
Nota informativa sobre la Tuberculosis

SEPTIEMBRE 2019

Índice

1. Introducción	3
1.1 Objetivo del documento	3
1.2 Antecedentes	3
2. Consideraciones clave	5
2.1 Encontrar a los millones de casos «no detectados»	9
2.2 Maximizar la repercusión contra la tuberculosis.....	10
2.3 Sistemas para la salud: acelerar los progresos hacia la cobertura universal de la salud mediante la provisión de servicios para la tuberculosis centrados en las personas 10	
2.4 Mejorar la calidad de los programas	12
2.5 Uso de datos para adoptar medidas y llevar a cabo investigaciones operativas	12
2.6 Implicar a los proveedores del sector privado	13
2.7 Promoción para aumentar los recursos programáticos y financieros	14
2.8 Programación conjunta y actividades de colaboración.....	14
2.8.1. Programación conjunta para tuberculosis y el VIH	15
2.8.2. Tuberculosis y enfermedades no transmisibles.....	16
2.8.3. Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil	17
2.8.4. Elementos determinantes subyacentes a la tuberculosis y obstáculos en el acceso a los servicios	18
3. Otras áreas críticas que se deben tener en cuenta al preparar la solicitud de financiamiento	18
3.1 Lecciones extraídas de los dos ciclos de financiamiento basado en asignaciones	18
3.2 Eficiencia.....	19
3.3 Entornos operativos conflictivos	20
3.4 Poblaciones clave.....	20
3.5 Abordar los obstáculos relacionados con los derechos humanos y las cuestiones de género en el acceso a los servicios de tuberculosis.....	21
3.6 Fortalecimiento del sistema comunitario (para respuestas dirigidas por la comunidad).....	24
3.7 Consideraciones sobre sostenibilidad y transición.....	25
3.8 Desarrollo de capacidades y asistencia técnica	25
3.9 Resistencia a los antibióticos.....	27
3.10 Nuevos diagnósticos, medicamentos, regimenes de tratamiento y tecnologías digitales innovadoras.....	28
3.11 Situación de financiamiento	30
3.12 La estrategia del Fondo Mundial	31
4. Referencias clave	33
5. Lista de abreviaturas	36

1. Introducción

1.1 Objetivo del documento

La presente Nota Informativa sirve como orientación a los solicitantes que están preparando una solicitud de financiamiento del Fondo Mundial para la tuberculosis. Ofrece recomendaciones sobre cómo establecer prioridades y metas para que las intervenciones relacionadas con la tuberculosis consigan la máxima repercusión posible. Promueve inversiones estratégicas para salvar vidas y obtener beneficios económicos, teniendo en cuenta la situación de la tuberculosis en cada país y otros factores contextuales:

- Su perfil de tuberculosis: tanto farmacosenible como farmacorresistente.
- El contexto del sistema de salud del país.
- Los obstáculos relacionados con los derechos humanos y el género.
- Las barreras socioeconómicas y estructurales que impiden acceder a los servicios de tuberculosis.

La nota también puede ser útil para los países que están preparando o revisando sus planes estratégicos nacionales para la tuberculosis (PEN).

1.2 Antecedentes

Las iniciativas para erradicar la tuberculosis se encuentran en un momento clave y se espera que se intensifiquen en todo el mundo tras la primera Reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre la tuberculosis, que tuvo lugar en septiembre de 2018 y en la que la comunidad internacional, los países implementadores, la sociedad civil y las comunidades afectadas adoptaron la [Declaración política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la lucha contra la tuberculosis](#).

Dicha declaración incluye una serie de metas a escala mundial, entre las que se encuentra diagnosticar y tratar adecuadamente a 40 millones de personas entre 2018 y 2022, de las cuales 3,5 millones son niños y 1,5 millones tienen tuberculosis farmacorresistente. La declaración también fija metas ambiciosas para prevenir la enfermedad entre quienes corren un mayor riesgo, por ejemplo, ampliar rápidamente el acceso a las pruebas y facilitar tratamiento preventivo al menos a 30 millones de personas para 2022.

La declaración destaca la importancia de las siguientes medidas para alcanzar estas metas ambiciosas:

- Hacer frente a los obstáculos relacionados con los derechos humanos y el género.
- Fortalecer y utilizar los sistemas de salud pública como pilar esencial de la respuesta a la tuberculosis.
- Lograr una asociación multisectorial robusta que incluya la aplicación del [Marco de Responsabilidad Multisectorial](#).
- Respaldar la labor del sector privado y de las comunidades para responder de forma efectiva a la tuberculosis.

[FIND.TREAT.ALL.#ENDTB](#) es una iniciativa conjunta de la OMS, la Alianza Alto a la Tuberculosis, el Fondo Mundial, países y asociados, cuya finalidad es promover las metas de la Declaración política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la lucha contra la tuberculosis. La iniciativa da prioridad a facilitar el acceso a una atención de calidad para los millones de personas

no detectadas cada año, centrándose en los [30 países con mayor morbilidad](#). También se instará y se facilitará apoyo técnico a los países para que creen grupos de trabajo nacionales de alto nivel, o bien que aprovechen los mecanismos ya existentes, con el fin de garantizar que esta iniciativa conjunta se aplique correctamente y tenga un seguimiento adecuado. Este grupo de trabajo o mecanismo reunirá a las entidades ejecutoras y a las partes interesadas para que supervisen los avances y actuará como foro o plataforma de promoción de las mejores prácticas e innovaciones. Se recomienda a todos los países que contemplen estas iniciativas en sus próximos planes estratégicos y solicitudes de financiamiento del Fondo Mundial.

2. Consideraciones clave

La presente Nota informativa incluye descripciones de:

La estrategia del Fondo Mundial:

- Las lecciones extraídas durante los dos primeros ciclos de financiamiento basado en asignaciones.
- Las áreas prioritarias para la prevención, la atención y el tratamiento de la tuberculosis.
- Recomendaciones sobre cómo definir o identificar a las poblaciones clave o vulnerables en el ámbito de la tuberculosis.
- Cómo establecer intervenciones prioritarias que consigan la máxima repercusión.

La nota también:

- Promueve las inversiones en intervenciones innovadoras que se basen en pruebas de efectividad o eficiencia.
- Destaca cómo aprovechar las inversiones en tuberculosis para construir sistemas para la salud resistentes y sostenibles (SSRS) y promover la planificación, el financiamiento y la prestación de servicios de salud.
- Complementa otras directrices y herramientas de asociados sobre la planificación estratégica y las intervenciones de tuberculosis, como la [Estrategia para acabar con la tuberculosis](#), [Implementación de la Estrategia Fin de la TB: aspectos esenciales](#), y el [2016-2020 Plan Global Hacia el Fin de la Tuberculosis: Cambio de paradigma](#).

El Fondo Mundial recomienda a los países que incluyan en sus solicitudes de financiamiento las intervenciones clave y prioritarias que figuran en el **Recuadro 1**, prestando atención a:

- Contextos nacionales y epidemiológicos.
- Lecciones aprendidas.
- Buenas prácticas locales.
- Dificultades y limitaciones documentadas durante la ejecución de subvenciones previas.
- Recomendaciones internacionales basadas en las últimas pruebas disponibles.

Para aplicar estas intervenciones, se necesita una estrecha colaboración entre todas las partes interesadas: sector público/gubernamental, sociedad civil, sector privado y comunidades.

La [Estrategia del Fondo Mundial 2017-2022](#) ofrece indicaciones claras sobre cómo diferenciar el enfoque de las inversiones, trabajar mejor en entornos operativos conflictivos, incorporar cuestiones de género, centrarse en la eliminación de los obstáculos relacionados con los derechos humanos y mantener los logros conseguidos.

A la hora de priorizar la ampliación de buenas prácticas, la innovación y los programas basados en pruebas, deben tenerse en cuenta las lecciones extraídas durante los dos ciclos de financiamiento basado en asignaciones, incluidas las observaciones y recomendaciones del [Panel de Revisión Técnica](#) del Fondo Mundial.

Para maximizar la repercusión de la inversión, al preparar la solicitud de financiamiento es esencial:

1. Programar la sostenibilidad y continuidad de las intervenciones clave de subvenciones previas que han tenido éxito, a la vez que se establecen mejor las prioridades y el enfoque estratégico.
2. Priorizar intervenciones que aborden áreas prioritarias para mejorar la eficiencia del sistema de salud.

3. Ampliar y utilizar de forma eficiente y efectiva nuevos diagnósticos y medicamentos, tratamientos más breves, formulaciones pediátricas, el tratamiento preventivo de la tuberculosis y enfoques innovadores, todo ello con vistas a maximizar la repercusión.

Se recomienda encarecidamente a los solicitantes que revisen las últimas directrices técnicas y normativas que se enumeran al final del presente documento, puesto que les ayudarán a identificar las intervenciones de alta repercusión y promueven la ampliación de las buenas prácticas locales y regionales basadas en evidencia , así como de la innovación y los proyectos piloto que han sido efectivos.

Recuadro 1: Resumen de intervenciones de alta repercusión para erradicar la tuberculosis

- **Diagnóstico temprano de todas las personas con cualquier tipo de tuberculosis (farmacosensible y farmacorresistente).** Facilitar el acceso de las personas que lo necesitan a la detección, el diagnóstico y las pruebas de sensibilidad a los fármacos. Mejorar el acceso y la utilización de diagnósticos de calidad, tales como Xpert MTB/RIF como prueba de diagnóstico inicial, los rayos X (rayos x digitales) para la detección de la enfermedad, la implicación de los proveedores privados y el establecimiento de redes de diagnóstico funcionales. Dentro de los centros de atención sanitaria, mejorar la detección activa e intensificada de casos junto con un sistema sólido de transporte de muestras, son necesarios para que las personas con tuberculosis presuntiva reciban un diagnóstico temprano cuando acuden por primera vez a la atención sanitaria, ya sea pública o privada.
- **Cribado sistemático de los grupos de alto riesgo, mediante enfoques de difusión y comunitarios, y el uso de rayos x digitales y diagnósticos rápidos y más sensibles.** Esto incluye todos aquellos que están en contacto con personas con tuberculosis, las personas seropositivas, los trabajadores expuestos al polvo de sílice, los presos, los migrantes y las personas que viven en barrios pobres urbanos y zonas rurales remotas. La investigación de contactos no solo debe tener como finalidad diagnosticar a más personas, sino también actuar como punto de acceso para la provisión de tratamiento preventivo de la tuberculosis a los contactos elegibles.
- **Inicio inmediato de un tratamiento adecuado para todas las personas con tuberculosis farmacosensible y farmacorresistente, mediante un enfoque centrado en las personas y en el apoyo a los pacientes.** Se debe facilitar tratamiento a todos aquellos que lo necesiten, independientemente de su edad, género, tipo de tuberculosis, estado bacteriológico, comorbilidades o situación jurídica. Asegurar que todas las personas con tuberculosis puedan acceder de forma gratuita al tratamiento vital que necesitan es fundamental para reducir al mínimo la enfermedad y las muertes por la misma, así como para evitar su transmisión. Se incluyen aquí todas regímenes de tratamiento orales para el tratamiento de la tuberculosis farmacorresistente y las formulaciones adaptadas a los niños con tuberculosis activa. Todas las personas que sigan el tratamiento deben recibir de forma paralela el apoyo que necesitan mediante, por ejemplo, tecnologías digitales para la observancia y apoyo durante el seguimiento, con el fin de garantizar que los resultados del mismo sean óptimos.
- **Programas y enfoques para superar las barreras en el acceso a los servicios, incluida la prestación de servicios integrados y basados en la comunidad.** Ampliar los programas dirigidos a promover enfoques integrados en la comunidad y basados en las familias para el diagnóstico, el tratamiento y la atención, con el fin de superar los obstáculos en el acceso, reducir los retrasos en el diagnóstico y mejorar el manejo de la tuberculosis y la tuberculosis farmacorresistente. Ampliar los programas sensibles a las cuestiones género y basados en el respeto de los derechos, así como los enfoques innovadores que mejoren la calidad de la prestación de servicios sanitarios centrados en las personas, teniendo en cuenta la experiencia recabada en los países (por ejemplo, en proyectos financiados por el Fondo Mundial, entidades nacionales u otros asociados). Acabar con el estigma y la discriminación relacionados con la tuberculosis y mejorar el acceso a la información sobre la enfermedad, con la ayuda de la participación y el seguimiento comunitarios y la responsabilidad social de diagnosticar lo más pronto posible la tuberculosis y mejorar los resultados del tratamiento.
- **Actividades colaborativas para la tuberculosis y el VIH.** Es posible reducir de forma significativa la incidencia de la tuberculosis y evitar las muertes por esta enfermedad asociadas con el VIH mediante la adopción y la ampliación de políticas que garanticen la prestación integrada y centrada en los pacientes de los servicios de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento inmediato de ambas infecciones. Para ello es necesario ampliar la colaboración entre los programas de tuberculosis y VIH, la integración de sus servicios, la programación conjunta, la ejecución, la supervisión y el seguimiento. Es necesario realizar pruebas de VIH a todas las personas con tuberculosis, detectar la tuberculosis en personas que viven con el VIH, proveer tratamiento antirretroviral, tratamiento preventivo con cotrimoxazol y tratamiento de la tuberculosis a las personas seropositivas con tuberculosis activa, y proveer tratamiento preventivo de tuberculosis a las personas seropositivas (incluidas la INH y 3HP/3RH). Las plataformas que realizan análisis para múltiples enfermedades, como GeneXpert, permiten fortalecer la colaboración y sumar esfuerzos, a la vez que contribuyen a crear SSRS. Como el tratamiento preventivo de la tuberculosis para las personas seropositivas elegibles se realiza a través de los programas de VIH, también debe aprovechar el financiamiento de las subvenciones para el VIH. Ampliar dentro de los contextos de VIH la utilización de los últimos diagnósticos recomendados por la OMS, como Xpert MTB/RIF y LF-LAM, mejorará el diagnóstico de la tuberculosis asociada a VIH. Es de suma importancia alinear y crear sinergias con las actividades clave en materia de tuberculosis y VIH financiadas por el PEPFAR.

