

PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS. PENTB 2009-2015. RESUMEN

Strategic plan for the control of tuberculosis PENTB 2009-2015. Summary

Cecilia Varela-Martínez

Postgrado de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras UNAH / Instituto Nacional Cardiopulmonar

RESUMEN. Introducción. La tuberculosis (TB) continúa siendo un problema de salud pública a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud estimó que el 2008 un tercio de la población estaba infectada y cerca de 9 millones de personas enfermaban anualmente. En Honduras, a pesar de los avances logrados en su control con la estrategia TAES, la TB continúa siendo un problema de salud pública. La epidemia del VIH, la fármaco resistencia y otras condiciones socioeconómicas amenazan constantemente los avances logrados. El Programa Nacional de Tuberculosis (PNT) coordinó la elaboración del Plan Estratégico Nacional de control de la TB, consensado con el personal de salud y representantes de la comunidad, con asesoría de la Organización Panamericana de la Salud, basándose en las recomendaciones internacionales y en las experiencias nacionales previas. **Fuentes.** Se realizó revisión del Plan y de las referencias que lo sustentan. **Desarrollo.** Se revisa la situación de la TB en Honduras y el impacto de las estrategias implementadas y se exponen las seis líneas estratégicas, once objetivos y las metas planteadas. **Conclusiones.** El Programa ha sido exitoso en la aplicación de TAES a nivel nacional, con lo que ha disminuido la incidencia de la enfermedad. Sin embargo, existe la necesidad de mejorar la extensión y calidad de TAES y en hacer frente a los nuevos retos del VIH, drogo resistencia y los grupos de riesgo con la participación de otros proveedores y de la comunidad. **Rev Med Hondur 2010;78(1):39-48.**
Palabras clave: tuberculosis, estrategias de control.

La tuberculosis (TB) continúa siendo un problema de salud pública a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que el 2008 un tercio de la población estaba infectada, la prevalencia de la enfermedad ascendía a 16 millones de personas, la incidencia a 9 millones de personas y la mortalidad de 1.65 millones, afectando especialmente los jóvenes de los países pobres.¹ Para combatir la enfermedad, la OMS lanzó en 1990 la estrategia TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado) cuya implementación en la mayoría de los programas de control de la Tuberculosis de los países, especialmente en Latinoamérica, ha logrado importante impacto en el control de la enfermedad en términos de disminución de la incidencia.^{2,3}

El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis de Honduras (PNT), logró cobertura del 100% con la estrategia TAES en el 2003. A partir de entonces, se ha observado una disminución paulatina de la incidencia, lográndose alcanzar las metas de detección y de éxito de tratamiento (>70% y 85% respectivamente), a través de actividades orientadas a detectar precozmente a todo sintomático respiratorio (SR) que acude a las unidades de servicio (US), la realización del examen bacilosκόpio seriado y proporcionándosele tratamiento gratuito bajo estrategia TAES (estrictamente observado) a todo paciente diagnosticado con TB.^{4,5} Sin embargo, en nuestro país, la estrategia TAES ha presentado dificultades que concierne a la calidad de la misma debido a debilidades en cada uno de los cinco elementos que la conforman. En los últimos años el descenso de la incidencia es lento, lo cual pone en riesgo las metas de lograr el control de la enfermedad (incidencia menor de 20/100,000 h) y alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (reducir a la mitad la incidencia, prevalencia y mortalidad de la TB respecto a 1990)⁶

La confección TB/VIH, la multidrogoresistencia y el incremento

de las poblaciones en riesgo (migrantes, privados de libertad, y trabajadores de salud, grupos étnicos en riesgo) representan nuevas situaciones que hacen necesario reforzar los elementos de TAES e incorporar las nuevas líneas estratégicas contempladas en el Plan Regional Alto a la Tuberculosis, lanzado por la OMS/OPS en el 2006.⁷⁻¹⁰

El PNTH coordinó en el 2008 la elaboración del Plan Estratégico de Control de la TB 2009-2015 (PENTB 2009-2015), habiendo realizado un análisis crítico de la situación epidemiológica y programática de la TB y consensado con distintos actores involucrados en la lucha antituberculosa y con asesoría y apoyo de la OPS regional y nacional. El PNTB 2009-2015 fue lanzado el 19 de marzo del 2009 en el Hotel San Martín de Tegucigalpa. En el plan se define la visión, misión y principales objetivos de la lucha antituberculosa en Honduras, se establecen once objetivos primordiales, alcanzables y medibles, que sirven de guía para la planificación programática y financiera del PNTH y los demás actores comprometidos en el control de la TB.

I. SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN HONDURAS

1. Tasa de incidencia nacional y regional

Como punto de referencia respecto a las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), se presenta la incidencia notificada de TB a partir de 1990 la cual fue de de 77/100,000 habitantes (3,647 pacientes con tuberculosis).¹¹ A partir del 2001 la notificación de casos muestra un descenso con amplias oscilaciones que reflejan problemas en el sistema de información y de consistencia en la estrategia (Figura 1).

En el 2008 se notificaron 2862 casos para una incidencia de 37.1/100,000 h. (Figura 1), que sitúa nuestro país en la categoría sitúa a nuestro país en la categoría de países con moderada incidencia. En la Figura 2, se presentan las tendencias según formas

Recibido 04/01/2010, aceptado con modificaciones 25/04/2010

Correspondencia: Dra. Cecilia Varela, Instituto Nacional Cardiopulmonar, Col. Lara, Tegucigalpa, Honduras. Correo-E: cevarelam@gmail.com

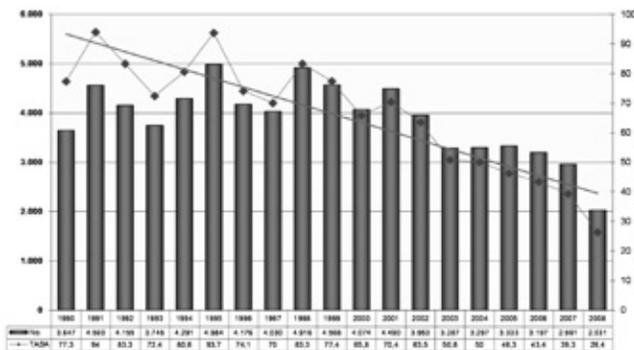


Figura 1. Número de casos y tasa de notificación de tuberculosis en Honduras 1990 a sep 2008 (todas las formas) por año. PNT. Secretaría de Salud.

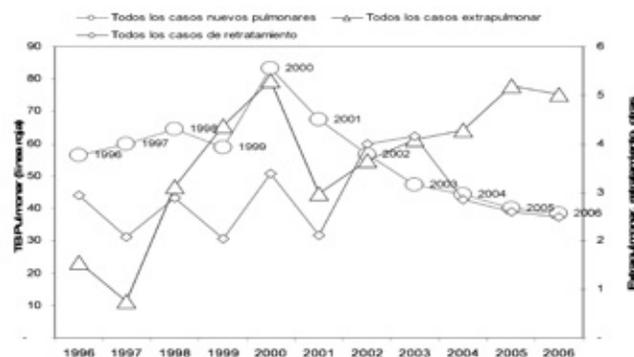


Figura 2. Tendencia de incidencia de tuberculosis pulmonar, retratamientos y extrapulmonar. Honduras. Informe OMS.2008.

de TB donde se refleja la constante aunque lenta disminución de la tasa de incidencia de la forma pulmonar a partir del 2003 pero un incremento de la tuberculosis extrapulmonar probablemente secundaria a la coinfección TB/VIH.¹¹

Las Regiones de Salud más afectadas son las Metropolitanas de San Pedro Sula (Cortes), región de Cortes, región Metropolitana de Tegucigalpa, Yoro y Atlántida, en tanto que la tasa de incidencia mas altas corresponden a Gracias a Dios, Metropolitana de SPS, Islas de la Bahía, Choluteca y Atlántida.¹¹ La distribución etárea de casos de TB pulmonar BK demuestra que la población entre 15 y 34 años de edad es la más afectada (41% de los casos) reflejando probablemente reciente contagio con el bacilo de la TB y/o coinfección TB/VIH. La proporción hombre: mujer es de 1.5 a 1.0, con tasas mayores en hombres a partir de los 25 años.

