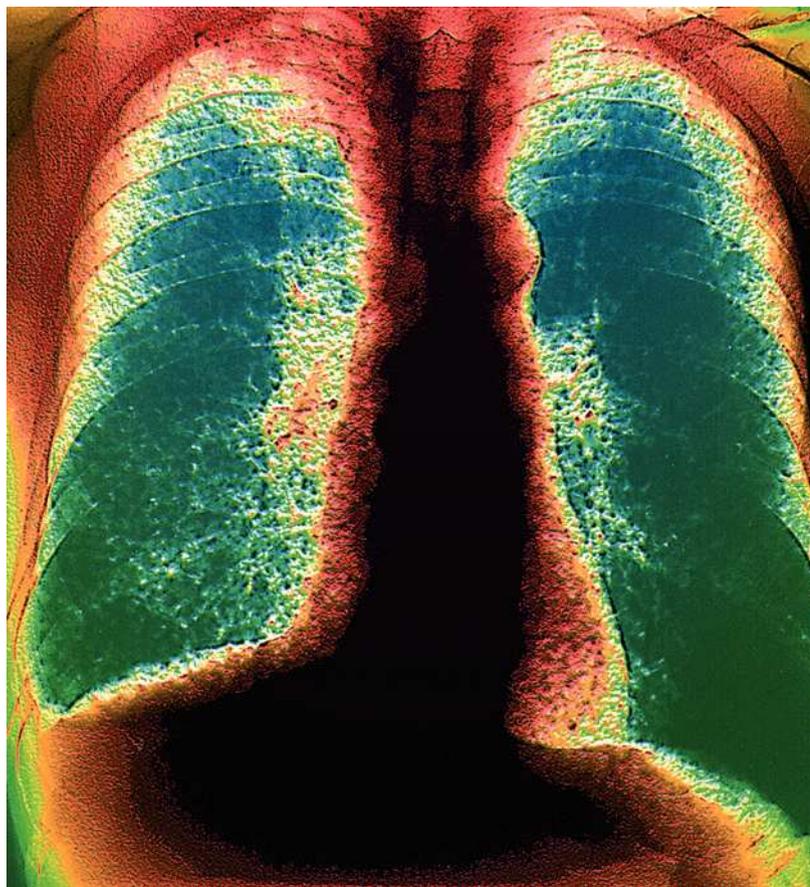


Según los indicadores sanitarios de todo el mundo, la tuberculosis ha vuelto. Nunca se había ido del todo, pero los casos eran esporádicos y estaban controlados. Ahora, con el impulso de la epidemia de sida, ha vuelto a reaparecer a niveles alarmantes una enfermedad que se creía en vías de erradicación desde que en 1943 se descubriera la estreptomina. El continente africano soporta el 25% de la carga mundial de tuberculosis, a pesar de que sus habitantes sólo representan el 11% de la población total del planeta. Para combatir el avance de la enfermedad, la OMS ha puesto en marcha el Servicio Farmacéutico Mundial, una herramienta innovadora para afrontar un problema acuciante.



La tuberculosis

Una creciente amenaza

«**H**ace cien años, la esperanza de curación de los pacientes tuberculosos se encontraba en Suiza. ¿Dónde está ahora?», se pregunta en el título de un folleto distribuido en Suiza por la sección nacional de Médicos Sin Fronteras. Ilustres tuberculosos como la emperatriz Elizabeth de Austria, el escritor Thomas Mann o Indira Gandhi, primera ministra de la India entre 1966 y 1984, acudieron a los renombrados sanatorios suizos en busca del aire alpino, puro y seco, de la exposición a la luz solar y del aroma de los pinos. El descubrimiento de la acción antitubercu-

losa de la estreptomina en 1943, seguida del hallazgo de la iconiacida y la rifampicina, permitieron pensar en la eliminación de la tuberculosis. Desgraciadamente, no sólo no se ha logrado esa meta, sino que ésta parece alejarse cada vez más.

