación (624) se registró entre este tipo de casos.

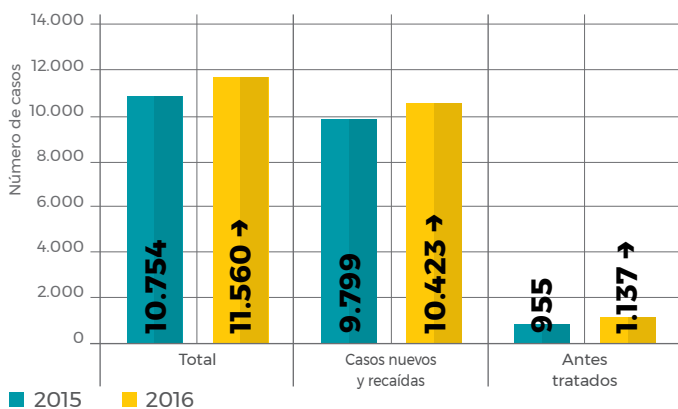
Localización de la enfermedad

La tuberculosis de localización pulmonar es la responsable de la transmisión de la enfermedad. En 2016, el 85,6% de los casos (n=9893) era de localización pulmonar y el 13,8% extrapulmonar; en 70 casos no se registró la localización de la enfermedad.

Esta distribución se mantiene entre los casos nuevos y recaídas y los casos antes tratados, aunque en el segundo grupo los casos de localización pulmonar representaron una proporción mayor (Gráfico 2).

La confirmación bacteriológica, tanto por cultivo como por examen directo de esputo [BK (+)] fue, para todos los casos, del 71,4%; pero esta proporción varió entre los casos nuevos y recaídas y casos antes tratados, siendo unos seis puntos porcentuales mayor en el grupo de los tratados con anterioridad. Esto significa que aproximadamente un

Gráfico 1: Casos de TB notificados según la clasificación al ingreso al tratamiento. Argentina, 2015-2016.



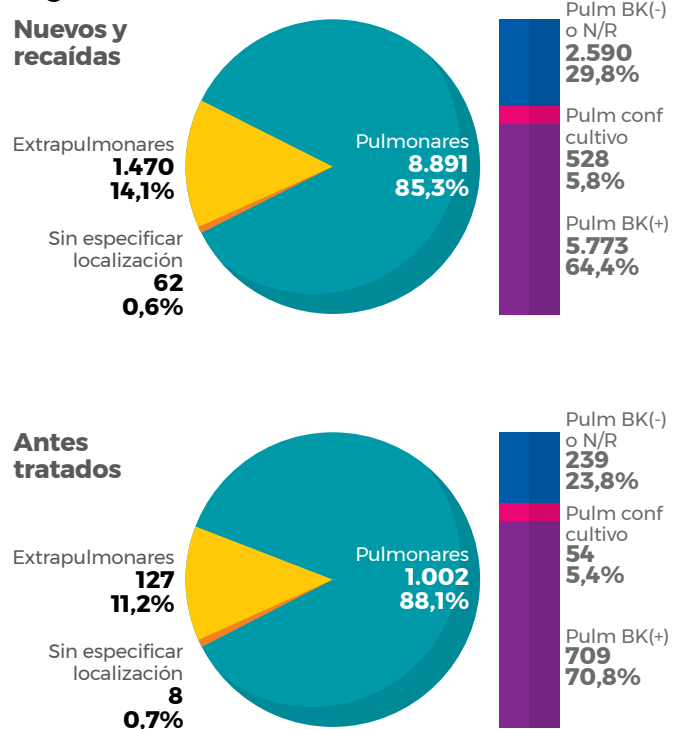
Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

70% de la población con tuberculosis tiene una alta capacidad de transmitir la enfermedad en la comunidad.

Entre los casos pulmonares se observó una diferencia en la gravedad de la presentación de los casos, teniendo en cuenta la presencia de cavidades en las imágenes radiológicas. Si bien en ambos grupos las imágenes con cavidades fueron más frecuentes, en el grupo de los antes tratados alcanzó el 61,0% y, de estos casos, la presentación fue bilateral en el 71,6%, denotando así una mayor gravedad entre aquellos con antecedentes de tratamiento (Gráfico 3).

Durante 2016 se notificaron 1.597 casos de localización extrapulmonar exclusiva (es decir que afecta a órganos distintos del pulmón), lo que representa el 13,8% sobre el total de los casos notificados. En el Gráfico 4 se presenta la distribución de la localización extrapulmonar exclusiva. La localización pleural fue la más frecuente para los casos nuevos y recaídas y antes tratados. Se destaca entre los casos antes tratados una mayor presentación de formas ganglionares y meníngeas que representan el 40,2% de las extrapulmonares exclusivas de este grupo.

Gráfico 2: Distribución de la localización y la confirmación bacteriológica de los casos de TB según la clasificación al ingreso al tratamiento. Argentina, 2016.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

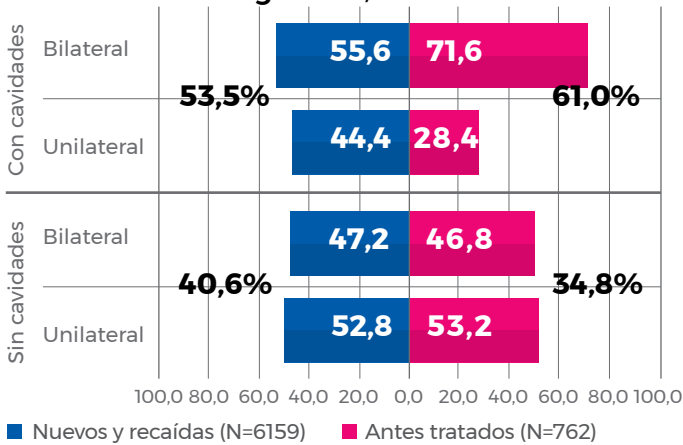
Distribución por edad y sexo

La distribución por edad en 2016 presentó un comportamiento similar al de años anteriores. Las mayores tasas de notificación se observaron en los grupos de adultos jóvenes, mientras que la población pediátrica y los adultos mayores presentaron las tasas más bajas (Gráfico 5).

Entre los casos nuevos y recaídas la tasa de notificación más alta se presentó en el grupo de 20 a 24 años, con 42,6 casos cada 100.000 habitantes, y fue 1,8 veces más alta que la tasa para todas las edades. Le siguió el grupo de 25 a 29 años con 36,6 casos cada 100.000 habitantes. Por otra parte, la tasa más baja se presentó en el grupo de 5 a 9 años, con 5,4 casos por 100.000 habitantes.

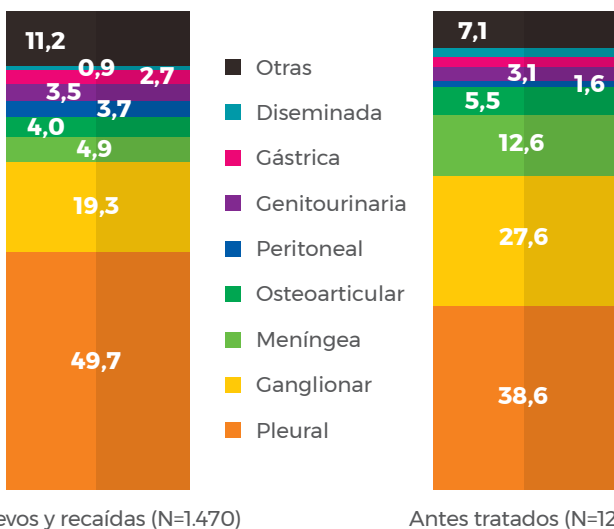
Un patrón similar, aunque un poco desplazado hacia edades mayores, se observó en los casos antes tratados,

Gráfico 3: Clasificación radiológica de los casos pulmonares de TB según la situación al ingreso al tratamiento. Argentina, 2016.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

Gráfico 4: Distribución de la localización de la TB extrapulmonar según la clasificación de los casos al ingreso al tratamiento. Argentina, 2016.



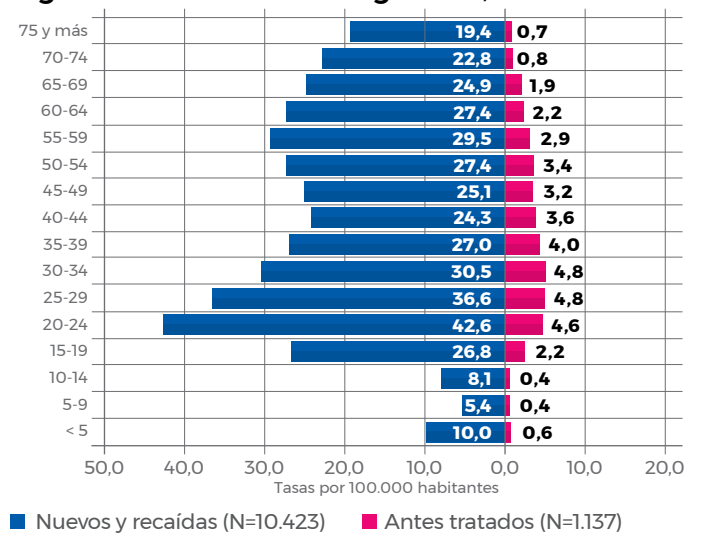
Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

entre los cuales las tasas más altas se dieron en los grupos de 25 a 29 y 30 a 34 años: 4,8 casos cada 100.000 habitantes, es decir 1,8 veces la tasa general para ese grupo.

El 60% de los casos nuevos y las recaídas de TB y el 70% de los casos antes tratados notificados en 2016 se produjeron en la población de jóvenes y adultos jóvenes (15 a 44 años).

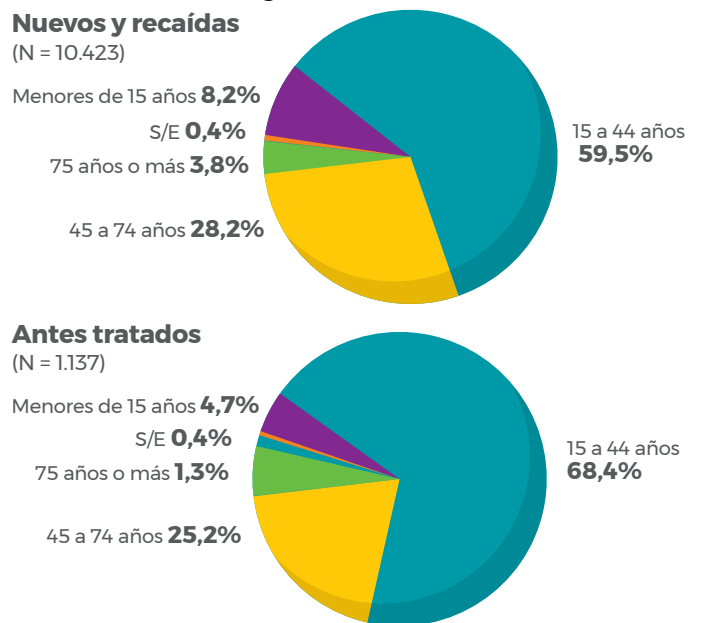
Tal como se espera, la proporción de casos de TB pediátrica fue mayor en el grupo de casos nuevos y recaídas, representando el 8,2% frente al 4,7% de los casos antes tratados (Gráfico 6).

Gráfico 5: Tasas de TB por 100.000 habitantes por grupos de edad según la clasificación al ingreso al tratamiento. Argentina, 2016.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

Gráfico 6: Distribución de los casos de TB por grupos de edad según la clasificación al ingreso al tratamiento. Argentina, 2016.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

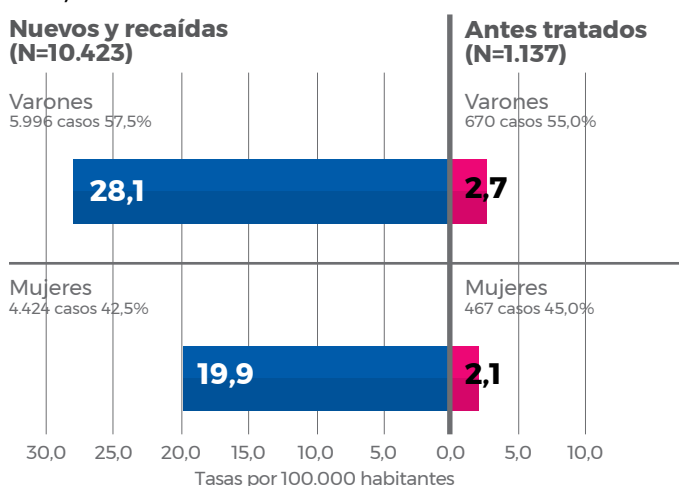
En el Gráfico 7 se presenta la notificación por sexo. Existe un predominio masculino en los casos notificados tanto para los casos nuevos y recaídas como para los antes tratados, con 57,5% y 55,0% respectivamente.

La razón de tasas de notificación de TB entre varones y mujeres fue mayor para los casos nuevos y recaídas, con 1,4, mientras que para los casos antes tratados fue de 1,3.

En el Gráfico 8 se presenta la notificación de casos por grupos de edad y sexo para los casos nuevos y recaídas. La evaluación mediante razón de tasas por sexo mostró que en el grupo de 55 a 59 años se notificaron aproximadamente dos varones por cada mujer (razón de tasas: 1,9).

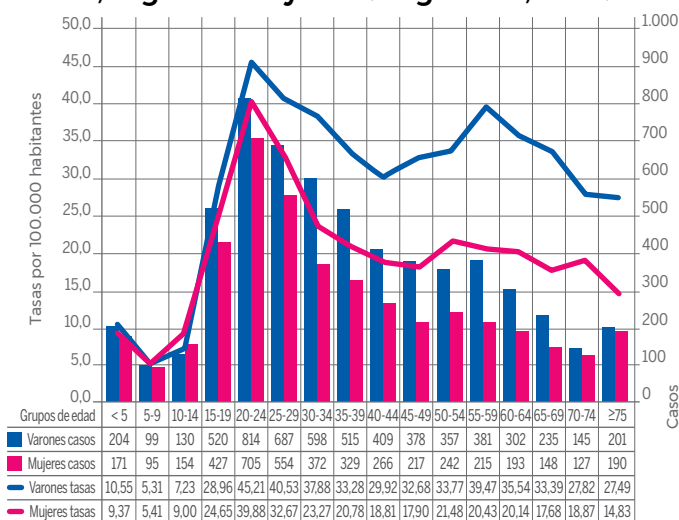
El análisis del comportamiento por edad de los casos

Gráfico 7: Tasas por 100.000 habitantes, número y porcentajes de casos de TB por sexo según la clasificación al ingreso al tratamiento. Argentina, 2016.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

Gráfico 8: Número de casos y tasas de TB por 100.000 habitantes en el grupo de nuevos y recaídas, según edad y sexo. Argentina, 2016.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

pulmonares BK (+), es decir aquellos que representan la principal fuente de infección y transmisión en la población, mostró una concentración entre los adultos jóvenes (de 15 a 44 años) con la presentación de tasas de notificación más altas y un comportamiento que se repitió entre los casos nuevos y recaídas y antes tratados (Gráfico 9).

La razón de tasas por sexo mostró que en el grupo de 55 a 59 años se notificó más del doble de casos de TB BK (+) en hombres que en mujeres (razón de tasas: 2,2).

Distribución por jurisdicción

La TB afectó a todas las jurisdicciones del país, sin embargo, se presentaron marcadas diferencias entre ellas. Tal como fue mencionado anteriormente, en 2016 la tasa de notificación para el total del país de los casos nuevos y recaídas fue de 23,9 por 100.000 habitantes y siete jurisdicciones se ubicaron por encima del promedio nacional: Jujuy, Salta, Formosa, Chaco, Buenos Aires, CABA y Corrientes (Gráfico 10).

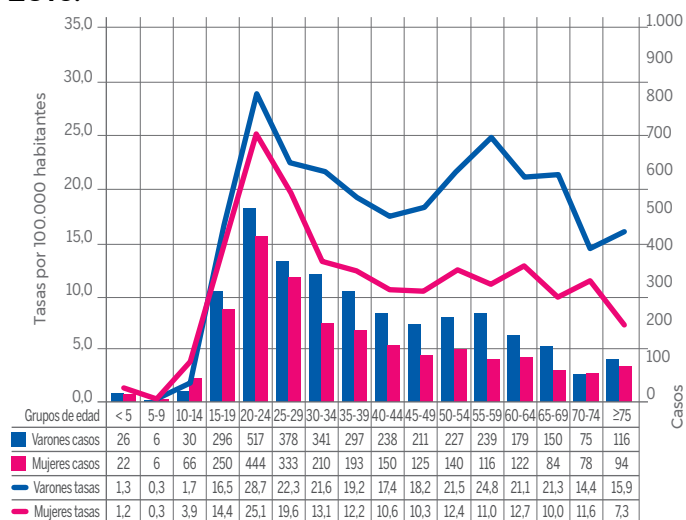
La tasa de notificación más alta de casos nuevos y recaídas -54,3 casos cada 100.000 habitantes- correspondió a la provincia de Jujuy con 400 casos, mientras que la tasa más baja perteneció a Catamarca con 7,2 casos cada 100.000 habitantes (29 casos).