2. Coinfección TB-VIH

La epidemia de VIH es uno de los mayores retos para el control de la TB. Honduras presenta una epidemia generalizada en la costa norte y el valle de Sula, (prevalencia de 0.91%) y concentrada en el resto del país (prevalencia de 0.59%). El grupo de edad más afectado es el de 20 a 44 años. El mecanismo de transmisión notificado entre es esencialmente sexual. La TB es la enfermedad infecciosa más frecuente después de la candidiasis entre las personas VIH positiva ascendiendo en el 2007 a 17%.^{12,13} El PNT realiza vigilancia rutinaria de VIH entre pacientes TB. El PNT en el año 2007realizo la prueba para VIH consentida en el 59% de los pacientes TB y de los cuales a 10% fueron positivos.

3. Multidrogoresistencia

La TB multidrogoresistente se define como aquella tuberculosis resistente a isoniacida y rifampicina. En el 2003 se encontró que el 1.7% de los pacientes nunca antes tratados presentaban multidrogoresistencia (MDR primaria) y el 12.3 % en los previamente tratados (MDR secundaria).¹⁴ De acuerdo a estos resultados, la OMS estima que existen 106 casos TB-MDR de los cuales 72 son BK positivo¹. La actividad de detección de TB-MDR BK+ fue menor del 6%.^{1,11,14}

4. Otros grupos de riesgo

En Honduras el 5.6% de los casos nuevos de TB pulmonar fueron menores de 15 años, con una relación niño: niña de 1:1. La cobertura de vacunación BCG ha sido permanentemente superior a 90% desde 2001, con tasa inferiores a 1 por 100.000 de casos de meningitis tuberculosa.⁴ Constituyen poblaciones especiales por riesgo de infección, la de personas privadas de libertad (PPL),¹⁵ reclusas en 24 centros penitenciarios, que existen en el país. La incidencia de TB en centros penales es 37 veces más frecuente que en la población general.

Otra población en riesgo es la de los migrantes retornados debida a precarias condiciones socioeconómicas y de atención de salud.¹⁶ No existe estudios de la incidencia de TB en la población trabajadora de las maquilas, pero observaciones preliminares en el IHSS reportan un número importante de casos TB acudiendo al IHSS que ameritan investigar la situación. Los trabajadores de salud, por su constante exposición son personas con mayor riesgo de contagio de enfermedades, en particular las transmitidas por el aire. En un estudio realizado en el Hospital Escuela entre los residentes de Medicina se encontró que el 30% de ellos habían hecho viraje de la tuberculina en 20 meses de observación.¹⁷

En Honduras existen ocho grupos étnicos, de los cuales los garífunas ubicados en los departamentos de Atlántida, Cortes, Gracias a Dios, Colon, presentan altas tasas de TB y VIH. Por otro lado existen otros grupos étnicos (lencas) en condiciones de pobreza, dificultad de acceso a la salud. No se sabe con certeza cuál es la situación real de TB en estas poblaciones. Otros grupos de riesgo tanto de infectarse como de desarrollar la enfermedad la constituyen aquellas personas con enfermedades crónicas asistiendo a hospitales o centros de salud, como los diabéticos, los pacientes renales, con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etc.

II SITUACION PROGRAMÁTICA DEL PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS (PNT)

La política fundamental del PNT se centra en la detección precoz del paciente TB bacilífero y la curación del mismo bajo tratamiento combinado de drogas antifímicas y supervisión estricta. De acuerdo al último reporte de la OMS⁽¹⁾, la tasa de detección de casos en el país en el 2007 fue de 87%. Sin embargo en los últimos años se observa una disminución en la detección de sintomático respiratorio (SR), de las baciloscopías totales realizadas, del número de baciloscopías realizadas por SR, que no alcanzan las metas establecidas por la norma de control de la TB¹⁹. En la Figura 3 se observa la disminución paulatina de detección del SR.

En Honduras existen 150 laboratorios que realizan baciloscopías, de los cuales cinco tienen capacidad para realizar cultivos por micobacterias y están ubicados en Tegucigalpa, San Pedro Sula y en la Ceiba. El Laboratorio Nacional de Referencia además de cultivos (método de Petroff), e identificación de micobacterias, realiza test de sensibilidad a cuatro drogas. La proporción de laboratorios que hacen baciloscopías y cultivo es adecuada para la población de acuerdo a los estándares internacionales, sin embargo existen inequidades en la distribución de dotación de recurso humano capacitado e infraestructura para el diagnóstico oportuno de la enfermedad.

En el 2007 se reportó la realización inadecuada de frotis (muy gruesos o muy delgado) en el 43% de las láminas,^{20,21} a pesar de ello los índices de concordancia de baciloscopías positivas y negativas son adecuados de acuerdo al control de calidad del Laboratorio Nacional de Referencia de TB. La utilización del cultivo y pruebas de sensibilidad para la vigilancia de la resistencia es subóptima. La normativa de realizar cultivo y PSD en pacientes con fracaso a los regímenes, abandonos, personas privadas de libertad y seropositivos por VIH no es observada de manera sistemática.

En cuanto a los resultados del tratamiento de casos nuevos (TB bk+), las tasas de éxito de tratamiento bajo TAES fue permanentemente superior al 85% desde 1998, sin embargo los porcentajes de abandonos, de transferencias se mantiene entre 6 a 9%, la letalidad es elevada y fluctúa entre el 5 al 6% durante todo el período analizado, el fracaso al tratamiento es inferior al 1% para el 2008 (Figura 4). Los resultados de tratamiento de los casos previamente tratados son menos exitosos, con tasas de éxito de tratamiento en menor del 70%

EL PNT realiza vigilancia rutinaria de la Coinfección en el paciente TB, pero alcanza menos del 60% de exámenes entre los pacientes TB. Aun no se han implementado las doce actividades del manejo de la coinfección recomendadas por el Plan Regional Alto a la TB. Respecto a la TB resistente a medicamentos TB MDR y TBXMDR, en el 2005 se inicio el proyecto de tratamiento de la TB-MDR con 50 pacientes aprobado por el Comité de Luz Verde de la OMS financiado con el Fondo Global. Se administró drogas de segunda línea a 54 pacientes pero solo en 34 se confirmó TBMDR.

Los resultados de esta primera cohorte han sido desalentadores por las altas tasas de abandono (curación de 9%, fallecimiento de 15%, fracaso al tratamiento de 9%, abandono de 56% y aun en tratamiento de 12%). La alta tasa de abandono al tratamiento se atribuyo a la falta de un enfoque multidisciplinario en la atención del paciente así como a prolongado período de hospitalización.^{2, 22} La situación de la XDR no es conocida en el país, sin embargo, la presencia de fracasos al tratamiento con drogas de segunda línea puede ser un indicador de existencia de casos XDR.¹⁷

III. RESPUESTA NACIONAL A LA TUBERCULOSIS

La TB se encuentra catalogada como una enfermedad prioritaria dentro del Plan Nacional de Salud 2006-2021 y es el Programa Nacional de Control de la TB la instancia encargada de liderar la respuesta nacional a la TB en Honduras.²³ Todas las actividades que forman parte de la respuesta nacional a la TB se encuentran enmarcadas en la estrategia Alto a la TB y el plan Regional de TB de la OPS.

