

Boletín sobre AÑO XX - MARZO 2018

TUBERCULOSIS

en la Argentina

Nº1



Presidente de la Nación
Ing. Mauricio Macri

Ministro de Salud
Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

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

Director de Sida y ETS
Dr. Sergio Maulen

Área de Estudios y Monitoreo

Ariel Adaszko

Sebastián Aquila

Andrea Aymá

Gastón De Simone

Paula Enz

Vanesa Kaynar

Valeria Levite

Mercedes Musso

Marysol Orlando

Área de Comunicación

Adrián Arden

Carolina Berdiñas

Cecilia Dávila

Manuel Díaz

BOLETÍN SOBRE TUBERCULOSIS EN LA ARGENTINA



Abreviaturas

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

Índice

6.	Presentación
8.	Consideraciones metodológicas
10.	VIH y sida en la Argentina
12.	Resumen de indicadores sobre la situación y respuesta al VIH en la Argentina
13.	Vigilancia de casos de infección por VIH
24.	Diagnóstico oportuno y tardío de la infección por VIH
28.	Transmisión perinatal del VIH en la Argentina
34.	Mortalidad por sida en la Argentina entre 2005 y 2015
38.	Situación del acceso al diagnóstico oportuno, a los tratamientos y continuidad en la atención de las personas con VIH en la Argentina, 2014-2016
46.	Adherencia a los tratamientos antirretrovirales en personas que viven con VIH en la Argentina
51.	Prevalencia de VIH, sífilis, hepatitis virales y tuberculosis en personas en contextos de encierro en unidades del Servicio Penitenciario Federal
56.	Consultas y reclamos atendidos por la Dirección de Sida y ETS en 2016
60.	Más y mejor información: estrategias para la prevención y el diagnóstico
62.	Indicadores de gestión de VIH, ITS y hepatitis virales
66.	Anexo

Presentación

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

En la Argentina, si bien se considera que la enfermedad tiene una carga moderada, la TB continúa siendo un problema de salud pública. **Se notificaron 11.560 casos en 2016 y la tasa de notificación de casos de TB aumentó nuevamente** con respecto a 2015: de 24,93 a 26,52 por 100.000 habitantes, **con jurisdicciones que multiplican por siete la tasa promedio nacional.** Esto determinó cuatro años consecutivos de aumento sostenido de la enfermedad, a lo que se suma un incremento de casos de TB en grupos jóvenes.

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

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

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

Las muertes por TB en 2016 fueron 757, cifra 5% más alta que la registrada en 2015. **El riesgo de morir por TB**

es mayor en los varones que en las mujeres y, si bien aumenta con la edad, dos de cada tres muertes ocurren en personas de **menos de 65 años.**

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

En el año 2016 se notificaron **1.932 casos en niños y adolescentes menores de 20 años** (16%) y el 53% correspondió a jóvenes de 15 a 19 años que en su mayoría fueron diagnosticados por síntomas respiratorios.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr. Sergio Maulen
Director de Sida y ETS
Ministerio de Salud de la Nación



Programa Nacional de Control de la Tuberculosis y Lepra

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

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

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

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

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

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

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

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

Marcela Natiello
Coordinadora del Programa Nacional
de Control de la Tuberculosis

Consideraciones metodológicas

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

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

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

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



Definición de casos al ingreso al tratamiento utilizados en el análisis

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

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

Definición de casos según confirmación bacteriológica

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

Clasificación basada en la localización anatómica de la enfermedad

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

Clasificación basada en el estado de VIH

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



Clasificación basada en la resistencia a medicamentos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Una estrategia para acabar con la tuberculosis

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

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

OBJETIVO 3: SALUD Y BIENESTAR
Poner fin a la epidemia del sida, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir las hepatitis, enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.

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

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

A su vez, la Estrategia se propone cumplir para el año 2035 las metas de reducir un 95% las muertes por la enfermedad y un 90% la tasa de incidencia. Para lograr estos objetivos la Estrategia Fin de la Tuberculosis se fundamenta en tres pilares:

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

Actividades de colaboración TB/VIH

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

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

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

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

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

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

Estos tres pilares engloban cuatro principios:

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

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



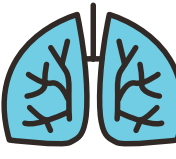
Diagnóstico oportuno de la TB, incluyendo el acceso universal a las prueba de sensibilidad a los medicamentos anti-TB y la detección sistemática de contactos y grupos de alto riesgo.



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



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



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

PILAR 2 Políticas audaces y sistemas de apoyo



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



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



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

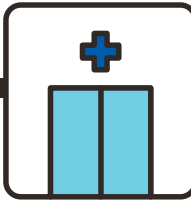


Protección social, alivio de la pobreza y actuación sobre otros determinantes de la TB.

PILAR 3 Innovación e investigación intensificada



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



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

INDICADORES

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

*Comparado con 2015 (%).
** Los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) de las Naciones Unidas incluyen poner fin a la epidemia de TB en el año 2030 bajo el tercer objetivo.

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

La tuberculosis en la Argentina

Situación de la tuberculosis en la Argentina

Provincias	Población (2016)		Notificación (2016)					
	Número	%	Totales		Nuevos y recaídas		Antes tratados	
			Casos	Tasas ¹	Casos	Tasas ¹	Casos	Tasas ¹
Total del País	43.590.368	100,00	10.389	26,52	9.334	23,91	1.055	2,61
Ciudad de Buenos	3.059.122	7,02	1.171	38,28	1.089	35,60	82	2,68
Buenos Aires	16.841.135	38,63	5.927	35,19	5.098	30,27	829	4,92
Catamarca	400.678	0,92	36	8,99	29	7,24	7	1,75
Córdoba	3.606.540	8,27	435	37,63	416	35,99	19	1,64
Corrientes	1.080.655	2,48	134	23,20	124	21,47	10	1,73
Chaco	1.155.723	2,65	374	10,37	362	10,04	12	0,33
Chubut	577.466	1,32	287	26,55	270	24,98	17	1,57
Entre Ríos	1.334.489	3,06	206	15,44	192	14,39	14	1,05
Formosa	584.614	1,34	226	38,66	211	36,09	15	2,57
Jujuy	736.542	1,69	406	55,12	400	54,31	6	0,81
La Pampa	346.191	0,79	40	11,56	39	11,27	1	0,29
La Rioja	372.879	0,86	47	12,60	36	9,65	11	2,95
Mendoza	1.907.045	4,37	181	9,49	174	9,12	7	0,37
Misiones	1.204.182	2,76	205	17,03	199	16,53	6	0,50
Neuquén	628.897	1,44	49	7,79	47	7,47	2	0,32
Río Negro	708.799	1,63	67	9,45	64	9,03	3	0,42
Salta	1.351.878	3,10	628	46,45	622	46,01	6	0,44
San Juan	747.488	1,71	72	9,64	68	9,10	4	0,54
San Luis	482.796	1,11	41	8,49	37	7,66	4	0,83
Santa Cruz	329.499	0,76	56	16,99	55	16,69	1	0,30
Santa Fe	3.425.656	7,86	551	16,08	520	15,18	31	0,90
Santiago del Estero	938.109	2,15	94	10,02	81	8,63	13	1,39
Tucumán	1.613.476	3,70	255	15,81	226	14,01	29	1,80
Tierra del Fuego	156.509	0,36	18	11,50	16	10,22	2	1,28
Otros países								
Servicio Penitenciario			43		38		5	
Desconocido			11		10		1	

1. Tasas por 100.000 habitantes. 2- Porcentaje sobre el total de casos notificados. 3- Porcentaje sobre el total de casos evaluados.

Mortalidad (2016)		Evaluación del tratamiento (2015)					
Muertes	Tasas ¹	Casos Totales	Evaluados		Éxito		
			Casos	% ²	Casos	% ²	% ³
757	1,74	9.799	6.027	61,51	4.767	48,65	79,09
58	1,90	1.125	242	21,51	186	16,53	76,86
255	1,51	4.699	2.606	55,46	1.987	42,29	76,25
7	1,75	33	30	90,91	26	78,79	86,67
21	0,58	381	249	65,35	179	46,98	71,89
17	1,57	101	95	94,06	75	74,26	78,95
57	4,93	327	317	96,94	280	85,63	88,33
7	1,21	282	209	74,11	182	64,54	87,08
21	1,57	156	146	93,59	116	74,36	79,45
23	3,93	190	186	97,89	147	77,37	79,03
45	6,11	351	332	94,59	292	83,19	87,95
1	0,29	34	31	91,18	29	85,29	93,55
2	0,54	59	22	37,29	22	37,29	100,00
30	1,57	162	154	95,06	146	90,12	94,81
10	0,83	165	163	98,79	132	80,00	80,98
6	0,95	35	28	80,00	22	62,86	78,57
8	1,13	67	23	34,33	21	31,34	91,30
74	5,47	589	490	83,19	401	68,08	81,84
10	1,34	64	59	92,19	41	64,06	69,49
4	0,83	36	33	91,67	22	61,11	66,67
3	0,91	54	52	96,30	38	70,37	73,08
43	1,26	544	360	66,18	276	50,74	76,67
8	0,85	98	87	88,78	52	53,06	59,77
21	1,30	181	97	53,59	82	45,30	84,54
1	0,64	11	9	81,82	9	81,82	100,00
8							
		32	0	0,00	0	0,00	0,00
17		23	7	30,43	4	17,39	57,14

Situación de la tuberculosis en la Argentina

Notificación de casos

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

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

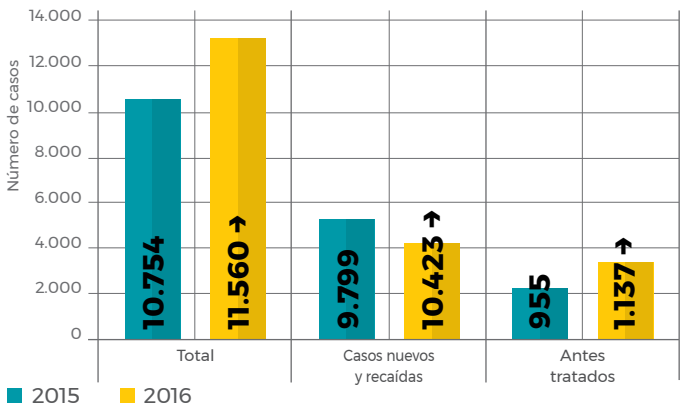
Localización de la enfermedad

La tuberculosis de localización pulmonar es la responsable de la transmisión de la enfermedad. En 2016, el 85,6% de los casos (n=9893) era de localización pulmonar y el 15,3% extrapulmonar; en 70 casos no se registró la localización de la enfermedad.