Servicio Farmacéutico Mundial

Las cifras relativas a la situación mundial de la tuberculosis son simplemente estremecedoras: en el continente africano, la incidencia de la tuberculosis aumenta a razón de

J.A. VALTUEÑA

EX-PRESIDENTE DEL CENTRO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD (GINEBRA).

un 4% anual, impulsada por la epidemia de sida. Aunque la población africana es sólo el 11% de la población mundial, soporta el 25% de la carga mundial de tuberculosis. De los 46 estados africanos que son miembros de la OMS, 34 tienen una prevalencia de 300 casos por 100.000 habitantes.

Legítimamente alarmada por esta situación, la OMS ha procedido a adoptar soluciones innovadoras para afrontar el problema. Una de ellas es el Servicio Farmacéutico Mundial, con sede en Ginebra, que tiene el siguiente mandato:

- Lograr que los programas nacionales de lucha antituberculosa tengan un acceso ininterrumpido a fármacos anti-TB de alta calidad para estar en condiciones de realizar la estrategia de tratamiento de observación directa de breve duración, consistente en la toma de los fármacos prescritos bajo la vigilancia de personal debidamente capacitado.
- Catalizar la rápida expansión de esa estrategia a fin de alcanzar las metas mundiales de la OMS relativas a la lucha antituberculosa.
- Estimular el apoyo político en todos los países a fin de conseguir que el suministro de fármacos antituberculosos tenga una financiación apropiada.
- Dotar de un carácter sostenible a la lucha antituberculosa para alcanzar en definitiva la eliminación de la enfermedad.

El Servicio Farmacéutico Mundial ha establecido respuestas innovadoras para cada uno de los retos que plantea la lucha antituberculosa:

- Frente a la falta de recursos financieros, ha adoptado un sistema de subvenciones que permite donar los medicamentos necesarios a los países que carecen de recursos para adquirirlos.
- Frente a la ineficacia de los sistemas de adquisición, ha creado un servicio de compra directa para ayudar a los gobiernos, los donan-

tes y las ONG a comprar los fármacos cuando disponen de medios financieros suficientes pero carecen de la capacidad adecuada para garantizar la calidad de los medicamentos adquiridos.

- Frente a los fallos en la gestión de los medicamentos y en su distribución y empleo, el Servicio Farmacéutico Mundial proporciona asistencia técnica para la gestión y vigilancia de los fármacos antituberculosos en los países y apoya los esfuerzos mundiales para mejorar la calidad de los medicamentos antituberculosos, fundamentalmente por medio del programa de precalificación de la OMS. Este programa tiene por objetivo facilitar la adquisición de medicamentos idóneos por parte de los servicios estatales o de las ONG que carecen de los medios indispensables para determinar si un fármaco es o no idóneo. En lo que respecta al tratamiento de la tuberculosis, los últimos medicamentos preseleccionados, fabricados por un productor indio de genéricos son los cuatro siguientes: cicloserina, etambutol, etambutol e isoniacida en dosis fija, y piracinamida.

Salvar 1,2 millones de vidas

En junio del presente año, la OMS aprobó el plan de acción mundial 2007-2008 contra la tuberculosis por bacilos multirresistentes y ultrarresistentes. La tuberculosis multirresistente está causada por bacilos resistentes a los dos principales medicamentos de primera intención, es decir, la isoniacida y la rifampicina. La OMS estima que cada año aparecen en el mundo 424.000 casos nuevos de tuberculosis multirresistente. Para agravar más el problema, el coste del tratamiento de esta forma de tuberculosis puede ser mil veces más elevado que el originado por la tuberculosis simple. La tuberculosis ultrarresistente no responde a las fluoroquinolonas, la isoniacida, la rifampicina ni por lo menos a uno

de los tres medicamentos inyectables de segunda intención: la amicacina, la canamicina y la capromicina. La OMS estima que el número anual de casos nuevos de tuberculosis ultrarresistente es de 25.000 a 30.000, y se ha confirmado su presencia en 37 países.

La situación es muy preocupante. Según el Dr. Mario Raviglione, director del Departamento «Alto a la tuberculosis» de la OMS: «Incluso disponiendo de todos los medicamentos necesarios, lo importante es tener la seguridad de que se administran correctamente y de que los pacientes reciben los apropiados consejos y son objeto de una adecuada supervisión. En muchos lugares faltan elementos básicos de la lucha antituberculosa y el resultado es la aparición de resistencia».