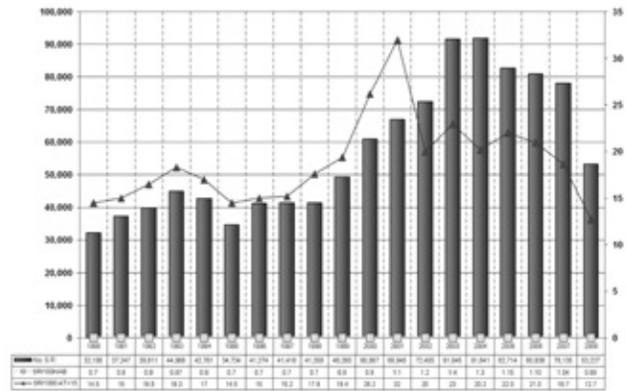


Figura 3. Tendencia de la detección de sintomático respiratorio de 1990 a 2008. PNT. Secretaría de Salud. Honduras.

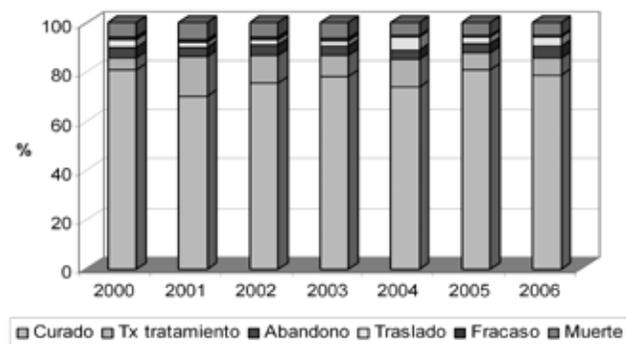


Figura 4. Resultados de tratamiento. Cohorte casos nuevos BK+, PNT 2000 -2006. Unidad de Información, vigilancia e investigación. Secretaría de Salud. Honduras. 2008.

El Programa Nacional Contra La Tuberculosis opera a través de tres niveles, el nivel central, el nivel intermedio con 20 regiones departamentales y el local o unidades de salud (US) integrado por 1412 Unidades de Salud. Además forman la red de atención, 16 hospitales de área, 6 hospitales regionales 2 nacionales (Hospital Escuela e Instituto Nacional Cardiopulmonar) 2 Hospitales del Instituto Hondureño de Seguridad Social. El nivel local está encargado de la detección, recolección de muestra, realización de frotis, lectura de baciloscopías (los que cuentan con técnico de laboratorio o microbiólogo), diagnóstico de caso, tratamiento bajo TAES, llevar a cabo las consejerías, cerco epidemiológico, recolección de información a ser enviada a nivel intermedio y mantener el historial de cada paciente. En la mayor parte de los CESAR estas actividades son llevadas a cabo por una enfermera que al mismo tiempo se encarga de la atención y vigilancia de otros programas.

El PNT cuenta con normas de atención que datan del 2003,¹⁹ las cuales están en proceso de actualización. El diagnóstico parte con la detección del Sintomático Respiratorio (SR) a quien se le realizan baciloscopías seriadas. El caso TB, definido en las normas, recibe tratamiento con medicamentos de primera línea, completamente gratuito. La gestión y suministro de medicamentos es efectuada por la Unidad de Medicamentos del PNT y adquirido a través de Fondo Estratégico de la OPS.²⁴

El sistema de información de PNT está organizado también en tres niveles los cuales utilizan los indicadores recomendados por la

OPS/OMS, que proveen información epidemiológica, y de las actividades programáticas, sin embargo el análisis efectuado sobre el sistema reporta que la información es recibida en forma tardía, no es consistente, no proporciona información individual a nivel central y es operado por equipo obsoleto.²⁵⁻²⁸

IV. OBJETIVO GENERAL DEL PLAN MUNDIAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS Y DEL PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

El PENTB 2009-2015 considera la situación epidemiológica y programática del PNT y adopta el objetivo global del Plan Mundial de control de la Tuberculosis, considera las líneas estratégicas del Plan y las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El objetivo general es “Haber detenido y comenzado a reducir la incidencia, prevalencia de la tuberculosis y su mortalidad”. Las metas mundiales de implementación de la estrategia TAES son alcanzar más del 70% de detección de la TB estimada y más del 85% de pacientes con éxito de tratamiento. En vista que Honduras ha sobrepasado las tasas de detección y con miras de acelerar el descenso de la incidencia, el PNT se propone alcanzar más del 90% de detección y lograr más del 90% de éxito en el tratamiento. Las metas de impacto son alcanzar las metas de los ODM de disminuir a la mitad la incidencia, prevalencia y mortalidad de la TB respecto a 1990, es decir reducir la prevalencia a menos de 47/100,000h la incidencia a menos de 38/100.000 habitantes y la mortalidad a menos de 5%.

V. PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS 2009- 2015

Con el propósito de elaborar y consensuar el PENTB2009-2015 basado en un análisis participativo con los principales actores, se realizó análisis de las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades del PNT de manera sistemática, de acuerdo a las líneas estratégicas y principales objetivos planteados en el Plan regional Alto a la Tuberculosis con cuya información se elaboraron once objetivos, las principales actividades y metas del plan (Cuadros 1 y 2).^{28, 29}

Visión, misión, líneas estratégicas, objetivos y metas

Visión: Honduras elimina la tuberculosis como problema de salud pública.

Misión: Asegurar que cada paciente con TB en Honduras, tenga pleno acceso a servicios de salud que oferten un manejo integral y centrado en el enfermo para contribuir a disminuir la carga social, económica y de inequidad que impone la TB.

Objetivo General: Disminuir el riesgo de infección, enfermedad y muerte por tuberculosis de cada hondureño implementando la estrategia “Alto a la Tuberculosis” en toda el sistema de salud.

Meta principal: Acelerar la tendencia descendente de la incidencia y disminuir para el 2015 la prevalencia y mortalidad causada por TB a la mitad de la estimada para 1990, en cada uno de los 298 municipios de Honduras.

Líneas estratégicas, objetivos específicos y metas

1. LÍNEA ESTRATÉGICA. Sostener y mejorar la estrategia TAES con calidad a nivel nacional

El TAES con sus cinco componentes, continúa siendo la estrategia fundamental en que se basa el PENTB 2009-2015, mejorando su calidad y extendiéndose hacia otros sectores de atención gubernamentales y no gubernamentales. El compromiso político es el componente de mayor importancia y el que posibilita la implementación, sostenimiento y mejora de la calidad integral de la atención de la TB en el sistema sanitario en los diferentes niveles. El compromiso político se refleja en la priorización del control de la TB dentro la agenda de salud con la adecuada dotación de recurso humano, infraestructura, equipo y recursos financieros, de manera que es necesaria la participación organizada y concientizada de la comunidad para asegurar dicho compromiso.