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

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

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



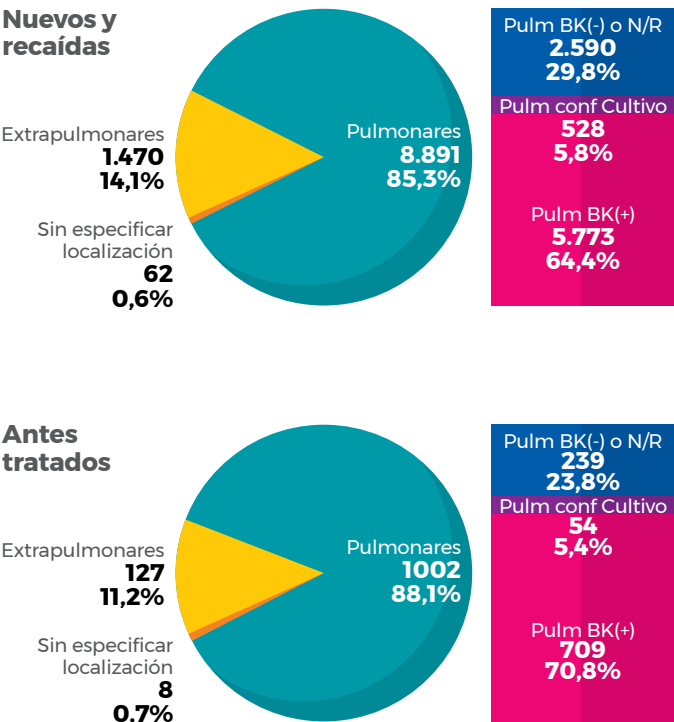
Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

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

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

Durante 2016 se notificaron 1.597 casos de localización extrapulmonar exclusiva (es decir que afecta a órganos distintos del pulmón), lo que representa el 13,8% sobre el total de los casos notificados. En el Gráfico 4 se presenta la distribución de la localización extrapulmonar exclusiva. La localización pleural fue la más frecuente para los casos nuevos y recaídas y antes tratados. Se destaca entre los casos antes tratados una mayor presentación de formas ganglionares y meníngeas que representan el 39,2% de las extrapulmonares exclusivas de este grupo.

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



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

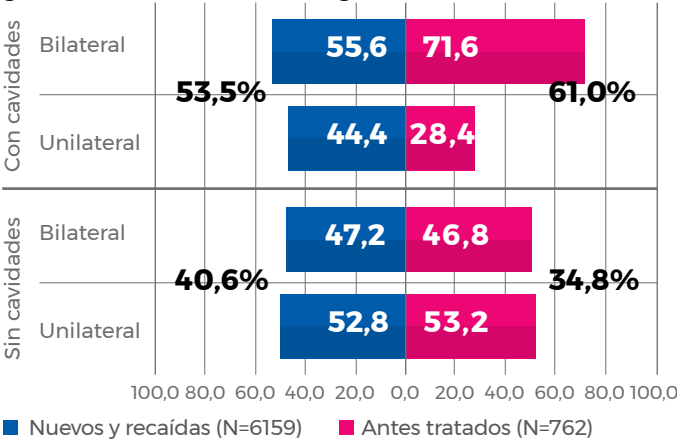
Distribución por edad y sexo

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

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

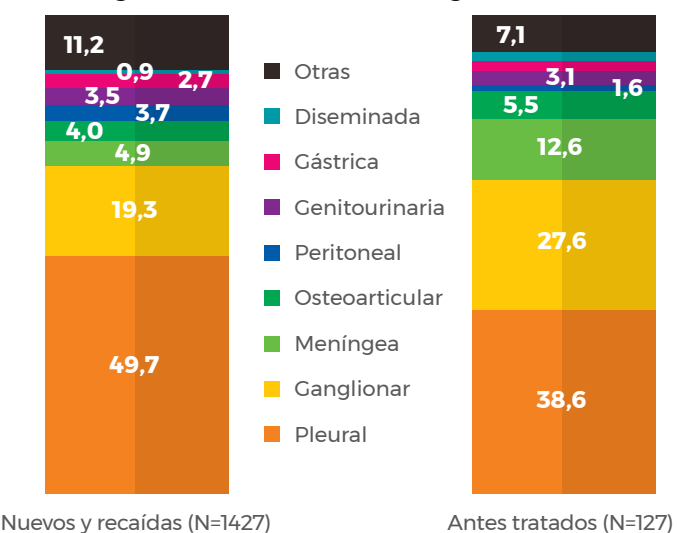
Un patrón similar, aunque un poco desplazado hacia edades mayores, se observó en los casos antes tratados,

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



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

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



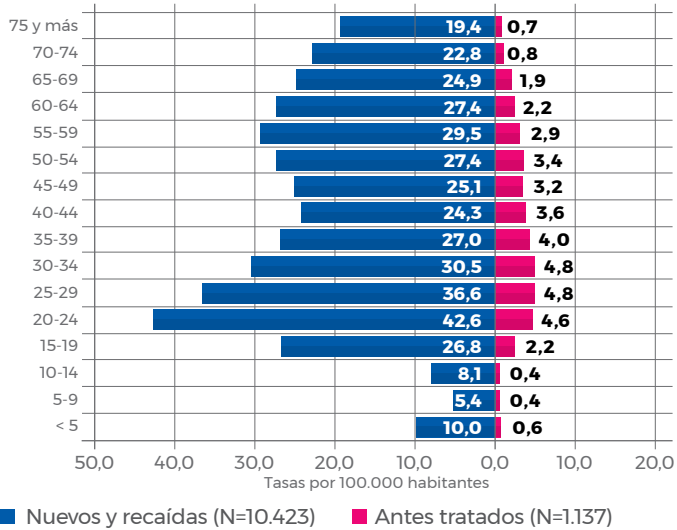
Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

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

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

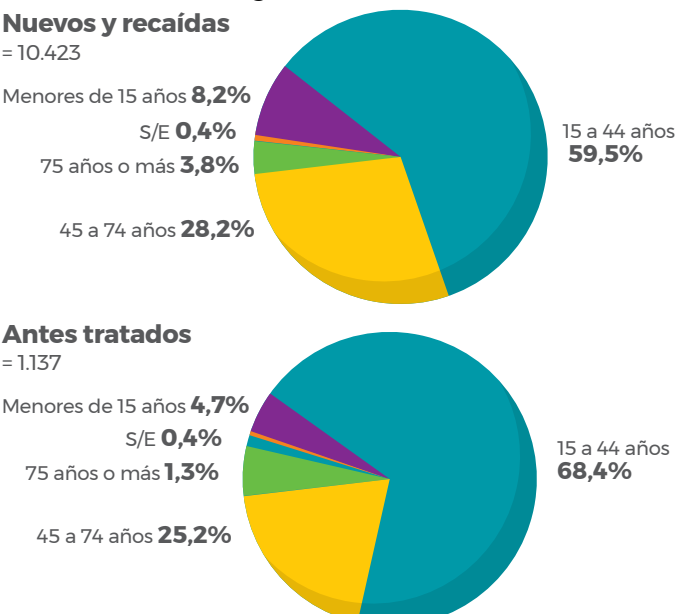
Tal como se espera, la proporción de casos de TB pediátrica fue mayor en el grupo de casos nuevos y recaídas, representando el 8,2% frente al 4,7% de los casos antes tratados (Gráfico 6).

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



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

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



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

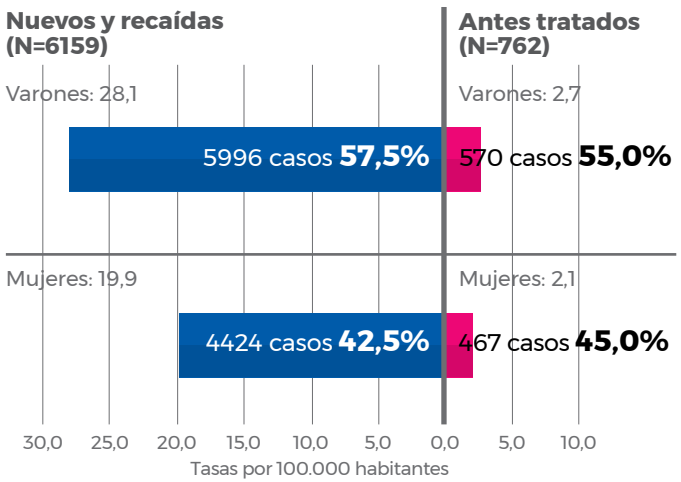
En el Gráfico 7 se presenta la notificación por sexo. Existe un predominio masculino en los casos notificados tanto para los casos nuevos y recaídas como para los antes tratados, con 57,5% y 55,0% respectivamente.

La razón de tasas de notificación de TB entre varones y mujeres fue mayor para los casos nuevos y recaídas, con 1,41, mientras que para los casos antes tratados fue de 1,30.

En el Gráfico 8 se presenta la notificación de casos por grupos de edad y sexo para los casos nuevos y recaídas. La evaluación mediante razón de tasas por sexo mostró que en el grupo de 55 a 59 años se notificaron aproximadamente dos casos de varones por cada mujer (razón de tasas: 1,93).

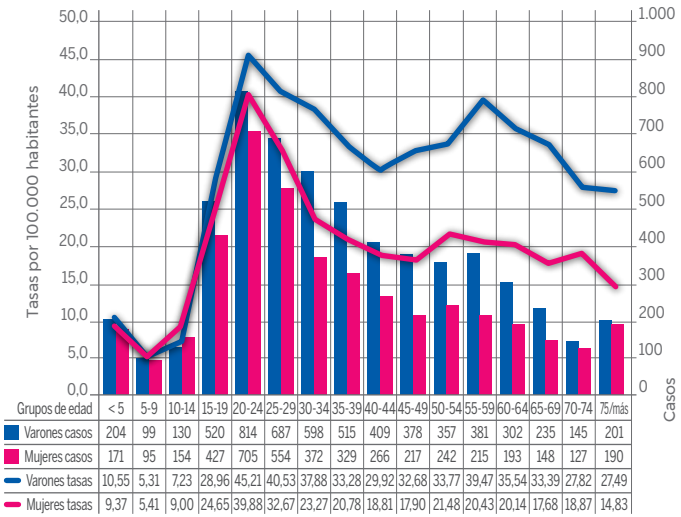
El análisis del comportamiento por edad de los casos

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



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

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



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

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

La razón de tasas por sexo mostró que en el grupo de 55 a 59 años se notificó más del doble de casos de TB BK (+) en hombres que en mujeres (razón de tasas: 2,24).

