

MARZO 2023



**TUBERCULOSIS:
COMPROMISOS
Y REALIDADES**

— El informe de rendición de cuentas de los afectados por la TB - Comunidades y Sociedad Civil: **prioridades para cerrar la brecha mortal**



Cover photo: © Stop TB Partnership

Este informe de rendición de cuentas de las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil, en lo sucesivo denominado Informe de Rendición de Cuentas, está dedicado a todas las personas con o afectadas por la TB, a sus familias y a la sociedad civil que las apoya.

Cada día mueren cerca de 4.400 personas a causa de una enfermedad que se puede prevenir y curar, lo que supone la pérdida de aproximadamente 1,6 millones de vidas al año. A medida que disminuyen las muertes por COVID-19, la tuberculosis recupera su título de enfermedad infecciosa con mayor mortalidad en el mundo. Con mucha frecuencia, los que mueren pertenecen a nuestras comunidades más vulnerables y marginadas. Aunque se han producido algunos avances, la respuesta general para eliminar la TB sigue siendo anticuada, sumida en la autocomplacencia y, a menudo, en contradicción con los derechos humanos básicos. Este informe ha sido redactado por, y en solidaridad con, las comunidades afectadas por la tuberculosis y la sociedad civil, con el fin de impulsar una respuesta transformadora para acabar con la tuberculosis.

MUERTES POR TB / DÍA

4.400 personas

MUERTES POR TB / AÑO

1,6 millones personas

Dedicatoria

Agradecimientos

Este informe no habría sido posible sin las contribuciones de 1.018 colegas de 394 organizaciones de 91 países, que representan a las comunidades afectadas por la TB, incluidas las personas con TB y los supervivientes de TB, los grupos de la sociedad civil y los aliados, a quienes estamos increíblemente agradecidos (véase el **Anexo**). Sus experiencias y perspectivas colectivas sirven como prueba de un impulso cada vez mayor para acabar con la TB. Cuando se redactó el primer informe “Deadly Divide” (Una brecha mortal) en 2020, participaron unas 150 personas de 61 países, lo que significa que la participación en este esfuerzo 2.0 se ha multiplicado casi por diez.

Agradecemos profundamente los constantes esfuerzos de los líderes de las comunidades regionales, Meirinda Sebayang (Asia-Pacífico), Olayide Akanni (África anglófona), Bertrand Kampoer (África francófona), Deliana García (América), Timur Abdullaev (Europa del Este y Asia Central) y Robyn Waite (países de renta alta). Con un entusiasmo inquebrantable, ayudaron a desarrollar la metodología, impulsaron la iniciativa y la redacción de este informe junto con Amrita Daftary (Universidad de York y SSHIFTB), Pushpita Samina y Sheila Noriega-Mestanza (SSHIFTB). Se agradece a la Delegación de ONGs de Países en Desarrollo, a la Delegación de ONGs de Países Desarrollados y a la Delegación de las Comunidades de la Junta Directiva de la Alianza Alto a la Tuberculosis (Stop TB) por su visión, liderazgo y compromiso para amplificar la voz de las comunidades afectadas por la tuberculosis y de la sociedad civil como agentes de cambio en la respuesta a la tuberculosis. Se agradecen enormemente los esfuerzos de todos aquellos que realizaron revisiones, incluidos Lucica Ditiu, Suvanand Sahu, Viorel Soltan, Brian Kaiser, Wayne Van Gemert, Caoimhe Smyth, Suhair Talab, Andrei Mosneaga, Janika Hauser y Rhea Lobo.

Es esencial agradecer a la Alianza Alto a la Tuberculosis y a Alianza Global Afro por coordinar este esfuerzo, especialmente a James Malar de la Alianza Alto a la Tuberculosis, y a Austin Obiefuna y Rachel Otu-Amponsah de Alianza Global Afro por galvanizar el impulso y por su dedicado apoyo y aliento durante todo el proceso.

La cita recomendada para este informe es:

Informe de rendición de cuentas de las comunidades afectadas por la tuberculosis y la sociedad civil: Prioridades para cerrar la brecha mortal. Delegación de ONG de países en desarrollo, Delegación de ONG de países desarrollados y Delegación comunitaria de la Alianza Alto a la Tuberculosis. 24 de marzo de 2023.



RESUMEN EJECUTIVO	7
LLAMADAS A LA ACCIÓN	10
INTRODUCCIÓN	17
Justificación de un Informe sobre las Comunidades	18
Metodología	19
Objetivos para la eliminación de la TB	21
Cerrar la brecha	22
El Plan de acción mundial para terminar con la tuberculosis 2023-2030	24
ÁREAS DE ACCIÓN	
Área de Acción 1: Cerrar las brechas en la prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la TB llegando a todas las personas con TB	26
Área de Acción 2: Hacer que la respuesta a la TB sea equitativa, sensible al género, basada en los derechos y libre de estigma, con las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil en el centro para 2025	34
Área de Acción 3: Acelerar el desarrollo, puesta en marcha y acceso a nuevas herramientas esenciales para acabar con la TB	42
Área de Acción 4: Invertir los fondos necesarios para acabar con la TB	48
Área de Acción 5: Dar prioridad a la tuberculosis en la prevención, preparación y respuesta ante pandemias (PPRP), la resistencia a los antimicrobianos (RAM) y la cobertura universal de salud (CUS)	54
Área de Acción 6: Comprometerse con la acción multisectorial, el liderazgo decisivo y la rendición de cuentas	59
ANEXO: METODOLOGÍA	68
REFERENCIAS	79

Contenido

Abreviaturas

ADPP	Ajuda de Desenvolvimento de Povo para Povo (Ayuda al desarrollo de persona a persona)	EEAC	Europa del Este y Asia Central
AMIMO	Association of Mozambican Mineworkers (Asociación de Mineros Mozambiqueños)	EEUU	Estados Unidos
BCF	Bridge Consultants Foundation (Fundación de Consultores Bridge)	EGPAF	Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation (Fundación Elizabeth Glaser contra el SIDA pediátrico)
Bonela	Botswana Network on Ethics, Law and HIV/AIDS (Red de Botswana sobre Ética, Derecho y VIH/SIDA)	EPP	Equipo de protección personal
BPaL/BPaIM	Bedaquilina, Pretomanid, Linezolid/ Bedaquilina, Pretomanid, Linezolid, Moxifloxacina	FMR	Foundation for Medical Research (Fundación para la Investigación Médica)
BRICS	Brasil, Rusia, India, China, Sudáfrica	GAVI	GAVI, the Vaccine Alliance (la Alianza para las Vacunas)
CAD	Club des Amis Damien (Club de Amigos Damien)	GCTA	Global Coalition of Tuberculosis Advocates (Coalición Mundial de Activistas de la Tuberculosis)
CDF	Combinaciones de dosis fijas	GloVax	Initiative for Global Vaccine Access (Iniciativa para el acceso mundial a las vacunas)
CDG	Comunidades, derechos y género	GTC	Global TB Caucus (Caucus Mundial contra la Tuberculosis)
CEPI	Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (Coalición para la Innovación en la Preparación frente a Epidemias)	KHANA	Khmer HIV/AIDS NGO Alliance (Alianza de ONG contra el VIH/SIDA de Jemer)
CFCS	Challenge Facility for Civil Society (Mecanismo de apoyo para la Sociedad Civil)	KHPT	Karnataka Health Promotion Trust (Fundación para la promoción de la salud de Karnataka)
CHW	Community Health Workers (Trabajadores sanitarios comunitarios)	KNCV	Fundación contra la Tuberculosis de Karnataka
COVID-19	Enfermedad por coronavirus 2019	I+D	Investigación y desarrollo
CSTF	Civil Society Task Force (Grupo de Trabajo de la Sociedad Civil)	IA	Inteligencia artificial
CUS	Cobertura universal de salud	IEPC	Iniciativa Estratégica de Participación Comunitaria del Fondo Mundial
DAC	Diagnóstico asistido por computadora	LAMP	Loop-Mediated Isothermal Amplification (Amplificación isotérmica mediada por bucle)
DAT	Tecnologías de Adherencia Digital	MCP	Mecanismo de Coordinación de País
DLB	Delft Light Backpack (Mochila Ligera de Delft)	MLC	Monitoreo Liderado por la Comunidad
DRAF-TB	Francophone Africa Response Dynamics on Tuberculosis (Dinámica de respuesta a la tuberculosis en el África francófona)	MPP	Medicine Patent Pool (Pool de patentes de medicamentos)
DRR	Diagnóstico rápido recomendado por la OMS	MRC-TB	Marco de Rendición de Cuentas Multisectorial de la OMS para la TB
		MSATBA	Asociación Antituberculosa del Estado de Maharashtra
		MSF	Médicos sin Fronteras

MTB	Mycobacterium Tuberculosis	SAMA	Southern African Miners Association (Asociación de Mineros de África Austral)
OBC/OSC	Organización de Base Comunitaria/ Organización de la Sociedad Civil	SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas	SMART4TB	Apoyo, movilización y aceleración de la investigación para la eliminación de la tuberculosis
OGRA	Fundación en Kenia	STP	Stop TB Partnership (Alianza Alto a la Tuberculosis)
OIM	Organización Internacional para las Migraciones	TAG	Treatment Action Group (Grupo de Acción para el Tratamiento)
OIT	Organización Internacional del Trabajo	TB	Tuberculosis
OMS	Organización Mundial de la Salud	TBFR	Tuberculosis farmacorresistente
ONG	Organización no gubernamental	TBFS	Tuberculosis Farmacosensible
OS	Observatorios Sociales	TDO	Tratamiento directamente observado
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil	TDOv	Terapia directamente observada basada en vídeo
NITHA	Northern Inter-Tribal Health Authority (Autoridad Sanitaria Intertribal del Norte)	TPT	Tratamiento preventivo de la tuberculosis
PAC	Países con alta carga	TIMS	Tuberculosis in the Mining Sector in Southern Africa (Tuberculosis en el sector minero de África Austral)
PAI	Países de altos ingresos	U-ASHA	Urban Accredited Social Health Activists (Activistas sociales sanitarios urbanos acreditados)
PCV	Población clave y vulnerable	UKAPTb	Universitarios y profesionales del Reino Unido para acabar con la tuberculosis
PEN	Planes Estratégicos Nacionales	UN	Naciones Unidas
PIBM	Países de ingresos bajos y medios	UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
PNT	Programa Nacional contra la Tuberculosis	UNHLM	United Nations High-Level Meeting (Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas)
PDL	Personas Privadas de Libertad	USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
PEER	Asociación para una mayor participación en la investigación	VHC	Virus de la Hepatitis C
PHF	Fundación Philomera Hope	VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
PMA	Programa Mundial de Alimentos	Wok	Wellness on Wheels Keke (Bienestar sobre ruedas Keke)
PPRP	Prevención, preparación y respuesta ante pandemias		
PVVIH	Personas viviendo con VIH		
RAM	Resistencia antimicrobiana		
REACH	Resource group for Education and Advocacy for Community Health (Grupo de recursos para la educación y la defensa de la salud comunitaria)		
SADC	Comunidad para el Desarrollo del África Meridional		



Resumen Ejecutivo

Emitimos este Llamamiento a la Acción para exigir justicia social y generar una respuesta transformadora a la tuberculosis (TB), una enfermedad prevenible y curable que, sin embargo, mata a 4.400 personas al día, entre ellas 700 niñas y niños.

Queremos asegurarnos de que quienes estamos más impactados, es decir, las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil, nos pronunciemos para que se comprendan nuestras realidades y prioridades, y se salven nuestras vidas.



Creemos que es fundamental enfatizar que, aunque la tuberculosis puede afectar a cualquiera, no afecta a todos por igual. Los determinantes sociales de la salud y las desigualdades que están más allá del control directo de una persona pueden hacer que algunos de nosotros seamos más vulnerables a la TB y/o tengamos más probabilidades de enfrentarnos a barreras para acceder a los servicios de TB. Aquellos de nosotros que formamos parte de una población clave y vulnerable (PCV) afectada por la TB merecemos una respuesta justa e inclusiva que reconozca y satisfaga nuestras diferentes necesidades.

Recordamos la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas (UNHLM) de 2018 sobre la TB y sus objetivos y compromisos, y el informe de progreso de la comunidad “Una brecha mortal (Deadly divide: TB Commitments Vs TB Realities)” publicado dos años después. Ahora, en el Día Mundial de la Tuberculosis 2023, reflexionamos sobre los progresos realizados, los éxitos cosechados y las deficiencias de nuestros esfuerzos en los años posteriores. Hoy miramos hacia el segundo UNHLM sobre TB en 2023 y más allá, para acabar con la TB en 2030. Nos basamos en la hoja de ruta establecida en el Plan Mundial para Erradicar la Tuberculosis 2023-30 y, lo que es más importante, en la inspiración y las enseñanzas obtenidas de más de 1.000 personas afectadas por la tuberculosis de la comunidad y socios de organizaciones de sociedad civil de 90 países impactados por la TB, que han aportado ideas ricas y únicas, incluidas contribuciones a más de 30 estudios de casos, para obtener orientación y enseñanzas que permitan avanzar en la respuesta a la tuberculosis.

Afirmamos que los seis llamamientos temáticos a la acción que figuran a continuación son fundamentales para poner fin a la actual pandemia de TB. Exigen que prioricemos y abordemos tres hechos que históricamente han estancado el progreso. En primer lugar, necesitamos que la TB consiga la atención y compromiso político que merece. Tiene que ser una prioridad económica y política abordada desde la óptica de los derechos humanos y la justicia social. En segundo lugar, debemos poner inmediatamente a disposición recursos financieros nacionales y externos para acabar con la TB. Las brechas de financiación deben cerrarse, las innovaciones y herramientas existentes deben estar disponibles y accesibles para todos, y la investigación y el desarrollo (I+D) de la TB deben recibir los niveles de inversión que vimos para COVID-19. En tercer lugar, durante demasiado tiempo se ha excluido el empoderamiento de las comunidades afectadas por la tuberculosis y de los socios de la sociedad civil. Nuestra experiencia vital y nuestros saberes complementarios deben ser reconocidos, desarrollados e integrados en la concepción, planificación y financiación de la tuberculosis. Sin estos pasos, el progreso se descarrilará, se seguirán perdiendo vidas y las economías seguirán sufriendo los resultados de esta negligencia.



Llamadas a la Acción

01 Cerrar las brechas en la prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la TB llegando a todas las personas con TB



- Garantizar que los diagnósticos rápidos recomendados por la OMS (DRR) se utilicen como prueba inicial para la TB.
- Garantizar que todas las personas afectadas por la TB, incluyendo la infección, la enfermedad y la TB farmacorresistente (TBFR), y sus contactos tengan un acceso asequible a los más nuevos y mejores regímenes de prevención y tratamiento.
- Desarrollar y alcanzar objetivos ambiciosos para la prevención de la TB a través del rastreo de contactos y la cobertura del tratamiento preventivo de la TB (TPT), y también abordando los determinantes sociales de la TB, y asegurando urgentemente una nueva vacuna contra la TB.
- Prestar una atención de calidad de la TB centrada en las personas, basada en la comunidad y enfocada en la PCV para mejorar los resultados de la TB, incluidos los servicios amigables para los niños para mejorar los resultados de la TB pediátrica, mediante la formación del personal, la atención y los recursos para identificar y superar las barreras sociales y económicas para el acceso
- Garantizar que los servicios de TB estén integrados con los servicios de VIH, atención primaria de salud y/o salud ocupacional, utilizando modelos de ubicación conjunta, para mejorar la detección y el tratamiento de la TB en co-morbilidades como el VIH, la silicosis, la desnutrición y la diabetes.
- Aprovechar la capacidad del sector privado para mejorar el acceso a los servicios de TB, especialmente en países con grandes proveedores de servicios del sector privado.

Hacer que la respuesta a la TB sea equitativa, sensible al género, basada en los derechos y libre de estigma, con las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil en el centro para el año 2025

- Garantizar que las Comunidades, Derechos y Género (CDG) y la eliminación del estigma sean prioritarias en la Declaración Política de la UNHLM sobre TB de 2023 con objetivos específicos, y que se integren explícitamente en los Planes Estratégicos Nacionales (PEN) y en las Revisiones de los Programas de TB.
- Dedicar fondos de donantes y nacionales a las iniciativas de TB lideradas por la comunidad, incluidos los esfuerzos de abogacía, monitoreo y rendición de cuentas a través de la Alianza Alto a la Tuberculosis (STP) Challenge Facility for Civil Society (CFCS), el Fondo Mundial y otros mecanismos de apoyo técnico.
- Garantizar la participación significativa de las comunidades afectadas por la tuberculosis y la sociedad civil como colaboradores expertos en el desarrollo de los PEN, la planificación de las Revisiones del Programa de TB, así como los procesos de desarrollo de propuestas nacionales para subvenciones internacionales en todos los países con alta carga (PAC), incluso a través de redes nacionales de personas afectadas por la tuberculosis y el empoderamiento y liderazgo de mujeres y niñas.
- Llevar a cabo evaluaciones de los CDG, mediciones rutinarias del estigma, y desarrollar e implementar planes de acción costeados para los CDG de TB en todos los PAC que incluyan el monitoreo dirigido por la comunidad (MLC) de la respuesta a la TB y de los CDG en la respuesta a la TB.
- Identificar, realizar estimaciones de tamaño y asignar fondos para atender sistemáticamente las necesidades específicas de las PCV de la TB, como, pero no exclusivamente, a las personas que viven con el VIH, las personas migrantes, las personas refugiadas y desplazadas internas, las personas que consumen drogas, las personas privadas de libertad, las personas con diabetes, los pobres urbanos y las personas que viven en barrios marginales, los mineros y las personas con silicosis, los pueblos indígenas y las niñas y niños, en función de la vulnerabilidad y las barreras de acceso.
- Reforzar la protección social y la seguridad de las personas afectadas por la tuberculosis, y garantizar que incluya ingresos, atención sanitaria, vivienda, apoyo nutricional, apoyo a la salud mental y asistencia jurídica.
- Actualizar las leyes, políticas y programas para promover y proteger los derechos de las personas afectadas por la TB, combatir las desigualdades y eliminar el estigma y las prácticas, procesos y lenguaje discriminatorios.

03

Acelerar el desarrollo, implementación y acceso a nuevas herramientas esenciales para acabar con la TB

- Desarrollar y garantizar la disponibilidad y accesibilidad de nuevas vacunas contra la TB que permitan reducir drásticamente la incidencia de la enfermedad para 2025, con una reserva protegida de financiación.
- Garantizar que todas las personas afectadas por la tuberculosis, incluida la infección y la enfermedad de la tuberculosis y la tuberculosis farmacorresistente (TBFR), reciban los últimos regímenes de tratamiento más cortos para finales de 2024.
- Desarrollar nuevos puntos de atención de DRR, incluidos los que son aptos para los niños y miden la resistencia a los medicamentos a los regímenes de tratamiento más recientes y emergentes, paralelamente al desarrollo de regímenes de tratamiento más cortos para la infección y la enfermedad de TB que se basan en nuevas moléculas.
- Reforzar la utilidad y la inversión en tecnologías digitales, incluidas las radiografías portátiles digitales, los diagnósticos asistidos por inteligencia artificial y los mecanismos de MLC como Onelmpact.
- Acelerar el desarrollo y el acceso al mercado de herramientas nuevas y emergentes - desde el diseño y la adaptación hasta la adopción, la creación de demanda y la evaluación- con mecanismos comunitarios de asesoramiento financiados, campañas dirigidas por la comunidad e investigación operativa.
- Coordinar los esfuerzos entre los desarrolladores, a través de alianzas globales y asociaciones de desarrollo de productos sin fines de lucro, para producir vacunas, diagnósticos, tratamientos y tecnologías digitales para la TB centrados en las personas y accesibles, garantizando que estén libres de propiedad intelectual o barreras relacionadas con la industria o los precios regulados que inhiben la asequibilidad y el acceso.



04

Invertir los fondos necesarios para terminar con la TB



- Cerrar la brecha de financiamiento para la TB a través de inversiones de US\$ 210 mil millones entre 2023 y 2030, incluidos US\$ 40 mil millones para I+D en TB, para lograr los seis llamados a la acción y cumplir con el Plan Global para Acabar con la TB.
- Apoyar el reabastecimiento de los mecanismos mundiales de financiación como el STP CFCS y TB REACH, el Fondo Mundial y Unitaid, con asignaciones proporcionales para la TB y para las comunidades afectadas por la TB y los socios de la sociedad civil.
- Movilizar recursos nacionales para la TB e integrarlos con los sistemas de salud para aprovechar las inversiones existentes y reducir la dependencia de fondos externos.
- Eliminar los costes catastróficos a los que se enfrentan los hogares afectados por la TB a través de inversiones multisectoriales, coordinación y aplicación de marcos legales.
- Innovar en la financiación para ampliar el grupo de inversores y generar eficiencia en el gasto en TB.
- Asegurar que la TB sea reconocida e incluida en las inversiones en prevención, preparación y respuesta ante pandemias, resistencia antimicrobiana y cobertura universal de salud.

05

Priorizar la TB en la prevención, preparación y respuesta ante pandemias (PPRP), la resistencia a los antimicrobianos (RAM) y la cobertura universal de salud (CUS)

- Garantizar que la PPRP se base en las experiencias y aborde pandemias actuales como la TB y su papel en futuras pandemias de transmisión aérea, con una financiación alineada.
- Garantizar que la farmacoresistencia de la TB se incluya en la vigilancia de la RAM y se aborde en la planificación estratégica de la RAM y la financiación alineada.
- Garantizar que el tamizaje, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención de la TB se incluyan en los paquetes nacionales de servicios esenciales para la atención primaria de salud y la cobertura universal de salud y, a la inversa, garantizar que todas las personas afectadas por la TB, incluidos los PVC y sus familias, estén inscritos y protegidos por los sistemas nacionales de cobertura universal de salud, utilizando así la TB como un indicador de progreso hacia la cobertura universal de salud.
- Desarrollar modelos financiados para la inclusión significativa de las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil como socios iguales en las respuestas de PPRP (incluido el Fondo Pandémico), RAM y CUS, con representación y voz dentro de los acuerdos de gobernanza a nivel mundial y nacional.



Compromiso con la acción multisectorial, el liderazgo decisivo y la rendición de cuentas



- Desarrollar asociaciones con periodistas, parlamentarios, celebridades y otras figuras públicas para abogar e implementar los llamados a la acción de este informe de rendición de cuentas sobre la TB.
- Reforzar la colaboración sectorial y ampliar la adopción del Marco de Rendición de Cuentas Multisectorial (MAF) para la TB, al tiempo que se desarrollan mecanismos adicionales para que todas las partes interesadas rindan cuentas sobre el cumplimiento de los compromisos y objetivos.
- Aplicar modelos de MLC para comprender y abordar las realidades a las que se enfrentan las comunidades afectadas por la TB, incluidos el estigma y las violaciones de los derechos humanos, y documentar las acciones dirigidas por la comunidad para hacer frente a esos obstáculos. Utilizar estos datos para reforzar las respuestas nacionales a la TB, la PPRP y la CUS y la rendición de cuentas para la CDG.
- Involucrar a los Jefes de Estado, líderes de alto nivel y comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil en el seguimiento y revisión de las respuestas nacionales a la TB, la acción multisectorial y los mecanismos de rendición de cuentas, y traducir los compromisos sobre TB en PPRP, RAM y CUS en acción, incluso en la UNHLM de 2023 sobre TB.
- Solicitar a la OMS que elabore un calendario y un plan de transición para los sistemas de vigilancia en tiempo real y la notificación de datos.
- Ordenar la inclusión de las comunidades afectadas por la tuberculosis y la sociedad civil en los Mecanismos de Coordinación de País (MCP) y los grupos de trabajo técnicos relacionados con el seguimiento y la revisión de las respuestas nacionales, incluido el apoyo a las Delegaciones de las ONG y la comunidad de STP para apoyar el desarrollo de informes de rendición de cuentas en los años siguientes.

Introducción

La tuberculosis (TB) ha convivido con la humanidad durante siglos. Es prevenible, tratable y curable, pero sigue invicta. En 2018, la primera Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas (UNHLM) sobre la TB impulsó a los Estados Miembros para establecer compromisos para eliminar la TB para 2030 en virtud de una Declaración Política sobre la Lucha contra la Tuberculosis.¹ La Declaración afirmó los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas para 2030², la Estrategia Fin a la TB de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para 2030³, y el Plan Global para Poner Fin a la TB 2016-2020 de la Alianza Alto a la TB (STP)⁴, y estableció metas para la eliminación de la TB a nivel mundial, regional y nacional.

Han pasado cuatro años desde la primera UNHLM sobre la TB y casi todos los objetivos siguen sin cumplirse. Además, muchos objetivos no están a la altura de las prioridades comunitarias. En el año 2021, 10,6 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,6 millones murieron a causa de la enfermedad.⁵ Esto significa que, cada día, unas 29.000 personas desarrollan tuberculosis y el 15% de ellas no sobrevive a la enfermedad. La pandemia de COVID-19 revirtió muchos de los avances que se habían conseguido en la TB, provocando -por primera vez en décadas- un aumento de la incidencia y la mortalidad por TB.⁵ Pero incluso antes de la pandemia, la TB era la principal causa de muerte por un único agente infeccioso. Amenaza con mantener esa posición en un futuro previsible. A menos que actuemos ahora.

En septiembre de 2023, se realizará una segunda UNHLM sobre TB para establecer nuevos compromisos y objetivos para acabar con la TB. Este es un momento de ajuste de cuentas para aquellos que están en el corazón de esta pandemia de TB en curso. Las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil deben pedir rendición de cuentas a los líderes políticos por las promesas que hicieron en 2018 y, dadas las atroces brechas en el progreso alcanzado, exigir la priorización de acciones decisivas y la rendición de cuentas para poner fin a la TB, sin dejar de estar al frente y en el centro de esa respuesta. Con su hoja de ruta de acciones prioritarias para la atención centrada en las personas para poner fin a la TB, incluyendo una estimación detallada de las necesidades de recursos financieros en I+D, implementación e infraestructura para la TB, El Plan Global para Poner Fin a la TB 2023-2030 proporciona una inspiración muy necesaria.⁶

¹ The Global Plan to End TB 2016-2020 was later revised in light of the 2018 UNHLM on TB Political Declaration. The Global Plan to End TB 2023-2030 is referenced from hereon.

Justificación de un Informe sobre las Comunidades

Las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil están en el centro de la epidemia de TB, independientemente de dónde esta surja. Son las principales partes interesadas y las garantes de la rendición de cuentas en cualquier esfuerzo por acabar con la TB. Sin embargo, no se ha dado suficiente prioridad a su voz.

Los últimos cinco años reflejan un cambio radical en el compromiso y las acciones comunitarias contra la TB, y este informe es un reflejo oportuno de ese cambio. En 2020 se publicó un primer informe sobre la Brecha Mortal, en el que se exponían las grandes diferencias entre los objetivos aprobados por los jefes de Estado y de Gobierno y los resultados obtenidos.⁷ Este segundo informe se basa en ese esfuerzo con una justificada impaciencia.

Las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil instan a su participación significativa en la toma de decisiones para romper el status quo y ayudar a liderar una respuesta transformadora para la eliminación de la TB centrada en las personas, equitativa, basada en los derechos, libre de estigma, con inversiones a la par de los esfuerzos para la prevención, preparación y respuesta ante pandemias (PPRP), la resistencia a los antimicrobianos (RAM) y la atención sanitaria universal (CUS). Este informe refleja su voz sin reservas en solidaridad con las personas más directamente afectadas por la tuberculosis, incluidas aquellas que a menudo quedan fuera de las conversaciones sobre cuándo, dónde y cómo acabar con la tuberculosis. Elogia las acciones comunitarias llevadas a cabo en todo el mundo y, al proporcionar información crucial sobre las brechas evitables, ofrece recomendaciones prioritarias para facilitar la acción en seis áreas clave, cada una de ellas impulsada por su involucramiento y liderazgo decididos, e informada por su experiencia vivida con la TB. El informe está diseñado para provocar el compromiso político y multisectorial en la persistente crisis mundial y despertar una respuesta que esté a la altura de las devastadoras tasas de mortalidad, marginación, discapacidad y pérdidas socioeconómicas que la TB causa innecesariamente año tras año.

Definiciones

A efectos de este informe, "comunidades y sociedad civil afectadas por la tuberculosis" se refiere a:

- **Personas afectadas por la tuberculosis (TB):** Cualquier persona infección o enferma de tuberculosis o que la haya padecido anteriormente, así como sus cuidadores y familiares directos, y los miembros de poblaciones clave y vulnerables (PCV) afectadas por la tuberculosis, como niñas y niños, los trabajadores de la salud, los pueblos indígenas, las personas con VIH, las personas usuarias de drogas, las personas encarceladas (personas privadas de libertad) y otros entornos cerrados, los mineros, las poblaciones móviles y migrantes, las mujeres y los pobres urbanos y rurales.
- **Organizaciones y redes comunitarias, de la sociedad civil y no gubernamentales que trabajan para hacer frente a la TB** a nivel local, nacional, regional y mundial.

El término "sobrevivientes de la TB" se utiliza específicamente para referirse a las personas que han padecido la enfermedad. "Personas con TB" o "personas afectadas por la TB" se utiliza para referirse a personas que tienen o han tenido la enfermedad de la TB.



Metodología

Este informe se basa en las perspectivas consolidadas de 1.018 personas implicadas en la respuesta a la TB de 394 organizaciones de 91 países. Las personas encuestadas proceden de África (África anglófona y francófona), América, Asia, Europa del Este y Asia Central (EEAC) y países de renta alta (PRA), incluidas las personas que trabajan a nivel mundial (Figuras 1-3). Sus puntos de vista se recogieron a través de encuestas en línea (n=860), entrevistas (n=158) y consultas continuas facilitadas por la comunidad afectada por la TB y líderes de la sociedad civil en cada región, investigadores en ciencias sociales y organizaciones coordinadoras, como se indica en Agradecimientos, entre septiembre de 2022 y marzo de 2023.

Aproximadamente un tercio de las personas encuestadas se autoidentificaron como personas con TB o supervivientes de TB (n=295). Otros encuestados (n=565) se identificaron como representantes de organizaciones comunitarias y organizaciones de la sociedad civil, incluidas organizaciones no gubernamentales y sin ánimo de lucro, y redes de supervivientes de TB y PCV (75%); seguidos de expertos técnicos, incluidos desarrolladores y representantes de organismos de financiamiento (10%); académicos o representantes de instituciones de investigación (8%); representantes gubernamentales (3%); y periodistas (1%). La mayoría (90%) de los participantes viven y/o trabajan en países de ingresos bajos y medios (PIMB) afectados por la tuberculosis.

Figura 1

Distribución regional de los encuestados y entrevistados

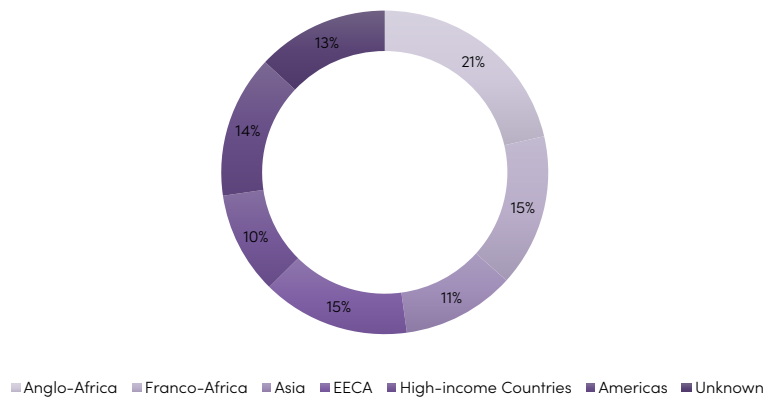


Figura 2

Países representados por los encuestados y entrevistados

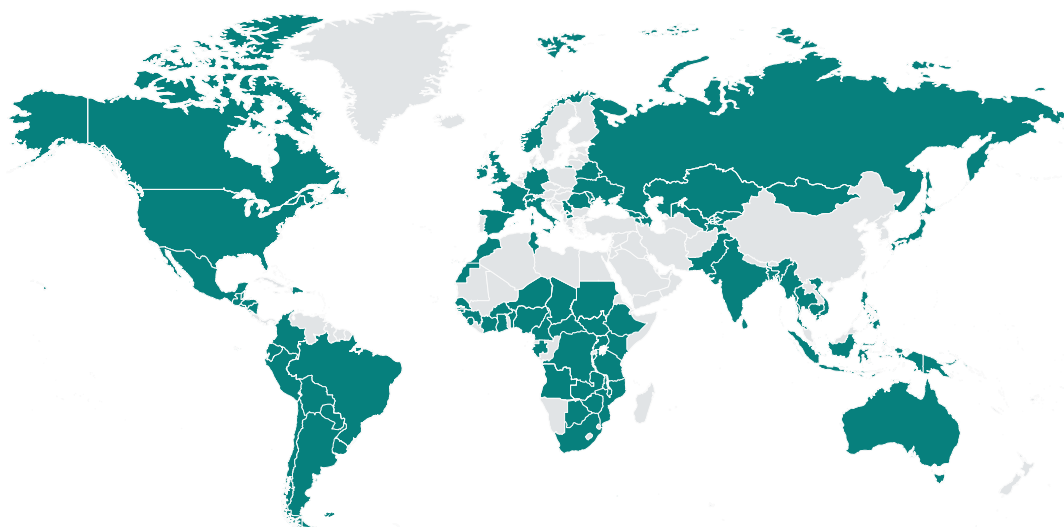
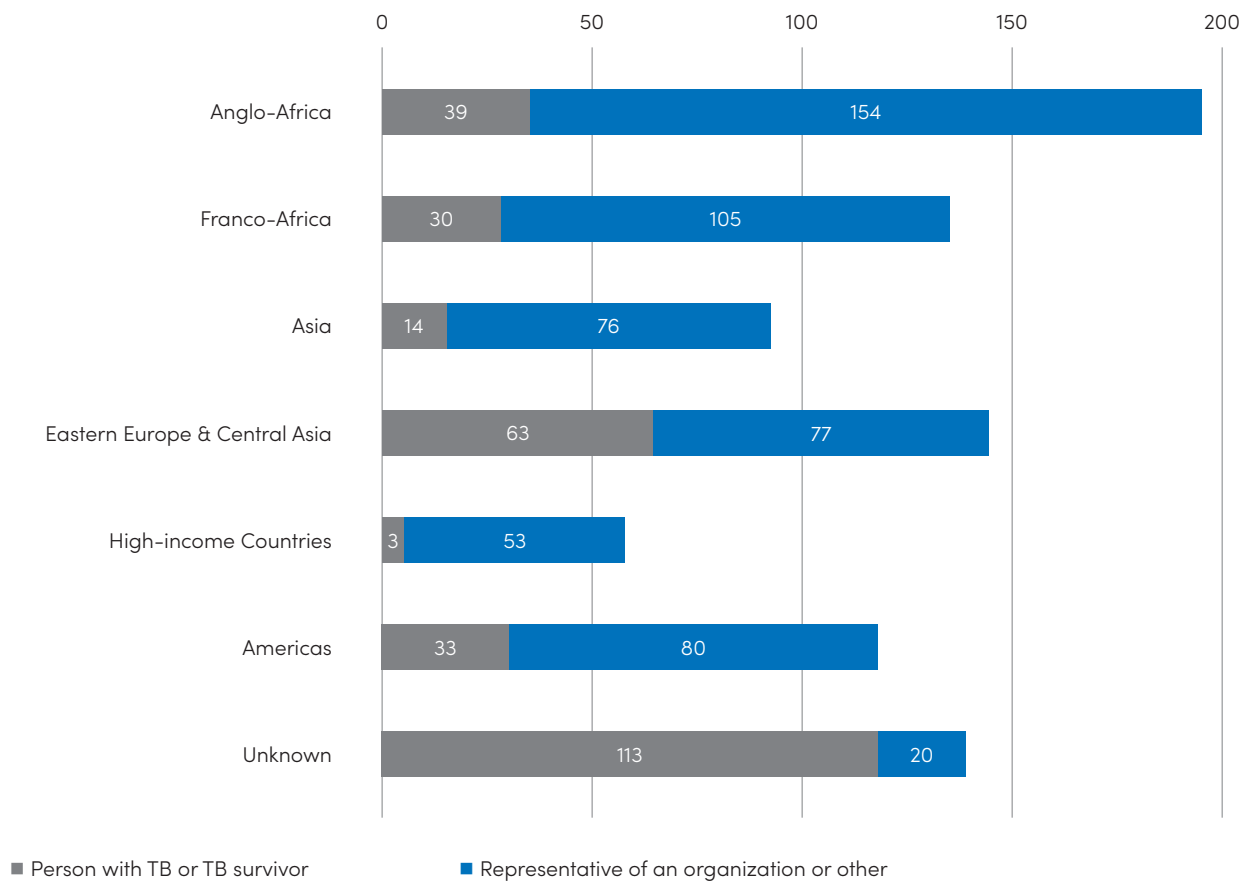


Figura 3

Perfil de los encuestados



Se aplicó un marco de derechos humanos liderado por la comunidad⁸ para analizar los datos de los encuestados, contextualizados con los hallazgos en la literatura formal y gris. El estado actual de la respuesta desde el punto de vista de los encuestados, incluida una tarjeta de puntuación sobre los avances logrados en la Declaración Política de 2018¹, los desafíos persistentes y las oportunidades para acciones transformadoras en la respuesta a la TB se describen a través de seis áreas prioritarias. La tarjeta de puntuación constituyó una evaluación cuantitativa de los avances alcanzados en cada área, donde los objetivos categóricos comprometidos en la Declaración Política de 2018 y donde los datos cuantitativos estaban disponibles, y / o una evaluación cualitativa de los avances logrados, utilizando el código de color de tráfico, donde los objetivos no se habían especificado. El cuadro de mando también incluía datos pertinentes de encuestas, entrevistas y la bibliografía revisada para este informe.

Se destacan cuarenta estudios de caso que ejemplifican las contribuciones de las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil en las respuestas a la TB a nivel mundial, regional, nacional y subnacional, como prueba de su contribución e impacto. Estos estudios de caso representan sólo un puñado de los encomiables esfuerzos realizados en todo el mundo y no son en absoluto un conjunto exhaustivo.

El informe está redactado en gran parte en un estilo narrativo, utilizando un lenguaje explícitamente desestigmatizador.⁹ Las evidencias cuantitativas que ya están bien ilustradas en los documentos producidos por la comunidad científica de la TB se repiten mínimamente. Más bien, el informe proporciona una base narrativa para imaginar las respuestas a la TB que pueden cerrar la brecha persistente, prevenible y mortal entre las promesas hechas y los avances logrados en la eliminación de la TB, y para estimular compromisos y objetivos más ambiciosos. La metodología completa, que detalla el nivel sin precedentes de participación y compromiso de las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil, están disponibles en el **Anexo**.

Estudios de caso de comunidades afectadas por la TB y de la sociedad civil

Busque ejemplos de acciones y logros comunitarios a lo largo de este informe
Las comunidades afectadas deben ser incluidas en todos los niveles de la respuesta a la TB
Invertir en las comunidades afectadas por la TB y en la sociedad civil = Invertir en la eliminación de la TB

Objetivos para la eliminación de la TB

Las metas para poner fin a la TB fueron establecidas por la Declaración Política de 2018 de la primera UNHLM sobre TB (Tabla 1)¹, en consonancia con el ODS 3 de la ONU para poner fin a la TB para 2030 (basado en la incidencia de TB por cada 100,000 habitantes) y la Estrategia del Plan Mundial de la OMS para poner Fin de la TB (Tabla 2).

A lo largo de este informe se hace referencia a los objetivos y compromisos de la Declaración Política de 2018. Entre entonces y ahora, es decir, 2018 y 2023, se pueden celebrar muchos logros, como el desarrollo de nuevos regímenes de tratamiento acortados para la

infección por TB, la enfermedad y la TBFR, incluida la TB infantil, y la implementación del tratamiento preventivo de la TB (TPT) para las personas que viven con el VIH. Sin embargo, seguimos sin alcanzar casi todos los objetivos.¹³⁷¹ Los actuales mecanismos de rendición de cuentas también son insuficientes, lo que provoca brechas lamentables en el cumplimiento de los compromisos políticos y las inversiones financieras en la respuesta a la TB. Una serie de compromisos relacionados con Comunidades, Derechos y Género (CDG) que, en un principio, carecían de indicadores u objetivos, no generaron inversiones o acciones significativas. La pandemia de COVID-19 causó un tremendo impacto en los esfuerzos por eliminar la TB, pero nos quedamos atrás en la acción incluso antes de 2020. Por lo tanto, nos enfrentamos a una brecha mortal cada vez mayor entre los compromisos y la realidad a la que se enfrentan las comunidades afectadas por la TB en el terreno.