- **Atención para la tuberculosis en el sector privado** En algunos países, la mayoría de los pacientes con tuberculosis o con tuberculosis farmacorresistente acuden a proveedores del sector privado cuando presentan síntomas relacionados con la enfermedad. Entre los proveedores privados se encuentran médicos de cabecera, médicos especialistas, farmacias, laboratorios o curanderos tradicionales, entre otros. Su participación en el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de la tuberculosis es esencial. Para acabar con la tuberculosis se deben explorar e integrar enfoques innovadores que promuevan dicha participación y colaboración, ya sea con la ayuda de agentes de contacto o de la provisión de incentivos. La notificación obligatoria y la simplificación del sistema de registro e informes mediante sistemas electrónicos y digitales contribuye a este fin y maximiza su contribución en la lucha contra la tuberculosis.
- **Prevención y tratamiento de la infección por tuberculosis.** Es esencial acabar con la transmisión de la tuberculosis en entornos institucionales, comunitarios y en los hogares. Se estima que 1,7 millones de personas con infección latente por tuberculosis seguirán conformando la principal fuente de tuberculosis activa, por lo que es muy complicado erradicar la infección sin dirigirse a este grupo. Los países deben incluir el tratamiento de la misma en su lista de intervenciones prioritarias para grupos de alto riesgo, tales como las personas seropositivas y los contactos del hogar de las personas con tuberculosis pulmonar. Además, el tratamiento preventivo de la tuberculosis deberá considerarse como una ampliación de las iniciativas para la detección temprana de casos, que incluye la investigación de contactos en todos los contextos. Se contempla aquí la ampliación del uso de la nueva combinación de fármacos (como 3HP y 3RH) gracias al apoyo financiero de fuentes nacionales, el Fondo Mundial y de PEPFAR. También se necesitan recursos para interrumpir y prevenir la infección por tuberculosis.
- **La resistencia a los antibióticos (RAB) plantea una gran amenaza para la lucha contra enfermedades infecciosas como la tuberculosis, y sigue siendo un grave problema de salud mundial.** La tuberculosis es responsable de más de un tercio de las muertes por resistencia a los antibióticos. Prevenir y controlar la infección son componentes clave de la respuesta a la RAB y para ello se necesitan respuestas concertadas e integradas, también como parte de los SSRS y de los programas para las enfermedades. El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado de la tuberculosis farmacosensible y farmacorresistente, así como el tratamiento preventivo de la tuberculosis, ayudan a mitigar la amenaza que supone la RAB.
- **Manejo de las comorbilidades.** Las comorbilidades y los riesgos sanitarios asociados a la tuberculosis son significativos y requieren de un manejo integrado de los pacientes. Entre estos están la desnutrición, la diabetes, el consumo de alcohol, drogas y tabaco, la silicosis, las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y otras enfermedades no transmisibles, entre las que se incluyen los problemas de salud mental. Todos estos son factores de riesgo para la tuberculosis y pueden complicar su diagnóstico, tratamiento y prevención.
- **Vigilancia, datos e investigación operativa.** Es necesario disponer de datos de calidad para fundamentar la priorización, el seguimiento y la toma de decisiones. Es esencial fortalecer los sistemas de vigilancia mediante sistemas integrados de registro y presentación de informes electrónicos o digitales, así como mejorar las soluciones de conectividad para los diagnósticos. Los países deben, por su parte, desarrollar de forma progresiva sistemas que permitan generar y utilizar en tiempo real datos basados en casos en todos los niveles. Desglosar los datos por sexo y edad permite comprender mejor la morbilidad y las deficiencias en los servicios, así como diseñar respuestas diferenciadas. Es esencial también contar con plataformas, tales como reuniones de revisión trimestrales por distritos o revisiones nacionales anuales, donde se analicen los datos de vigilancia y las conclusiones de las investigaciones operativas, se identifiquen los avances y las deficiencias, y se creen iniciativas basadas en los datos disponibles. También son muy importantes las encuestas dirigidas, como las encuestas sobre los costos y los estudios de inventario. Es necesario asimismo desarrollar la capacidad local mediante, por ejemplo, investigaciones operativas, con el objetivo de utilizar los datos a nivel subnacional, comunitario y en los centros, tomar decisiones en consecuencia y mejorar el desempeño y la prestación de los servicios.
- **Tecnologías digitales:** Ofrecen soluciones transversales para un amplio rango de actividades que son esenciales para acabar con la tuberculosis, como la atención al paciente (por ejemplo, tecnologías digitales para la observancia del tratamiento, como monitores de medicación y vídeos, o la inteligencia artificial para leer los rayos-x digitales), la vigilancia y el seguimiento (registros e informes electrónicos), la gestión de programas o el aprendizaje electrónico.

2.1 Encontrar a los millones de casos «no detectados»

De los 10 millones de personas que se estima que contraen tuberculosis cada año, no se «detecta» a más de 3,5 millones ya sea porque no están diagnosticadas, están diagnosticadas pero no reciben tratamiento, o reciben tratamiento sin que los programas nacionales de tuberculosis lo hayan notificado. Las cifras de la tuberculosis farmacorresistente muestran una tendencia preocupante: en 2017 más del 75% de estos casos no se detectaron. Debido a las dificultades que entraña diagnosticar la tuberculosis en niños, la falta de recursos humanos cualificados y las deficiencias de las herramientas de diagnóstico para este grupo etario, el porcentaje de casos no detectados en este grupo alcanzaba el 69% para los menores de 5 años y el 40% para los niños de entre 5 y 14 años.

Sumados, estos millones de casos «no detectados» son un fracaso de la salud pública mundial y una prioridad absoluta para la respuesta mundial a la enfermedad. La epidemia de tuberculosis no podrá erradicarse si no se llega, diagnostica, trata y registra debidamente a estas personas. Como primer paso, realizar un análisis crítico o una investigación operativa podrían ayudar a comprender cuáles son estos casos, donde se localizan y por qué no se están detectando.

Para erradicar la epidemia de tuberculosis es esencial asegurar la disponibilidad de servicios de calidad totalmente accesibles, abordar los obstáculos en el acceso, llevar a cabo intervenciones para hacer frente al estigma y la discriminación, y llegar a las comunidades y personas más afectadas por la enfermedad. Al mismo tiempo que es necesario intensificar y maximizar el uso de las herramientas y servicios existentes, para detectar estos casos también se requieren enfoques nuevos e innovadores, herramientas y tecnologías de diagnóstico como las pruebas moleculares o los rayos-x digitales, y nuevas formas de involucrar a las comunidades y al sector privado.

Las encuestas de prevalencia, o de otros tipos, y la aplicación de enfoques innovadores utilizando el ejemplo de la [Inversión catalizadora del Fondo Mundial para la tuberculosis](#), que se centra en 13 países que representan el 75% de los casos no detectados de tuberculosis farmacosensible y el 55% de tuberculosis farmacorresistente a nivel mundial, permiten extraer lecciones valiosas sobre cómo detectar estos casos. Para fundamentar el proceso de priorización se pueden tener en cuenta otras iniciativas. Como parte de la inversión catalizadora del Fondo Mundial, se ha desarrollado [una página web](#) donde se comparten experiencias y un conjunto de herramientas cuya finalidad es servir como orientación para detectar casos de tuberculosis. Incluye también boletines de noticias, estudios de casos y módulos de aprendizaje en línea.

Recuadro 2: Lecciones extraídas de la inversión catalizadora para detectar casos de tuberculosis

El financiamiento catalizador para «Detectar casos de tuberculosis» (que incluye fondos de contraparte, la Iniciativa Estratégica y subvenciones multipaís) fue lanzado en 2017. A través de la Iniciativa Estratégica, la Alianza alto a la Tuberculosis y la OMS ayudan a los países a detectar casos de tuberculosis haciendo frente a los obstáculos que se presentan, desarrollando aplicaciones y enfoques, y utilizando y ampliando distintas herramientas, entre las que se incluye tanto la documentación como el intercambio de lecciones aprendidas.

La Iniciativa pretende, mediante la ayuda que ofrece a los países, detectar y tratar a 1,5 millones de personas más para 2019, y ha conseguido un gran impulso en todo el mundo gracias a las siguientes lecciones:

- Las revisiones regulares de los avances hacia las metas que se han fijado han sido clave para detectar más casos.
- Los países han realizado progresos importantes en la mejora de la notificación de casos.
- La aplicación de iniciativas innovadoras y el enfoque en el sector privado, especialmente en Asia, así como la mejora de la calidad de las prácticas en los centros de salud y en las comunidades en África, han sido clave para detectar casos.
- Es urgente generar y utilizar datos a nivel nacional y subnacional para fundamentar políticas y decisiones.
- Las [herramientas](#) desarrolladas a través de la Iniciativa Estratégica ayudarán a los países durante la elaboración de las solicitudes de financiamiento y la ejecución.
- Disponer de diagnósticos de la tuberculosis en la atención primaria de salud, tanto en el sector público como privado, junto con sistemas de transporte de muestras eficaces, y aplicar este enfoque de forma sistemática.

2.2 Maximizar la repercusión contra la tuberculosis

El Fondo Mundial continuará invirtiendo en programas que promuevan la ampliación urgente de las iniciativas de diagnóstico, prevención y tratamiento, haciendo frente a los obstáculos con los que se topan las poblaciones más afectadas por la enfermedad al acceder a los servicios y en zonas donde las epidemias siguen creciendo. Las inversiones servirán para financiar intervenciones adecuadas desde un punto de vista epidemiológico, que estén basadas en pruebas, se puedan ampliar y se adapten a los diferentes contextos. Deben dirigirse a nivel local y prestarse de tal forma que se protejan y promuevan los derechos humanos mediante enfoques sensibles a las cuestiones de género y centrados en las personas. Se debe prestar una atención especial a detectar casos de tuberculosis y tuberculosis farmacorresistente.

2.3 Sistemas para la salud: acelerar los progresos hacia la cobertura universal de la salud mediante la provisión de servicios para la tuberculosis centrados en las personas

Los programas deben anclarse en procesos dirigidos a conseguir la cobertura universal de la salud (CUS) con el fin de maximizar el acceso equitativo a los servicios de tuberculosis y tuberculosis farmacorresistente. Todas las personas con tuberculosis o expuestas al riesgo de contraerla deben recibir los servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención que necesitan. Dichos servicios deben ser de calidad, accesibles y asequibles, sin que planteen ningún tipo de dificultad económica. Para avanzar hacia la consecución de la CUS, los países deben utilizar y capitalizar los SSRS de forma que respondan a las epidemias emergentes y facilitar servicios eficientes, efectivos,

integrados y centrados en las personas con el fin de erradicar la tuberculosis ([Marco de la OMS sobre servicios sanitarios integrados y centrados en las personas](#)).

Muchos sistemas de salud se ven limitados por la ineficiencia, la fragmentación y la falta constante de recursos, lo que afecta negativamente a la prestación de atención sanitaria primaria de salud básica y a la capacidad de prestar servicios de alta calidad para la tuberculosis. En muchos países, la fragilidad del sistema en su totalidad impide prestar estos servicios, lo que se puede deber a la falta de personal sanitario, la fragmentación de los sistemas de información sobre la gestión sanitaria, deficiencias en los mecanismos de rendición de cuentas, o la debilidad de los sistemas nacionales de gestión de la cadena de suministro de productos sanitarios, que provoca desabastecimientos en los puntos de atención.

Estas deficiencias plantean grandes obstáculos para los programas de tuberculosis, como la ausencia de mecanismos normativos que son esenciales para garantizar la prevención y control efectivos de la infección, el uso inadecuado de diagnósticos (por ejemplo, pruebas de diagnóstico antiguas e imprecisas) y de medicamentos, la falta de la notificación obligatoria de la enfermedad y, lo que es más importante, la ausencia de sistemas electrónicos modernos y de fácil manejo para la notificación de casos, especialmente entre los proveedores de atención privada. Además, contribuyen a que la gestión del sector sanitario público se centre principalmente en los proveedores públicos y excluya a los proveedores privados de la supervisión, los vínculos con el diagnóstico y el tratamiento, y las iniciativas de mejora de la calidad, mientras que sigue apoyando los sistemas de registro civil que no funcionan adecuadamente y protege mínimamente los derechos legales de las personas con tuberculosis.