De este modo, la tasa de notificación de Jujuy fue 7,5 veces mayor que la de Catamarca y, a su vez, 2,3 veces mayor que la tasa del total del país.

El patrón de notificación de casos nuevos y recaídas no se repitió entre los casos con antecedentes de tratamiento, cuya tasa de notificación más alta se presentó en Buenos Aires con 4,9 cada 100.000 habitantes.

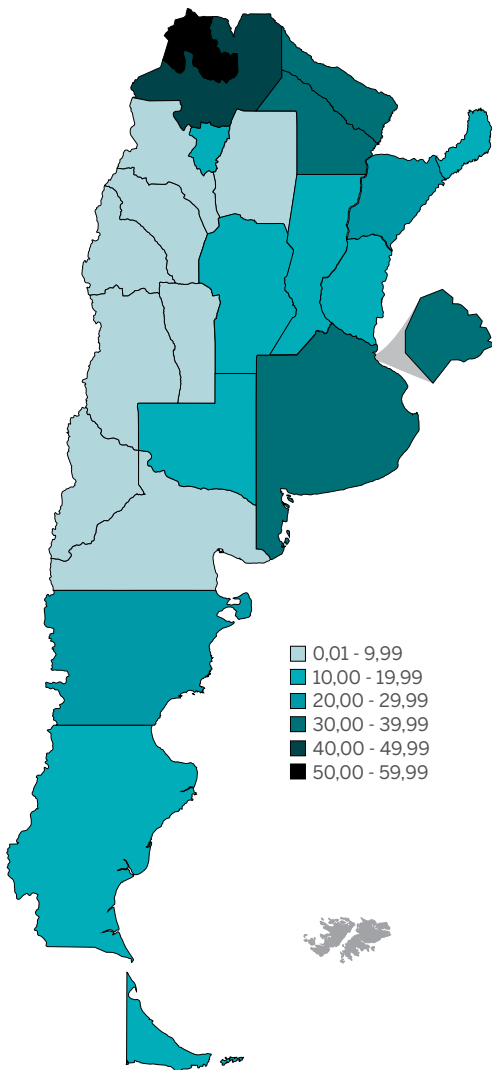
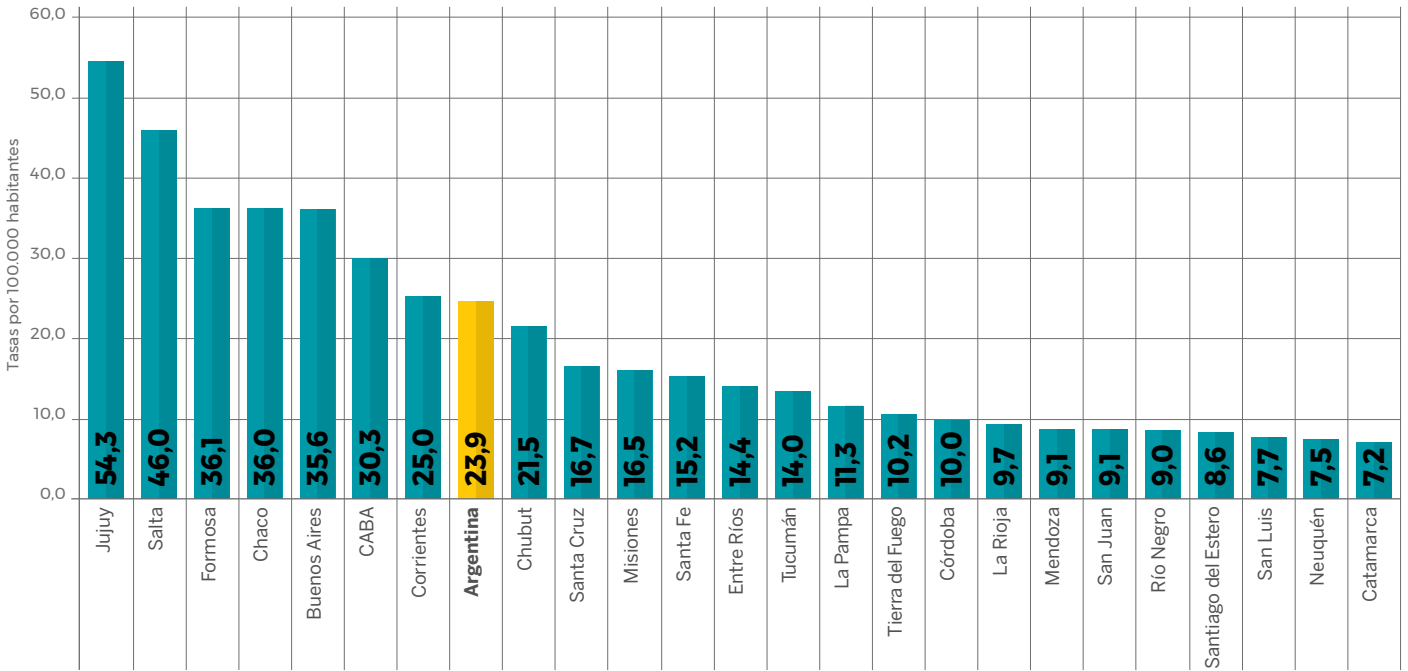
Finalmente se destaca que Buenos Aires notificó casi la mitad (48,9%) del total de casos nuevos y recaídas y el 72,9% de los casos con tratamiento previo.

Gráfico 9: Número de casos y tasas de TB pulmonar BK (+) por 100.000 habitantes en el grupo de nuevos y recaídas según edad y sexo. Argentina, 2016.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

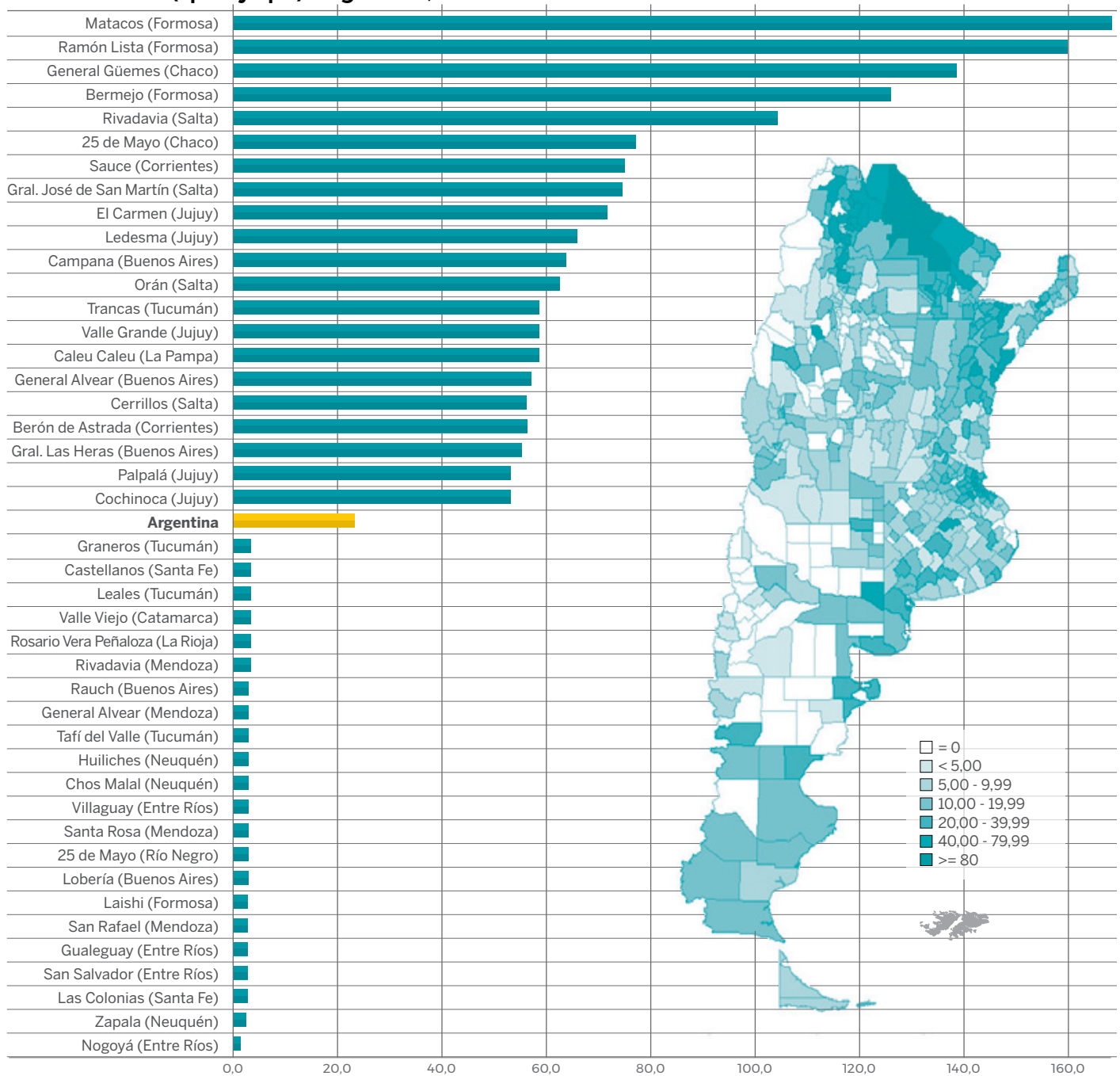
Gráfico 10: Tasas de TB entre los casos nuevos y recaídas por jurisdicción. Argentina, 2016.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.



Gráfico 11: Tasas de TB por 100.000 habitantes en el grupo de nuevos y recaídas por departamentos seleccionados (>p95 y <p5). Argentina, 2015-2016.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

Notificación por departamentos

Al hacer un análisis por subjurisdicciones se observó una diferencia en la notificación en las unidades administrativas, ya sean departamentos o partidos.

Para el bienio 2015-2016, la tasa de notificación más alta se encontró en el departamento de Matacos, provincia de Formosa, con 167,9 casos por 100.000 habitantes; una tasa 136 veces más alta que la correspondiente al departamento de Nogoyá en la provincia de Entre Ríos, con 1,2 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 11).

En el caso particular de Formosa se destaca que tres de sus departamentos (Bermejo, Ramón Lista y Matacos) se encuentran entre las cinco tasas de notificación por departamento más altas del país. El grupo se completa con Rivadavia y General Güemes de las provincias de Salta y Chaco respectivamente, ambas jurisdicciones limítrofes a Formosa y con tasas superiores a 100 casos cada 100.000 habitantes.

Los 22 departamentos que se ubicaron por encima del percentil 95 (p95=51,4 por 100.000 habitantes), pertenecían a ocho provincias: Formosa, Salta, Chaco, Buenos Aires,

Jujuy, Corrientes, La Pampa y Tucumán. Exceptuando La Pampa y Tucumán, el resto de estas jurisdicciones registraron tasas de notificación superiores al promedio nacional.

En el otro extremo figuran 22 departamentos que se encuentran por debajo del percentil 5 ($p_5 = 3,5$ por 100.000 habitantes), pertenecientes a las provincias de Tucumán, Santa Fe, Mendoza, Buenos Aires, Entre Ríos, Catamarca, La Rioja, Formosa, Neuquén y Río Negro.

La tasa promedio de los departamentos con mayor valor ($>p_{95}$) fue de 75,7 por cada 100.000 habitantes, mientras que para aquellos con la menor tasa ($<p_5$), fue de 2,9 cada 100.000 habitantes, siendo la razón de tasas de 26. Finalmente, 83 departamentos/partidos no notificaron casos de TB en el bienio 2015-2016.

Desigualdad en la distribución de los casos de TB por departamento

La desigualdad o las brechas en la ocurrencia de casos de TB entre departamentos están reflejadas por el índice de Gini y el índice de concentración que, en el bienio 2015-2016, alcanzaron valores de 0,365 (0,338; 0,391) y -0,106 (-0,147; -0,066), respectivamente (Gráfico 12).

El 20% de la población en los departamentos con mayor tasa de notificación de casos de TB aportó el 44% de los casos, mientras que el 20% de la población en los departamentos con menor tasa de notificación solo contribuyó con el 7% de los casos.

Por otra parte, si se clasifican los departamentos por el porcentaje de población con NBI, el 20% de la población en los departamentos con peores condiciones sociales

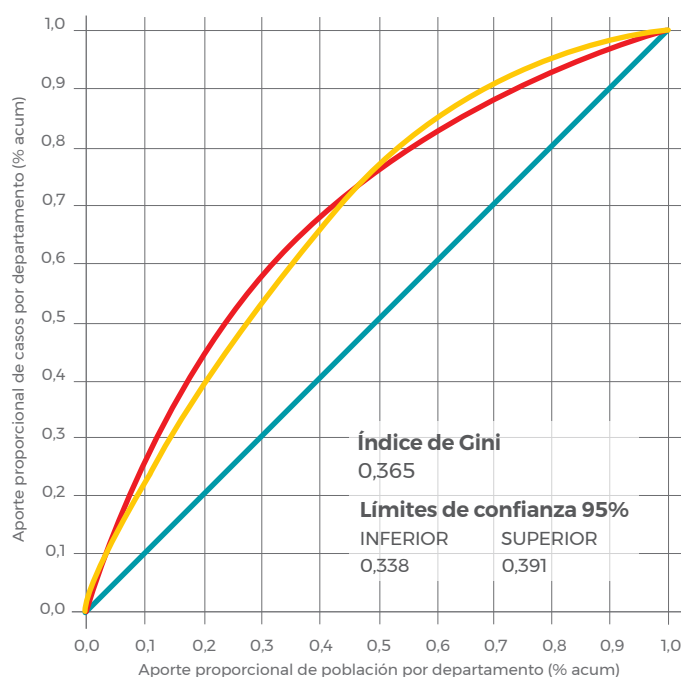
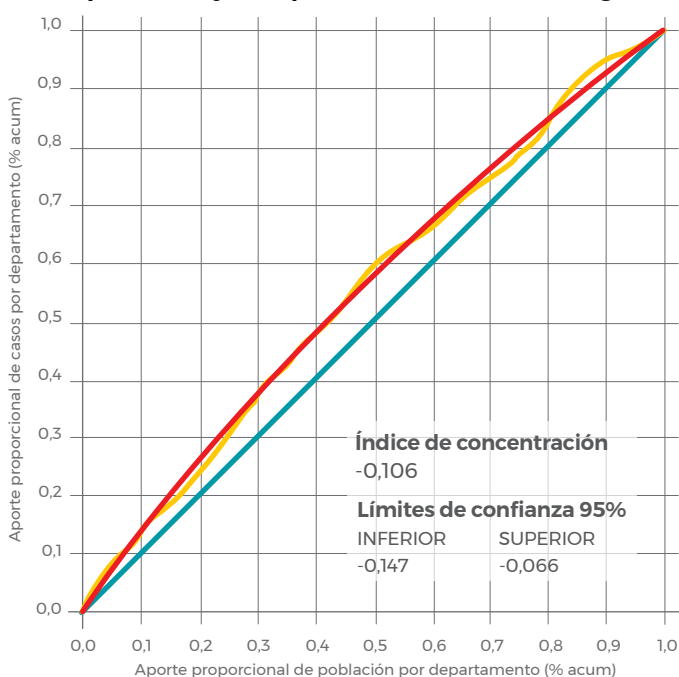
aportó el 25% de los casos de TB, mientras que el aporte del 20% de la población en departamentos con mejores condiciones sociales fue del 15%.

Tendencia de la notificación de casos de TB

Las tasas de notificación para casos nuevos y recaídas de TB en la Argentina tienden al descenso desde 1980. De forma global, en 1980 se notificaron 61,3 casos cada 100.000 habitantes, cifra que se redujo a 23,9 casos cada 100.000 habitantes en 2016. Esto representa una reducción del 60,1% en la tasa de notificación. Para el total de casos, que pasó de 16.406 en 1980 a 10.423 en 2016, la reducción fue



Gráfico 12: Desigualdad en la distribución de los casos incidentes de TB por departamento y asociada al porcentaje de población con NBI. Argentina, 2015-2016.



■ Igualdad perfecta ■ Distribución observada TB ■ Curva ajustada TB

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni", con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

del 36,5%. La variación anual promedio (VAP) de las tasas de notificación de casos nuevos y recaídas para el período 1980-2016 fue de -2,79% (-2,57; -3,01) (Gráfico 13).