Distribución por jurisdicción

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

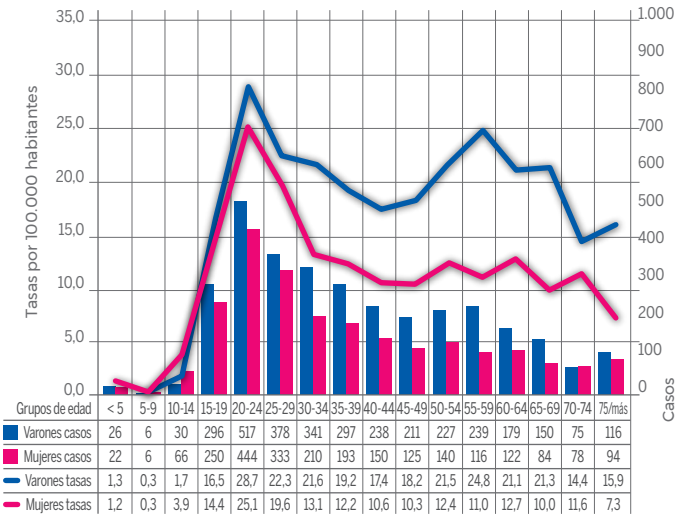
La tasa de notificación más alta de casos nuevos y recaídas -54,3 casos cada 100.000 habitantes- correspondió a la provincia de Jujuy con 400 casos, mientras que la tasa más baja perteneció a Catamarca con 7,2 casos cada 100.000 habitantes (29 casos).

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

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

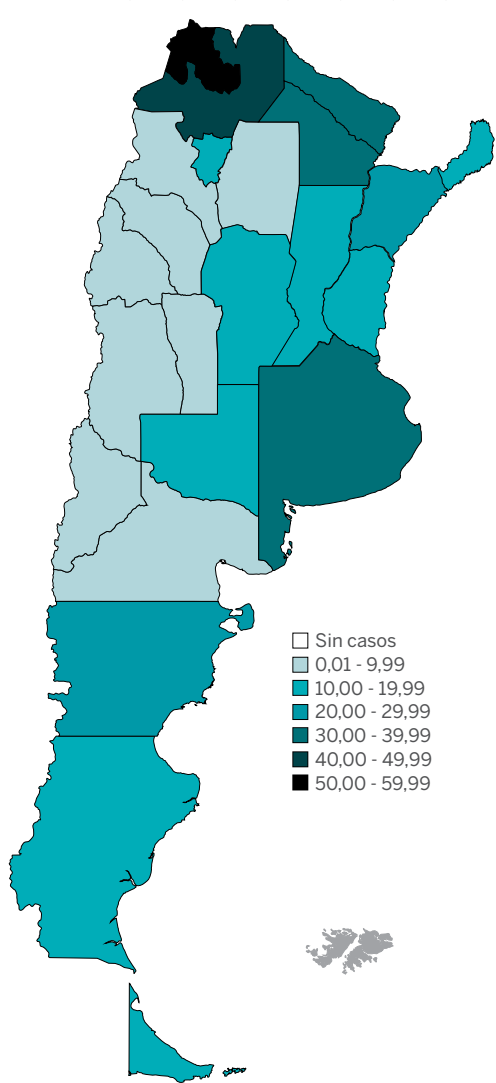
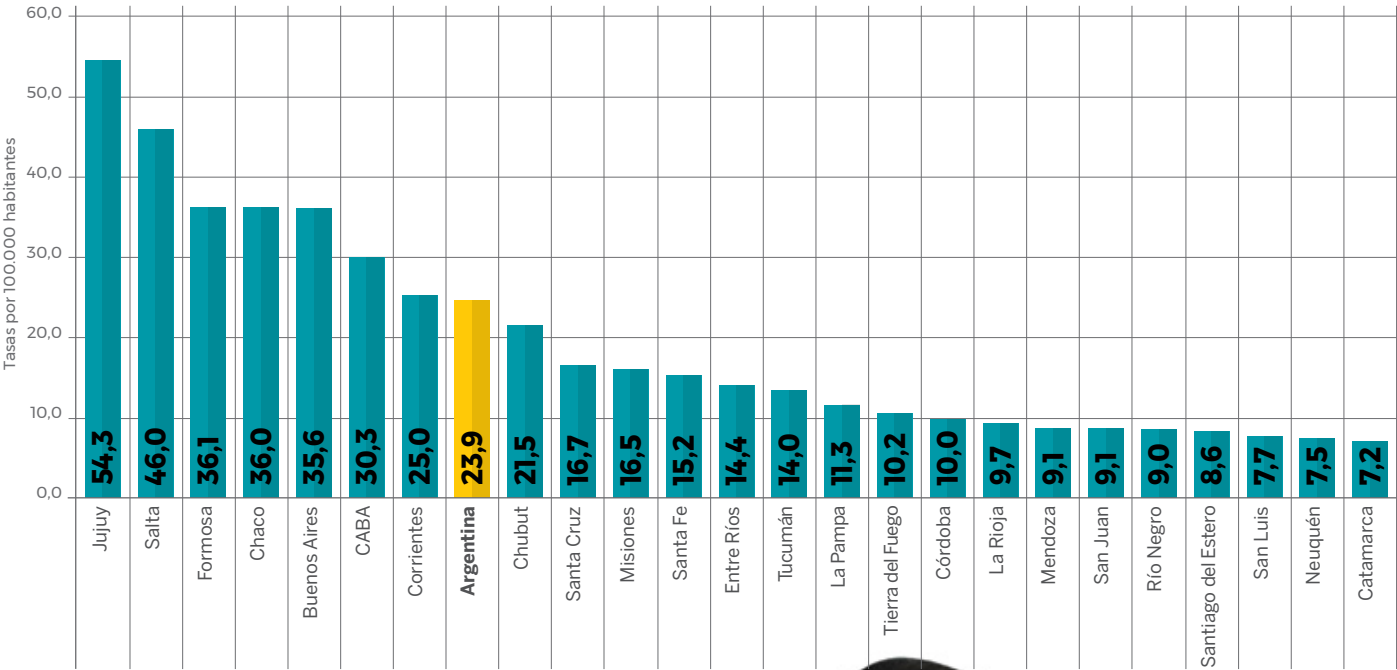
Finalmente se destaca que Buenos Aires notificó casi la mitad (48,9%) del total de casos nuevos y recaídas y el 72,9% de los casos con tratamiento previo.

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



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

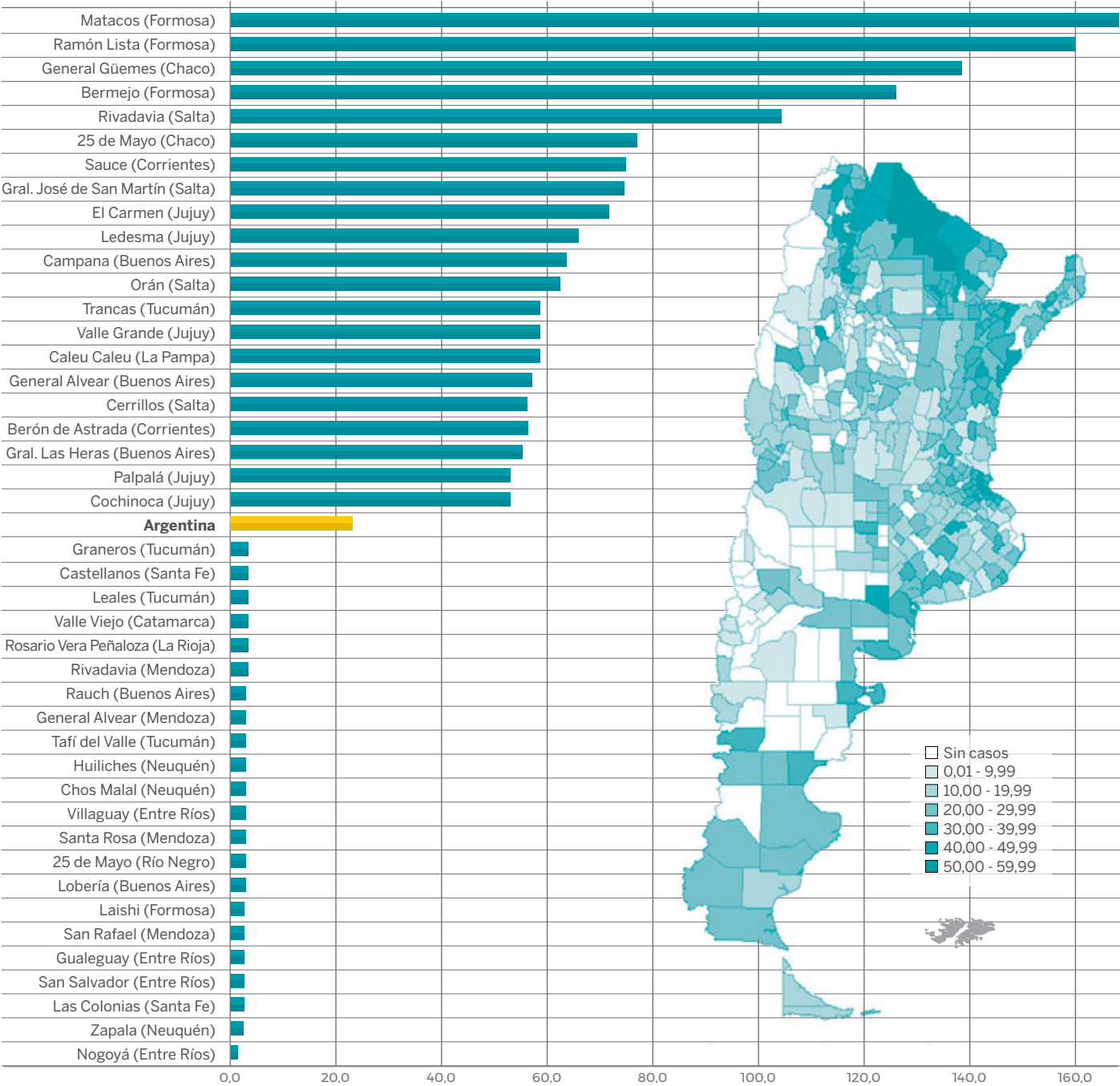
Gráfico 10: Tasas de TB entre los casos nuevos y recaídas por jurisdicción. Argentina, 2016.