Las solicitudes de financiamiento para SSRS deben:

- Identificar conjuntamente las necesidades en el contexto de las distintas enfermedades, abordando los problemas del sistema sanitario que impiden avanzar hacia el éxito.
- Incluirse en el financiamiento de enfermedades específicas o de forma independiente.
- Alinearse con los enfoques específicos que se resumen en la Nota informativa sobre SSRS (disponible en [esta página](#)), que ofrece directrices sobre cómo realizar inversiones en las siguientes áreas: i) gobernanza y planificación del sector sanitario; ii) fortalecimiento de los sistemas comunitarios para respaldar la respuesta comunitaria; iii) sistemas de gestión de la cadena de adquisiciones y suministros; iv) sistemas de información sobre la gestión sanitaria y seguimiento y evaluación; v) recursos humanos para la salud, incluidos los trabajadores sanitarios comunitarios; vi) prestación de servicios integrados y mejora de la calidad; vii) fortalecimiento de los sistemas de laboratorio, y viii) sistema de gestión financiera.
- Formularse de forma que se cubran las necesidades de los programas de tuberculosis y se aborden los problemas transversales del sistema de salud que obstaculizan la prestación de servicios en general.
- Utilizarse para solventar las deficiencias en la prestación de servicios de tuberculosis y otras enfermedades, mejorando la eficiencia, efectividad y sostenibilidad de los programas y contribuyendo al fortalecimiento del sistema nacional de salud.

Los pagos directos elevados también pueden contribuir a desigualdades en el acceso a los servicios de salud e imponer una carga económica excesiva sobre los más pobres. A estas dificultades se suma la falta de mecanismos de protección social que ayuden a afrontar otros costos asociados, como la pérdida de ingresos u otros gastos no médicos. Por ello, sigue siendo una prioridad mundial mejorar el acceso a la atención sanitaria a través de sistemas de protección social y financiera en materia de salud.

2.4 Mejorar la calidad de los programas

Un elemento esencial de la Estrategia del Fondo Mundial 2017-2022 es mejorar la calidad de los programas. Para ello, es necesario adoptar y aplicar enfoques que mejoren la calidad en toda la cascada de servicios de atención, análisis, diagnóstico, tratamiento, atención e investigación de contactos de la tuberculosis. Los servicios sanitarios deben ser seguros, efectivos, precisos, eficientes, equitativos, asequibles y accesibles, así como estar disponibles, integrados y centrados en las personas.

Las poblaciones expuestas al riesgo de contraer la enfermedad, como las personas que viven con el VIH, personas con diabetes, reclusos, niños y adolescentes, mineros, poblaciones móviles y personas que viven en condiciones de hacinamiento y pobreza extrema, necesitan disponer de acceso a los servicios de tuberculosis, para lo cual se requieren modelos de atención que atiendan mejor sus necesidades.

Los programas dirigidos por y para la comunidad, cuya finalidad sea proporcionar información, diagnósticos y apoyo para la observancia del tratamiento a las poblaciones a las que es difícil llegar, son componentes clave para aumentar la calidad de los servicios. Mejorar los resultados del tratamiento, especialmente en el caso de las personas con tuberculosis farmacorresistente, es también un aspecto clave de la respuesta mundial a la RAB.

Extender el uso de nuevas terapias, como el régimen abreviado de tratamiento oral modificado para la tuberculosis multirresistente, ofrece la oportunidad de acelerar la descentralización del tratamiento y su enfoque en las personas, así como de mejorar sus resultados al reducir las reacciones adversas a los medicamentos, entre otras cuestiones. Se incluyen aquí paquetes de atención para facilitar la observancia del tratamiento y sistemas de gestión y vigilancia farmacológica para la tuberculosis activa (aDSM).

Los países deben comenzar a utilizar las nuevas terapias tan pronto como sea posible, para lo que se pueden valer de enfoques de investigación operativa o de ejecución que permitan introducir regímenes de tratamiento orales más breves y modelos que promuevan la atención centrada en los pacientes. Los medicamentos que adquieran y utilicen deben ser de calidad, por lo que se recomienda que los compren a través mecanismos y fuentes fiables, tales como el Servicio Farmacéutico Mundial (GDF, por sus siglas en inglés). Los solicitantes pueden aprovechar también las inversiones en SSRS para fortalecer el desarrollo y el uso de herramientas y enfoques que mejoren la calidad de la provisión de servicios sanitarios integrados que se centren en las personas.

2.5 Uso de datos para adoptar medidas y llevar a cabo investigaciones operativas

Es necesario invertir de forma sistemática y a largo plazo en sistemas de datos rutinarios para mejorar la disponibilidad y la calidad de los datos, que se utilizarán para el análisis y la toma de decisiones estratégicas. Los sistemas de datos de calidad también son esenciales para disponer de la capacidad necesaria que permita adaptar mejor los programas y mejorar la calidad y eficacia de las inversiones. Se recomienda a los países que desarrollen y utilicen los sistemas electrónicos de registro y presentación de informes validados ya existentes para disponer en tiempo real de datos basados en casos que sirvan como base para la toma de decisiones en diferentes niveles. También se recomienda encarecidamente a los países que presenten sus datos de forma desglosada (por edad, género y estado serológico, por ejemplo). Además, es importante que los programas nacionales de tuberculosis inviertan en fortalecer las revisiones nacionales regulares y el uso de datos con el fin de comprender qué funciona y qué no en diversos niveles, así como para adoptar

decisiones contrastadas que permitan mejorar el desempeño, la calidad, la eficiencia y la repercusión de los programas. Los solicitantes deben destinar una cantidad de fondos a llevar a cabo revisiones anuales o semestrales a nivel nacional y revisiones trimestrales a nivel subnacional.

La investigación operativa es importante para evaluar los avances en la ejecución y el desempeño de los programas, identificar los problemas y fundamentar la planificación con vistas a mejorar la calidad y la cobertura de los servicios de tuberculosis. También se deberán realizar investigaciones operativas cuando se pongan en marcha intervenciones nuevas e innovadoras para las que no se disponga de datos suficientes sobre su repercusión (por ejemplo, cuando se utilizan en un contexto muy diferente del que se ha estudiado inicialmente) con el objetivo de generar más pruebas que sirvan como base para formular políticas y directrices en el futuro.

Es necesario ampliar la capacidad dentro de los países mediante la implicación de profesionales sanitarios locales para que utilicen sus propios datos, así como promover el uso de datos para la planificación y ejecución a nivel subnacional y en los centros de salud. El análisis ayudará a fijar metas subnacionales, a comprender las diferencias en la morbilidad y en el desarrollo de la enfermedad a nivel subnacional, y a fundamentar la prestación de servicios adaptados a las poblaciones en mayor riesgo con vistas a ofrecer una respuesta diferenciada.

[Las encuestas sobre costos para pacientes con tuberculosis](#) ofrecen información útil sobre los obstáculos que los gastos que tienen que asumir plantean a la hora de acceder a los servicios para la tuberculosis. Se deben llevar a cabo de forma periódica para fundamentar la planificación y la ejecución de intervenciones dirigidas a eliminar los costos excesivos y vincular a los pacientes con tuberculosis con redes de seguridad financiera.

[Los estudios de inventario](#) son útiles para detectar si la notificación de casos de tuberculosis es insuficiente, especialmente entre los proveedores de atención privada, y pueden ayudar a tomar medidas adecuadas, como fue el caso de Indonesia en 2018-2019. El diseño y la ejecución de los programas deben basarse en evaluaciones cualitativas que permitan comprender las percepciones de proveedores y pacientes, así como los obstáculos relacionados con los derechos humanos y el género.

La Nota de política operativa sobre la calidad de los programas y los datos del [Manual de Política Operativa del Fondo Mundial](#) ofrece orientaciones sobre diferentes requisitos y procesos de seguimiento y evaluación destinados a garantizar la calidad de los programas y los datos en los programas financiados por el Fondo Mundial. Describe las diferentes opciones de evaluación y las herramientas disponibles para detectar y gestionar mejor los riesgos que pueden impedir que se alcancen grandes objetivos dentro de las subvenciones.

2.6 Implicar a los proveedores del sector privado

Como se refleja en el Análisis del panorama de las asociaciones público-privadas ([Informe mundial sobre la tuberculosis, 2018](#)), el 62% de los 3,6 millones de casos de tuberculosis no detectados se concentran en siete países, en los cuales los proveedores de atención privada atienden a más de dos tercios de los pacientes que acuden por primera vez a la atención. Sin embargo, en estos países, los proveedores de atención privada remunerados solo notificaron el 19% de los casos de tuberculosis en 2017, lo que equivale tan solo al 12% de la incidencia de tuberculosis estimada en ese año.

El financiamiento del Fondo Mundial para las actividades público-privadas se ha más que duplicado durante el segundo ciclo de financiamiento, y se han añadido nuevos receptores principales en

algunos países. Para solventar los déficits de tratamiento y garantizar el acceso temprano al diagnóstico y el tratamiento, es necesario fortalecer y ampliar la participación de los proveedores de atención privada, tanto con ánimo como sin ánimo de lucro. Se deben explorar nuevos enfoques que mejoren la implicación y colaboración de los proveedores del sector privado e integrarlos en iniciativas para luchar contra la tuberculosis, utilizando, por ejemplo, agentes de contacto, como ha ocurrido en la India y otros países, o facilitando incentivos económicos o de otro tipo, por citar algunos ejemplos. La notificación obligatoria y la simplificación del sistema de registro e informes mediante, entre otros, sistemas digitales, promueven la participación de los proveedores privados y maximizan su contribución en la lucha contra la tuberculosis.

Estas intervenciones también se pueden aplicar en otros países, aparte de estos siete, donde los proveedores de atención sanitaria participen y contribuyan en gran medida en la prestación de servicios para la tuberculosis.

Son varios los países que han extraído lecciones muy valiosas de la participación del sector privado en proyectos piloto, entre los que se encuentra la India, Pakistán y Bangladesh. Otros países podrían beneficiarse compartiendo experiencias similares. En el [Mapa de ruta sobre asociaciones público privadas](#), una [guía sobre el terreno de Alto a la tuberculosis](#), y en [una nota conceptual de orientación para los solicitantes de TB REACH](#) se presentan estrategias para conseguir que los proveedores del sector privado se impliquen en la respuesta.

2.7 Promoción para aumentar los recursos programáticos y financieros

Existe un gran déficit de financiamiento para la tuberculosis, especialmente en los ámbitos de la investigación y el desarrollo. Junto con la introducción de nuevas herramientas, regímenes de administración del tratamiento y otras innovaciones, se necesitan más recursos que permitan mejorar la adopción, la ampliación de las intervenciones y optimizar su utilización. Uno de los principales objetivos de la Estrategia del Fondo Mundial es movilizar más recursos, puesto que es esencial para ampliar con éxito la respuesta a la tuberculosis. La cuestión más crítica es la necesidad de ampliar las inversiones nacionales destinadas a la salud, puesto que en sus manos está el futuro sostenible del financiamiento de la salud en la mayoría de los países.

Se recomienda encarecidamente a los países que exploren y adopten enfoques innovadores para movilizar fondos adicionales, incluidos recursos nacionales, con el objetivo de reducir el déficit de financiamiento en la respuesta a la tuberculosis y contribuir a la transición del financiamiento de donantes al financiamiento nacional.

2.8 Programación conjunta y actividades de colaboración

La programación conjunta en el ámbito de la salud puede ayudar a los países a dirigir mejor los recursos y a ampliar los servicios centrados en las personas para mejorar la eficacia, eficiencia, calidad y sostenibilidad. Es esencial que los países evalúen qué paquetes de servicios y modelos de prestación son más adecuados y factibles para los diferentes contextos, y que exploren cómo y quién debe facilitarlos. Con servicios sanitarios centrados en las personas se pueden generar grandes beneficios en todos los países y en todos los puntos del proceso continuo de desarrollo. Sin embargo, no existe un modelo universal para los servicios de salud integrados, sino que deben adaptarse y aplicarse en diversos modelos de prestación de servicios, entornos y poblaciones destinatarias.

La integración puede adoptar diversas formas y tener lugar en múltiples niveles del sistema de salud, incluidos: el nivel de gobernanza para coordinar la planificación estratégica y operativa entre diferentes programas de salud; el nivel de financiamiento para facilitar la movilización de recursos, la mancomunación y la adquisición estratégica de servicios sanitarios; el nivel de la gestión de sistemas sanitarios para respaldar los sistemas nacionales de la cadena de adquisiciones y suministros, los sistemas de información sobre la gestión sanitaria, los sistemas de trabajo y el personal sanitario. Para la prestación integrada de servicios se requiere también un paquete definido de servicios sanitarios básicos para cada nivel basado en una atención primaria de salud sólida y en un sistema funcional de derivación.