Para mejorar la calidad y expansión de TAES se necesita mejorar la gestión del programa capacitando al personal encargado a diferentes niveles, con un adecuado plan de educación continua y concientización del personal de salud, del voluntariado y del paciente y de la comunidad. Una actividad muy importante es la actualización de las normas a fin de que se incluyan los aspectos referentes a enfrentar los nuevos retos de la lucha antituberculosa. La mejora de la calidad de TAES requiere además de una adecuada gestión y suministro de insumos de laboratorio para el diagnóstico oportuno y de medicamentos de primera y segunda línea a fin de ofrecer atención a los enfermos de TB, centrada en sus necesidades, en el tratamiento normado, administrado con supervisión estricta por personal de salud o con el apoyo de personal comunitario capacitado.³⁰⁻³¹

Se ha efectuado diagnóstico del sistema de gestión y suministros de medicamentos y del sistema de información, cuyo análisis y recomendaciones han servido de base para mejorar el sistema de planificación, compra, distribución y almacenaje de medicamentos y otros insumos incluyendo el laboratorio. Sin embargo, existen deficiencias en diferentes aspectos de la gestión y suministros en niveles intermedios y locales tanto para medicamentos e insumos de laboratorio que deben ser atendidos. De igual manera para que el Sistema de Monitoreo y Evaluación (M&E) permita el adecuado seguimiento, evaluación y medición del impacto de las acciones implementadas, a fin de orientar de manera oportuna, el proceso de planificación y toma de decisiones, el PENTB plantea fortalecer la Unidad de M & E del PNT e implementar un plan de supervisión regular a las diferentes regiones.

2. LÍNEA ESTRATÉGICA. Hacer frente a la coinfección TB/VIH, a la TB resistente y abordar el control de la TB en poblaciones vulnerables

Debido al impacto negativo que produce la infección VIH en la epidemia de la tuberculosis es imperativo el trabajo interprogramático entre los programas de TB y VIH/sida en los diferentes niveles de atención. El abordaje de la coinfección establecido por la OMS será la base del control de la coinfección efectuada por los dos programas.^(33,34)

La prevención de la TB resistente a drogas esta basada en el tratamiento adecuado de los casos sensibles y la identificación temprana de la resistencia. El mal manejo de los pacientes con TB es la principal causa de drogorresistencia. Los casos TB-MDR generalmente son pacientes con dificultades en la adherencia al tratamiento por presencia de diversos problemas asociados lo cual dificulta aún más su manejo, debiendo requerir no solo un diagnóstico

oportuno y un esquema adecuado de tratamiento, sino también un soporte social, económicos y psicológico.

Se sabe que el riesgo de infectarse con el *M tuberculosis* depende del tiempo y tipo de exposición a personas enfermas de TB con baciloscopia positiva, mientras que el riesgo de enfermar depende de la respuesta inmune de la persona contagiada. Se ha definido grupos de alto riesgo para cada uno de ellos. Son grupos de riesgo a infectarse aquellos que tienen mayor exposición al bacilo de la TB, como la personas privadas de libertad, trabajadores de salud, pacientes con enfermedades crónicas con frecuentes visitas o ingresos a centros hospitalarios, trabajadores de maquila, o personas con condiciones de vida precarias por ejemplo en los refugiados o migrantes.⁽¹⁸⁾ Los grupos de riesgo para desarrollar la enfermedad tienen generalmente factores que disminuyen la inmunidad general o pulmonar (VIH/Sida, desnutrición, silicoantracosis, cortocircuito ileoyeyunal, insuficiencia renal, diabetes mellitus, etc.)

3. LÍNEA ESTRATÉGICA. Fortalecer el Sistema Sanitario a través de la capacitación permanente de personal de salud y con la implementación de la iniciativa de Atención Integral al Paciente con Enfermedades Respiratorias (PAL/AITER).

La estrategia de ofrecer la atención al paciente TB desde el nivel local para lograr el control universal de la TB a través del sistema de servicios de la Secretaría de Salud, debería permitir el acceso oportuno a diagnóstico, tratamiento integral y prevención, por lo que, el fortalecimiento del sistema repercute favorablemente en el control de la TB. En el PENTB se exponen las principales iniciativas para el desarrollo de recursos humanos, gestión y suministro de medicamentos, diagnóstico laboratorial, sistema de información a fin de mejorar la capacidad resolutoria y calidad de atención de los pacientes sospechosos, que favorezca el diagnóstico temprano, la adherencia al tratamiento y de respuesta a todo paciente que acuda a los servicios de salud con problemas respiratorios.

La iniciativa AITER / PAL está dirigida fundamentalmente al manejo integral de las enfermedades respiratorias en pacientes mayores de 5 años. AITER/PAL efectúa un abordaje sindrómico de enfermedades respiratorias enfatizando la TB, IRAs, neumonías, enfermedades obstructivas crónicas (especialmente asma y EPOC).³⁷ AITER/PAL contribuye a reducir la morbi-mortalidad por TB, la mortalidad por neumonía particularmente en los lugares con alta prevalencia de HIV, a prevenir complicaciones de infecciones respiratorias altas y reducir el número de episodios de asma y exacerbaciones de las EPOC.

La observación directa del tratamiento es fundamental en la estrategia TAES/DOTS, para garantizar la adherencia al tratamiento, se requiere que la estrategia sea accesible y aceptada por el paciente. La observación directa por personal voluntario comunitario es igualmente eficiente que la realizada por personal de los servicios de salud, por lo que es necesario contar con un voluntariado comunitario capacitado de manera permanente y continua, que garantice la adherencia al tratamiento en zonas inaccesible geográfica y culturalmente.³⁸⁻⁴¹

4. LÍNEA ESTRATÉGICA. Involucrar a todos los proveedores de salud tanto del sector gubernamental como de organizaciones privadas

En el país, el 60% de la atención en salud es proporcionada por el sistema público, 18% por la seguridad social y el 5% por proveedores privados, estimándose un 17% de personas sin acceso a sistemas de atención. Un análisis general indica que la notificación de la detección de casos puede estar influenciada por la parcialidad en la información (solo el sector público participa en detección y notificación). Los casos diagnosticados en la seguridad social y en la medicina privada no son sistemáticamente informados y no necesariamente siguen normas nacionales.

El sistema privado no aplica la estrategia TAES ni las normas de detección de casos y tratamiento aunque una vez diagnosticado el paciente, se conoce que es transferido para su tratamiento a la red estatal, ya que únicamente existen los medicamentos antituberculosos a este nivel. La adopción de los Estándares Internacionales de Atención de la Tuberculosis (EIAT) es una intervención que debe venir de la mano con el establecimiento de las Alianzas Público-Públicas y Público-Privadas, pues es la única forma de asegurar que todos los proveedores de salud en el país desarrollen acciones del control de la TB siguiendo los lineamientos y prácticas internacionalmente aceptadas (EIAT), con lo cual se garantiza el logro de los objetivos nacionales e internacionales.

5. LÍNEA ESTRATÉGICA. Empoderar a todos los afectados con TB y facilitar la participación de la comunidad

Cuando las personas afectadas y las comunidades (redes sociales, familia, vecindario, etc.) están involucradas y participan activamente en el cuidado y tratamiento de la TB los resultados del manejo son mejores.⁴²⁻⁴⁸ La estrategia de abogacía, comunicación y movilización social (ACMS) se constituye en un proceso interactivo donde el personal de salud interactúa con las personas afectadas y las comunidades, especialmente en actividades de promoción y prevención de la TB con participación de varios sectores (profesionales de la salud del sector público y privado, familiares, líderes y organizaciones comunitarias, medios de comunicación, etc). En Honduras, a iniciativa del PNT se conformo la Asociación Alto a la Tuberculosis,⁴³ organización no gubernamental, que con patrocinio del Fondo Global organizo 80 Comités Municipales Alto a la Tuberculosis (COMALTB), el PNT conformo 67 ComalTB con apoyo de USAID. Los COMALTB tienen base comunitaria y han participado en actividades de educación, detección de SR y otros.