Tabla 1

Primeros objetivos y compromisos de la Declaración Política de la UNHLM para 2022

Primera Declaración política de la UNHLM sobre la tuberculosis	Objetivos y compromisos para 2022
Llegar a todas las personas cerrando las brechas en el diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis	<p>Tratar a 40 millones de personas con TB, incluidos 3,5 millones de niños con TB.</p> <p>Tratar a 1,5 millones de personas, incluidos 115.000 niños, con TBFR.</p> <p>Proporcionar TPT a 30 millones de personas, incluidos 4 millones de niños menores de cinco años, 20 millones de contactos familiares de personas con TB y 6 millones de personas que viven con VIH.</p>
Transformar la respuesta a la tuberculosis para que sea equitativa, basada en los derechos y centrada en las personas	<p>Eliminar las leyes, políticas y programas que discriminan a las personas con TB.</p> <p>Proteger y promover los derechos humanos y la dignidad.</p> <p>Reconocer las barreras socioculturales a los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, especialmente en el caso de la PCV.</p> <p>Reconocer la necesidad de desarrollar servicios sanitarios integrados, centrados en las personas, de base comunitaria, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos.</p> <p>Acabar con el estigma y la discriminación.</p>
Invertir los fondos necesarios para terminar con la TB	<p>Aumentar las inversiones globales destinadas a terminar con la TB hasta al menos 13.000 millones de dólares anuales.</p> <p>Aumentar las inversiones globales en investigación de la TB hasta los 2.000 millones de dólares, con el fin de cerrar la brecha de financiación de 1.300 millones de dólares.</p>
Acelerar el desarrollo de nuevas herramientas esenciales para terminar con la tuberculosis	<p>Comprometerse a suministrar vacunas nuevas, seguras, eficaces, equitativas y asequibles, diagnósticos en el punto de atención y adaptados a los niños, pruebas de sensibilidad a los medicamentos; regímenes farmacológicos más seguros, eficaces y cortos; innovación para reforzar los sistemas sanitarios (por ejemplo, herramientas de información y comunicación y sistemas de suministro para tecnologías nuevas y existentes) para permitir la integración de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención de la tuberculosis centrados en las personas.</p>
Comprometerse a ejercer un liderazgo mundial decisivo y responsable, que incluya la presentación periódica de informes y revisiones por parte de la ONU	<p>Solicitar al Director General (DG) de la OMS que continúe desarrollando el Marco multisectorial de rendición de cuentas y que lo implemente para 2019.</p> <p>Solicitar al Secretario General (SG) de la OMS que presente un informe de progreso para 2020 que sirva de base para el próximo UNHLM sobre TB en 2023 para su revisión por parte de los Jefes de Estado y de Gobierno.</p>

De la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Lucha contra la Tuberculosis, 2018.¹

¹ Reference out of sequence

Tabla 2

Objetivos de la Estrategia Fin a la Tuberculosis de la OMS para 2020 y 2030

Estrategia Fin de la TB de OMS	Objetivos
Reducir la incidencia de la tuberculosis	Un 50% en 2025 y un 80% en 2030
Reducir las muertes por tuberculosis	Un 75% en 2025 y un 90% en 2030
Eliminar los costes catastróficos a los que se enfrentan las familias afectadas por la tuberculosis	A 0 en 2020

De Estrategia Fin de la TB OMS, 2015.²

Los indicadores primarios o medidas de progreso son la aceptación de las pruebas rápidas de TB y los nuevos medicamentos, la cobertura del tratamiento de la TB y el tratamiento preventivo, así como el éxito del tratamiento y los costes catastróficos a los que se enfrentan los hogares afectados por la TB.

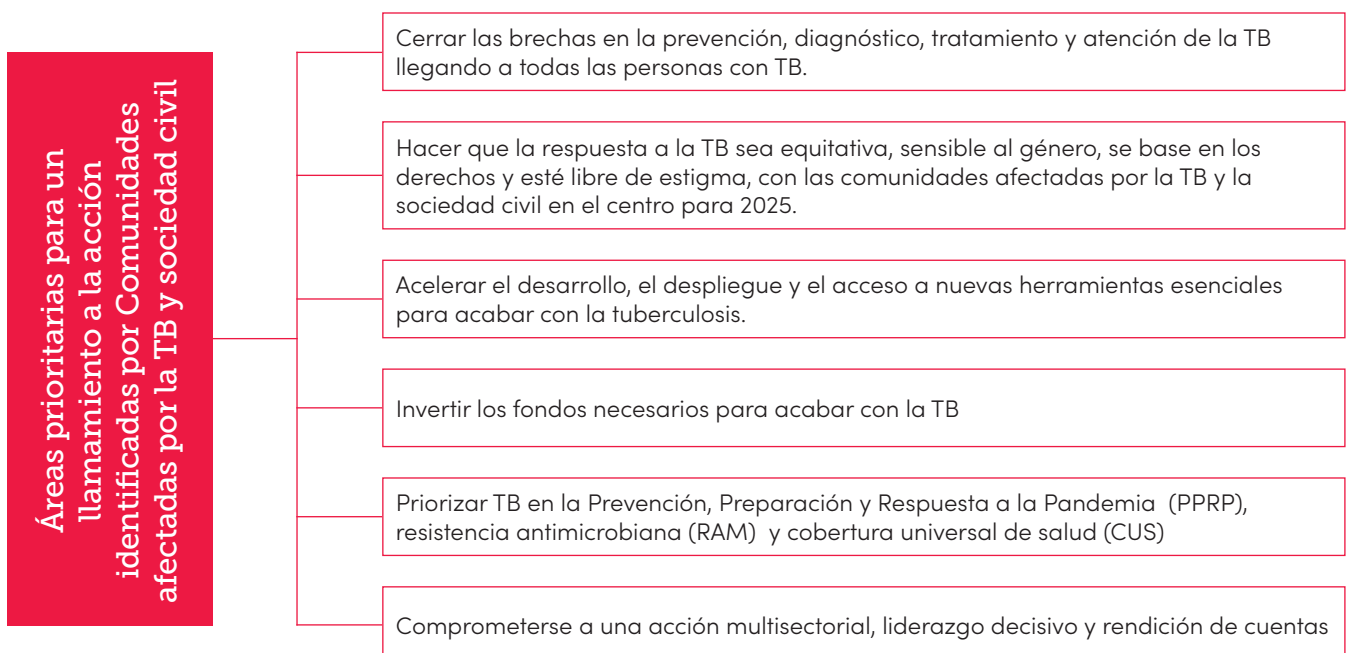
Cerrar la brecha

Para cerrar la brecha mortal entre las promesas hechas en la Declaración Política de 2018 de la primera UNHLM sobre TB y las realidades sobre el terreno, las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil exigen una acción urgente y transformadora en seis áreas prioritarias, asegurando que estén significativamente incluidas y comprometidas en

cada una de estas áreas (Figura 4). Los avances logrados hasta la fecha, los obstáculos y desafíos, así como las mejores prácticas llevadas a cabo por las comunidades afectadas y los socios en estas áreas se detallan en los capítulos siguientes, exponiendo las desigualdades sistémicas persistentes, las inversiones limitadas y la necesidad de un conjunto ampliado de objetivos priorizados por la comunidad que rijan la toma de decisiones en la TB, muchos de los cuales se establecen en el Plan Mundial para Erradicar la TB 2023-2030⁶, como se discute más adelante.

Figura 4

Ámbitos de actuación para cerrar la brecha entre compromisos y logros



Poblaciones clave y vulnerables (PCV) afectadas por la tuberculosis

No se puede subestimar la necesidad de un mayor reconocimiento de las PCV afectadas por la tuberculosis y de una atención específica a las mismas, cuya voz se presenta en este informe.

Aunque la TB puede afectar a cualquier persona, las personas que tienen una mayor exposición a la TB debido al lugar donde viven o trabajan, las personas que tienen un acceso limitado a servicios de atención sanitaria de calidad para TB y otros problemas de salud, y las personas que por factores biológicos o comportamentales están en mayor riesgo de desarrollar TB, y de enfrentarse a malos

resultados clínicos y consecuencias sociales negativas (Tabla 3).⁶ La vulnerabilidad a la TB tampoco tiene que ver sólo con la incidencia y prevalencia de la enfermedad. Surge de barreras legales, de derechos humanos, socioeconómicas, ocupacionales y biológicas que experimentan más algunas personas, a menudo debido a profundas desigualdades sociales e históricas.⁸ A nivel mundial, y dentro de las regiones, puede haber enormes variaciones en las personas que representan la PCV afectadas por la TB. En consonancia con los compromisos relacionados con la "inclusión social" y la "equidad" en la Declaración Política de 2018, las respuestas a la TB deben incluir una atención diferenciada a las barreras distintivas que enfrentan las PCV. Hoy en día, más países han priorizado la PCV en sus Planes Estratégicos Nacionales para la TB.¹⁰

Tabla 3

Poblaciones clave y vulnerables en TB

Personas con mayor exposición a la tuberculosis debido al lugar donde viven o trabajan

Personas privadas de la libertad, trabajadoras sexuales, mineros, visitantes de hospitales, trabajadores sanitarios y trabajadores sanitarios comunitarios

Personas que:

- viven en barrios marginales urbanos;
- viven en condiciones de poca ventilación o mucho polvo;
- están en contacto con personas con tuberculosis, incluidos niñas y niños;
- trabajan en entornos superpoblados;
- trabajan en hospitales o son profesionales sanitarios;
- están en contacto o conviven con ganado;
- viven o trabajan cerca de ganado o ingieren leche cruda o sangre.

Personas con acceso limitado a servicios de tuberculosis de calidad

Trabajadores migrantes, mujeres en entornos con disparidad de género, niñas y niños, refugiados o desplazados internos, mineros ilegales y migrantes indocumentados

Personas que:

- apertenezcan a poblaciones tribales o pueblos indígenas;
- viven en la calle;
- viven en zonas de difícil acceso;
- viven en residencias de ancianos;
- tienen discapacidades mentales o físicas;
- se enfrentan a barreras legales para acceder a la atención;
- son lesbianas, gays, bisexuales o trans.

Personas con mayor riesgo de TB debido a factores biológicos o de comportamiento que comprometen la función inmunitaria

Personas que:

- viven con el VIH.
- padecen diabetes o silicosis.
- se someten a terapia inmunosupresora.
- están desnutridas;
- consumen tabaco;
- sufren trastornos por consumo de alcohol y/o se inyectan drogas.

Extraído de The Global Plan to End TB 2023–2030, Stop TB Partnership; p 104-105.⁶

El Plan de Acción Mundial para terminar con la tuberculosis 2023-2030

La Alianza Alto a la Tuberculosis (STP, por sus siglas en inglés), en colaboración con la comunidad de tuberculosis, elaboró un Plan Mundial para Poner Fin a la Tuberculosis 2023-30 (Cuadro 4). El plan proporciona una hoja de ruta con estimaciones presupuestarias detalladas para acabar con la TB en 2030, intervenciones políticas para que la atención centrada en las personas esté disponible para

todos, y orientación para abordar las deficiencias en I+D, implementación e infraestructura de la TB, y anticipar la aprobación y disponibilidad generalizada de al menos una nueva vacuna contra la TB. Se trata de un plan centrado en las comunidades afectadas por la TB y en la sociedad civil, y que responde a las necesidades de género, derechos y equidad, teniendo en cuenta los retos de la salud mental y la interacción con diferentes enfermedades como el VIH/SIDA, entre otros factores. Contiene varios compromisos en materia de TB CDG, con el objetivo de que los países completen una evaluación de la TB CDG, desarrollen un plan de acción costado para la TB CDG, lo integren en el PEN e implementen/financien completamente el plan. Los llamamientos a la acción derivados de este informe están claramente relacionados con el Plan Mundial.

Tabla 4

Plan Global STP para Acabar con la TB 2030-2023 Acciones prioritarias

Plan Mundial para Erradicar la Tuberculosis 2023-2030	Acciones prioritarias
Acabar con la TB mediante paquetes de inversión integrales aplicados a gran escala	<ul style="list-style-type: none"> • Invertir en un paquete integrall de inversiones. • Ampliar las intervenciones para alcanzar objetivos y metas clave.
Ampliar el diagnóstico y la atención de la TB	<ul style="list-style-type: none"> • Reimaginar la atención a la TB, ofreciendo servicios con enfoque centrado en las personas. Ampliar el uso de diagnósticos modernos. • Encontrar a las personas con TB que faltan. • Expandir el diagnóstico precoz, incluidas las fases subclínicas. • Desarrollar y aplicar estrategias de comunicación pública para concientizar sobre la TB y promover la consulta precoz. • Integrar el tamizaje y las pruebas de TB en otros servicios sanitarios, centrándose en servicios que aborden comorbilidades comunes o grupos en riesgo, dependiendo del contexto epidemiológico local. • Proporcionar un apoyo que permita a las personas que reciben atención para la TB completar un ciclo completo de tratamiento sin una carga excesiva para ellos y sus familias, evitando al mismo tiempo costes catastróficos. • Reforzar los sistemas de compras y las cadenas de suministro.
Ampliar la prevención de la tuberculosis	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar medidas de prevención y control de las infecciones transmitidas por vía aérea en los centros sanitarios y en los lugares cerrados de alto riesgo donde se reúnen las personas. • Proporcionar TPT a las personas que viven con la infección tuberculosa y que tienen un mayor riesgo de progresión a la enfermedad tuberculosa activa. • Utilizar vacunas eficaces una vez que dichas vacunas estén oficialmente recomendadas y disponibles. • Abordar los factores de riesgo y los determinantes sociales de la TB.
Alianza con actores claves: comunidades y sector privado	<ul style="list-style-type: none"> • Multiplicar al menos por cuatro la financiación destinada a involucrar a las comunidades afectadas por la tuberculosis en la respuesta a esta enfermedad. • Apoyar los modelos comunitarios y domiciliarios de prevención y atención de la TB. • Ampliar los enfoques mixtos público-privados para mejorar la calidad de la atención de la TB, reducir los gastos directos y mejorar la notificación de datos en el sector sanitario privado. • Apoyar una respuesta multisectorial a la TB mediante asociaciones más sólidas.
Terminar con la tuberculosis mediante la cobertura universal sanitaria, la preparación y respuesta ante pandemias y acciones socioeconómicas	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar el acceso a los servicios de TB mediante iniciativas de cobertura universal sanitaria. • Situar la respuesta a la TB en el centro de los esfuerzos de preparación y respuesta ante una pandemia. • Invertir en la mitigación de la pobreza y el desarrollo sostenible.

Derechos humanos, estigma, género y poblaciones clave y vulnerables

- Posicionar los derechos humanos universales como base de la respuesta a la TB.
- Eliminar el estigma y la discriminación relacionados con la TB.
- Garantizar que las intervenciones contra la TB sean sensibles al género y transformativas con ese enfoque.
- Priorizar, alcanzar e involucrar a las poblaciones clave y vulnerables.

Acelerar el desarrollo de nuevas

- Invertir, como mínimo, 4.000 millones de dólares anuales para acelerar la I+D de nuevos diagnósticos, medicamentos y vacunas contra la tuberculosis. Es necesario movilizar recursos de gobiernos y organizaciones filantrópicas, aumentar el compromiso con el sector privado y conseguir una financiación innovadora y sostenible.
- Desarrollar una nueva vacuna contra la TB para 2025.
- Acelerar el desarrollo de nuevas herramientas para prevenir, diagnosticar y tratar la TB mediante la identificación de vías innovadoras de desarrollo de productos y la mejora de la colaboración entre los actores en el desarrollo de productos.
- Invertir al menos 800 millones de dólares anuales en investigación científica básica.
- Ampliar el uso de la investigación operativa.
- Desarrollar e implementar herramientas digitales.
- Crear un entorno propicio para la I+D en TB.
- Aplicar las mejores prácticas de participación comunitaria en todo el proceso de I+D.
- Aplicar principios de acceso en la implementación y optimización del uso de nuevas herramientas.
- Reforzar la promoción de la innovación en TB.

Recursos necesarios, rentabilidad de la inversión y coste de la inacción

- Movilizar 209.800 millones de dólares en financiación entre 2023 y 2030 para la atención y prevención de la TB, de los cuales 52.600 millones se destinarán a la vacunación una vez que se disponga de una nueva vacuna. Los recursos necesarios para la atención y la prevención, excluida la vacunación, ascienden a 157.200 millones de dólares, lo que supone una media de 19.650 millones de dólares al año.
- Movilizar US\$ 40.180 millones en financiación entre 2023 y 2030 para I+D en TB e investigación en ciencias básicas a través de una base de financiación más diversificada.

Extraído de [The Global Plan to End TB 2030-2023, Stop TB Partnership](#).⁶



ÁREA DE ACCIÓN 1: Cerrar las brechas en la prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la TB llegando a todas las personas con TB

Introducción

Como comunidad de la TB, declaramos sin lugar a dudas que el derecho a acceder a la mejor calidad de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la TB es un derecho humano fundamental para todas las personas, independientemente de quiénes sean, dónde vivan y trabajen, o cómo se identifiquen. Los regímenes de corta duración y los diagnósticos moleculares rápidos no son negociables. Sólo con una mayor convicción política se podrán promover y proteger los derechos de las personas afectadas por la TB. En este capítulo, compartimos las perspectivas de la comunidad afectada por la TB y de la sociedad civil sobre los logros alcanzados, las brechas encontradas y las oportunidades para ampliar la prestación de las mejores herramientas basadas en la evidencia disponibles para la TB, incluida la TBFR, la TB infantil y las comorbilidades de la TB. Comenzamos con una visión de la situación actual para situar los argumentos presentados y conducir a un ambicioso llamamiento a la acción. Este enfoque se repite en cada capítulo.

Situación actual

Cuadro de resultados

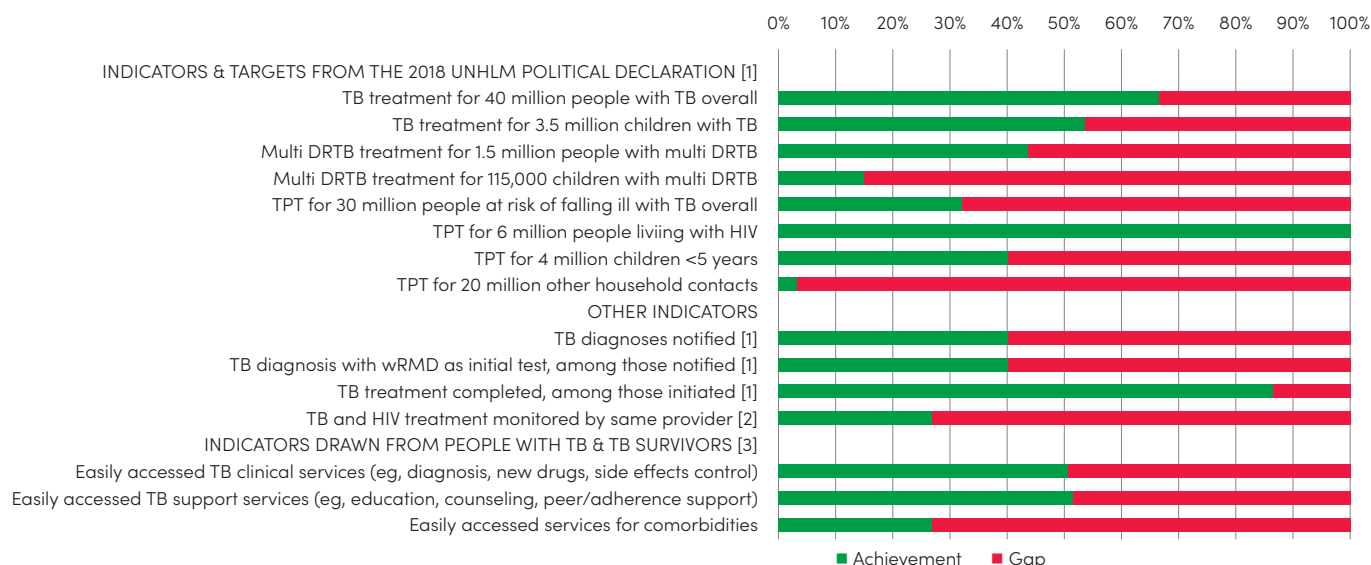
Se ha avanzado en el cierre de brechas en la prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la TB con respecto a

los indicadores relevantes de la Declaración Política de 2018. Entre 2018 y 2022, 26,3 millones de personas, incluidos 1,9 millones de niños, recibieron tratamiento para la TB; y 649.000 personas, incluidos 17.700 niños, recibieron tratamiento para la TBFR. En total, 12,5 millones de personas recibieron TPT, incluidos 10,3 millones de personas que viven con el VIH, 1,6 millones de contactos domésticos infantiles y 600.000 contactos domésticos de otro tipo. Se trata de éxitos dignos de elogio, dado el enorme trastorno de las respuestas a la tuberculosis en todos los países a causa de la pandemia de COVID-19. Sin embargo, sigue habiendo una evidente falta de coordinación (Figura 5) que exige una acción urgente, sobre todo porque – en el momento de redactar este informe – la TB está recuperando su posición como la primera enfermedad infecciosa mortal del mundo.

En particular, en 2021, 4,2 millones de los 10,6 millones de personas que viven con TB no fueron diagnosticadas o notificadas^{5,11}, y el 60% de las personas notificadas no recibieron una prueba de diagnóstico molecular rápido como prueba diagnóstica inicial.¹¹ Hay muchos otros indicadores importantes pertinentes para este ámbito de acción para los que no se dispone de datos globales. En las secciones siguientes, se reflexiona sobre estos logros y deficiencias a través de la lente de la comunidad afectada por la TB y los actores de la sociedad civil, incluidos los encuestados de la comunidad científica y técnica de la TB.

Figura 5

Cuadro de resultados para cerrar las brechas en la prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la TB



[1] Based on 2021 data in the WHO Global TB Report 2022;

[2] Based on 2021 data in the UNAIDS Global AIDS Monitoring database;

[3] Based on 2022 survey data from people with TB/TB survivors.

Prevención de la tuberculosis

La aprobación de los nuevos y más cortos regímenes de TPT de 1-3 meses ha supuesto un gran avance en la prevención de la TB. El suministro acelerado de TPT a 10,3 millones de personas que viven con el VIH, superando los objetivos de la Declaración Política, es también una gran victoria gracias a las rápidas actualizaciones realizadas en las directrices nacionales de varios países (por ejemplo, Kenia, Ghana, Sudáfrica, Malawi y Zimbabue) junto con los esfuerzos de colaboración de las comunidades y las personas afectadas por el VIH. Sin embargo, los objetivos de cobertura del TPT eran muy conservadores y las personas HIV negativas, en particular los contactos familiares e infantiles de las personas con tuberculosis, no reciben TPT. Se necesita un nivel acorde de abogacía y acciones para reforzar la búsqueda de contactos y colocar a los contactos en TPT, para igualar las tasas alcanzadas entre las personas que viven con el VIH. [\[Estudio de caso 1\]](#)

Las personas encuestadas para este informe argumentaron que, sin confirmación de la infección de TB, las personas sin síntomas de enfermedad son -no es de extrañar- reacias a que se les administren medicamentos, y mucho menos aceptan que sus hijos comiencen el TPT, incluso si el régimen es corto. No se puede subestimar la necesidad de una prueba precisa en el punto de atención para detectar la infección de tuberculosis. Aunque se han aprobado nuevas pruebas, todas tienen sus limitaciones.^{12,13}

Las acciones preventivas de la tuberculosis también han sido muy limitadas, basándose predominantemente en la intervención farmacéutica. Las medidas de prevención y control de las infecciones transmitidas por vía aérea, que se ha demostrado que reducen la transmisión, no existen en la mayoría de los centros de salud ni en los lugares de congregación.¹⁴ Ha habido pocos intentos coordinados de abordar los determinantes sociales de la TB, en particular los factores que impulsan la TB entre las PCV, como son los entornos de vida y de trabajo hacinados y en la pobreza, y de reducir el riesgo de comorbilidades asociadas, como la desnutrición/malnutrición, la diabetes, la silicosis y el consumo de tabaco.¹⁵ Por último, la ausencia de una vacuna eficaz contra la TB es una brecha evidente, planteada en el Área de Acción 3.

Diagnóstico de la TB

La brecha en el diagnóstico de la TB en 2021 se estimó en un 40%.^{5,11} Si bien las notificaciones disminuyeron drásticamente durante el confinamiento de la pandemia COVID-19, ya antes de 2020 una de cada tres personas afectadas por TB no fue diagnosticada.⁵ Las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil esperan la publicación del próximo Informe Mundial sobre la TB para saber si algunos países pueden haber cerrado esta brecha.

Para encontrar a las personas con TB que faltan es necesario ampliar el acceso y el uso de los ADR en los puntos de atención. Los diagnósticos moleculares rápidos llevan más de 12 años en el mercado. Si bien su uso ha aumentado gradualmente, especialmente a través de la participación del sector privado [\[Estudio de caso 2\]](#), las personas encuestadas replicaron los hallazgos del Informe Mundial sobre la TB de la OMS de que estas pruebas están muy infrutilizadas. En 2021, seis de cada diez personas notificadas con TB no recibieron las mejores DRR disponibles.¹¹ El problema es que incluso las mejores pruebas disponibles siguen siendo

complejas, costosas, requieren muchos recursos y, por lo tanto, son inaccesibles para la mayoría de las personas que las necesitan. Los encuestados compartieron que las personas con TB siguen siendo diagnosticadas mediante frotis de esputo y exámenes clínicos que no son sensibles, no son específicos, no detectan la enfermedad subclínica y son tardíos, lo que obliga a las personas investigadas a trasladarse de un centro a otro y a soportar largas esperas. Todavía no se dispone a gran escala de RMD modificados¹⁶ que puedan utilizarse en zonas con escasez de energía (por ejemplo, Truenat), con niños (por ejemplo, muestreo de heces con GeneXpert), y entre PCV que presenten una enfermedad atípica, como las personas que viven con el VIH (por ejemplo, TB LAM).

La norma de la OMS para el acceso universal al diagnóstico rápido de la TB -publicada después de que se recopilaran los datos para este informe- incluye 12 pautas para apoyar el tránsito de las personas a través de la cascada de diagnóstico. Con el apoyo de los donantes y la sociedad civil, es posible que veamos una reducción de la brecha en el diagnóstico de la TB.

Estudio de caso 1 Los equipos de TPT liderados por la comunidad abordan las necesidades de la TB infantil en Mozambique

La detección y el seguimiento de la TB infantil en **Mozambique** se ven gravemente dificultados por la falta de tamizaje activo en los servicios de admisión pediátricos, la falta de información sobre los contactos infantiles, la ineficacia de los métodos de muestreo y análisis de las pruebas pediátricas, la escasa vinculación entre el rastreo de los contactos y el TPT, y el escaso seguimiento del cumplimiento del TPT. En 2022, la ONG local ADPP (Ajuda de Desenvolvimento de Povo para Povo) adaptó una plataforma digital de seguimiento liderado por la comunidad (MLC), OnImpact, con un modelo asistido de alcance para situar a las personas, incluidos los niños, en el centro de la respuesta a la TB. Durante los tres meses que duró la intervención, se descubrieron barreras relacionadas con la TB infantil entre 504 personas de la provincia de Zambezia, concretamente que los hijos del 88% de las personas no recibían TPT debido a los gastos de movilidad, los largos trayectos hasta el centro de salud y el acceso limitado a los medicamentos para la TPT.

Los activistas locales de respuesta a la TB de ADPP, junto con las enfermeras de TB y las enfermeras de salud infantil de los centros sanitarios afectados, llevaron a cabo una campaña para que los niños que cumplían los requisitos recibieran TPT. La campaña incluyó la localización de contactos y la educación sobre la TB en el marco de "ferias de la salud" planificadas en la comunidad. Los "equipos de TPT" visitaron 504 hogares y examinaron a 1.157 contactos en sus casas, lo que llevó al diagnóstico de 124 personas con TB, incluidos 77 niños menores de 15 años. Otros 320 niños fueron identificados como aptos y se les inició en el TPT.

Al proporcionar información en tiempo real sobre las carencias y oportunidades de los servicios, el MLC digital sirvió como sistema de alerta eficaz para dar respuestas comunitarias y sanitarias rápidas y basadas en evidencia, apoyando los objetivos de la TB infantil.

Estudio de caso 2 Facilitar el acceso a los servicios de TB mediante la colaboración con proveedores privados e informales

En muchos PIBM, dos tercios de las personas con síntomas de TB buscan inicialmente atención de proveedores fuera del sector público.³⁸ La Red de Aprendizaje de TB PPM (tpppm.org) muestra cómo los proveedores privados e informales están en condiciones de abordar cuestiones de acceso, estigma y desigualdad. En 2019-20, con financiación de la iniciativa TB REACH de STP, la fundación OGRA en Kenia implementó la iniciativa Maliza TB Mashinani (Detener la TB en las bases) para involucrar a los proveedores privados formales e informales en la detección de la TB. Se formó a adolescentes y mujeres jóvenes, como Binta Balozis (voluntarias sanitarias comunitarias), y se las asignó a centros privados para que ayudaran al personal a encontrar a personas con TB. A lo largo de 10 meses se examinó a 45.003 personas, incluidos contactos domésticos, y se confirmaron 250 diagnósticos. Los proveedores privados agradecieron el liderazgo demostrado por las adolescentes y las mujeres jóvenes.

Casi al mismo tiempo, en **Pakistán**, la Bridge Consultants Foundation (BHF) solicitó financiación de TB REACH para comprometer a mujeres proveedoras privadas en el tamizaje para tuberculosis. En cuatro distritos, se notificó a 1.050 mujeres con TB, lo que supuso un tercio de todas las notificaciones entre mujeres. El hecho de que las consultas clínicas, dominadas de otro modo por los hombres, fueran dirigidas por profesionales femeninas que inicialmente se centraban en problemas ginecológicos y pediátricos ayudó a superar las barreras de género. Las reuniones comunitarias para recaudar fondos, las sesiones de promoción para empoderar a las mujeres y la inclusión de hombres que apoyan el tratamiento en las familias hicieron que las mujeres se sintieran más cómodas a la hora de buscar atención para la TB.

En **India**, en consonancia con el lema de Jan Andolan del Ministerio de Salud y Bienestar Familiar "Involucrar a los líderes religiosos y a las instituciones Panchayati Raj", el Karnataka Health Promotion Trust (KHPT) puso en marcha el programa "Mantener la fe en la lucha contra la TB". Con financiación de USAID, KHPT consiguió la participación de 154 líderes religiosos de cuatro estados de la India y elaboró y difundió 16 mensajes de vídeo cuidadosamente seleccionados para disipar los temores de la comunidad sobre la TB, reducir el estigma y poner a la gente en contacto con los servicios de salud.

Tratamiento de la tuberculosis

Entre las personas que reciben tratamiento contra la tuberculosis, la tendencia es al alza. Las tasas de finalización del tratamiento se mantuvieron en el 86% durante la pandemia de COVID-19⁵, lo que sugiere que la calidad de la atención se mantuvo durante el confinamiento, incluso a través de respuestas lideradas por la comunidad. [Estudio de caso 3] Los esfuerzos de liderazgo comunitario también están ayudando a mantener la continuidad de la atención de la TB en zonas de conflicto como Ucrania. [Estudio de caso 4]

Estudio de caso 3 Agentes comunitarios de Togo prestan apoyo al tratamiento de la tuberculosis en plena pandemia de COVID-19

En marzo de 2020 se detectó la presencia de COVID-19 en **Togo**. Como en muchos otros países, esto condujo a una caída en la búsqueda de atención sanitaria general y, en el caso de la TB, a la interrupción del tratamiento directamente observado (TDO) en los centros. En respuesta a este entorno cambiante, el Programa Nacional de TB (PNT) de Togo entregó medicamentos para varios meses a las personas con TB. Aunque esta medida innovadora fue bien acogida, también supuso un mayor riesgo para el éxito del tratamiento.

Por ello, el PNT de Togo puso a prueba el tratamiento basado en TDO, apoyándose en agentes de la comunidad, concretamente en agentes sanitarios comunitarios (ASC) y enlaces comunitarios (EC). Los ACS y los EC fueron formados y compensados por sus desplazamientos para visitar y supervisar a las personas en tratamiento contra la TB. Sus tareas incluían la observación diaria durante la fase de tratamiento intensivo, la observación mensual durante la fase de mantenimiento, el recordatorio de citas para los puntos focales de la TB y la sensibilización de la comunidad. El proyecto se evaluó entre 182 participantes repartidos a partes iguales entre los centros de intervención y los de control. Al segundo mes de tratamiento, la tasa de conversión de cultivos de TB fue del 89,01% en el grupo de intervención frente al 70,33% en el grupo de control. Los resultados del tratamiento en la intervención frente al control incluyeron (i) Éxito terapéutico: 93,41% frente a 78,02%; (ii) Pérdida de visión: 0% frente a 6,59%; y (iii) Muerte: 1,10% frente a 5,59%. El aprovechamiento de los TCS y los RC para el seguimiento del tratamiento de la TB resultó exitoso.³⁹

Los logros y retos documentados de la experiencia de Togo pueden aprovecharse y replicarse dentro del país y más allá de sus fronteras. La pandemia de COVID-19 también ha estimulado para que Togo y otros países avancen con nuevos enfoques de seguimiento del tratamiento y apoyo más allá del TDO.

La rápida aprobación por parte de la OMS de un nuevo régimen farmacológico seguro y eficaz de cuatro meses para la TB susceptible a los medicamentos (SD) anuncia un punto de inflexión.¹⁷⁻¹⁹ Las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil acogen con satisfacción los impactos prometidos para el tratamiento y la atención centrados en las personas. Sin embargo, un asombroso 39% de las personas con TB no se acercan a los centros sanitarios para iniciar el tratamiento, y mucho menos acceden a los nuevos regímenes.⁵ Por lo tanto, cualquier éxito en el tratamiento de la TB debe sopesarse frente a esta brecha, reportada por los encuestados incluso dentro de los países de ingresos altos [Estudio de caso 5], y otros desafíos reportados que han sido validados a través de la investigación, tales como los costos catastróficos que enfrentan las familias afectadas por la TB²⁰, los efectos de por vida de las secuelas post-TB, como la enfermedad pulmonar post-TB (PTLD)²¹, y las condiciones comórbidas de la TB, incluyendo los problemas de salud mental que son precipitados por la TB.^{22,23}

Estudio de caso 4 Responder a los retos de la guerra en Ucrania

La guerra y los conflictos armados socavan el acceso a los servicios esenciales, incluidos el diagnóstico y la atención de la tuberculosis. La guerra de Rusia contra **Ucrania** ha paralizado la infraestructura sanitaria ucraniana, incluida la red energética. Una investigación realizada por grupos de derechos humanos informa de 700 ataques contra hospitales, trabajadores sanitarios y otras infraestructuras médicas en Ucrania desde el inicio de la invasión.⁴⁰ Entre febrero y diciembre de 2022, se produjeron 292 ataques que dañaron o destruyeron 218 hospitales y clínicas, 181 ataques contra otras infraestructuras sanitarias como farmacias, centros de sangre y clínicas dentales, 65 ataques contra ambulancias y 86 ataques contra trabajadores sanitarios que dejaron 62 muertos y 52 heridos. Aunque aún no se dispone de datos, es probable que la guerra haya aumentado la incidencia de la TB y disminuido la notificación, aumentando así el número de personas con TB no diagnosticadas. Las personas con TB necesitan ahora recursos para la evacuación, suministros vitales esenciales como vivienda y alimentos, empleo en las regiones a las que están siendo reubicadas y asistencia psicológica.

En estas circunstancias extraordinarias, Ucrania y los ucranianos han movilizado una respuesta pública sin precedentes. La Alianza para la Salud Pública llevó a cabo una evaluación de las necesidades en materia de detección de la tuberculosis y de la financiación necesaria para recuperar los documentos de los desplazados internos que han perdido el acceso a la atención sanitaria. TB Europe Coalition coordinó el cribado de TB para niñas, niños y madres en los Puntos Infantiles SPILNO de UNICEF, organizó la evacuación de civiles de los territorios ocupados, y adquirió y entregó suministros médicos a los centros sanitarios. TBpeople Ukraine, así como otras organizaciones ucranianas, se centraron en proporcionar ayuda humanitaria urgente, y algunas ONG distribuyeron medicamentos, alimentos, agua y productos de higiene personal a los centros de salud y a las personas que recibían asistencia en los territorios ocupados, incluso en medio del fuego abierto. Aún no se conocen las cifras exactas, pero muchos voluntarios que transportaban ayuda humanitaria han resultado heridos, muertos y/o tomados como rehenes.

El Centro de Salud Pública, junto con el Ministerio de Salud de Ucrania, está proporcionando liderazgo y coordinación mediante el desarrollo del Plan de Acción Nacional para la prestación de asistencia médica a las personas afectadas por la TB en el contexto de la guerra; medidas de gestión para restablecer la cadena de suministro con el fin de garantizar la continuidad de la atención a la TB; y el seguimiento de las necesidades de los centros regionales de TB de equipos de protección personal (por ejemplo, chalecos antibalas y cascos), medicamentos y suministros médicos.

Las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil están trabajando en primera línea en solidaridad con la PCV de la TB afectada por la guerra, y deben recibir apoyo y financiación para continuar con esta labor crucial.

Estudio de caso 5 Las barreras de acceso a diagnósticos y medicamentos esenciales se extienden a los países de ingresos altos y medios

Puede existir la falsa suposición de que las personas que viven en los países de ingresos altos tienen acceso a experiencias sanitarias más dignas y avanzadas. En muchos países de ingresos altos, como la TB afecta a un número relativamente menor de personas, la mayoría de las cuales son marginadas o vulnerables por otros motivos, no es tan fácil que los proveedores de atención sanitaria, el público y los políticos la reconozcan como un problema. Las personas afectadas por la TB acaban encontrando numerosos retos para un diagnóstico oportuno. Los supervivientes de la tuberculosis de diversos países de ingresos altos y bajos compartieron sus historias.

Los intentos de acceder a los mejores tratamientos disponibles en los países de ingresos altos son igualmente frustrantes. A pesar de figurar en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS⁴¹, la rifapentina es inaccesible en muchos países de ingresos altos, como **Canadá**, debido a políticas nacionales y corporativas injustas. La normativa de Health Canada, por ejemplo, establece que los medicamentos sólo pueden importarse directamente del fabricante, pero Sanofi (sanofi.ca), el fabricante de rifapentina, nunca ha presentado una solicitud de aprobación reglamentaria en el país. Esto significa que los proveedores deben superar engorrosas barreras administrativas con el programa de Necesidades Urgentes de Salud Pública de Health Canada para que las personas con TB puedan acceder a los últimos regímenes de tratamiento de corta duración. Una experiencia similar sucede en Europa, donde Sanofi nunca ha presentado la rifapentina para su registro ante la Agencia Europea del Medicamento. En cambio, otros países, especialmente los de ingresos bajos y medios y algunos de ingresos altos, como **Australia**, están utilizando el Servicio Farmacéutico Mundial para la Tuberculosis, coordinado por STP, para importar nuevos medicamentos esenciales contra la tuberculosis. Esto ha permitido mejorar el acceso a formulaciones combinadas de dosis fija (CDF) de calidad garantizada y centradas en las personas en estos países, en comparación con la gran mayoría de los PRA.

TB farmacorresistente

Las directrices de la OMS han cambiado el estándar de atención para la TBFR hacia nuevos regímenes de tratamiento de seis meses totalmente orales, seguros y eficaces.²⁴ Los encuestados comentaron con frecuencia que esto ha sido un cambio radical para las personas con TBFR, y la OMS informa que a finales de 2021, 124 países utilizaban bedaquilina, 109 países utilizaban regímenes sin inyecciones y 92 utilizaban regímenes más cortos.⁵ Muchos de estos avances se lograron gracias a los primeros esfuerzos de promoción de las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil, de los que se informó en el primer informe *Deadly Divide*.⁷ La reciente decisión de la India de denegar una segunda patente para la bedaquilina, gracias en parte a los esfuerzos de presión de los supervivientes de la tuberculosis, ha supuesto un alivio para las comunidades afectadas por la tuberculosis y para la sociedad civil.

El despliegue de nuevos tratamientos para la TBFR aún debe ir acompañado de la mejora de las tecnologías y las prácticas de los tests. Los datos de 2021 muestran que sólo el 49% de las personas con TB resistente a la rifampicina se sometieron a pruebas de resistencia a las fluoroquinolonas, un marcador de la TB multirresistente, y sólo una de cada tres personas con TB multirresistente recibió tratamiento. Los retos en materia de innovación se destacan en el **Área de acción 3**.

TB infantil

Las niñas y niños con TB pueden acceder ahora a regímenes más cortos y apropiados para ellos en el tratamiento de la TB, incluida la TBFR. Del mismo modo, quienes han estado en contacto con personas con TB también pueden acceder a regímenes más cortos.²⁷ El éxito del tratamiento entre los niños con TB se ha mantenido estable en el 88%, y el TPT es del 80%.⁵ Sin embargo, los niños menores de 15 años constituyen un inaceptable 14% de todas las muertes relacionadas con la TB.⁵ Entre 2018 y 2021, menos de la mitad de todos los niños que se estima que tienen TB fueron puestos en tratamiento, y solo el 15% de aquellos con TBFR recibieron tratamiento.⁵ La cobertura de TPT también es deficiente; solo uno de cada tres contactos infantiles menores de 5 años de personas con TB se identifica a través de búsqueda de contactos domésticos y se coloca en TPT.⁵ Los encuestados expresaron una gran preocupación por la brecha diagnóstica de la TB en los niños como el principal impulsor de estos resultados abismales. Demasiados niños con TB o en riesgo de desarrollar TB simplemente no están siendo identificados y por lo tanto no entran en la cascada de atención.

Las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil [**Estudio de caso 6**] están trabajando duro para superar las barreras registradas anteriormente²⁸, como la falta de TRM adaptados a los niños, la escasa sensibilización y promoción en torno a los nuevos regímenes más cortos, y la resistencia por parte de los proveedores a aplicar algoritmos de diagnóstico de la TB infantil y por parte de los cuidadores a poner a sus hijos en tratamiento contra la TB. Hay que aplaudir los esfuerzos dedicados a las fórmulas de TBFR adaptadas a los niños, pero algunos encuestados señalaron el reto continuo del acceso deficiente en zonas de difícil acceso.