Al mismo tiempo, el éxito de un programa de tuberculosis reside en ciertas intervenciones específicas que pueden no ser prioritarias en los programas integrados de salud, como la detección activa de casos, las exploraciones sintomáticas en departamentos ambulatorios, la investigación de contactos y el apoyo para la observancia del tratamiento. Al planificar la programación conjunta, es esencial garantizar que se siga prestando atención a estas actividades de salud pública para la tuberculosis.

2.8.1. Programación conjunta para tuberculosis y el VIH

Con el fin de optimizar las inversiones en programas de tuberculosis y VIH y maximizar sus sinergias para mejorar los resultados sanitarios, los países con una alta comorbilidad¹ deberán presentar una solicitud de financiamiento única con una programación conjunta e integrada para ambas enfermedades. Dichas solicitudes de financiamiento incluirán intervenciones priorizadas de alta repercusión para los programas de tuberculosis y VIH (con actividades de colaboración) y ofrecerán una descripción detallada de cómo se coordinarán ambos programas para hacer frente a la carga de la tuberculosis, el VIH y la coinfección. Los países que elaboren solicitudes de financiamiento únicas deberán también valorar la posibilidad de abordar las limitaciones comunes relacionadas con el sistema sanitario que impiden que estos programas se apliquen e integren de forma adecuada, así como otras áreas transversales.

La programación conjunta permite dirigir mejor los recursos y armonizar los esfuerzos para aumentar la eficacia, eficiencia, calidad y sostenibilidad de los programas. Es también una oportunidad para reforzar la prestación de servicios clave para personas con tuberculosis, VIH y coinfección, como las pruebas de detección de la tuberculosis para personas seropositivas, las pruebas de VIH para personas que presenten síntomas de tuberculosis y pacientes con tuberculosis, la provisión de tratamiento antirretroviral, cotrimoxazol y medicamentos para la tuberculosis para las personas coinfectadas, y la provisión de tratamiento preventivo de la tuberculosis (incluida la combinación recientemente recomendada de terapias más breves como 3HP y 3RH) para personas seropositivas con tuberculosis activa. Las plataformas de múltiples enfermedades, como GeneXpert, que pueden utilizarse tanto para el diagnóstico de la tuberculosis como para determinar la carga viral del VIH, ofrecen grandes oportunidades para fortalecer la colaboración entre los dos programas. Otras pruebas de detección y diagnóstico de la tuberculosis, como los rayos-x digitales y LF-LAM, mejoran el diagnóstico de la enfermedad entre personas que

¹ Los 28 países con una elevada carga de coinfección por tuberculosis/VIH que pueden recibir financiamiento del Fondo Mundial son: Angola, Botswana, Camerún, Chad, Congo, Congo (República Democrática del), Etiopía, Ghana, Guinea-Bissau, India, Indonesia, Kenya, Lesotho, Liberia, Malawi, Mozambique, Myanmar, Namibia, Nigeria, Papúa Nueva Guinea, República Centroafricana, Sudáfrica, Eswatini, Tailandia, Tanzania (República Unida de), Uganda, Zambia y Zimbabwe.

viven con el VIH. Existen varios modelos para prestar servicios integrados a pacientes con tuberculosis y VIH, incluida la “ventanilla única”, pero no existe un planteamiento único válido para todos. Las oportunidades para integrar el VIH y la tuberculosis, como abordar las deficiencias en la detección de casos de tuberculosis y el tratamiento preventivo entre las personas seropositivas, pueden cubrirse a través de la prestación de servicios diferenciados basados en la comunidad para fortalecer la observancia y la atención relacionada con el tratamiento antirretroviral.

Las lecciones extraídas de la programación y de las solicitudes conjuntas de financiamiento para la tuberculosis y el VIH demuestran que el proceso de elaborar una solicitud de financiamiento única consigue una mejor armonización de las áreas transversales, como la gestión de la cadena de adquisiciones y suministros, la supervisión, el seguimiento y la evaluación, y la prestación de servicios integrados para ambas infecciones. Elaborar una única solicitud de financiamiento también simplifica los trámites administrativos del proceso y la gestión de las subvenciones. Por lo tanto, una solicitud de financiamiento única puede ser adecuada para los países que buscan eficiencias durante los procesos de solicitud y gestión de subvenciones. No obstante, también se detectaron algunas deficiencias: cuando las iniciativas de enfermedades independientes no se combinaron hasta la fase de presentación de la solicitud de financiamiento, la colaboración entre los programas de enfermedades del país fue limitada durante la preparación y ejecución de las subvenciones.

La epidemiología local de la tuberculosis y el VIH, la madurez y la capacidad de los programas, la infraestructura y la gestión sanitaria, los obstáculos en la atención y las necesidades de los pacientes deben determinar el ámbito y las áreas críticas de la programación conjunta. Los programas pueden ser más eficientes en diferentes ámbitos, desde la planificación y coordinación hasta la prestación del servicio, la recogida de datos y la supervisión. Así, se reduce la duplicidad, se fomentan las sinergias y se dirigen los recursos para lograr la máxima repercusión, a la vez que se contribuye a que la respuesta del programa sea cada vez más sostenible.

Para obtener más información, consulte las notas informativas y los resúmenes técnicos del Fondo Mundial sobre la tuberculosis y el VIH (en [esta página](#)), la [Nota informativa del Fondo Mundial sobre el VIH](#), las [Mejores prácticas/Informe técnico del Fondo Mundial sobre la tuberculosis y el VIH](#), la [Nota orientativa técnica de ONUSIDA y la OMS sobre VIH y tuberculosis](#), la [Estrategia de la OMS para acabar con la tuberculosis](#), los [Informes sobre poblaciones clave de Alto a la Tuberculosis](#) y las [Directrices de la OMS sobre la infección latente por tuberculosis](#).

2.8.2. Tuberculosis y enfermedades no transmisibles^{2,3}

Los factores de riesgo, como la diabetes, el tabaquismo, la silicosis, el consumo de drogas y alcohol, los trastornos mentales y la malnutrición, obstaculizan la lucha contra la tuberculosis, especialmente en países de ingresos bajos y medianos. En 2017, 1,9 millones de episodios de tuberculosis se atribuían a la malnutrición, 80.000 al tabaco, 790.000 a la diabetes y 490.000 al consumo abusivo de alcohol. Por ello, abordar estos factores tendrá una gran repercusión para reducir la morbilidad de la tuberculosis.

Estos aspectos, junto con los trastornos de salud mental, aumentan el riesgo de que los resultados del tratamiento de la tuberculosis sean deficientes. La doble carga se debe a la susceptibilidad de

² Más información en: <http://www.who.int/nmh/events/ncd-coordination-mechanism/en/>.

³ https://www.theunion.org/what-we-do/publications/technical/english/TheUnion_DMTB_Guide_October2018_Text_AW_02.pdf

aquellos con enfermedades no transmisibles a contraer tuberculosis y al efecto negativo de dichas enfermedades en los resultados del tratamiento. Además, las poblaciones pobres y vulnerables son las más afectadas por la enfermedad. Existe una fuerte relación entre la pobreza y las principales enfermedades no transmisibles y factores de riesgo de tuberculosis, como una dieta inadecuada, el tabaquismo y el consumo de alcohol, lo que provoca un impacto desigual y una doble carga. Además de las personas seropositivas y de quienes están en contacto con la tuberculosis en sus hogares, se deben realizar pruebas sistemáticas y ofrecer tratamiento para la infección de tuberculosis a los pacientes que están comenzando el tratamiento anti-TNF, los que reciben diálisis, los que se preparan para un trasplante de órganos u hematológico y los pacientes con silicosis, también en centros especializados. Para abordar estas cuestiones es necesario integrar y coordinar los servicios de salud, especialmente en la atención primaria, con el fin de desarrollar marcos de planificación y prevención conjunta y armonizar los flujos de financiamiento.

La diabetes triplica el riesgo de padecer tuberculosis. Como consecuencia, se observan tasas de tuberculosis más elevadas en personas con diabetes que en la población general. La diabetes puede empeorar la evolución clínica de la tuberculosis y, a su vez, la tuberculosis puede empeorar el control glucémico en personas que sufren diabetes. Se deben intensificar por lo tanto la detección y el tratamiento tempranos de la tuberculosis en personas con diabetes, así como la detección y el tratamiento tempranos de la diabetes en personas con tuberculosis.

Fumar y consumir tabaco está asociado con un mayor riesgo de infección por tuberculosis, de progresión de la infección a tuberculosis activa, de agravamiento de la enfermedad y de que los resultados del tratamiento no sean satisfactorios. Además, fumar se asocia con un mayor riesgo de recidiva tras completar el tratamiento con éxito. Se deben por ello evaluar y ampliar en los centros de salud estrategias que promuevan entornos libres de tabaco, así como actividades para dejar de fumar. Además, es necesario desarrollar y fortalecer estrategias que integren la detección y la gestión combinada de estas comorbilidades dentro de la atención para la tuberculosis.

Por último, un porcentaje de pacientes con tuberculosis pulmonar crónica pueden sufrir morbilidad crónica y complicaciones de la enfermedad a pesar de haberse «curado» de la tuberculosis. Los programas deben explorar cómo vincular a estos pacientes con los servicios de atención crónica que correspondan.

2.8.3. Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil

En los países con una alta prevalencia de tuberculosis, las mujeres en edad fértil también soportan una gran carga de la enfermedad. La tuberculosis es una de las principales causas de muerte en este grupo de población. La tuberculosis materna asociada con el VIH es un factor de riesgo para la transmisión de la tuberculosis a los bebés y se asocia con partos prematuros, el bajo peso de los neonatos y una mayor mortalidad materna y neonatal. En lugares con una morbilidad elevada del VIH entre mujeres y adolescentes en edad reproductiva (15-49 años), la integración en los programas de prevención y PTMI a gran escala es una estrategia clave para ofrecer a las mujeres y a sus hijos el diagnóstico y el tratamiento necesarios para la tuberculosis.

Los datos desglosados facilitan a los programas mejor información sobre la tuberculosis en niños y adolescentes, puesto que las dificultades a las que se enfrentan en términos de detección de la enfermedad y éxito del tratamiento son diferentes a las de los adultos. El punto de entrada más evidente en el sistema sanitario para numerosos niños con tuberculosis (o en contacto con alguien con tuberculosis) es la comunidad donde a los padres de los niños, a los tutores o a otros contactos domésticos se les haya diagnosticado tuberculosis o donde se les está prestando atención sanitaria. Los servicios de salud materna, reproductiva e infantil y de planificación familiar ofrecen una

plataforma fiable para ofrecer a mujeres y niños servicios de tuberculosis (detección, diagnóstico y tratamiento), VIH o de otro tipo. Un enfoque de la atención para la tuberculosis integrado en la comunidad y basado en la familia puede ayudar a eliminar barreras de acceso, reducir los retrasos en el diagnóstico y mejorar el tratamiento de la tuberculosis, incluido el seguimiento de contactos y la provisión de tratamiento preventivo para mujeres y niños. El [mapa de ruta para erradicar la tuberculosis entre niños y adolescentes](#) facilita más información sobre cómo abordar la enfermedad en estos grupos de edad, mientras que las [Mejores prácticas en la atención de la tuberculosis en niños y adolescentes](#) presentan ejemplos útiles sobre el terreno. Para más información, consulte el [Informe técnico sobre salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente del Fondo Mundial](#).

2.8.4. Elementos determinantes subyacentes a la tuberculosis y obstáculos en el acceso a los servicios

Los elementos determinantes que subyacen a la epidemia de la tuberculosis y que deben abordarse incluyen la pobreza y la desigualdad, la inseguridad alimentaria, los efectos adversos de los movimientos poblacionales y las emergencias complejas, así como los obstáculos relacionados con los derechos humanos, tales como el estigma y la discriminación. Para que la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis sean eficaces, se necesitan estrategias que hagan frente a los obstáculos relacionados con los derechos humanos y el género, como medidas para reducir la pobreza o mejorar la nutrición y las condiciones de vida y laborales, así como estrategias para abordar las barreras de acceso y mitigar los efectos de la migración, el envejecimiento y las enfermedades crónicas como la diabetes, todos ellos factores de riesgo para la tuberculosis. Se necesita una comprensión mejor, matizada y diferenciada de la intersección entre el género y la tuberculosis, especialmente en el contexto de la tuberculosis y la coinfección por tuberculosis y VIH, entre los grupos en mayor riesgo y en las comunidades que suelen estar desatendidas. Los pagos directos elevados también pueden contribuir a un acceso desigual a los servicios de salud y a una carga económica excesiva para los más pobres. A estas dificultades se suma la falta de mecanismos de protección social para ayudar a hacer frente a otros costos excesivos asociados, como la pérdida de ingresos y otros gastos no médicos. Por ello, mejorar el acceso a la atención sanitaria a través de mejores sistemas de protección social y económica en materia de salud sigue siendo una prioridad mundial para la que se necesita colaboración y coordinación.