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



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



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

Notificación por departamentos

Al hacer un análisis por jurisdicciones se observó una diferencia en la notificación en las unidades administrativas, ya sean departamentos o partidos. Para el bienio 2015-2016, la tasa de notificación más alta se encontró en el departamento de Matacos, provincia de Formosa, con 167,9 casos por 100.000 habitantes; una tasa 136 veces más alta que la correspondiente al departamento de Nogoyá en la provincia de Entre Ríos, con 1,23 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 11).

En el caso particular de Formosa se destaca que tres de sus departamentos (Bermejo, Ramón Lista y Matacos) se encuentran entre las cinco tasas de notificación por departamento más altas del país. El grupo se completa con Rivadavia y General Güemes de las provincias de Salta y Chaco respectivamente, ambas jurisdicciones limítrofes a Formosa y con tasas superiores a 100 casos cada 100.000 habitantes. Los 22 departamentos que se ubicaron por encima del percentil 95 (p95=51,37 por 100.000 habitantes), pertenecían a ocho jurisdicciones: Formosa, Salta, Chaco, Buenos

Aires, Jujuy, Corrientes, La Pampa y Tucumán. Exceptuando La Pampa y Tucumán, el resto de estas jurisdicciones registraron tasas de notificación superiores al promedio nacional. En el otro extremo figuran 22 departamentos que se encuentran por debajo del percentil 5 (p5= 3,51 por 100.000 habitantes), pertenecientes a las provincias de Tucumán, Santa Fe, Mendoza, Buenos Aires, Entre Ríos, Catamarca, La Rioja, Formosa, Neuquén y Río Negro. La tasa promedio de los departamentos con mayor tasa (>p95) fue de 75,66 por cada 100.000 habitantes, mientras que para aquellos con la menor tasa (<p5), fue de 2,91 cada 100.000 habitantes, siendo la razón de tasas de 26. Finalmente, 83 departamentos/partidos no notificaron casos de TB en el bienio 2015-2016.

Desigualdad en la distribución de los casos de TB por departamento

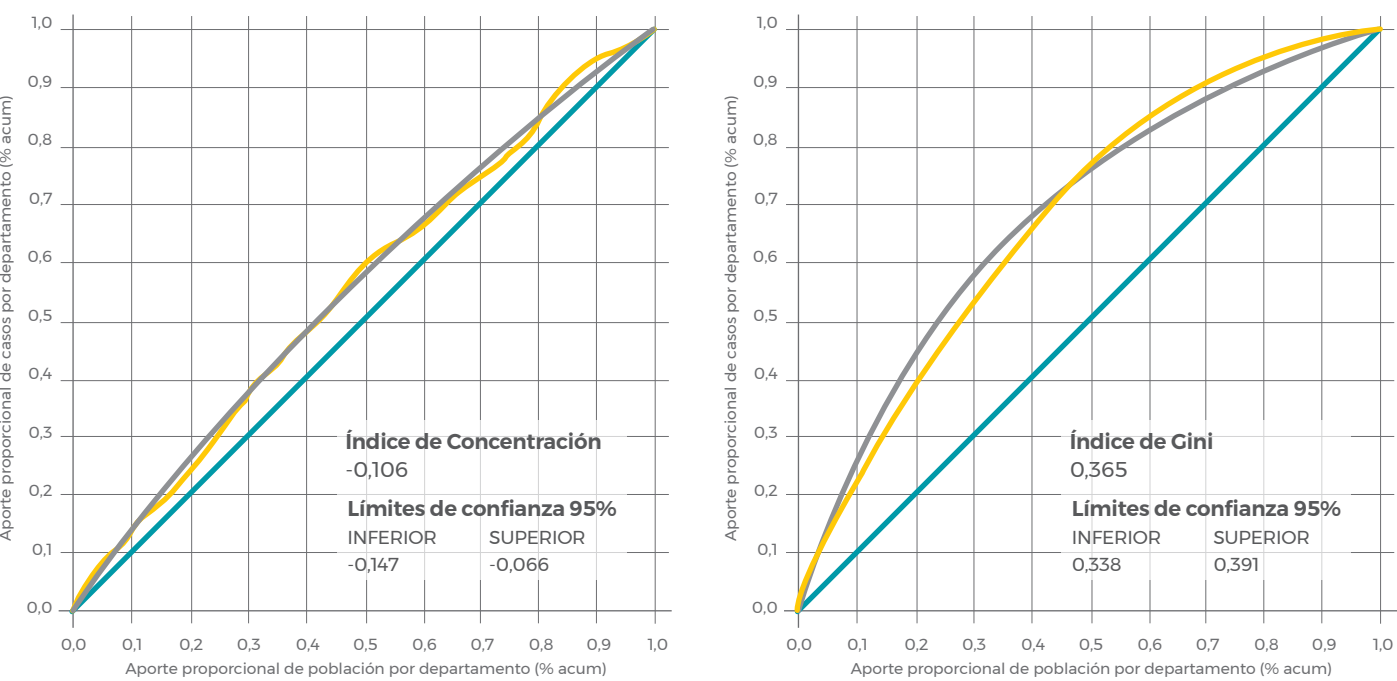
La desigualdad o las brechas en la ocurrencia de casos de TB entre departamentos están reflejadas por el índice de Gini y el índice de concentración que, en el bienio 2015-2016, alcanzaron valores de 0,365 (0,338; 0,391) y -0,106 (-0,147; -0,066), respectivamente (Gráfico 12). El 20% de la población en los departamentos con mayor tasa de notificación de casos de TB aportó el 44% de los casos, mientras que el 20% de la población en los departamentos con menor tasa de notificación solo contribuyó con el 7% de los casos. Por otra parte, si se clasifican los departamentos por el porcentaje de población con NBI, el 20% de la población en los departamentos con peores condiciones sociales

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

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



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



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

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

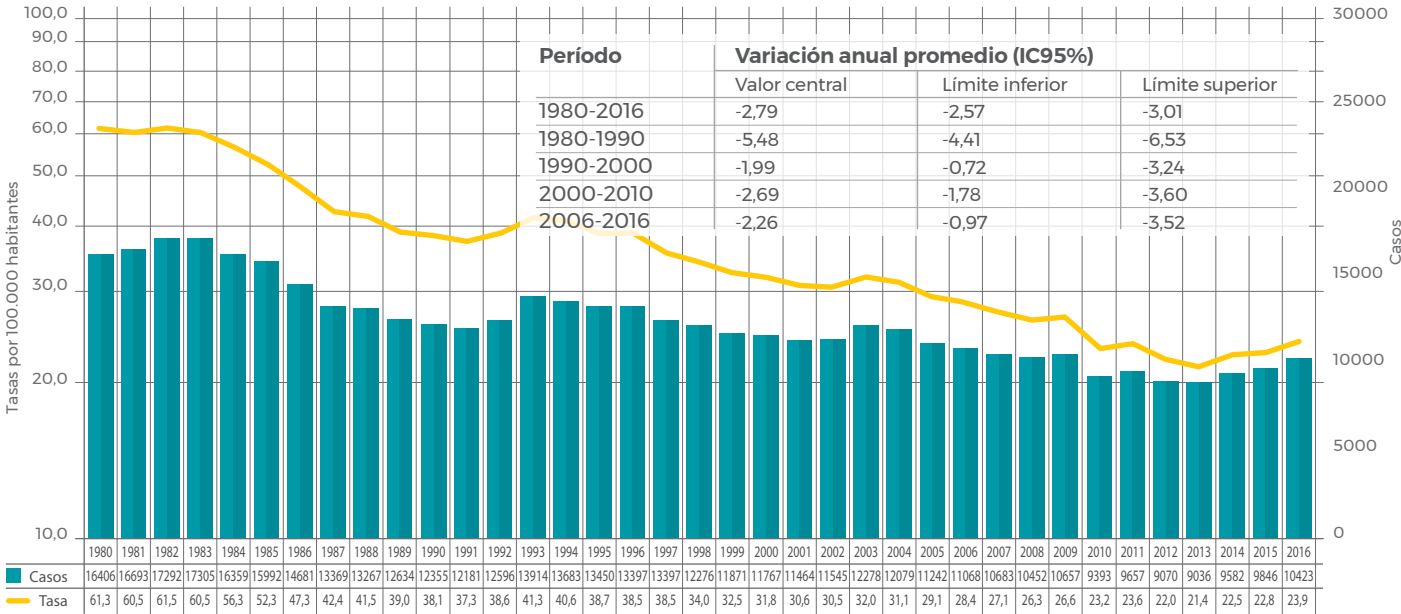
El descenso en la notificación no fue el mismo en todo el período: el decenio 1980-1990 fue el que presentó la mayor reducción, reflejado en una VAP de -5,48% (-4,41; -6,53). El último decenio (2006-2016) presentó una reduc-