Comorbilidades de la TB

Entre el 15% y el 60% de las personas con TB viven con una afección subyacente o comorbilidad, como VIH, diabetes, desnutrición, silicosis, tabaquismo y/o consumo de sustancias, incluido el consumo de alcohol o drogas.²⁹⁻³⁴ Muchas de estas afecciones aumentan el riesgo de TB, y muchas de las personas afectadas representan PCV. [**Estudio de caso 7**] La prestación de servicios integrados para la TB y otros programas de salud, mediante los cuales se pueden prestar múltiples servicios en una única interacción clínica, puede ayudar a encontrar a las personas con TB que faltan, vincularlas al tratamiento y la atención de ambas afecciones y aliviar la multimorbilidad.³⁵

Estudio de caso 6 Mujeres y niñas alcanzan su voz por la TB infantil en Camerún

En **Camerún**, alrededor del 5% de las personas con TB son niñas y niños menores de 14 años. Se estima que la verdadera carga de TB infantil es mayor, pero la escasa capacidad de diagnóstico, las brechas en el conocimiento de los proveedores, el miedo y el estigma sobre la TB, y la escasa integración de los servicios de TB en la atención primaria son enormes barreras. En 2020-21, la ONG For Impacts In Social Health Cameroon (fiscameroun.org) puso en marcha una campaña de promoción a través de un Proyecto de Pequeña Subvención para la Promoción de Cap-TB de la Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation (EGPAF). "Voces femeninas sobre la cuestión de la tuberculosis pediátrica en Camerún" pretendía incluir la tuberculosis pediátrica en las directrices y pautas nacionales para la gestión integrada de las enfermedades infantiles y neonatales mediante:

1. La formación de mujeres afectadas por la tuberculosis pediátrica en materia de liderazgo y comunicación eficaz.
2. El diseño de mensajes de promoción a través de grupos focales con mujeres y niñas afectadas.
3. Movilización de aliados para apoyar la campaña de promoción.
4. Involucrar a las redes sociales y a los medios de comunicación (televisión y radio).
5. Ampliar la atención a la TB pediátrica en la gestión integrada de las enfermedades infantiles y neonatales mediante reuniones estratégicas con el Ministerio de Salud Pública.

La campaña movilizó a 1.100 mujeres que utilizaron múltiples canales para exigir un mejor liderazgo nacional y rendición de cuentas en la lucha contra la TB pediátrica. Demostró que la rendición de cuentas y el liderazgo en los objetivos nacionales para la eliminación de la TB pueden construirse a través del compromiso y la defensa de los beneficiarios.

La mejora de los vínculos entre los programas de TB y VIH ha mejorado enormemente los resultados de ambas infecciones, pero la coordinación entre otros programas es muy limitada. Incluso en el ámbito de la TB-VIH, persisten brechas.

En 2021, casi una de cada dos personas con VIH que desarrollaron TB no fue diagnosticada ni notificada de TB, y aproximadamente una de cada tres muertes por Sida estaba relacionada con la TB. En la inmensa mayoría de los países, los tratamientos de la tuberculosis y el VIH se siguen administrando en centros distintos y son supervisados por proveedores de atención sanitaria diferentes.²⁹ Los enfoques conjuntos e integrados de las comorbilidades de la tuberculosis pueden contribuir a una programación centrada en las personas, como se ha puesto de manifiesto en una revisión sistemática³⁶, especialmente en el ámbito de la atención primaria. También pueden contribuir a la realización de la cobertura universal de salud (CUS), como se destaca en el **Área de Acción 5**.



Estudio de caso 7 Llegar a la PCV en Asia

A través de la divulgación comunitaria, la capacitación, el desarrollo de capacidades, la búsqueda de contactos y el apoyo activo a las personas afectadas por la TB, Asia está avanzando hacia los objetivos de eliminación de la TB. Las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades están desempeñando un papel activo. En Indonesia, 1,5 millones de personas se sometieron a la prueba de la tuberculosis en 30 de las 34 provincias, gracias a los esfuerzos de organizaciones como PR Komunitas Konsorsium Penabulu-STPI (tbckomunitas.id). Las comunidades también se unieron para promover el TPT y contribuyeron al 50% de la cobertura nacional del TPT. En Camboya, el trabajo comunitario ha contribuido a reducir en un 20% las tasas de incidencia durante la pandemia de COVID-19. Además, organizaciones de la sociedad civil como REACH y GCTA en la **India**, KHANA en **Camboya** y ACHIEVE en **Filipinas** han abogado por el reconocimiento de los derechos humanos, la perspectiva de género y el liderazgo de la comunidad en la estrategia nacional contra la TB, y están ofreciendo formación paralegal basada en la comunidad y alfabetización sobre la TB orientada a los derechos para ayudar a las personas con TB a defender sus derechos humanos.

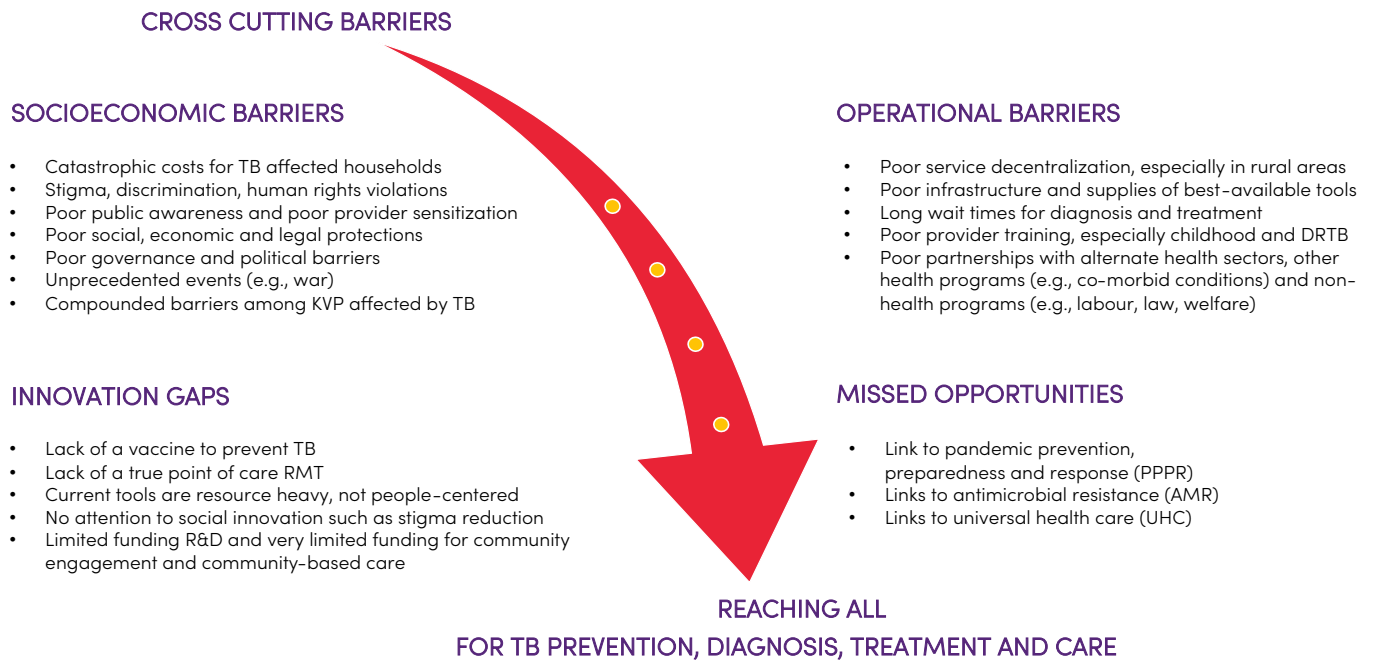
Sin embargo, a pesar de sus esfuerzos, estas organizaciones comunitarias y de la sociedad civil se enfrentan a enormes limitaciones financieras que les impiden mejorar las competencias de los trabajadores sociales y comunitarios o desarrollar iniciativas para atender las necesidades de las personas con tuberculosis, incluidos los problemas relacionados con la estigmatización. La TB es una enfermedad mucho más compleja para las personas que viven con el VIH, que, en el contexto regional, incluyen a personas que trabajan en las minas, están desnutridas, viven con el VIH, diabetes y otras enfermedades comórbidas, son niños, pertenecen a una minoría étnica o son pobres. Es necesario aumentar las inversiones en esfuerzos comunitarios y de la sociedad civil para llegar a los más marginados y ponerlos en contacto con la atención de la TB.

Barreras transversales

El objetivo de llegar a todos se ve obstaculizado por barreras transversales (**Figura 6**). Los encuestados de diversos entornos compartieron cómo el acceso a los servicios, herramientas y tecnologías contra la TB estaba plagado de retos operativos, entre los que se incluyen las limitaciones técnicas y de recursos, la falta de servicios contra la TB en los entornos donde vivían y trabajaban las personas afectadas (es decir, una descentralización insuficiente), la escasa formación del personal sanitario; y los retos socioeconómicos, entre los que se incluyen las percepciones erróneas sobre la TB, el estigma y la discriminación, y las dificultades económicas unidas a la falta de protección socioeconómica, especialmente para la PCV, tal y como se planteó en el **Área de Acción 2**. Varios expertos técnicos y grandes organizaciones advirtieron que la respuesta a la TB no se está vinculando adecuadamente con los movimientos en curso en la salud pública mundial; esto se plantea en el **Área de Acción 6**. Las brechas en la innovación, incluida la ausencia de una prueba de diagnóstico en el punto de atención y de una vacuna, planteadas en el **Área de Acción 3**, se consideraron retos fundamentales para encontrar a las personas con TB no diagnosticadas y eliminar la enfermedad.

Figura 6

Barreras transversales para llegar a todos en el diagnóstico, tratamiento y prevención de la TB



Para llegar a todos, la respuesta a la TB debe reinventarse

Dado que la incidencia de la TB sólo ha disminuido un 10% del objetivo mundial –la mitad de lo previsto para 2022– y que la mortalidad sólo ha disminuido un 6%⁵, está claro que la respuesta actual es insuficiente. Las PCV constituyen la mayor proporción de personas afectadas por la tuberculosis.³⁷ Esto no es una coincidencia. Es el resultado de una toma de decisiones estrecha y de prácticas sistémicas injustas que siguen desatendiendo a los miembros más olvidados de nuestra comunidad, que son los más difíciles y, por tanto, los más costosos de incluir. [Estudio de caso 8]

Para llegar a todos, se necesita un enfoque mucho más audaz y compasivo que aproveche la eficacia de las herramientas disponibles (incluidas las tecnologías digitales);

sítue la TB como una prioridad de financiación mundial y nacional; involucre de manera significativa a las partes interesadas dentro y fuera de los actores tradicionales de la comunidad de la TB; y propugne mecanismos auténticos de rendición de cuentas por los compromisos adquiridos para garantizar que las herramientas disponibles y las tecnologías emergentes sean accesibles, aceptables y equitativas, prestando atención explícita a aquellos que se encuentran en la periferia social. Para que este cambio se haga realidad, los donantes, financiadores, desarrolladores, socios técnicos y programas nacionales deben estar dotados de mayor tolerancia al riesgo y la innovación disruptiva. La efectiva participación de las comunidades afectadas y la sociedad civil en el diseño, la ejecución y la evaluación de cada uno de estos procesos es imprescindible para generar demanda en el mercado, promover la aceptabilidad y garantizar que nadie se quede atrás. Estos imperativos se desarrollan en los capítulos siguientes.

Estudio de caso 8 Atención de la TB para las comunidades de más difícil acceso

Medical Impact es una ONG con sede en Ciudad de **México** que utiliza métodos socialmente innovadores para prestar asistencia sanitaria en condiciones de extrema marginación. Perfecciona continuamente sus métodos para apoyar a las poblaciones vulnerables, olvidadas y desprotegidas mediante servicios integrales, humanitarios y orientados al bienestar general. Con modesto apoyo del Programa Nacional de Tuberculosis y de voluntarios entre los que se encuentran profesionales médicos, de enfermería, profesionales de la salud mental, fisioterapeutas y especialistas en desarrollo infantil, lleva a cabo misiones de 7 a 15 días para llevar la vacuna BCG, pruebas y tratamiento de la tuberculosis, así como educación preventiva, a las comunidades de más difícil acceso de todo el país. Muchos de sus suministros son donados.

El compromiso con las comunidades vulnerables, olvidadas y desprotegidas de México es una cualidad a ser reconocida y un ejemplo a celebrar en la región.

LLAMAMIENTO A LA ACCIÓN

Cerrar las brechas en la prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la TB llegando a todas las personas con TB

- Garantizar que los diagnósticos rápidos recomendados por la OMS se utilicen como prueba inicial para la TB.
- Garantizar que todas las personas afectadas por la TB, incluida la infección, la enfermedad y la TB farmacorresistente (TBFR), y sus contactos tengan acceso asequible a los regímenes de prevención y tratamiento más nuevos y mejores.
- Desarrollar y alcanzar objetivos ambiciosos para la prevención de la TB a través del rastreo de contactos y la cobertura del tratamiento preventivo de la TB (TPT), y también abordando los determinantes sociales de la TB, y asegurando urgentemente una nueva vacuna contra la TB.
- Prestar atención de calidad centrada en las personas, basada en la comunidad y enfocada en la VKP para mejorar los resultados de la TB, incluidos los servicios amigables para niñas y niños para mejorar los resultados de la TB pediátrica, mediante la formación del personal, la asistencia y recursos para identificar y superar las barreras sociales y económicas para el acceso.
- Garantizar que los servicios de TB estén integrados con los servicios de VIH, atención primaria de salud y/o salud ocupacional, utilizando modelos de ubicación conjunta, para mejorar la detección y el tratamiento de la TB como comorbilidad con el VIH, la silicosis, la desnutrición y la diabetes.
- Aprovechar la capacidad del sector privado para mejorar el acceso a los servicios de TB, especialmente en países con grandes proveedores de servicios del sector privado.



ÁREA DE ACCIÓN 2: Hacer que la respuesta a la TB sea equitativa, sensible al género, basada en los derechos y libre de estigma, con las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil en el centro para 2025

Introducción

Acabar con la TB es una cuestión de justicia social. Las comunidades afectadas por la tuberculosis, la PCV y la sociedad civil afirman universalmente que la equidad, la perspectiva de género, los derechos humanos y la ausencia de estigma y discriminación deben estar presentes en todos los aspectos de la respuesta a la tuberculosis. Esto incluye el diseño, la planificación, las pruebas, la implementación, el seguimiento, la evaluación y los mecanismos de gobernanza de los programas contra la TB, las políticas y las decisiones relacionadas con la financiación y la rendición de cuentas. La experiencia complementaria de las comunidades afectadas por la tuberculosis y de la sociedad civil debe ser reconocida, financiada y capacitada, e integrada sin demora en los esfuerzos generales; no podemos seguir siendo espectadores de lo que se decide por nosotros y de lo que nos ocurre. Necesitamos objetivos nacionales incluidos en la Declaración Política de la UNHLM sobre TB de 2023, y mecanismos de financiación específicos para apoyar este trabajo. En este capítulo, describimos los avances realizados en estas áreas, así como las brechas y oportunidades cruciales para acelerar el progreso.

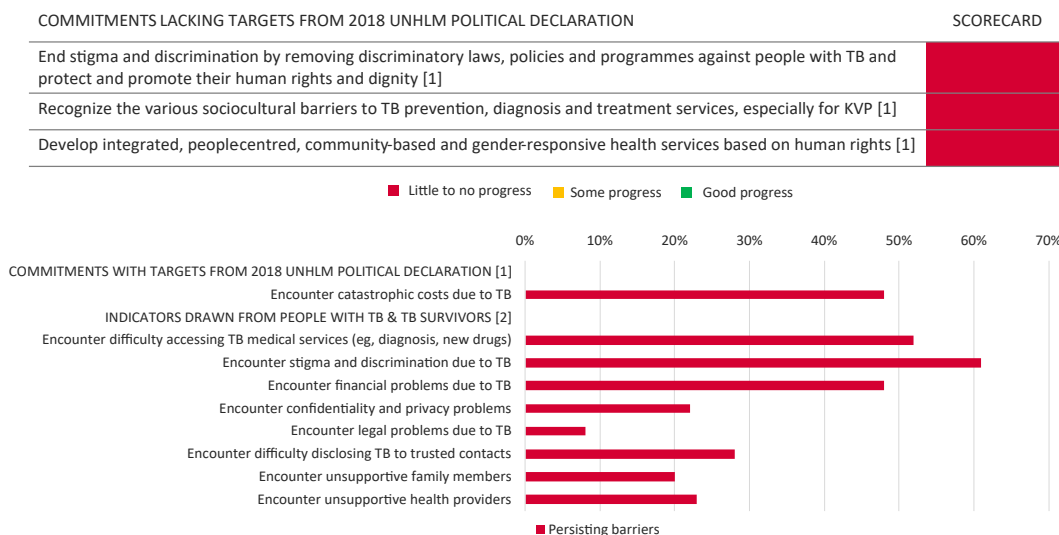
Situación actual

Cuadro de mando

La Declaración Política de 2018 incluyó varios compromisos relevantes para hacer que la respuesta a la TB sea equitativa, sensible al género, basada en los derechos y libre de estigma, con las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil en el centro.^{1,42} Fue una oportunidad para incrementar la atención a las raíces de las barreras sociales para la eliminación de la TB e impulsar acciones para enfoques centrados en las personas e inclusivos para la comunidad en la prestación de servicios de TB, la investigación y la innovación, y la toma de decisiones. Pero sin objetivos claros, estos compromisos siguieron sin abordarse adecuadamente y sin cumplirse (Figura 7). Las respuestas de las personas afectadas y supervivientes de TB que contribuyeron a este informe citan el estigma y la discriminación como los principales retos encontrados durante la atención de la TB, seguidos de los problemas financieros que empeoran las desigualdades, y las dificultades para develar la enfermedad a contactos en los que normalmente se confía. Las vulneraciones de la intimidad y la confidencialidad, la falta de apoyo por parte de los proveedores de atención sanitaria, así como de los familiares, y los problemas legales también son bastante comunes. Es esencial que las respuestas a la TB, independientemente de la intervención biomédica o tecnológica, sostenga los principios de una atención equitativa, sensible a las cuestiones de género, basada en la comunidad y los derechos, y libre de estigmas.

Figura 7

Scorecard for making the TB response equitable, gender-responsive, rights-based, and stigma-free, with TB-affected communities and civil society at the center



[1] Based on qualitative assessments of progress made on commitments (and absence of targets), drawing on the results of CRGand stigma assessments and data collected for this report; [2] Based on 2021 data in the WHO Global TB Report 2022; [3] Based on survey responses of people with TB/TB survivors.

Fondo Challenge Facility para la Sociedad Civil

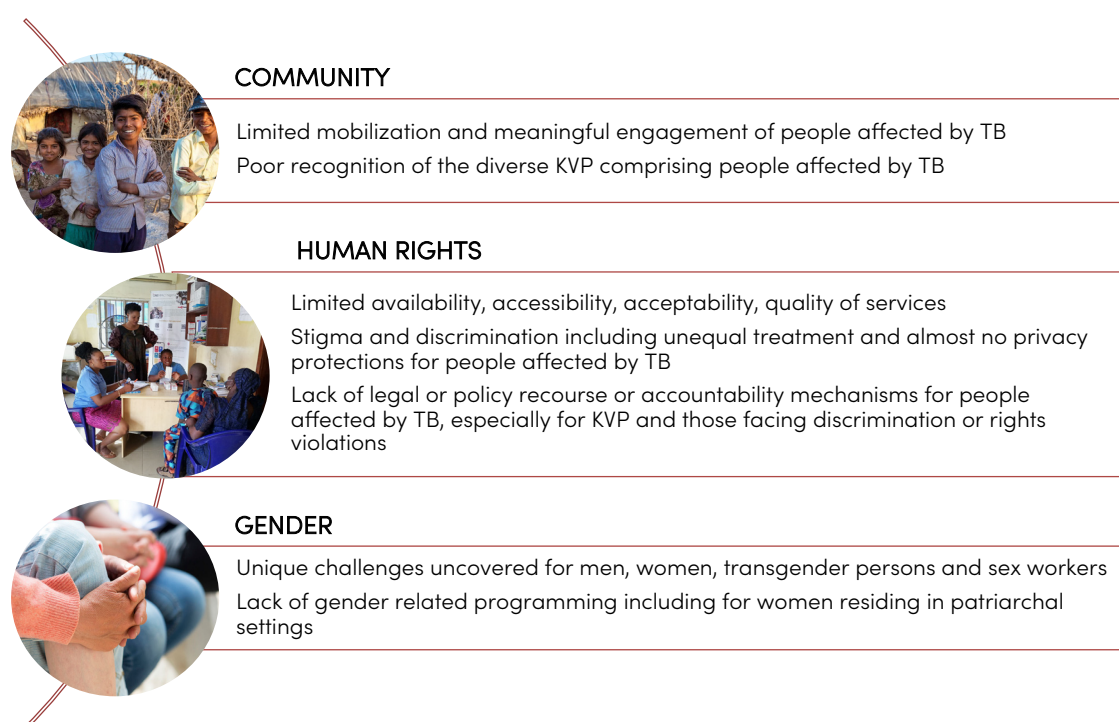
El Challenge Facility for Civil Society (CFCS), coordinado por STP, se ha convertido en el principal mecanismo de subvención y apoyo técnico para impulsar una agenda CDG en la TB.⁴³ Fortalecer la capacidad de los actores comunitarios y de la sociedad civil para participar y liderar una respuesta a la TB basada en los derechos humanos y la igualdad de género, para que nadie se quede atrás, es imperativo para su misión. Varios beneficiarios del CFCS entrevistados para este informe se sintieron especialmente empoderados por la oportunidad de obtener fondos y dirigir proyectos que normalmente estarían reservados a investigadores y expertos técnicos. Desde 2007, y a lo largo de 11 ciclos, el CFCS ha concedido 24,5 millones de dólares, precedentes en particular de USAID, la Iniciativa Estratégica contra la Tuberculosis del Fondo Mundial y Eli Lilly, para apoyar 351 subvenciones a organizaciones comunitarias, de la sociedad civil y organizaciones de base para llevar a cabo actividades que respondan a los compromisos de los CDG. [Estudio de caso 9] En el anterior informe sobre la brecha mortal, pedimos a más países que contribuyeran a este mecanismo, y nos complace saber que el Gobierno de Francia tiene la intención de apoyar esta iniciativa. Hacemos un llamamiento a más países para que sigan su ejemplo.

Entre otros logros, las subvenciones del CFCS han impulsado 39 evaluaciones nacionales de la CDG, incluidas varias evaluaciones sobre estigma, y han sacado a la luz importantes brechas en Asia, África y EEAC.⁴⁴ Entre ellas se encuentran el acceso limitado a servicios de calidad para las personas afectadas por la TB; las barreras relacionadas con el género; el escaso reconocimiento e inclusión de la PCV; el desdén en la incorporación de la perspectiva de género y los derechos en la elaboración de políticas y leyes; el estigma y la discriminación a nivel de la comunidad, el sistema sanitario y el hogar; y el escaso compromiso con las personas afectadas por la TB, todo lo cual se refleja en los datos recopilados para este informe (Figura 8). También ha apoyado la formación y el fortalecimiento de redes de supervivientes de TB, la transición de organizaciones comunitarias de TB a Receptor Principal y Subreceptor del Fondo Mundial, y el aumento del número de supervivientes de TB en los Mecanismos de Coordinación de País (MCP). [Estudio de caso 10]

Los resultados de varias evaluaciones de la CDG y el estigma se han integrado en los PEN para la TB, impulsando el desarrollo de 16 planes de acción costeados de CDG en países como Benín, Bangladesh, la República Democrática del Congo, Nigeria y Pakistán.^{10,44} Junto con los proyectos que apoyan la MLC, como se discute en el Área de Acción 6, el CFCS está dando forma a una agenda centrada en la equidad y las personas a nivel nacional, con oportunidades para ampliar la financiación.

Figura 8

CRG and stigma assessments reveal critical neglected barriers to TB elimination



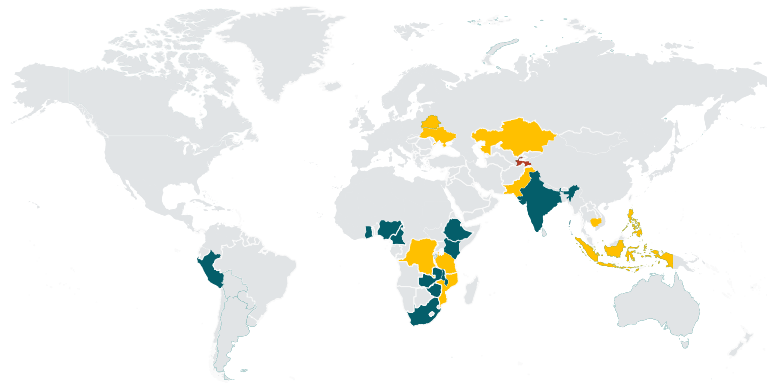
Estudio de caso 9 El mecanismo de subvenciones del *Challenge Facility for Civil Society* hace posible la comunidad, los derechos y el género en la respuesta a la tuberculosis

El modelo preferido y dominante de atención a la TB, que se centra en intervenciones biomédicas, indica que, aunque la CDG en la respuesta a la TB se valora en la retórica, a menudo se pasa por alto en la práctica. El CFCS está facilitando de manera única la acción en materia de CDG mediante la identificación y mitigación de las barreras al acceso y la atención, y el fomento de la promoción y la rendición de cuentas en la respuesta a la TB. Una inversión de 24,5 millones de dólares a lo largo de 11 rondas del CFCS ha permitido la consecución de muchas acciones relacionadas con la CDG^{44,51}. Estas acciones son las siguientes:

- **Aumento de las inversiones, voluntad política y la institucionalización del CDG para superar las barreras al acceso en más de 20 países.**
 - 22 países han realizado evaluaciones nacionales de los GCR, con conclusiones y recomendaciones para superar los obstáculos al acceso.
 - Nueve países han completado o están en proceso de implementar evaluaciones del estigma de la TB para medir los niveles y el impacto del estigma de la TB.
 - Seis países han completado planes de acción nacionales para los CDG, que están incluidos en los PEN.
 - Los restantes planes de acción CDG están en fase de desarrollo.
 - Se ha elaborado una ficha de puntuación sobre los derechos humanos y jurídicos en la tuberculosis, que los socios de la sociedad civil están poniendo a prueba en Kenia, Ghana y Pakistán.
- **Priorización de la PCV para centrar la respuesta a la TB en la búsqueda de las poblaciones más vulnerables y marginadas.**
 - 22 países, a través de las evaluaciones del CDG, han priorizado la TB PCV para permitir la orientación estratégica de las intervenciones contra la TB para PCV.
 - Se ha desarrollado una nueva herramienta de priorización y estimación del tamaño poblacional para su utilización a nivel nacional.
- **El establecimiento de redes comunitarias de TB mundiales, regionales y nacionales para la promoción y el liderazgo comunitarios en materia de TB.**
 - Tres redes mundiales;
 - Siete redes regionales de TB;
 - Varias redes nacionales en Camboya, Camerún, República Democrática del Congo, Etiopía, Georgia, Ghana, India, Indonesia, Malawi, Mozambique, Nigeria, Pakistán, Filipinas y Tayikistán, entre otros países (véase el estudio de caso 11).
- **MLC para la rendición de cuentas en TB.**
 - El enfoque STP Onelmpact MLC se está aplicando actualmente en 26 países; un enfoque innovador, basado en los derechos para mejorar la participación de la comunidad, y la rendición de cuentas en la TB.

Un elemento esencial y exclusivo del mecanismo de subvenciones del FCPB es la posibilidad de asistencia técnica y documentación de las mejores prácticas de GCR para las inversiones en curso y el escalado. Al ser una organización de las Naciones Unidas con el mandato de cultivar y forjar alianzas, la STP vincula continuamente a los beneficiarios de subvenciones del CFCS con socios estratégicos nacionales e internacionales, garantizando así la continuidad y la institucionalización de la CDG.

Las barreras relacionadas con la CDG repercuten en los resultados de la tuberculosis, y el CFCS apoya un alto rendimiento de la inversión. Mantener y expandir el CFCS permitirá abordar de manera significativa las barreras persistentes a la atención de la TB.



First pilot (Tajikistan) 2017

First adopting countries 2017-2020

New countries 2020-2022

Estudio de caso 10 La pobre calidad de la atención y el estigma impiden el acceso a los servicios de TB en Malí

Las barreras en el acceso a la atención no están bien identificadas en **Malí**, donde la incidencia de la TB es de 50 por 100.000 y la cobertura del tratamiento de la TB es de aproximadamente el 66%.⁵⁵ En 2022, ARCAD Santé PLUS (arcadsanteplus.org), en colaboración con el Programa Nacional de TB, llevó a cabo una evaluación estructurada de CDG de la respuesta a la TB a nivel nacional, que incluyó un análisis documental para evaluar las respuestas históricas y actuales a la TB desde un punto de vista político, jurídico y sanitario, encuestas a 408 personas que viven con TB y 153 cuidadores de TB, y entrevistas/discusiones con miembros de la comunidad afectada por la TB e integrantes del programa. Se obtuvieron los siguientes resultados:

1. Existe una escasa capacidad para proporcionar una atención de calidad contra la TB en el país, motivada por la ausencia de pruebas de detección de la TB durante las consultas rutinarias en la mayoría de los centros sanitarios.
2. El enfoque de la atención de la TB no está centrado en las personas, especialmente para las poblaciones vulnerables.
3. Falta personal capacitado para las actividades de TB y la formación continua en atención a la TB es limitada.
4. El alto nivel de estigma está teniendo efectos nocivos en la calidad de vida de las personas con TB.
5. Existe un insuficiente conocimiento de las leyes de protección y de los derechos de las personas con TB a todos los niveles (instituciones, personal sanitario, agentes comunitarios y población general).
6. Existe poco interés en los aspectos de género de la TB y los relacionados con la atención entre las instituciones.

Esta evaluación de la CDG puso de manifiesto las barreras al acceso a la prevención y la atención de calidad de la TB, y permitió documentarlas a nivel nacional. Los resultados servirán de base para la ejecución de intervenciones en 2023 y para el nuevo ciclo de solicitudes de financiamiento del Fondo Mundial.

Figura 9

Toolkit to measure and monitor CRG, stigma and CLM in the TB response



Courtesy: The Stop TB Partnership, Geneva

Herramientas para supervisar los avances en materia de CDG y estigma de la TB

Muchos de los logros del CFCS se han visto facilitados por un conjunto de herramientas desarrolladas y promovidas por STP junto con personas afectadas por la TB, innovadores digitales, investigadores y programas nacionales de TB (Figura 9). Estas herramientas permiten realizar comparaciones entre países y medir los cambios con respecto a la línea de base en materia de CDG y estigma, así como la MLC de las respuestas a la TB.⁴⁵⁻⁴⁷ La herramienta de medición del estigma ya ha sido aceptada por el Fondo Mundial y sirve de base para su marco de desempeño.⁴⁸ En el momento de redactar este informe, también estaban listos para su puesta a prueba una tabla de resultados sobre los derechos humanos y jurídicos de la TB y una herramienta de estimación del tamaño de las poblaciones clave y vulnerables de la TB. La guía lingüística 2022 Words Matter para desestigmatizar la comunicación sobre la TB se suma a la creciente lista de recursos adaptados a la CDG.⁹ Todas estas herramientas pueden ayudar a establecer un conjunto tangible de indicadores para los compromisos en materia de CDG, estigma y equidad, así como para orientar las acciones y supervisar los progresos.

Voz y liderazgo de la comunidad

En la actualidad, la comunidad afectada por la TB es mucho más vibrante, escuchada y reconocida en toda su fuerza y diversidad que antes. Su voz es más fuerte, fortalecida por la creación y expansión de redes de personas afectadas

por la TB a nivel regional y nacional [Estudio de caso 11], y la inclusión en la estructura de instituciones clave como la STP (Delegaciones de la Comunidad y de las ONG⁴⁹), que recientemente ha aumentado la representación de la PCV de la TB y de la comunidad afectada en la junta de gobierno, y la OMS (Grupo de Trabajo de la Sociedad Civil sobre la TB⁵⁰), y a través del CFCS.⁵¹

La Iniciativa Estratégica de Participación Comunitaria (IEPC, por sus siglas en inglés)⁵² del Fondo Mundial también está trabajando activamente para aumentar su atención a la tuberculosis y el posicionamiento de las comunidades afectadas por la tuberculosis en los procesos de toma de decisiones nacionales, regionales y mundiales mediante su inclusión en los procesos nacionales y en los grupos de trabajo encargados de defender las necesidades de las PCV, como los consejos de jóvenes y los grupos consultivos de los CDG. La IEPC también ha apoyado a cuatro redes regionales de TB como parte de su participación en los procesos del Fondo Mundial. Unitaid tiene una delegación comunitaria en su junta directiva.⁵³ Otros actores mundiales, como FIND y TB Alliance, están preparando estructuras para implicar a las comunidades afectadas en las decisiones estratégicas de los organismos. Con el apoyo de las principales organizaciones sanitarias y de defensa de la causa, el compromiso con la CDG está ganando impulso a nivel mundial y, como se ha presentado anteriormente, es evidente en los resultados de las subvenciones del FCPB.

Las comunidades afectadas por la tuberculosis y la sociedad civil aprecian y aplauden el importante apoyo recibido de la Iniciativa Estratégica del Fondo Mundial de Lucha contra la Tuberculosis para Encontrar a las Personas con Tuberculosis no diagnosticadas, que aprovecha el FCPB y la contribución de US\$ 1,5 millones al FCPB.⁵⁴ Sin embargo, expresaron la necesidad de inversiones sostenidas y ampliadas para garantizar su inclusión en la respuesta a la TB. Buscan financiación específica para crear capacidad para el trabajo sostenido de los CDG, infraestructura organizativa y para las redes de supervivientes de la TB. [Estudio de caso 12] De hecho, las organizaciones de base tienen una capacidad técnica especialmente limitada para competir por los fondos, aunque a menudo son las que mejor conocen las necesidades de las comunidades afectadas. Asociarse con agentes que trabajan a escala regional y mundial pueden generar oportunidades de financiación. [Estudio de caso 13] Las consultas realizadas para este informe también apuntan a una división demostrable en la CDG de la tuberculosis entre los países que han recibido apoyo a través del FCPB y los que no (actualmente 29 países reciben apoyo en el marco de la 11ª Convocatoria del FCPB). Asegurar la elegibilidad para este apoyo técnico y aumentar el mecanismo de financiación puede ayudar a abordar la brecha. Dado que el CFCS está demostrando ser el mecanismo más eficaz para crear un movimiento estratégico y coordinado para acabar con la tuberculosis, la comunidad de la tuberculosis pide a los donantes que apoyen directamente este mecanismo y al Fondo Mundial que continúe su apoyo al CFCS y aproveche los puntos fuertes de los asociados y los mecanismos existentes, incluida la contribución directa del IEPC al CFCS.

Estudio de caso 11 TBpeople Global refuerza las redes nacionales de personas afectadas por la TB

En muchos países no existen redes de personas afectadas por la tuberculosis y las que existen a menudo tienen dificultades para participar de forma significativa en las respuestas nacionales a la tuberculosis. La falta de financiación inicial impide que los grupos informales se organicen y se registren oficialmente. Las redes jóvenes tampoco disponen de recursos sostenibles para desarrollar su capacidad de ejecución. Reconociendo estas barreras y para permitir vínculos dentro y entre países, en 2018 TBpeople Global (tbpeople.org) creó capítulos nacionales para redes nacionales de personas afectadas por la TB. A lo largo de cinco años, han surgido 11 capítulos nacionales, con seis más en creación. Varios capítulos nacionales (por ejemplo, en **Ucrania** y **Kirguistán**) han crecido lo suficiente como para convertirse en subreceptores de subvenciones nacionales del Fondo Mundial y receptores de subvenciones del CFCS, lo que demuestra que incluso los grupos de apoyo modestos de personas afectadas por la TB pueden crecer rápidamente para convertirse en socios importantes en la respuesta a la TB de su país.

A medida que TBpeople trabaja para formalizar el sistema, la financiación se ha revelado como un enorme reto. El número de grupos que buscan beneficiarse de pequeñas subvenciones supera considerablemente el número de subvenciones disponibles. Los donantes son reacios a apoyar a las redes mundiales y regionales, a pesar de las pruebas que demuestran su éxito a la hora de ayudar a los grupos comunitarios a organizarse, registrarse, conseguir subvenciones, aumentar su capacidad y ejecutar proyectos.

Estudio de caso 12 Líderes de la TB allanan el camino para la atención de la TB centrada en las personas en la India

Desde 2017, la organización sin ánimo de lucro REACH o Resource group for Education and Advocacy for Community Health (reachindia.org.in), **India**, ha formado a supervivientes de TB para que se conviertan en "Líderes de la TB" con el apoyo de USAID. Los supervivientes de TB participan en talleres interactivos de tres días para adquirir conocimientos y aptitudes sobre la TB a partir de sus experiencias personales. A continuación, participan en un programa de tutoría de seis meses para trabajar con sus comunidades como educadores y compañeros de apoyo para las personas que reciben tratamiento contra la TB. Proporcionan conocimientos básicos sobre el tratamiento, apoyo psicosocial, asesoramiento a las familias y ayudan a mitigar el estigma. En la actualidad, varios miles de supervivientes de la tuberculosis han sido contratados y formados y constituyen una red que abarca 15 estados, incluidas cinco organizaciones legalmente registradas.

Durante un periodo de 18 meses, más de 3.000 líderes de la TB llegaron a más de 25.000 personas a través del lanzamiento de un marco de rendición de cuentas comunitaria sobre la calidad de la atención a la TB. El PNT se ha comprometido a intensificar sus esfuerzos para formar a 15.000 promotores de la tuberculosis con el fin de facilitar el objetivo de la India de acabar con la tuberculosis para 2025. La motivación de este trabajo la expresa un líder de la TB: "No quiero que nadie más sufra como yo sufrí". El significado quedó plasmado en las recomendaciones de las Misiones Conjuntas de Supervisión de la India: "Pasar del compromiso pasivo de la comunidad a la plena participación y apropiación por parte de la comunidad, confiando en que los líderes de la TB y los supervivientes de la TB trabajen junto con el personal del programa en la promoción, planificación, ejecución y seguimiento de la respuesta local, estatal y nacional a la TB. Invertir en foros locales sobre TB, que son agentes de cambio eficaces capaces de trabajar en la reducción/eliminación del estigma y en un marco de respuesta basado en los derechos humanos".

La adopción de este enfoque liderado por la comunidad por parte del PNT indio promete un cambio importante en la dirección de la atención a la TB centrada en las personas.

Por último, aunque las comunidades afectadas y la sociedad civil están participando en los MCP, los encuestados querían que su representación, capacidad y participación se desarrollara más y se ampliara a la desatendida PCV. A pesar de que en muchos PNT respaldan la CDG, los actores de la comunidad y la sociedad civil de la TB siguen compitiendo por ser reconocidos como aliados del gobierno. Sus funciones se limitan a menudo a la prestación de servicios, por ejemplo a través de contratos sociales, pero tienen poco que decir en las decisiones o la planificación de la financiación, el seguimiento y la rendición de cuentas; esto se plantea en las Áreas de Acción 4 y 6. Algunos grupos comunitarios también luchan contra encuadres polarizados de sus actividades. Sin embargo, como nota positiva, las organizaciones comunitarias que han implementado las herramientas CDG en colaboración con los PNT señalaron que el proceso ayudó a mejorar su asociación, credibilidad y legitimidad con el gobierno.

Estudio de caso 13 Sistemas comunitarios más robustos para respuestas más robustas a la TB en Indonesia

Para garantizar una atención centrada en las personas, la respuesta a la TB debe estar liderada por personas empoderadas afectadas por la enfermedad. En Indonesia, la red nacional de organizaciones de supervivientes de TB, Perhimpunan Organisasi Pasien TB o POP TB (poptbindonesia.org), es ahora el subreceptor del Fondo Mundial que dirige las actividades sobre CDG. Sin embargo, sólo 12 meses antes de asumir esta función, POP TB no estaba registrada ni contaba con sistemas organizativos. Esto se solucionó gracias a una subvención del FCPB a STP Indonesia, que ayudó a POP TB a registrarse legalmente, desarrollar sistemas organizativos, elaborar un plan estratégico y crear capacidad en CDG de TB.⁵⁶

Ahora, en 2023, POP TB, junto con STP Indonesia, es líder en TB CDG en Indonesia, movilizando a socios nacionales para mejorar el MLC de la TB y finalizando un plan de acción TB CDG presupuestado. Un miembro de la red nacional de POP TB, Rekat (rekat.or.id), una organización indonesia de mujeres supervivientes de la tuberculosis, ha recibido su primera subvención en TB CDG a través del mecanismo del FCPB. Con estas pequeñas subvenciones y paquetes de apoyo, los supervivientes de la TB pueden ser los catalizadores de la transformación y la creación de respuestas nacionales sostenibles a la TB dirigidas por la comunidad.

"La abogacía no es un sprint, es un maratón, lleva tiempo, energía y requiere muchos recursos".