3. Otras áreas críticas que se deben tener en cuenta al preparar la solicitud de financiamiento

3.1 Lecciones extraídas de los dos ciclos de financiamiento basado en asignaciones

En 2014, el Fondo Mundial comenzó a utilizar un modelo de financiamiento basado en asignaciones con el cual se asignaba a cada país elegible un monto de financiamiento para un periodo concreto. El primer periodo de financiamiento basado en asignaciones cubrió desde 2014 a 2016, e inicialmente se denominó Nuevo modelo de financiamiento. El segundo periodo fue de 2017 a 2019.

En general, el modelo de financiamiento basado en asignaciones ha supuesto un cambio positivo en el modelo operativo del Fondo Mundial. Ha permitido un financiamiento con mayor repercusión y más predecible, una visión más ambiciosa y un plazo más flexible. Tras el primer periodo de financiamiento basado en asignaciones (2014-2016) se realizaron mejoras en la metodología de

asignación, como la solicitud priorizada por encima del monto asignado (en lugar de los «fondos de incentivo»); el proceso de solicitud diferenciado y la revisión; mayor claridad sobre la sostenibilidad y la transición; y la simplificación del proceso para dar más tiempo a la ejecución.

Las observaciones del Panel de Revisión Técnica (PRT) y las lecciones extraídas de la revisión de las solicitudes de financiamiento (llamadas notas conceptuales durante el ciclo de asignación 2014-2016) de los dos primeros ciclos basados en asignaciones se incluyen en los informes disponibles en el [Panel de Revisión Técnica](#).

Las lecciones extraídas durante el segundo ciclo de financiamiento basado en asignaciones se abordarán en el próximo ciclo de asignación (2020-2022), atendiendo a la petición clave de los solicitantes y las partes interesadas de seguir simplificando el proceso de acceso a los fondos, pero sin cambios significativos. Los países elegibles para el financiamiento del Fondo Mundial recibirán la comunicación sobre sus asignaciones en diciembre de 2019. Puede encontrar información detallada sobre el proceso para solicitar financiamiento en el ciclo 2020-2022, incluido material de solicitud actualizado, en el [sitio web del Fondo Mundial](#).

3.2 Eficiencia

Para erradicar la epidemia de tuberculosis se necesitan más recursos de los disponibles actualmente. Alcanzar la máxima repercusión posible requiere un enfoque basado en los datos que dirija los programas a las poblaciones más afectadas por la enfermedad y preste de forma eficiente servicios de calidad.

Existen múltiples vías para mejorar la eficiencia de la respuesta a la tuberculosis. Una es mejorar la «eficiencia distributiva» destinando los limitados recursos de forma estratégica a determinadas intervenciones, lugares y grupos de población con vistas a maximizar el impacto. Los países pueden realizar un análisis epidemiológico para identificar las tendencias de la enfermedad y la falta de datos antes de presentar sus solicitudes de financiamiento, y centrar así las inversiones en las poblaciones y lugares correctos, con mejores sistemas de apoyo. Para respaldar esta iniciativa, el Fondo Mundial puede ayudar a los países a localizar y estimar mejor el tamaño de las poblaciones clave.

Los planes estratégicos nacionales deben reflejar los principios generales de la eficiencia distributiva en la inversión en programas. En concreto deben demostrar que se han seleccionado intervenciones basadas en pruebas y rentables adecuadas para el contexto del país; se han priorizado las intervenciones en función de la limitación de recursos; y se han distribuido correctamente las inversiones entre las distintas intervenciones para alcanzar la mayor repercusión posible. Cuando sea viable, el diálogo sobre la eficiencia distributiva puede vincularse más a la selección y priorización de intervenciones clave.

Otra forma de mejorar la eficiencia es diseñar y prestar servicios que minimicen los costos necesarios para conseguir los resultados sanitarios deseados, lo que se conoce como eficiencia técnica. Hay muchas maneras de lograr la eficiencia técnica en todas las capas de la prevención y la atención, y se recomienda a los países que identifiquen y apliquen formas innovadoras de prestar los servicios de la manera más eficaz y eficiente en función de su contexto. Algunos ejemplos son la detección de casos mediante la selección de poblaciones de alto riesgo para realizar pruebas adaptadas al contexto del país; la utilización de tecnologías de diagnóstico apropiadas y rentables; la identificación de una combinación rentable de insumos para la prestación de servicios en los centros, como productos básicos o recursos humanos; la promoción de sistemas comunitarios o de la atención ambulatoria para ampliar los modelos de prestación de servicios centrados en el

paciente; la promoción de la accesibilidad a los servicios, por ejemplo, mediante actividades rentables para generar una demanda de economía de escala de los servicios de diagnóstico y tratamiento; y el desarrollo de mecanismos eficaces para hacer frente a los obstáculos más comunes en la prestación de servicios, tales como los desabastecimientos o las limitaciones que afectan a los trabajadores sanitarios.

La eficiencia también se puede alcanzar mediante iniciativas dirigidas a mejorar la eficiencia a nivel del sistema de salud, lo que se conoce como eficiencia entre programas. Se recomienda a los países destacar esfuerzos dirigidos a mejorar la alineación, integración y funcionalidad del sistema de salud con el fin de prestar adecuadamente servicios que estén disponibles para quienes los necesitan. Entre estos esfuerzos pueden estar eliminar la duplicación, el solapamiento o la alineación incorrecta de funciones clave, como el financiamiento, la gobernanza, los insumos y la prestación de servicios.

Todos los tipos de eficiencia se han incluido en el proceso de preparación de subvenciones del Fondo Mundial. Para información más detallada sobre la eficiencia, consulte el Informe técnico del Fondo Mundial sobre la optimización de los recursos en [esta página](#).

3.3 Entornos operativos conflictivos

Los entornos operativos conflictivos (EOC) son una de las áreas clave de interés del Fondo Mundial. La estrategia del Fondo Mundial 2017-2022 se compromete a mejorar la eficacia de las inversiones en salud y llegar a las poblaciones clave a través de una mayor flexibilidad, apoyo a la innovación y asociaciones más sólidas, puesto que todos estos aspectos son importantes para trabajar en entornos operativos conflictivos.

Los solicitantes de EOC deben remitirse a la [Nota de política operativa para entornos operativos conflictivos](#), que incluye directrices sobre el acceso a financiamiento y la gestión de la subvención.

3.4 Poblaciones clave

Las poblaciones clave en el ámbito de la tuberculosis son las personas vulnerables, desatendidas o en riesgo de infección por tuberculosis. Varían en función del país e incluyen a personas que están más expuestas a la infección por los lugares donde viven o trabajan, personas con acceso limitado a servicios de calidad para la tuberculosis y personas con mayor riesgo debido a factores biológicos o de conducta (consulte la *Tabla 1*). Estos grupos se ven afectados de manera desproporcionada por la enfermedad, el estigma y la discriminación, así como por los obstáculos relacionados con los derechos humanos y el género. Los niños representan en todos los países una población clave única en clara desventaja por las deficiencias en el diagnóstico de la tuberculosis, la falta de medios económicos y por ser incapaces de defenderse por sí solos.

El Fondo Mundial sitúa a las poblaciones clave en el centro de su labor y promueve que aumente su participación en los procesos de toma de decisiones más importantes. Los representantes de las poblaciones clave deben formar parte de los Mecanismos de Coordinación de País (MCP): el comité de gobierno local, expertos en salud y representantes de la sociedad civil que desarrollan y dirigen los programas financiados por el Fondo Mundial en los países. Cuando cuentan con los recursos y los equipos adecuados para este fin, las comunidades desempeñan una función cada vez más importante en la supervisión de la eficacia de los programas financiados por el Fondo Mundial, garantizan la reorientación de las inversiones existentes cuando resulta necesario y maximizan el impacto de las inversiones del Fondo Mundial.

Las organizaciones ejecutoras deben implicar a las poblaciones clave de forma activa para que aporten sus opiniones, ofrezcan orientación y ejerzan labores de supervisión. El Fondo Mundial facilita una serie de estrategias, políticas y procesos para este proceso.

Tabla 1: Poblaciones clave para la tuberculosis⁴

<p>Personas MÁS EXPUESTAS a la tuberculosis debido a su lugar de residencia o trabajo</p>	<p>Reclusos, mineros, trabajadores de hospitales, trabajadores sanitarios y trabajadores de salud comunitarios.</p> <p>PERSONAS QUE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • viven en suburbios urbanos • viven en lugares mal ventilados o polvorientos • tienen contacto con pacientes con tuberculosis, especialmente los niños • trabajan en entornos superpoblados • trabajan en hospitales o son trabajadores sanitarios
<p>Personas que cuentan con ACCESO LIMITADO A SERVICIOS DE CALIDAD PARA LA TUBERCULOSIS</p>	<p>Trabajadores migrantes, mujeres en lugares con disparidad de género, niños, refugiados o desplazados internos, mineros e inmigrantes ilegales.</p> <p>PERSONAS QUE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • son de poblaciones tribales o grupos indígenas • no tienen hogar • viven en zonas de difícil acceso • viven en residencias de ancianos • sufren discapacidades físicas o mentales • se enfrentan a barreras jurídicas para acceder a atención sanitaria
<p>Personas con MAYOR RIESGO de tuberculosis por factores biológicos o de conducta que comprometen la función inmunitaria</p>	<p>PERSONAS QUE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • viven con VIH • sufren diabetes o silicosis • se someten a tratamientos inmunodepresores • sufren desnutrición • consumen tabaco • sufren trastornos por consumo de alcohol • se inyectan drogas

3.5 Abordar los obstáculos relacionados con los derechos humanos y las cuestiones de género en el acceso a los servicios de tuberculosis

Los obstáculos relacionados con los derechos humanos y el género, como la desigualdad de género, el estigma y la discriminación, aumentan la vulnerabilidad de contraer tuberculosis y obstaculizan el acceso a los servicios. El [Plan Mundial para Detener la Tuberculosis: El cambio de paradigma 2016-2020](#), con el que múltiples países se han comprometido, incluye como uno de sus pilares la “protección y promoción de los derechos humanos, la ética y la igualdad”. Entre los obstáculos relacionados con los derechos humanos y el género documentados en los programas de tuberculosis están:

- **El estigma:** El estigma relacionado con la tuberculosis se vincula a menudo con el estigma y la marginación que rodean a la pobreza, así como con la información errónea y los miedos

⁴ http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB_TheParadigmShift_2016-2020_StopTbPartnership.pdf

injustificados sobre la enfermedad. Los trabajadores sanitarios deben servir de ejemplo para la comunidad prestando una atención para la tuberculosis libre de estigma. Sin embargo, no son inmunes a la información/formación inadecuada, lo que en ocasiones se traduce en que ellos también tienen prejuicios y miedos sobre la enfermedad. El estigma y la discriminación relacionados con el VIH pueden aumentar el estigma relacionado con la tuberculosis.

- **Condiciones y servicios inadecuados en las cárceles y otros centros de detención:** Las personas encarceladas corren un mayor riesgo de contraer tuberculosis por las condiciones en las que viven. Sin embargo, a menudo se las excluye de los servicios de tuberculosis. Los usuarios de drogas se engloban dentro de esta categoría, especialmente cuando las leyes sobre estupefacientes contemplan penas por delitos menores que acaban en el encarcelamiento. Estas personas también se enfrentan a un mayor riesgo de tuberculosis porque en ocasiones comparten el material para consumir drogas, como las pipas de inhalación, y otras prácticas que inducen la tos. Además, a veces también viven en condiciones de pobreza. El consumo de drogas también puede conllevar un mayor riesgo de infectarse por el VIH.
- **Aislamiento involuntario:** El contagio por tuberculosis es una preocupación, pero tal como indica la OMS, la amplia mayoría de pacientes, cuando se tratan con respeto y con consentimiento informado, no necesitarán ser forzados o detenidos para recibir tratamiento. La OMS especifica que el aislamiento involuntario “no debe ser nunca un componente rutinario” de los programas para la tuberculosis, sino una medida de último recurso cuando se hayan agotado todas las vías. Sin embargo, este aislamiento se produce y va en contra de los derechos humanos.
- **Servicios inadecuados para los trabajadores sanitarios con tuberculosis:** Los trabajadores sanitarios con tuberculosis a menudo carecen de servicios de salud ocupacional que los apoyen. Cuando disponen de estos servicios, suele haber problemas de calidad y confidencialidad.
- **Obstáculos relacionados con el género:** Los datos demuestran que los hombres se enfrentan a un mayor riesgo de sufrir tuberculosis que las mujeres y a una mayor mortalidad causada por la enfermedad. En muchos contextos, algunas ocupaciones dominadas por hombres les exponen a un mayor riesgo de tuberculosis, como la minería, demoliciones y el trabajo agrícola. Los hombres también tienen más probabilidades de adoptar conductas de riesgo, tales como fumar, consumir alcohol y drogas. En las cárceles y centros de detención, hay muchos más hombres que mujeres: los primeros representan el 93,1% de los 11 millones de personas encarceladas en todo el mundo.