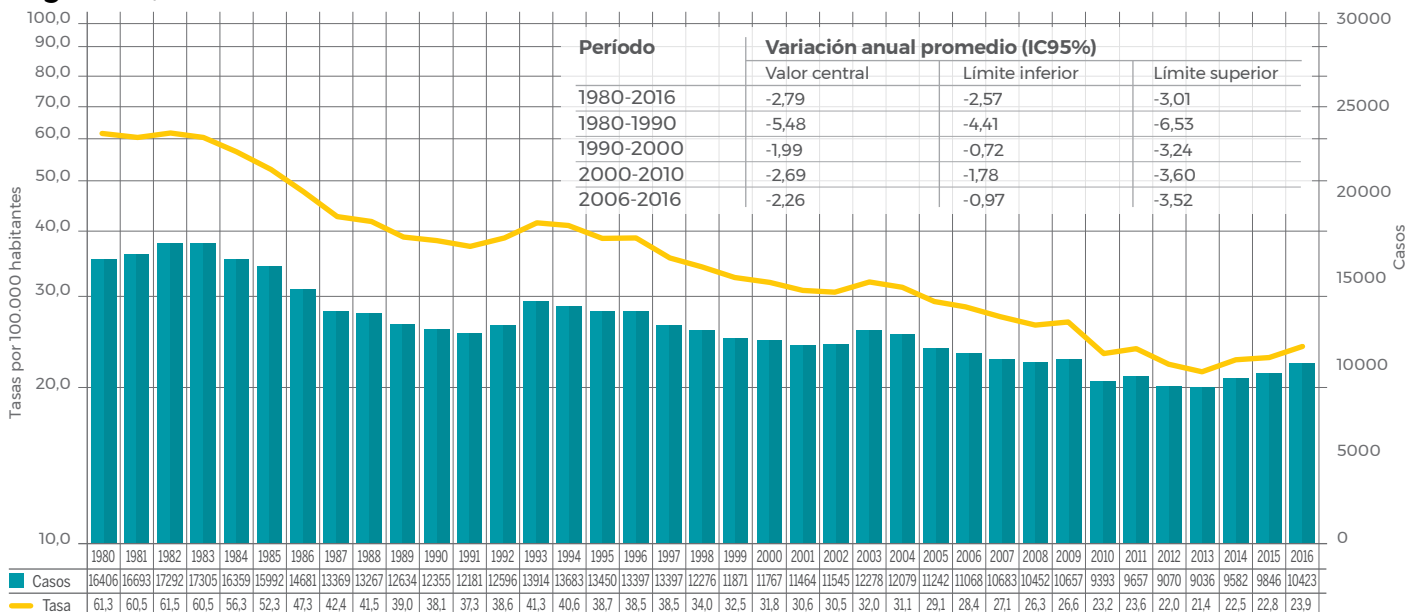
El descenso en la notificación no fue el mismo en todo el período: el decenio 1980-1990 fue el que presentó la mayor reducción, reflejado en una VAP de -5,48% (-4,41; -6,53). El último decenio (2006-2016) presentó una reduc-

ción de 2,26% (-0,97; -3,52), menor al decenio 2000-2010 de -2,69% (-1,78; -3,60), siendo ambas significativas.

En los últimos cuatro años (2013-2016) la tendencia se invirtió con una velocidad de aumento de 3,55% anual (5,54; 1,61).

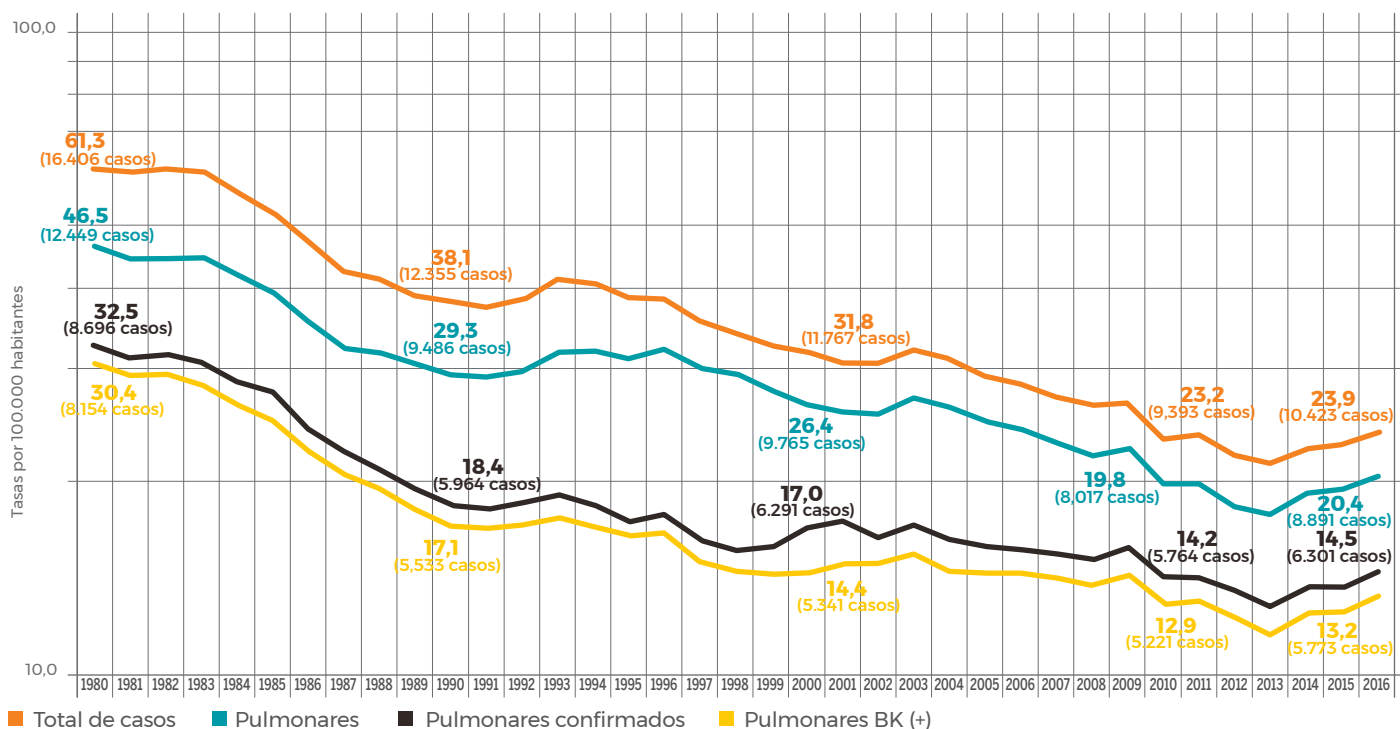
En el Gráfico 14 se presenta la tendencia de la notificación de los casos pulmonares, confirmados bacterioló-

Gráfico 13: Tasa por 100.000 habitantes y número de casos de TB en el grupo de nuevos y recaídas. Argentina, 1980-2016.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

Gráfico 14: Tasas por 100.000 habitantes de TB todas las formas y localización pulmonar en el grupo de nuevos y recaídas. Argentina, 1980-2016.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

gicamente y BK (+) para el período 1980-2016. Los casos nuevos y recaídas de localización pulmonar presentaron una VAP de -2,35% (-2,11; 2,58); un descenso más lento que para el total de los casos (-2,79% [-2,57; - 3,01]). La tendencia de la notificación de casos de TB pulmonar BK (+) también fue al descenso en el período 1980-2015, con una velocidad también menor al total de casos; VAP 1980-2016: -2,29% (-1,96; -2,61). Para todas las presentaciones la tendencia se invirtió en los últimos cuatro años (2013-2016).

Tendencia de la notificación de casos por edad

La tendencia al descenso que se observó en la notificación de TB entre 1980 y 2016 mostró algunas diferencias al analizarla por grupos de edad (Gráfico 15).

Para el total de casos, en el período 2006-2016 la magnitud del descenso no fue homogénea en todos los grupos de edad: en los grupos jóvenes de 15 a 19 y 20 a 24 años las tasas en 2006 y 2016 presentaron variaciones muy pequeñas, lo que se observa además mediante la razón de tasas de 0,97 y 0,98 respectivamente.

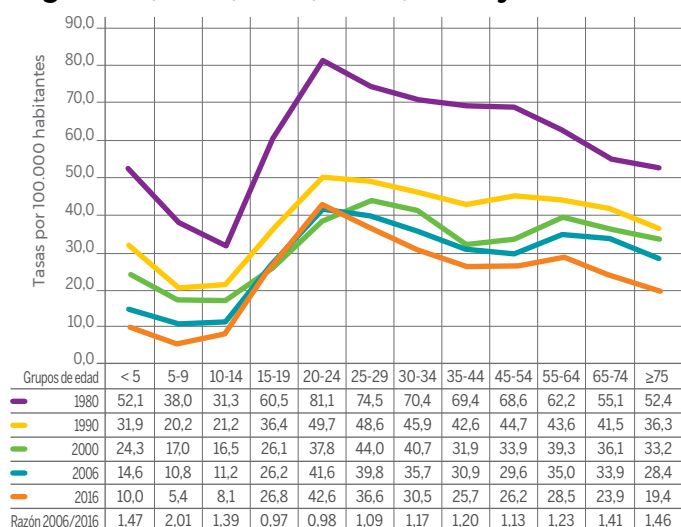
Para el resto de los grupos de edad el descenso fue significativo, observándose las mayores diferencias en las edades extremas, es decir, menores de 10 años y mayores de 65. En el grupo de 0 a 4 años la razón de tasas fue de 1,5, mientras que en el grupo de 5 a 9 años la tasa en 2016 fue la mitad que en 2006. Una situación similar se presentó para los mayores de 65 años, con razones de tasas de 1,4 y 1,5 para los grupos de 65 a 74 años y mayores de 75 años, respectivamente.

Grupos vulnerables

Coinfección TB-VIH

Durante el año 2016, la información registrada indica que el 19,5% de las personas con TB se realizó la prueba

Gráfico 15: Tasas de TB por 100.000 habitantes en el grupo de nuevos y recaídas según edad. Argentina, 1980, 1990, 2000, 2006 y 2016.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

de VIH. El porcentaje fue significativamente mayor en el grupo de casos antes tratados, con un 24,8% frente a un 18,9% en el de nuevos y recaídas (Gráfico 16).

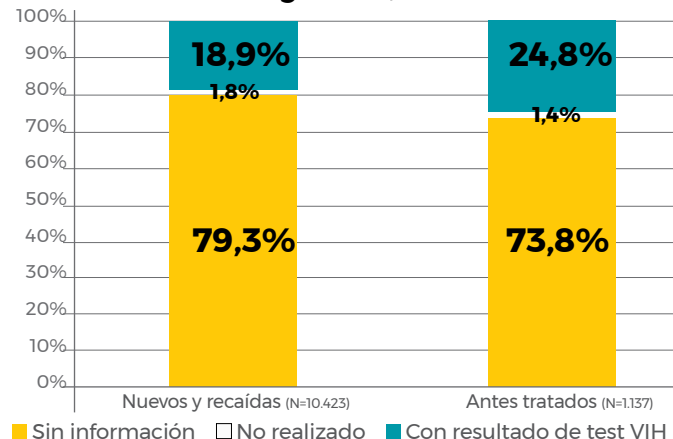
En 1999, solo se conocía información sobre coinfección con VIH del 2,8% de los casos de TB, proporción que aumentó al 18,9% en 2016 para los casos nuevos y recaídas.

Debido a la cobertura incompleta de información sobre la realización del test de VIH se desconoce la prevalencia de la coinfección TB-VIH. Sin embargo, a partir del registro del resultado de 2.253 pruebas de VIH realizadas de las cuales 776 (es decir, el 34,4%) resultaron positivas, se pudo estimar una prevalencia del 6,7% de asociación TB-VIH al aplicar el porcentaje de positividad al total de casos notificados. Del mismo modo que ocurre con la TB, la coinfección TB-VIH se presentó en grupos de adultos jóvenes (72,7% se encontraba entre los 25 a 49 años) y es más frecuente entre los varones (69,2%). Esta diferencia se refleja en las tasas de coinfección por 100.000 habitantes según sexo: 1,1 para las mujeres y 2,5 para los hombres. La razón de tasas para todas las edades fue de 2,3. El 67,5% y el 73,0% de los casos nuevos y recaídas de TB-VIH en mujeres y varones correspondía a personas entre 25 y 49 años. Entre los casos de coinfección TB-VIH con antecedentes de tratamiento los adultos jóvenes (entre 25 y 49 años) representaron el 86,1% en varones y el 76,5% en mujeres.

En el Gráfico 17 se presenta la tendencia de la notificación de la coinfección TB-VIH en los casos nuevos y recaídas para el período 1990-2016. La tasa de notificación más baja en el grupo de casos nuevos y recaídas se presentó en 1990, para luego aumentar considerablemente. La tendencia no ha tenido un comportamiento estable a lo largo del período, sino que osciló entre momentos de aumento y de descenso.

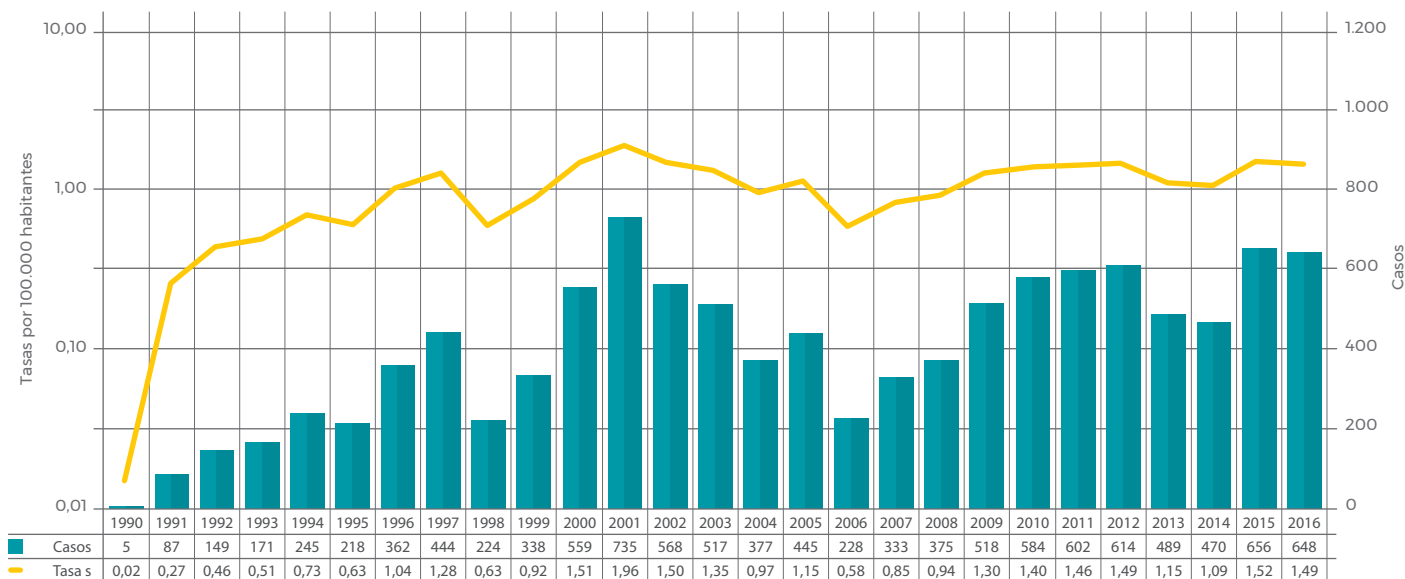
La tasa de coinfección más alta se presentó en el año 2001, cuando alcanzó el valor de 1,96 cada 100.000 habitantes. La tasa en 2016 fue de 1,49 por 100.000 habitantes, similar a la registrada en 2015.

Gráfico 16: Realización de la prueba de VIH en personas con TB según la clasificación al inicio del tratamiento. Argentina, 2016.



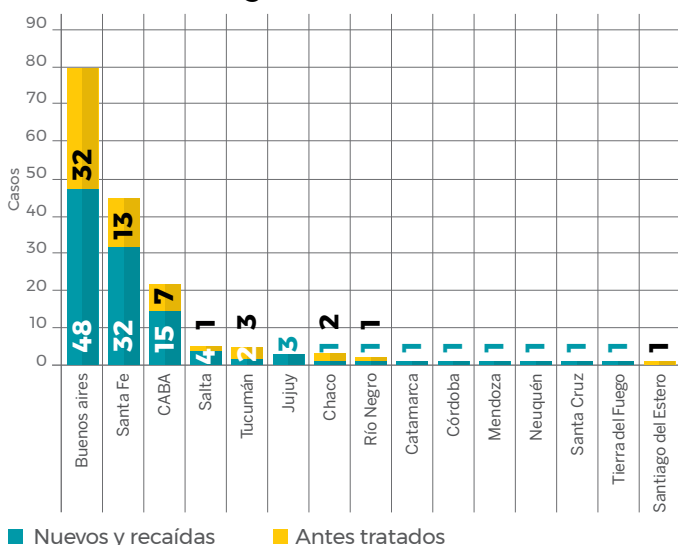
Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni", con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

Gráfico 17: Casos y tasas de TB-VIH por 100.000 habitantes en el grupo de nuevos y recaídas. Argentina, 1990-2016.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni", con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

Gráfico 18: Casos de TB MDR/XDR según clasificación al ingreso al tratamiento por jurisdicción de residencia. Argentina, 2015-2016.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni", con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

Tuberculosis resistente

En el bienio 2015-2016, 174 casos de TB presentaron resistencia a isoniazida (H) y rifampicina (R), es decir, TB multi-resistente (MDR).