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

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

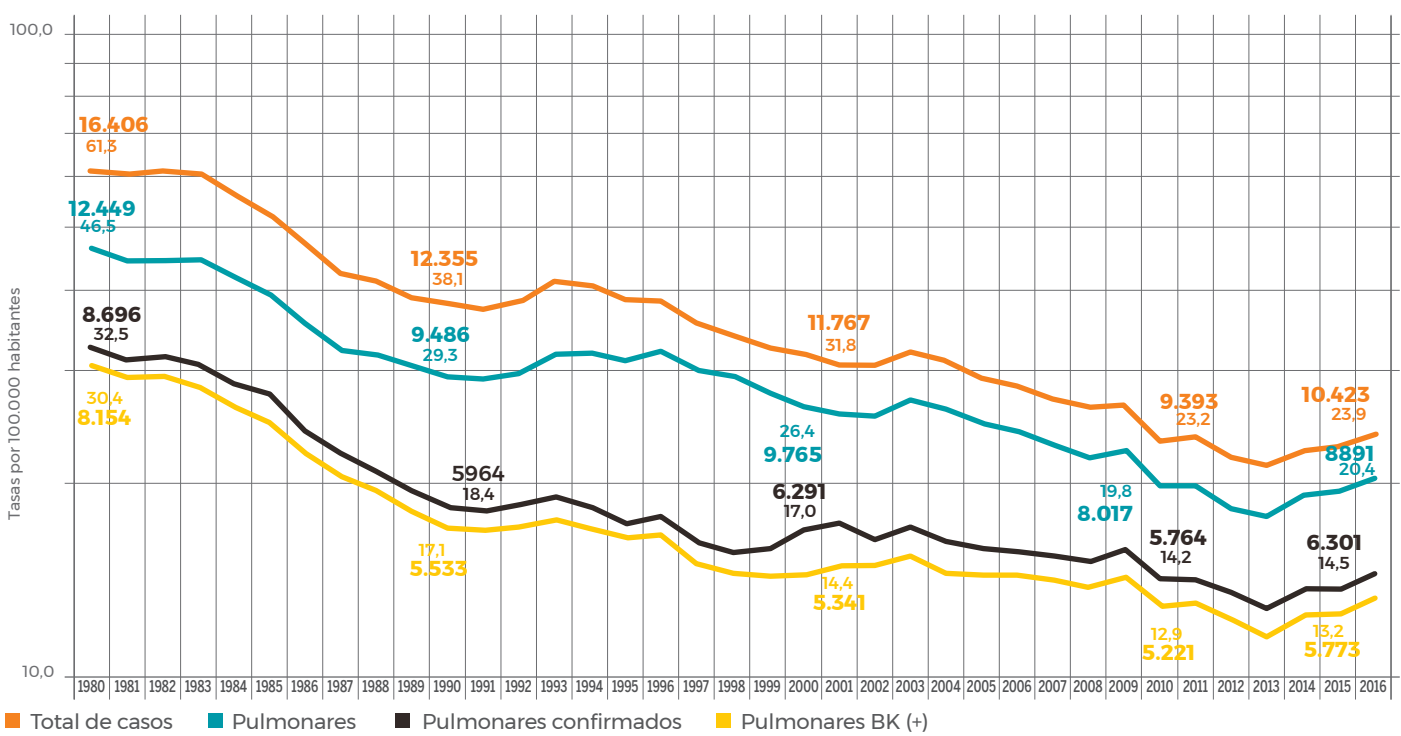
En el Gráfico 14 se presenta la tendencia de la notificación de los casos pulmonares confirmados bacterioló-

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



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

Gráfico 14: Tasas de TB pulmonar por 100.000 habitantes en el grupo de nuevos y recaídas. Argentina, 1980-2014.



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

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

Tendencia de la notificación de casos por edad

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

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

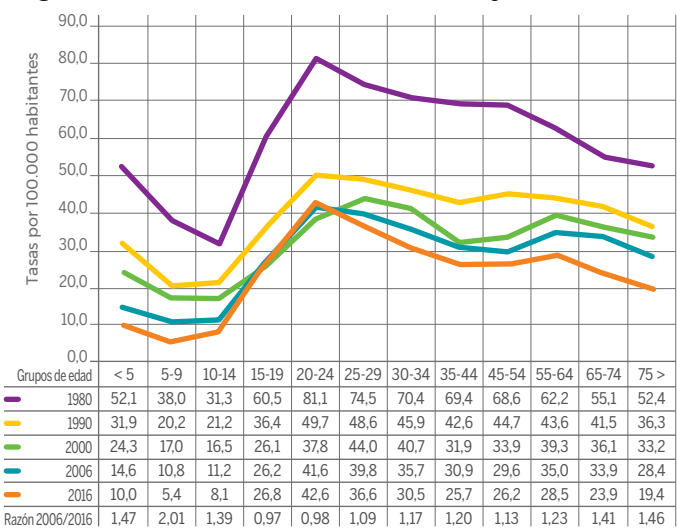
Para el resto de los grupos de edad el descenso fue significativo, observándose las mayores diferencias en las edades extremas, es decir, menores de 10 años y mayores de 65. En el grupo de 0 a 4 años la razón de tasas fue de 1,47, mientras que en el grupo de 5 a 9 años la tasa en 2016 fue la mitad que en 2006. Una situación similar se presentó para los mayores de 65 años, con razones de tasas de 1,41 y 1,46 para los grupos de 65 a 74 años y mayores de 75 años, respectivamente.

Grupos vulnerables

Coinfección TB-VIH

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

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



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

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

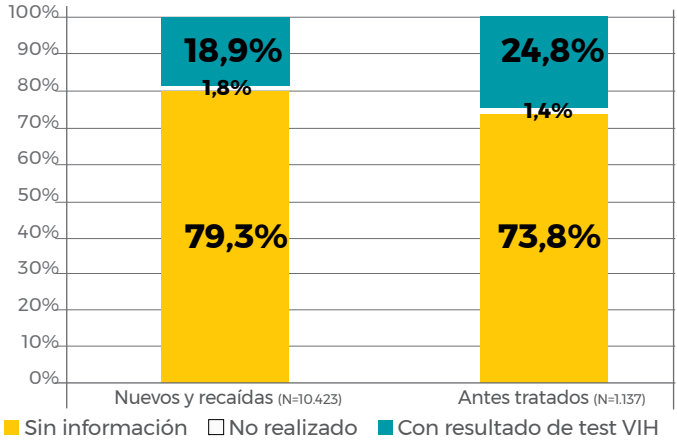
En 1999, solo se conocía información sobre coinfección con VIH del 2,8% de los casos de TB, proporción que aumentó al 18,9% en 2016 para los casos nuevos y recaídas.

Debido a la cobertura incompleta de información sobre la realización del test de VIH se desconoce la prevalencia de la coinfección TB-VIH. Sin embargo, a partir del registro del resultado de 2.253 pruebas de VIH realizadas de las cuales 776 (es decir, el 34,4%) resultaron positivas, se pudo estimar una prevalencia del 6,7% de asociación TB-VIH al aplicar el porcentaje de positividad al total de casos notificados. Del mismo modo que ocurre con la TB, la coinfección TB-VIH se presentó en grupos de adultos jóvenes (72,7% se encontraba entre los 25 a 49 años) y es más frecuente entre los varones (69,2%). Esta diferencia se refleja en las tasas de coinfección por 100.000 habitantes según sexo: 1,08 para las mujeres y 2,54 para los hombres. La razón de tasas para todas las edades fue de 2,35. El 67,5% y el 73,0% de los casos nuevos y recaídas de TB-VIH en mujeres y varones correspondía a personas entre 25 y 49 años. Entre los casos de coinfección TB-VIH con antecedentes de tratamiento los adultos jóvenes (entre 25 y 49 años) representaron el 86,1% en varones y el 76,5% en mujeres.

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

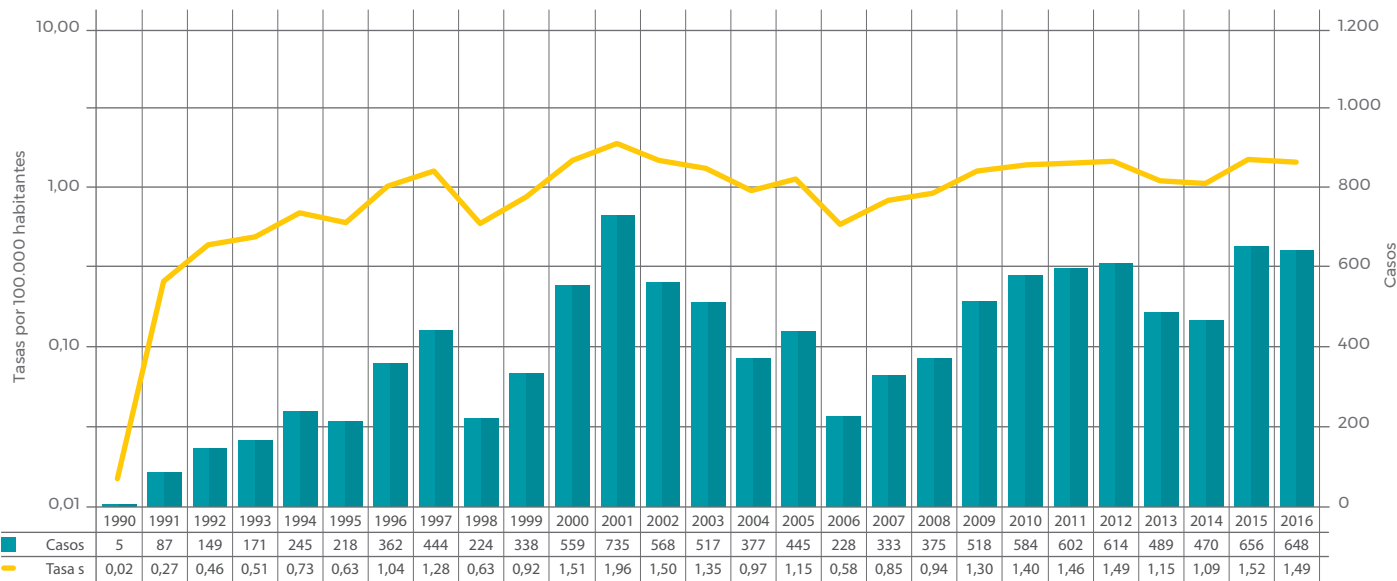
La tasa de coinfección más alta se presentó en el año 2001, cuando alcanzó el valor de 1,96 cada 100.000 habitantes. La tasa en 2016 fue de 1,49 por 100.000 habitantes, similar a la registrada en 2015.

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



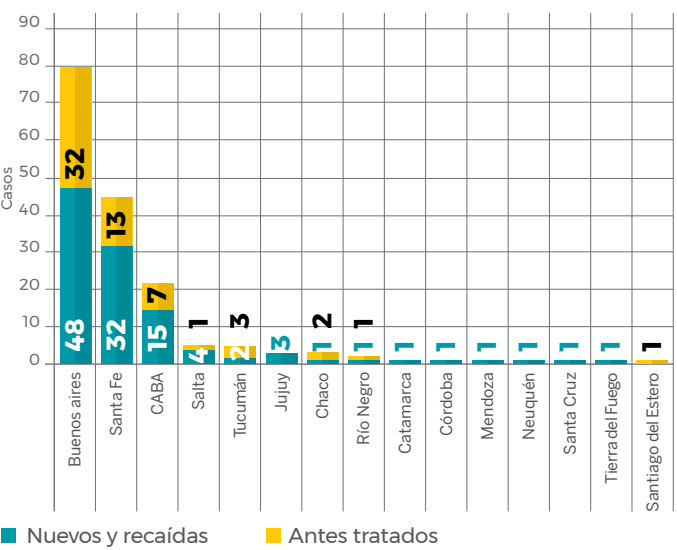
Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni", con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

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



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

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



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

Tuberculosis resistente

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

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

En cuanto a la distribución por sexo no se observaron diferencias en los casos TB/MDR nuevos y recaídas: 55 de sexo masculino y 57 de sexo femenino. En el grupo de los antes tratados sí se observa una diferencia entre sexos ya que el 65% de la notificación de ese grupo correspondió a varones (39 casos).