Sin embargo, la tuberculosis es una de las principales causas de muerte de mujeres en edad reproductiva. A las mujeres les suele resultar más difícil que a los hombres acceder a los servicios de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en algunos contextos debido a cuestiones económicas, físicas o de educación sanitaria. Cada vez hay más pruebas de que las mujeres se enfrentan a un mayor estigma relacionado con la tuberculosis, lo que repercute en su búsqueda de atención sanitaria. En muchos lugares, no tienen la autonomía económica ni el poder de decisión necesarios para acudir a los servicios de tuberculosis, y el estigma afecta a ambos géneros de diferente forma. Es importante por ello identificar cómo repercuten las normas y la desigualdad de género en la búsqueda de la atención sanitaria y en la accesibilidad a los servicios de tuberculosis para hombres y mujeres.

En numerosos países se han puesto en marcha programas para abordar estos obstáculos con cierto éxito (para información, consulte el [Informe técnico sobre tuberculosis, derechos humanos y género del Fondo Mundial](#)). A continuación se incluyen algunos ejemplos:

- Se han desarrollado herramientas de medición para **reducir el estigma**, programas de formación y otros recursos sensibles a las cuestiones de género para trabajadores de la salud, comunidades, empleadores y líderes sociales y religiosos, que han demostrado resultar efectivos, especialmente cuando los pacientes se implican realmente en el diseño de los programas.
- **Los programas “Conoce tus derechos”** o de información sobre derechos para pacientes, sus familias y comunidades, e incluso trabajadores de la salud, pueden resultar útiles, especialmente para personas marginadas y excluidas de los servicios, o para aquellas que pueden estar sometidas a un aislamiento involuntario. Estos programas suelen ser más efectivos cuando se combinan con el acceso a servicios jurídicos.
- **Reformar leyes y políticas** que fomentan los obstáculos relacionados con los derechos humanos, como los reglamentos sanitarios que no limitan el aislamiento involuntario; las leyes o políticas que limitan el acceso a medicamentos genéricos asequibles; las prácticas o políticas de los servicios de salud que impiden a mujeres y jóvenes acceder a los servicios; las políticas que restringen el acceso a los servicios para trabajadores migrantes o personas afectadas por el desplazamiento forzado; leyes sobre estupefacientes que imponen sentencias de cárcel por infracciones menores y no violentas; y las políticas que impiden el acceso de los reclusos a servicios de salud comunitarios. Se puede hacer frente a estas leyes y políticas mediante la promoción legislativa, la movilización comunitaria, la sensibilización y los litigios, entre otros.
- **La formación de trabajadores sanitarios** puede centrarse no solo en reducir el estigma, sino también en la importancia del consentimiento informado, la confidencialidad y privacidad y la participación de los pacientes en la toma de decisiones sobre su atención sanitaria, así como en comprender que el aislamiento involuntario es solo un último recurso. Es esencial para estas actividades contar con una formación adecuada y continua que permita desarrollar y retener la capacidad de los expertos que facilitan la atención.
- **Abordar las normas de género** que son específicas desde un punto de vista cultural y contextual. Se puede incluir la prestación de servicios clínicos y comunitarios diferenciados para hombres y mujeres con el fin de mejorar su eficacia, contratar a más proveedores de un género determinado, o garantizar que los programas educativos y de difusión comunitaria aborden la disparidad de género y sean apropiados para todos.
- **Promover la igualdad de género** en contextos en los que mujeres, niñas y comunidades que no se ajustan a las normas de género sufran discriminación y desigualdad, lo que aumenta su riesgo de contraer la enfermedad o les impide acceder a los servicios.
- **El seguimiento comunitario de la calidad de los servicios y de las violaciones de los derechos humanos** puede ayudar a garantizar que los servicios de tuberculosis se presten de forma no discriminatoria en los centros de salud y en la comunidad, así como a supervisar y notificar los efectos secundarios de los fármacos y los desabastecimientos. El seguimiento comunitario también puede ayudar a documentar y denunciar otras violaciones, como la vulneración de la confidencialidad médica, la imposición ilícita de tarifas a los usuarios, y la exclusión injusta de las oportunidades laborales o educativas por tener tuberculosis.
- **Los programas para mejorar el acceso a la justicia son importantes para prevenir y abordar las violaciones de los derechos humanos** en el contexto de la tuberculosis. Algunos de los principales obstáculos que impiden acceder a los servicios son la vulneración de la confidencialidad médica y la privacidad, el despido injusto y la exclusión de oportunidades laborales o educativas. Incluso cuando las personas conocen sus derechos, en ocasiones no pueden reivindicarlos sin la asistencia de profesionales o auxiliares jurídicos. En determinadas circunstancias, el acceso a la asistencia jurídica puede

convertirse en la forma más directa y efectiva de que las personas marginadas accedan a los servicios de tuberculosis, estén protegidas frente al tratamiento obligatorio y el aislamiento involuntario, o puedan hacer frente al estigma y la discriminación. El asesoramiento y los servicios jurídicos comunitarios o gestionados por pares pueden ser de especial utilidad.

- **Programas en prisiones y otros centros de reclusión.** Las personas que están en prisión o en centros de detención preventiva tienen derecho a acceder a servicios sanitarios que sean equivalentes a los de la comunidad. También puede ser útil formar al personal médico de las prisiones, así como a los guardias y otros empleados penitenciarios, sobre los aspectos básicos de la prevención y la atención de la tuberculosis. Coordinar los servicios de atención entre diferentes prisiones y con la atención en la comunidad tras la puesta en libertad puede ser clave para que las personas que estén bajo custodia estatal comiencen el tratamiento sin temor a interrumpirlo si las transfieren a otros centros o son puestas en libertad. Se deben promover los enfoques basados en iguales y centrados en los pacientes.

Todos los programas, de acuerdo con los principios de los derechos humanos, deben diseñarse, ejecutarse y evaluarse con la participación activa de las comunidades afectadas, de forma respetuosa, responsable, abordando las cuestiones de género y sin discriminación.

3.6 Fortalecimiento del sistema comunitario (para respuestas dirigidas por la comunidad)

Las respuestas comunitarias son necesarias como parte del cambio de paradigma de iniciativas verticales para controlar la epidemia a una colaboración multisectorial para erradicar la tuberculosis. Por este motivo, la colaboración de las comunidades y la sociedad civil es un pilar fundamental tanto de la Estrategia de la OMS para acabar con la tuberculosis como del Plan mundial de la Alianza Alto a la Tuberculosis para erradicar la enfermedad. Los sistemas comunitarios y los sistemas sanitarios formales interactúan y se complementan para evolucionar y adaptarse a los nuevos desafíos, actuando como dos pares del mismo ecosistema de salud.

«Sistemas comunitarios» es un término general que se utiliza para describir estructuras, mecanismos, procesos y actores comunitarios que respaldan las respuestas de la comunidad con el fin de cubrir las necesidades de salud de las personas. Suele incluirse en el Marco modular de SSRS. Un ejemplo puede ser reforzar la capacidad de una organización comunitaria para que derive a las personas a los centros de salud y realizar posteriormente un seguimiento y evaluación de su programa de difusión.

La «respuesta comunitaria» describe las intervenciones de las comunidades para responder a los retos y necesidades a las que se enfrentan, y suele utilizarse en marcos modulares de enfermedades específicas. Las respuestas comunitarias abarcan una amplia gama de servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo para la tuberculosis, la tuberculosis farmacoresistente y la coinfección por tuberculosis y VIH, que complementan al sistema sanitario formal, no se facilitan en otros contextos o no son accesibles para las poblaciones clave, vulnerables y marginadas. Por ejemplo, una organización comunitaria que realiza labores de difusión para encontrar casos no detectados de tuberculosis está dando una respuesta comunitaria.

Las respuestas comunitarias son esenciales para garantizar que los programas de tuberculosis sean lo más sensibles e integrales posibles, ofrezcan una cobertura a nivel comunitario de los servicios básicos, y salvaguarden las necesidades de los grupos marginados y excluidos. Ampliar

las respuestas comunitarias puede contribuir de forma significativa a conseguir mejores resultados sanitarios.

Las comunidades necesitan recursos, asistencia técnica, herramientas y la capacidad organizativa, institucional y técnica apropiada para actuar como asociados en la respuesta en igualdad de condiciones. El fortalecimiento de los sistemas comunitarios incluye intervenciones que promueven el desarrollo de organizaciones, redes y estructuras informadas, capaces, coordinadas y sostenibles dirigidas por iguales. Esto debe ir más allá de la prestación de servicios e incluir 1) el seguimiento comunitario de los programas y servicios de tuberculosis; 2) la promoción impulsada por la comunidad; 3) la asistencia técnica para mejorar el desarrollo organizativo e institucional, el desarrollo de sistemas, la planificación de la sostenibilidad, el liderazgo y la organización comunitaria; 4) el fortalecimiento de los vínculos y las asociaciones con las principales partes interesadas en la respuesta a la tuberculosis; y 5) la participación en evaluaciones del entorno jurídico y político y de la sensibilidad de género de la respuesta. Para más información, consulte el [Informe técnico sobre el fortalecimiento de los sistemas comunitarios](#) en [esta página](#).

La participación comunitaria es esencial para mejorar el desarrollo y la aplicación de estrategias nacionales, así como el alcance y la sostenibilidad de las intervenciones relacionadas con la tuberculosis. Los planteamientos innovadores y de éxito que implican a las comunidades y organizaciones de la sociedad civil deberían adaptarse a los contextos específicos de los países y utilizarse para reforzar las respuestas de la comunidad, como los [proyectos financiados por TB REACH](#) o el [enfoque ENGAGE](#).

3.7 Consideraciones sobre sostenibilidad y transición

El Fondo Mundial insta a todos los países a incorporar consideraciones sobre la sostenibilidad en el diseño de sus programas. En las [directrices sobre sostenibilidad, transición y cofinanciamiento](#), el Fondo Mundial describe sus principios para mejorar la sostenibilidad y ofrece un marco para ayudar a los países a realizar una transición óptima cuando cese su financiamiento, que está diferenciado a lo largo del proceso continuo de desarrollo. Los solicitantes pueden encontrar más información para elaborar solicitudes de financiamiento conforme a esta política en la [Nota orientativa sobre sostenibilidad, transición y cofinanciamiento en esta página](#). El Fondo Mundial, en colaboración con sus asociados, ha elaborado un anexo específico sobre sostenibilidad, transición y cofinanciamiento para la tuberculosis y los productos sanitarios, que se puede consultar [en esta página](#).

3.8 Desarrollo de capacidades y asistencia técnica

La asistencia técnica sirve para cubrir lagunas de conocimiento, datos o experiencia a nivel de país. Los países pueden solicitar asistencia técnica en varias etapas del proceso de financiamiento, como la elaboración o actualización del PEN, la preparación de la solicitud de financiamiento y la ejecución. La asistencia técnica puede ponerse a disposición del Mecanismo de Coordinación de País (MCP), entidades ejecutoras y organizaciones de la sociedad civil, a través de asociados y del Fondo Mundial.

Varios asociados, incluidos USAID, La Unión, la OMS, la Alianza Alto a la Tuberculosis, GDF, KNCV y otros, proporcionan apoyo técnico a países para reforzar sus programas contra la tuberculosis. USAID trabaja en estrecha colaboración con otros departamentos y agencias del Gobierno de EE.UU., asociados ejecutores de programas, la Alianza Alto a la Tuberculosis, la OMS y otros donantes bilaterales, con el fin de planificar y coordinar la asistencia técnica para garantizar que se no produce duplicidad de esfuerzos. USAID apoya las actividades del programa contra la

tuberculosis y la tuberculosis farmacorresistente en varios países, incluidos aquellos que realizan intervenciones contra la tuberculosis con subvenciones del Fondo Mundial. Para más información, visite [USAID](#). La Unión también facilita asistencia técnica a los países. Puede leer más en [La Unión](#).

Además de apoyar la asistencia técnica a través de subvenciones, el Fondo Mundial tiene un acuerdo especial con la OMS para facilitar asistencia técnica y asesoramiento a los países con el fin de ampliar y responder a la tuberculosis farmacorresistente. El vigente memorando de entendimiento (MOU) entre el Fondo Mundial y la OMS, relativo a la prestación de asistencia técnica y asesoramiento para las actividades de los Comités Luz Verde de ámbito regional (“rGLC”) y sus respectivas secretarías, se adoptó el 1 de abril de 2017.⁵ El objetivo de las secretarías de los rGLC es garantizar la calidad de las actividades contra la tuberculosis multirresistente y su ampliación en países mediante la coordinación de la prestación de asistencia técnica y asesoramiento para el desarrollo, la revisión y la aplicación de planes nacionales de gestión programática de la tuberculosis farmacorresistente (PMDT), como parte de los PEN globales.

Los países donde un Receptor Principal recibe fondos de subvención como parte de un acuerdo activo para financiar actividades de PMDT recibirán uno de los dos paquetes de asistencia técnica y asesoramiento coordinados por las Secretarías de los rGLC. Los paquetes y los pagos anuales asociados, según el MOU, son:

- El **paquete de servicios principal** para todos los países que no tengan una carga elevada de tuberculosis multirresistente. Incluye una contribución anual de 25.000 USD por país.
- **Paquete de servicios ampliado** para países con alta carga de tuberculosis multirresistente, según la definición del último informe del Programa Mundial para la Tuberculosis de la OMS, con una contribución anual de 50.000 USD por país.