El 0,9% de los casos nuevos y recaídas (114) y el 5,3% de los casos antes tratados (60) fueron MDR, lo que refuerza la importancia epidemiológica que tienen los casos antes tratados con relación a la generación de resistencia a las drogas.

En cuanto a la distribución por sexo no se observaron diferencias en los casos TB/MDR nuevos y recaídas: 54 de sexo masculino y 59 de sexo femenino. En el grupo de los antes tratados sí se observa una diferencia entre sexos ya que el 65% de la notificación de ese grupo correspondió a varones (39 casos).

Doce de los casos MDR en este bienio se clasificaron como extremadamente resistentes (XDR).

El 90,1% de los casos de MDR/XDR se notificó en tres jurisdicciones: Buenos Aires, CABA y Santa Fe (Gráfico 18).

Evaluación del tratamiento

En el año 2015 se notificaron 10.754 casos de TB de todas las formas. Entre ellos, 4.139 casos (38,5%) no contaron con la evaluación del tratamiento, de los cuales 360 (3,3%) fueron registrados como traslados y 3.779 (35,1%) no consignaron información sobre el resultado del tratamiento (Gráfico 19).

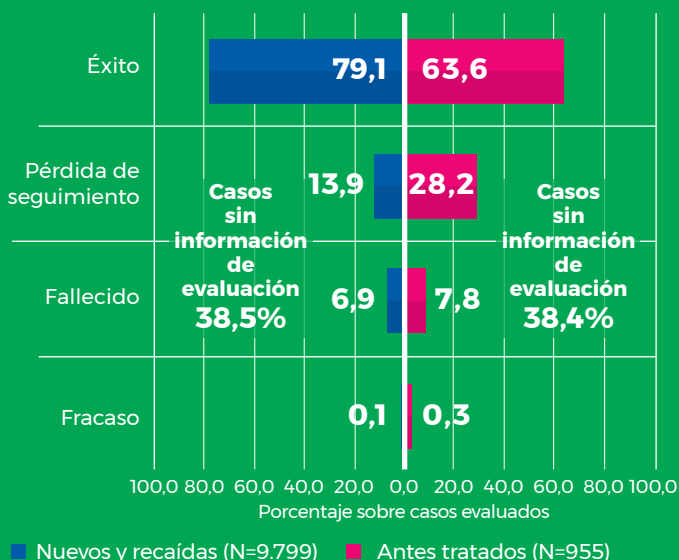
De los 6.615 casos con información sobre el resultado del tratamiento, el 77,7% (5.141) tuvo un tratamiento exitoso, lo que representa el 47,8% del total de los casos notificados en 2015.

La evaluación del tratamiento mostró diferencias entre los casos nuevos y recaídas y los casos antes tratados. El éxito del tratamiento fue 15% mayor entre los casos nuevos y recaídas que entre los casos con antecedentes de tratamiento, mientras que la pérdida de seguimiento fue superior al doble en los casos anteriormente tratados. La falta de información sobre el resultado del tratamiento fue importante y similar en ambos grupos.

Distribución por jurisdicción

La evaluación del tratamiento según jurisdicción de residencia (Gráfico 20) muestra un rango de información sobre el resultado del tratamiento que varió entre el 21,4%

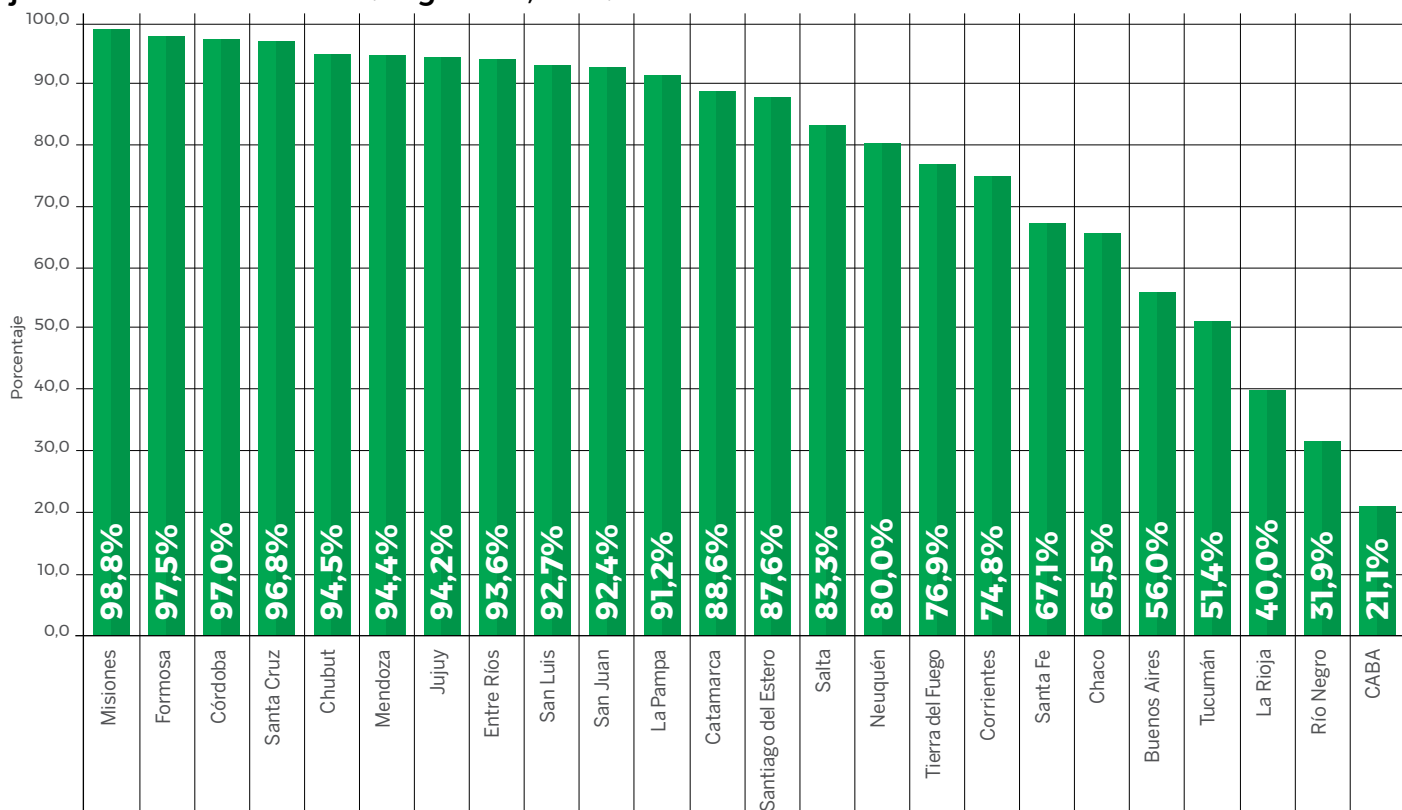
Gráfico 19. Distribución de casos de TB según el resultado de la evaluación del tratamiento y clasificación al inicio de este. Argentina, 2015.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

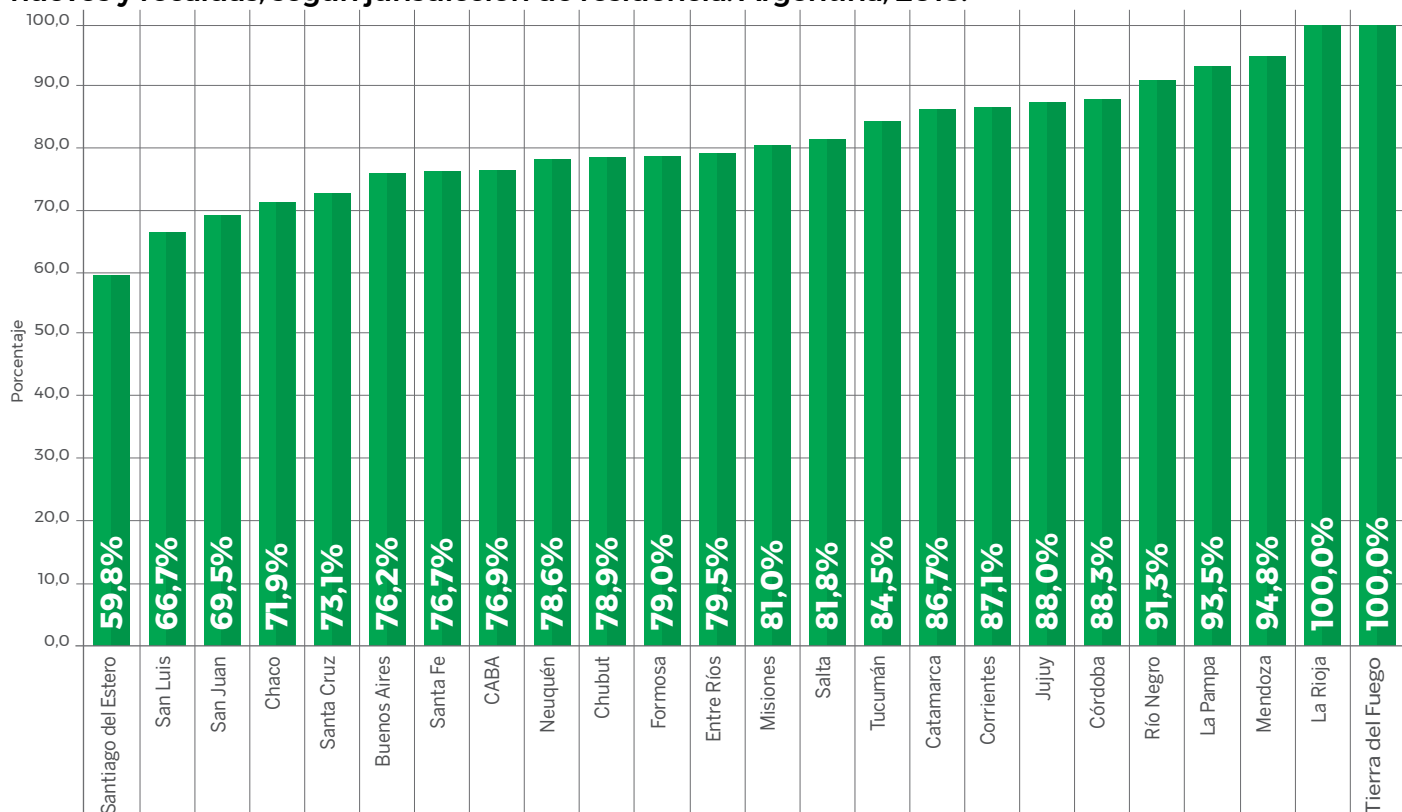


Gráfico 20. Distribución de la proporción de casos con evaluación de tratamiento de TB según jurisdicción de residencia. Argentina, 2015.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

Gráfico 21. Distribución del éxito del tratamiento de casos evaluados de TB en el grupo de casos nuevos y recaídas, según jurisdicción de residencia. Argentina, 2015.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

en la Ciudad de Buenos Aires y casi el total (98,8%) en la provincia de Misiones.

La provincia de Buenos Aires, que aportó casi la mitad de los casos de TB notificados en todo el país (48,0%), contó con la evaluación de casi el 60% de los casos (56,0%). La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), que representa la segunda jurisdicción que más casos aportó al total del país (11,1% de los casos), solo registró información del 21,1% de los casos de TB residentes.

El éxito del tratamiento (medido sobre el total de evaluados) en casos nuevos y recaídas de TB de todas las formas fue del 100% en las provincias de La Rioja y Tierra del Fuego y del 59,9% en la provincia de Santiago del Estero (Gráfico 21).

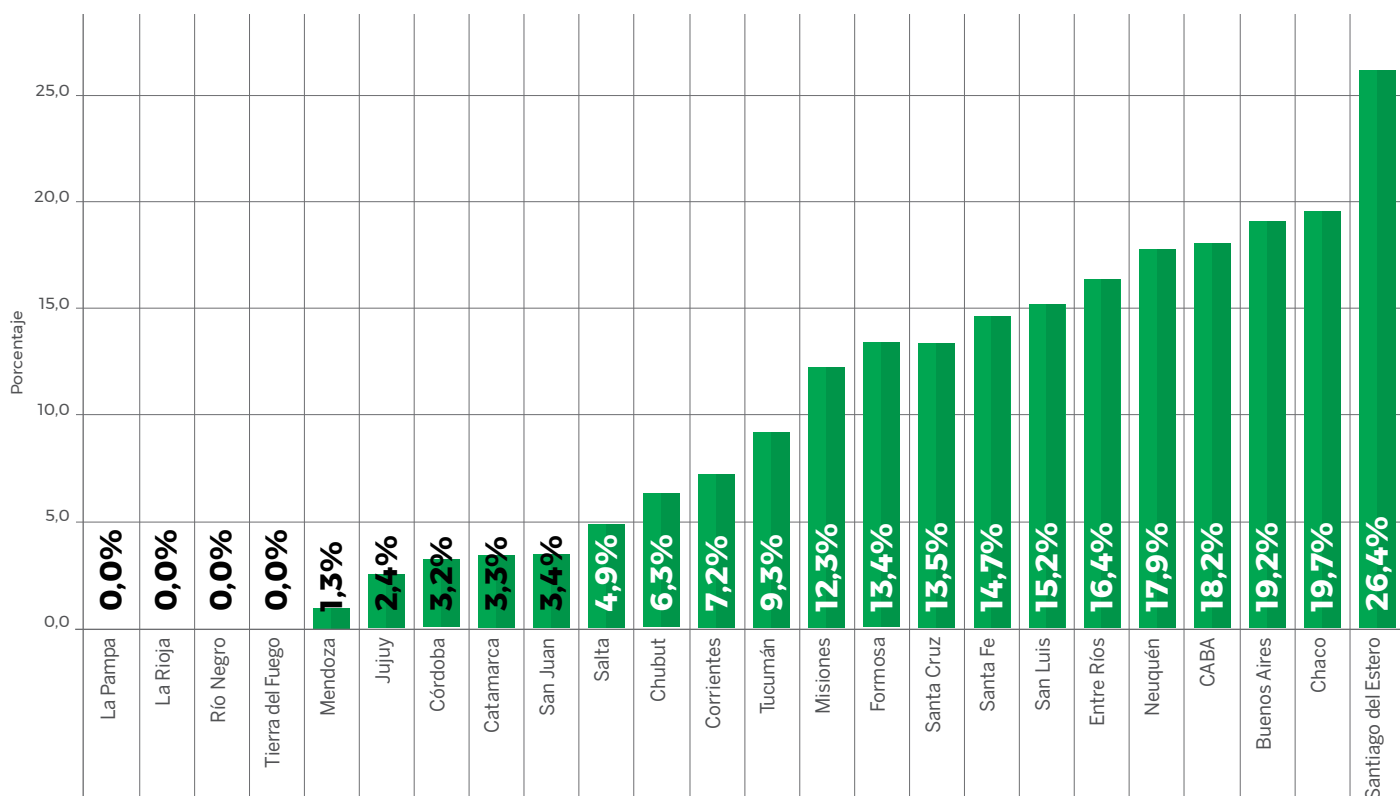
La mitad de las provincias presentó una proporción de éxito mayor al 80% sobre el total de casos evaluados. De las jurisdicciones restantes que no alcanzaron el 80% de éxito entre los casos nuevos se encuentran Buenos Aires y CABA, que en conjunto aportaron el 59,1% de casos nuevos y recaídas.

En el Gráfico 22 se presenta la distribución de las jurisdicciones según su porcentaje de pérdida de seguimiento. El abandono para el total del país fue del 15,1% en los casos nuevos y recaídas y del 28,2% en los casos retratados.

Entre los casos nuevos y recaídas la proporción de pérdida de seguimiento del tratamiento osciló entre el 26,4% en Santiago del Estero y el 0% en cuatro provincias -Tierra del Fuego, Río Negro, La Rioja y La Pampa-, todas con una evaluación de resultado de tratamiento superior al 50%, exceptuando La Rioja. ■



Gráfico 22. Distribución del porcentaje de pérdida del seguimiento de casos evaluados de TB en el grupo de nuevos y recaídas según jurisdicción de residencia. Argentina, 2015.