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

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

Tuberculosis pediátrica y del adolescente

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

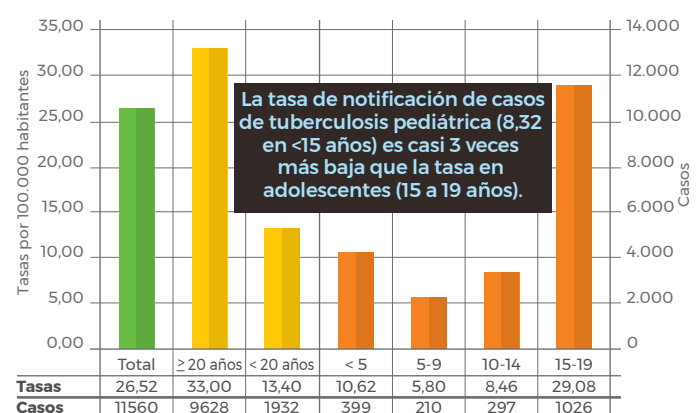
La tasa de notificación total de TB en menores de 20 años fue de 13,40 casos por 100.000 habitantes, lo que representó una reducción del 4,5% (87 casos) con relación a la tasa de 2015 (14,04 casos cada 100.000 habitantes). Esta reducción se produjo a expensas de los grupos de 5 a 9 y 10 a 14 años, ya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

Entre los casos notificados de TB de todas las formas la mayor proporción fue de varones (52,7%). Solo en el grupo de 10 a 14 años las mujeres tuvieron un número de casos y tasa mayor que los varones (Gráfico 2).

Del total de casos de TB notificados en menores de 20 años (1.932) el 13,37% no consignó información sobre el motivo de la consulta que llevó al diagnóstico. La identificación principal de casos en este grupo fue por síntomas respiratorios (61,55%). El perfil del motivo de la consulta por grupo de edad fue diferente: en menores de 5 años la captación por estudio de contactos fue de 37,34%, mientras que en los jóvenes de 15 a 19 años el 75,63% de los casos fue diagnosticado por síntomas respiratorios. (Gráfico 3)

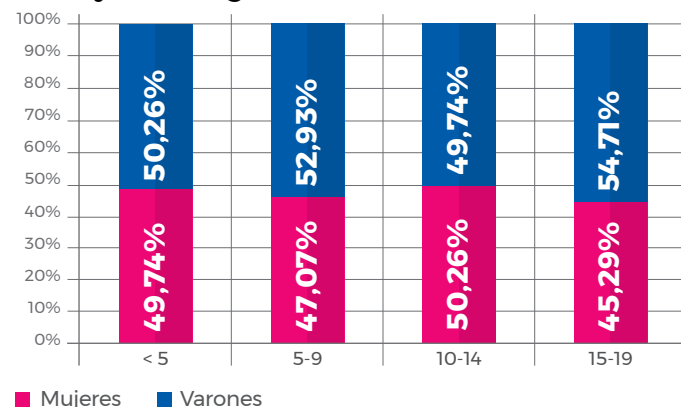
En todos los grupos la forma pulmonar fue la más fre-

GRÁFICO 1. Casos y tasas de TB por 100.000 habitantes por grupos de edad. Argentina, 2016.



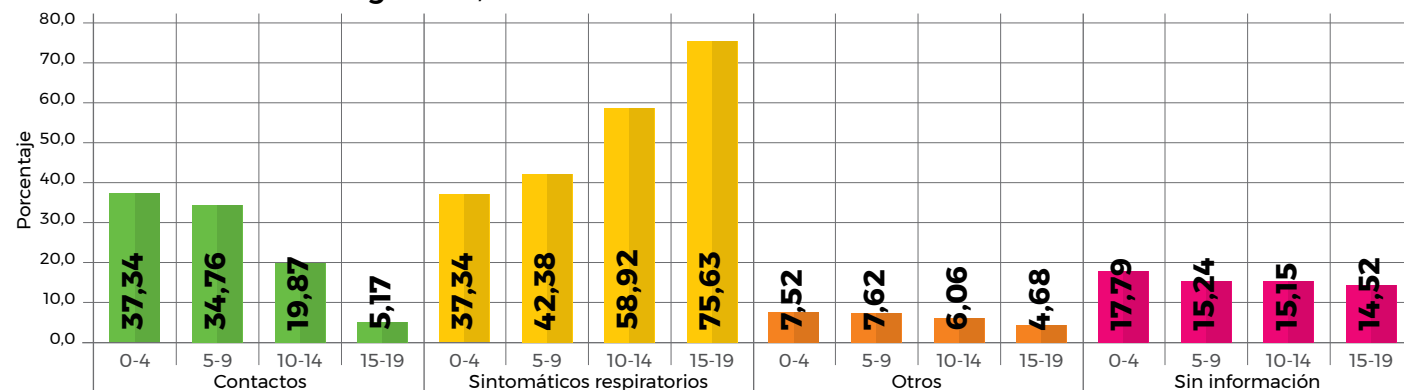
Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

GRÁFICO 2 Proporción de casos de TB notificados en menores de 20 años según grupos de edad y sexo. Argentina, 2016.



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

GRÁFICO 3. Proporción de casos de TB notificados en menores de 20 años por grupos de edad según motivo de la consulta. Argentina, 2016.



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

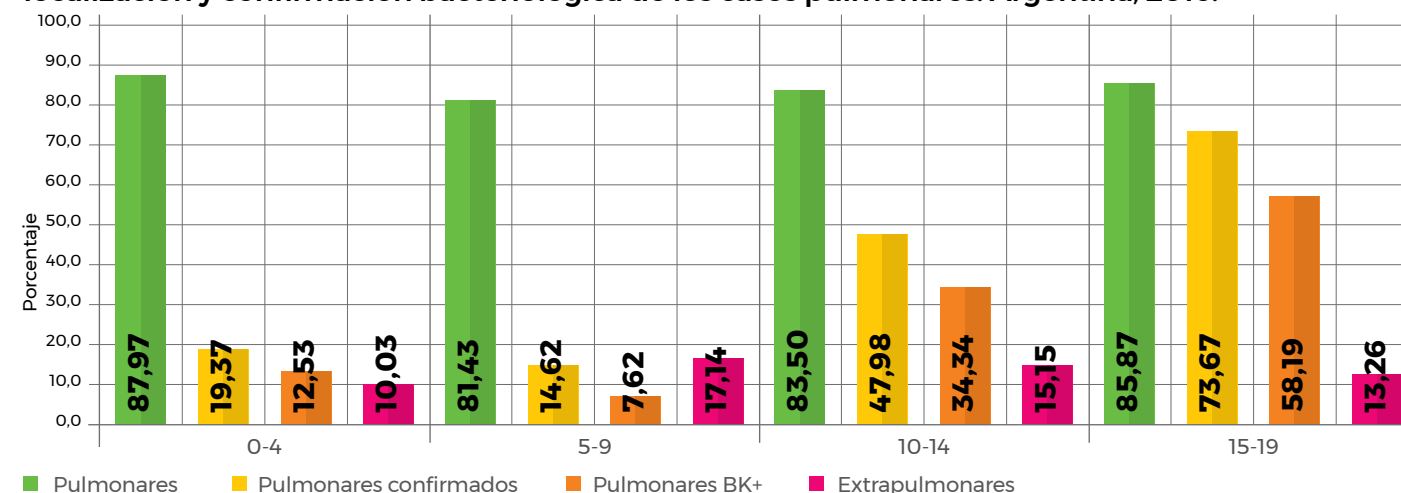
cuenta (superior al 80%). La confirmación bacteriológica fue del 52,15% para todo el grupo y varió de 14,62% en niños de 5 a 9 años a 73,67% en adolescentes de 15 a 19 años. El 41,02% de los casos pulmonares notificados tuvo cavidades identificadas en la radiología. (Gráfico 5)

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

La distribución de la enfermedad fue diferente según la jurisdicción. Se registraron tasas muy superiores al promedio nacional en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Jujuy, con 24,19 y 24,74 por 100.000 habitantes, respectivamente, y fueron 33 veces superiores a la tasa de San Juan, de 0,75 por 100.000 habitantes (Gráfico 6). La distribución también fue desigual por departamentos; el indi-

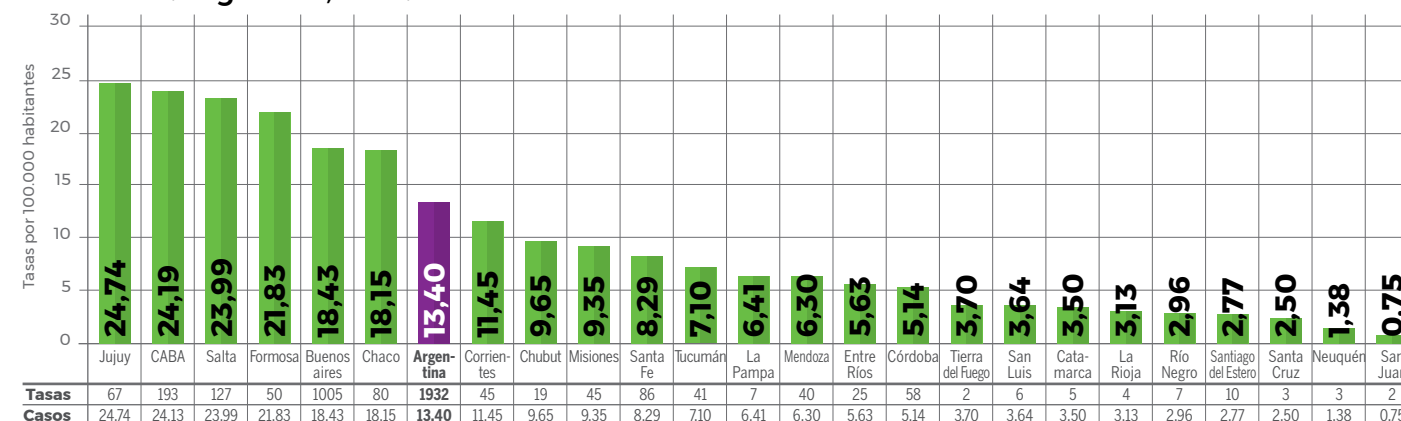


GRÁFICO 5. Proporción de casos de TB notificados en menores de 20 años por grupos de edad según localización y confirmación bacteriológica de los casos pulmonares. Argentina, 2016.