6. LÍNEA ESTRATÉGICA. Promover y realizar investigaciones operativas y epidemiológicas que respondan a las necesidades Nacionales, regionales y locales

La investigación operativa busca responder a preguntas prácticas sobre la ejecución, eficiencia y efectividad del PNT, obteniendo información necesaria para mejorar actividades los servicios. Estudia la manera práctica de solucionar problemas en el ámbito programático y encontrar mejores métodos de gestión. Se requiere realizar investigaciones en cada uno de los componentes de la estrategia. La investigación epidemiológica en tuberculosis está más enmarcada a describir el impacto de la enfermedad, y/o impacto de las actividades de su control, y a la identificación de poblaciones con alto riesgo de infección, enfermedad y/o muerte.

Cuadro 1. Resumen de las líneas estratégicas del Programa Nacional de Tuberculosis.

LINEA ESTRATEGICA	OBJETIVOS	INDICADOR OBJETIVO	ACTIVIDADES	METAS
1. Sostener y mejorar la estrategia TAE con calidad a nivel nacional.	1. Primer Objetivo. Fortalecer y consolidar el compromiso político para el desarrollo de todas las actividades del programa en el ámbito nacional y municipal.	<ul style="list-style-type: none"> Presupuesto Nacional y Regional ejecutado para actividades antiTB. Comité Nacional Alto a la TB funcionando. 	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de estrategia de abogacía que permita mantener la TB en la agenda política, la movilización de recursos económicos, etc. Conformación de un Comité Nacional de Tuberculosis que implique a todos los actores clave en el control TB e integre a los afectados de TB y activistas TB/VIH. 	<p>1. El Estado financia al 2015:</p> <ol style="list-style-type: none"> Los medicamentos de primera y segunda línea e insumos de laboratorio. 100% del personal de gestión, a nivel nacional y regional. 100% de personal de laboratorio que procesan cultivos. <p>2. El 80% de las corporaciones municipales prioritarias adjudican presupuesto para actividades de control de la TB al 2015.</p>
	2do Objetivo. Fortalecer la estructura y capacidad gerencial del equipo del PNT central, equipos regionales y locales.	<ul style="list-style-type: none"> Número y porcentaje de regiones con planes operativos anuales de tuberculosis implementando la estrategia "Alto a la Tb". 	<p>Principales estrategias o iniciativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Elaboración e implementación de una propuesta de Desarrollo Organizacional del PNT. Plan de fortalecimiento del programa de TB en potencialización del talento humano. Plan de mejora de infraestructura, equipamiento (incluyendo suministros) y comunicaciones para los niveles nacional y regional Elaboración de un plan de mejora de los componentes de gestión de medicamentos y de insumos (incluyendo laboratorio) en diferentes niveles de atención. Elaboración de un manual de diagnóstico y manejo de la TB en hospitales que incluya una adecuada recolección y notificación de la información. Readecuación del programa y sistema computarizado existente del PNT de acuerdo a necesidad de la vigilancia del PNT e integrado al Sistema de Información de la secretaria de salud (SIS). Fortalecimiento de la Unidad de Monitoreo y Evaluación del PNT en el nivel nacional que defina la vigilancia epidemiológica de la TB en el país de acuerdo a las necesidades nacionales y normas actualizadas de OMS Elaboración e implementación de un plan de fortalecimiento de la supervisión, monitoreo y evaluación nacional y regional. 	<ul style="list-style-type: none"> Nivel central y regional cuenta con el 100% del personal contratado y capacitado para la gestión del programa de acuerdo a propuesta de desarrollo organizacional (DO) al 2010. Ningún servicio de atención presentan desabastecimiento de medicamentos. El PNT cuenta con un sistema de información computarizado actualizado y mide de manera oportuna, consistente e individualizada los indicadores del Programa. Los reportes regionales mensuales no cuentan con un retraso mayor a 30 días. Más del 90% de visitas de supervisión del nivel central al nivel regional programadas son realizadas anualmente. Más del 90% de supervisiones planificadas del nivel regional a las redes intermunicipales se han realizado.
	3er. Objetivo. Asegurar a todo paciente con TB, diagnóstico oportuno y tratamiento directamente observado con enfoque integral en servicios de salud con DOT/TAES de alta calidad.	<ul style="list-style-type: none"> Tasa de detección de casos nuevos BK positivos mas del 90% Tasa de éxito de tratamiento de casos nuevos BK positivos mas del 90%. 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión y readecuación de normas de atención integral del paciente con TB del PNT y material educativo de acuerdo a las últimas recomendaciones internacionales. Diseño de estrategias y elaboración de planes que faciliten la detección y examen de sintomáticos respiratorios en el sistema de salud, con adecuación del sistema de recolección de la información y debida notificación. Racionalización del uso de métodos de diagnóstico por imagen para el detección temprana de la TB en medios hospitalarios y servicios de salud de mediana complejidad orientado a la detección de BK-, tuberculosis infantil y población seropositiva por VIH. Diseño e implementación de un programa de apoyo al paciente con TB y su núcleo familiar para mejorar la adherencia al tratamiento. Elaboración de un plan de capacitación continua de personal institucional en servicio de acuerdo a necesidades de capacitación identificadas. Elaboración de estrategias de motivación y/o estímulo al personal de salud (incluyendo nivel municipal). Fortalecimiento de la investigación de contactos mediante la facilitación de elementos logísticos y participación de voluntarios capacitados. Elaboración de flujos de referencia y contrarreferencia para el diagnóstico y tratamiento en poblaciones de difícil acceso. 	<ul style="list-style-type: none"> El 90% de personal de salud ha sido capacitado en normas de control de la TB al 2010. La tasa de detección de sintomático respiratorio es incrementada en un 100% en cinco años (16/1000 atenciones a 32/1000 atenciones). El 100% de los contactos de pacientes TB BK+ son investigados. Más del 15% de los casos de TB pulmonar son diagnosticados por cultivo al 2015. Más del 90% de los casos con riesgo de MDR (de acuerdo a normas nacionales) tienen cultivos y PSD en el 2015. Más del 90% de los casos TB cuentan con test consentido de VIH al 2012. Tasa de éxito de tratamiento del 90% al 2015 Lograr y mantener una tasa de abandono inferior al 3%. 100% establecimientos de salud cuentan con personal participando del plan de capacitación continua.
	4to. Objetivo. Fortalecer la Red de laboratorio de TB para que oferte diagnóstico de la TB sensible, resistente y asociada al VIH en forma oportuna y con calidad.	<ul style="list-style-type: none"> Número y porcentaje de municipios con un sistema de transporte de muestras desde las unidades de salud a los laboratorios. Número y porcentaje de laboratorios con control de calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Readecuación y ampliación de la red de laboratorios desde perspectiva estructural y funcional. Fortalecimiento de la red de laboratorios mediante la contratación de personal capacitado, compra y mantenimiento de equipos incluyendo sistema de comunicación, aseguramiento del suministro de insumos y reactivos. Redefinición de la estrategia de extensión de cobertura para la realización de extendidos (frotis) a nivel periférico. Fortalecimiento del sistema de control de calidad mediante la implementación de la evaluación externa de desempeño y el mejoramiento de los procesos y procedimientos para el control de calidad interno. Implementación paulatina de un sistema de referencia de muestras, para tinciones, cultivos y resultados de las pruebas. Readecuación y ampliación de la red de laboratorios desde perspectiva estructural y funcional. Incorporación de técnicas simples de cultivo para poblaciones inaccesibles y vulnerables. Implementación de nuevas técnicas para el diagnóstico rápido de TB resistente en el laboratorio nacional de referencia de TB, en laboratorio regional de Cortés.³² Fortalecimiento del sistema de información de la red de laboratorios. Diseño de implementación del plan nacional de bioseguridad de la red de laboratorios de acuerdo a estándares internacionales. 	<ul style="list-style-type: none"> 100% de laboratorios cuentan con medidas básicas de bioseguridad. 100% de los laboratorios de la red son sometidos a control de calidad al 2010. Sistema de referencia de muestras, cultivos y resultados y sistema de información completamente funcional para el año 2014. Cultivo implementado en seis laboratorios regionales para el año 2013. Técnica de Kudoh de cultivo implementada en 3 laboratorios regionales para el año 2013. Prueba de nitrato reductasa implementada en laboratorio nacional de referencia de TB, en laboratorio regional de Cortes para el año 2011.