Mayowa Joel, Junta Directiva de Stop TB Partnership y Stop TB Partnership Nigeria

Poblaciones clave y vulnerables afectadas por la TB

Las poblaciones clave y vulnerables afectadas por la TB necesitan respuestas adecuadas a sus necesidades. Los estudios de caso muestran que las comunidades afectadas y la sociedad civil son a menudo los únicos actores con acceso a las PCV más difíciles de alcanzar y que pueden satisfacer sus necesidades específicas. [Estudio de caso 14] Con inversiones específicas, las acciones con compromiso comunitario y lideradas por la comunidad han abierto oportunidades para la prestación de una atención a la tuberculosis centrada en las personas y equitativa para grupos que, de otro modo, podrían quedar desatendidos. [Estudio de caso 15] Los logros conseguidos gracias a las acciones de autodeterminación de grupos históricamente marginados afectados por la tuberculosis en determinados entornos también dan esperanzas a las PCV en otros lugares. [Estudio de caso 16]

Pero muchos grupos de PCV siguen estando subestimados, subrepresentados y, por tanto, insuficientemente implicados o financiados en la respuesta a la TB. La creciente escala y profundidad de la participación de las personas que viven con el VIH, las mujeres y los jóvenes en la respuesta a la TB debe ir acompañada de la representación a nivel nacional de

otros grupos de PCV, como las personas que viven en barrios marginales, las personas migrantes [Estudio de caso 17], las personas refugiadas y las poblaciones móviles, como los mineros, los desplazados internos y las personas privadas de libertad. Es necesario reconocer y abordar las barreras a las que se enfrentan las mujeres, los hombres y las personas de género no binario para cerrar las brechas en la sensibilidad de género.

Protección social

Como se indica en el Área de Acción 1, casi la mitad de las familias afectadas por la TB y más de tres cuartas partes de las familias afectadas por la TBFR incurren en costos médicos directos e indirectos, así como en costos de oportunidad debidos a la pérdida de medios de subsistencia, que superan el 20% de los ingresos de sus hogares.²⁰ Las personas entrevistadas de las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil han citado el desempleo, la inseguridad alimentaria y de vivienda, la precariedad del estatus legal y el escaso acceso a servicios de apoyo de salud mental como situaciones acompañantes del curso clínico de la TB. Un marco de derechos humanos para la TB exige abordar estas morbilidades sociales y un compromiso sostenido por parte de los sectores gubernamentales dentro y fuera del ámbito de la salud, como se discute en el Área de Acción 6.

Estudio de caso 14 Las personas privadas de libertad acceden a la atención sanitaria en Paraguay

El encarcelamiento aumenta la vulnerabilidad a la TB. América del Sur y Central están experimentando los mayores aumentos en las tasas de encarcelamiento. Las personas privadas de libertad (PPL) ahora representan el 11% de todas las personas con TB, a pesar de que representan sólo el 1% de la población.⁵⁷ A pesar de estas cifras y del reconocimiento de las PPL como PCV a nivel mundial, la incidencia de la TB entre las PPL no se informa en los documentos mundiales, y las PPL no son reconocidas como una prioridad por la mayoría de los planes de los PNT.⁵⁸

En **Paraguay**, el PNT ha aumentado significativamente las actividades dedicadas a las PPL, en gran parte gracias a los esfuerzos sostenidos de Alvida (Alientos de Vida), una organización de la sociedad civil y subreceptora del Fondo Mundial. Alvida se ha dedicado a trabajar con el PNT para apoyar a las personas que viven con TB y a sus familias, haciendo hincapié en la PPL y en las poblaciones indígenas. Sus esfuerzos han sido fundamentales para asegurar la inclusión de actividades de desarrollo de liderazgo comunitario en el Plan de Acción Nacional para la Sostenibilidad del VIH y la TB en Paraguay 2021-25. En 2022, en colaboración con varias prisiones y el apoyo del PNT para el diagnóstico molecular y tratamiento, Alvida formó a equipos de PPL como agentes de salud comunitarios voluntarios para ayudar en la detección de la TB activa y la identificación de otras PPL que necesitan servicios de pruebas de TB.

Las PCV afectadas por la TB pueden participar efectivamente en los esfuerzos para abordar sus barreras únicas y encontrar a personas con TB que de otro modo podrían pasar desapercibidas.

Estudio de caso 15 Protección transfronteriza de los mineros del sur de África

Los mineros de las minas de oro del sur de África tienen las tasas de tuberculosis más altas del mundo. Cada año, medio millón de hombres viajan por la región para trabajar en las minas sudafricanas y, al hacerlo, contraen la TB.⁵⁹ Este patrón migratorio –hombres que llegan a las minas para trabajar, se infectan de TB y vuelven a casa– ha creado una enorme crisis regional.

Hace más de una década, los jefes de Estado de la Comunidad para el Desarrollo del África Meridional (SADC) firmaron una Declaración sobre la TB en las Minas con mandatos para los ministros de sanidad, finanzas, migración, gobierno local, trabajo y minería de la SADC.⁶⁰ Desde entonces, varios socios han apoyado los esfuerzos de los países para abordar la TB en las minas, como la subvención del Fondo Mundial para la TB en el Sector Minero de África Meridional (TIMS) y la Red de Organizaciones Locales contra la TB (TB LON) de USAID. Los ex mineros supervivientes de la TB también se han movilizado bajo la coalición de la Asociación de Mineros de África Austral (SAMA). En **Mozambique**, por ejemplo, la organización asociada, Asociación de Mineros de Mozambique (AMIMO, amino.org), celebra la creación de dos centros de salud laboral para apoyar la detección de la TB entre los ex mineros.

AMIMO y otras organizaciones como la Jointed Hands Welfare Organization (jointedhands.org) de **Zimbabue** comparten la necesidad de movilizar y ampliar la detección de la TB a nivel comunitario, sistemas de derivación transfronterizos que armonicen el tratamiento de los mineros que se desplazan, y atención a los mineros artesanales y a pequeña escala que podrían pasar desapercibidos en las intervenciones en curso. La SAMA está trabajando para conseguir cambios políticos que aborden estas brechas, y para mantener y aumentar la voluntad política de poner fin a la crisis de salud pública entre los mineros y sus comunidades asociadas.

Estudio de caso 16 Las últimas normas canadienses contra la TB se centran en los derechos de los pueblos indígenas

La TB entre los Pueblos Indígenas en **Canadá** está inextricablemente vinculada a una historia de colonización y el trauma asociado.⁶¹ La octava edición de los Estándares Canadienses de TB se publicó en marzo de 2022 y se centra, por primera vez, en los derechos de los Pueblos Indígenas.⁶² Un capítulo dedicado a proporcionar "Una guía introductoria a la atención de la tuberculosis para mejorar la competencia cultural de los trabajadores de la salud y los profesionales de la salud pública que atienden a los Pueblos Indígenas de Canadá" detalla la epidemiología específica de la TB, y su contexto histórico y cultural en lo que respecta a cada uno de los tres grupos indígenas de Canadá – Inuit, Primeras Naciones y Metis.⁶³ Para mantener sus valores, necesidades y prioridades en lo que respecta a la prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la TB, se hacen siete preguntas a todas las personas que prestan servicios en tierras indígenas y/o que trabajan con Pueblos Indígenas para el trabajo relacionado con la TB. Esto incluye la educación sobre la particular historia y la epidemiología de la TB en la comunidad, las barreras de accesibilidad relacionadas con el clima y la geografía, la seguridad cultural, incluido el respeto a las diferencias culturales, los determinantes sociales específicos y las desigualdades que afectan a los distintos grupos indígenas, el reconocimiento del papel de la colonización en curso, el racismo personal y sistémico y el privilegio, la promoción de la auto-resiliencia, la auto-defensa y el empoderamiento mediante el respeto de los derechos de los Pueblos Indígenas, y la comprensión de que cada grupo indígena es histórica y culturalmente distinto, y puede tener necesidades únicas de TB.

Los efectos de la colonización, los traumas históricos y la falta de atención sistemática a los determinantes sociales de la salud han dado forma a las epidemias de tuberculosis en las poblaciones indígenas de todo el mundo. El esfuerzo pionero de los pueblos indígenas en Canadá puede servir de inspiración para todos los programas nacionales de TB.



Los enfoques CDG deben subrayar todos los aspectos de la respuesta a la TB

Hacer que la respuesta a la TB se base en los derechos, sea equitativa y libre de estigma, con las comunidades en el centro, es fundamental para alcanzar los objetivos mundiales de eliminación de la TB. Si no denunciamos y corregimos las prácticas, políticas y leyes discriminatorias, corremos el riesgo de violar los derechos humanos fundamentales de las personas afectadas por la tuberculosis. Si no nos ocupamos de la estigmatización de la TB y de sus insidiosas causas, corremos el riesgo de alejar a las personas afectadas de la atención de la TB y de muchas otras incluso antes de que entren en el sistema sanitario. Y si no situamos a las comunidades afectadas por la tuberculosis en el centro de la respuesta a la enfermedad, estamos generando la exclusión de las poblaciones más vulnerables afectadas por la tuberculosis y a fracasar en el objetivo de llegar a todos.

Los prejuicios sistémicos y la falta de atención a las voces de la comunidad han sido reconocidos y abordados en otras enfermedades infecciosas como el VIH, y deben ser defendidos aún más en el caso de la TB a todos los niveles. Esta negligencia es la causa principal de la división mortal sobre la que se construye este informe. Aunque se ha avanzado hacia una participación significativa de las comunidades a nivel mundial, se necesita una inversión mucho más sostenida, especialmente a nivel nacional y subnacional.

Estudio de caso 17 TB entre los migrantes que cruzan el Triángulo Norte

La migración desde las Américas ha estado motivada durante mucho tiempo por la necesidad económica debida a la pobreza generalizada. Muchos parten en busca de empleo, un mejor nivel de vida, mejores condiciones de trabajo y remuneración y, en casos extremos, debido a los crecientes niveles de violencia. Guatemala es tanto un país de expulsión como de tránsito para los migrantes de otros países del Triángulo Norte (**Guatemala, Honduras y El Salvador**) que se desplazan hacia Estados Unidos a través de México.⁶⁴ Aunque la tasa nacional de TB es relativamente baja, la carga es mucho mayor entre las poblaciones de trabajadores migrantes que son predominantemente indígenas y parten y regresan a comunidades aisladas y desatendidas. Su migración a través de México, que tiene tasas mucho más altas de enfermedad e infección por TB que el Triángulo Norte, combinada con las condiciones en las que las personas migrantes se ven obligadas a viajar y esperar para entrar en los Estados Unidos, son factores primordiales para el desarrollo de la infección por TB y la enfermedad activa.

En 2016, el Congreso guatemalteco aprobó un Código de Migración con la vista puesta en los derechos humanos. Ahora se reconoce a los migrantes como titulares de derechos, lo que les da acceso a atención médica, alojamiento, trabajo y educación por parte del Estado guatemalteco. La legislación que aborda la tuberculosis y las necesidades sanitarias más amplias de los migrantes como PCV fue producto de una alianza entre la sociedad civil y el gobierno, y puede servir de ejemplo para otros países situados a lo largo de corredores migratorios.

La CDG puede servir como columna vertebral de la respuesta a la TB, pero sigue siendo una de las áreas menos financiadas. Los actores mundiales deben utilizar su voz diplomática y su influencia en la financiación para crear un espacio dedicado a la inclusión de las comunidades afectadas y la sociedad civil en las propuestas de los países y en la toma de decisiones a nivel nacional, respaldado por un fondo dedicado a fortalecer las infraestructuras comunitarias para la CDG en la TB.

LLAMAMIENTO A LA ACCIÓN

Hacer que la respuesta a la TB sea equitativa, sensible al género, basada en los derechos y libre de estigma, con las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil en el centro para 2025.

- Garantizar que la eliminación de la estigmatización y las Comunidades, Derechos y Género (CDG) se prioricen en la Declaración Política de la UNHLM sobre TB de 2023 con objetivos específicos, y se integren explícitamente en los Planes Estratégicos Nacionales (PEN) y en las Revisiones de los Programas de TB.
- Dedicar fondos nacionales y de donantes a las iniciativas de TB dirigidas por la comunidad, incluidos los esfuerzos de promoción, seguimiento y rendición de cuentas a través de la Alianza Alto a la Tuberculosis (STP) Challenge Facility for Civil Society (CFCS), el Fondo Mundial y otros mecanismos de apoyo técnico.
- Garantizar la participación significativa de las comunidades afectadas por la tuberculosis y la sociedad civil como contribuyentes expertos en el desarrollo de los PEN, la planificación de las Revisiones del Programa contra la Tuberculosis, así como los procesos de desarrollo de propuestas nacionales para subvenciones internacionales en todos los países con alta carga (PAC), incluso a través de redes nacionales de personas afectadas por la tuberculosis y el empoderamiento y liderazgo de mujeres y niñas.
- Llevar a cabo evaluaciones de los CDG, mediciones rutinarias del estigma, y desarrollar e implementar planes de acción costeados para los CDG de TB en todos los PAC que incluyan el monitoreo dirigido por la comunidad (MLC) de la respuesta a la TB y de los CDG en la respuesta a la TB.
- Identificar, realizar estimaciones de tamaño y asignar fondos para atender sistemáticamente las necesidades específicas de la PCV de la TB, como, entre otros, las personas que viven con el VIH, las personas migrantes, las Personas refugiadas y las desplazadas internas, las personas que consumen drogas, las personas privadas de libertad, las personas con diabetes, los pobres urbanos y las personas que viven en barrios marginales, los mineros y las personas con silicosis, los pueblos indígenas y las niñas y niños, en función de la vulnerabilidad y las barreras de acceso.
- Reforzar la protección social y la seguridad de las personas afectadas por la tuberculosis, y garantizar que incluya ingresos, atención sanitaria, vivienda, apoyo nutricional, apoyo a la salud mental y asistencia jurídica.
- Actualizar las leyes, políticas y programas para promover y proteger los derechos de las personas afectadas por la TB, combatir las desigualdades y eliminar el estigma y las prácticas, procesos y lenguaje discriminatorios.

ÁREA DE ACCIÓN 3: Acelerar el desarrollo, puesta en marcha y acceso a nuevas herramientas esenciales para acabar con la TB

Introducción

Las comunidades afectadas por la tuberculosis y la sociedad civil reconocen los avances sustanciales realizados en I+D sobre la tuberculosis desde la primera Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre la Tuberculosis, pero se apresuran a señalar que el conjunto de herramientas para la tuberculosis aún dista mucho de estar completo. Se necesitan urgentemente soluciones prácticas, eficientes, eficaces y que no requieran muchos recursos y que puedan aplicarse en las comunidades más afectadas por la tuberculosis. Por encima de todas las demás innovaciones, reclaman la necesidad de una vacuna. En este capítulo, retomamos los logros y las brechas en materia de innovación e implementación que se presentaron en el Área de Acción 1, para catalizar enfoques más audaces y eficaces de la I+D en TB. La financiación de los esfuerzos de I+D se aborda en el capítulo siguiente.

Situación actual

Cuadro de resultados

Las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil aplauden enormemente el desarrollo y la aprobación de regímenes farmacológicos más seguros y cortos para la infección y la enfermedad de la TB, incluidas la TBFR y la TB infantil. Reconocen la digitalización como una importante innovación del sistema sanitario. Y celebran la monumental inversión en I+D en TB, que asciende a casi 1.000 millones de dólares.

Sin embargo, también señalan brechas cruciales. Lamentan la persistente ausencia de vacunas contra la tuberculosis, de dispositivos de diagnóstico rápido que funcionen en los puntos de atención y sean adecuados para los niños, y de pruebas rápidas de sensibilidad a los medicamentos que predigan la resistencia a los últimos medicamentos. Sostienen que la expansión de muchas herramientas emergentes y existentes es lamentablemente lenta. Tal y como se plantea en el [Área de Acción 1](#), más del 50% de las personas afectadas por la tuberculosis, incluidos los supervivientes, encuestados para este informe se enfrentaban a dificultades para acceder a los servicios de tuberculosis, incluidos medicamentos, diagnósticos y otros apoyos. En última instancia, aunque hay ejemplos de enfoques innovadores en la prestación de servicios para la TB, los esfuerzos son poco sistemáticos. No se ha producido ninguna alteración importante del statu quo.

Figura 10

Scorecard on accelerating the development, rollout of and access to essential new tools to end TB

Targets 2018 – 2022

Targets 2018 – 2022	Scorecard
Treat 40 million people with TB, including	66%
3.5 million children with TB	54%
1.5 million people with multi DRTB	43%
115,000 children with multi DRTB	15%
Place 30 million people at risk of falling ill with TB on TPT, including	31%
6 million people living with HIV	172%
4 million children <5 years	40%
20 million other household contacts	3%

■ Little to no progress ■ Some progress ■ Good progress

I+D en vacunas

Necesitamos una vacuna eficaz y accesible, si no muchas. La pandemia de COVID-19 demostró que, con inversiones suficientes, las vacunas pueden desarrollarse y aplicarse a gran escala a una velocidad récord sin comprometer el rigor científico. La Hoja de ruta mundial 2021 para la I+D de vacunas contra la TB describe cómo puede lograrse esto para la TB, identificando las barreras clave, las formas de superarlas y un conjunto compartido de prioridades para guiar las actividades de I+D.⁶⁵ Como se ha visto con docenas de infecciones, incluyendo la viruela y la poliomielitis, una vacuna es la única innovación que puede detener una epidemia. Las comunidades afectadas por la tuberculosis se están preparando bien para desplegar una vacuna en cuanto esté disponible, pero el progreso se ve obstaculizado por la falta de inversiones protegidas, como se plantea en el capítulo siguiente.

Medicamentos y diagnósticos

La variedad de nuevos regímenes de tratamiento seguros, eficaces y más cortos para la infección y la enfermedad de la TB, incluida la TBFS y la TB infantil, significa los mayores logros de la respuesta a la TB desde el UNHLM de 2018 sobre la TB -si no en la historia de la respuesta a la TB- y proporciona un alivio muy esperado a las comunidades afectadas por la TB y a la sociedad civil. La TBFS ahora se puede tratar en cuatro meses, la TBFR en tan solo seis meses sin inyecciones, y la infección por TB se puede tratar -y prevenir la enfermedad- en 1-3 meses^{19,24,27} [Estudio de caso 18] Estos nuevos regímenes prometen mejorar la aceptabilidad del tratamiento, la viabilidad del sistema de salud y del programa, y apoyar los enfoques centrados en las personas para la prevención, el tratamiento y la atención de la TB.

Dicho esto, existe un amplio margen para la innovación en I+D biomédica. En cuanto al diagnóstico, las comunidades afectadas por la tuberculosis necesitan un ADR que pueda utilizarse a gran escala en zonas con escasez de recursos y energía para obtener resultados en cuestión de minutos. También faltan pruebas en el punto de atención para detectar la infección de TB y la TB subclínica, así como marcadores para evaluar el riesgo de progresión a la enfermedad de TB. En cuanto al tratamiento, los expertos técnicos consultados para este informe señalan que los nuevos regímenes terapéuticos siguen basándose en fármacos antiguos. Se necesitan nuevas moléculas para poder prevenir y curar la TB en aún menos tiempo, acelerar la reducción de la incidencia y la mortalidad y contrarrestar las nuevas cepas farmacorresistentes.

En todas estas innovaciones, las mujeres lactantes y embarazadas, los niños y los adolescentes se benefician de manera desigual; la mayoría de los proyectos de I+D, por su diseño, excluyen a estos grupos.⁶⁶ Las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil tratan de garantizar que los beneficios de la I+D en TB puedan ser disfrutados por las KPV y otros grupos que han sido históricamente desatendidos. Los expertos técnicos consultados para este informe hacen hincapié en que se debe priorizar la investigación sobre la seguridad y eficacia de los regímenes BPAL/M TBFR y los regímenes TPT basados en rifapentina en mujeres embarazadas/lactantes, mujeres premenopáusicas que requieren anticoncepción y niños menores de dos años, así como en personas que viven con el VIH (por ejemplo, las que reciben dolutegravir); es entre estos grupos clave donde los impactos de la TB suelen ser más graves.

Estudio de caso 18 BPAL/BPALM augura esperanza para las personas con TBFR

Entre 2018 y 2020, desde la introducción de la bedaquilina, los regímenes totalmente orales para la TBFR se han convertido en el estándar. En 2022, BPAL/BPALM se convirtió en el nuevo régimen totalmente oral más seguro, más barato, más corto y más eficaz, respaldado por datos de fase III de los ensayos TB PRACTECAL, ZeNix y Nix-TB.⁷⁷ BPAL/BPALM comprende bedaquilina (B), pretomanid (Pa), linezolid (L) y/o - dependiendo de la resistencia a las fluoroquinolonas- moxifloxacin (M). Se trata de un cambio radical para las personas con TBFR, que sólo tendrán que tomar 3-4 pastillas al día durante seis meses. El éxito del tratamiento supera el 80%, lo que supone un enorme avance en la I+D de la tuberculosis. Las directrices de la OMS que aprueban el uso de BPALM y BPAL en diciembre de 2022^{24,78} significan que los países de todo el mundo pueden empezar a poner los regímenes inmediatamente a disposición de las personas afectadas por la TBFR. Los regímenes también supondrán un ahorro sustancial en comparación con los tratamientos más largos y tóxicos que requieren una monitorización y un seguimiento más intensivos.⁷⁹

Utilización y accesibilidad de las herramientas

Tal y como se introdujo en el Área de Acción 1, las herramientas nuevas y emergentes deben llegar a las comunidades afectadas por la TB para que tengan impacto. Los países van un paso por detrás en la adopción de muchas herramientas aprobadas por la OMS que han salido al mercado en la última década. Este letargo es particularmente evidente en la lenta adopción de DRR como GeneXpert que, a pesar de sus limitaciones, es la mejor herramienta disponible para detectar la TB. Asimismo, los regímenes de tratamiento más cortos aún no son accesibles para todos; las zonas remotas de difícil acceso y subatendidas se encuentran en una situación de desventaja persistente. La ampliación del tratamiento antituberculoso, salvo en el caso de las personas que viven con el VIH, es pésima, y muchos gobiernos retrasan la autorización o no tienen acceso a la rifapentina.⁶⁷ La campaña 1/4/6x24, lanzada recientemente por una coalición de supervivientes de la tuberculosis, investigadores, médicos, activistas y profesionales de la sociedad civil de todo el mundo, se está preparando para garantizar que los mejores regímenes farmacológicos disponibles lleguen a quienes más los necesitan en el menor tiempo posible.⁶⁸ [Estudio de caso 19]

Movilizar el acceso a nuevas herramientas requiere investigación operativa y conformación del mercado para facilitar la adaptación contextual y adopción, así como negociaciones de precios.²⁵ Los encuestados compartieron que muchos de sus países se enfrentan a problemas de asequibilidad, suministros no utilizados de herramientas antiguas y obstáculos normativos para dar lugar a la importación de otras nuevas, lo que dificulta la adopción de nuevas herramientas. Las barreras en la cadena de suministro para las pruebas de TB y problemas de almacenamiento en la nube para el despliegue de las tecnologías digitales. A nivel de los centros, hay una falta de orientación técnica sobre las mejores prácticas y, dentro de las comunidades, falta de demanda por parte de las personas directamente afectadas por la TB debido al escaso acceso a la información. Las campañas impulsadas por la comunidad son esenciales para sensibilizar y promover la superación de estos obstáculos al acceso. [Estudio de caso 20]

Estudio de caso 19 AI-CAD portátil localiza a las personas afectadas por la tuberculosis en los lugares donde viven y trabajan

Los productos de detección asistida por computadora basados en inteligencia artificial (AI-CAD) ofrecen la oportunidad de automatizar y estandarizar la interpretación de las radiografías digitales de tórax y agilizar las vías de detección de la tuberculosis y la localización de personas con tuberculosis. Varios proyectos financiados por la iniciativa TB REACH de la STP demuestran las repercusiones de llevar las innovaciones portátiles AI-CAD a comunidades a las que de otro modo sería difícil llegar.

Dopasi Foundation (dopasi.org), una organización comunitaria sin fines de lucro, implementó AI-CAD en tres distritos mineros de carbón en **Pakistán** utilizando Fuji Film Xair, que consiste en una máquina de rayos X digital compacta, liviana y alimentada por energía solar vinculada a un software de lectura asistida por computadora, Lunit INSIGHT CXR.⁶⁰ Los distritos tenían escasas o nulas instalaciones de salud, electricidad o infraestructura de transporte. Entre 2019 y 2021, se llevaron a cabo 117 campañas de detección, 150 242 mineros del carbón y sus familias fueron examinados para detectar TB, incluidos 12 495 examinados mediante rayos X, y 429 personas diagnosticadas con TB recibieron tratamiento, lo que condujo a un aumento del 77,5% en la detección de TB en las áreas del proyecto. No se detectaron los típicos problemas de calidad relacionados con la resolución de las imágenes, y la autoridad nuclear y radiológica confirmó la baja radiación. Los problemas fueron la escasa capacidad de la batería y el sobrecalentamiento del dispositivo cuando hacía mucho calor.

Del mismo modo, PATH (path.org), una organización que trabaja con actores públicos y privados, también ayudó a acelerar el diagnóstico de la tuberculosis entre los residentes de asentamientos informales en la ciudad de Nagpur, **India**, utilizando la herramienta de IA qXR, desarrollada por Qure.ai, y trabajando en estrecha colaboración con la asociación local de radiólogos para ganarse su apoyo. Durante 2019-20, 10.481 personas fueron derivadas para radiografías de tórax gratuitas leídas por la IA, lo que llevó al diagnóstico de la tuberculosis en 197 personas. Alrededor del 13% de los diagnósticos no fueron detectados por los lectores humanos, pero fueron identificados por la IA. Ambos proyectos, junto con otros, son expuestos en el Grupo focal de Stop TB sobre Imágenes basadas en IA para la TB (FG-AITB), que sirve como una plataforma global de intercambio de conocimientos para conectar a los implementadores, facilitar las conexiones sur-sur y proporcionar apoyo técnico para escalar las acciones.

Innovaciones digitales

Las tecnologías digitales han pasado a un primer plano en la respuesta a la tuberculosis, en medio de un marcado crecimiento de la innovación de los sistemas sanitarios. Los diagnósticos portátiles asistidos por ordenador (DAC) aprobados por la OMS, junto con los aparatos de inteligencia artificial (IA)³, prometen un cambio radical en los algoritmos de diagnóstico de la TB, especialmente en el

Estudio de caso 20 Acelerar la escala de nuevos regímenes mediante la campaña 6/4/1x24

Pocas personas tienen acceso a las mejores herramientas disponibles basadas en la evidencia en TB. Es necesario generar demanda para promover su accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad. La campaña 1/4/6x24 está generando una demanda muy necesaria para garantizar que las últimas innovaciones lleguen rápidamente a las personas. (68) La campaña hace un llamamiento a los donantes mundiales y actores de la salud, y colabora con ellos, para acelerar la introducción y la ampliación de nuevos tratamientos más cortos contra la TB, entre otras cosas, comprometiéndose con objetivos con plazos concretos para la adopción de las nuevas directrices de la OMS, así como con ambiciosos PEN y propuestas de financiación orientados a la innovación. El nombre de la campaña proviene de su demanda central: que los países y otros garantes de derechos tomen medidas para implementar los regímenes más cortos disponibles - 1 mes o una vez por semana para la prevención de la TB, 4 meses para la TB sensible a los medicamentos y 6 meses para la TB resistente a los medicamentos - para finales de 2024. La campaña ya está atrayendo la atención y el compromiso de acción de los principales actores de la tuberculosis, incluidos STP, la OMS, el Fondo Mundial y USAID, y está demostrando el poder de un objetivo compartido y una campaña de promoción unificadora para equipar y movilizar a los líderes de la comunidad para que exijan ambición y responsabilidad a los garantes de derechos. Esto debe incluir la mitigación y eliminación en los servicios de las barreras relacionadas con los derechos humanos y el género que impiden el acceso a las innovaciones en TB.

1/4/6x24



Photo Credit: David Harrison for Treatment Action Campaign

ritmo de detección de la TB, con beneficios potenciales para las zonas de escasos recursos que carecen de instalaciones sanitarias y proveedores calificados. [Estudio de caso 21] Las tecnologías multiplex pueden ser aprovechadas en la TB desde la atención primaria y otras áreas para aumentar las tasas de notificación.^{69,70} Los encuestados compartieron cómo las tecnologías digitales de adherencia (TAD) están cambiando la forma en que las personas en tratamiento contra la TB son monitoreadas, y agilizando el flujo de trabajo entre los proveedores de servicios.

Estudio de caso 21 Campañas para reducir el costo de las nuevas herramientas emergentes

Las patentes de los productos y su elevado costo impiden el acceso universal a los nuevos medicamentos y medios de diagnóstico de la tuberculosis. Las organizaciones que representan y comprenden a las personas afectadas por la TB están utilizando enfoques ingeniosos para contrarrestar estos cuellos de botella y apoyar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y adaptabilidad de los productos.

Desde 2019, la Campaña de Acceso de Médicos Sin Fronteras (MSF) ha coordinado la campaña "Time for \$5" para reducir a la mitad el precio de la prueba GeneXpert MTB/RIF, dado que el fabricante, Cepheid, ha mantenido el precio de la prueba en casi 10 dólares durante más de una década. La Campaña de Acceso también aboga por reducir el precio del último régimen BPaLM para la TBFR por debajo de los 500 dólares. La octava edición de su informe DRTB Drugs Under the Microscope pide que se flexibilicen las condiciones restrictivas de concesión de licencias de patentes de medicamentos entre Johnson & Johnson y la organización sin ánimo de lucro TB Alliance para apoyar la entrada de versiones genéricas de los últimos regímenes, e impulsar su asequibilidad y accesibilidad en los países que más lo necesitan.²⁵

Un nuevo acuerdo entre el Fondo Mundial, STP y Molbio Diagnostics va un paso más allá. Los ensayos Truenat® aprobados por la OMS (MTB, MTB Plus y MTB-RIF Dx) estarán disponibles a un precio reducido en todos los países apoyados por el Fondo Mundial, STP y USAID; Truenat® es especialmente útil para el diagnóstico y la posterior detección de la resistencia a la rifampicina en adultos y niños con signos y síntomas de tuberculosis pulmonar, y para su uso en zonas con escasez de energía. La asociación incluirá un acuerdo global estándar de nivel de servicio para garantizar el compromiso de prestación de servicio y mantenimiento, y con potencial para ampliar precios similares a compradores del sector público y privado.⁶² Esta reducción de precios debería ser el comienzo de una conversación, que continúe reduciendo las barreras de precios hasta eliminarlas por completo.

Hacer campaña contra las patentes y los precios injustos de los productos puede ayudar a superar las principales barreras para acceder a la atención de la TB.

Las revisiones de las investigaciones sobre la terapia directamente observada (TDO) basada en vídeo proporcionan pruebas de que la digitalización de la TDO es fiable, aceptable y se asocia con una mejor adherencia en comparación con la TDO estándar; esto ha apoyado la TDO por vídeo o la TDOv en varios países de ingresos altos.⁷¹ A medida que las comunidades afectadas por la TB abren oportunidades para la prestación de servicios virtuales, impulsadas por el confinamiento por el COVID-19, también esperan que esto desplace la dependencia de la TDO hacia el empoderamiento de la comunidad, donde las personas con TB tienen la información y el apoyo que necesitan para completar los tratamientos prescritos (véase también el estudio de caso 3).

Las plataformas digitales están reformando gradualmente la infraestructura de vigilancia de la TB, permitiendo a los países utilizar datos en tiempo real.⁷² Los encuestados ven esto como una oportunidad para fortalecer la promoción y mitigar las barreras a la atención y las desigualdades para las personas afectadas por la TB. Para los sistemas sanitarios, pueden agilizar las derivaciones, el diagnóstico y el seguimiento del tratamiento, y cubrir las limitaciones de costos y de capacidad. La herramienta OneImpact MLC está permitiendo a varias comunidades afectadas supervisar y responder a las barreras relacionadas con el género y los derechos a la atención de la TB, formar conexiones entre iguales y supervisar las respuestas locales a la TB.⁷³

Sin embargo, la mayoría de las innovaciones digitales que ayudan al diagnóstico, el seguimiento del tratamiento y la vigilancia aún no se han escalado. Las consultas realizadas para este informe sugieren que muchos países siguen informando en papel - un hallazgo decepcionante que también ha sido documentado por la OMS⁷⁴ - y que, si bien las herramientas digitales serían valiosas para llenar vacíos en la información, se apreciarían herramientas abreviadas y más simples. En última instancia, la adopción de estas innovaciones por parte de los países requerirá la implicación de los gobiernos, más allá de los proyectos impulsados por los donantes. Esta es una oportunidad para que los desarrolladores trabajen con las comunidades afectadas por la tuberculosis y la sociedad civil, así como con los innovadores locales.

Enfoques de la innovación

Más de una docena de actores participan en el desarrollo de nuevas herramientas para la TB, y muchos más lo hacen en el espacio digital. Salvo algunas excepciones, trabajan en compartimentos estancos y a veces compitiendo entre sí, lo que da lugar a una respuesta fragmentada a la innovación en la que una nueva herramienta alcanza a otra. Por ejemplo, el despliegue de nuevos tratamientos contra la tuberculosis podría reforzarse con las correspondientes innovaciones en tecnología de diagnóstico. Las actuales pruebas de diagnóstico de la TBFR sólo transmiten perfiles de sensibilidad para una fracción de los fármacos, lo que deja a las comunidades mal preparadas para prevenir, detectar y responder a la posible resistencia a los últimos regímenes. Los innovadores deben aunar esfuerzos para desarrollar DRM que respondan a toda la gama de fármacos disponibles en el mercado, así como a los que se encuentran en fase II/III de ensayo.

Otra limitación es que muy pocos innovadores trabajan codo con codo con las comunidades afectadas por la tuberculosis para crear herramientas y colaborar en su implementación. A las comunidades afectadas por la TB y a la sociedad civil les preocupa que los desarrolladores lleguen con una herramienta preparada y traten de convencerles de su valor. Como resultado, las innovaciones rara vez se desarrollan teniendo en cuenta la equidad y no alcanzan todo su potencial. Las comunidades afectadas por la tuberculosis deben ser capaces de articular sus necesidades y participar en el diseño de nuevas herramientas. Para ello, es necesario desarrollar sus conocimientos y capacidades, y proporcionarles financiación y espacio. Su participación temprana y significativa es fundamental para lograr su aceptación y, en última instancia, su impacto. [Estudio de caso 22]

La necesidad de coordinación con los actores gubernamentales y los sistemas reguladores se plantea en el **Área de Acción 6**, y es vital para el éxito de las innovaciones emergentes. El Servicio Mundial de Medicamentos ofrece oportunidades para superar las barreras normativas y el desabastecimiento de suministros, que a menudo están implicadas en la lenta instalación de muchas herramientas nuevas.⁷⁵ Las intervenciones de concesión voluntaria de licencias orientadas al acceso, como las que permite Medicine Patent Pool (MPP) –y que han tenido éxito en el VIH y el VHC–, también pueden ayudar a ahorrar costos y vidas, al instituir salvaguardias en una fase temprana del proceso de I+D para garantizar el acceso a productos que demuestren su eficacia en fases posteriores.⁷⁶

Creación de demanda para el desarrollo y despliegue de innovaciones contra la TB

El ritmo de la innovación en TB es claramente insuficiente para seguir el ritmo de la actual pandemia de TB. Se necesita un movimiento de fondos sin precedentes para acelerar el acceso a las herramientas emergentes y cubrir el déficit de financiación de la I+D, que se plantea en el siguiente capítulo. Para estimular la demanda del mercado de las herramientas existentes y de la próxima generación –especialmente de una vacuna– se necesitan esfuerzos conjuntos de los desarrolladores –e inversores públicos y privados mucho más generosos– que trabajen desde el principio con las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil. Los países de ingresos altos pueden desafiar los modelos lucrativos de las empresas farmacéuticas negociando en interés del público nacional e internacional y aumentando las inversiones en modelos sin ánimo de lucro, como las asociaciones para el desarrollo de productos.

La innovación en TB también ha sufrido un marco miope, centrado en productos comercializables derivados de avances biomédicos y tecnológicos. La investigación operativa, la investigación social y la investigación basada en la comunidad son necesarias para permitir su asimilación, contrarrestar las barreras y lograr resultados. **[Estudio de caso 23]** Existe la oportunidad de ampliar la conceptualización de la innovación para incluir intervenciones que aborden los factores sociales, económicos y jurídicos que impulsan la tuberculosis, especialmente las barreras CDG, más allá de sus determinantes patogénicos y epidemiológicos.

Estudio de caso 22 El Global TB Community Advisory Board (TB CAB) como agente de cambio en la I+D de la tuberculosis

El CAC Global de la TB es un grupo de activistas comunitarios expertos en investigación miembros de redes de TB de Asia, Europa, África y América del Norte y del Sur que asesora a patrocinadores de investigación y productos involucrados en el desarrollo, la evaluación y la introducción de nuevas tecnologías de tratamiento, diagnóstico y prevención de la TB. Aboga por una agenda de I+D en TB más inclusiva en términos de diseño de ensayos, así como de los tipos de pruebas que se priorizan en la toma de decisiones sobre TB. En los últimos años, ha aprovechado las revisiones de los protocolos de ensayos clínicos para abogar por la inclusión de grupos clave en la investigación de la TB, incluidos los niños y las mujeres embarazadas. Gracias en gran parte a sus esfuerzos, el campo de la TB ha cambiado con una serie de estudios e iniciativas que adoptan un enfoque más progresista e inclusivo – por ejemplo, los ensayos endTB y endTB-Q permiten a las personas que se quedan embarazadas durante el estudio decidir si continúan o no^{83,84}; el ensayo BEAT Tuberculosis en Sudáfrica incluye a niños de hasta 6 años y a personas embarazadas como participantes elegibles⁸⁵; y el consorcio Supporting, Mobilizing and Accelerating Research for Tuberculosis Elimination (SMART4TB), financiado por USAID y dirigido por la Universidad Johns Hopkins, tiene previsto dar prioridad a estas poblaciones en su investigación⁸⁶, llevada a cabo en el marco del proyecto, incluso mediante la asociación con los beneficiarios del FCPB.

Al mismo tiempo, el CAB de la tuberculosis está trabajando para contribuir y mejorar la recopilación, el rigor y la consideración de las perspectivas de las comunidades afectadas por la tuberculosis en los procesos de toma de decisiones que orientan los programas de I+D, las prioridades de financiación y las políticas en materia de tuberculosis. Al elevar las preferencias y perspectivas de las personas que han vivido la TB, el CAC de la TB está permitiendo que las prioridades de las personas afectadas por la TB tengan más peso en la toma de decisiones importantes para la investigación y las políticas sobre la TB. Una evaluación independiente del CAC Mundial de la TB destaca su papel en la promoción de la abogacía científica, la elevación de las perspectivas de la comunidad y sirviendo como agentes de cambio en el panorama de la I+D de la TB.⁸⁷

Estudio de caso 23 Evaluación de la preparación de los trabajadores ASHA urbanos para prestar servicios de TB en la India

Los Activistas Urbanos Acreditados de Salud Social (U-ASHA) son trabajadores de salud comunitarios incentivados de la Misión Nacional de Salud Urbana de la India que vinculan a la comunidad con los servicios de salud al funcionar como educadores de salud, proveedores de servicios y activistas de salud. En 2022-23, la Fundación para la Investigación Médica (FMR, fmrindia.org) llevó a cabo una investigación piloto en dos ciudades, Mumbai y Pune, en la que participaron más de 300 trabajadores de U-ASHA y otros actores relevantes para comprender su preparación para prestar servicios de TB en *la última milla* de las comunidades urbanas pobres, y para facilitar la participación de la comunidad en la búsqueda de atención oportuna y regular de la TB. El proyecto se llevó a cabo en el marco del programa Partnership for Enhanced Engagement in Research (PEER) de la Academia Nacional de Ciencias, con la cofinanciación de Godrej Industries y el apoyo de la Maharashtra State Anti-Tuberculosis Association (MSATBA).

Se descubrió que las U-ASHA tienen un gran potencial para identificar a las personas que pueden estar afectadas por la tuberculosis, asesorar a las personas con tuberculosis y a sus familias en materia de apoyo mental y nutrición, control de infecciones, gestión primaria y derivación de reacciones adversas a los medicamentos, y reducción de la estigmatización mediante la concienciación de la comunidad y la atención a la confidencialidad. Para crearles un ecosistema propicio, se necesita el apoyo de la comunidad y del sistema sanitario. Los enfoques actuales de la formación sólo dedican medio día a la tuberculosis, lo que deja poco espacio para que los U-ASHA aprendan sobre los aspectos esenciales de la tuberculosis, el programa y los componentes clave de la atención centrada en las personas, como el estigma de la tuberculosis, la nutrición, la participación de la familia o las intervenciones para los ancianos y las personas con otras necesidades diversas. También se presta poca atención al apoyo estructural, como los sistemas de pago a los U-ASHA, el equilibrio de la carga de trabajo y la supervisión del flujo de trabajo, y las oportunidades de aprendizaje y promoción continuos. La investigación piloto puso de manifiesto importantes brechas, así como oportunidades para reforzar la programación comunitaria de la TB y llegar a todos.