La tuberculosis es la principal causa de defunción en las personas infectadas por el VIH; por otra parte, la presencia de este virus es el más firme elemento pronóstico del paso de una infección tuberculosa latente a una enfermedad activa

El pasado año, la OMS y los centros de control y prevención de las enfermedades de Estados Unidos publicaron los resultados de una encuesta mundial destinada a determinar la resistencia de *Mycobacterium tuberculosis*, y se demostró que el 2% de los bacilos aislados presentaban ultrarresistencia. En algunos países, la situación era particularmente inquietante. Así, las proporciones más elevadas de ese fenómeno se daban en 5 países de la antigua URSS: Estonia, Federación Rusa, Kazajstán, Lituania y Uzbekistán. En Lituania,

la proporción de tuberculosis ultrarresistente alcanzaba el 19% del total de casos de tuberculosis.

Los enfermos con tuberculosis ultrarresistente tienen un 64% más de probabilidades que los tuberculosos con multifarmacorresistencia de fallecer o de que fracase el tratamiento. En el caso concreto de Estados Unidos, la tasa de curación de los tuberculosos con ultrarresistencia es sólo del 31%, es decir, ligeramente superior a la proporción estimada de curación espontánea de la enfermedad. No cabe duda de que se está produciendo un notable empeoramiento de la situación, hasta el punto de que, en opinión de algunos especialistas, se está llegando a una situación análoga a la reinante en la era de la prequimioterapia, tan bien narrada por Camilo José Cela en su novela *Pabellón de reposo*, cuando el porvenir de los tuberculosos era la consunción pura y simple.

Impacto nocivo del VIH

En 2005, los ministros de salud africanos estimaron que la tuberculosis era una emergencia regional, situación debida en gran parte a la epidemia incontrolada de tuberculosis asociada al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Se ha estimado que más de la tercera parte (38%) de los tuberculosos africanos están infectados por el VIH. En muchos países, esta sindemia TB/VIH ha comprometido gravemente la situación de programas antituberculosos que presentaban un balance satisfactorio. Éstos se ven sobrecargados por el creciente volumen de tuberculosis asociadas al VIH y, en particular, por la necesidad de lograr que los enfermos cumplan dos planes terapéuticos exigentes, en los que los fallos pueden conducir con facilidad a la aparición de resistencias.

La tuberculosis es la principal causa de defunción en las personas infectadas por el VIH; por otra parte, la presencia de este virus es el más firme elemento pronóstico del paso

de una infección tuberculosa latente a una enfermedad activa. La sindemia TB/VIH ha ejercido un enorme efecto negativo en los recursos de personal. En los países africanos donde el personal de salud no sólo no ha permanecido estable, sino que incluso ha disminuido debido a la emigración hacia los países europeos, el creciente número de tuberculosos ha debilitado las infraestructuras sanitarias y ha aumentado los malos resultados de la lucha antituberculosa por el incumplimiento del tratamiento y por la creciente frecuencia de los casos de tuberculosis ultrarresistente. La epidemia de tuberculosis asociada al VIH ha aumentado la frecuencia de la tuberculosis extrapulmonar o de frotis de expectoración negativos, formas que no facilitan en modo alguno la detección de los enfermos y que complican el diagnóstico. Además, la tuberculosis de frotis negativo tiene peor pronóstico que la de frotis positivo en las personas infectadas por el VIH.

En la actualidad, se trata de desarrollar vacunas que mejoren la eficacia de la BCG con fines preventivos o que eviten la reactivación de una infección latente

Aunque en los países africanos se practica cada vez con más frecuencia la detección del VIH, es escaso el número de personas portadoras del VIH que son sometidas a las pruebas diagnósticas de la tuberculosis. Según declaró el Dr. Peter Piot, director ejecutivo del ONUSIDA (el único organismo de las Naciones Unidas que se ocupa de la lucha contra una sola enfermedad), «en el curso del año transcurrido [el 2006], hemos presenciado una colaboración sin precedentes entre el

personal dedicado a la lucha contra la tuberculosis y el VIH, pero queda mucho por hacer si queremos alcanzar nuestro objetivo, que consiste en garantizar el acceso universal (...) a asistencia de calidad en materia de tuberculosis y VIH».