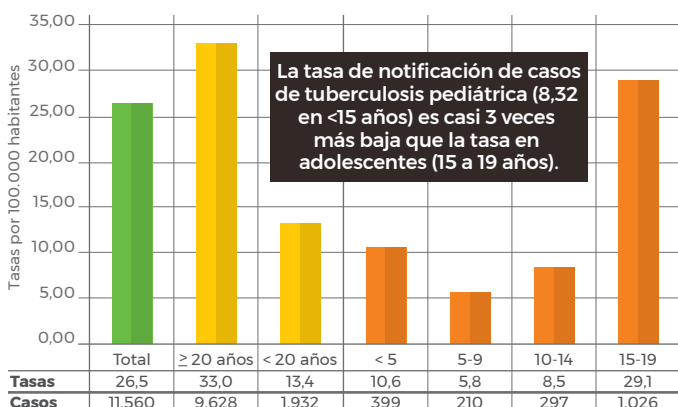
Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

Tuberculosis pediátrica y del adolescente

En el año 2016, 1.932 de los 11.560 casos de TB notificados (16,7%) ocurrieron en niños y adolescentes menores de 20 años y el 93,2% fueron casos nuevos y recaídas. El 53,1% de los casos notificados de TB en menores de 20 años correspondió a jóvenes de 15 a 19 años. (Gráfico 23).

La tasa de notificación total de TB en menores de 20 años fue de 13,40 casos por 100.000 habitantes, lo que representó una reducción del 4,5% (87 casos) con relación a la tasa de 2015 (14,04 casos cada 100.000 habitantes). Esta reducción se produjo a expensas de los grupos de 5 a 9 y 10 a 14 años, ya que no se observó variación en el grupo de 0 a 4 años y en el grupo de 15 a 19 años hubo un aumento de 2,9% (28,25 y 29,08 por 100.000 habitantes para 2015 y 2016 respectivamente).

GRÁFICO 23. Casos y tasas de TB por 100.000 habitantes por grupos de edad. Argentina, 2016.



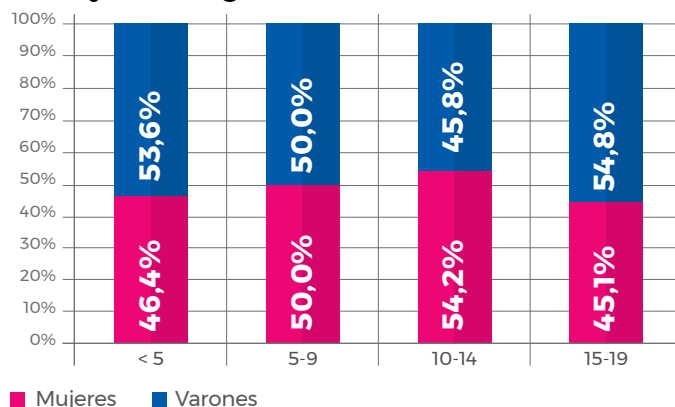
Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

Entre los casos notificados de TB de todas las formas la mayor proporción fue de varones (52,7%). Solo en el grupo de 10 a 14 años las mujeres tuvieron un número de casos y tasa mayor que los varones (Gráfico 24).

Del total de casos de TB notificados en menores de 20 años (1.932) el 13,37% no consignó información sobre el motivo de la consulta que llevó al diagnóstico. La identificación principal de casos en este grupo fue por síntomas respiratorios (61,55%). El perfil del motivo de la consulta por grupo de edad fue diferente: en menores de 5 años la captación por estudio de contactos fue de 37,34%, mientras que en los jóvenes de 15 a 19 años el 75,63% de los casos fue diagnosticado por síntomas respiratorios. (Gráfico 25)

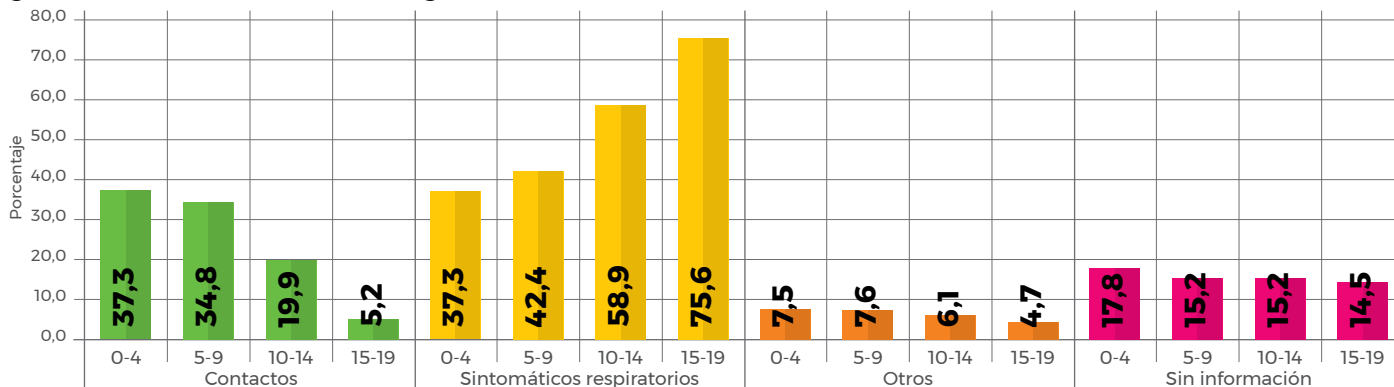
En todos los grupos la forma pulmonar fue la más fre-

GRÁFICO 24 Proporción de casos de TB notificados en menores de 20 años según grupos de edad y sexo. Argentina, 2016.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

GRÁFICO 25. Proporción de casos de TB notificados en menores de 20 años por grupos de edad según motivo de la consulta. Argentina, 2016.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

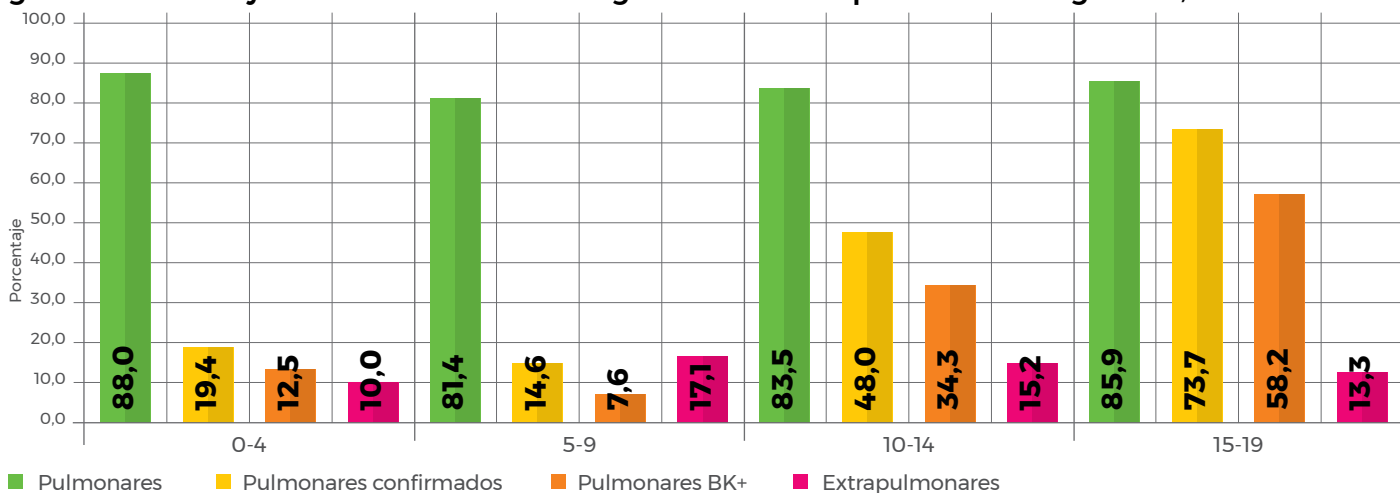


cuente (superior al 80%). La confirmación bacteriológica fue del 52,15% para todo el grupo y varió de 14,62% en niños de 5 a 9 años a 73,67% en adolescentes de 15 a 19 años. El 41,02% de los casos pulmonares notificados tuvo cavidades identificadas en la radiología. (Gráfico 26)

La localización extrapulmonar exclusiva de la TB se observó en el 13,30% de los casos en los menores de 20 años y aumentó a 21,11% si se consideran también las localizaciones mixtas (pulmonar y extrapulmonar). En todo el grupo la localización pleural fue la más frecuente (42,16%). Sin embargo, la localización ganglionar fue la más frecuente en los menores de 15 años y la pleural en el grupo de 15 a 19 años.

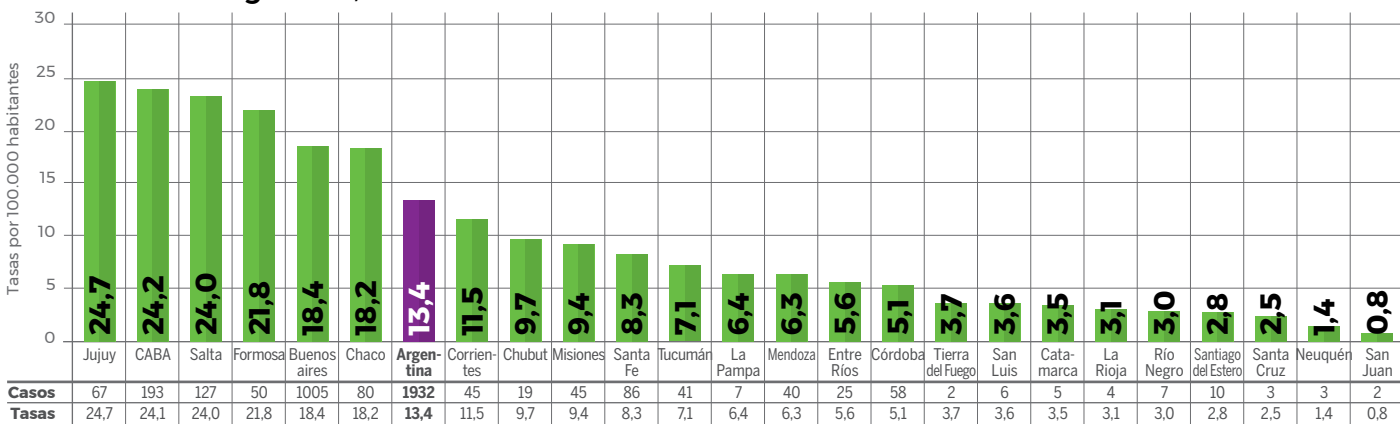
La distribución de la enfermedad fue diferente según la jurisdicción. Se registraron tasas muy superiores al promedio nacional en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Jujuy, con 24,19 y 24,74 por 100.000 habitantes, respectivamente, y fueron 33 veces superiores a la tasa de San Juan, de 0,75 por 100.000 habitantes (Gráfico 27). La distribución también fue desigual por departamentos; el in-

GRÁFICO 26. Proporción de casos de TB notificados en menores de 20 años por grupos de edad según localización y confirmación bacteriológica de los casos pulmonares. Argentina, 2016.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

GRÁFICO 27. Casos y tasas de TB en menores de 20 años por 100.000 habitantes según jurisdicción de residencia. Argentina, 2016.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

dice de Gini para los departamentos que notificaron casos en el bienio 2015-2016 fue de 0,404 (0,368; 0,440). Esto significa que los 36 departamentos/partidos con las tasas más altas de notificación de casos de TB en menores de 20 años –que concentraron un 20% de la población del país– aportaron el 43% de los casos de TB. En el otro extremo, los 72 departamentos/partidos con tasa bajas de notificación –que reúnen también al 20% de la población– aportaron solo el 3% de los casos.

El seguimiento de la tendencia de los casos de TB en menores de 20 años se realiza a través de la notificación de los casos nuevos y recaídas y, si bien se mantiene una tendencia al descenso desde el año 1980, en el último decenio ese descenso se produjo principalmente por la dis-

minución de los casos en menores de 15 años. En cambio, en el grupo de 15 a 19 años la tendencia cambió acompañando el comportamiento de la tasa general, que aumentó en los últimos cuatro años. (Gráfico 28)

En Argentina, se registraron 26 muertes por TB en menores de 20 años en 2016, lo que representó una tasa de 0,18 muertes cada 100.000 habitantes. En relación con el 2015, se registraron 6 muertes más, con un aumento de la tasa de 28,6%. Hubo 7 muertes en menores de 15 años (0,06 por 100.000) y 19 en adolescentes de 15 a 19 años (0,54 por 100.000).

La mortalidad por TB en menores de 20 años fue mayor en mujeres (57,7%) que en varones (42,3%) en 2016 (Gráfico 7). En este grupo el 73,1% de las defunciones se produjo entre los 15 y los 19 años y el 11,5% estuvo asociado a la infección por VIH. (Gráfico 29)

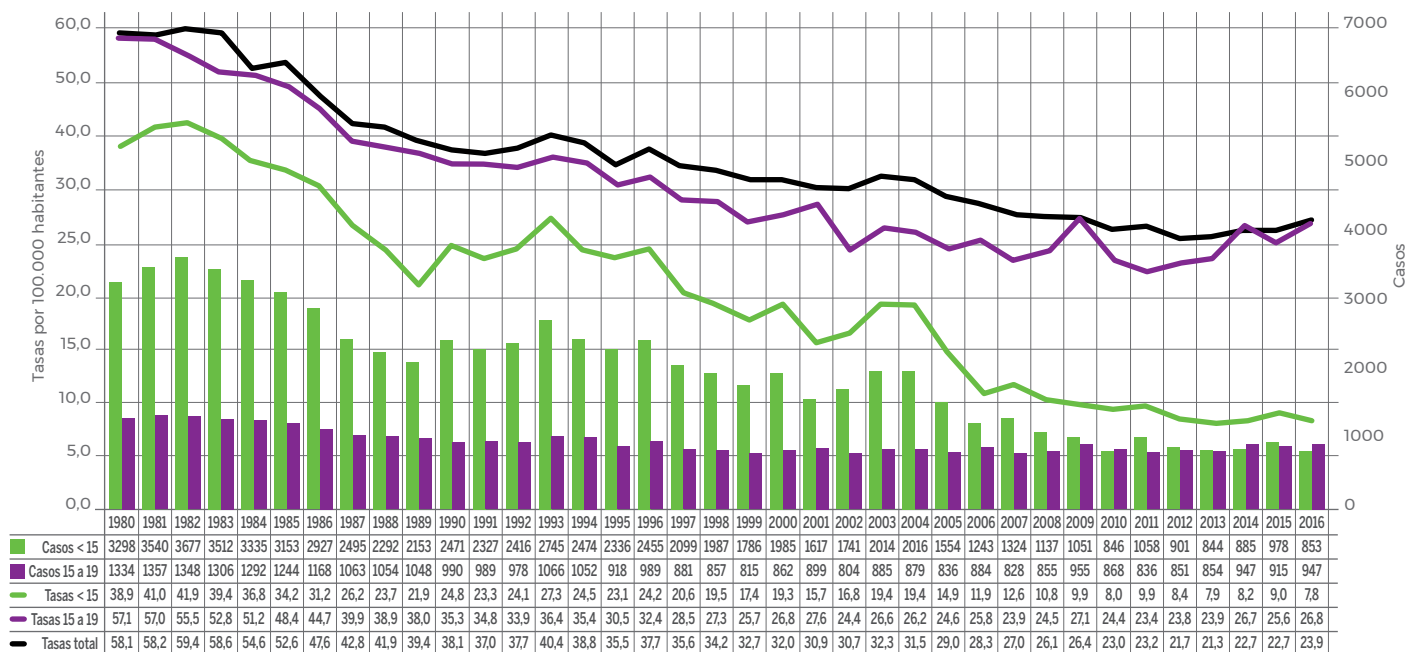
En 2016, solo 7 de las 24 jurisdicciones tuvieron muertes por TB en menores de 20 años. Buenos Aires y Chaco, con 43,6% y 30,8% respectivamente, concentran el mayor número de muertes del país. La mayor tasa la presentó la provincia de Chaco, con 1,81 por 100.000 habitantes, es decir una tasa diez veces más alta que el promedio nacional (Gráfico 30).

La tendencia de la mortalidad por TB pediátrica y adolescente descendió, pero las cifras se han mantenido estables en los últimos 14 años con un promedio de 22 muertes anuales y una tasa de 0,16 por 100.000 habitantes (Gráfico 31).