LLAMAMIENTO A LA ACCIÓN

Acelerar el desarrollo, despliegue y acceso a nuevas herramientas esenciales para acabar con la TB

- Desarrollar y garantizar la disponibilidad y accesibilidad de nuevas vacunas contra la TB que permitan reducir drásticamente la incidencia de la enfermedad para 2025, con una fuente de financiación protegida.
- Garantizar que todas las personas afectadas por la tuberculosis, incluida la infección y la enfermedad de la tuberculosis y la tuberculosis farmacorresistente (TBFR), reciban los últimos regímenes de tratamiento más cortos para finales de 2024.
- Desarrollar nuevos DRR en el punto de atención, incluidos los que son aptos para los niños y miden la resistencia a los medicamentos a los regímenes de tratamiento más recientes y emergentes, paralelamente al desarrollo de regímenes de tratamiento más cortos para la infección y la enfermedad de TB basados en nuevas moléculas.
- Reforzar la utilidad y la inversión en tecnologías digitales, incluidas las radiografías portátiles digitales, los diagnósticos asistidos por inteligencia artificial y los mecanismos de MLC como Onelmpact.
- Acelerar el despliegue y el acceso al mercado de herramientas nuevas y emergentes -desde el diseño y la adaptación hasta la adopción, la creación de demanda y la evaluación- con mecanismos comunitarios de asesoramiento financiados, campañas dirigidas por la comunidad e investigación operativa.
- Coordinar los esfuerzos entre los desarrolladores, a través de alianzas globales y asociaciones de desarrollo de productos sin fines de lucro, para producir vacunas, diagnósticos, tratamientos y tecnologías digitales para la TB centrados en las personas y accesibles, asegurando que estén libres de barreras de propiedad intelectual o de fijación de precios relacionados con la industria o regulatorios que inhiban la asequibilidad y el acceso.



ÁREA DE ACCIÓN 4: Invertir los fondos necesarios para acabar con la TB

Introducción

La necesidad de mayores inversiones financieras para apoyar la eliminación de la TB resonó en todas las consultas para este informe. Las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil afirman que la TB merece una inversión en I+D similar a la de COVID-19. Durante 2020 y 2021, el COVID-19 se cobró la vida de 2,65 millones de personas⁸⁸, muchas de las cuales habrían estado afectadas de TB. En este mismo período, la TB se cobró la vida de no menos de 3 millones de personas.^{5,89} Mientras que miles de millones de dólares se inyectaron en las respuestas al COVID-19 y los esfuerzos de recuperación, apenas una sombra de esas inversiones se vio en las respuestas a la TB de fuentes nacionales o externas. Es una injusticia atroz que las vidas de las personas afectadas por la TB importen menos. Este capítulo pone al descubierto el déficit de financiación de la TB y el costo inaceptable de la inacción.

Situación actual

Cuadro de mando

Las inversiones en la atención de la TB crecieron en los años anteriores a 2019, pero cayeron en 2020, en gran parte debido a un desvío de recursos para apoyar la respuesta a la pandemia COVID-19. Parecen haberse estabilizado en 2021, cuando la financiación de la TB alcanzó los 5.400 millones de dólares, y la financiación de la I+D alcanzó un récord de 915 millones de dólares. Se trata de cantidades monumentales, pero la respuesta a la TB sigue estando groseramente sub financiada. Las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil lamentan que ni siquiera estemos a medio camino de alcanzar la seguridad financiera prometida en la Declaración Política de 2018 (Figura 11).^{1,42} En comparación con las inversiones que abordan otras enfermedades infecciosas y los principales problemas de salud, la financiación para la TB sigue siendo desproporcionadamente baja. Es más, muchas inversiones no están vinculadas a objetivos que apoyen la atención centrada en las personas, como la CDG, el estigma, la atención a la PCV y el acceso equitativo a las mejores herramientas disponibles.

Figura 11

Scorecard on investing the funds necessary to end TB

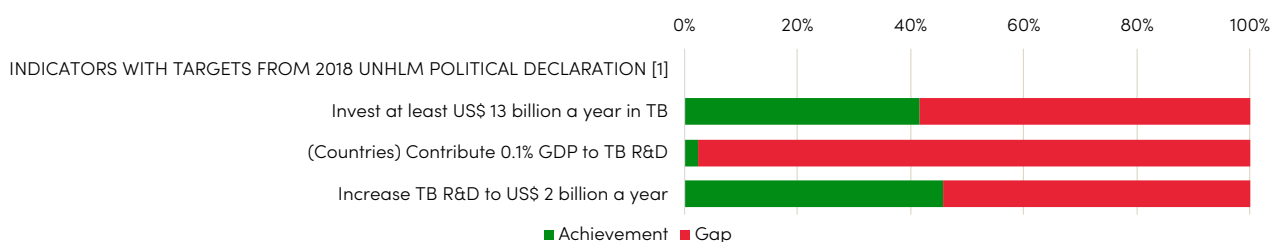


Tabla 5

Fondos necesarios para acelerar el logro de la eliminación de la TB para 2030

	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total
Necesidades del Fondo Global ¹	15.7	17.6	20.3	21.9	33.1	32.8	33.6	34.9	209.8

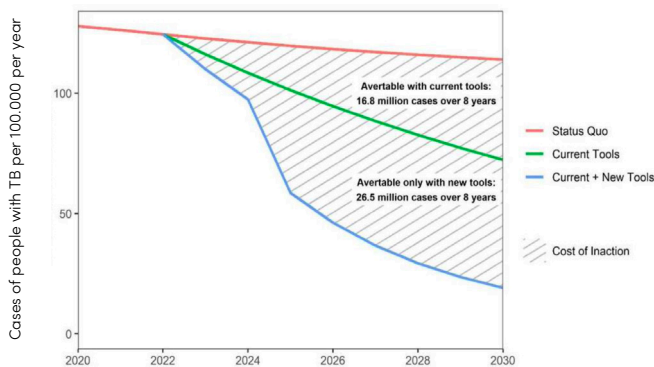
¹ en billones de US\$

Extraído de The Global Plan to End TB 2023–2030, Stop TB Partnership; p. 166⁶

Dicho esto, aunque estamos retrasados en la consecución de los objetivos de la ONU, el Plan Mundial para Erradicar la TB 2023–2030 muestra que es posible acabar con la TB si se realizan las inversiones financieras y políticas necesarias. Se estima que 210.000 millones de dólares—casi cuatro veces la inversión actual—pueden ayudarnos a alcanzar el objetivo de eliminar la TB en los próximos siete años (Tabla 5).⁶ Se calcula que el retorno de la inversión será enorme, con un ahorro de 40 dólares por dólar para el año 2050, que llegará a 60 dólares en los PIBM, y entre 16 y 27 millones de personas que no tendrán TB. El costo de la inacción, por otro lado, es inaceptable: casi 1 billón de dólares con millones de vidas perdidas (Figura 12).⁶ Sin una financiación suficiente y sostenida de la respuesta a la TB, el progreso se estancará en todas las áreas de acción.

Figura 12

The potential human cost of failing to implement the Global Plan 2030–2023



Courtesy: Stop TB Partnership, Geneva

Financiación internacional

Alrededor de tres cuartas partes de toda la financiación internacional para la TB procede de fondos multilaterales a través del Fondo Mundial.⁵ La séptima reposición del Fondo Mundial asciende a 15.700 millones de dólares, una cantidad monumental.⁹⁰ Sin embargo, sólo el 18,6% de los fondos se asignan a la TB⁹¹, a pesar de que la mortalidad anual por TB supera a la del VIH o la malaria.⁹² [Estudio de caso 24] Varios países también están experimentando recortes drásticos en las asignaciones, debido en parte al crecimiento económico⁹³; la mayoría aún no tiene suficiente capacidad nacional para cubrir el déficit.

Los Estados Unidos de América son el mayor contribuyente bilateral a la respuesta a la TB, cubriendo el 50% de la financiación internacional para la TB, incluidas las contribuciones al Fondo Mundial, seguidos por Francia y el Reino Unido.⁵ Muy pocos otros países tienen un interés personal en la TB. [Estudio de caso 25]

Inversiones nacionales

El creciente perfil político de la tuberculosis ha aumentado su visibilidad y ha estimulado las expresiones de compromiso, como se refleja en la Declaración Política a nivel regional (por ejemplo, la Posición Común Africana⁹³) y nacional (por ejemplo, BRICS^{5,94}). Los países BRICS cubren colectivamente dos tercios de toda la financiación de la tuberculosis procedente de fuentes nacionales. India ha registrado algunos de los aumentos más constantes en la financiación de la TB en los últimos años, y las inversiones de otros países afectados por la TB, como Bangladesh, Camboya y Zambia, también han aumentado.⁵ Sin embargo, la mayoría de los países afectados por la TB siguen recibiendo apoyo a través de donantes internacionales. Las inversiones nacionales en TB también han caído en picada en los últimos tres años debido a la COVID-19, como ya se ha señalado.⁵

Estudio de caso 24 Campañas impulsadas por la comunidad para la última reposición de recursos del Fondo Mundial: un récord que no cubre las necesidades

En medio de un clima de fuerte presión financiera, el Fondo Mundial consiguió una inversión final récord de US\$ 15.700 millones para 2023^{90,91}, en gran parte gracias a la movilización de activistas de todo el mundo en torno a la campaña #FightForWhatCounts (lucha por lo que cuenta). A pesar de este notable logro, la cantidad recaudada no cubre las necesidades, especialmente para la tuberculosis. El Fondo Mundial necesitaba al menos 18.000 millones de dólares para recuperar los progresos perdidos durante la pandemia.¹⁰³

Algunos países donantes se esforzaron más que otros. La iniciativa y el liderazgo tempranos de los **Estados Unidos de América**, que pusieron el listón muy alto para que todos los donantes aumentaran su último compromiso en un 30%, fueron fundamentales para animar a los defensores de la causa a ser audaces. Países como **Alemania** y **Japón** se comprometieron pronto a aumentar un 30%, lo que también supuso un importante impulso para apoyar a los defensores de la causa entre otros donantes tradicionalmente "grandes", como **Canadá** y la **Comisión Europea**, cuyos líderes anunciaron finalmente aumentos del 30% en Nueva York. Diecinueve países cumplieron el objetivo de aumentar un 30% su último compromiso, incluidos siete países implementadores. **Corea del Sur** hizo una promesa notable con su aumento del 300%, pasando de 25 a 100 millones de dólares. **El Reino Unido** renunció a su papel de liderazgo en el desarrollo internacional, al recortar en casi un 30% su compromiso de años anteriores.¹⁰⁴

Los grupos comunitarios y las organizaciones de la sociedad civil afectados por la tuberculosis pueden estar orgullosos de los numerosos compromisos de más del 30% conseguidos gracias a los esfuerzos de colaboración mundial y a la coordinación entre unos y otros, pero tendrán que mantener un enfoque láser en la movilización de recursos para acabar con la pandemia de una vez por todas. A pesar de las pequeñas victorias recientes en la división por enfermedades del Fondo Mundial, la tuberculosis sigue siendo la que menos recibe en comparación con el VIH/SIDA y la malaria, y tiene un enorme déficit de financiación de más de 7.000 millones de dólares. Podemos aprender de los éxitos y desafíos de la campaña #FightForWhatCounts para asegurar los recursos necesarios para #EndTB.¹⁰⁴ Dado el creciente uso de "reservas" por parte de los donantes del Fondo Mundial, es de esperar que haya una oportunidad inmediata para ver un aumento en la financiación de la TB directamente de estas fuentes, que la comunidad de la TB debe explorar.

Las áreas más olvidadas

I+D

El informe anual del Treatment Action Group (TAG) desglosa la inversión récord de 915 millones de dólares en I+D en TB en 2021.⁹⁵ Las contribuciones procedieron de fondos públicos (70%), donantes filantrópicos (14%), el sector privado (10%) y actores multilaterales (6%). La mayoría de los fondos procedían de los gobiernos de los países del norte y de un puñado de organismos como la Fundación Bill y Melinda Gates, los Institutos Nacionales de Salud de EE.UU., UNITAID y USAID. Las contribuciones de actores privados y filantrópicos, así como de países de renta media y alta, incluidos muchos países del G7, fueron muy bajas, al igual que en años anteriores. Sólo tres de los 215 países afectados por la tuberculosis –Irlanda, Filipinas y Sudáfrica– alcanzaron el umbral de financiación de la I+D en tuberculosis, definido como el 0,1% de la I+D total.⁵ Las inversiones en medicamentos y vacunas por parte de la industria farmacéutica fueron especialmente escasas⁹⁵; no se considera que la tuberculosis produzca un fuerte retorno de la inversión, a pesar de las pruebas que demuestran lo contrario.⁹⁶ Otros financiadores multilaterales como GAVI, la Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI) y los bancos de desarrollo tampoco han aportado recursos significativos para apoyar las innovaciones en tuberculosis. Esto contrasta fuertemente con el apoyo mostrado por COVID-19.

Alrededor del 35% de la financiación de la I+D en TB se destina a la investigación de medicamentos, el 17% a la investigación en ciencias básicas, el 16% a la investigación operativa y epidemiológica, el 15% a la investigación diagnóstica, el 12% a la investigación de vacunas y el 5% a la infraestructura de investigación y proyectos no especificados.⁹⁵ En comparación con años anteriores, en 2021 aumentaron las inversiones en medicamentos contra la TB, diagnósticos e investigación operativa y epidemiológica, pero estas ganancias se vieron contrarrestadas por reducciones en la investigación pediátrica específica y una financiación aplanada para las vacunas.⁹⁵ La falta de financiación protegida para desarrollar una vacuna eficaz contra una enfermedad que ha convivido con la humanidad durante siglos y sigue siendo una de las principales causas de muerte debida a un agente infeccioso debería ser una vergüenza para nuestra comunidad en general. Para poner las cosas en perspectiva, en el primer año de la pandemia de COVID-19, se invirtieron 51.000 millones de dólares en el desarrollo de una vacuna contra esta enfermedad y, en el plazo de un año, no una, sino tres nuevas vacunas estaban disponibles en el mercado.⁹⁷ En 2021, por el contrario, no se gastaron más de 120 millones de dólares en I+D de vacunas contra la tuberculosis.⁹⁵

Los expertos técnicos e investigadores consultados para este informe afirman que el déficit de financiación de la I+D de la TB no puede subestimarse. Está en la raíz de la brecha de innovación en TB. Entre 2023 y 2030, según las estimaciones del Plan Global para Acabar con la TB de la STP, se necesitan US\$ 40 mil millones para acelerar la I+D de nuevos medicamentos y regímenes de tratamiento, diagnóstico y vacunas contra la TB.⁶ También hay oportunidades sin explotar para aprovechar las inversiones en COVID-19 para apoyar la I+D de la TB, un tema que se destaca en el próximo capítulo.

Estudio de caso 25 Insuficiente inversión crónica en TB en África Occidental y Central

El continente africano alberga 17 de los 30 países con una elevada carga de TB. Muchos países tienen bajas tasas de detección de TB, exacerbadas durante la pandemia. Por ejemplo, **Gabón** experimentó una caída del 80% en las notificaciones en 2020, en comparación con 2019. Según la Oficina Regional de la OMS para África, la detección se ve afectada significativamente por la falta de financiación de los programas nacionales de TB. El director regional de la OMS para África, la Dra. Matshidiso Rebecca Moeti, declaró en 2022: "Debemos poner fin a la falta de inversión crónica que mantiene alta la carga de TB, deja a un gran número de personas sin detectar y socava la prevención y el tratamiento".¹⁰⁵ Este es especialmente el caso en África Central y Occidental, en comparación con el resto del continente. **Sudáfrica**, por ejemplo, está aumentando constantemente la financiación nacional para luchar contra la TB, hasta un 81% en 2020. En **Camerún**, por el contrario, las inversiones nacionales en TB disminuyeron casi un 40% entre 2019 y 2020.¹⁰⁶

Los entrevistados francófonos de África que participaron en la encuesta en línea Deadly Divide 2.0 también identificaron las brechas de financiación como un problema importante, afirmando que la TB era una prioridad baja para los gobiernos nacionales, que dependían en gran medida de los donantes externos. En 2023, Expertise France/L'Initiative lanzó "El Acelerador", una nueva modalidad para ayudar a abordar estos retos, con oportunidades de acción basadas en la expresión de necesidades por parte de países y socios. Proporcionar apoyo ajustado a las necesidades de la sociedad civil y las organizaciones de base comunitaria formaba parte de las recomendaciones de su evaluación externa, respaldada por las organizaciones francesas de la sociedad civil que formaban parte del comité consultivo.

CDG y reducción del estigma

El éxito del CFCS, introducido en el Área de Acción 2, es un logro fundamental para mover la aguja en la inclusión y el empoderamiento de la comunidad, y la atención a la CDG en la TB. La undécima ronda de financiación del CFCS en 2022 alcanzó la cifra récord de 10,5 millones de dólares –más de 20 veces la financiación obtenida en 2007 cuando se lanzó por primera vez– y está apoyando a 100 organizaciones en 29 países (**Figura 13**). Sigue siendo el principal mecanismo de subvención, poniendo el poder en manos de la comunidad, la sociedad civil y los actores de base para emprender actividades que aborden la CDG. Los resultados demuestran que las comunidades afectadas por la TB pueden impulsar de forma significativa la agenda de la TB, gestionar inversiones a mayor escala y, con el apoyo técnico de STP, contribuir a la institucionalización de la CDG en los países para encontrar a las personas con TB no diagnosticadas. [**Estudio de caso 26**] Junto con el CFCS, cada vez se espera más que se aborden las cuestiones de género en las propuestas del Fondo Mundial, USAID y TB REACH, así como en la I+D sobre la tuberculosis en general, especialmente en la investigación epidemiológica y operativa.

Sin embargo, dentro de la arquitectura de financiación de la tuberculosis, la financiación para la reducción de la estigmatización y la discriminación por razón de género es insignificante. De media, a pesar de su crecimiento exponencial, el FCPB sólo ha podido satisfacer el 25% de la demanda de un número limitado de países. Esto demuestra que existe una demanda creciente por parte de los socios locales para realizar trabajos relacionados con la CDG y que existen importantes oportunidades para el crecimiento del CFCS. Ante los objetivos contrapuestos de la PPRP y la CSU, y la escasez de asignaciones⁹⁸, la financiación catalizadora para iniciativas estratégicas que normalmente apoyarían la CDG en la TB puede ser la primera en borrarse de las agendas de los donantes. A menos que amplifiquemos la financiación para el CFCS y amplíemos el apoyo a todos los países afectados por la TB, no habrá una red de seguridad para apoyar las prioridades de la comunidad que son fundamentales para encontrar a las personas desaparecidas con TB. USAID ha defendido la causa de abordar las prioridades comunitarias y la apropiación local a través del CFCS, entre otras iniciativas. Global Affairs Canada también ha realizado contribuciones significativas, por ejemplo, a través de la iniciativa TB REACH. Los países de la Unión Europea pueden seguir este ejemplo y ayudar a cerrar esta brecha crítica.

Estudio de caso 26 Aumentar la financiación de la CDG en la República Democrática del Congo

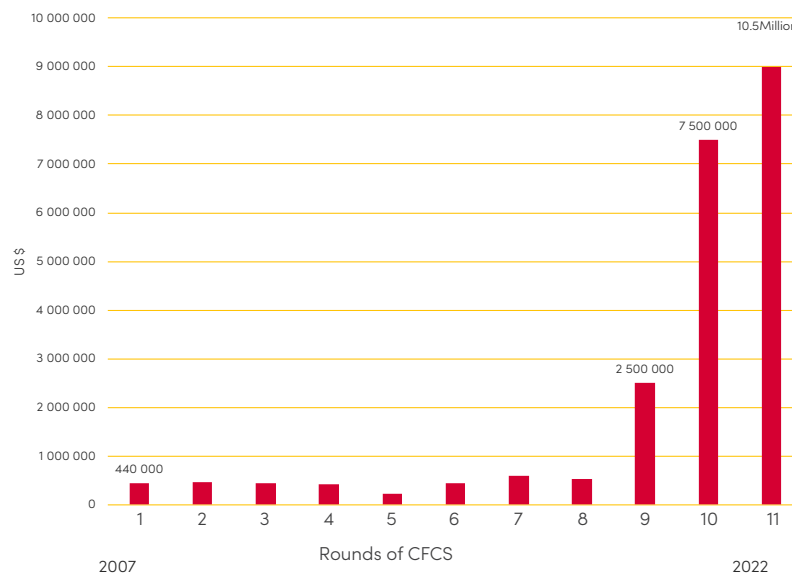
La República Democrática del Congo (RDC) se encuentra entre los 30 países con una elevada carga de TB, TB/VIH y TB múltiple. También es uno de los 13 países del mundo que concentra el 75% de las personas sin diagnosticar con TB.^{5,55} Para evaluar las barreras relacionadas con los derechos humanos y el género a las que se enfrenta la PCV, en 2018 el PNT de la RDC y una organización liderada por personas afectadas por la TB, el Club des Amis Damien llevaron a cabo una evaluación de la CDG. Se recibió apoyo del PNT en el marco de una Iniciativa del Fondo Mundial para encontrar a personas no diagnosticadas con TB. A continuación, el PNT elaboró un plan de acción trienal para los CDG (PA-CDG 2021-2023) con la ayuda de CAD.¹⁰⁷

Con el fin de fundamentar la toma de decisiones para la solicitud de financiamiento del NMF4 del ciclo de subvenciones 7 del Fondo Mundial, el PNT encargó una revisión exhaustiva del PA-CRG 2021-23 a STP para garantizar que el CDG se incluyera y priorizara en el PEN para la TB 2024-2028 y se incluyera en la solicitud de financiamiento del NMF4. Como resultado de estos esfuerzos, las intervenciones en la exitosa CG7 de la RDC incluyeron varios focos sobre CDG: mitigación y superación de las barreras para la CDG de la TB; ampliación de la MLC de la TB; promoción y protección de los derechos humanos; avance de la programación sensible al género; e integración de la CDG de la TB en la prestación de servicios de TB.

Las solicitudes de financiamiento del Fondo Mundial ofrecen importantes oportunidades para que los PNT amplíen las inversiones en CDG de la TB. Los países pueden utilizar el Paquete de Apoyo Comunitario del STP para identificar, mitigar y superar las barreras CDG en el programa de TB y encontrar y tratar a las personas con TB que faltan.

Figura 13

Growth of the Challenge Facility for Civil Society over 11 rounds, 2007-2022



Courtesy: Stop TB Partnership, Geneva

Costos catastróficos a los que se enfrentan las familias afectadas por la TB

La financiación para la protección social, incluida la económica y jurídica, de las personas afectadas por la TB es casi inexistente. No hay ninguna cartera que respalde el objetivo mundial de eliminar los costos catastróficos a los que se enfrentan las familias afectadas por la TB. Las inversiones en protección económica para las comunidades afectadas por la TB requieren un recurso multisectorial y legal, y una financiación específica para apoyar estas intervenciones. En la actualidad, la mayoría de los países no tienen presupuesto asignado a otros sectores a través de los cuales las personas afectadas por la TB puedan acceder a la seguridad social o a otras prestaciones; esto se plantea en el [Área de Acción 6](#).

Necesidad urgente de una financiación mayor, sostenida y diversa

Existe una necesidad urgente de cerrar la brecha de financiación de la TB mediante inversiones mucho más generosas y sostenidas, y una mayor diversidad tanto en términos de financiadores como de prioridades de financiación.

En la actualidad, la respuesta a la tuberculosis depende en gran medida de un donante multilateral (el Fondo Mundial) y de un grupo muy reducido de donantes bilaterales (principalmente de Estados Unidos). Se necesitan inversiones de otras fuentes bilaterales y del sector privado para fomentar el interés por la TB y financiar soluciones creativas que podrían perderse a través de mecanismos multilaterales, especialmente para los retos relacionados con la VKP que son específicos de una región o país. En 2020, los países del G20, por ejemplo, que representan el 50% de la carga mundial de TB, tenían un PIB colectivo de 66 billones de dólares, que se prevé que sea de 99 billones en 2026. La STP estima que la movilización de sólo el 0,01% de este PIB colectivo permitiría disponer de 6.000 millones de dólares adicionales al año para la lucha contra la TB ahora, y de 10.000 millones de dólares al año en 2026.⁹⁹

Hay nuevas fuentes de financiación emergentes en el horizonte, tales como la financiación PPRP/COVID-19, la compra de préstamos del Banco Mundial por parte del Fondo Mundial, y el crowdfunding (financiación colectiva).¹⁰⁰⁻¹⁰² En el futuro, estas nuevas fuentes de financiación deben ser exploradas para fortalecer las oportunidades de inversión nacional en la TB, y utilizar la financiación PPRP y CUS para acabar con la TB. Esto no sólo mejorará la eficiencia técnica y de asignación de los fondos disponibles para los países, sino que también salvará vidas en general.

Aprovechando los éxitos logrados en otros ámbitos de la salud, los modelos de financiación innovadores también pueden atraer a nuevos inversores en la tuberculosis. La contratación social, los bonos de impacto social, la financiación de deuda a bajo coste, los fideicomisos de donantes mancomunados y otros modelos afines pueden allanar el camino para programas sostenibles de gran impacto, así como para aquellos que puedan ser dirigidos por las comunidades afectadas y la sociedad civil. Los esquemas de financiación conjunta pueden ayudar a movilizar recursos entre programas, como en la atención primaria, para mitigar los costos incluso antes de que se pueda acceder a los servicios

Estudio de caso 27 La contratación social involucra a las organizaciones de la sociedad civil en las respuestas a la TB en Botswana

La contratación social se produce cuando las organizaciones de la sociedad civil (OSC) reciben financiación del gobierno a través de subvenciones, contratos o acuerdos de cooperación, para prestar servicios públicos como la prevención de enfermedades, el tratamiento, la atención y los servicios de apoyo. La contratación social es indicativa del reconocimiento gubernamental del papel de los agentes de la sociedad civil, incluidas sus capacidades de divulgación, credibilidad comunitaria y conocimiento innato de los contextos y prioridades de la comunidad.

El Ministerio de Salud y Bienestar y la Agencia Nacional de Promoción del SIDA y la Salud del Gobierno de **Botswana** implementan habitualmente contratos sociales con las OSC. La Red de Botswana sobre Ética, Derecho y VIH/SIDA (Bonela, bonela.org) ha llevado a cabo con éxito campañas de educación y comunicación; ha prestado servicios de atención a la TB, el VIH y afines; ha formado a trabajadores sanitarios, también en materia de PCV; ha desarrollado estrategias para reducir la estigmatización; ha abogado por la igualdad de género y los cambios legislativos para abordar las violaciones de los derechos humanos; y ha realizado una evaluación CDG de la TB. Para mantener los avances logrados, identificó varias recomendaciones para su inclusión en los mecanismos y directrices de contratación social: financiación basada en el rendimiento, financiación predecible, directrices de financiación claras y comunes (en todos los sectores gubernamentales), simplificación de la presentación de informes, transparencia en los contratos sociales adjudicados e inclusión y compromiso de las OSC en la financiación sanitaria, el seguimiento y la evaluación de los contratos sociales. Esto ayudará a las OSC a participar de forma más significativa en las respuestas nacionales a la tuberculosis y promoverá una mayor rendición de cuentas en la respuesta nacional a la tuberculosis.

gratuitos (por ejemplo, antes de la detección y el diagnóstico de la tuberculosis). La atención centrada en las personas y la apropiación local deben estar en el centro de cualquier inversión sostenible, junto con la creación de confianza entre las partes interesadas inversoras y la MLC para que los donantes rindan cuentas de los compromisos adquiridos. [\[Estudio de caso 27\]](#)

También es fundamental diversificar el mandato de financiación. Muchas actividades prioritarias para la comunidad carecen sistemáticamente de financiación suficiente. Las dificultades relacionadas con la CDG, incluidos los costos catastróficos que soportan las familias afectadas por la TB, pueden abordarse -y cumplir los compromisos de la Declaración Política- mediante el desarrollo de planes de financiación que proporcionen y promuevan protecciones sociales, jurídicas y económicas para las personas y familias afectadas por la TB, y su ampliación a través de esfuerzos regionales y multisectoriales. Los marcadores de igualdad que ahora se esperan de las propuestas del Fondo Mundial pueden ayudar a prestar más atención a estas prioridades comunitarias. Un anexo comunitario en las propuestas del Fondo Mundial puede garantizar que estas prioridades comunitarias se integren en los planes de financiación y se

reconozcan en los presupuestos nacionales. Dicho esto, el CFCS ya ha demostrado ser un mecanismo eficaz para apoyar la CDG en la respuesta a la tuberculosis. La ampliación de la financiación a todos los países afectados por la TB puede acelerar su impacto y ayudar a alcanzar el objetivo de eliminación de la TB para 2030.

La I+D en TB tiene un papel que desempeñar en esta diversificación. El próximo programa SMART4TB de USAID promete 200 millones de dólares en inversiones para crear capacidad de investigación y evaluar enfoques nuevos y transformadores para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención, y trasladar la investigación a la política y la práctica. Será una de las mayores inversiones en investigación de la tuberculosis por parte de cualquier agencia donante, y existen prioridades dentro de la misma para incluir la atención a las mujeres y los niños.⁶⁶

No se puede subestimar que acontecimientos sin precedentes como la pandemia de COVID-19, y la guerra en Ucrania, supondrán importantes contratiempos para la financiación de la TB a nivel mundial y/o en regiones específicas. Los fondos destinados a la TB no siempre están delimitados y se desvían fácilmente, sin que se recuperen. La atención política y la inversión también están ahora divididas, con una energía renovada y mecanismos para la PPRP que amenazan con dejar fuera a la TB - a pesar de la alineación en las agendas. Aun así, la respuesta a la pandemia de COVID-19 demuestra que, con inversiones conjuntas a gran escala y una acción multisectorial, se puede superar una enfermedad infecciosa transmitida por el aire que, en muchos aspectos, se solapa con la TB. De hecho, la financiación de la TB, incluida la I+D en TB, puede aprovecharse a través de una mayor alineación con la PPRP, la CUS y la RAM para movilizar recursos y ayudar a avanzar en los esfuerzos de eliminación en todas partes. Estas cuestiones se plantean en el próximo capítulo.

LLAMAMIENTO A LA ACCIÓN

Invertir los fondos necesarios para acabar con la TB

- Cerrar la brecha de financiación de la TB a través de inversiones de US\$ 210 mil millones entre 2023 y 2030, incluyendo US\$ 40 mil millones para I+D en TB, para lograr los seis llamados a la acción y cumplir con el Plan Global para Acabar con la TB.
- Apoyar la reposición de los mecanismos mundiales de financiación, como el STP CFCS y TB REACH, el Fondo Mundial y Unitaid, con asignaciones proporcionales para la TB y para las comunidades afectadas por la TB y los socios de la sociedad civil.
- Movilizar recursos nacionales para la TB e integrarlos con los sistemas de salud para aprovechar las inversiones existentes y reducir la dependencia de fondos externos.
- Eliminar los costos catastróficos a los que se enfrentan los hogares afectados por la TB a través de inversiones multisectoriales, coordinación y aplicación de marcos legales.
- Innovar la financiación para ampliar el grupo de inversores y generar eficiencia en el gasto en TB.
- Garantizar que la TB sea reconocida e incluida en las inversiones en prevención, preparación y respuesta ante pandemias, resistencia antimicrobiana y cobertura universal de salud.



ÁREA DE ACCIÓN 5: Dar prioridad a la tuberculosis en la prevención, preparación y respuesta ante pandemias (PPRP), la resistencia a los antimicrobianos (RAM) y la cobertura universal de salud (CUS)

Introducción

El compromiso de la Declaración Política de 2018 de transformar la respuesta a la TB para que sea equitativa, basada en los derechos y en las personas incluyó compromisos de mejoras relacionadas en el avance de la cobertura universal de salud (CUS) y la gestión de antimicrobianos.^{1,42} En 2020, el mundo se enfrentó a la pandemia de COVID-19, dando paso a un enfoque omnipresente en la prevención, preparación y respuesta ante pandemias (PPRP). El impacto convergente de los tres movimientos - PPRP, CUS y RAM - en las respuestas a la TB fue reconocido en el Informe de Progreso 2020 de la Declaración Política.¹⁰⁸ Se imploró a los países salvaguardar la prevención y atención de la TB en el contexto de COVID-19 y otras amenazas emergentes, monitorear y revisar el impacto de la pandemia en la respuesta a la TB, incluyendo la participación de la comunidad y la sociedad civil, y "reconstruir más fuerte" aprovechando las lecciones aprendidas de la respuesta a la pandemia, mejorando la resiliencia de los programas de TB, implementando planes de recuperación para ponerse al día con los objetivos, y capitalizando las nuevas tecnologías digitales. También se les recomendó avanzar en la cobertura universal de salud para permitir el acceso a una atención de calidad asequible para todas las personas afectadas por la tuberculosis, e incluir la TBFR en las estrategias nacionales y la planificación de la resistencia a los antimicrobianos (RAM).

Por lo tanto, las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil hacen hincapié en la priorización de la TB en los esfuerzos de PPRP, CUS y RAM no sólo para salvaguardar la respuesta a la TB, sino también para potenciar las sinergias para todos (Figura 14).

El PPRP debe dar prioridad a la actual pandemia de tuberculosis

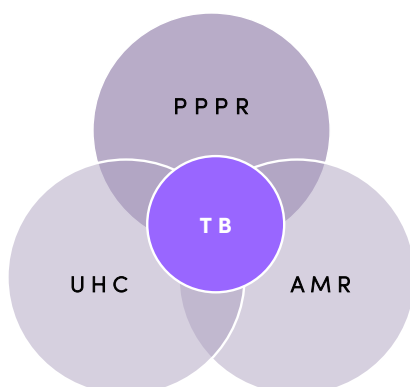
La respuesta mundial a la pandemia más reciente del mundo ha superado todo lo visto en la historia de la pandemia más antigua no conquistada. La mayor lección es que, con suficiente voluntad política y financiación, los científicos, los innovadores, los actores gubernamentales y no gubernamentales, así como las comunidades afectadas y la sociedad civil, pueden unirse para hacer frente a una crisis. Pueden superar diferencias y obstáculos normativos, realizar investigaciones rigurosas, crear demanda en el mercado, acelerar el acceso a herramientas y servicios y transformar radicalmente el ritmo de actuación para generar impacto.

Dicho esto, la respuesta de COVID-19 también estuvo cargada de defectos. Puso de manifiesto enormes desigualdades y brechas en el despliegue de la vacuna, llamó la atención sobre los costos catastróficos a los que se enfrentaron las comunidades afectadas -por ejemplo, más de 150 millones de personas se vieron empujadas a la pobreza extrema para 2021-, violaciones de los derechos humanos y efectos a largo plazo y sobre la salud mental.^{109,110} Los encuestados para este informe compartieron cómo las personas con TB fueron indebidamente confinadas y algunas detenidas mientras recogían los medicamentos para la TB, y PCV se vieron desproporcionadamente afectadas.

La TB, una pandemia por derecho propio, tiene amplias ofertas de respuesta a las pandemias actuales y futuras. (111) De hecho, la respuesta inicial a COVID-19 se basó en los conocimientos, la infraestructura y la experiencia de los programas de TB, que se tradujeron rápidamente en el apoyo a la detección, el rastreo de contactos, la reducción del estigma, el apoyo entre pares, el monitoreo liderado por la comunidad, el diagnóstico bidireccional, los recursos humanos y las instalaciones médicas para las personas afectadas por COVID-19. Durante el confinamiento y las restricciones de COVID-19, las comunidades afectadas por la tuberculosis y la sociedad civil desarrollaron enfoques innovadores para mantener la continuidad de la atención a las personas en tratamiento contra la tuberculosis, así como la detección y las pruebas de la tuberculosis en comunidades que sabían que estaban muy afectadas por ambas infecciones, incluso aprovechando los recursos de COVID-19 para llegar a las personas con tuberculosis. [Estudio de caso 28] Descubrieron barreras en los CDG que pueden informar sobre el desarrollo de PPRP de forma más amplia. [Estudio de caso 29] También desempeñaron un papel decisivo en el Mecanismo de Respuesta a la COVID-19 (C19RM) del Fondo Mundial, financiaron y participaron en el desarrollo de la solicitud de financiamiento, que luego ayudó a garantizar la representación de la TB y las prioridades de la comunidad de la TB.¹¹²

Figura 14

Asegurando la priorización de TB en PPRP, RAM and CUS



Estudio de caso 28 Aprovechar el escalamiento de la vacuna COVID-19 para encontrar a personas no diagnosticadas con tuberculosis en Nigeria

En diciembre de 2021, USAID puso en marcha una Iniciativa para el Acceso Global a Vacunas (GloVax) para intensificar la aplicación y escalamiento de la vacuna COVID-19 en el África subsahariana.¹²² Al ver que la pandemia de COVID-19 había reducido las tasas de detección de la tuberculosis en muchos países, la KNCV TB Foundation **Nigeria** (kncvnigeria.org), ejecutora de un proyecto de USAID TB LON y beneficiaria de la subvención GloVax, aprovechó la oportunidad para incrementar la detección de la tuberculosis junto con la vacunación con COVID-19 en siete estados del país.¹²³ "Aprovechando la subvención de COVID-19, estudiamos qué podíamos hacer para contribuir a [encontrar a personas con] TB activa y reforzar nuestras intervenciones contra la TB", explicó el Dr. Bethrand Odume, Director Ejecutivo de KNCV Nigeria..

¿Cómo funcionó esto con las comunidades afectadas por la TB y la COVID-19? Con financiación de GloVax, KNCV Nigeria adquirió triciclos, a los que denominó "Wellness on Wheels Keke" (WoK). Se reconfiguraron y equiparon con máquinas portátiles de rayos X digitales (DLB), Truenat y dispositivos TB LAMP para facilitar la detección de la tuberculosis y, al mismo tiempo, mejorar la detección de COVID-19 y la aceptación de la vacuna. Desde los mercados hasta los hogares, pasando por comunidades distantes y de difícil acceso, WoK transportó a trabajadores sanitarios junto con voluntarios comunitarios formados para realizar pruebas de detección de COVID-19 y TB, registrar los resultados y vacunar contra COVID-19. El proyecto también utilizó fondos de la subvención GloVax para adquirir máquinas digitales de rayos X adicionales.

KNCV Nigeria utilizó las pruebas de detección de la TB, así como la detección y el tratamiento de enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes, como "incentivo" para implicar a las comunidades en las respuestas a la COVID-19 y disipar los mitos que alimentaban las dudas sobre la vacuna contra la COVID-19. Muchas comunidades más familiarizadas con la TB se mostraron abiertas a la vacunación contra la COVID-19 y se mostraron más dispuestas a participar. Muchas comunidades más familiarizadas con la tuberculosis se mostraron abiertas a las conversaciones sobre COVID-19 y la vacunación cuando se las incentivó de este modo. En un periodo de tres meses, el proyecto consiguió vacunar a más de un millón de personas y realizar pruebas de detección de la tuberculosis, la hipertensión y la diabetes. Los resultados de un estado mostraron que 4.076 personas fueron sometidas a pruebas de detección de la tuberculosis, lo que permitió diagnosticar la enfermedad a 35 personas en un periodo de cuatro semanas. La principal enseñanza que la KNCV extrajo de esta intervención es que, si se aprovechan diversas intervenciones sanitarias mediante un enfoque integrado de prestación de servicios de salud para aumentar la cobertura del cribado de la TB, pueden mejorarse las notificaciones de TB y los vínculos con el tratamiento.

Estudio de caso 29 Lecciones aprendidas para la CDG en TB y PPRP, de las actividades lideradas por la comunidad durante COVID

Dado que muchos sistemas sanitarios han dado prioridad a la respuesta a la COVID-19, las innovaciones lideradas por la comunidad se convirtieron en fundamentales para garantizar la continuidad de la atención a las personas afectadas por la TB, especialmente mediante el apoyo de los activistas de la TB, el apoyo de pares y otros trabajadores sanitarios comunitarios (TSC). La Coalición Mundial de Defensores de la TB (gctacommunity.org), KHANA (khana.org.kh), STP Kenia (stoptbkenya.org) y STP Indonesia (stoptbindonesia.org) estudiaron los modelos de prestación de servicios comunitarios en **Camboya, India, Indonesia y Kenia**, y extrajeron lecciones con implicaciones para la prestación de servicios centrada en los TCG para las pandemias de hoy y de mañana.¹²⁴

1. La mayoría de los TCS, incluidos los activistas de la TB, no están bien remunerados a pesar de realizar labores de promoción, logística y trabajo clínico. Todos los cuadros de TSC deben profesionalizarse y recibir una remuneración justa en consonancia con la legislación internacional en materia laboral y de derechos humanos. Esto incluye la financiación para desplegar servicios basados en el teléfono y acceder a EPP para minimizar los riesgos laborales.
2. Aun cuando las innovaciones digitales pueden prosperar y permitir el acceso a la atención para muchos, las desigualdades pueden crecer entre grupos particulares como los ancianos y las personas sin teléfonos inteligentes que se pierden las intervenciones de apoyo en línea, experimentan un mayor aislamiento social y, por lo tanto, experimentan limitaciones en la atención. La brecha digital debe superarse como parte de la PPRP.
3. Las KPV con vulnerabilidades concurrentes y comorbilidades tendrán necesidades diagnósticas, terapéuticas, económicas y sociales distintas durante los confinamientos pandémicos. Deben planificarse enfoques centrados en las personas y equitativos para cubrir necesidades como el autodiagnóstico en domicilio, el apoyo monetario y la seguridad alimentaria.
4. No se puede subestimar el apoyo nutricional como facilitador de la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Los países deben presupuestar el apoyo nutricional para evitar que los TSC recurran a sus propios bolsillos para cubrir las necesidades de las personas a las que atienden.
5. Los grupos comunitarios afectados deben estar involucrados a todos los niveles, incluso mediante la representación y la presentación de consultas significativas como expertos técnicos en los órganos nacionales de toma de decisiones, como el Fondo Pandémico, la futura plataforma de contramedidas médicas de la OMS y los grupos de políticas de diagnóstico.