El mecanismo del GLC respaldado por el MOU ha evolucionado gracias a las lecciones aprendidas. Con la renovación del acuerdo se han incorporado nuevas características. Con el objetivo de estandarizar el apoyo a los países y garantizar el aseguramiento de la calidad, se incluyen ahora en el acuerdo términos de referencia y mecanismos de revisión entre pares. Las contribuciones anuales (honorarios del GLC) de las subvenciones se agrupan a nivel central y se desembolsan a la OMS en tres tramos. El acuerdo actual se basa en el desempeño y las subvenciones se cobrarán después de confirmar que los rGLC han facilitado apoyo técnico a los países.

Entre las lecciones aprendidas durante la aplicación del MOU actual están las siguientes: i) más de 90 países recibieron apoyo de los seis rGLC en 2018; ii) las misiones y los informes de los rGLC se utilizaron para la promoción y el desarrollo de solicitudes de financiamiento de los PEN; iii) mejoró la calidad del apoyo a los países y de los informes de las misiones; iv) el mecanismo central de pago facilitó la previsibilidad y la transferencia de fondos y redujo los costos de transacción; v) los países se beneficiaron del componente para desarrollar su capacidad; vi) los rGLC ayudaron a los países en la transición a los nuevos regímenes de tratamiento de la OMS para la tuberculosis farmacorresistente, incluida la ampliación de las pruebas de sensibilidad a los fármacos, la vigilancia farmacológica para la tuberculosis activa y el apoyo a los pacientes.⁶

⁵ *Memorandum of Understanding (MOU) between the Global Fund and WHO on Regional GLC and secretariats. Abril de 2017*

⁶ *Performance-based technical support for drug-resistant TB responses: Lessons from the Green Light Committee. IJTLDD en prensa*

3.9 Resistencia a los antibióticos

La resistencia a los antibióticos plantea una gran amenaza para la lucha contra enfermedades infecciosas como la tuberculosis, y sigue siendo un serio problema de salud mundial. La resistencia a los medicamentos en bacterias, virus, hongos y parásitos hace que sea más difícil y caro tratar las infecciones. Puesto que la capacidad de prevenir y tratar infecciones apunala todos los aspectos de la atención sanitaria, el incremento de los niveles de resistencia a los antibióticos comunes y a otros antimicrobianos es una de las principales amenazas para la salud mundial. La tuberculosis es responsable de cerca de un tercio de las muertes relacionadas con la resistencia a los antibióticos en todo el mundo, y podría causar cerca de 2,6 millones de muertes de los 10 millones de fallecimientos que se calcula que la RAB provocará hasta 2050, mientras que los costos que podría suponer a la economía mundial no tomar ninguna medida al respecto podrían alcanzar los 16,7 billones de USD.⁷ Los responsables de formular políticas conocen bastante mejor la farmacoresistencia en el caso de la tuberculosis que la resistencia a los antibióticos de forma más general, lo que es un buen ejemplo que es importante para fines de promoción.

La resistencia a los antibióticos está aumentando debido a su uso excesivo para tratar enfermedades, tanto en personas como en animales, y en la producción de alimentos. Los antibióticos se han estado utilizando como sustitutos de buenas prácticas de higiene, diagnósticos y atención. Para abordar este problema, se deben reforzar sistemas que prevengan y traten las infecciones. Tras la Reunión de alto nivel sobre la resistencia a los antibióticos, celebrada en 2016, el Secretario General de las Naciones Unidas convocó al Grupo Interinstitucional de Coordinación sobre la resistencia a los antibióticos para hacer frente a esta cuestión. El grupo reunió a asociados del sistema de Naciones Unidas, organizaciones internacionales y particulares con experiencia en materia de salud humana, animal y vegetal, así como de los sectores de alimentación humana, piensos, comercio, desarrollo y medio ambiente. Los informes y recomendaciones del Grupo están disponibles en el [Informe del IACG](#).⁸ La aplicación de las recomendaciones está coordinada por una secretaría tripartita (FAO, OMS y OIE), encabezada por la OMS. Aunque se trata de un problema multisectorial, queda mucho por hacer en los sistemas de salud humana y, con un pequeño costo adicional, se pueden conseguir grandes resultados si la RAB se incluye en inversiones para enfermedades específicas y SSRS.

A continuación, se incluyen algunos ejemplos de medidas que ayudarían tanto a avanzar en la respuesta a la RAB y como a la tuberculosis:

- Incluir la bacteriología y las pruebas de sensibilidad a los antibióticos en los programas que tienen como fin fortalecer los laboratorios y los sistemas de vigilancia.
- Aprovechar la experiencia alcanzada en la gestión de la cadena de suministro de medicamentos para garantizar un suministro fiable de antibióticos de calidad (incluso si los recursos del Fondo Mundial no se utilizan para comprar los medicamentos).
- Las inversiones en SSRS y en calidad deben contemplar el fortalecimiento de la prevención y el control de infecciones para evitar la transmisión de infecciones en la atención sanitaria que ponen en peligro la atención.
- Establecer vínculos entre los comités de coordinación de la RAB y los programas de enfermedades a nivel nacional para facilitar la coordinación y conseguir beneficios colaterales.

⁷ https://amr-review.org/sites/default/files/160518_Final%20paper_with%20cover.pdf

⁸ <https://www.who.int/antimicrobial-resistance/interagency-coordination-group/en/>

3.10 Nuevos diagnósticos, medicamentos, regímenes de tratamiento y tecnologías digitales innovadoras

3.10.1. Diagnósticos

Durante los últimos 10 años, la OMS ha recomendado varias pruebas nuevas para el diagnóstico de la tuberculosis y pruebas de sensibilidad a los fármacos, entre las que se encuentran Xpert MTB/RIF, los ensayos de sonda lineal (LPA) y la prueba con amplificación isotérmica mediada por bucle para tuberculosis (TB-LAMP), así como la prueba de lipoarabinomano en flujo urinario lateral (LF-LAM) para diagnosticar la tuberculosis en personas que viven con el VIH gravemente enfermas o con un recuento bajo de CD4. Estos y otros nuevos diagnósticos deben ampliarse rápidamente y utilizarse en función de los contextos y las necesidades de cada país. Para ello es necesario establecer mecanismos de garantía de calidad. En todo el mundo, sólo alrededor del 20% de los centros de salud del sector público (aunque con un amplio rango) cuentan con diagnósticos para la tuberculosis in situ (y sólo el 10% de estos disponen de GeneXpert), ya que en la mayoría de los países los diagnósticos se realizan en sitios con un mayor volumen de actividad ambulatoria. Es absolutamente prioritario mejorar el acceso al diagnóstico de la tuberculosis, ampliar los centros que realizan pruebas in situ y expandir rápidamente los sistemas de transporte de muestras integrados. El transporte de muestras puede vincular a los centros de diagnóstico con el 80% de centros de salud restantes, principalmente en la atención primaria, para garantizar que se diagnostique antes la enfermedad y detectar nuevos casos. Estos esquemas de redes de diagnóstico deben estar disponibles tanto en el sector público como en el privado.

Puede encontrar una lista exhaustiva de los documentos de políticas de la OMS sobre el diagnóstico de la tuberculosis en [Diagnósticos de la tuberculosis y laboratorios](#). También se están desarrollando nuevos diagnósticos y pruebas de sensibilidad a los fármacos. Los programas deben estar atentos para introducir y ampliar las nuevas herramientas cuando estén disponibles y se recomiende su uso a diferentes niveles. En las subvenciones se concede cierta flexibilidad para destinar los ahorros a ampliar los diagnósticos y las herramientas de pruebas de sensibilidad a fármacos nuevos y más eficaces. Para más información sobre los diagnósticos que se están desarrollando actualmente para la tuberculosis, visite el sitio web de [FIND](#).

3.10.2. Nuevos regímenes de tratamiento para la tuberculosis farmacorresistente y formulaciones pediátricas para niños

La Organización Mundial de la Salud ha publicado nuevas recomendaciones (a través de un comunicado rápido en agosto de 2018 y de nuevas directrices en marzo de 2019) sobre el tratamiento de la tuberculosis farmacorresistente. Las directrices incluyen la recategorización de medicamentos de segunda línea (incluidos tanto fármacos nuevos como orientados a otros usos), la eliminación de la lista de determinados agentes (kanamicina y capreomicina), y la recomendación general de las dosis de administración totalmente oral para los pacientes con tuberculosis resistente a la isoniazida, la rifampicina o multirresistente. Todas las terapias orales inferiores a 18 meses pueden aplicarse bajo condiciones de investigación operativa. Para más información, consulte las [Directrices consolidadas de la OMS sobre el tratamiento de la tuberculosis farmacorresistente](#) y las [preguntas frecuentes](#) sobre los principales cambios en el tratamiento de la tuberculosis farmacorresistente.

Tras la publicación del comunicado rápido en agosto de 2018, el Fondo Mundial comenzó a colaborar con un grupo de trabajo organizado por la OMS que está formado por diferentes

asociados, como el Servicio Farmacéutico Mundial, USAID y agencias técnicas clave, y cuyo objetivo es ayudar a los países en la transición a los nuevos tratamientos. El Fondo Mundial recomienda a los países que comiencen a utilizar los nuevos tratamientos y un régimen abreviado de tratamiento exclusivamente de vía oral bajo condiciones operativas, ya que las ventajas para los pacientes y el sistema de salud son importantes. Los recursos necesarios para la transición se han obtenido a partir de los ahorros/eficiencias y de la reprogramación de subvenciones del Fondo Mundial, así como de la optimización del portafolio. Más de 20 países han recibido fondos adicionales de la reserva central en 2018/2019. Los Comités Luz Verde de ámbito regional (rGLC), que también están financiados por el Fondo Mundial, han proporcionado apoyo técnico a los países, prestando especial atención a la preparación de planes de transición para adoptar los nuevos tratamientos totalmente orales, la expansión de la capacidad de laboratorio (pruebas de sensibilidad a los fármacos), la vigilancia farmacológica para la tuberculosis activa, la cuantificación de medicamentos y el apoyo a los pacientes.

Diferentes asociados, bajo la dirección de TB Alliance, comenzaron a distribuir en 2016 formulaciones para la tuberculosis farmacosensible de dosis única adaptadas a los niños, lo que ha facilitado la provisión de dosis adecuadas para los niños con este tipo de tuberculosis y contribuido a mejorar el seguimiento, la observancia y los resultados del tratamiento. Todos los niños a los que se les diagnostica tuberculosis deben recibir las nuevas formulaciones. Varios países han utilizado las subvenciones del Fondo Mundial para ampliar su uso. Puede obtenerse más información en el sitio de [medicamentos adaptados a niños de TB Alliance](#). Es necesario seguir trabajando para desarrollar formulaciones similares para niños con tuberculosis farmacorresistente.

3.10.3. Prevención y tratamiento de la infección por tuberculosis.

La OMS ha publicado nuevas directrices para [el manejo programático de la ILT en 2018](#) y recomienda que se utilice la prueba cutánea de tuberculina o pruebas de liberación de interferón gamma (IGRA) para diagnosticar la infección por tuberculosis, aunque la ausencia de estas pruebas no puede suponer un obstáculo para iniciar el tratamiento preventivo. Las directrices también recomiendan la provisión de tratamiento preventivo de la tuberculosis utilizando terapias combinadas más breves (3HP y 3HR), así como la monoterapia con isoniazida (INH), especialmente en grupos de alto riesgo, como las personas seropositivas y quienes están en contacto con la enfermedad en sus hogares, independientemente de su edad. La Declaración de la Reunión de alto nivel sobre la tuberculosis también contempla la meta de ofrecer tratamiento preventivo de la tuberculosis a 30 millones de personas entre 2018 y 2022, lo que significa que es necesario destinar más atención y recursos a ampliar la respuesta a la infección. El tratamiento preventivo con isoniazida ha formado parte de los PEN y de la mayoría de los programas financiados por el Fondo Mundial, pero su cobertura y resultados no han sido los esperados, especialmente en niños. Tras la publicación de las nuevas directrices de la OMS sobre la infección por tuberculosis latente en 2018, el Fondo Mundial ha recomendado a los países ampliar el tratamiento preventivo de la tuberculosis utilizando la nueva combinación de fármacos mediante las subvenciones existentes, y ha facilitado fondos adicionales (gracias a la optimización del portafolio) a dos países en 2019.

Al mismo tiempo que el diagnóstico temprano y el tratamiento de la tuberculosis es esencial, también debe darse prioridad y financiamiento a acabar con la transmisión en contextos institucionales y comunitarios. Para prevenir y controlar la infección se necesitan medidas basadas en pruebas destinadas a prevenir la exposición y a reducir el riesgo de transmisión de los agentes infecciosos, como *Mycobacterium tuberculosis*. Se requieren para ello iniciativas coordinadas e integradas y que parte de la respuesta mundial se dirija a mitigar la amenaza de la resistencia a los antibióticos.

Puede encontrar más información sobre la prevención y el control de la infección por tuberculosis y sobre cómo erradicar la transmisión de esta enfermedad en el [sitio web de la OMS](#) y de [End TB Transmission Initiative](#).