No se contó con información de evaluación del tratamiento en el 39,31% de los casos notificados en menores de 20 años en 2015, siendo esta situación similar en todos los grupos de edad. Tomando el total de casos notifica-



GRÁFICO 28. Casos y tasas de TB pediátrica y en adolescentes por 100.000 habitantes. Argentina, 1980-2016.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

dos la tasa de éxito fue solo del 51,8%. Si se consideran los casos con evaluación del tratamiento la tasa de éxito fue del 84,3%; el 14,2% tuvo pérdida de seguimiento y el 1,5% falleció durante el mismo. (Gráfico 32)

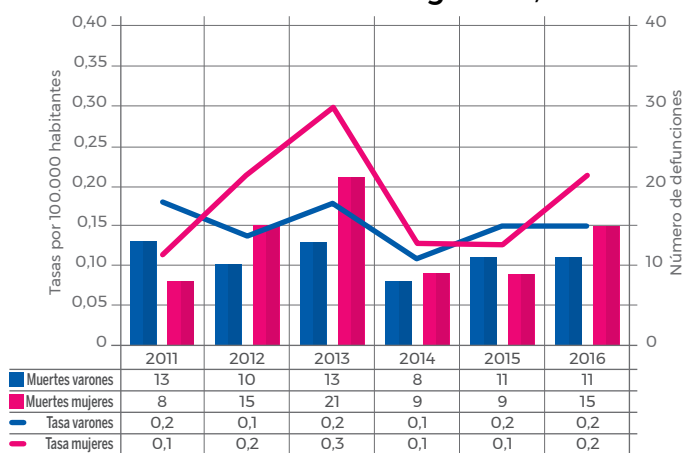
La tasa de éxito y la pérdida de seguimiento del tratamiento en menores de 20 años fueron mejores entre las mujeres (85,4% y 12,5% respectivamente) que entre los varones (83,4% y 15,9% respectivamente).

Se encontraron diferencias en cuanto a la disponibilidad de información acerca del resultado del tratamiento y de los porcentajes de éxito y pérdida de seguimiento en las diversas jurisdicciones del país. En solo 7 provincias se evaluó el 100% de los casos de TB en menores de 20

años. La provincia de Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires tuvieron un porcentaje de casos no evaluados superior al 40% y, dado que concentran el 62,4% de los casos notificados, aportaron el 81,0% de todos los casos sin evaluación del país, situación que afecta el promedio nacional. (Gráfico 33)

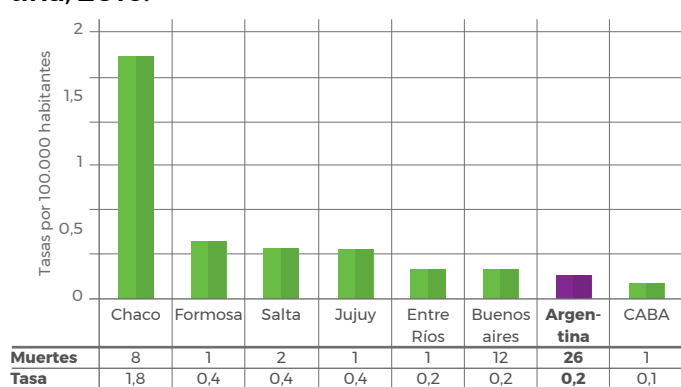
En 13 provincias, el éxito del tratamiento con relación a los casos evaluados de TB en menores de 20 años fue superior al 85%. Sin embargo, el perfil del éxito del tratamiento es diferente por provincia, lo que está determinado en gran parte por la falta de información sobre el total de casos notificados de TB en menores de 20 años (Gráfico 34). ■

GRÁFICO 29. Número y tasas de mortalidad por TB (CIE 10: A15-A19 y B20.0) por 100.000 habitantes en menores de 20 años. Argentina, 2011-2016.



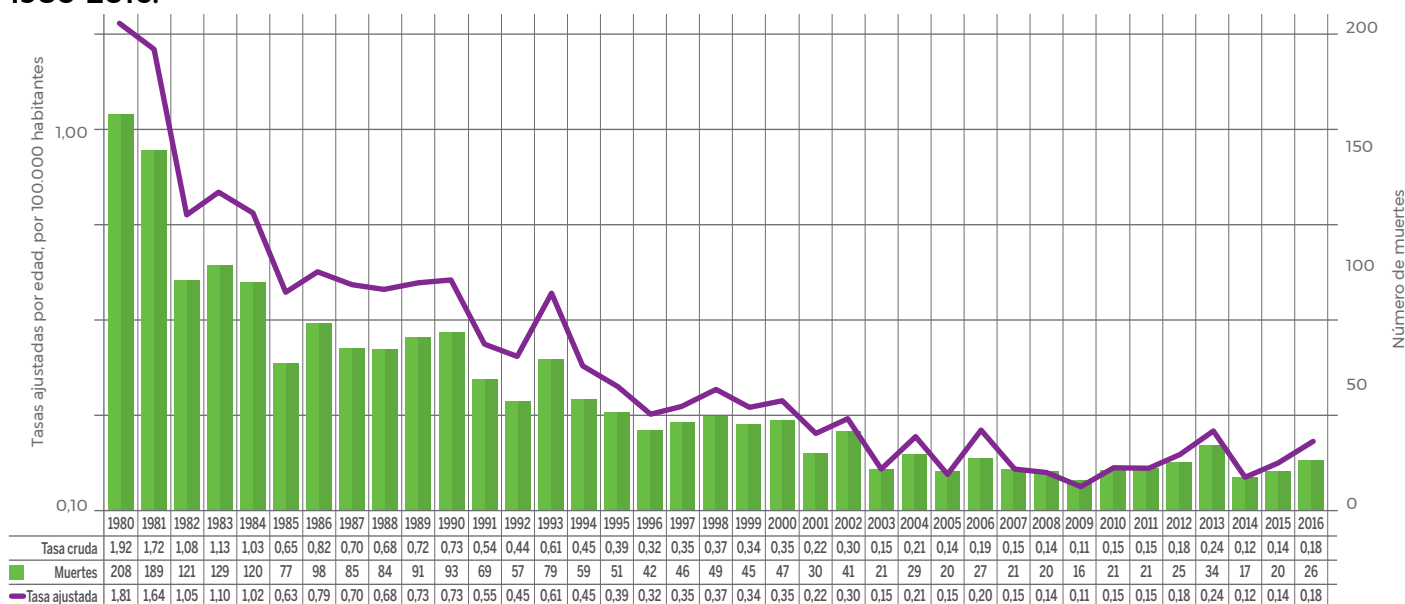
Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

GRÁFICO 30. Número de defunciones y tasas crudas de mortalidad por TB (CIE 10: A15-A19 y B20.0) por 100.000 habitantes en menores de 20 años según jurisdicción de residencia. Argentina, 2016.



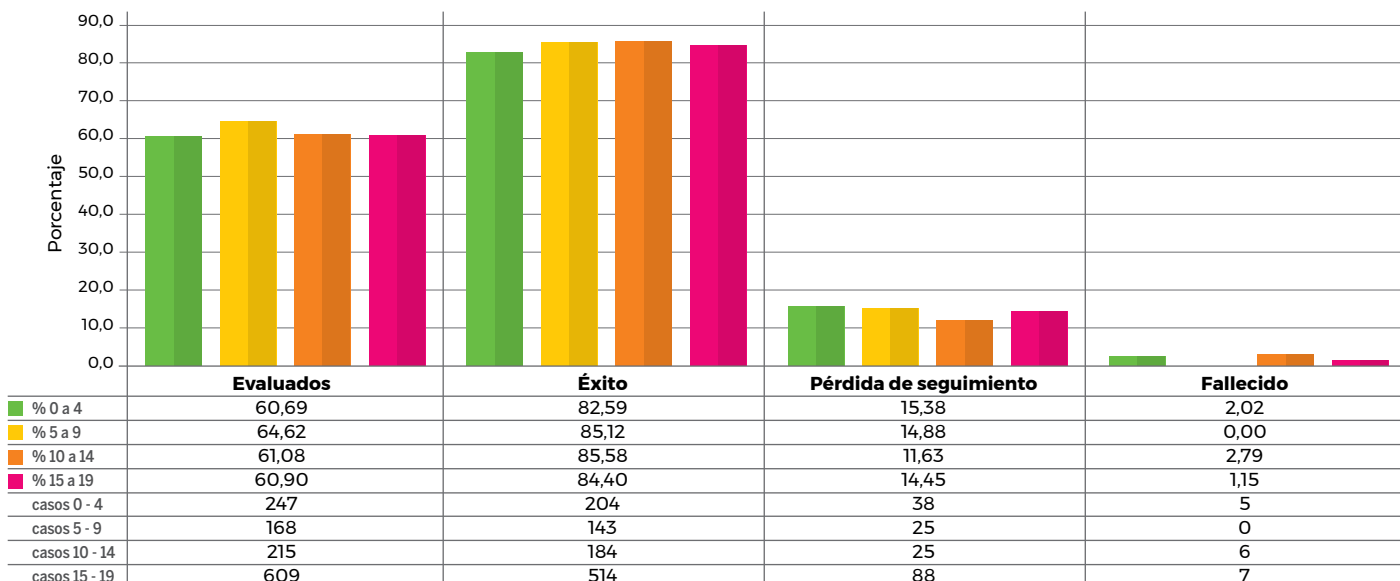
Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

GRÁFICO 31. Número de defunciones, tasas crudas y ajustadas por edad por 100.000 habitantes de mortalidad por TB en menores de 20 años (CIE 9: 010-018 y 137; CIE 10: A15-A19 y B20.0). Argentina, 1980-2016.



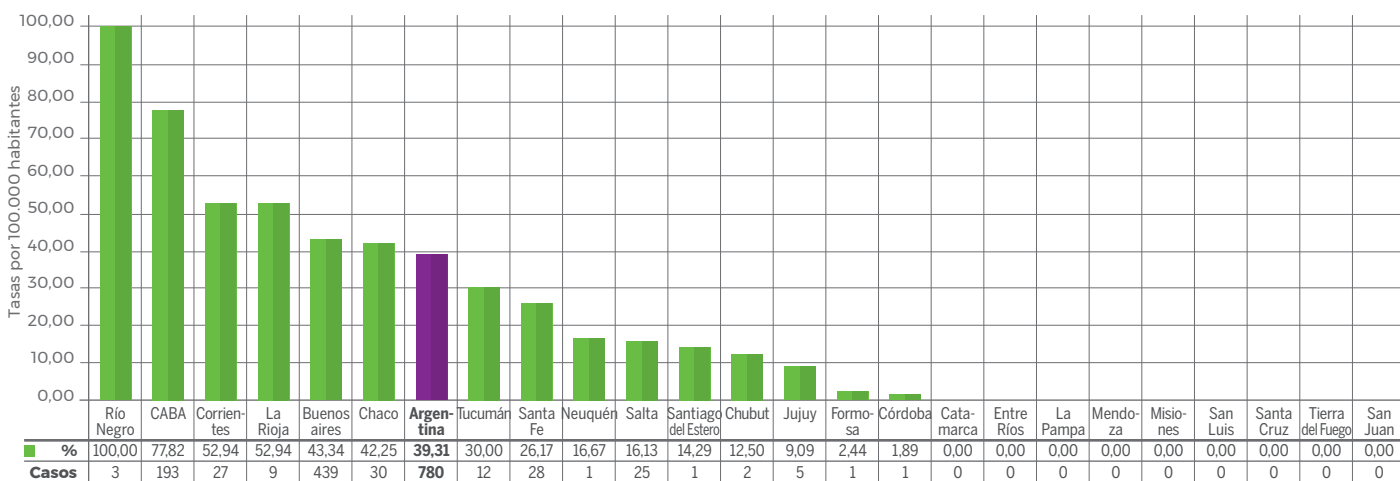
Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

GRÁFICO 32. Distribución de los casos de TB en menores de 20 años según la evaluación del tratamiento y grupos de edad. Argentina, 2015.



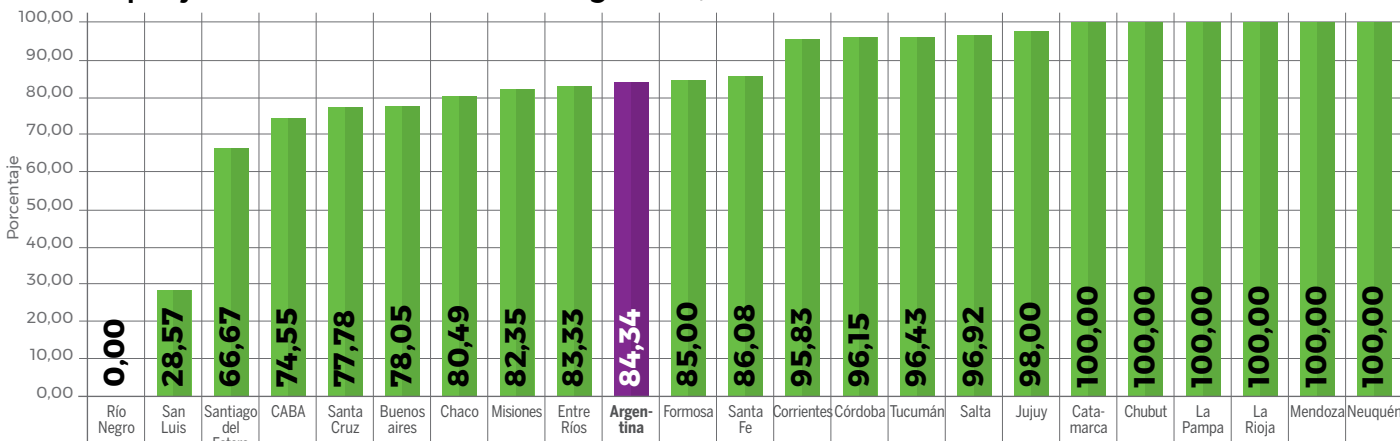
Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

GRÁFICO 33. Proporción de casos de TB notificados sin evaluación del tratamiento por jurisdicción de residencia. Argentina, 2015.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

GRÁFICO 34. Porcentaje de éxito en los casos de TB con información de tratamiento en menores de 20 años por jurisdicción de residencia. Argentina, 2015.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

Mortalidad por tuberculosis

En 2016 se registraron en la Argentina 757 muertes por tuberculosis, lo que representó una tasa cruda de 1,74 y ajustada por edad de 1,7 por 100.000 habitantes. Esto significó un aumento del 5% en el número de muertes y 3,7% con relación a la tasa ajustada con respecto a 2015 (721 muertes y 1,6 muertes por 100.000 habitantes). Debido a la baja frecuencia de muertes por grupos de edad el análisis se realizó calculando tasas bianuales 2015-2016. La mortalidad por tuberculosis fue mayor en varones que en mujeres y se incrementó a medida que aumentaba la edad (Gráfico 35).

Aunque la mayoría de las muertes por tuberculosis (52,2%) ocurrió en adultos de 55 años y más, todavía se registran defunciones por esta causa en la población pediátrica y adolescente: 26 muertes en personas de menos de 20 años; un 3,4% del total. Además, 354 muertes por tuberculosis (46,8%) se registraron en jóvenes y adultos por debajo de los 55 años.

La mortalidad por tuberculosis fue mayor entre los varones que entre las mujeres en todos los grupos de edad a partir de los 20 años: el 62,8% del total de muertes por tuberculosis en ese grupo se registró en varones. La razón de tasas entre varones y mujeres en el bienio 2015-2016 fue 2,0 veces mayor (1,83; 2,3) en varones que en mujeres y fue máxima en el grupo de 55 a 64 años, en el cual por cada mujer fallecida por TB se registraron tres muertes en varones: RT=3,0 (2,3; 4,0).

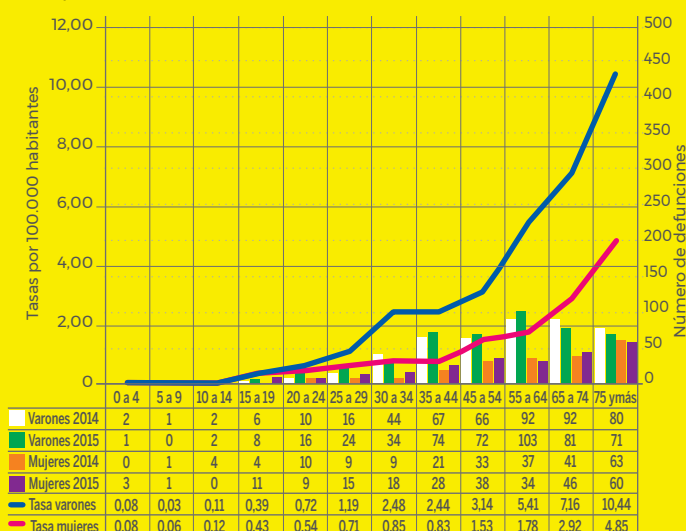
Tanto en varones como en mujeres las tasas de mortalidad por tuberculosis se incrementaron con la edad, tendencia que fue más marcada entre los primeros: la tasa aumentó 5,5% (4,0; 7,0) por cada año de vida en varones y 3,2% (2,2; 4,0) en mujeres.

Desigualdad en la mortalidad por tuberculosis entre jurisdicciones

La mortalidad por tuberculosis fue desigual en las jurisdicciones (Gráfico 36 en la página siguiente). Para el bienio 2015-2016, la tasa de mortalidad ajustada por edad varió entre 0,3 por 100.000 habitantes en La Pampa y 7,0 por 100.000 habitantes en Jujuy, cifra 28,6 veces superior (23,5; 34,9).