Las ideas de las comunidades afectadas por la tuberculosis y de la sociedad civil que participaron en las respuestas a la tuberculosis durante la pandemia de COVID-19 pueden aprovecharse para garantizar que las futuras respuestas tanto a la tuberculosis como a otras pandemias sigan basándose en los derechos, tengan en cuenta las cuestiones de género y se centren en la comunidad.

Ha llegado el momento de que la comunidad de la TB ponga sobre la mesa de la PPRP la riqueza de conocimientos intelectuales derivados de décadas de trabajo en TB, aproveche las observaciones y las lecciones aprendidas de COVID-19 para salvaguardar las inversiones en TB, aproveche las inversiones dedicadas a la recuperación de la pandemia para montar una respuesta acelerada a la TB y aborde las barreras de CDG que afectan a las comunidades en tiempos de crisis [Estudio de caso 30]

No puede haber conversación sobre PPRP sin los compromisos y acciones para acabar con la TB. El Fondo de Intermediación Financiera para PPRP, comúnmente denominado "Fondo Pandémico", es una asociación de colaboración en la que participan gobiernos donantes, países coinversores, fundaciones, organizaciones de la sociedad civil y organismos internacionales, que apoya la financiación a largo plazo de PPRP críticos. Acogido por el Banco Mundial, y con la OMS como líder técnico, el fondo acaba de aprobar una primera ronda de subvenciones de 300 millones de dólares para los PIBM.¹¹³ La financiación para combatir pandemias actuales como la TB debe incorporarse a estos planes de PPRP, aprendiendo de los métodos de salud pública y control de infecciones de pandemias pasadas y actuales, y de los esfuerzos sinérgicos entre programas observados en los últimos tres años.

La tuberculosis debe formar parte de la respuesta mundial a la RAM

La tuberculosis es una de las enfermedades infecciosas más mortíferas y debilitantes. El bacOIT de la tuberculosis es propenso a la farmacoresistencia. Cada año, medio millón de personas desarrollan tuberculosis multirresistente a la rifampicina, y menos de la mitad son tratadas con éxito; sólo un tercio de las personas con tuberculosis multirresistente se curan. Las muertes debidas a la TBFR constituyen aproximadamente una cuarta parte de todas las muertes debidas a bacterias RAM. Sin embargo, en las iteraciones globales de la planificación de las respuestas a la RAM, la TB es repetida e inexcusablemente pasada por alto. Está excluida de los principales programas de financiación de la RAM, y mucho menos se le concede ninguna prioridad.¹¹⁴

Las prioridades estratégicas mundiales en materia de RAM¹¹⁵ se centran en sus principales factores determinantes, como el uso indebido y excesivo de antimicrobianos, los diagnósticos deficientes, los tratamientos y las prácticas de prescripción inadecuados, y la prevención y el control deficientes de las infecciones, mediante la coordinación multisectorial y el refuerzo de la vigilancia. Estos determinantes son evidentes en la aparición de la TBFR y la multisectorialidad se expresa con vehemencia en las respuestas a la TBFR. Hay una sinergia obvia que se obtendría si la RAM se entrelazara con la respuesta a la TB y viceversa.¹¹⁶ Al igual que cualquier otra enfermedad bacteriana, la TB también necesita regímenes de tratamiento más cortos, nuevas moléculas y diagnósticos rápidos. Los avances en las pruebas de susceptibilidad a los medicamentos contra la TB y la vigilancia de la TBFR pueden apoyar los esfuerzos en la RAM, y los esfuerzos multisectoriales más amplios en la RAM pueden beneficiar profundamente las respuestas mundiales y nacionales a la TB. Las comunidades afectadas por la tuberculosis y la sociedad civil pueden contribuir a los esfuerzos de promoción de la resistencia a los antimicrobianos en un sentido más

Estudio de caso 30 Respuestas innovadoras a la tuberculosis en medio de los trastornos provocados por COVID-19

Los servicios de TB se vieron afectados negativamente en muchos países por la pandemia de COVID-19. Con el apoyo de las comunidades afectadas, los países aplicaron una serie de enfoques que apoyaban la continuidad de la atención de la TB, entre ellos la reducción de la frecuencia de las visitas de los proveedores de atención sanitaria a las personas con TB para recibir tratamiento y apoyo, el aumento del suministro de medicamentos antituberculosos en cada visita a un mes o más, y la ampliación del uso del asesoramiento a distancia y las herramientas digitales. La OMS también documentó ejemplos de buenas prácticas en 2021 para difundir los nuevos conocimientos y las lecciones aprendidas de las adaptaciones de la atención a la TB apoyadas por la comunidad.¹²⁵ Por ejemplo:

En la **India**, el personal de laboratorio de TB se desplegó en la respuesta COVID-19, dejando brechas en la atención diagnóstica de la TB. La organización comunitaria Innovadores en Salud, de Bihar, adquirió una máquina GeneXpert adicional y contrató personal de laboratorio, utilizando cartuchos suministrados por el distrito. Los trabajadores sanitarios comunitarios contratados por el gobierno para supervisar a las personas en tratamiento contra la TB cubrieron además los servicios a lo largo de toda la vía de atención de la TB y apoyaron la detección precoz. La capacidad de pruebas Xpert MTB/RIF del programa de TB aumentó un 67% y mejoró las pruebas para dos comorbilidades, VIH y diabetes, utilizando laboratorios privados que permitieron al proyecto cumplir los objetivos a pesar de la pandemia.

En **Myanmar**, La Unión adaptó su paquete de apoyo socioeconómico a las personas con TBFR proporcionándoles asesoramiento a distancia en el momento de la prueba de la tuberculosis y utilizando un sistema digital de pago por transferencia de efectivo (Wave Money), de modo que más del 95% de las personas con TBFR recibieron ayuda monetaria. Estas intervenciones redujeron las penurias y el sufrimiento de las personas con TBFR y sus contactos.

En **Pakistán**, los distritos apoyados por la organización Mercy Corps experimentaron una reducción del 39% en las notificaciones de TB debido al confinamiento de COVID-19, el estigma, la escasez de personal sanitario y las deficiencias en las derivaciones comunitarias. Para contrarrestar el descenso, pusieron en marcha intervenciones público-privadas para mejorar los servicios de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis mediante proyectos específicos en clínicas, hospitales privados y campañas de difusión para poblaciones vulnerables; derivaciones a través de llamadas de voz interactivas; contratación de trabajadoras sanitarias; transporte de muestras de esputo por jinetes comunitarios; y foros de sensibilización. Como resultado, el 98% de las personas con TB pudieron continuar el tratamiento sin interrupción en los distritos que recibieron apoyo.

En tiempos de crisis, la comunidad afectada por la TB y los agentes de la sociedad civil que trabajan a nivel subnacional pueden encontrar formas aceptables y accesibles de innovar y adaptarse, manteniendo al mismo tiempo una alta calidad asistencial. Su creatividad y éxito, derivados de un profundo conocimiento de las normas y valores comunitarios, deberían aprovecharse para apoyar estrategias de PPRP.

amplio, habida cuenta de los éxitos logrados para garantizar el acceso de las personas afectadas por la tuberculosis a los regímenes antimicrobianos más recientes. Sin embargo, la TB sigue siendo una nota a pie de página en la lista de prioridades de la OMS ampliamente publicitada para los patógenos de la RAM (a pesar de tener un capítulo dedicado a ella en el informe principal).¹¹⁷ y sigue estando excluida de la Base de Datos Mundial para el Seguimiento de la RAM. (117) Esta ceguera hacia la TB necesita corrección. El lenguaje y los principios de un enfoque RAM podrían adoptarse a la hora de competir por los recursos para la TB.

Dado que casi el 50% de todos los diagnósticos y muertes por TB provienen de países del G20, que tienen la capacidad financiera para organizar una respuesta eficaz, existe la oportunidad de hacer un llamamiento a los miembros del G20 para que igualen su compromiso de hacer frente a la multirresistencia a la tuberculosis, como parte de la respuesta mundial a la RAM, con las acciones e inversiones necesarias. En 2022, la Presidencia indonesia del G20, en consulta con los miembros del G20 y en colaboración con la OMS, STP, Global TB Caucus, el Fondo Mundial, USAID, el Banco Mundial y STP Indonesia, redactó un Llamamiento a la Acción sobre la Financiación de la Respuesta a la TB para estimular las inversiones; promover la TB dentro de los enfoques multisectoriales de Una Salud para combatir la RAM; e incluir la multi y extensa TBFR en la implementación de las actividades de la RAM.¹¹⁸ En 2021, la Iniciativa de Medicamentos Innovadores | Acelerador RAM contribuyó con el 9% de todo el gasto público en I+D en medicamentos para la TB. Por lo tanto, las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil esperan ver una mayor integración de la TB en las principales estrategias de la RAM, incluida la investigación sobre TB y RAM.

TB y cobertura universal de salud

La cobertura universal de salud tiene el objetivo de que las personas reciban servicios sanitarios esenciales sin sufrir penurias económicas, lo que está en consonancia con los objetivos centinela de la respuesta a la TB.¹¹⁹ [Estudio de caso 31] Al desarrollar un índice de servicios sanitarios esenciales a partir del cual se puede medir el progreso hacia la cobertura universal de salud, la OMS identificó 16 indicadores de seguimiento, uno de los cuales es la cobertura del tratamiento de la TB.¹²⁰ Los estudios de modelización muestran que la tuberculosis es, de hecho, un indicador importante de la cobertura global de los servicios de cobertura universal de salud, especialmente en los países de renta baja.¹²¹ Esto no es sorprendente, ya que la tuberculosis afecta de forma desproporcionada a las poblaciones pobres y marginadas, y si no llegamos a ellas, no conseguiremos la cobertura universal de salud. Dada esta realidad, la TB puede y debe ser el punto de partida de los esfuerzos para fortalecer la cobertura universal de salud y es un indicador óptimo para el logro de la cobertura universal de salud. El tamizaje, el diagnóstico, el tratamiento (incluido el tratamiento preventivo) y la atención de la TB deben incluirse en todos los paquetes nacionales de servicios esenciales para la cobertura universal de salud. Esto no sólo haría avanzar la agenda de la cobertura universal de salud, sino que también garantizaría la sostenibilidad de la respuesta a la TB. [Estudio de caso 32]

Estudio de caso 31 Alineación entre las visiones de las respuestas a la cobertura universal de salud y a la tuberculosis entre las comunidades afectadas y la sociedad civil

La Global Fund Advocacy Network Asia-Pacific Region y APCASO (apcaso.org) convocaron el Asia-Pacific community and civil society CUS caucus para articular un modelo de CUS que respondiera a las prioridades y necesidades de las comunidades afectadas y de la sociedad civil¹²⁶:

- **Una cobertura universal de salud centrada en las personas**, que atienda a las personas y a las comunidades y no a las enfermedades, y que se centre en una atención holística, equitativa y desestigmatizadora. La atención sanitaria se ve afectada y determinada por las múltiples identidades sociales de las personas y, por tanto, puede requerir enfoques diferenciados y adaptados.
- **Una CUS equitativa y que afirme los derechos**, que reconozca las desigualdades y priorice el acceso a la salud de las comunidades más excluidas. Esto incluye la eliminación de las leyes punitivas contra las poblaciones clave basadas en su orientación sexual, género, identidad o expresión, uso de drogas, ejercicio del trabajo sexual, o VIH, migrantes y otros estatus, y la inclusión de la salud y los derechos sexuales y reproductivos como núcleo del derecho a la salud.
- **Una cobertura universal de salud que cuente con la participación significativa de la comunidad y la sociedad civil**, en pie de igualdad con el gobierno y los socios para el desarrollo, en el diseño, la presupuestación y la revisión de las políticas y los planes de salud, con recursos suficientes, habilitación legal e inclusión de KPV.
- **Financiación efectiva y sostenible de la cobertura universal de salud**, que garantice el acceso a los servicios sin dificultades económicas, recurriendo a la solidaridad mundial y pidiendo a los gobiernos y a los donantes internacionales que aumenten las inversiones, eliminen los cargos a usuarios para los medicamentos y servicios esenciales, mejoren la eficiencia técnica y distributiva del gasto sanitario, destinen fondos a la movilización y el liderazgo comunitarios y garanticen que los recursos se asignan a las comunidades marginadas.
- **Mecanismos de rendición de cuentas para lograr la "CUS que [ellos] quieren"**, que sean transparentes, reconozcan el papel principal y la rendición de cuentas de los gobiernos, y comprometan de manera significativa a la comunidad y a la sociedad civil.

El grupo de la CUS reconoce que las metas de los ODS relacionadas con la CUS y la TB (y la malaria y el VIH) son interdependientes. El solapamiento entre las ideas centradas en la comunidad para la CUS y los llamados a la acción articulados por las comunidades afectadas por la TB en este informe dan paso a oportunidades naturales para la promoción y la acción sinérgica en la CUS y la TB.

Estudio de caso 32 Las brechas en la aplicación de la CUS determinan los malos resultados de la TB en Chad

En muchos países africanos, y **Chad** en particular, gran parte de la población vive en condiciones de extrema pobreza. Diversas crisis impiden a los países proporcionar una cobertura mínima de servicios sociales y sanitarios. En 2015, se adoptó en Chad una Estrategia Nacional para la Cobertura Universal de Salud, que se aplicará mediante la promulgación de la Ley n° 035/PR/2019 en 2019.¹²⁷ A pesar de la voluntad política mostrada para mejorar la financiación, la accesibilidad y la calidad de la atención, en particular la atención gratuita, incluido el acceso a medicamentos esenciales, la financiación sigue siendo muy escasa y la cobertura universal de salud no se está haciendo realidad. Las comunidades desatendidas y aisladas no pueden disfrutar de su derecho a la salud, obstaculizado por las barreras de comunicación e infraestructura. Tienen un acceso muy limitado a los servicios de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la tuberculosis, lo que puede explicar los malos resultados de la respuesta del país a esta enfermedad. En 2020, el 43% de las personas con TB no fueron notificadas y 5.600 personas murieron de TB.¹⁰⁶ Los obstáculos para acceder a los servicios sanitarios esenciales, incluidos los de TB, no se conocen bien.

Cuatro años después de la promulgación de la Ley de cobertura universal de salud y a pesar del apoyo de varios socios técnicos, Chad sigue enfrentándose a problemas de gobernanza, estructurales y financieros. La CDG y las evaluaciones de costes catastróficos podrían permitir al PNT reorientar su Estrategia Nacional para acercarse a los objetivos de lograr la cobertura universal de salud y acabar con la TB para 2030.



Las comunidades afectadas por la TB pueden reforzar los vínculos con la PPRP, la RAM y la CUS

Se necesitan modelos que involucren a las comunidades afectadas y a la sociedad civil como socios iguales no sólo para la TB, sino también para el PPRP, la RAM y la CUS, con igualdad de derechos de voto y asientos en los acuerdos de gobernanza –a nivel mundial y nacional– y con financiación para los acuerdos de implementación y los mecanismos de rendición de cuentas. Las comunidades afectadas por la tuberculosis y la sociedad civil tienen experiencia demostrable para contribuir a estas conversaciones. En 2023 se celebrarán UNHLM no sólo sobre TB, sino también sobre CUS y PPRP. No hay mejor momento que ahora para garantizar la visibilidad y la priorización de la TB en cada uno de estos eventos críticos, de modo que la eliminación de la TB siga siendo una prioridad en la agenda de los líderes políticos y los inversores durante esas conversaciones. Las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil deben ser apoyadas para que tengan voz en estas plataformas para salvaguardar la atención y las inversiones hacia el fin de la TB, y para contribuir a esfuerzos más amplios en materia de salud que, sin duda, mejorarán la vida y el bienestar de las comunidades afectadas por la TB.

LLAMAMIENTO A LA ACCIÓN

Priorizar la TB en la prevención, preparación y respuesta ante pandemias (PPRP), la resistencia a los antimicrobianos (RAM) y la cobertura universal de salud (CUS)

- Garantizar que la PPRP se base en las experiencias y aborde pandemias actuales como la TB y su papel en futuras pandemias aéreas, con una financiación alineada.
- Garantizar que la farmacoresistencia de la TB se incluya en la vigilancia de la RAM y se aborde en la planificación estratégica de la RAM y alineada con la financiación.
- Garantizar que el cribado, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención de la TB se incluyan en los paquetes nacionales de servicios esenciales para la atención primaria de salud y la cobertura universal de salud y, a la inversa, garantizar que todas las personas afectadas por la TB, incluidos los PCV y los miembros de la familia, estén inscritos y protegidos por los sistemas nacionales de cobertura universal de salud, utilizando así la TB como un indicador de progreso hacia la cobertura universal de salud.
- Desarrollar modelos financiados para la inclusión significativa de las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil como socios iguales en las respuestas de PPRP (incluido el Fondo Pandémico), RAM y CUS, con representación y voz dentro de los acuerdos de gobernanza a nivel mundial y nacional.

ÁREA DE ACCIÓN 6: Comprometerse con la acción multisectorial, el liderazgo decisivo y la rendición de cuentas

Introducción

Dado que la TB es indisociable de sus impactos y determinantes sociales, las respuestas a esta enfermedad no pueden circunscribirse al ámbito de los PNT o los ministerios de salud. Los enfoques compartimentados constituyen un obstáculo para llegar a todos en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención de la TB; para innovar y garantizar el acceso a nuevas herramientas en la atención de la TB, o para alcanzar los objetivos complementarios de las respuestas en materia de PPRP, RAM y CUS.

El liderazgo y la rendición de cuentas en la respuesta a la TB se enmarcan dentro de este llamamiento crítico a la multisectorialidad. El liderazgo político y la rendición de cuentas de las múltiples partes interesadas, más allá de los ministerios de salud, los organismos de financiación y los agentes técnicos, así como las evaluaciones independientes y transparentes de la respuesta a la tuberculosis, son esenciales para acelerar la acción y crear sistemas de rendición de cuentas. Los titulares de derechos últimos de cualquier respuesta a la TB son las personas afectadas y la sociedad civil. Debemos estar firmemente presentes en las mesas de toma de decisiones y planificación que determinan qué nos ocurre, cómo y a quién podemos pedir cuentas cuando no se cumplen las promesas.

Este capítulo final se centra en los compromisos, las brechas críticas y las oportunidades para aclarar y fortalecer la acción multisectorial, el liderazgo decisivo, los datos en tiempo real y la rendición de cuentas en la respuesta a la TB.

Situación actual

Cuadro de resultados

En 2019, la OMS publicó un marco de rendición de cuentas multisectorial para la TB (MRC-TB) y proporcionó orientación técnica a los países y las partes interesadas para adaptar e implementar MRC-TB. Fue elaborado junto con otros organismos de las Naciones Unidas, como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Internacional para las Migraciones, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Grupo de Trabajo de la Sociedad Civil de la OMS (CSTF) y organizaciones de la sociedad civil y comunitarias. Los cuatro componentes de MRC-TB son compromisos globales/políticos relevantes para la TB, en particular, en la Declaración Política de 2018, los ODS y la Estrategia Fin a la TB; operacionalización de la acción multisectorial; procesos de monitoreo y presentación de informes para realizar un seguimiento de las respuestas nacionales a la TB; y revisiones periódicas de las respuestas nacionales con liderazgo de alto nivel, perspectivas multisectoriales y partes interesadas, incluidas las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil.¹²⁸ Para 2021, las evaluaciones de referencia de MRC-TB, utilizando listas de verificación, se completaron en 45 países. Revelaron importantes deficiencias en la aplicación (Tabla 6).⁷⁴

Tabla 6

Progresos realizados en la acción multisectorial y la rendición de cuentas

1. Traducción de los compromisos a políticas	67% han convertido compromisos en políticas nacionales.
2. Acciones Multisectoriales	56% PENs alineados con acciones multisectoriales (integración con atención primaria, VIH). 33% tienen organismos nacionales de coordinación multisectorial; <50% abordan otros determinantes sociales de la TB (por ejemplo, la desnutrición o la pobreza).
3. Procesos de Monitoreo y reporte	89% cuentan con sólidos sistemas de vigilancia de la tuberculosis; 53% tienen otros datos nacionales (ejemplo, costos, TBFR); 51% presentan informes deficientes sobre la TB infantil; Más del 50% no dispone de vigilancia digital; 20% involucra la participación de las comunidades afectadas por la tuberculosis y la sociedad civil en el seguimiento y la elaboración de informes.
4. Revisiones Periódicas	El 80% no son revisados por altos cargos políticos; El 50% no tiene grupos interesados más allá del sector sanitario; No hay indicadores para medir el rendimiento de los actores responsables; Los actores responsables no cuentan con presupuesto para actividades específicas contra la tuberculosis.
	33% de los países tienen los 4 componentes in place.

De OMS MRC-TB: avances en la adaptación y aplicación⁷⁴

En 2020, en seguimiento de los compromisos asumidos en la Declaración Política, el Director General de la OMS publicó un informe sobre los progresos realizados en la consecución de los objetivos mundiales contra la TB y la aplicación de la Declaración Política, en el que afirmaba que, si bien se habían producido algunos avances, "se requieren inversiones y acciones urgentes y más ambiciosas para encaminar al mundo hacia la consecución de los objetivos, especialmente en el contexto de la pandemia de COVID-19".¹⁰⁸ Las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil perciben una urgencia palpable de movilizar la acción en la UNHLM de 2023 sobre la TB, y esto se refleja en los llamamientos a la acción de este informe.

Compromiso de los sectores sanitario y no sanitario

Los sectores no sanitarios siguen sin participar en gran medida en la respuesta a la TB. Sólo el 50% de los PNT se conectan con sectores ajenos a la salud (Tabla 6).⁷⁴ Sin vínculos multisectoriales, y sin inversiones financieras para apoyarlos, los objetivos para la eliminación de la TB seguirán estando fuera de alcance (Figura 15). Por ejemplo, la adquisición e importación sin problemas de diagnósticos y medicamentos esenciales para la TB requiere la participación de alto nivel de los Ministerios de Comercio, Finanzas y Aduanas. Abordar las barreras sociales y económicas a las que se enfrentan las comunidades afectadas por la TB requiere la coordinación entre los Ministerios de Planificación Urbana, Vivienda, Trabajo y Protección Social.

Incluso dentro de los sectores sanitarios, como sugieren las evaluaciones de referencia del MRC-TB, las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil informan de una escasa coordinación. Los vínculos entre los programas de TB y los que se ocupan de la salud materno-infantil, las discapacidades a largo plazo o posteriores a la TB y las comorbilidades más allá del VIH son escasos o inexistentes. También hay, en general, una coordinación insuficiente con el sector privado, a pesar de que la evidencia sugiere que el 60% de las personas en los países afectados por la TB acceden a la atención inicial en el sector privado.¹²⁹ La colaboración con otros programas de salud y sectores fuera de la salud son esenciales para la atención de la TB, para asegurar la visibilidad de la TB en las conversaciones sobre PRRP, RAM y CUS.

Participación de las comunidades y la sociedad civil afectadas por la TB

En muchos países, las comunidades afectadas por la TB y los grupos de la sociedad civil, incluidos los grupos liderados por supervivientes de la TB y los observatorios sociales, están estableciendo y fortaleciendo plataformas de promoción nacionales y regionales para la acción multisectorial y la rendición de cuentas. [Estudio de caso 33] [Estudio de caso 34] Las respuestas a la encuesta muestran que muchos de los encuestados están colaborando con las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil, especialmente las personas afectadas por la TB y los supervivientes de la TB, los PNT y otros sectores sanitarios, otras organizaciones comunitarias/de la sociedad civil y líderes políticos y sociales fuera de los ministerios nacionales (Figura 16). Esto sugiere que existe un interés por la coordinación y la acción multisectorial. Sin embargo, la falta de financiación – también planteada en el Área de Acción 4 – se cita como un impedimento importante. Las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil también tienen que lidiar con una historia de exclusión en las respuestas a la TB, que muchos países aún no han abordado a pesar de los cambios extraordinarios en algunos otros entornos; esto se plantea en el Área de Acción 2. Varios encuestados señalaron que el impulso en torno a la participación y el empoderamiento de la comunidad que se observa a nivel mundial y regional no siempre se traduce en los países y las comunidades locales. De hecho, la mayoría de los encuestados (36%) que afirmaron colaborar con diferentes sectores describieron estos encuentros como consultas sobre proyectos específicos, en lugar de asociaciones formales, y mucho menos vinculadas a un mecanismo de rendición de cuentas.

Cuando se ha aprovechado el liderazgo comunitario para posibilitar la acción multisectorial y tender puentes entre sectores, los beneficios han sido profundos para las personas afectadas por la TB. [Estudio de caso 35] El CFCS también ha permitido a las comunidades afectadas por la TB diversificarse y establecer contactos con periodistas, famosos y otras figuras públicas para defender su causa, como se plantea en el Área de Acción 4. La aparición de grupos parlamentarios dedicados a abordar la TB, con el apoyo de las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil, ha ayudado a concientizar y a crear demanda para la movilización de recursos nacionales en apoyo de los objetivos mundiales de eliminación de la TB. [Estudio de caso 36] Gracias a los esfuerzos del Caucus Global de la TB, por ejemplo, ahora se hace referencia a la TB en todas las declaraciones de los Ministros de Salud y Jefes de Estado del G20.¹³⁰ Sin embargo, los informes de la OMS muestran que sólo el 41% de los países están involucrando a las comunidades afectadas por la TB y a la sociedad civil en las respuestas nacionales.⁷⁴ Esto sugiere que todavía no estamos logrando el objetivo en todos los países.

Figura 15

An effective TB response requires comprehensive actions across all sectors



Estudio de caso 33 Redes de personas de países de renta alta comprometidas con la incidencia política

Las redes de personas comprometidas con la erradicación de la tuberculosis en países de renta alta se están movilizando con renovada energía. Por ejemplo, en 2020 la organización de promoción Results UK (results.org.uk), del **Reino Unido**, ayudó a desarrollar y mantener una nueva red de académicos y profesionales del Reino Unido para acabar con la TB (UKAPTb, ukaptb.org), que ahora está haciendo campaña, abogando y educando al público en general, a los funcionarios públicos y a los políticos para mejorar las políticas del Reino Unido sobre la TB y dedicar más recursos a la investigación de la TB. Del mismo modo, en **Dinamarca**, el Global TB Caucus, AIDS Fondet y MSF se han unido para convocar un nuevo caucus TB/VIH en el parlamento. Por último, en **Canadá**, junto con aliados comprometidos, Results Canada ha ayudado a revitalizar Stop TB Canada (stoptbcanada.com) para promover acciones políticas, crear conciencia pública y movilizar a las comunidades afectadas por la TB. Esto llevó al lanzamiento de TBpeople Canada (stoptbcanada.com/tbpeoplecanada), la primera comunidad de apoyo del país para personas que tienen o han tenido TB, y sus familiares, amigos y cuidadores.

A pesar de estar dirigidas por voluntarios y de contar con un presupuesto inicial muy reducido, muchas de estas redes están desempeñando un papel crucial en la creación de voluntad política para acabar con la TB en sus países. Las relaciones y la capacidad que se están creando están preparando a los defensores y parlamentarios para que se comprometan en la lucha para acabar con la TB, ahora y en el futuro.

"Gracias a mi trabajo en Stop TB Canada, he podido crear plataformas de sensibilización utilizando mi experiencia profesional y personal con la tuberculosis, ya que he trabajado en varias comunidades indígenas remotas".

Tina Campbell, copresidenta de Stop TB Canadá y asesora sobre TB de la Autoridad Sanitaria Intertribal del Norte (NITHA).



Estudio de caso 34 Capítulos nacionales de la Alianza Alto a la Tuberculosis

En la actualidad, hay 30 plataformas nacionales activas de la Alianza Alto a la Tuberculosis (stoptb.org) tanto en países donantes como en países implementadores, y 16 de ellas reciben apoyo a través de subvenciones y asistencia técnica (con otras dos previstas para 2023). Estas plataformas han reunido a diversas partes interesadas para apoyar acciones multisectoriales. A continuación se enumeran algunos de sus logros a la hora de permitir avances en las prioridades comunitarias relacionadas con los derechos humanos, el estigma y la PCV:

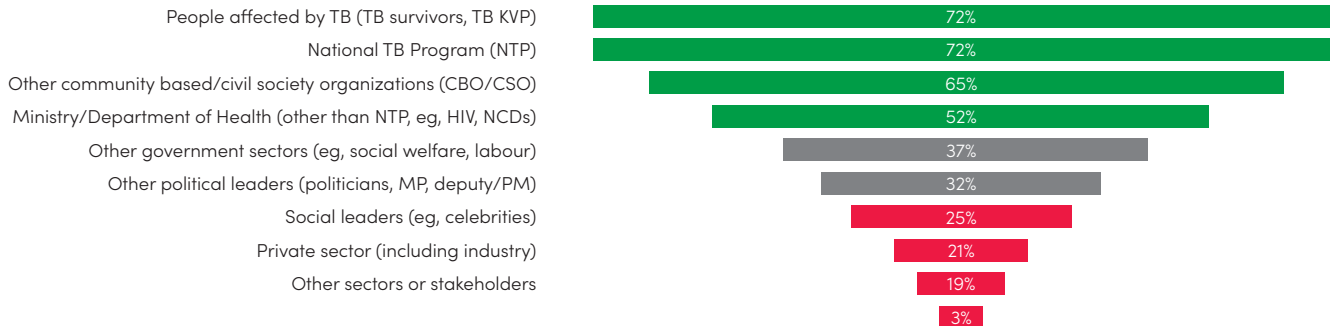
- **Camboya:** Amplia participación de los medios de comunicación en prensa y tertulias, incorporando debates sobre el fin de la TB.
- **República Democrática del Congo:** Mapeo de siete poblaciones clave y vulnerables y facilitación de la representación de cada grupo en la gobernanza nacional de la TB.
- **Indonesia:** Promoción de la TB como parte de la agenda del G20 durante la presidencia indonesia, al tiempo que se actúa como co-receptor principal del Fondo Mundial.
- **Kenia:** Movilización de celebridades y comunidades en una campaña nacional de derechos humanos contra la TB sobre el fin del estigma y la discriminación de la TB, y el acceso a los servicios.
- **Nigeria:** Promoción de alto nivel para aumentar la movilización de recursos nacionales; compromiso de las élites políticas, los medios de comunicación y las celebridades; estableció y apoyó Nigeria Parliamentary TB Caucus y TBpeople Nigeria, una red nacional de supervivientes de TB y personas afectadas por la TB.
- **Pakistán:** Diálogo de alto nivel con el Presidente Dr. Arif Alvi y líderes nacionales sobre el fin de la TB.
- **Tayikistán:** Compromiso de estrellas del pop y celebridades como campeones de la TB para aumentar la visibilidad y el perfil de la TB.
- **Tanzania y Uganda:** Compromiso de los líderes políticos al más alto nivel posible para controlar la TB y garantizar los compromisos para poner fin a la enfermedad para 2030.
- **Ucrania:** Movilización social para acabar con la TB en el país. Tras el inicio de la guerra, la asociación ha facilitado la coordinación entre los esfuerzos humanitarios de la sociedad civil.
- **Zambia:** Detección activa de casos de TB en varias provincias y programas de sensibilización sobre la TB.



@Credit photo - TB PPM Network Pakistan

Figura 16

Multisectoral engagement among survey respondents



Estudio de caso 35 Los parlamentarios constituyen la columna vertebral de la defensa de la causa en el Global TB Caucus

El Global TB Caucus (GTBC, globaltbcaucus.org) es una red internacional única de representantes políticos. Reúne a más de 2.500 miembros y ha ayudado a poner en marcha 56 Caucus Nacionales de la TB, cuatro redes regionales (África, América, Asia Pacífico, Europa) y una red lingüística (francófona) para movilizar a los parlamentarios para que se conviertan en vocales en la defensa de la respuesta a la TB que promuevan entornos jurídicos que apoyen respuestas a la TB equitativas, centradas en las personas, basadas en los derechos humanos y transformadoras de género. Los miembros se adhieren a los principios esbozados en el documento fundacional, la Declaración de Barcelona: "Trabajar más allá de las divisiones geográficas y políticas de forma no partidista e inclusiva; colaborar con la sociedad civil y todas las demás partes interesadas en la lucha contra la epidemia de TB; y hacer frente al estigma y al aislamiento social asociados a la enfermedad."¹³²

El GTBC está dando pasos significativos para aumentar el interés político y el impulso a nivel regional. El GTBC de la región francófona, por ejemplo, está viendo un aumento constante en el número de parlamentarios comprometidos con la respuesta a la TB en **Chad, Camerún, Gabón, Níger y Costa de Marfil**. En 2021, el Caucus aunó esfuerzos con DRAF TB, la red regional de TB del África francófona, para realizar una evaluación de referencia de los logros en relación con los objetivos del UNHLM de 2018. Esto condujo a la producción de cinco videos con parlamentarios de Chad, Senegal, RDC y Mauricio para amplificar una voz unida y un llamado a mayores inversiones y recursos nacionales para apoyar la lucha contra la TB.

Varios esfuerzos regionales también están teniendo repercusiones nacionales. En **EEAC**, por ejemplo, el Caucus puso a prueba el Anexo 4 del marco multisectorial de rendición de cuentas para acelerar el progreso hacia el fin de la TB (MRC-TB) con el fin de evaluar el nivel y el alcance de la participación parlamentaria en las respuestas a nivel nacional y definir el papel de los parlamentarios en el proceso MRC-TB. Para ello se organizó un taller sobre legislación de la TB en 2022 y la posterior elaboración de un informe sobre "Legislación de la TB centrada en las personas y basada en los derechos en Europa Oriental y Asia Central". El informe esbozaba el estado actual de la legislación relacionada con la TB en la región EEAC, junto con 15 recomendaciones esenciales para promover una legislación sobre la TB centrada en las personas y basada en los derechos. Las recomendaciones se están utilizando ahora para orientar la revisión de la legislación sobre TB en **Moldavia**.

Estudio de caso 36 Observatorios sociales: una movilización regional de la sociedad civil

Socios en Salud y la Coalición de TB de las Américas, con el apoyo del Fondo Mundial, lanzaron con éxito en 2022 un mecanismo denominado "Observatorios sociales" (OS), con la intención de movilizar a la sociedad civil, así como apoyar la vigilancia social y la influencia política.¹³³ Los OS están diseñados para apoyar la implementación de la estrategia Engage-TB de la OPS, basada en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención integrados de la TB basados en la comunidad. Es un espacio de convergencia de la sociedad civil que visibiliza el problema de la enfermedad y promueve y fortalece la participación de la sociedad civil en las estrategias nacionales y regionales de control de la TB. Cada OS está estructurada para incluir:

1. Una Asamblea General de miembros interesados de la sociedad civil.
2. Una Secretaría Técnica, que generalmente es una organización no gubernamental (ONG) con más de cinco años de experiencia trabajando en TB en la comunidad y que sirve de anfitriona para la administración del observatorio.
3. Una para estudiar el impacto de la OS en varios niveles de realización.

La Asamblea General de cada OE determina las áreas de trabajo que se llevarán a cabo. En las Américas, las áreas identificadas incluyeron políticas públicas, derechos humanos, poblaciones vulnerables, monitoreo comunitario, síndemias, desarrollo de capacidades, monitoreo, abogacía e investigación, manejo de casos, aspectos psicosociales y protecciones sociales. Los OS se han convertido en un espacio importante para promover el marco de la CDG, la pertinencia cultural y el enfoque diferencial para las comunidades más vulnerables.

Liderazgo y rendición de cuentas

Como una de sus primeras recomendaciones, el Informe de Progreso 2020 sobre la Declaración Política de 2018 insta a la acción hacia la colaboración multisectorial y la rendición de cuentas bajo el liderazgo de los Jefes de Estado o de Gobierno. Pero la mayoría de los países aún no están involucrando a otros sectores además del de la salud en asuntos relacionados con la TB (Tabla 6).⁷⁴ La ausencia de indicadores para las actividades específicas de la TB en sectores no sanitarios, y la falta de financiación para actividades específicas de la TB en cualquier otro sector –mucho menos para involucrar a las comunidades afectadas por la TB y a la sociedad civil– está paralizando la acción. [Estudio de caso 37]

El liderazgo y la rendición de cuentas en la respuesta a la TB, por lo tanto, siguen siendo en gran medida competencia de los PNT y los ministerios de salud a nivel nacional, que también son responsables ante los organismos donantes y la OMS a nivel mundial. Esto puede ser problemático en muchos frentes. En primer lugar, los PNT y el programa mundial contra la TB se basan en un conjunto limitado de indicadores para supervisar los progresos, casi totalmente clínicos y ajenos a las realidades y retos más amplios a los que se enfrentan las personas afectadas por la TB. Aunque se está empezando a informar de datos desagregados por sexo, así como de los riesgos comórbidos asociados a la TB, no se recogen en ninguna parte otros indicadores sociales, económicos y relacionados con los derechos, que son prioritarios para las comunidades afectadas y están implicados en su participación (o no) en la atención. En segundo lugar, los programas que prestan servicios –o los que orientan sobre la prestación de servicios– no pueden razonablemente responder de sus propios progresos o de la falta de ellos. Los responsables de la rendición de cuentas en la respuesta a la TB –las comunidades afectadas por la TB y los actores de la sociedad civil– deben integrarse en el seguimiento y las evaluaciones del desempeño de las respuestas a la TB, y a través de canales que no estén sujetos a contratos de prestación de servicios sociales para apoyar una rendición de cuentas independiente y transparente. Las evaluaciones de referencia de MRC–TB sugieren que entre los países que involucran a las comunidades afectadas por la TB y a la sociedad civil en las respuestas nacionales, sólo la mitad involucra a las comunidades en los procesos de seguimiento y revisión del programa.⁷⁴ Este tipo de inclusión limitada raya en el simbolismo y podría amenazar el proceso de rendición de cuentas. En tercer lugar, sin un liderazgo y una gobernanza de alto nivel, habrá dificultades en la coordinación, la movilización de recursos y la rendición de cuentas entre otros sectores gubernamentales. La pandemia COVID-19 ha demostrado que el compromiso de los líderes políticos es una de las fuerzas más cruciales para acelerar el progreso.

La abogacía por un liderazgo decisivo de alto nivel en la respuesta a la TB y la mejora de las estructuras de rendición de cuentas pueden construirse desde dentro de los países a través de la voz expresada por las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil, así como desde arriba a través de las redes mundiales y regionales establecidas, y la "voz diplomática" de los actores a nivel mundial y dentro de los países donantes. [Estudio de caso 38] En última instancia, para acabar con la tuberculosis y salvar vidas afectadas por la enfermedad, la ambición del Plan Mundial debe reflejarse en los esfuerzos nacionales, incluida la financiación nacional y las estructuras y procesos nacionales de toma de decisiones, incluidos los MCP, tal y como se plantea en el Área de Acción 2, así como en un diálogo y debate político más amplios. La MVC puede contribuir a acelerar los avances en este ámbito.

Estudio de caso 37 Elevar la rendición de cuentas multisectorial en el África francófona

La Dinámica de Respuesta del África Francófona a la Tuberculosis (DRAF TB, draftb.org) se ha comprometido a medir los progresos realizados hacia la Declaración Política en el África francófona occidental y central. Con el apoyo del FCPB, DRAF TB llevó a cabo una evaluación de referencia de la aplicación de marcos multisectoriales de rendición de cuentas en 12 países –**Benín, Burkina Faso, Burundi, Camerún, Chad, Congo, RDC, Gabón, Guinea, Costa de Marfil, Níger y Senegal**– que incluyó entrevistas con representantes de los Programas Nacionales de TB.¹³⁴

Aunque se encontró que todos los países alineaban sus PEN para la TB con los ODS de la ONU y la Estrategia Fin a la TB de la OMS, ninguno había hecho suya la Declaración de Moscú de la Conferencia Ministerial Mundial de la OMS sobre la Eliminación de la TB (2017) o la Declaración Política de la UNHLM sobre la TB (2018). Estos retrasos se reflejaron en el Informe de Progreso 2020 del Secretario General de la ONU y la OMS, donde se señaló que la región de África era un escenario focal de TB – con el 25% de todas las personas con TB; y en los 12 países evaluados, 78,000 personas habían muerto, incluyendo 24,000 con VIH.¹³⁵

La evaluación concluyó que los compromisos globales se están implementando de forma deficiente en los 12 países. Entre las áreas prioritarias que requieren especial atención se encuentran el liderazgo de alto nivel; el establecimiento de marcos multisectoriales de rendición de cuentas; la financiación suficiente y sostenible; la investigación y la innovación; y la consideración del papel que desempeñan en la epidemia factores determinantes como la pobreza, la vulnerabilidad y la desigualdad de género.