LINEA ESTRATEGICA	OBJETIVOS	INDICADOR OBJETIVO	ACTIVIDADES	METAS
2. Hacer frente a la coinfección TB/VIH, a la TB resistente y abordar el control de la TB en poblaciones vulnerables.	5to. Objetivo. Brindar atención integral al enfermo con TB para prevenir la morbilidad asociada a la infección VIH a través de la implementación de las actividades de colaboración TB/VIH.	<ul style="list-style-type: none"> • 95% de pacientes tb con test de VIH realizado. 	Principales estrategias o iniciativas: <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de una plan TB/VIH para la implementación de las actividades de colaboración entre los programas TB y VIH/sida: <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer mecanismos de colaboración inter- programático, conformación de equipos de trabajo a nivel nacional y regional, elaboración de planes en y monitoreo de su ejecución en conjunto, vigilancia epidemiológica de la coinfección, elaboración de guías de manejo de la misma. 2. Disminuir la carga de TB en personas con el VIH a través de la búsqueda activa de casos TB y su tratamiento, tratamiento preventivo de la infección TB en pacientes VIH e implementación de un sistema de control de infección TB en lugares de riesgo. 3. Disminuir la carga de VIH en enfermos con TB. Realización de consejería a todo enfermo TB y prueba consentida de VIH, Educación al paciente sobre los métodos de prevención de la infección VIH. Revisión y adecuación de procesos de referencia y contrarreferencias para facilitar el acceso a terapia antirretroviral y terapia preventiva con cotrimoxazol. 	<ul style="list-style-type: none"> • Organización de 20 comités regionales de manejo y prevención de la coinfección. • Al menos el 90% de los enfermos con TB se ha realizado el test consentido de VIH al 2015. • El 100% de los pacientes TB/VIH son remitidos y atendidos en los CAI para terapia antirretroviral y cotrimoxazol de acuerdo a norma. • Al menos el 50% de pacientes VIH positivo sin criterios clínico-laboratoriales de TB activa, reciben profilaxis con isoniazida. • El plan de control de infecciones se encuentra implementado en 28 hospitales y 380 CESAMOS y 24 cárceles al 2012.
	6to. Objetivo. Realizar actividades de prevención y manejo clínico-programático de la TB-MDR y XDR.	<ul style="list-style-type: none"> • 80% de los casos MDR de los estimados son diagnosticados y tratados con medicamentos de segunda línea y atención integral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de DOTS/TAES de calidad (ver línea estratégica 1) • Fortalecimiento del Comité Nacional de control de la TB-MDR y desarrollo de cinco comités Regionales de TB-MDR para el manejo de la TB-resistente. • Actualización de la guía acorde a estándares y experiencias nacionales. • Elaboración de una estrategia para la implementación de la guía de manejo de la TB resistente en las diferentes regiones. • Elaboración e implementación de un plan integral de soporte al paciente y su núcleo familiar, que comprenda apoyo social, psicológico, económico y educativo para asegurar la adherencia al tratamiento hasta la curación. • Elaboración e implementación de un plan nacional de control de infecciones de TB (incluyendo TB MDR) integrado a la propuesta nacional, para el sistema sanitario y donde existan poblaciones congregadas especialmente en municipios prioritarios. • Elaboración de guías para el diagnóstico y tratamiento de casos sospechosos y diagnosticados de TB resistente • Adecuación de ambientes para la hospitalización de pacientes TB-MDR en hospitales de tercer nivel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Detectar y tratar al menos el 90% de los pacientes con TB-MDR y XDR estimados al 2015. • Reducir a la mitad el porcentaje de abandono de tratamiento de los pacientes MDR (del 2008) para el año 2015.
	7mo. Objetivo. Implementar, fortalecer y consolidar las estrategias para el manejo de la TB en poblaciones vulnerables.	<ul style="list-style-type: none"> • Número y porcentaje de contactos examinados. • Número y porcentaje de prisiones que implementan las normas del programa de TB. 	Poblaciones privadas de libertad: (15) <ul style="list-style-type: none"> • Sostenimiento y expansión de la implementación de la estrategia Alto a la TB en todas las cárceles de Honduras • Incorporación de los servicios de salud del sistema penitenciario a la red nacional de servicios de salud y laboratorios. • Inclusión de centros de reclusión en plan nacional de control de infecciones • Elaboración un plan de incentivos de reconocimiento al buen desempeño del personal de salud, personal de custodia y líderes PPL. Poblaciones indígenas y garifunas(16). • Elaboración de un modelo de atención culturalmente adecuado que asegure el acceso de la población a los servicios de salud y que integre a la medicina tradicional. • Elaboración de estrategias de ACSM específicas para estas poblaciones. • Generación de un plan de apoyo específico para estas poblaciones para garantizar la adherencia al tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cien por ciento de los centros penitenciarios nacionales (veinticuatro centros) forman parte de la red y que implementan DOTS/ TAES con calidad. • Los ocho municipios priorizados por composición étnica (Mayor de 20%) con un Plan implementado de ACSM para la prevención, promoción y servicio de atención adecuado a sus condiciones culturales.