Promover el cumplimiento del tratamiento

Desde 1993, la OMS ha recomendado una estrategia de lucha antituberculosa denominada «tratamiento de breve duración de observación directa», integrada por cinco elementos: compromiso político de los gobiernos, mejora de los servicios de laboratorio para el diagnóstico de la enfermedad, suministro continuo de medicamentos de calidad satisfactoria, establecimiento de un sistema de notificación de los progresos efectuados y observación directa de la toma de medicamentos a cargo de personal especialmente capacitado, que no ha de ser necesariamente personal sanitario.

El valor de este último componente de la estrategia ha sido discutido en los últimos años, pues se afirma que es un elemento innecesario y que, ante todo, muestra una clara falta de respeto a los pacientes, ya que estima por definición que muchos de éstos son no cumplidores y que sólo una vigilancia externa permitirá llevar a buen fin la terapéutica. Como alternativa se ha propuesto lo que es ya común en todos los países occidentales: el tratamiento autoadministrado o el realizado bajo el control directo de un familiar.

En el marco de un proyecto financiado por el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido, Jimmy Volmink, de la Facultad de Ciencias de la Salud de Tygerberg (Sudáfrica), y sus colaboradores han estimado que hay dos actitudes contradictorias en relación con el tratamiento antituberculoso: el modelo coercitivo y el modelo responsabilizante.

Modelo coercitivo

Los defensores de este modelo estiman que el mal cumplimiento del tratamiento por parte de los tuberculosos es un fenómeno propio de personas recalcitrantes que tienen escaso aprecio no sólo por su propia salud, sino por el interés superior de la comunidad. Por tanto, no entienden por qué es necesario completar un tratamiento. La respuesta natural a este conjunto de creencias consiste en establecer normativas que permitan instruir, motivar, vigilar e incluso castigar a los pacientes que no cumplen lo prometido.

Modelo responsabilizante

En este caso, los responsables de la política de salud consideran que tienen

que adoptar intervenciones que permitan tratar correctamente a los tuberculosos. Si una alta proporción de enfermos no completan el tratamiento, no les culpabilizan, sino que estiman que el sistema de salud ha fallado. Conforme a este enfoque, el sistema de atención sanitaria debe funcionar de modo que corresponda a las necesidades de la población atendida, en lugar de establecer medios para controlar el comportamiento de los enfermos.

Obviamente, la adopción de uno u otro modelo depende ante todo del contexto político y social en el que se desenvuelven las actividades de lucha antituberculosa. A largo plazo, es posible que la vacuna antituberculosa sea la solución definitiva. Desde 1921, contamos con la vacuna del bacilo Calmette-Guérin (BCG), pero es ine-

ficaz contra las formas pulmonares del adulto, que representan la mayor carga de la tuberculosis en el mundo actual. En la actualidad, se trata de desarrollar vacunas que mejoren la eficacia de la BCG con fines preventivos o que eviten la reactivación de una infección latente. Mientras tanto, la tuberculosis va a seguir haciendo estragos en el martirizado continente africano. ■

Bibliografía general

- OMS. La morbilidad y la mortalidad por tuberculosis relacionadas con el VIH alcanzan niveles alarmantes en África. Comunicado. Ginebra; 2005.
 - OMS. Emergence de tuberculoses ultrarésistantes. Comunicado. Ginebra; 2006.
 - OMS. Nouvelle stratégie de lutte contre la tuberculose. Comunicado. Ginebra; 2006.
 - OMS. Partenariat halte a la tuberculose: 10 millions de personnes traitées en six ans. Comunicado. Ginebra; 2007.
 - OMS. Special theme: Tuberculosis control. Bulletin of the WHO (número especial). Ginebra, mayo de 2007.
-