Monitoreo liderado por la comunidad

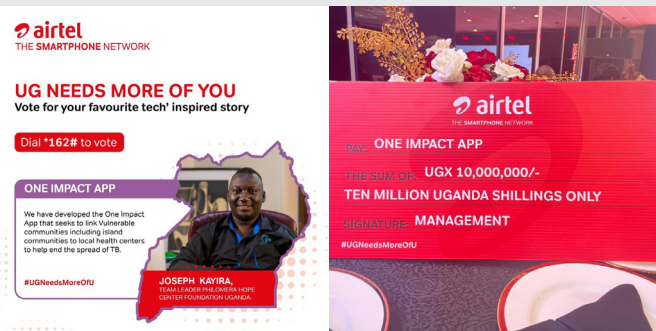
Los PNT se enfrentan a importantes retos en cuanto a la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios, el suministro y la distribución de productos básicos y otros obstáculos relacionados con los derechos humanos que afectan negativamente a los resultados sanitarios y los objetivos de los programas, tal y como señalaron los encuestados y se plantea en otros capítulos del informe. En el marco del MLC, las comunidades afectadas por la tuberculosis informan y analizan de forma sistemática y rutinaria datos sobre la prestación y la calidad de los servicios, así como sobre el estigma y las violaciones de los derechos humanos en los centros de prestación de servicios y a lo largo del proceso de atención.⁷³ Esta información puede proporcionar una visión profunda y única de las deficiencias en la prestación de servicios y de los obstáculos relacionados con los derechos humanos y la estigmatización que impiden el acceso, así como de las medidas específicas necesarias para mejorar los servicios y la experiencia de las personas afectadas por la tuberculosis, lo que se traduce en mejores resultados sanitarios para las personas y la comunidad en general. Por lo tanto, el MVC es una intervención que puede superar las barreras de la prestación de servicios y los derechos humanos que afectan negativamente a los resultados sanitarios y los objetivos de los programas.

Estudio de caso 38 El monitoreo liderado por la comunidad permite cambios tangibles en la prestación de servicios contra la tuberculosis

Utilizando la herramienta Onelmpact para el MLC, las organizaciones comunitarias y de base financiadas por el CFCS pudieron documentar sistemáticamente los principales obstáculos a la prestación de servicios y catalizar acciones para cambiar el protocolo y las prácticas de la TB en diversos entornos.

En la **República Democrática del Congo**, el Club des Amis Damien puso de relieve la falta de medicamentos, las tarifas no autorizadas y los altos niveles de estigmatización de la TB en los centros sanitarios de las provincias de Kinshasa y Kongo Centrale. Esto condujo a un memorando de entendimiento con el PNT para alertarles sobre la disponibilidad de medicamentos desde una perspectiva comunitaria, la emisión de cartas prohibiendo a los centros de salud el cobro de tarifas no autorizadas, y la decisión central de emprender una evaluación del estigma de la TB en todo el país. En **Pakistán**, la Asociación para el Desarrollo Social del distrito de Nankana Sahib descubrió los problemas de aceptabilidad a los que se enfrentaban las mujeres que acudían a médicos varones. Por ello se modificaron los protocolos de consulta médica, incluida una mayor presencia de médicas. En **Uganda**, la Philomera Hope Foundation utilizó los datos generados por la MLC para combatir el estigma, abogar por una programación que tuviera en cuenta las cuestiones de género y ampliar las pruebas móviles para la tuberculosis en cuatro clínicas de la remota comunidad insular de Kalangala mediante un acuerdo con el proveedor de telecomunicaciones Airtel. En Ucrania, TBpeople puso de relieve los altos niveles de discriminación entre las personas con TB, lo que les llevó a abogar por el desarrollo de una ley de TB para proteger y promover los derechos de las personas afectadas por la enfermedad.

Por lo tanto, el MLC puede ser una puerta de entrada a la participación y movilización de la comunidad, el desarrollo de capacidades, las respuestas basadas en datos en tiempo real, la superación de las barreras de derechos humanos con soluciones dirigidas por la comunidad y el fortalecimiento de las asociaciones entre los PNT y las comunidades afectadas por la TB. Estos ejemplos de países ayudan a reforzar la credibilidad del MVC, tanto en términos de su proceso como de su impacto.



Images - Airtel #UgNeedsMoreofU

Es importante destacar que el MVC es complementario a los sistemas nacionales de información sobre la gestión sanitaria (SIGS) y, juntos, estos datos también pueden informar la planificación estratégica y operativa nacional de los programas de TB para mejorar la ejecución general y mitigar los riesgos programáticos.^{73,131} [Estudio de caso 39] Casi dos tercios (64%) de los representantes de las organizaciones comunitarias y de la sociedad civil afectadas por la TB que respondieron a las preguntas de la encuesta sobre el MVC habían participado en el MVC de la respuesta a la TB en diversas capacidades, expresando su esperanza de que se realicen mayores inversiones en este ámbito. Vieron un inmenso valor añadido en la oportunidad de participar en revisiones de la respuesta a la TB junto con los PNT y otros socios, identificar las barreras y los facilitadores relacionados con la percepción, el género y los derechos para acceder a los servicios de TB, y contribuir a elevar las prioridades de la comunidad afectada y la rendición de cuentas en la respuesta a la TB.

Estudio de caso 39 Ampliación del acceso a la protección social y a los seguros de salud para los hogares afectados por la TB en Yibuti

Las evaluaciones de referencia de MRC-TB realizadas con la orientación técnica de la OMS descubrieron muchas brechas en la acción multisectorial para abordar los determinantes sociales y los impactos de la TB, y un compromiso insuficiente de las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil. Sin embargo, también hubo importantes historias de éxito que pueden servir para generar demanda de inversiones en coordinación multisectorial.⁷⁴

En **Yibuti**, el Programa Mundial de Alimentos (PMA) complementó el programa nacional de protección social, Programme National de Solidarité Famille (PNSF), con un programa de transferencia de dinero en efectivo para ayudar a proteger a los hogares más vulnerables afectados por el VIH y la TB durante la pandemia de COVID-19. El PMA también abogó por que el PNSF se convirtiera en un programa de transferencia de dinero en efectivo. El PMA también abogó por que el PNSF incluyera a estos hogares en su programa de apoyo familiar en curso. El PMA, con el apoyo de las organizaciones no gubernamentales Le Réseau y Solidarité Féminine, y en colaboración con el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Asuntos Sociales y Solidaridad (MASS), entregó dinero en efectivo a los hogares afectados por el VIH y la tuberculosis durante nueve meses. Los beneficiarios también se inscribieron en el registro social nacional gestionado por el MASS, del mismo modo que otros beneficiarios del PNSF, para ayudar a mitigar las barreras relacionadas con el estigma y la discriminación. Una vez inscritos, los beneficiarios podían acogerse automáticamente al seguro médico del Programme d'Assistance Sociale de Santé (PASS).^{74,136}

Los actores comunitarios no sólo sirven como guardianes clave de la comunidad, sino que también pueden ayudar a mediar e impulsar la coordinación entre los actores gubernamentales y no gubernamentales en las respuestas a la TB.

OnelImpact Community-led Monitoring, introducido en el Área de Acción 2, es el enfoque innovador basado en los derechos para la participación comunitaria y la rendición de cuentas en la TB, respaldado por las comunidades mundiales, regionales y nacionales de TB. Aprovecha la tecnología para optimizar la participación comunitaria, la recopilación y el análisis de datos, las respuestas y los sistemas para una respuesta a la tuberculosis basada en los derechos. Basado en los principios de liderazgo comunitario, apropiación nacional, centrado en las personas, institucionalización y evolución, el enfoque OnelImpact MLC ha sido diseñado, dirigido e implementado por las comunidades de TB afectadas, con orientación estratégica, apoyo y compromiso continuo de los PNT para la rendición de cuentas. Se basa en seis años de experiencia de aplicación en 26 países.^{73,131} [Estudio de caso 40]

Datos en tiempo real

Entre otras conclusiones, las evaluaciones de MRC-TB también muestran que más del 50% de los países siguen dependiendo de la vigilancia de la tuberculosis en papel, que es propensa a errores y retrasos e ignora por completo o, en el mejor de los casos, capta de forma incoherente las barreras relacionadas con los CDG.⁷⁴ Una evaluación reciente de los sistemas digitales de vigilancia de la tuberculosis, realizada por STP y el Fondo Mundial, encontró enormes variaciones en la madurez de los sistemas utilizados en 19 países altamente afectados.⁷² Las limitaciones técnicas, de recursos humanos y de infraestructura eran abundantes, incluyendo la mala conectividad a Internet, la capacidad de TI, el análisis avanzado como la IA para guiar la acción basada en datos, los sistemas para monitorear a las personas con TB desde la detección hasta la finalización del tratamiento, o los enfoques estandarizados para capturar datos granulares sobre las barreras de la comunidad.

Las respuestas a la TB deben basarse en datos en tiempo real. El Informe Mundial sobre la TB de la OMS se erige como la plataforma de vigilancia mundial más sólida para la presentación de informes anuales; en 2020, maduró para incluir informes mensuales de notificaciones nacionales de TB. Esto sigue siendo insuficiente y está por detrás de los sistemas de vigilancia adoptados en el seguimiento de otras epidemias y pandemias. Si alguna vez hemos necesitado un recordatorio de la necesidad de dar prioridad a los datos en tiempo real, la presentación de una actualización de los datos mundiales sobre la tuberculosis—en medio de una pandemia— utilizando datos anteriores a la pandemia es el mejor ejemplo posible.

ONEIMPACT MONITOREO LIDERADO POR LA COMUNIDAD

OnelImpact es una plataforma digital que operativiza la participación de la comunidad, el empoderamiento de la comunidad y la solución de monitoreo dirigido por la comunidad para la respuesta a la TB. Fue desarrollada por la Alianza Alto a la Tuberculosis (STP) junto con las comunidades afectadas y la sociedad civil, y Dure Technology, y consta de tres componentes conectados:

- Aplicación móvil descargable, que proporciona a las personas afectadas por la TB información sobre la marcha acerca de la TB, sus derechos, la atención de la TB, los servicios de apoyo y la conexión virtual con sus pares para informar y resolver rápidamente los desafíos.
- Panel de primeros respondedores, que permite a los respondedores realizar un seguimiento, coordinar y movilizar respuestas a los retos notificados.
- Panel de rendición de cuentas, que permite a los activistas de la comunidad supervisar y analizar las tendencias en los desafíos informados y generar informes de MLC para la promoción, la acción y el cambio programático.

Desde 2017, OnelImpact se ha aplicado en más de 26 proyectos/países para apoyar el MLC y las acciones comunitarias relacionadas.

Estudio de caso 40 Derechos humanos y rendición de cuentas - Elaboración de un cuadro de puntuación en Filipinas

En **Filipinas** ha habido varias iniciativas para recabar información de los usuarios de los servicios sanitarios. Entre ellas se incluye el pilotaje del monitoreo liderado por la comunidad y la elaboración de una tarjeta de puntuación de la rendición de cuentas.

En 2022, la iniciativa Scorecard, dirigida por ACHIEVE, representó una contribución significativa de la comunidad afectada por la TB y la sociedad civil a la rendición de cuentas nacional. También reveló algunas conclusiones interesantes. En general, las personas con tuberculosis y los supervivientes de la enfermedad calificaron los servicios de tuberculosis en Filipinas con un 4,25 sobre 5, lo que demuestra que hay muchos puntos fuertes en el programa de tuberculosis de Filipinas. Sin embargo, un análisis más detallado muestra que centrarse en conseguir que las personas con TB se curen puede eclipsar las deficiencias que experimentan al acceder a los servicios. Las deficiencias identificadas reflejan los hallazgos de la Evaluación CDG de TB del país e incluyen:

- Comunicación inadecuada entre los médicos y las personas afectadas por la TB, lo que hace que estas últimas no entiendan nada de su tratamiento;
- Insuficiente personal médico en relación con el número de personas que requieren servicios médicos; e
- Acceso inadecuado al tratamiento.

La MLC en la TB puede aportar información importante sobre el funcionamiento de los programas nacionales, incluidos los aspectos positivos y aquellos que se beneficiarían de una atención inmediata para mejorar la calidad de la atención y abordar las barreras relacionadas con la CDG a las que se enfrentan las comunidades afectadas por la TB.

TB COMMUNITY REPORT:

What do TB-affected communities say about TB programs and services?



A community scorecard is a tool for reviewing and assessing service delivery and ensuring accountability of the government to its mandates and its people.

In 2022, ACHIEVE and PASTB through the support of USAID developed the Community Humanrights Scorecard to capture TB-affected people's feedback on TB services.

The TB Scorecard was rolled out in seven (7) pilot areas from September to November 2022.



SCORE OF **4.25 out of 5** **OVERALL TB EXPERIENCE**

The scorecard respondents gave this rating which was mostly characterized by the statement, "Okay na rin, ang importante, gumaling" (It's fine, the most important is to get cured).

Libre ang gamot pero masikip nga lang ang facility.

Kulang sa doctor's assistance. Minsan walang doctor.

This rating reflects the appreciation of respondents to the program, but also their inclination to look past the gaps in TB services – gaps that need to be filled in towards a TB-free PH.



MAJOR AREAS

Diagnosis

59.7%

(604 out of 1,012) of respondents said that they paid for their x-ray (~PhP150 to 400).

60.5%

reported going through TB contact tracing, and said that other household members were screened for TB (83.8%). However, among those screened, only 77.6% reported being tested, and out of this, only 25.7% received TB Preventive Therapy.

Treatment

Start of treatment, side effects:

5.3% waited to start treatment after diagnosis.

76.7% reported having experienced side effects, but 6.3% of them said that these were not addressed.

15.9%

said that the facility location is not very accessible because transportation is costly (91.3%).

93.3%

reported that there were enough facility staff to respond to their needs, however, 4% felt they were not friendly and accommodating.

CATASTROPHIC COSTS

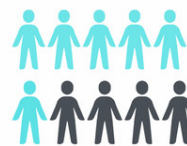
While TB treatment is often provided at no cost to patients, additional expenses incurred by TB-affected households can have a negative impact on finances and their wellbeing.

The scorecard found that those who paid for their x-ray were mostly treated in public health centers.



₱150-₱400

is the cost of x-ray paid by almost 60% of the respondents



60.8% percent of those who paid for x-ray in public health facilities reported being unemployed.

STIGMA AND DISCRIMINATION

13.7%

reported being discriminated in the workplace

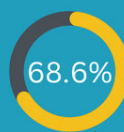
10.4%

reported difficulties applying for a job

9.1%

reported being terminated due to having TB.

COVID-19 PANDEMIC



of the total respondents were diagnosed with TB during the pandemic.

14.6%

reported the facility they were treated at to be inaccessible (mahirap puntahan)



Conclusión

Hoy, cinco años después de la primera UNHLM sobre TB, no se ha alcanzado casi ningún objetivo de la Declaración Política de 2018. De hecho, íbamos camino de incumplir los objetivos incluso antes de la pandemia de COVID19-. ¿Cuáles son las consecuencias de un resultado infructuoso? ¿Quién puede rendir cuentas y cómo? Este no puede ser el sistema de rendición de cuentas que merecen las comunidades afectadas por la tuberculosis. Mientras aplaudimos a los actores comprometidos y a los sistemas que han permitido importantes victorias en los últimos cinco años, los que vivimos con TB y nos enfrentamos a los riesgos de desarrollar TB ya no nos conformamos con racionalizar en silencio las pérdidas donde no se alcanzaron objetivos cruciales. A medida que construimos una respuesta reimaginada a la TB - con las llamadas a la acción expresadas a través de la voz consolidada de las comunidades afectadas por la TB y los colaboradores de la sociedad civil de este informe - instamos a un enfoque más franco y sin miedo para la construcción de la rendición de cuentas en el UNHLM 2023 sobre la TB. [Como se demuestra a través de los testimonios compartidos en los 40 estudios de caso contenidos en este informe, que representan sólo un puñado de acciones lideradas por la comunidad en todo el mundo, las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil tienen una inmensa capacidad para informar una respuesta más integral a la TB. Como consumidores de servicios públicos, ya están continuamente en contacto con múltiples sectores del gobierno. Dado su conocimiento innato sobre la experiencia vivida de la TB, no hay mejor aliado para impulsar el progreso en esta área prioritaria.

PETICIONES INMEDIATAS PARA LA UNHLM DE 2023 SOBRE LA TB

Para garantizar la acción multisectorial, el liderazgo decisivo y la rendición de cuentas en relación con la TB - una enfermedad que nos afecta profundamente y que mata a nuestros seres queridos cada día - imploramos a los **Jefes de Estado** que asistan, participen y prometan mayores compromisos con la respuesta a la TB en la UNHLM sobre TB de 2023; que la sociedad civil figure en todas las delegaciones de los países; que los llamamientos a la acción en materia de CSU y PPRP de este informe se integren en las sesiones informativas para las respectivas UNHLM que también tendrán lugar en 2023.

También pedimos que el **Presidente de la Asamblea General de la ONU**, junto con los cofacilitadores, la OMS y STP, se asocien con las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil en la determinación de conceptos, agendas y oradores para la Audiencia Multipartita y la UNHLM. Queremos asegurarnos de que la tuberculosis recibe la atención que merece, de que no se deja de lado, se le quita prioridad o se ve consumida por la apretada agenda de la Asamblea General de las Naciones Unidas y las RANUD.

LLAMAMIENTO A LA ACCIÓN

Comprometerse con la acción multisectorial, el liderazgo decisivo y la rendición de cuentas

- Desarrollar asociaciones con periodistas, parlamentarios, celebridades y otras figuras públicas para defender y poner en práctica los llamamientos a la acción de este informe de rendición de cuentas sobre la TB.
- Reforzar la colaboración en todo el sector y ampliar la adopción del Marco de Rendición de Cuentas Multisectorial (MAF) para la TB, al tiempo que se desarrollan mecanismos adicionales para que todas las partes interesadas rindan cuentas sobre el cumplimiento de los compromisos y objetivos.
- Aplicar modelos de MLC para comprender y abordar las realidades a las que se enfrentan las comunidades afectadas por la TB, incluidos el estigma y las violaciones de los derechos humanos, y documentar las acciones dirigidas por la comunidad para hacer frente a esos obstáculos. Utilizar estos datos para reforzar las respuestas nacionales a la TB, la PPRP y la CUS y la rendición de cuentas para la CDG.
- Involucrar a los Jefes de Estado, líderes de alto nivel y comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil en el seguimiento y revisión de las respuestas nacionales a la TB, la acción multisectorial y los mecanismos de rendición de cuentas, y traducir los compromisos sobre TB en PPRP, RAM y CUS en acción, incluso en la UNHLM de 2023 sobre TB.
- Solicitar a la OMS que elabore un calendario y un plan de transición para los sistemas de vigilancia en tiempo real y reporte de datos.
- Ordenar la inclusión de las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil en los Mecanismos de Coordinación de País (MCP) y los grupos de trabajo técnicos relacionados con el seguimiento y la revisión de las respuestas nacionales, incluido el apoyo a las Delegaciones de ONG y la comunidad de STP para apoyar el desarrollo de informes de rendición de cuentas en los años siguientes.

Anexo: Metodología

Resumen

Los instrumentos de recolección de datos para este informe se adaptaron a partir de los elaborados para el primer informe *Deadly Divide*. Las encuestas se publicaron en línea y se pusieron a disposición del público; se cumplimentaron en inglés (54,9%), ruso (16%), francés (15,7%) y español (13,1%). Las entrevistas se realizaron en privado, virtualmente, en estas y otras lenguas regionales según las preferencias de los encuestados. Todas las preguntas de la encuesta y la entrevista eran opcionales. A los encuestados se les dio la opción de ocultar o revelar su nombre, organización y/o país, y se les pidió claramente permiso para compartir toda o parte de esa información en un informe posterior. Se recopilaron documentos de la literatura publicada y no formal para corroborar los puntos planteados en las encuestas y entrevistas.

Se elaboraron análisis regionales basados en datos de encuestas y entrevistas procedentes de Asia, África anglófona, África francófona, Europa Oriental y Asia Central, América y países de renta alta. Los datos de las entrevistas con personas que trabajan en todo el mundo se sintetizaron narrativamente. Los datos brutos, los análisis regionales y la síntesis global se analizaron de forma repetida. Se desarrollaron seis capítulos principales para resaltar los logros clave, las brechas y las oportunidades relacionadas con las áreas prioritarias de acción identificadas por las comunidades afectadas por la TB y la sociedad civil; una tarjeta de puntuación en relación con el Compromiso Político emanado del primer UNHLM sobre la TB en 2018, la Estrategia Fin a la TB de la OMS y las prioridades de la comunidad afectada por la TB y la sociedad civil; estudios de caso de mejores prácticas y desafíos de la comunidad; y referencia a directrices, informes, publicaciones y materiales de recursos relacionados, incluidos los recomendados por los encuestados y entrevistados.

Las fases de recopilación de datos, análisis y redacción de este esfuerzo duraron seis meses, aunque la participación y planificación de la comunidad comenzaron meses antes. Las encuestas y entrevistas se completaron entre noviembre y diciembre de 2022. El análisis y la redacción se completaron entre diciembre de 2022 y marzo de 2023. Las organizaciones coordinadoras de este informe fueron Afro Global Alliance y Stop TB Partnership. Los datos fueron recopilados por líderes regionales, representantes de las comunidades afectadas por la TB y de la sociedad civil - Meirinda Sebayang (Asia), Olayide Akanni (África anglófona), Bertrand Kampoer (África francófona), Timur Abdullaev (Europa del Este y Asia Central), Deliana García (América), Robyn Waite (países de ingresos altos), y la investigadora mundial en ciencias sociales sobre la TB Amrita Daftary. Los datos fueron consolidados regionalmente por cada responsable y analizados junto con los datos globales por la investigadora y su equipo: Pushpita Samina y Sheila Noriega-Mestanza. Amrita Daftary elaboró un primer borrador del informe, que fue ampliamente compartido con todos los líderes, organizaciones coordinadoras, personal técnico y un equipo de diseño para su revisión y comentarios.

Si desea más información sobre los métodos y el proceso, póngase en contacto con info@stoptbdevelopingngo.org.

Tablas complementarias

Tabla 7

Participantes de la encuesta

	Personas con TB, incluyendo sobrevivientes de la TB ¹	Representantes de una organización ^{1,2}	Total
Asia	14	76	90
Africa (Francofona)	69	209	328
(Anglofona)	(30)	(105)	(135)
	(39)	(104)	(193)
Americas	33	80	113
Europa del Este y Asia Central	63	77	140
Países de altos ingresos	3	53	56
Desconocido ³	113	20	133
Total	295	565	860

¹ Autoidentificados

² Basados en la Comunidad, sociedad civil u otras organizaciones, incluyendo periodistas, investigadores, expertos técnicos, financiadores y representantes de gobierno o parlamento

Tabla 8

Participantes de las entrevistas

Nombre	País ¹	Afiliación Primaria
AFRICA Anglophone Africa, Francophone Africa		
Abedola Adams	Nigeria	TB Voices
Alberto Manhique	Mozambique	Association of Mozambican Mineworkers (AMIMO)
Anicet Diguí	Camerún	For Impacts In Social Health (FIS Cameroon)
Bertrand Odume	Nigeria	KNCV Tuberculosis Foundation
Carol Nawina	Zambia	Community Delegation to the Stop TB Partnership Board
Cecilia Senoo	Ghana	Hope for Future Generations (HFFG)
Daniel Ogbuabor	Nigeria	University of Nigeria Nsukka (UNN)
Deborah Ogwuche Ikeh	Nigeria	Global TB Caucus
Dembele Mathurin	Burkina Faso	National TB Program, Burkina Faso
Donald Denis Tobaiwa	Zimbawe	Jointed Hands Welfare Organisation
Endalkachew Fekadu	Etiopia	Volunteer Health Services
Evaline Kibuchi	Kenya	Stop TB Partnership Kenya
Fitsum Lakew Alemayehu	Etiopia	WACI Health
Fourati Rachid	Tunez	National TB Program, Tunisia
Gisèle Badoum	Burkina Faso	The Union
Ingrid Schoeman	Sudáfrica	TB Proof
Jerry Amoah-Larbi	Ghana	National TB Voice Network
Jorge Mucambe	Mozambique	Association of Mozambican Mineworkers (AMIMO)
Joseph Kayira	Uganda	Philomera Hope Foundation
Kambou Edouard	Costa de Marfil	Alliance Nationale pour le Développement et la Santé en Côte D'Ivoire (Alliance Côte D'Ivoire)
Koffi N'guessan Blaise	Costa de Marfil	Aide Internationale pour le Développement Durable (AIDD)
Kouassi Koffi Anicet	Costa de Marfil	Collectif des Organisations de Lutte contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires en Côte d'Ivoire (COLTMR)
Lourenco Zunguene	Mozambique	Association of Mozambican Mineworkers (AMIMO)
Lynette Mabote	Sudáfrica	UNITAID
Mahoumbou Jocelyn	Gabon	National TB Program, Gabon
Manefoue Fotsa Joséphine	Camerún	TBpeople Cameroon
Mayowa Joel	Nigeria	Stop TB Partnership, Stop TB Partnership Nigeria
Mbitikon Olivia	Republica Centrafricana	Independent
Moises Uamusse	Mozambique	Association of Mozambican Mineworkers (AMIMO)
Mombo Guy	Gabon	Réseau National pour la promotion de la santé sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes en ^population et Développement (RENAPSAJ)

Nana Gleeson	Botsuana	Botswana Network on Ethics, Law and HIV/AIDS (BONELA)
Olivier Rusumba	Republica Democrática del Congo	Ambassadeurs de la Lutte contre la TB
Oluseyi Kadiri	Nigeria	Centre for Positive Health Organisation
Paulino Lai	Mozambique	Association of Mozambican Mineworkers (AMIMO)
Pedro Cumbane	Mozambique	Association of Mozambican Mineworkers (AMIMO)
Peter Ngola Owiti	Kenya	Stop TB Partnership Community Delegation
Pierre Claver Ndayizeye	Burundi	Alliance Burundaise contre le SIDA et pour la Promotion de la Santé (ABS)
Rhoda Igweta	Kenya	Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation (EGPAF)
Rodrick Mugishagwe	Tanzania	Tanzania TB Community Network (TTCN)
Roger Paul Kamugisha	Uganda	Kuboresha - Africa Limited
Rosemary Mburu	Kenya	WACI Health
Sekouna Sélavie	Guinea	TBpeople Guinea
Thokozile Phiri Nkhoma	Malawi	Facilitators of Community Transformation (FACT)
Timothy Wafula	Kenya	Kenya Legal & Ethical Issues Network on HIV and AIDS (KELIN)
Watara Yahaya	Ghana	Community Delegation to the Stop TB Partnership Board
Yahaya Kasimu	Nigeria	TB Voices

AMERICAS

Ana Carolina Gaillard	Argentina	TB Caucus of the Americas
Claudio Marte	República Dominicana , Bolivia	TB Caucus of the Americas
Danytza Machado	Bolivia	Observatorio Social de Bolivia
Deccy Gonzalez	Colombia	Observatorio Social de Colombia
Emmanuel Carmona	Mexico	TB Caucus of the Americas
Eva Limachi	Bolivia	TB Caucus of the Americas Focal Point
Fatima Leticia Luna Lopez	Mexico	National TB Program, Mexico
Félix Ajpi	Bolivia	TB Caucus of the Americas
Francisco Olivares	Chile	TB Caucus of the Americas Focal Point
Franklin Ysaías Peña Villalona	República Dominicana	TB Caucus of the Americas
Giorgio Franyuti	Mexico	Medical Impact
Hector Javier Sanchez Perez	Mexico	El Colegio de la Frontera Sur
Ignacio Ibarra	Estados Unidos de America	Pan American Health Organization (PAHO)
Jaime Argueta	El Salvador	TB Caucus of the Americas
Juan Luis Castro	Chile	TB Caucus of the Americas
Kathy Britto	República Dominicana	TB Caucus of the Americas
Leonid Lecca	Peru	Socios en Salud, TB Caucus of the Americas Focal Point
Luis Enrique Gallo Cantera	Uruguay	TB Caucus of the Americas
Luis Sanchez	Guatemala	TB Caucus of the Americas Focal Point
Marcia Leao	Brasil	Observatório Social do Brasil, TB Caucus of the Americas Focal Point

Marta Angelica Pineda de Navas	El Salvador	Australia-Japan Foundation
Myriam Caballero	Paraguay	Altervida
Noe Flores	Honduras	TB Caucus of the Americas Focal Point
Pastor Vera Bejarano	Paraguay	TB Caucus of the Americas
Pedro Avedillo	Estados Unidos de America	Pan American Health Organization (PAHO)
Rasel Antonio Tomé Flores	Honduras	TB Caucus of the Americas
Sandra Patricia Escandon Moncaleano	Colombia	TB Caucus of the Americas Focal Point
Sarita Aguirre	Paraguay	National TB Program, Paraguay
Soledad Tamayo	Colombia	TB Caucus of the Americas
Sonia Marina Gutierrez Raguay	Guatemala	TB Caucus of the Americas
Victor Castillo	Panama	TB Caucus of the Americas
Zulma Unzain	Paraguay	Alvida, TB Caucus of the Americas Focal Point

ASIA

Achut Sitaula	Nepal	Trisula Plus
Akramul Islam	Bangladesh	BRAC
Andrew Codlin	Vietnam	TB Help
Ani Hernasari	Indonesia	REKAT
Blessina Kumar	India	Global Coalition of TB Advocates (GCTA)
Budi Hermawan	Indonesia	Perhimpunan Organisasi Pasien (POP) TB Indonesia
Choub Sok Chamreun	Cambodia	KHANA
Elvi Siahaan	Indonesia	Yayasan Menara Agung Pengharapan Internasional
Heny Prabaningrum	Indonesia	PR Consortium STPI-Penabulu
Iman Abdurrahma	Indonesia	Jaringan Indonesia Positif
Khuat Thi Thai Oanh	Vietnam	Center for Support Community Development Initiatives (SCDI)
Luan Nguyen	Vietnam	TB Relief
Lukman Hakim	Indonesia	Stop TB Partnership Indonesia
Mara Quesada	Filipinas	ACHIEVE Philippines
Masaki Inaba	Japón	Global Africa-Japan Forum
Prashant Warier	India	Qure.ai
Priyanka Aiyer	India	Global Coalition of TB Advocates (GCTA)
Rachel Forse	Vietnam	Friends for International TB Relief (FIT)
Ramya Ananthkrishnan	India	Resource group for Education and Advocacy for Community Health (REACH)
RD Marte	Tailandia	Asia Pacific Council of AIDS Service Organizations (APCASO)
Shilpa Karvande	India	Foundation for Medical Research (FMR)
Subrat Mohanty	India	NGO Delegation to the Stop TB Partnership Board
Thea Hutnamon	Indonesia	Stop TB Partnership Indonesia
Vidula Purohit	India	Foundation for Medical Research (FMR)

EASTERN EUROPE & CENTRAL ASIA

Alesia Matushevich	Ucrania, Portugal	Global TB Caucus
Cristina Celan	Moldova	Centre for Health Policies and Studies (PAS Center)
Dilshat Khaitov	Kirguistan	TBpeople Kyrgyzstan
Elena Rzhepishevskaya	Ucrania, Suecia	TBnet
Jamshed Murtazakulov	Tayikistan	Parliament of Tajikistan
Nikoloz Mirzashvili	Georgia	TBpeople Network
Olya Klymenko	Ucrania	TBpeople Ukraine
Safarali Naimov	Tayikistan	Stop TB Partnership Tajikistan
Yuliia Kalancha	Ucrania	TB Europe Coalition

HIGH INCOME COUNTRIES

Amanda Banda	Suiza	Médecins Sans Frontières (MSF)
Bertie Squire	Reino Unido	Liverpool School of Tropical Medicine
Caoimhe Smyth	Suiza	Stop TB Partnership
Cheri Vincent	Estados Unidos de America	U.S. Agency for International Development (USAID)
Clarisse Veylon-Hervet	Francia	French Ministry of Foreign Affairs
Colin Smith	Estados Unidos de America	Results US
Draurio Barreira	Suiza	UNITAID
Erick Fleutelot	Francia	Expertise France/L'initiative
Erika Arthun	Estados Unidos de America	Bill & Melinda Gates Foundation
Fifa A Rahman	Reino Unido	Global Matahari Solution
Francesca Belli	Italia	Global Health Advocates
Gang Sun	Suiza	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)
Gilles Cesari	Suiza	The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
Hannah Monica Dias	Suiza	World Health Organization Global TB Programme
Himanshu Patel	Canada	TBpeople Canada (+ 2 persons)
Hyeyoung Lim	Suiza	Stop TB Partnership
Islam Tauhidul Islam	Suiza	World Health Organization Global TB Programme
Jacqueline Huh	Suiza	Stop TB Partnership
James Malar	Suiza	Stop TB Partnership
Karishma Saran	Suiza	FIND: Global Alliance for Diagnostics
Kate O'Brien	Estados Unidos de América	We are TB (+ 3 persons)
Kate Thomson	Suiza	The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
Katherine Horton	Reino Unido	The Union Working Group on Gender Equity in TB
Kavindhran Velen	Suiza	FIND: The global Alliance for Diagnostics
Kelly Collins	Estados Unidos de América	Dimagi
Kerry Millington	Reino Unido	LIGHT Research Consortium
Kobto Koura	Francia	The Union
Lana Syed	Suiza	World Health Organization Global TB Programme

Lasha Gogvadaze	Suiza	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC)
Laurel Sprague	Suiza	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)
Lindsay McKenna	Estados Unidos de América	Treatment Action Group (TAG)
Lucica Ditiu	Suiza	Stop TB Partnership
Nuccia Saleri	Suiza	The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
Olive Mumba	Suiza	The Global Fund
Patricia Waterous	Canada	Dimagi
Priya Amin	Canada	Stop TB Canada
Rhea Lobo	India, Dinamarca	Community Delegation to the Stop TB Partnership Board
Suvanand Sahu	Suiza	Stop TB Partnership
Tereza Kasaeva	Suiza	World Health Organization Global TB Programme
Véronica Nosedá	Francia	Expertise France/L'initiative
Vinny Wooding	Reino Unido	Results United Kingdom
Viorel Soltan,	Suiza	Stop TB Partnership
Wayne Van Gemert	Suiza	Stop TB Partnership

¹ La clasificación regional se basa en el lugar de trabajo y/o residencia, aunque muchos encuestados viven y trabajan en varios países/regiones y/o en todo el mundo. Los redactores de este informe piden disculpas por cualquier error.

Tabla 9

Organizaciones representadas en las encuestas y entrevistas

100 Percent of Life, Ucrania	Community Advocacy Against Poverty, Ghana	Khmelnytsky National University Training Center for Distance Education, Ucrania	Réseau Accès aux Médicaments Essentiels (RAME), Burkina Faso
Act for Involvement, Moldova	Community Consortium STPI-Penabulu, Indonesia	Khulna Mukti Seba Sangtha (KMSS), Bangladesh	Réseau Ivoirien des organisations de personnes vivant avec le VIH-SIDA (RIPPlus), Costa de Marfil
Action against AIDS, Alemania	Community Delegation to the Stop TB Partnership Board	KNCV Indonesia (YKI), Indonesia	Reseau National des Associations de lutte contre la Tuberculose et la Co-infection TB/VIH ALT, Centrafrique
Action des jeunes pour la lutte contre la tuberculose (AJLTB), Chad	Community Empowerment for Peace and Health Initiative (CEPI), Nigeria	KNCV Tuberculose Foundation, Holanda	Réseau Nigérien des Personnes vivant avec le VIH/Sida (RENIP+), Niger
Action for Health Initiatives, Inc. (ACHIEVE), Filipinas	Community Humanitarian Inter-livelihoods and Emergency (CHIEF), South Sudan	Kuboesha-Africa Limited, Uganda	Respiratory Society of Kenya (ReSoK), Kenya
Action for Peace, Education and the Defense of Human Rights (APEDH), Democratic Republic of Congo	Concern Health Education Project (CHEP), Ghana	Latin American and Caribbean Network of Environmental Fund (RedLAC), Ecuador	Respiratoires en Cote d'Ivoire, Costa de Marfil
Advocacy Network Africa (AdNetA), Kenya	Convictus Ukraine, Ucrania	Leiden University Medical Center (LUMC), Holanda	Resource Group for Education and Advocacy for Community Health (REACH), India
Advocates for Health and Development Initiative (AHDI), Nigeria	Corporacion Casa de Amigos con Alcance, Colombia	Lesotho Country Coordinating Mechanism (LCCM), Lesotho	RESULTS Reino Unido
Advocates of Hope for Community (AHFCO), Eswatini	Corresponsales Clave, Peru	LHL International Tuberculosis Foundation Norway	RESULTS Estados Unidos de America
AIDS Foundation East West-Kyrgyzstan (AFEW), Kyrgyzstan	Country Coordinating Mechanism, Belarus	Liga Antituberculose Colombiana, Colombia	Rhodapomak Lifeskills Foundation
Affirmative Action, Camerun	Damien Foundation, Nigeria	LIGHT Research Consortium, United Kingdom	Roots Link Africa
Afric'Mutualite, Benin	Debriche Health Development Centre, Nigeria	L'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) Mauritanie, Mauritania	Rural Health Advocacy Project, Sudáfrica
Africa Biodynamic Centre (ABC), Ghana	Délégation Régionale de la Santé Publique du Centre, Camerun	Liverpool School of Tropical Medicine, Reino Unido	SAFI, Tadjikistan
Africa Coalition on Tuberculosis (ACT!), Nigeria	Department of Health and Family Welfare, India	London School of Hygiene and Tropical Medicine, Reino Unido	Saglamliga Khidmat, NGO, Azerbaijan
Africa Global Alliance	Descom Global Care Initiative	MAD Consulting, Kazakhstan	SCDI, Vietnam
Africa University FACT Partnership	TB Network Anambra Chapter, Nigeria	Makueni ExTB TB networking support group, Kenya	SCORE TB Ghana
Afrihealth Optonet Association, Niger	Dimagi Inc., Estados Unidos de America	Malawi-Liverpool-Wellcome Clinical Research Programme (MLW), Malawi	Seek To Save Foundation, Ghana
Afro Global Alliance, Ghana	Disaster and Environmental Management Trust, Zimbabwe	Media for Social Change and Development, Nigeria	Service de Pneumologie Hôpital Fann / Task Force recherche opérationnelle tuberculose, Senegal
AGBB	Diversity and Solidarity Trust, Sri Lanka	Medical Impact, Mexico	SHDEPHA+ Network, Tanzania
Aide Internationale pour le Développement Durable (AIDD), France	Dopasi Foundation, Pakistan	Médecins Sans Frontières (MSF)	Shepherd for Health Environment Advocacy and Development Centre, Nigeria
AIDS-Fondet, Denmark	Dream Weaver Organization, Ghana	Medicines Patent Pool (MPP), Suiza	SID, Libano
Aisha Buhari Foundation, Nigeria	Dynamics of the Francophone Africa Response to Tuberculosis (DRAF TB), Camerun	Melita Matiso Multipurpose Centre, Sudáfrica	Sir HN Hospital and Research Centre, Mumbai, India
Ajuda De Desenvolvimento de Povo para Pova (ADPP), Angola	Eastern Africa National Network of AIDS and Health Service Organization, Tanzania	Menara Agung Pengharapan (MAP) Foundation International, Indonesia	Society for Family Health, Nigeria
Albergue las Memorias A.C., Mexico	Eden Spring of Hope, Ghana	Mesa Tem tica de VIH y Derechos Humanos (MCP-ES), El Salvador	Society for Positive Atmosphere and Related Support to HIV and AIDS (SPARSHA) Nepal
Alliance Burundaise contre le SIDA et pour la Promotion de la Santé (ABS), Burundi	EKB, Ucrania	Methadone Family Against Drug Abuse, Tanzania	Socios En Salud, Peru
Alliance Burundaise pour la Lutte contre la Tuberculose, la lèpre et les autres Maladies (ABTL), Burundi	Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation (EGPAF), Kenya	Middle East and North Africa Harm Reduction Association (MENAHR), Lebanon	SORAK Development Agency, Uganda
Alliance for Public Health, Ucrania	Enable the Disable Action (EDA), Democratic Republic of Congo		SOS Tuberculosis and Respiratory Diseases (SOS TBMR), Morocco
Alliance Myanmar, Myanmar	Facilitators of Community Transformation (FACT),		Sous-direction lutte contre le
ALVIDA, Paraguay			
Amoru AIDS Support			
Community Initiative, Uganda			
Andres Soriano Foundation,			