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

GRÁFICO 6. Casos y tasas de TB en menores de 20 años por 100.000 habitantes según jurisdicción de residencia. Argentina, 2016.



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

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

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

minución de los casos en menores de 15 años. En cambio, en el grupo de 15 a 19 años la tendencia cambió acompañando el comportamiento de la tasa general, que aumentó en los últimos cuatro años. (Gráfico 7)

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

La mortalidad por TB en menores de 20 años fue mayor en mujeres (57,7%) que en varones (42,3%) en 2016 (Gráfico 8). En este grupo el 73,1% de las defunciones se produjo entre los 15 y los 19 años y el 11,5% estuvo asociado a la infección por VIH. (Gráfico 8)

En 2016, solo 7 de las 24 jurisdicciones tuvieron muertes por TB en menores de 20 años. Buenos Aires y Chaco, con 43,6% y 30,8% respectivamente, concentran el mayor número de muertes del país. La mayor tasa la presentó la provincia de Chaco, con 1,81 por 100.000 habitantes, es decir una tasa diez veces más alta que el promedio nacional (Gráfico 9).

La tendencia de la mortalidad por TB pediátrica y adolescente descendió, pero las cifras se han mantenido estables en los últimos 14 años con un promedio de 22 muertes anuales y una tasa de 0,16 por 100.000 habitantes (Gráfico 10).

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

la tasa de éxito fue solo del 51,76%. Si se consideran los casos con evaluación del tratamiento la tasa de éxito fue del 84,34%; el 14,21% tuvo pérdida de seguimiento y el 1,45% falleció durante el mismo. (Gráfico 11)

La tasa de éxito y la pérdida de seguimiento del tratamiento en menores de 20 años fueron mejores entre las mujeres (85,42% y 12,49% respectivamente) que entre los varones (83,43% y 15,92% respectivamente).

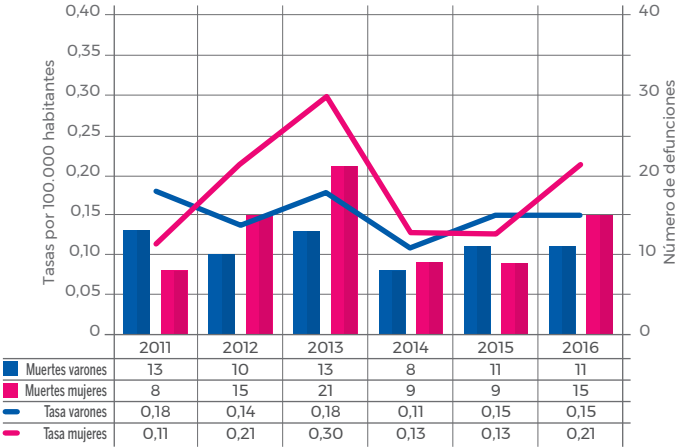
Se encontraron diferencias en cuanto a la disponibilidad de información acerca del resultado del tratamiento y de los porcentajes de éxito y pérdida de seguimiento en las diversas jurisdicciones del país. En solo 7 provincias se evaluó el 100% de los casos de TB en menores de 20

años. La provincia de Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires tuvieron un porcentaje de casos no evaluados superior al 40% y, dado que concentran el 62,4% de los casos notificados, aportaron el 81,0% de todos los casos sin evaluación del país, situación que afecta el promedio nacional. (Gráfico 12)

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

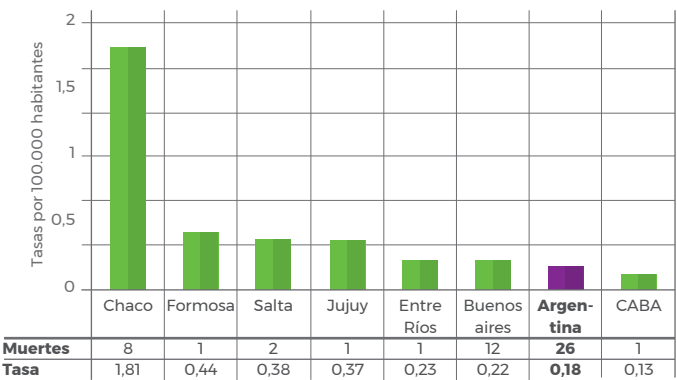


GRÁFICO 8. Número y tasas de mortalidad por TB (CIE 10: A15-A19 y B20.0) por 100.000 habitantes en menores de 20 años. Argentina, 2011-2016.



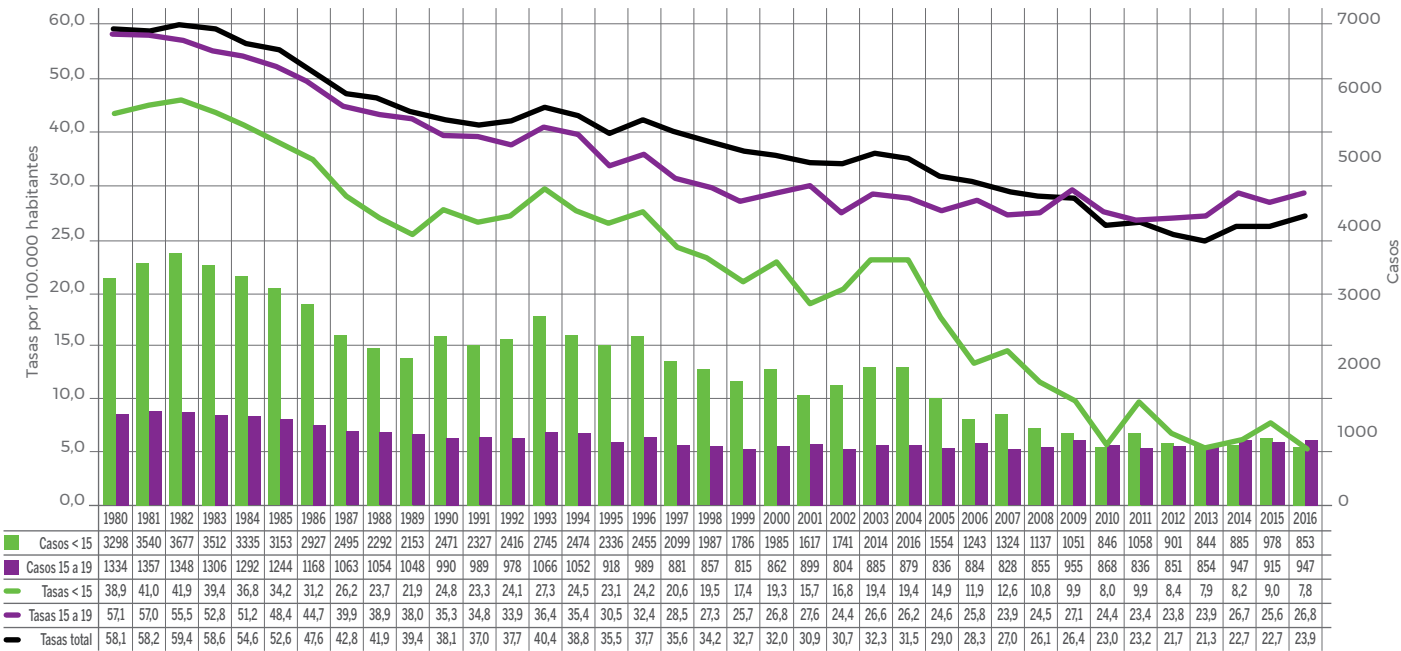
Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

GRÁFICO 9. Número de defunciones y tasas crudas de mortalidad por TB (CIE 10: A15-A19 y B20.0) por 100.000 habitantes en menores de 20 años según jurisdicción de residencia. Argentina, 2016.



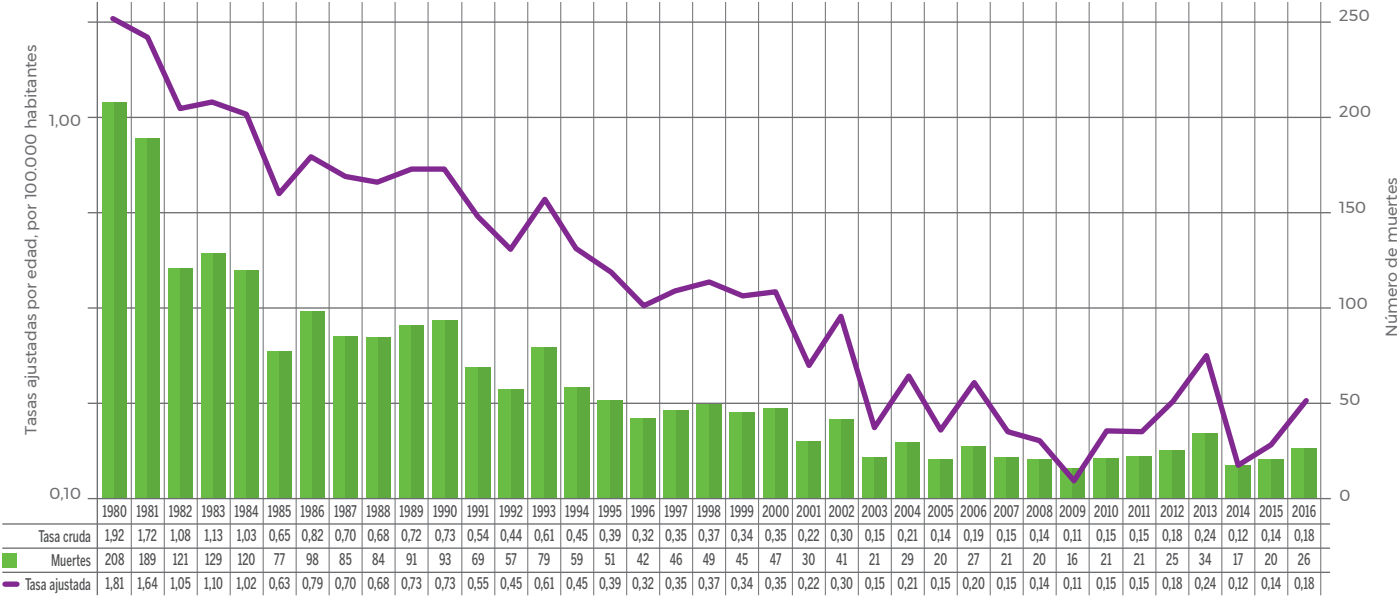
Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

GRÁFICO 7. Casos y tasas de TB pediátrica y en adolescentes por 100.000 habitantes. Argentina, 1980-2016.