LINEA ESTRATEGICA	OBJETIVOS	INDICADOR OBJETIVO	ACTIVIDADES	METAS
3. Fortalecer el Sistema Sanitario a través de la capacitación permanente de personal de salud y con implementación de la iniciativa PAL/AITER.	8vo. Objetivo. Contribuir al fortalecimiento del sistema sanitario a través de iniciativas que mejoren la capacidad resolutoria de los servicios de atención primaria, secundaria y terciaria	<ul style="list-style-type: none"> • El 90% de las US de la Región Metropolitana implementan PAL al 2013 • El 100% de las escuelas formadoras de RRHH en salud incluyen la estrategia Alto a la TB en sus contenidos curriculares 	<p>Desarrollo de Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participación en la elaboración de contenidos de capacitación para escuelas formadores de talento humano en salud (escuelas, universidades, etc) para incluir el tema de tuberculosis. Estrategias adicionales en municipios prioritarios. • Diseño e implementación de un plan de educación continua semi-presencial en TB. • Realización de actividades de abogacía con los niveles municipales para el reconocimiento de personal de salud destacado. Implementación de la iniciativa AITER/PAL • Implementación de la iniciativa AITER/PAL en sitios pilotos • Elaboración y ejecución de un plan de expansión de AITER/PAL. Estrategias adicionales en municipios prioritarios 	<ul style="list-style-type: none"> • El 100% de las escuelas formadoras de RRHH en salud incluyen la estrategia Alto a la TB en sus contenidos curriculares • El 90% de las US de la Región Metropolitana implementan la estrategia AITER/PAL al 2013.
4. Involucrar a todos los proveedores de salud tanto del sector gubernamental como de organizaciones privadas.	9no. Objetivo. Incorporar a proveedores de salud clave en el control de la TB.	<ul style="list-style-type: none"> • Numero y porcentaje de las Regiones de salud que integran a proveedores que efectúan acciones de control de la TB no vinculados al PNT. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de la iniciativa APP/PPM priorizando la Seguridad Social y Centros Penales, Sanidad Militar y la UNAH así como otros privados relevantes identificados en el estudio inicial sobre los proveedores de salud relevantes para el control de la TB. • Implementación de una estrategia de adopción de los EIAT. Estrategias adicionales en municipios prioritarios • Identificación de poblaciones sin acceso a la atención de salud y elaboración de modelos de atención para su abordaje e integración al sistema sanitario • Incorporación a través de estrategias específicas a proveedores tradicionales de etnias • Incorporación de todos los servicios de salud de las maquilas al PNT 	<ul style="list-style-type: none"> • El 90% de las Regiones Departamentales integran a los proveedores identificados como clave en el control de la TB en el 2015.
5. Línea estratégica 5. Empoderar a todos los afectados con Tuberculosis y facilitar la participación de la comunidad.	10mo. Objetivo. Reducir el estigma, la discriminación y mejorar el acceso de pacientes con TB a servicios de salud de calidad e impulsar la movilización social y la participación de personas afectadas.	Número y porcentaje de planes regionales que incorporan el componente ACSM de acuerdo a las necesidades del programa y adecuados a la realidad local	<ul style="list-style-type: none"> • Organización de la mesa técnica de ACSM con participación de los diferentes sectores, programas, instituciones, involucrados en los temas. • Diseño e implementación de un plan de ACSM nacional (incluyendo el personal de salud) para llevar a cabo actividades de abogacía en los diferentes niveles, comunicación social para la población general y grupos específicos y movilización social (incluyendo grupos de apoyo y TAES comunitario). • Diseño de actividades de abogacía para movilización de recursos a nivel nacional y municipal. • Establecimiento del comité técnico de TB en el MCP para representar de manera efectiva la temática de TB en el país. • Establecimiento de un plan de negociación para revisión y cumplimiento de roles entre los actores implicados en el tema de TB y mejoramiento de la coordinación entre los mismos. • Promoción de la conformación de redes de grupos de apoyo y autoapoyo (afectados y activistas) <p>Estrategias adicionales en municipios prioritarios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementación de estrategias ACSM dirigidas a poblaciones de riesgo, y líderes municipales. • Elaboración e implementación de estrategia ACSM focalizada en el personal de salud. • Realización de evaluaciones periódicas de la estrategia ACSM dirigida a la población general y a poblaciones específicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de ACSM elaborado e implementado al 2015 en 100% de los 79 municipios prioritarios. • 90% de gobiernos municipales de municipios priorizados asignan presupuesto para actividades de control de TB. • TAES comunitario implementado en 79 municipios priorizados. • Afectados y activistas TB/VIH, grupos étnicos, integrados a comités Alto a la TB y al PNT en el 90% de los municipios prioritarios al 2010.
6. Promover y realizar investigaciones operativas y epidemiológicas que respondan a las necesidades Nacionales, regionales y locales.	11. Promover y realizar investigaciones operativas y epidemiológicas que respondan a las necesidades nacionales, regionales y locales	Numero y porcentaje de planes regionales que incorporan el componente de investigación operativa de acuerdo a las necesidades del programa y de la realidad local	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de un plan de capacitación en diseño de estudios de investigación en Tuberculosis para el personal. • Diseño implementación de un plan de fomento de las investigaciones en TB, de acuerdo a necesidades programáticas nacionales, regionales y locales, que contemple investigaciones tanto operacionales como epidemiológicas necesarias para la toma de decisiones 	<ul style="list-style-type: none"> • El PNT capacita al 100% de los equipos regionales en temas de investigación operativa • El 80% de las regiones presentan estudios operacionales

PNT: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

LNR: Laboratorio Nacional de Referencia de la Tuberculosis

APP/PPM: Estrategia de Asociación y Trabajo en Conjunto entre Instituciones Públicas y Privadas

EIAT; Estándares Internacionales de Atención a la Tuberculosis

ACSM; Abogacía Comunicación y Movilización Social

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO DEL PROGRAMA

El financiamiento de las actividades de gestión, capacitación, supervisión del Programa han provenido principalmente de fuentes externas. Existe importante brecha de financiamiento proyectada a través de los resultados de la aplicación de la herramienta de planeación y presupuestación de STOP TB Partnership y de la OMS⁴⁹. En la elaboración del presupuesto se hizo énfasis en el incremento del aporte presupuestario nacional, pero existe la necesidad de encontrar fuentes de financiamiento para implementar el PENTB.

Mediante el método detallado de ésta herramienta, se ha cal-

culado que el presupuesto requerido para la implementación del **“Plan estratégico para el control de la tuberculosis en Honduras” en los primeros cinco años (2009 al 2013)** asciende a un total de más de 36 millones de dólares, de los cuales el Estado de Honduras financia la totalidad de medicamentos de primera y segunda línea, la mayor parte del personal asignado al Programa Nacional de TB y al laboratorio lo que asciende a un estimado de 2 millones de dólares anuales. Es importante que el estado programe un incremento anual de inversión en TB lo que permitiría mejorar el autofinanciamiento en los próximos años y disminuir el impacto social y económico que la TB impone.