La distribución desigual de la mortalidad se expresó en un índice de Gini de 0,440 para ese bienio (0,333; 0,547). La brecha entre jurisdicciones estuvo asociada a las condiciones sociales de la población. La desigualdad en la distribución de la mortalidad por tuberculosis, ajustada por edad, se asoció a la proporción de población en hogares con necesidades básicas insa-

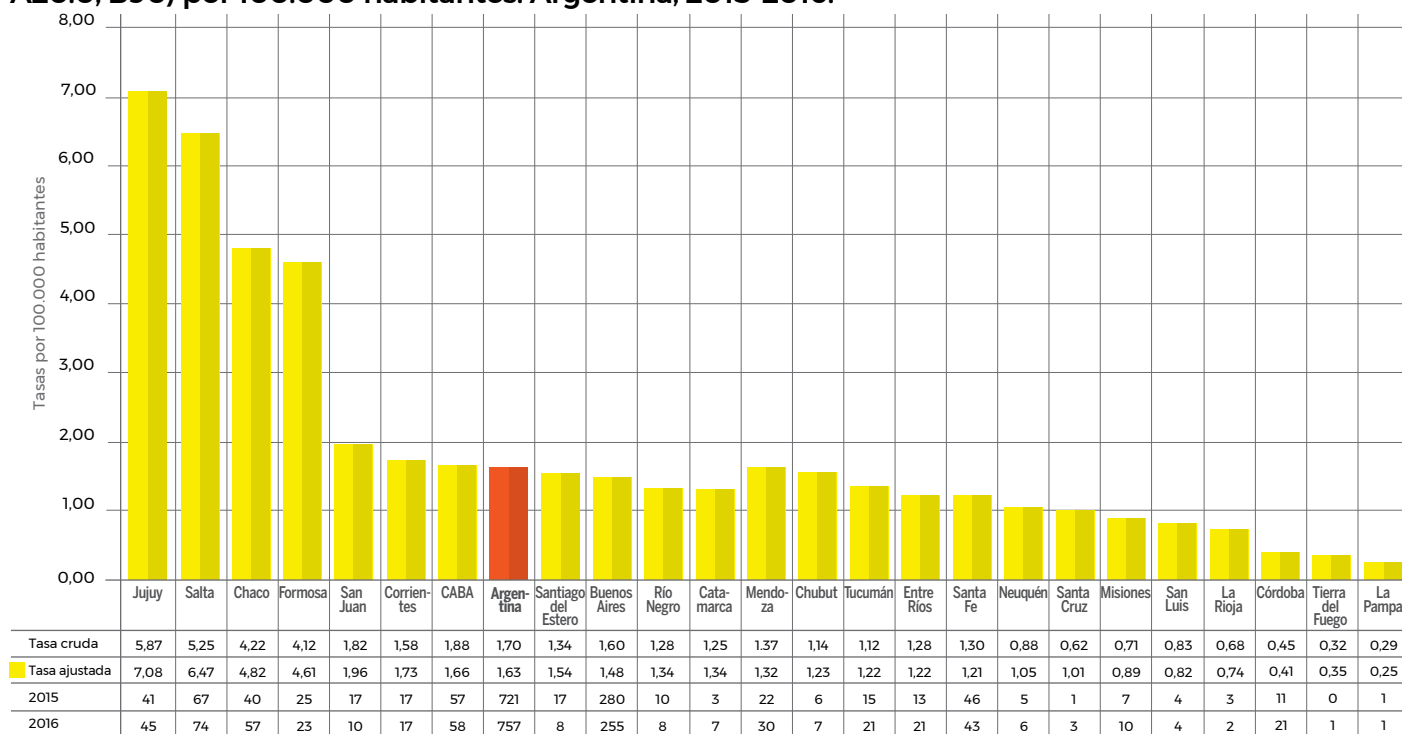
Gráfico 35: Defunciones y tasas de mortalidad por TB por 100.000 habitantes (CIE 10: A15-A19, B20.0 y B90) por grupos de edad y sexo. Argentina, 2015-2016.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, enero de 2018.

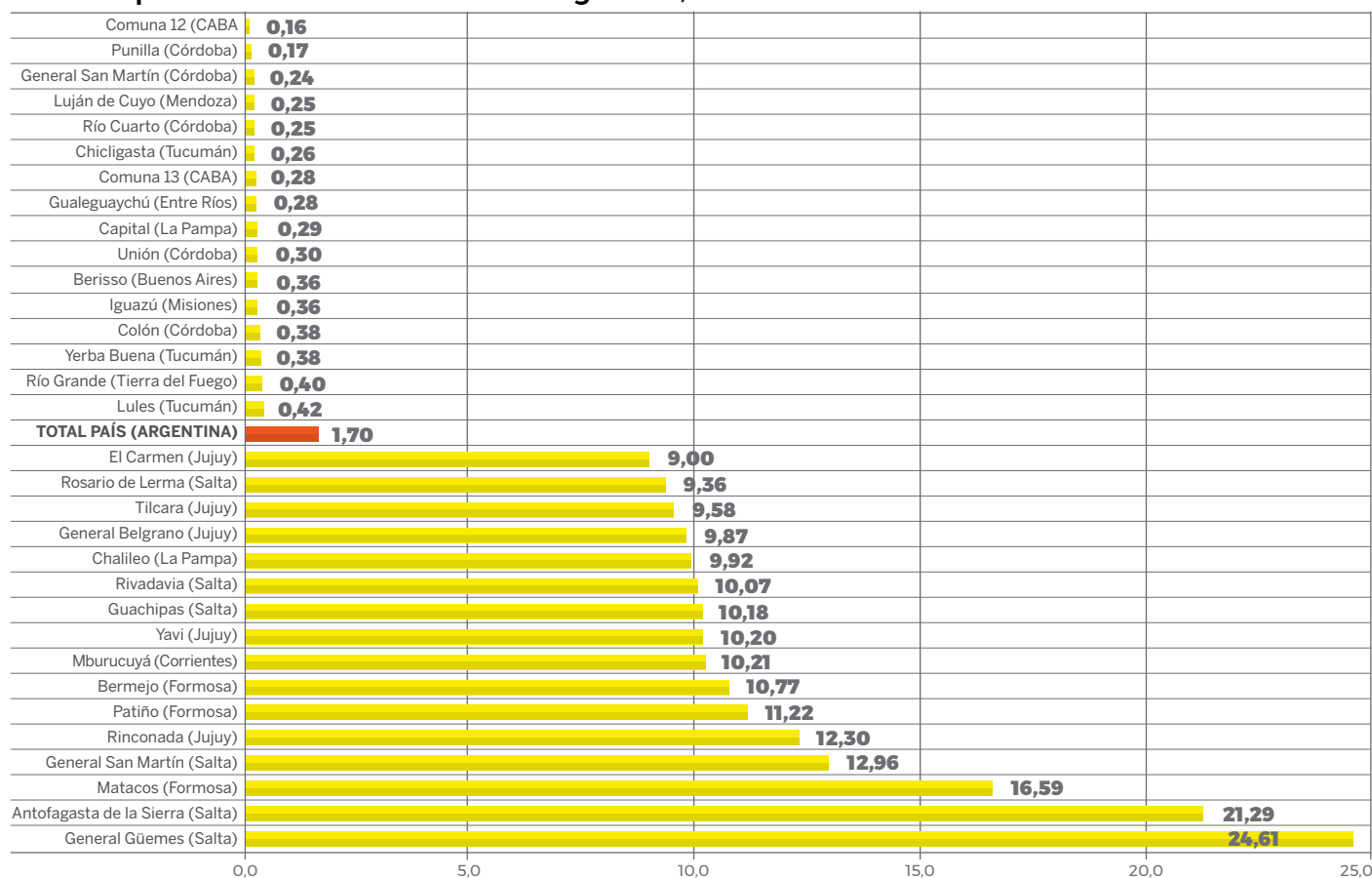


Gráfico 36: Defunciones y tasas crudas y ajustadas por edad de mortalidad por TB (CIE 10: A15-A19, A20.0, B90) por 100.000 habitantes. Argentina, 2015-2016.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni", con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, enero de 2018.

Gráfico 37: Tasas de mortalidad por tuberculosis (CIE 10: A15-A19, B20.0, B90) por 100.000 habitantes en departamentos seleccionados*. Argentina, 2014-2016.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, enero de 2018.

tisfechas (NBI): las seis jurisdicciones con mayores NBI tuvieron una tasa 2,6 veces superior a las seis jurisdicciones con menos NBI y el índice de concentración calculado para medir la desigualdad asociada a las condiciones sociales según NBI fue 0,333 (0,204; 0,462). Las diferencias fueron aún mayores entre departamentos (Gráfico 37).

Entre los 314 departamentos en los que se registró por lo menos una muerte por tuberculosis durante el trienio 2014-2016, las tasas variaron entre 0,2 por 100.000 habitantes en la Comuna 12 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (una muerte) y 24,6 por 100.000 en el departamento de General Güemes de la provincia de Chaco (54 muertes durante el trienio), lo que representó un riesgo 154 veces mayor en esta localidad. La desigualdad en la distribución de las muertes por tuberculosis entre los 314 departamentos fue elevada, con un índice de Gini de 0,399 (0,346; 0,453). La desigualdad también se asoció a las diferentes condiciones sociales: el índice de concentración fue 0,232 (0,309; 0,155).

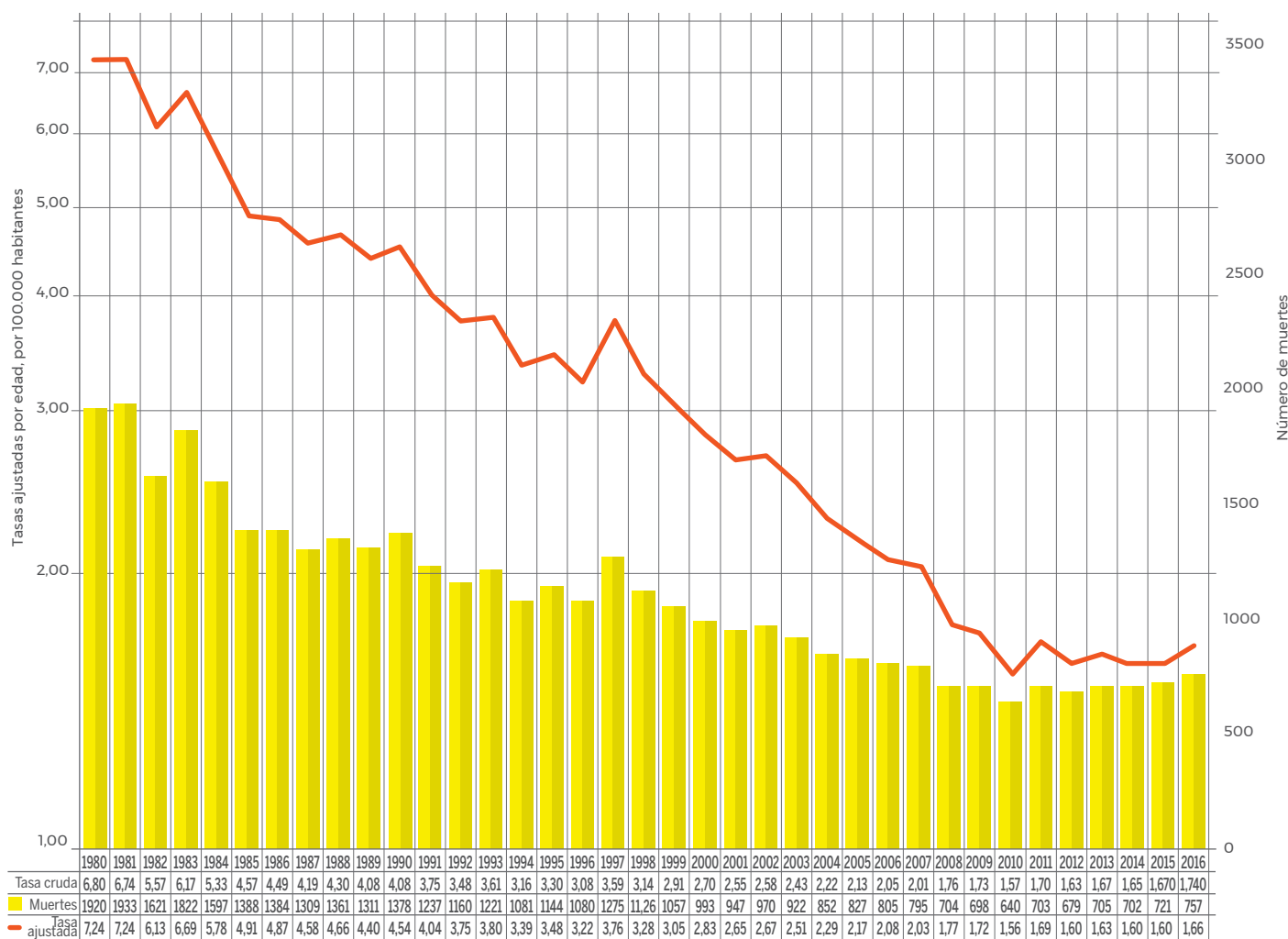
Tendencia de la mortalidad por tuberculosis

La tendencia de la mortalidad por tuberculosis está disminuyendo desde 1980 y, en 2016, la tasa de mortalidad ajustada por edad fue 77,1% más baja (Gráfico 38).

Al analizar la tendencia se identificaron tres puntos de quiebre con tres períodos de descenso: 1980-1987 con -6,8% anual (-8,6; -5,0); 1987-1998 con -2,8% anual (-3,9; -1,7); 1998-2010 con -5,2% anual (-6,1; -4,2) y un período con una tendencia estable: 2010-2016 con 0,7% anual (-1,7; 3,2). En este último período las muertes por TB se mantuvieron en un promedio de 700 por año.

La reducción de la mortalidad fue diferente por jurisdicción. La tasa de mortalidad ajustada por edad para el trienio 2014-2016 de Argentina fue 25,7% más baja que la del trienio 2004-2006. Veinte jurisdicciones redujeron su tasa entre trienios con un descenso que fue desde 10,7% en Buenos Aires hasta 65,5% en La Pampa. Cuatro jurisdicciones aumentaron su tasa entre el trienio 2004-2006 y 2014-2016, con un aumento que fue desde 0,8% en Santa Fe hasta 28,9% en La Rioja. ■

Gráfico 38: Defunciones y tasas crudas y ajustadas por edad de mortalidad por tuberculosis (CIE 9: 010-018 y 137; CIE 10: A15-A19, B20.0 y B90) por 100.000 habitantes. Argentina, 1980-2016 .



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, enero de 2018.

Iniciativa de OPS/OMS sobre el control de la tuberculosis en grandes ciudades

La tuberculosis (TB) es un grave problema de salud pública en la región de las Américas, donde se estiman aproximadamente 270.000 casos y 23.000 muertos cada año por esta enfermedad. La TB afecta preferentemente a las poblaciones más vulnerables, entre las que se cuentan las personas con bajos recursos económicos, las minorías étnicas, los migrantes y personas con otras condiciones de salud como VIH, diabetes, o con problemas socio sanitarios como el consumo problemático de drogas y alcohol.

La región está sufriendo un proceso acelerado de urbanización con transición demográfica y epidemiológica. Son las grandes ciudades las que concentran los mayores desafíos sociales ya que cuentan con áreas urbanas y suburbanas habitadas por poblaciones vulnerables en condiciones que favorecen la diseminación de la infección y el desarrollo de la enfermedad. En ciudades como Guayaquil, Lima y Montevideo, por ejemplo, se reportan más del 50 por ciento de todos los casos del país y también la mayoría de los casos con TB resistente a los medicamentos. Importantes barreras para el control de la TB están presentes en las grandes ciudades, entre las que se destacan la multiplicidad de autoridades y la fragmentación de la atención mediante múltiples proveedores de salud, muchas veces sin mecanismos de coordinación entre ellos, la debilidad en la atención integral de salud y en el abordaje intersectorial de la TB.

Como respuesta a esta situación, la Organización Panamericana de la Salud, con aportes de expertos de la región documentó desde 2011 experiencias sobre la TB en grandes urbes de la región y diseñó la Iniciativa de Control de la TB en Grandes Ciudades de Latinoamérica y el Caribe.¹

La iniciativa propone una metodología estratégica para el control de la TB en grandes ciudades con etapas y actividades que fortalezcan una atención de salud integral con un enfoque interprogramático e intersectorial coordinado. Las etapas y actividades incluyen en su abordaje los principales determinantes sociales de salud que promueven y exacerbaban la endemia de la TB, especialmente en las poblaciones más vulnerables.

Esta metodología define la instrumentación de actividades en ocho etapas que contribuyen a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la TB con el objetivo de alcanzar la disminución de la incidencia y mortalidad.