Inc., Philippines	Malawi	Middle East and North	VIH, Senegal
Antenne Régionale	Family Support Centre,	Africa International	South Africa Miners
Abengourou, Côte d'Ivoire	Ucrania	Treatment Preparedness	Association (SAMA), Sudáfrica
Aramis, Congo	Family Welfare Foundation,	Coalition(MENA ITPC),	Southeastern National TB
Asia Pacific Council of	Tanzania	Morocco	Center Southern, Estados
AIDS Service Organization	Faol, Uzbekistan	Ministry of Health, Saudi	Unidos de America
(APCASO)	Federal University of Sciences	Arabia	Southern African Miners
Asociacion Benefica Ser	Otukpo, Nigeria	Ministry of Health, Somalia	Association (SAMA), Sudáfrica
Humano, España	FIND: The Global Alliance for	Ministry of Health Isiolo,	SPIN Plus, Tajikistan
Asociación Salvadoreña Para	Diagnosics, Suiza	Kenya	Sportsmen / Women Fighting
La Formación Y Capacitación	Focus Droits et Acces-asbl	Monde des Enfants pour	HIV and TB (SPOFA), Kenya
Integral Sostenible, El	(FDA), Democratic Republic	l'Atténuation de la Pauvreté	Social Science and Health
Salvador	Congo	du Frère Rural au Togo	Innovation for Tuberculosis
Association Chabab El Borj,	Fondation femme plus (FFP),	(MECAP FR TG), TOGO	(SSHIFTB), Canada
Marruecos	Democratic Republic of	Mongolian Tuberculosis	STEPS Tanzania
Association Affiliate Network,	Congo	Coalition, Mongolia	Stop TB Partnership
Kyrgyzstan	For Impact in Social Health	Movement Against TB, HIV/	Stop TB Partnership Canada
Association des Anciens	(FIS), Camerun	AIDS and Malaria in Nigeria	Stop TB Partnership Ghana
Patients Tuberculeux du	Foundation for Environmental	(MATHAMAN), Nigeria	Stop TB Partnership
Bénin, Bénin	Watch (FEW), Ghana	Multidimensional Resource	Indonesia
Association des	Foundation for Medical	Centre Nepal, Nepal	Stop TB Partnership Kenya
Femmes Actives pour le	Research, India	Murna Foundation, Nigeria	Stop TB Partnership
Développement, Guinée	Fraser Health Region,	Mwitikio wa Kudhibiti Kifua	Mozambique
Association of Mozambican	Canada	Kikuu na Ukimwi Tanzania	Stop TB Partnership Tajikistan
Mineworkers (AMIMO),	Fraternité, Costa de Marfil	(MKUTA), Tanzania	Stop TB Partnership Ucraina
Mozambique	Free Zone, Ucraina	Nari Maitree, Bangladesh	Strategic Coalition against
Association For Promotion	French Ministry of Foreign	National Alliance for	Tuberculosis, Cameroon
Sustainable Development,	Affairs, Francia*	Development and Health in	Sustainable Development
India	Friends for International TB	Cote D'Ivoire, Costa de Marfil	and Cooperation of Sweden
Association for Rural	Relief (FIT), Vietnam	National Autonomy University	in Bolivia (ASDI), Bolivia
Area Social Modification,	Frontera Sur School	of Mexico, Mexico	Synergie des Organisations
Improvement and Nestling	(ECOSUR), Mexico	National Centre for Infectious	de la Société Civile pour la
(ARASMIN), India	Fundación Grupo Efecto	Diseases, Singapore	promotion des droits humains
Association for Social	Positivo (FGEP), Argentina	National Collaborating	et de l'environnement,
Development, Pakistan	Gender Perspective and	Centre for Infectious Disease,	Democratic Republic of
Association Health Mission,	Social Development Centre	Canada	Congo
Serbia	(GPSDC), Nigeria	National Collective of General	Tanzania Advocacy Centre
Association of Brothers	Georgetown Global Health	Practitioners of Morocco (MG	for Development (TACEDE),
and Sisters United (AFSU),	LLC, Cameroon	Maroc), Morocco	Tanzania
Cameroon	Ghana Health Service, Ghana	Nacional Federico Villarreal	Tanzania Health Promotion
Association of Former	Ghana HIV & AIDS Network,	University, Peru	Support (THPS)
Tuberculosis Patients (ASSAP),	Ghana	National Institute for Research	Tanzania STP Co/Health
Benin	Global Africa-Japan Forum,	in Tuberculosis, India	Promotion Tanzania (HDT),
Association of People	Japan	National Organization of Peer	Tanzania
Affected by Tuberculosis	Global Alliance for Human	Educators (NOPE), Kenya	Tanzania TB Community
(ASPAT), Peru	Rights, India	National Pirogov Memorial	Network, Tanzania
Honduran Association Against	Global Alliance of National	Medical University, Ucraina	TB Caucus of the Americas
Tuberculosis in Honduras,	Human Rights (GANHRI),	National Reference	TB Caucus of the Americas
Honduras	India	Tuberculosis Laboratory,	Focal Point, Chile
Association rêve de vivre	Global Fund Advocates	Portugal	TB Coalition, Azerbaijan
positive (ARV Positive), Algeria	Network Asia Pacific (GFAN	National Research Center	TB Coalition Americas,
Australia Japan Foundation	AP), Singapore	for Phthisiopulmonology,	Colombia
(AJF), Japon	Global Health Advocates, Italy	Kazakhstan	TB Help, Vietnam
Association des Volontaires	Global TB Caucus - EEAC	National TB Elimination	TB HIV Care, Sudáfrica
pour le Triomphe des	Region	Programme, India	TBnet Sweden
Initiatives de Développement	Global Coalition of TB Activists	National Tuberculosis and	TBnet Ucraina
à la Base (AVOTRIDEB), Benin	(GCTA)	Leprosy Control Program,	TBpeople Canada, Canada
B Control Program, Pakistan	Government of Tajikistan,	Uganda	TBpeople Global, Reino Unido
BAK-AIDS BAKWATA, Tanzania	Tajikistan	National TB Control Program,	TBpeople Network, Georgia
Bangladesh Garments	Great Lakes Agency for Peace	Pakistan	TBpeople Philippines
Manufacturers and Exporters	and Development Africa	National TB Program, Burkina	Organization Inc., Philippines
Association (BGMEA),	(GLAPD), Australia	Faso	TBpeople-Kyrgyzstan,
Bangladesh	Greater Life Empowerment	National TB Program, Mexico	Kyrgyzstan
Be Glad Care and Support	Access Initiative, Nigeria	National TB Program (PNLT),	TBpeople-Ucrania, Ucraina
Foundation, Nigeria	Guinean Alliance for Civil	Chad	TB Proof, Sudáfrica
Bill & Melinda Gates	Society (AGUISOC), Guinea	National TB Program (PNLT),	TB Relief, Vietnam
Foundation*, Estados Unidos	Guinéenne Émancipées pour	Gabon	TB Social Observatory of
de America	le Progrès et la Citoyenneté	National Tuberculosis	Bolivia (OSTB), Bolivia

Blossom Trust, Virudhunagar, India	(GEPC), Guinea Health and Development Alliance (HEAD), Cambodia HOMES Fountain, Ghana Honorary Commission for the Fight against Tuberculosis and Prevalent Diseases (CHLAEP), Uruguay Hope and Life, Uzbekistan Hope for Children and Youth Foundation Trust, Zimbabwe Hope for Future Generations (HFFG), Ghana Hope Givers Care and Support Organisation, India Hospital Barros Luco, Chile Humana People To People India, India Ifakara Health Institute, Tanzania Infervision, Germany Innovations for Community Health, Philippines Innovations for Development (I4DEV), Uganda Inspire Trans Movement Uganda, Uganda Institut Pasteur, France Institut pour la gouvernance et éducation électorale, Congo Institute of Allergy and Clinical Immunology of Bangladesh (IACIB) Institute of Lung Diseases and Tuberculosis, North Macedonia Integrated Development in Focus, Ghana International Association of Solidarity for Development (AISD), Benin International Centre for Diarrheal Disease Research (ICDDR, B), Bangladesh International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC), Suiza International pour le développement de l'ingénierie conseil (IDEV-ic), Senegal International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, France IRNIB, Azerbaijan Health Authorities Mexico (ISESALUD), Mexico Janna Health Foundation, Nigeria Jaringan Indonesia Positif, Indonesia Jeunesse Actions Développement Solidarité (JADES), France Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), Suiza	Program, Kenya National TB Program, Paraguay National TB Program (PNLT), São Tomé and Príncipe National TB Voice Network, Ghana National Youth Network for Sexual and Reproductive Health Issues (RENAP/SA), Gabon Network for Empowerment in Rural Areas and Townships (NERAT), Nigeria Network of AIDS Service Organization (NASOSS), South Sudan Network of People Living with HIV and AIDS in Nigeria (NEPWHAN), Nigeria New Vector, Georgia Observa TB Colombia Oliy Majlisi, Tajikistan ONGAWA, Senegal Organisation pour la Protection de l'environnement et la Sauvegarde des Valeurs Traditionnelles (OPESVaT), Benin Pan American Health Organization (PAHO) Paradiso TB Patients Trust, Malawi Partners in Health, Kazakhstan Centre for Health Policies and Studies (PAS), Moldova Patients Friend Foundation, Ghana Peace Heritage Foundation, Nigeria Penabulu Foundation, Indonesia Pennsylvania Department of Health, Estados Unidos de America Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI), Indonesia Perhimpunan Organisasi Pasien (POP) TB Indonesia Philomera Hope Foundation, Uganda Pijet, Cameroon Pinnacle Health Foundation, Indonesia Pitambara jan kalyan Trust, India Positive Effect Group Foundation, Argentina Prevention Relief Organisation Congo (OCPS), Congo Prakruthi Social Service Society, India Precious Life Foundation, Nigeria Prisma, Peru Programa departamental	TB Social Observatory of Brazil (OSTB), Brasil TB Social Observatory of Colombia (OSTB), Colombia TB Social Observatory of Guatemala (OSTB), Guatemala TB Social Observatory of Mexico (OSTB), Mexico TB Voices, Nigeria TB Women Global The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, Suiza The Union, France The Union Working Group on Gender Equity in TB, Reino Unido Total Care Foundation, Ghana Transgender Equality, Uganda Translational Health Science and Technology Institute (THSTI), India Treatment Action Group (TAG), Estados Unidos de America Trisula Plus, Nepal Tuberculosis Research and Prevention Center, Armenia Tupambane na Kifua Kikuu na UKIMWI (TUKIKIZA), Zanzibar Turkana Bio Aloe Organization (TUBAE), Kenya Ubunye Foundation, Sudáfrica Uganda Catholic Medical Bureau, Uganda Union fait la force de kolaboui, Guinea UNITE, Global (Argentina) University of El Salvador, El Salvador University of Zaragoza, Spain University Hospitals Birmingham, Reino Unido University of California, USA University of Nigeria Nsukka (UNN), Nigeria University of Sheffield, Reino Unido University of Zimbabwe, Zimbabwe U.S. Agency for International Development (USAID), Estados Unidos de America V. N. Karazin Kharkiv National University, Ucrania Veremsiz Heleja Dogri, Azerbaijan Vladimir TB Centre, Russia Volunteer Health Services, Indonesia WACI Health, Sudáfrica We are TB, Estados Unidos de America Willing & Caring Hands
------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Control, Immunization and Nutrition (ACOMIN), Nigeria
 Civil Society Movement Against Tuberculosis in Sierra Leone, Sierra Leone
 Clinic of Pulmonary Diseases, Romania
 Club des Amis Damien, Republic of Congo
 Civil Society Coalition Nigeria (CONISOC TB), Nigeria
 Civil Society in Malaria Control, Immunization and Nutrition (ACOMIN), Nigeria
 Coalition of Women Living with HIV and AIDS in Malawi (COWHLA), Malawi
 Codea, Democratic Republic of Congo
 Collectif des Organisations de Lutte contre la Tuberculose et les Maladies (COLMTR), Costa de Marfil
 College of Agriculture and Animal Science Bakura Zamfara State, Nigeria
 Communities, Alliances & Networks (CAAN), Canada
 Jointed Hands Welfare Organisation, Zimbabwe
 Peace Development and Caritas, Nigeria
 Karnataka Health Promotion Trust (KHPT), India
 Kazakhstan Association of Phthisiopulmonologists, Kazakhstan
 Kazakhstan Union of People Living with HIV (PLHIV-Kat), Kazakhstan
 Kenko Foundation, Cameroon
 Kenya Legal & Ethical Issues Network on HIV and AIDS (KELIN), Kenya
 Kenya Malaria Youth Army, Kenya
 Kenyan Citizens 4 Good Governance, Kenya
 Key Interventions to Develop Systems and Services for Orphans and Vulnerable Children (KIDSS), Cameroon
 Khadija Mahmood Trust Hospital, Pakistan
 Khmer HIV/AIDS NGO Alliance (KHANA), Cambodia
 de control de la Tuberculosis Santa Cruz, Bolivia
 Provincial TB Control Program Punjab, Pakistan
 Psy d'Afrique, Republic of Congo
 Public Union for Development and Welfare, Azerbaijan
 Punjab Bar Council, Pakistan
 Pyi Gyi Khin (PGK), Myanmar
 Quire.ai, India
 REACH Ethiopia
 Real Opportunities Network, Ghana
 Red Crescent Society, Azerbaijan
 Red Latinoamericano por el acceso a medicamentos (RedLAM), Argentina
 Regional Expert Group on Migration and Health (REG), Georgia
 Rekat Peduli Foundation, Kenya
 Rekat Peduli Indonesia (REKAT), Indonesia
 Foundation (WICAF), Nigeria
 Women and Development Network in North Kivu (REFED-NK), Democratic Republic of Congo
 Women with Dignity, Tanzania
 World Bank, Estados Unidos de America
 World Health Organization (WHO), Suiza
 World Health Organization (WHO), Europe office, Denmark
 World Health Organization (WHO) Global TB Programme, Suiza
 Youth AID Initiative Ghana, Ghana
 Youth Development Foundation (YDF), Cameroon
 Youth Gate Zimbabwe Trust, Zimbabwe
 Zatumbi Entertainment Youth Group, Kenya
 Zimbabwe National Network for People Living with HIV, Zimbabwe

Organization names were drawn from survey and interview responses. Duplicate entries were removed. Country networks/chapters of global organizations are listed and counted as a collective. The writers of this report apologize for any errors.

Referencias

1. Political Declaration of the United Nations General-Assembly High-Level Meeting on the Fight Against Tuberculosis. 2018. <https://www.who.int/publications/m/item/political-declaration-of-the-un-general-assembly-high-level-meeting-on-the-fight-against-tuberculosis>.
2. Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. 2015. <https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981>.
3. WHO End TB Strategy. World Health Organization, Geneva. 2015. http://www.who.int/tb/post2015_strategy/en/.
4. Global Plan to End TB 2016-2020. Stop TB Partnership, Geneva. <https://www.stoptb.org/global-plan-to-end-tb-2016-2020-1> Note the Plan was later revised in light of the 2018 UNHLM on TB Political Declaration.
5. WHO Global Tuberculosis Report. World Health Organization, Geneva. 2022. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022>.
6. The Global Plan to End TB 2023-2030. Stop TB Partnership 2022. <https://omniobook.com/view/dc664b3a-14b4-4cc0-8042-ea8f27e902a6>
<https://omniobook.com/embedview/dc664b3a-14b4-4cc0-8042-ea8f27e902a6/en>.
7. A Deadly Divide: TB Commitments vs TB Realities. Stop TB Partnership, Geneva. 2020. <https://www.stoptb.org/deadly-divide-tb-commitments-vs-tb-realities-final-report-english>.
8. Citro B, Lyon E, Mankad M, Pandey KR, Gianella C. Developing a Human Rights-Based Approach to Tuberculosis. 2016. 18(1): 1-7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5070676/>.
9. Words matter: Suggested language and usage for tuberculosis communications. Stop TB Partnership, Geneva. 2022. <https://www.stoptb.org/words-matter-language-guide>.
10. Citro B, Soltan V, Malar J, et al. Building the Evidence for a Rights-Based, People-Centered, Gender-Transformative Tuberculosis Response: An Analysis of the Stop TB Partnership Community, Rights, and Gender Tuberculosis Assessment. Health Hum Rights 2021; 23(2): 253-67. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8694305/>
11. Pipeline Report 2022. Tuberculosis Diagnostics. Treatment Action Group, New York. <https://www.treatmentactiongroup.org/resources/pipeline-report/2022-pipeline-report/>.
12. WHO Rapid communication: TB antigen-based skin tests for the diagnosis of TB infection. World Health Organization, Geneva. 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UCN-TB-2022.1>.
13. WHO Consolidated guidelines on tuberculosis: module 2: screening: systematic screening for tuberculosis disease. World Health Organization, Geneva. 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022676>.
14. WHO Global report on infection prevention and control: Executive summary. World Health Organization, Geneva. 2022. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/354553>.
15. Hargreaves JR, Boccia D, Evans CA, Adato M, Petticrew M, Porter JDH. The Social Determinants of Tuberculosis: From Evidence to Action. American Journal of Public Health 2011; 101(4): 654-62. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3052350/>
16. WHO Consolidated guidelines on tuberculosis. Module 3: Diagnosis – rapid diagnostics for tuberculosis detection 2021 update. World Health Organization, Geneva. 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029415>.
17. Dorman SE, Nahid P, Kurbatova EV, et al. Four-Month Rifampentine Regimens with or without Moxifloxacin for Tuberculosis. N Engl J Med 2021; 384(18): 1705-18. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2033400>
18. WHO Treatment of drug-susceptible tuberculosis: rapid communication. World Health Organization, Geneva. 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240028678>.
19. WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 4: treatment: drug-susceptible tuberculosis treatment. World Health Organization, Geneva. 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240048126>.
20. Ghazy RM, El Saeh HM, Abdulaziz S, et al. A systematic review and meta-analysis of the catastrophic costs incurred by tuberculosis patients. Scientific Reports 2022; 12(1): 558. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8752613/>
21. Shaw JA, Allwood BW. Post-tuberculosis lung disease: Exposing the elephant in the room. Afr J Thorac Crit Care Med 2021; 27(2): 10.7196/AJTCCM.2021.v27i2.150. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8327676/>
22. Cáceres G, Calderon R, Ugarte-Gil C. Tuberculosis and comorbidities: treatment challenges in patients with comorbid diabetes mellitus and depression. Ther Adv Infect Dis 2022; 9: 20499361221095831-. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9130847/>
23. Tuberculosis and HIV. UNAIDS. 2022. <https://www.unaids.org/en/resources/infographics/tuberculosis-and-hiv>.
24. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 4: treatment – drug-resistant tuberculosis treatment, 2022 update. World Health Organization, Geneva. 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063129>.
25. DR-TB Drugs Under the Microscope, 8th Edition. Access Campaign. Médecins Sans Frontières. 2022. <https://www.msfaaccess.org/dr-tb-drugs-under-microscope-8th-edition>.
26. Mukunth V. Explained | Bedaquiline, India's anti-tuberculosis fight, and a patent battle. The Hindu. 25 Mar. 2023. <https://www.thehindu.com/sci-tech/health/bedaquiline-drug-resistant-tuberculosis-patent-law-safety/article66657638.ece>.
27. WHO operational handbook on tuberculosis: module 5: management of tuberculosis in children and adolescents. World Health Organization, Geneva. 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240046832>.
28. Reuter A, Hughes J, Furin J. Challenges and controversies in childhood tuberculosis. The Lancet 2019; 394(10202): 967-78. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31526740/>

30. Noubiap JJ, Nansseu JR, Nyaga UF, et al. Global prevalence of diabetes in active tuberculosis: a systematic review and meta-analysis of data from 2-3 million patients with tuberculosis. *Lancet Glob Health* 2019; 7(4): e448-e60. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30819531/>
31. Janse Van Rensburg A, Dube A, Curran R, et al. Comorbidities between tuberculosis and common mental disorders: a scoping review of epidemiological patterns and person-centred care interventions from low-to-middle income and BRICS countries. *Infectious Diseases of Poverty* 2020; 9(1): 4. <https://idjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40249-019-0619-4>
32. Ehrlich R, Akugizibwe P, Siegfried N, Rees D. The association between silica exposure, silicosis and tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2021; 21(1): 953. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-10711-1>
33. Sinha P, Lönnroth K, Bhargava A, et al. Food for thought: addressing undernutrition to end tuberculosis. *Lancet Infect Dis* 2021; 21(10): e318-e25. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8458477/>
34. Marais BJ, Lönnroth K, Lawn SD, et al. Tuberculosis comorbidity with communicable and non-communicable diseases: integrating health services and control efforts. *The Lancet Infectious Diseases* 2013; 13(5): 436-48. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23531392/>
35. WHO Framework for collaborative action on tuberculosis and comorbidities. World Health Organization, Geneva. 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055056>.
36. Salomon A, Law S, Johnson C, et al. Interventions to improve linkage along the HIV-tuberculosis care cascades in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS one* 2022; 17(5): e0267511. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0267511>
37. Tackling comorbidities and addressing TB in vulnerable populations. World Health Organization, Geneva. <https://www.who.int/activities/tackling-comorbidities-and-addressing-tb-in-vulnerable-populations>.
38. Engaging private health care providers in TB care and prevention: a landscape analysis, second edition. World Health Organization, Geneva. 2021. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333886>.
39. Koura KG, Harries AD, Fujiwara PI, et al. COVID-19 in Africa: community and digital technologies for tuberculosis management. *Int J Tuberc Lung Dis* 2020; 24(8): 863-5. <https://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtld/2020/00000024/00000008/art00020>
40. Destruction and Devastation: One Year of Russia's Assault on Ukraine's Health Care System. Atrocities (eyeWitness), Insecurity Insight, the Media Initiative for Human Rights (MIHR), Physicians for Human Rights (PHR), and the Ukrainian Healthcare Center (UHC). 2023. <https://phr.org/wp-content/uploads/2023/02/REPORT-Destruction-and-Devastation-Ukraine-Feb-21-2023-ENG-WebOptimized.pdf>.
41. WHO Model Lists of Essential Medicines. World Health Organization, Geneva. <https://www.who.int/groups/expert-committee-on-selection-and-use-of-essential-medicines/essential-medicines-lists>.
42. UNHLM on TB Key Targets and Commitments for 2022. Stop TB Partnership, Geneva. <https://www.stoptb.org/advocacy-and-communications/unhlm-tb-key-targets-and-commitments>.
43. Fund TB Communities & Civil Society. Stop TB Partnership, Geneva. <https://www.stoptb.org/prioritize-people-human-rights-gender/fund-tb-communities-civil-society>.
44. Communities, Rights and Gender. Stop TB Partnership, Geneva. <https://www.stoptb.org/prioritize-people-human-rights-gender/communities-rights-and-gender-crg>.
45. Tools to Support Communities, Rights and Gender TB Responses. Stop TB Partnership, Geneva. <https://www.stoptb.org/communities-rights-and-gender-crg/tools-to-support-communities-rights-and-gender-tb-responses>.
46. TB Stigma Assessment Tool. Stop TB Partnership, Geneva. <https://www.stoptb.org/tb-stigma/tb-stigma-assessment-tool>.
47. Community-Led Monitoring Tools. Stop TB Partnership, Geneva. <https://www.stoptb.org/tb-stigma/tb-stigma-assessment-tool>.
48. Community, Rights & Gender. The Global Fund, Geneva. <https://www.theglobalfund.org/en/funding-model/throughout-the-cycle/community-rights-gender/>.
49. Board Delegations & Constituencies. Stop TB Partnership, Geneva. <https://www.stoptb.org/board/board-delegations-constituencies>.
50. WHO Civil Society Task Force on TB: engagement with civil society as the driver for change. World Health Organization, Geneva. 2020. <https://www.who.int/groups/civil-society-task-force-on-tb>.
51. Challenge Facility for Civil Society. Stop TB Partnership, Geneva. <https://stpglobalcrg.org/>.
52. Community Engagement Strategic Initiative Update. The Global Fund, Geneva. 2022. https://www.theglobalfund.org/media/12138/crg_2022-06-strategicinitiative_update_en.pdf.
53. Announcement of Communities Delegation to Unitaid Board Member and Alternate Board Member. Global Network of People Living With HIV, Netherlands. 2022. <https://gnpplus.net/latest/news/announcement-of-communities-delegation-board-and-alternate-board-member>.
54. The Strategic Initiative on Finding the Missing People with TB. Stop TB Partnership, Geneva. <https://www.stoptb.org/news/strategic-initiative-to-find-missing-people-with-tb>.
55. Country, regional and global profiles. WHO Global Tuberculosis Report. World Health Organization, Geneva. 2022. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/data>.
56. Social Barriers to Accessing Quality TB Service: TB Key Populations, Legal Environment and Gender Assessment. Stop TB Partnership, Geneva. 2020. stoptb.org/assets/documents/communities/CRG/TB%20CRG%20Assessment%20Indonesia.pdf.
57. Cords O, Martinez L, Warren JL, et al. Incidence and prevalence of tuberculosis in incarcerated populations: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health* 2021; 6(5): e300-e8.
58. Velen K, Charalambous S. Tuberculosis in prisons: an unintended sentence? *The Lancet Public Health* 2021; 6(5): e263-e4. [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(21\)00049-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00049-9/fulltext)
59. Basu S, Stuckler D, Gonsalves G, Lurie M. The production of consumption: addressing the impact of mineral mining on tuberculosis in southern Africa. *Globalization and Health* 2009; 5(1): 11. <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-8603-5-11>
60. Baleta A. Southern African declaration targets TB in mining sector. *The Lancet* 2012; 380(9849): 1217-8. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61698-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61698-5/fulltext)
61. Hick S. The Enduring Plague: How Tuberculosis in Canadian Indigenous Communities is Emblematic of a Greater Failure in Healthcare Equality. *J Epidemiol Glob Health* 2019; 9(2): 89-92. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7310753/>

62. Canadian Tuberculosis Standards – 8th Edition. 2022. <https://www.tandfonline.com/toc/ucts20/6/sup1>.
63. Dunn JL, Larocque M, Van Dyk D, et al. Chapter 12: An introductory guide to tuberculosis care to improve cultural competence for health care workers and public health professionals serving Indigenous Peoples of Canada. *Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine* 2022; 6(sup1): 184–93. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/24745332.2022.2041328>
64. Curry JS, Abdelbary B, García-Viveros M, et al. South to North Migration Patterns of Tuberculosis Patients Diagnosed in the Mexican Border with Texas. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2022; 24(5): 1113–21. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8522865/>
65. Global roadmap for research and development of tuberculosis vaccines. EDCTP, Netherlands. Apr. 2021. <http://www.edctp.org/publication/global-roadmap-for-research-and-development-of-tuberculosis-vaccines/>.
66. Gupta A, Hughes MD, García-Prats AJ, McIntire K, Hesselting AC. Inclusion of key populations in clinical trials of new antituberculosis treatments: Current barriers and recommendations for pregnant and lactating women, children, and HIV-infected persons. *PLoS Med* 2019; 16(8): e1002882. <https://journals.plos.org/plosmedicine/article/comments?id=10.1371/journal.pmed.1002882>
67. Guglielmetti L, Günther G, Leu C, et al. Rifapentine access in Europe: growing concerns over key tuberculosis treatment component. *European Respiratory Journal* 2022; 59(5): 2200388. <https://erj.ersjournals.com/content/59/5/2200388>
68. McKenna L, Frick M, Angami K, Dubula V, Furin J, Harrington M, Hausler H, Heitkamp P, Herrea R, Lynch S, Mitnick CD, Moses GK, Ndjeka N, Nyang'wa B, Palazuelos L, Ulysse P, Pai M. The 1/4/6x24 campaign to cure tuberculosis quickly. *Nature Medicine* 2023; 29(1): 16–7. <https://www.nature.com/articles/s41591-022-02136-z> (or see [Treatment Action Group https://www.treatmentactiongroup.org/1-4-6-x-24](https://www.treatmentactiongroup.org/1-4-6-x-24))
69. Kim J, Park BG, Lim DH, et al. Development and evaluation of a multiplex loop-mediated isothermal amplification (LAMP) assay for differentiation of *Mycobacterium tuberculosis* and non-tuberculosis mycobacterium in clinical samples. *PLoS one* 2021; 16(1): e0244753. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0244753>
70. Rashidi HH, Dang LT, Albahra S, Ravindran R, Khan IH. Automated machine learning for endemic active tuberculosis prediction from multiplex serological data. *Scientific Reports* 2021; 11(1): 17900. <https://www.nature.com/articles/s41598-021-97453-7>
71. Truong CB, Tanni KA, Qian J. Video-Observed Therapy Versus Directly Observed Therapy in Patients With Tuberculosis. *American Journal of Preventive Medicine* 2022; 62(3): 450–8. [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(21\)00570-5/fulltext](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(21)00570-5/fulltext)
72. Digital TB Surveillance System Assessment Report. Stop TB Partnership and The Global Fund, Geneva. <https://tbassessment.stoptb.org/>.
73. Community-led monitoring of the TB response, using OnelImpact digital platform. Stop TB Partnership, Geneva. 2023. <https://stoptbpartnershiponeimpact.org/clminvestmentpackage/STP.pdf>.
74. WHO Multisectoral Accountability Framework for TB (MAF-TB): progress in adaptation and implementation. World Health Organization, Geneva. <https://www.who.int/publications/digital/global-tuberculosis-report-2021/featured-topics/maf-tb>.
75. Global Drug Facility. Stop TB Partnership, Geneva. <https://www.stoptb.org/facilitate-access-to-tb-drugs-diagnostics/global-drug-facility-gdf>.
76. Morin S, Moak HB, Bubb-Humfries O, von Drehle C, Lazarus JV, Burrone E. The economic and public health impact of intellectual property licensing of medicines for low-income and middle-income countries: a modelling study. *The Lancet Public Health* 2022; 7(2): e169–e76. [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(21\)00202-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00202-4/fulltext)
77. Nyang'wa B-T, Berry C, Kazounis E, et al. A 24-Week, All-Oral Regimen for Rifampin-Resistant Tuberculosis. *New England Journal of Medicine* 2022; 387(25): 2331–43. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2117166>
78. WHO operational handbook on tuberculosis. Module 4: treatment – drug-resistant tuberculosis treatment, 2022 update. World Health Organization, Geneva. 2022: World Health Organization; 2022.
79. Gupta A, Juneja S, Sahu S, et al. Lifesaving, cost-saving: Innovative simplified regimens for drug-resistant tuberculosis. *PLOS Global Public Health* 2022; 2(11): e0001287. <https://journals.plos.org/globalpublichealth/article?id=10.1371/journal.pgph.0001287>
80. Screening coal miners in rural Pakistan using Artificial Intelligence and ultra-portable X-ray. Dopasi Foundation. Stop TB Partnership. https://www.stoptb.org/sites/default/files/dopasi_pakistan_final.pdf.
81. Accelerating diagnosis in residents of informal settlements using artificial intelligence. PATH, India. Qure.ai. Stop TB Partnership, Geneva. <https://www.stoptb.org/ai-powered-computer-aided-detection-cad-software/case-studies>
82. Global Fund, USAID and Stop TB Partnership's New Collaboration With Molbio Diagnostics Will Increase Access to Rapid Molecular Tests for TB. The Global Fund, Geneva. 2023. <https://www.theglobalfund.org/en/news/2023/2023-03-09-global-fund-usaid-stop-tb-partnership-molbio-diagnostics-rapid-molecular-tests-tb/>.
83. Evaluating Newly Approved Drugs for Multidrug-resistant TB (endTB): A Clinical Trial. *Médecins Sans Frontières* 2022. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02754765>.
84. Evaluating Newly Approved Drugs in Combination Regimens for Multidrug-Resistant TB With Fluoroquinolone Resistance (endTB-Q). *Médecins Sans Frontières*. 2022. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03896685>.
85. Building Evidence for Advancing New Treatment for Rifampicin Resistant Tuberculosis (RR-TB) Comparing a Short Course of Treatment (Containing Bedaquiline, Delamanid and Linezolid) With the Current South African Standard of Care. Wits Health Consortium (Pty) Ltd 2022. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04062201>.
86. USAID Announces Up To \$200 Million For Research To Combat Tuberculosis. 2022. <https://www.usaid.gov/news-information/press-releases/aug-04-2022-usaid-announces-200-million-research-combat-tuberculosis>.
87. TB CAB 10-Year Anniversary Evaluation Report 2011–2021. Treatment Action Group, New York. 2022. <https://www.treatmentactiongroup.org/publication/tb-cab-10-year-anniversary-evaluation-report-2011-2021-and-podcast/>.
88. WHO COVID-19 Detailed Surveillance Data Dashboard. World Health Organization, Geneva. <https://covid19.who.int/>.
89. WHO Global Tuberculosis Report. World Health Organization, Geneva. 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>.
90. Global Fund Board Hails Record-Breaking Seventh Replenishment Final Outcome of US\$15.7 Billion. The Global Fund, Geneva. 2022. <https://www.theglobalfund.org/en/news/2022/2022-11-18-global-fund-board-hails-record-breaking-seventh-replenishment-final-outcome-of-usd15-7-billion/>.

91. Overview of the 2023–2025 Allocations. The Global Fund, Geneva. 2023. <https://www.theglobalfund.org/en/updates/2023/2023-01-18-2023-2025-allocations-now-available/>.
92. The Global Health Observatory. World Health Organization, Geneva. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators>.
93. Communiqué: Improved Political Commitment and Financing for TB for High Burden Countries in Africa. Stop TB Partnership, Geneva. 2022. <https://www.stoptb.org/news/communique-improved-political-commitment-and-financing-tb-high-burden-countries-africa>.
94. India Makes Strong Commitment to Global Fund. The Global Fund, Geneva. 2022. <https://www.theglobalfund.org/en/news/2022/2022-11-28-india-makes-strong-commitment-to-global-fund/>.
95. Tuberculosis Research Funding Trends, 2005–2021. Treatment Action Group, New York. 2022. <https://www.treatmentactiongroup.org/resources/tbrd-report/tbrd-report-2022/>.
96. Estill J, Islam T, Houben RMGJ, et al. Tuberculosis in the Western Pacific Region: Estimating the burden of disease and return on investment 2020–2030 in four countries. *The Lancet Regional Health – Western Pacific* 2021; 11.
97. Ball P. The lightning-fast quest for COVID vaccines – and what it means for other diseases. *Nature* 2021; 589(7840): 16–8. <https://www.nature.com/articles/d41586-020-03626-1>
98. Glassman A, Madan J, Smitham E. The Future of Global Health Spending Amidst Multiple Crises. Centre for Global Development, Washington, DC. 2023. <https://www.cgdev.org/publication/future-global-health-spending-amidst-multiple-crises>.
99. G20 Focus on TB Financing. Stop TB Partnership, Geneva. 2022. <https://www.stoptb.org/news/g20-focus-tuberculosis-financing>.
100. Micah AE, Bhangdia K, Cogswell IE, et al. Global investments in pandemic preparedness and COVID-19: development assistance and domestic spending on health between 1990 and 2026. *The Lancet Global Health* 2023; 11(3): e385–e413. [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(23\)00007-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(23)00007-4/fulltext)
101. Innovative Finance. The Global Fund, Geneva. <https://www.theglobalfund.org/en/innovative-finance/>.
102. C19RM Monthly Update to the Board. Report for November – December 2022. The Global Fund, Geneva. 2022. <https://www.theglobalfund.org/en/covid-19/monthly-update-to-the-board/>.
103. Fight For What Counts. Investment Case – Seventh Replenishment 2022. The Global Fund <https://www.theglobalfund.org/en/fight-for-what-counts/>.
104. Back from New York, the fight continues. Global Fund Advocates Network. 2022. <https://www.globalfundadvocatesnetwork.org/back-from-new-york-the-fight-continues/>.
105. En Afrique, le déficit de financement et la pandémie de Covid-19 freinent la lutte contre la tuberculose. *United Nations News*. 2022. <https://news.un.org/fr/story/2022/03/1116982>.
106. Tuberculosis Dashboard: Interactive Country Dashboard. Stop TB Partnership, Geneva. <https://dashboards.stoptb.org/country-profile.html>.
107. Plan d'Action Communauté, Droits humains et Genre TB. Stop TB Partnership, Geneva. 2020. <http://stoptb.org/assets/documents/communities/CRG/TB%20CRG%20Action%20Plan%20DR%20Congo.pdf>
108. Progress towards achieving global tuberculosis targets and implementation of the UN Political Declaration on Tuberculosis. World Health Organization, Geneva. 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/343376>.
109. COVID-19 to Add as Many as 150 Million Extreme Poor by 2021. World Bank. 2020. <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2020/10/07/covid-19-to-add-as-many-as-150-million-extreme-poor-by-2021>.
110. Rahman M, Ahmed R, Moitra M, et al. Mental Distress and Human Rights Violations During COVID-19: A Rapid Review of the Evidence Informing Rights, Mental Health Needs, and Public Policy Around Vulnerable Populations. *Frontiers in Psychiatry* 2021; 11. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.603875/full>
111. Drobniowski F, Keshavjee S. COVID-19 and Tuberculosis—A Global Tale of Hubris and Lessons Unlearned? *Frontiers in Medicine* 2021; 8. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2021.799640/full>
112. Versfeld A, Malar J, Soltan V, et al. Towards meaningful inclusion of people affected by TB: lessons from the COVID-19 response. *Int J Tuberc Lung Dis* 2022; 26(6): 475–6. <https://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtld/2022/00000026/00000006/art00002>
113. The Pandemic Fund Announces First Round of Funding to Help Countries Build Resilience to Future Pandemics. The World Bank. 3 Feb 2023. <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2023/02/03/the-pandemic-fund-announces-first-round-of-funding-to-help-countries-build-resilience-to-future-pandemics>.
114. Knight GM, Raviglione MC, White RG. No antimicrobial resistance research agenda without tuberculosis. *The Lancet Global Health* 2020; 8(8): e987–e8. [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30309-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30309-0/fulltext)
115. WHO Strategic Priorities on Antimicrobial Resistance. World Health Organization, Geneva. 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240041387>.
116. Hasan R, Shakoor S, Hanefeld J, Khan M. Integrating tuberculosis and antimicrobial resistance control programmes. *Bull World Health Organ* 2018; 96(3): 194–200. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5840628/>
117. Global Database for Tracking Antimicrobial Resistance (AMR). Food and Agricultural Organization of the United Nations, United Nations Environment Programme, World Health Organization, World Organization for Animal Health, Geneva. <https://amrcountryprogress.org/#/visualization-view>.
118. Chair's Summary: Health Ministers' of the G20. 1st Health Working Group Side Event on Tuberculosis. Annex 1: Call to Action on Financing for TB Response. G20 Research Group, Bali. 2022. <http://www.g20.utoronto.ca/2022/221028-health.html#fn12>.
119. The World Health Report 2010. Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage. World Health Organization, Geneva. 2012. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021>.
120. Hogan DR, Stevens GA, Hosseinpoor AR, Boerma T. Monitoring universal health coverage within the Sustainable Development Goals: development and baseline data for an index of essential health services. *The Lancet Global Health* 2018; 6(2): e152–e68. [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30472-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30472-2/fulltext)
121. Reid M, Roberts G, Goosby E, Wesson P. Monitoring Universal Health Coverage (UHC) in high Tuberculosis burden countries: Tuberculosis mortality an important tracer of UHC service coverage. *PLoS one* 2019; 14(10): e0223559–e. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0223559>

122. USAID Announces Initiative for Global Vaccine Access (Global VAX) to Accelerate Vaccine Access and Delivery Assistance Around the World. USAID, Washington, DC. 2021. <https://www.usaid.gov/news-information/press-releases/dec-06-2021-usaid-announces-initiative-global-vaccine-access-global-vax-accelerate-vaccine-access-and-delivery-assistance-around-world>.
123. Escalating 'keke' initiative to fight TB. Health Reporters. 2022. <https://healthreporters.info/escalating-keke-initiative-to-fight-tb/>.
124. Innovative TB Community Service Delivery During the COVID-19 Pandemic Best Practices and Lessons Learned from Cambodia, India, Indonesia, and Kenya. Global Coalition of TB Activitists and The Global Fund. 2022. https://www.gctacommunity.org/?page_id=11208.
125. Programmatic innovations to address challenges in tuberculosis prevention and care during the COVID-19 pandemic. Compendium of TB/COVID-19 studies. World Health Organization, Geneva. 2021. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/covid-19/compendium>.
126. The UHC that we want. A position statement from the "Asia-Pacific community and civil society universal health coverage caucus" convened by the global fund advocates network Asia-Pacific (GFAN AP) and co-organised by APCASO. 2017. https://drive.google.com/drive/u/0/folders/141tM9xIQEmXmCz1Ybks1bHRXljx8C_9t
127. Evolution of UHC in Chad. National UHC Dynamics Card. P4H Social Health Protection Newtork. https://p4h.world/en/national_uhc_dynamics_card_chad.
128. WHO Multisectoral Accountability Framework for TB (MAF-TB). World Health Organization, Geneva. 2019. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-CDS-TB-2019.10>.
129. Chin DP, Hanson CL. Finding the Missing Tuberculosis Patients. J Infect Dis 2017; 216(suppl_7): S675-s8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5853462/>
130. The TB Advocacy Campiagn in the G20. Global TB Caucus. <https://www.globaltbcaucus.org/g20>.
131. The Bangkok TB Community-led Monitoring Statement "Transforming the TB Response Collaboratively to Reach Every Person Affected by TB Onelmpact – Community-led Monitoring for TB". Joint Position Statement and Global Solidarity Appeal from TB Communities to all TB Stakeholders. Stop TB Partnership, Bangkok. 1 Nov. 2022. <https://stoptbpartnershiponeimpact.org/statement/v1/>.
132. Barcelona Declaration. Global TB Caucus 2021. <https://www.globaltbcaucus.org/get-involved>
133. Ramírez-Koctong O, Colorado A, Cruzado-Castro L, Marin-Samanez H, y Lecca L. Observatorios sociales nacionales y regional de tuberculosis en ocho países de Latinoamérica y el Caribe Rev Panam Salud Publica. 2022;46:e163. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.163>.
134. Cadre de responsabilisation multisectoriel pour progresser plus vite en vue de mettre fin a la tuberculose (CRM-TB). Report Evaluation de Base Afrique Francophone. 2021. <https://draftb.org/rapport-evaluation-de-base-maf-tb-de-loms-en-afrique-francophone/>.
135. WHO Global Tuberculosis Report. World Health Organization, Geneva. 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>.
136. Djibouti - Annual Country Report 2021. World Food Programme. <https://www.wfp.org/countries/djibouti>.
137. Kasaeva T, Dias HM, Pai M. Fast-tracking progress to End TB: high-level opportunities for investment and action. Lancet 2023; 401(10381): 975-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36958358/>.
138. WHO standard: universal access to rapid tuberculosis diagnostics. World Health Organization, Geneva. 2023. <https://hq.globaltuberculosisprogramme.cmail19.com/t/d-l-zkkihkhk-ihkktiktij-j/>.



Stop TB Partnership
Affected Community
& Civil Society Delegations
Chemin du Pommier 40
1218 Le Grand-Saconnex,
Geneva, Switzerland