REFERENCIAS

- Organización Mundial de la Salud. Control mundial de la tuberculosis: Supervisión, planificación, financiación. Informe OMS 2008. WHO/HTM/TB/2008.393.
- WHO. Estrategia DOTS/TAES. Accesado el 25 de mayo de 2009. <http://www.who.int/tb/dots/whatsdots/en/index.html>
- Organización Mundial de la Salud. ¿Que es DOTS? Una guía para la comprensión de la Estrategia de control de la tuberculosis recomendada por la OMS conocida como DOTS.OMS/CDC/CPC/TB/99.270.1999.
- Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Secretaría de Salud. Honduras. Informe de la evaluación 2005-2008.
- Varela-M C. Historia de la lucha antituberculosa en Honduras. Rev Med Hondur 2005;73(S2):S66-80.
- ONU. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Accesado el 9 de marzo del 2010 En: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/poverty.shtml>
- Organización Mundial de la Salud. Estrategia Alto a la Tuberculosis. WHO/HTM/TB/2006.368.
- Organización Panamericana de la Salud. Plan Regional de Tuberculosis. 2006-2015. Washington D.C. OPS. 2006.
- Organización Mundial de la Salud. 1998. El tratamiento de la tuberculosis. Las pautas para los programas nacionales. OMS/TB/97.220.1997.
- Alianza Alto a la Tuberculosis y Organización Mundial de la Salud. Plan Mundial para detener la Tuberculosis 2006-2015. Ginebra. Organización Mundial de la Salud 2006. (WHO/HTM/STB/2006.35).
- Programa Nacional de control de la Tuberculosis. Unidad de Monitoreo y Evaluación. Secretaría de Salud. Informe de la evaluación 2008.
- Moncada W, Bu E. Impacto de la terapia antiretroviral el conteo de CD4 y su relación con la incidencia de enfermedades oportunas en pacientes con VIH del Hospital Escuela. Revista Médica de los Postgrados. 2006;Vol 9(Nº3):339
- Programa Nacional de ITS/VIH/Sida. Secretaría de Salud. Boletín Epidemiológico 2008; Vol (1).
- Laboratorio Nacional de Referencia de Tuberculosis. Secretaría de Salud. Honduras. 2003.
- Organización Panamericana de la Salud. Guía para el control de la tuberculosis en poblaciones privadas de libertad de América Latina y el Caribe. Washington. 2008.
- Secretaría de Salud de Honduras. Programa Nacional de Atención a las Etnias. Salud indígena e interculturalidad. 2006.
- Ferrufino T, Varela-Martínez C. Índice de conversión de la tuberculina entre residentes de medicina. Rev Med Hondur. 2007;Vol 74(3):120.
- World Health Organization. Tuberculosis. Care and control in refugee and displaced population: an interagency field manual.2nd. ed/ edited by M.A. Connolly, M Gayer and S Ottmani. 2007.
- PNT. Secretaría de Salud, Honduras. Normas de atención de la Tuberculosis. 2003.
- OPS. Informe de evaluación externa del PNT. Honduras. 2005.
- Laboratorio Nacional de Referencia de Tuberculosis. Secretaría de salud. Manual de normas y procedimientos para el diagnóstico de tuberculosis por baciloscopía: Examen microscópico directo de esputo. Tegucigalpa, Honduras. 2002.
- Bayona J. Informe monitoreo del Proyecto TBMDR en Honduras. Marzo 2009.
- Secretaría de Salud. Plan Nacional de Salud 2006-2021.Tegucigalpa. 2006.
- Barillas E. Informe del viaje a Honduras: Septiembre de 2007. Rational Pharmaceutical Management Plus.
- Escoto Umanzor C. Propuesta resumen para establecer un sistema de información y un subsistema de vigilancia epidemiológica eficiente en el Programa Nacional control de la Tuberculosis de Honduras. PNT. Secretaría de salud. Abril 2008.
- Rodríguez K. Informe del diagnóstico del Sistema de Información del PNT. PNT. Secretaría de Salud. 2008.
- WHO. Monitoring and evaluation toolkit. HIV/AIDS, Tuberculosis y malaria M & E. 2nd. Ed. 2006.
- Compendio de Indicadores para el Monitoreo y la Evaluación de los Programas Nacionales de Tuberculosis. OMS/HTM/TB/2004.344.
- PNT. Plan estratégico de control de la Tuberculosis 2009-2015. Secretaría de Salud. Honduras. 2009.
- Caminero J. Guía sobre tuberculosis para médicos especialistas. Unión Internacional de control de la tuberculosis y enfermedades respiratorias UICTER. 2003.
- UICTER. Practicas óptimas en la atención a los pacientes con tuberculosis. Primera edición. UICTER. Paris. 2007.
- Asencios G, Yale M, Yagui N, Quispe A, Taylor J, Blaya C, et al. Programmatic implementation of rapid DST for Mycobacterium tuberculosis in Peru. INT J TUBERC LUNG DIS 12(7):743-749.
- OMS-OPS. Guía para la Conserjería y Pruebas de VIH-Sida en los Programas de control de la Tuberculosis. Abril 2006.
- OMS. Gestión de las Actividades de colaboración TB/VIH: Capacitación para responsables de programas a nivel nacional y subnacional. WHO/HTM/TB/2005.359^a.
- World Health Organization. Guidelines for the programmatic management of drug resistant tuberculosis. Emergency uptade. 2008. WHO-HTM/TB/2008.402
- Secretaría de Salud. Normas y procedimientos nacionales para prevención y control de infecciones intrahospitalarias. Primera edición. Tegucigalpa Honduras. 2007.
- PAL. A primary health care strategy for the integrated management of respiratory conditions in people of five years of age an over. OMS/HTM/TB/2005.351.
- Programa Nacional de control de la Tuberculosis. Manual del voluntario. PNT. Secretaría de salud. Honduras. 2006.
- Programa Nacional de control de la Tuberculosis. Guía del facilitador. PNT. Secretaría de salud. 2006.
- Programa Nacional de control de la Tuberculosis. La tuberculosis y su prevención. Guías metodología para docentes. PNT. Secretaría de Salud. Honduras. 2003.
- Organización Panamericana de la Salud. Involucrar a todos los proveedores de salud en el control de la tuberculosis. 2005. WHO/HTM/TB/2005.360.
- Escoto Umanzor C, Ramírez BJ. Hallazgos Generales del Estudio de Línea Base sobre conocimientos, actitudes y prácticas; Hallazgos según audiencias y conclusiones, revisado y modificado. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Fondo Global. Tegucigalpa, Honduras 2008. Resumen ejecutivo del estudio de línea base CAP en Tuberculosis.
- Asociación Hondureña alto a la Tuberculosis. Acta de Fundación, estatutos y personería jurídica. La Gaceta. Tegucigalpa 2003.
- Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Secretaría de Salud. 2006 Fondo Global. Honduras. ANED- Consultores. Estrategia de información, edu-

cación y Comunicación en tuberculosis basada en el estudio de línea base CAP en tuberculosis.

45. Secretaría de Salud. Lineamientos Operativos de la Promoción de la Salud. Honduras 2007.
46. Plan Estratégico de control de la Tuberculosis de Colombia.
47. Ministerio de Salud de Perú. Plan estratégico de control de la Tuberculosis. Perú. 2004.
48. Plan estratégico de control de la Tuberculosis de Guatemala. PNT Guatemala
49. OMS. Matriz de planificación y presupuesto para el control de la TB. Accedido en www.who.org

FUENTES SUGERIDAS PARA CONSULTA EN INTERNET

1. CENTRO PARA EL CONTROL Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES. CDC. www.cdc.gov
2. Fondo Mundial de la Lucha contra el Sida la Tuberculosis y la Malaria. www.theglobalfund.org
3. Organización Panamericana de la Salud. www.paho.org
4. Organización Mundial de la Salud. www.who.org
5. StopTBpartnership www.stopTBpartnership.org

ABSTRACT. Introduction. Tuberculosis (TB) continues to be a public health problema worldwide. The World Health Organization estimated that in 2008, one third of the world population was infected, and 9 million people were developing the disease every year. In Honduras, despite the advances achieved with the so called TAES strategy, TB continues to be a public health problem. The HIV epidemics, drug resistance and other socioeconomic conditions threat those advances. The National Tuberculosis Program coordinated the development of the National Strategic Plan for TB Control by making consensus with the health personnel and community representatives, with the Panamerican Health Organization advice, and taking base on the international recommendations and previous national experiences on the subject. Sources. A review was done to the Plan and the bibliographies that support it. **Body of Review.** An analysis of TB in Honduras is done, as well as the impact of the six strategies, eleven objectives and goals planned. **Conclusion.** The Program has been succesful in the implementation of TAES nationwide, which helped decrease the incidence of the disease. However, there is need of improving the coverage and quality of TAES stragety, and to face the new challenges posed by HIV, drug resistance, vulnerable populations, with the help of other health providers and the community. *Rev Med Hondur 2010;78(1):39-48.*

Keywords: tuberculosis, control strategies.



Colegio Médico de Honduras
Centro Nacional de Educación Médica Continua (CENEMEC)
Comité Organizador

ANUNCIAN EL

LIII Congreso Médico Nacional “Logros y Perspectivas de la Medicina en la Era de la Globalización”

Médico Homenajeado:
Dr. Salvador Alberto Martínez Zelaya

Choluteca, Honduras, 13 al 16 de julio 2010

Temas Pre Congreso
Desastres Naturales y su Impacto en la Salud
Ética Médica y Bioética

Escritura y Publicación de Artículos Biomédicos (Revista Médica Hondureña)

INFORMACIÓN
www.colegiomedico.hn comenac53@gmail.com
congresomedico53@gmail.com
Con Dr. Nery Linares (Coordinador) y Dra. Clara Laínez (Secretaría)

INSCRIPCIÓN:
Médicos y Profesionales de la Salud
Pre-inscripción, hasta el día 31 de mayo: Lps. 1,800.00
Inscripción, a partir del 1ro. de junio hasta el día congreso: Lps. 2,000.00
Cursos pre Congreso: L. 500.00 Estudiantes (con carné)
Pre Congreso Lps. 500.00 Congreso Lps. 1,500.00

FECHA LÍMITE PARA ENTREGA DE RESUMENES DE TRABAJOS LIBRES Y CONFERENCIAS, 15 de mayo 2010

Los trabajos libres y resúmenes de conferencias deben enviarse de acuerdo a las normas predeterminadas