1. www.paho.org/tuberculosis

Las etapas propuestas son:

- 1. Afianzar el compromiso político a nivel nacional/local y coordinar a las diferentes autoridades de salud.**
- 2. Realizar un mapeo epidemiológico de la situación de la TB en las ciudades e identificar poblaciones en riesgo.**
- 3. Realizar un relevamiento y mapeo del sistema sanitario y de los proveedores de salud existentes.**
- 4. Adaptar la atención de salud a las necesidades de las poblaciones en riesgo.**
- 5. Incorporar el abordaje interprogramático en el control de la TB para garantizar la atención integral de las personas con TB.**
- 6. Incorporar el trabajo intersectorial en el control de la TB e introducir la TB en los programas de protección social.**
- 7. Promover la participación de la sociedad civil en actividades de prevención y control de la TB.**
- 8. Establecer un sistema de monitoreo y evaluación rutinario.**

Cada una de estas etapas tiene un desafío particular e instrumentos técnicos que la respaldan y que se encuentran disponibles para consulta en www.paho.org/tuberculosis.

Este abordaje se ha implementado como proyecto piloto en distritos de tres ciudades: Guarulhos (Brasil), Bogotá (Colombia) y Lima (Perú), y posteriormente se ha iniciado este abordaje en ocho ciudades de la región. Asimismo, el año pasado comenzó a desarrollarse un trabajo desde esta perspectiva en Florencio Varela, en la provincia de Buenos Aires.

La implementación de la iniciativa ha mostrado que el abordaje desde una perspectiva interprogramática e in-

tersectorial permite la instalación en la agenda de la problemática y el fortalecimiento de las actividades programáticas. Para ello es imprescindible cumplir con el primer punto de la estrategia referido al compromiso político a nivel local y la coordinación de las autoridades sanitarias de los diferentes niveles y jurisdicciones.

La oficina argentina de OPS/OMS promueve la incorporación de los componentes de la iniciativa en los grandes centros urbanos del país y provee la cooperación técnica para su desarrollo. ■

Marcelo Vila
OPS/OMS

La tuberculosis en el Mundo y en las Américas

Número estimado de muertes

Control de la Tuberculosis en Grandes Ciudades de Latinoamérica y el Caribe
Lecciones aprendidas

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

¿Quién lleva la carga de tuberculosis? ...sobre todo, los más vulnerables

TB se disemina más en ambientes pobres, hacinados y con poca ventilación

480 000 mujeres y 140 000 niños mueren con TB cada año en el mundo. Hay 10 millones de huérfanos por TB

Asociada a VIH, diabetes, desnutrición, consumo de alcohol, drogas y tabaco

Migrantes, prisioneros, minorías y refugiados enfrentan riesgos, discriminación y barreras en la atención de salud

EN GRANDES CIUDADES DE LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE

Lima y Callao - PERÚ

31% (Notificación total)

59% (Total de casos de tuberculosis notificados)

72% (Total de casos de tuberculosis multibacterianas (TB-MDR) notificados)

Montevideo - URUGUAY

38% (Notificación total)

60% (Total de casos de tuberculosis notificados)

90% (Total de casos de TB-MDR notificados)

Buenos Aires y Gran Buenos Aires - ARGENTINA

31% (Notificación total)

41% (Total de casos de TB notificados)

70% (Total de casos de TB-MDR notificados)

LAS CIUDADES AGLOMERAN

Populaciones altamente vulnerables (personas en situación de calle, personas privadas de la libertad y otros)

Minorías étnicas (diferentes creencias, hábitos y costumbres)

Aumento de las enfermedades no transmisibles

Diabetes mellitus
Alcoholismo
Adicción a drogas
Tabaquismo
Cáncer

27% de las personas viven en barrios marginales

1 de cada 4 habitantes está en situación de pobreza

Las ciudades más inequitativas y violentas del mundo están en Latinoamérica

Limitado acceso a servicios básicos
Violencia y patologías sociales

Impactan en la calidad de vida
Influyen en el funcionamiento de los servicios de salud

De acuerdo a proyecciones de Naciones Unidas, la población urbana en Latinoamérica y el Caribe (LAC) llegará a 89% en 2050

Una visita para monitorear la situación de la tuberculosis en el país

En septiembre de 2017, un equipo evaluador de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) visitó la Argentina para supervisar el trabajo realizado por el Ministerio de Salud de la Nación en relación a la tuberculosis (TB). El objetivo de la comitiva fue monitorear y evaluar la situación epidemiológica y de control de la enfermedad, realizar un seguimiento a las recomendaciones realizadas en 2013 y 2015, controlar la implementación de la estrategia “Fin de la TB”, analizar los avances en los primeros pasos de la “Iniciativa de Control de la TB en Grandes Ciudades de Latinoamérica y el Caribe” y, finalmente, brindar las recomendaciones a las autoridades nacionales en diferentes ejes de abordaje:



Programático

- Mantener y fortalecer el compromiso político y financiero a nivel nacional y provincial para la prevención y control de la TB.
- Fortalecer y ampliar alianzas con otros programas y sectores de la sociedad para intervenciones interprogramáticas e intersectoriales, y lograr la adherencia de actores del sistema de salud a las normas y lineamientos nacionales.
- Garantizar la coordinación interprogramática entre TB y VIH para la plena implementación de actividades de colaboración.
- Elaborar un Plan Estratégico Nacional de respuesta a la TB.
- Actualizar guías y documentos para el manejo de casos.

Diagnóstico

- Fortalecer el primer nivel de atención para que la persona pueda diagnosticarse y curarse en su área de residencia.
- Incrementar la búsqueda de sintomáticos respiratorios en los servicios de salud y expandir la investigación de contactos.
- Implementar y expandir nuevos métodos rápidos moleculares.

Notificación

- Garantizar que el SISA incluya variables recomendadas internacionalmente.

Supervisión

- Implementar estrategias de supervisión efectivas por nivel de atención acordes a las características regionales y locales.

Capacitación

- Desarrollar estrategias de capacitación para el personal sanitario, y de información para la comunidad.

Comunicación

- Documentar experiencias exitosas de abordaje en poblaciones vulnerables para replicarlas en entornos similares.
- Documentar la implementación de la “Iniciativa de Control de la TB en Grandes Ciudades de Latinoamérica y el Caribe” para que sirva de modelo para su expansión en áreas urbanas de todo el país. ■



Reunión Regional de Jefes de Programas Nacionales de Control de la Tuberculosis de las Américas y el Caribe

Del 9 al 11 de octubre de 2017 se realizó en la ciudad mexicana de Guadalajara la **Reunión Regional de Jefes de Programas Nacionales de Control de la Tuberculosis y de Laboratorios de la Región de las Américas y el Caribe** que tuvo como objetivo evaluar los avances de las acciones en respuesta a la enfermedad a nivel regional.

Durante el encuentro los referentes nacionales de los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) analizaron los avances de la implementación de la **Estrategia Fin a la Tuberculosis (TB)** impulsada en la 67ª Asamblea Mundial de la Salud en 2014.

Esta estrategia tiene como meta poner fin a la TB en el año 2035 y está compuesta por tres pilares fundamentales: atención y prevención integrada de la TB centrada en

el paciente; políticas audaces y sistemas de soporte; investigación intensificada e innovadora. Además, se avanzó en la identificación de brechas y necesidades de cooperación técnica para acelerar la implementación de la estrategia y el plan de acción regional.

Otros objetivos de la reunión fueron: conocer la situación de las redes de laboratorios de tuberculosis de la región y participar del Simposio Global de Tuberculosis: acciones multisectoriales para acelerar el progreso hacia terminar con la tuberculosis.

Por último se avanzó en las oportunidades de trabajo existentes con integrantes de los diferentes frentes parlamentarios nacionales y de la sociedad civil.

Participación de la Argentina

La Argentina fue parte de la reunión con la presencia de **Marcela Natiello**, coordinadora del Programa Nacional de Control de Tuberculosis y Lepra, quien estuvo acom-



pañada por **Marcelo Vila**, asesor subregional para el Cono Sur de la Unidad de Vigilancia, Hepatitis, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual de la OPS.

El encuentro fue una oportunidad para compartir con el resto de los referentes el avance en el control de la tuberculosis en Argentina a través de las acciones realizadas; presentar la situación epidemiología nacional; analizar el progreso en la investigación, vigilancia, información y monitoreo de la enfermedad e identificar las problemáticas sobre las cuales continuar avanzando.

El diálogo con los diferentes jefes de programas regionales generó una vía de comunicación alternativa, en especial con los representantes de Bolivia, Perú y Paraguay, países de los que son oriundos la mayoría de los extranjeros con tuberculosis en nuestro país. Este contacto también apuntó a fortalecer la notificación de traslados de personas con la enfermedad (referencia-contrarreferencia), acciones de intercambio y futuras capacitaciones.

Movimientos a nivel mundial

Durante uno de los días en los que se llevó a cabo la reunión se conformó una instancia de presentación del **Frente Parlamentario Regional de las Américas contra la Tuberculosis**, que propone trabajar estrechamente con los gobiernos y la sociedad civil para que se asignen recursos financieros suficientes para actividades que contribuyan a poner fin a esta enfermedad.

Este frente tiene su origen en la **Declaración de Barcelona de 2014**, cuando un grupo de políticos de diferentes países se comprometieron a emplear todos los medios a su alcance para urgir a los respectivos gobiernos a que emprendan acciones continuas destinadas a obtener los recursos nacionales e internacionales necesarios para combatir la tuberculosis, ejercer abogacía para que la enfermedad sea una prioridad en las agendas de los Estados y elaborar leyes nacionales de protección para las personas con la enfermedad, como en Perú.

En este sentido, varios países han conformado frentes parlamentarios nacionales aunque en la Argentina, a pesar de algunos avances al respecto, no se ha podido constituir hasta el momento.

El compromiso asumido por la Organización Mundial de la Salud en la respuesta a la tuberculosis impulsó la **Primera Conferencia Ministerial Mundial** con el lema **“Poner fin a la tuberculosis en la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una respuesta multisectorial”**, de la que Argentina fue parte y que se realizó el 16 y 17 de noviembre de 2017 en Moscú, Rusia.

Su objetivo es fomentar en los países la aplicación de la Estrategia Fin a la Tuberculosis de la OMS con miras a alcanzar las metas conexas establecidas por la Asamblea Mundial de la Salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas.

La Conferencia Ministerial fue una guía para la reunión de alto nivel sobre la TB que la Asamblea General de las Naciones Unidas celebrará en 2018. ■



Casa Masantonio: abordaje de la tuberculosis en la exclusión

En Semana Santa de 2008, el entonces Cardenal Jorge Bergoglio puso en marcha los Centros Barriales del Hogar de Cristo, una red de centros de día creados por los curas asignados a las villas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y laicos con el objetivo de acompañar a las poblaciones más desprotegidas.

En ese marco se creó un dispositivo de atención diferenciado llamado “Casa Masantonio” para el acompañamiento integral de usuarios de paco (pasta base de cocaína) y personas en extrema vulnerabilidad con enfermedades complejas. “El hospitalito” –como también lo llaman las personas que asisten a este centro– está ubicado en el barrio porteño de Barracas junto a las villas 21-24 y Zabaleta, dentro de las áreas programáticas de los hospitales Penna y Muñiz.



El funcionamiento del dispositivo coordinado por la Cooperativa de Acompañantes de Usuarios de Paco se basa en un abordaje integral de las personas consumidoras de pasta base con enfermedades complejas, priorizando a las personas con tuberculosis (TB) e infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que no hayan podido sostener un tratamiento adecuado en el marco del sistema de salud.

La convivencia entre estas problemáticas afecta principalmente a los grupos más vulnerables de la sociedad, como son los jóvenes con consumo problemático de sustancias, personas en situación de calle y hacinamiento en las llamadas “ranchadas”, colectivos trans, entre otros.

Desde el centro comunitario Masantonio sostienen que el consumo de paco, a diferencia de otras sustancias, atraviesa toda la vida de quien lo consume, quebrando en un corto período de tiempo todas las relaciones familiares, sociales, y, finalmente, el cuidado básico de la salud. “Al hacer irrupción en las poblaciones más desprotegidas, la ausencia de redes de contención y sostén se convierten en un combo catastrófico que se cobra la vida de muchas personas”, aseguran desde el equipo de la institución que componen el infectólogo Santiago Jiménez, el neumonólogo Jorge Poliak, Gustavo Barreiro y Patricia Figueroa, entre otros.

El hacinamiento, la ausencia de vivienda, el frío y la desnutrición a los que muchas veces están expuestos estos grupos generan las condiciones propicias para que las enfermedades infectocontagiosas puedan transmitirse con más facilidad.

En este contexto se crea este dispositivo de salud que acompaña “cuerpo a cuerpo” a las personas que padecen TB, VIH, hepatitis y/o sífilis.

Desde Masantonio aseguran que el desafío del paco no es solamente un problema de consumo de drogas sino algo mucho más amplio e integral. Se proponen rearmar un proyecto de vida posible para las personas que acompañan y colaborar con una solución habitacional, laboral, familiar y judicial, pero especialmente sanitaria.

Algunas barreras que sortear

Las condiciones de extrema vulnerabilidad a las que están expuestas las personas que son acompañadas por los voluntarios del proyecto complican el acceso a la atención de la salud: las dificultades para ingresar al hospital, el traslado, el acceso a turnos y estudios pertinentes, dificultades burocráticas (muchas personas no poseen documentos), no contar con un lugar físico para descansar o cuidar la medicación, el entendimiento de las posologías, recordatorios de fechas, maltrato y expulsión por su condición. Estas se convierten en barreras que el dispositivo comunitario trata de sortear de manera creativa.

Casa Masantonio elaboró una serie de puntos de atención diferenciada que, en algunos casos, incluye a organismos del Estado para poder garantizar el acceso a los derechos poniendo en juego la corresponsabilidad social entre el Estado y la sociedad para dar lugar a soluciones concretas.

El abordaje sanitario, social y comunitario

El dispositivo está compuesto por una serie de medidas que al ponerse en práctica lo convierten en un proyecto de abordaje diverso basado en la siguiente metodología:

- **Tratamientos individualizados:** de acuerdo con cada particularidad médica y social se intenta establecer estrategias centradas en la persona de manera individual.

Estas pueden ser desde tratamientos directamente observados (DOT), tratamientos directamente acompañados (DAT), medicación asistida diariamente en la calle, DOT con incentivos económicos o asistencia en alimentos o ropa, acompañamiento de pares, etc.

- **Acompañamiento integral:** para garantizar el tratamiento completo y luego evitar la reinfección, Casa Masantonio hace hincapié en restituir condiciones dignas de vida, como documentación, vivienda, posibilidad de trabajo y escolarización, alimentación correcta, etc.
- **Atención descentralizada y ventana de oportunidad:** en coordinación con efectores de salud estatales (Centros de Salud y Acción Comunitaria –CeSAC–, hospitales regionales, ministerios de Trabajo, Desarrollo Social y Salud) se promueve la posibilidad de acceder de forma descentralizada, rápida y accesible a la medicación pertinente además de los estudios de baciloscopia, radiología, laboratorio, serología, carga viral, recuento de CD4, etc.
- **Búsqueda de casos:** para evitar los diagnósticos tardíos y las formas clínicas avanzadas se realizan búsquedas activas de personas en situación de calle con síntomas de complicaciones respiratorias.

- **Acompañamiento entre pares:** uno de los pilares fundamentales del trabajo en la institución está vinculado con la participación de las mismas personas que se encontraban en situación de calle, con problemas de consumo o con TB activa. Luego de obtener el alta médica, muchas de estas personas se constituyen en agentes sanitarios y de acompañamiento entre pares. Su labor es recorrer diferentes refugios en la calle y “ranchadas” para buscar a otras personas en igual situación, asistirles con la medicación bajo tratamiento DOT, visitar a personas internadas sin compañía, retirar la medicación y los resultados y entregar muestras de esputo. Este trabajo lo realizan quienes se encuentran registrados formalmente en la cooperativa social “Acompañantes de Usuarios de Paco” (AUPA), con lo que se contribuye a la posibilidad de tener un trabajo rentado que les evite regresar a la situación de calle.

Desde la inauguración formal de Casa Masantonio en 2016 y hasta la fecha se encuentran bajo atención médica 42 personas con VIH y 52 con TB. El 57% de las personas tratadas ya completó su tratamiento con tasas de adherencia mayores al 92%. Todas las personas asistidas viven en medio de una gran complejidad médica y social (con altas tasas de abandono al tratamiento, consumo de paco y situación de calle en más del 95% de los casos).

Desde Masantonio califican su proyecto como un “modelo exitoso” que pone de manifiesto un entramado social complejo y que puede dar respuesta desde el abordaje comunitario. Sostienen que la experiencia debe ser “reproducida localmente en cada lugar que presente similares condiciones con un abordaje comunitario y coordinado”. ■