3.10.4. Tecnologías digitales

Actualmente sigue sin explotarse lo suficiente el potencial de las tecnologías de la información y la comunicación para combatir la tuberculosis. Muchos países y asociados han probado diversas tecnologías digitales en sus iniciativas para mejorar el diagnóstico (como el uso de inteligencia artificial para la lectura de rayos-x), la atención de los pacientes y el apoyo a la observancia del tratamiento (centros de llamada y aplicaciones móviles), la vigilancia, la gestión logística y el aprendizaje en línea. En 2017, la OMS publicó recomendaciones basadas en pruebas para el uso de tecnologías digitales cuyo objetivo es ayudar a los pacientes a seguir el tratamiento, tales como monitores de medicamentos, vídeos de ayuda y mensajes de texto. Siguiendo estas recomendaciones, este tipo de herramientas deben utilizarse en más lugares para mejorar el desempeño de los programas y la provisión de una atención centrada en los pacientes. Sin embargo, es necesario que su elección y uso se adapte a los contextos específicos, y para ello se necesitan más pruebas sobre su aplicación y repercusión. En 2018, la OMS publicó un [manual](#) sobre los aspectos prácticos de utilizar tecnologías digitales para la observancia del tratamiento. Los países también deben desarrollar sistemas que permitan recopilar datos sobre la aplicación y la repercusión de este tipo de tecnologías digitales e intervenciones innovadoras.

3.11 Situación de financiamiento

A pesar del aumento del financiamiento para la tuberculosis en países con una carga elevada de la enfermedad, los esfuerzos mundiales para luchar contra la tuberculosis continúan sin contar con suficientes recursos. Además, es probable que aumenten las necesidades de financiamiento debido a una aceleración del progreso hacia el objetivo de una cobertura universal de salud, necesaria para garantizar que todas las personas con tuberculosis, incluida la farmacorresistente, puedan acceder al diagnóstico y al tratamiento sin hacer frente a costos excesivos. La primera Reunión de alto nivel sobre la tuberculosis ha ayudado a ampliar el compromiso para erradicar la tuberculosis en todo el mundo y se debe mantener este impulso. Para conseguir las metas de la declaración de dicha reunión, se necesita un incremento significativo de los fondos destinados a la tuberculosis, tanto de fuentes nacionales como internacionales. También se requiere financiamiento adicional para la investigación y el desarrollo (I+D), puesto que sin nuevas herramientas será muy complicado alcanzar el ODS de erradicar la tuberculosis para 2030.

El costo medio por paciente tratado en 2017 fue de 1.224 USD para la tuberculosis farmacosensible y 7.141 USD para la tuberculosis farmacorresistente. La última cifra es inferior a la de años previos gracias al uso de un tratamiento más breve y barato que la OMS recomendó por primera vez en 2016. Por este motivo, si se quieren alcanzar las metas de la Estrategia para acabar con la tuberculosis y del Plan Mundial para Detener la Tuberculosis se necesita con urgencia realizar mayores inversiones iniciales e intensificar los esfuerzos en la configuración del mercado, que incluyan a las empresas, para reducir el precio unitario de los productos de diagnóstico/consumibles y de los medicamentos. El financiamiento promedio anual necesario en todo el mundo para el periodo de 2018-2022 es de 13.000 millones de USD, más 2.000 millones de USD para I+D. Esto significa que, a nivel mundial, es necesario duplicar el financiamiento destinado a la atención y la prevención de la tuberculosis y triplicar el destinado a I+D. Para cumplir las metas de la Reunión de

alto nivel de las Naciones Unidas para 2022, los países con una morbilidad elevada deben aumentar significativamente sus presupuestos para la tuberculosis. ([Informe mundial sobre la tuberculosis 2018](#))

En los países que cumplen los requisitos para recibir ayudas del Fondo Mundial, incluso con las previsiones de financiamiento interior más optimistas y con el financiamiento externo al nivel actual, se necesitará movilizar 7.400 millones de USD adicionales para que alcancen las metas en 2020. A pesar de que el grueso de estas inversiones debe proceder de recursos nacionales y donantes internacionales, la movilización de fuentes de financiamiento alternativas, como los bonos de impacto social, micro impuestos y fondos fiduciarios de donantes agrupados, podría acelerar en gran medida el proceso. ([Plan Mundial para Detener la Tuberculosis: Cambio de paradigma 2016-2020](#)).

3.12 La estrategia del Fondo Mundial

La [Estrategia del Fondo Mundial](#) cubre el período 2017-2022 y describe una agenda ambiciosa para el período de seis años. Se basa en una visión a largo plazo y en cuatro objetivos estratégicos, los cuales incluyen varios subobjetivos y están apoyados por dos habilitadores estratégicos. Los objetivos principales de la Estrategia del Fondo Mundial para 2017-2022 son: maximizar la repercusión contra el VIH, la tuberculosis y la malaria; crear sistemas para la salud resistentes y sostenibles; promocionar y proteger los derechos humanos y la igualdad de género; y movilizar más recursos. El objetivo de la prestación de servicios para el período de la estrategia es “Reducir rápidamente la incidencia de la tuberculosis, la coinfección por tuberculosis y VIH, la tuberculosis multirresistente y la mortalidad relacionada a través del acceso universal a la atención de alta calidad y prevención, en línea con la Estrategia para acabar con la tuberculosis y el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis”.

Maximizar la repercusión de las inversiones para el VIH, la tuberculosis y la malaria requiere diferentes planteamientos para diversos contextos nacionales, mayor alineamiento y planificación para la sostenibilidad de los programas. Los países necesitan apoyo, tanto desde un punto de vista programático como financiero, a fin de poner en marcha y mantener programas a largo plazo y con repercusión dirigidos a las tres enfermedades. La correcta aplicación de esta estrategia ayudará a avanzar en la lucha contra las tres enfermedades, junto con la Estrategia de Respuesta Rápida del ONUSIDA, la Estrategia para acabar con la tuberculosis y la Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria, así como a lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Crear sistemas para la salud resistentes y sostenibles es un elemento decisivo para garantizar que las personas tengan acceso a servicios efectivos, eficientes, integrados, centrados en las personas, oportunos y accesibles a través de sistemas de salud y comunitarios con capacidad de respuesta y buen funcionamiento. La existencia de sistemas de salud sólidos resulta esencial para avanzar en la lucha contra el VIH, la tuberculosis y la malaria, y para garantizar que los países puedan abordar la gran cantidad de retos sanitarios a los que se enfrentan las diferentes poblaciones, desde amenazas a la seguridad sanitaria mundial hasta enfermedades no transmisibles.

Los obstáculos relacionados con los derechos humanos, como el estigma y la discriminación, las desigualdades de género y la pérdida de ingresos y de oportunidades laborales y educativas por la tuberculosis impiden responder con eficacia a la enfermedad. Abordar estas barreras de acceso con programas concretos y una programación y aplicación dirigidas por la comunidad y basadas en los derechos humanos y cuestiones de género resulta esencial para garantizar la máxima

repercusión de la respuesta a la tuberculosis. Incorporar un enfoque diferenciado en función del género en los programas de tuberculosis ayudará a superar los obstáculos relacionados, como la desigualdad de género.

Se necesita movilizar más recursos para ampliar con éxito la respuesta a las tres enfermedades. De acuerdo con las estrategias técnicas mundiales contra el VIH, la tuberculosis y la malaria, la comunidad sanitaria mundial debe adelantar las inversiones en el próximo período de la estrategia a fin de mantener las mejoras alcanzadas hasta la fecha y acelerar el progreso.

La correcta ejecución de la estrategia del Fondo Mundial depende de dos elementos fundamentales, denominados los habilitadores estratégicos. Incluyen la necesidad de innovar y diferenciar a lo largo del proceso continuo de desarrollo y apoyar asociaciones mutuamente responsables.

4. Referencias clave

Notas informativas y resúmenes técnicos del Fondo Mundial (se están actualizando o finalizando, y están disponibles en [esta página](#))

Otros documentos del Fondo Mundial seleccionados (algunos de los cuales también se están actualizando o finalizando) están disponibles en [esta página](#) y en el [sitio web del Fondo Mundial](#)

- [Global Fund Strategy 2017-2022 “Investing to End Epidemics.” \(2019\).](#)
- [Manual para Solicitantes. Una guía práctica para preparar una solicitud de financiamiento \(2016\)](#)
- [Instrucciones para la solicitud de financiamiento \(2019\)](#)
- [Global Fund Modular Framework Handbook](#)
- [Preguntas frecuentes. El ciclo de financiamiento 2017-2019 \(2016\)](#)
- [Framework for Financing Co-infections and Co-Morbidities of HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria \(COIM\) \(2015\)](#)
- [Global Fund Operational Policy Manual](#)
- [Scaling up programs to remove human rights barriers to health services \(2016\)](#)
- [Política de Sostenibilidad, Transición y Cofinanciamiento del Fondo Mundial \(2016\).](#)
- [The Challenging Operating Environments Policy \(2016\).](#)
- [Observaciones consolidadas del panel de revisión técnica sobre el modelo de financiamiento basado en asignaciones para 2014-2016](#)

Directrices y documentos clave de la OMS

- [Handbook for the use of Digital Technologies \(2017\)](#)
- [WHO Consolidated Guidelines on DR-TB Treatment \(2019\)](#)
- [Global TB report, 2018](#)
- [Estrategia para acabar con la tuberculosis](#)
- [PPM roadmap \(2018\)](#)
- [Enfoque ENGAGE-TB](#)

- [Manejo programático de la ILT en 2018](#)
- [Framework of indicators and targets for laboratory strengthening under the End TB Strategy](#)
- [Roadmap towards ending TB in children and adolescents \(2018\)](#)
- [Implementing tuberculosis diagnostics. Policy framework \(2015\)](#)
- [Implementación de la estrategia Fin de la tuberculosis: Aspectos esenciales \(2015\)](#)
- [Integrating collaborative TB and HIV services within a comprehensive package of care for people who inject drugs](#)
- [Monitoreo del progreso hacia la cobertura universal de salud a nivel nacional y global: marco de trabajo, medidas y metas](#)
- [Recommendations for investigating contacts of persons with infectious tuberculosis in low and middle-income countries](#)
- [Framework on integrated, people-centred health services](#)
- [Systematic screening for active tuberculosis: an operational guide \(2015\)](#)
- [TB diagnostics and Laboratories](#)
- [Compendium of standards](#)

Alianza Alto a la Tuberculosis

- [GLI quick guide to TB connectivity solutions](#)
- [The Paradigm Shift 2016-2020 \(2015\)](#)
- [Improving TB Case Detection: A compendium of TB REACH Case studies, lessons learned and a monitoring and evaluation framework](#)
- [Key Population Briefs](#)
- [GLI Quick guide to TB diagnostics connectivity solutions](#)
- [Global Drug Facility](#)
- [TB REACH funded projects](#)
- [Strategic Initiative - Finding the missing people with TB – how to do guides](#)
- [Legal environment assessment](#)

- [Gender assessment](#)
- [Framework for data on TB Key Pops.](#)

Otros documentos clave

- La Unión: [The Unions desk guide for diagnosis and management of tuberculosis in children – Africa and Asia](#) (2016)
- UNITAID: [Tuberculosis diagnostics technology and market landscape - 5ª edición](#) (2017)
- ONUSIDA: [UNAIDS/WHO Technical Guidance Note on HIV/TB](#)
- TB Alliance: [Child-friendly medicines](#)
- USAID: [USAID Tuberculosis](#)

Otros documentos útiles (Fondo Mundial)

- [Program Quality and Efficiency Case Study](#) (2018)
- [Best Practices on TB Case Finding and Treatment: Reflections and Lessons from West and Central Africa and Beyond](#) (2018) – Versiones en [inglés](#) y [francés](#)
- The Global Fund TB/HIV Best Practices/Technical Brief

5. Lista de abreviaturas

aDSM	-	Vigilancia farmacológica para la tuberculosis activa
RAB	-	Resistencia a los antibióticos
AR	-	Antirretrovírico
TAR	-	Tratamiento antirretrovírico
MCP	-	Mecanismo de Coordinación de País
DST	-	Pruebas de sensibilidad a los fármacos
GDF	-	Servicio Farmacéutico Mundial
3HP		3 meses (12 dosis) de isoniazida y rifapentina
LF-LAM		Prueba de lipoarabinomano en flujo urinario lateral
ILT	-	Infección por tuberculosis latente
MOU	-	Memorando de entendimiento
PEN	-	Plan Estratégico Nacional
PMDT	-	Gestión programática de la tuberculosis farmacorresistente
rGLC	-	Comités Luz Verde de ámbito regional
SSRS	-	Sistemas para la Salud Resistentes y Sostenibles
3RH		3 meses (12 dosis) de rifampicina e isoniazida
LPA	-	Ensayos de sonda lineal
TB	-	Tuberculosis
TB-LAMP	-	Prueba con amplificación isotérmica mediada por bucle para tuberculosis
PRT	-	Panel de Revisión Técnica
CUS	-	Cobertura universal de la salud
OMS	-	Organización Mundial de la Salud