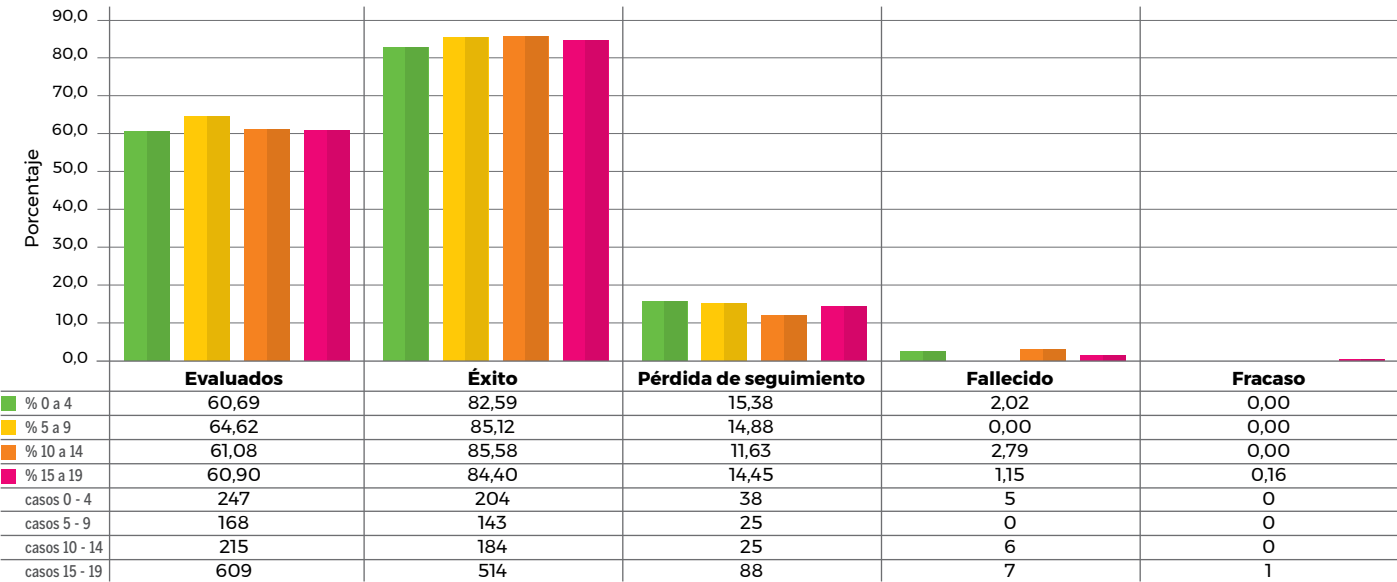
Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

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



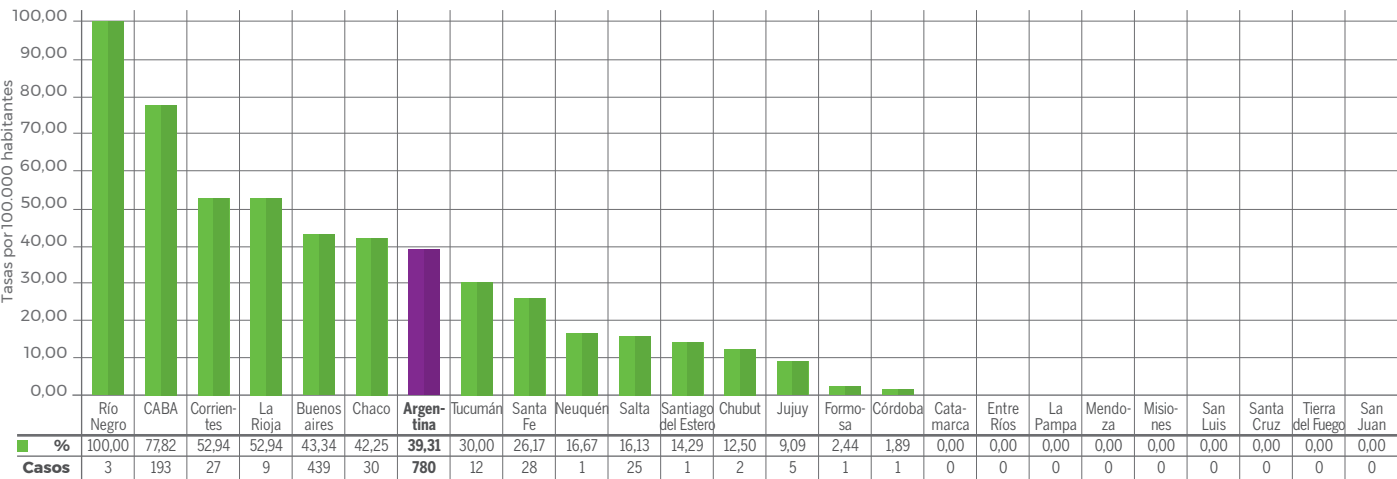
Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

GRÁFICO 11. Distribución de los casos de TB en menores de 20 años según la evaluación del tratamiento y grupos de edad. Argentina, 2014.



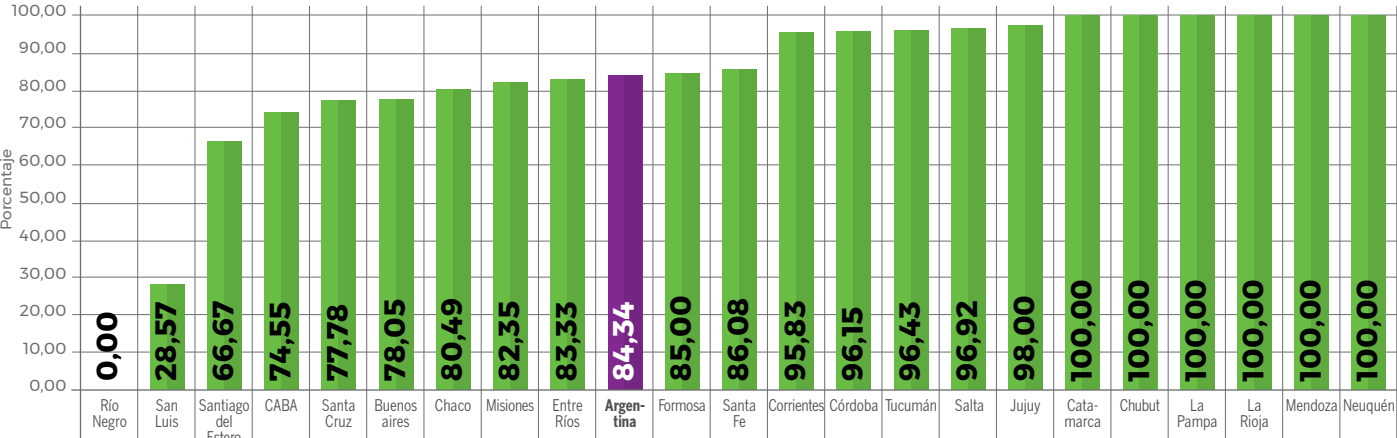
Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, diciembre de 2017.

GRÁFICO 12. Casos de TB notificados sin evaluación del tratamiento por jurisdicción de residencia. Argentina, 2015.



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

GRÁFICO 13. Porcentaje de éxito en los casos de TB con información de tratamiento en menores de 20 años por jurisdicción de residencia. Argentina, 2015.



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

Mortalidad por tuberculosis

Visita + reunion

Casa Masantonio: abordaje de la tuberculosis en la exclusión

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

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

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



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

Desde el centro comunitario Masantonio sostienen que el consumo de paco, a diferencia de otras sustancias, atraviesa toda la vida de quien lo consume, quebrando en un corto período de tiempo todas las relaciones familiares, sociales, y, finalmente, el cuidado básico de la salud. “Al

hacer irrupción en las poblaciones más desprotegidas, la ausencia de redes de contención y sostén se convierten en un combo catastrófico que se cobra la vida de muchas personas”, aseguran desde el equipo de la institución que componen el infectólogo Santiago Jiménez, el neumólogo Jorge Poliak, Gustavo Barreiro y Patricia Figueroa, entre otros.

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

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

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

Algunas barreras que sortear

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

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

Elaboradajesanitario,socialycomunitario

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

- **Tratamientos individualizados:** de acuerdo con cada particularidad médica y social se intenta establecer estrategias centradas en la persona de manera individual. Estas pueden ser desde tratamientos directamente observados (DOT), tratamientos directamente acompañados (DAT), medicación asistida diariamente en la calle, DOT con incentivos económicos o asistencia en alimentos o ropa, acompañamiento de pares, etc.
- **Acompañamiento integral:** para garantizar el tratamiento completo y luego evitar la reinfección, Casa Masantonio hace hincapié en restituir condiciones dignas de vida, como documentación, vivienda, posibilidad de trabajo y escolarización, alimentación correcta, etc.
- **Atención descentralizada y ventana de oportunidad:** en coordinación con efectores de salud estatales (Centros de Salud y Acción Comunitaria –CeSAC–, hospitales regionales, ministerios de Trabajo, Desarrollo Social y Salud) se promueve la posibilidad de acceder de forma descentralizada, rápida y accesible a la medicación pertinente además de los estudios de baciloscopia, radiología, laboratorio, serología, carga viral, recuento de CD4, etc.
- **Búsqueda de casos:** para evitar los diagnósticos tardíos y las formas clínicas avanzadas se realizan búsquedas activas de personas en situación de calle con síntomas de complicaciones respiratorias.
- **Acompañamiento entre pares:** uno de los pilares fundamentales del trabajo en la institución está vinculado con la participación de las mismas personas que

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

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

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



