

Construcción de la evidencia para dar respuesta a la tuberculosis basada en los derechos, centrada en las personas y con un enfoque transformador de género: un análisis de la Alianza Alto la Tuberculosis sobre la evaluación de la tuberculosis según la comunidad, los derechos y el género.

Brian Citro, Viorel Soltan, James Malar, Thandi Katlholo, Caoimhe Smyth, Ani Herna Sari, Olya Klymenko y Maxime Lunga

Resumen

La respuesta mundial a la tuberculosis (TB) ha experimentado una transformación en los últimos años. Los llamados a un cambio de paradigma han inspirado un nuevo enfoque sobre la importancia de las comunidades, los derechos humanos y el género en la respuesta. Este enfoque ha llevado a nuevos enfoques y herramientas innovadoras para combatir una enfermedad milenaria que todavía afecta a millones de personas cada año. Entre estas herramientas se destaca la evaluación de la comunidad, los derechos y el género (CRG, por sus siglas en inglés) de la Alianza Alto a la Tuberculosis. Los grupos comunitarios y de la sociedad civil contra la TB, en colaboración con los programas nacionales contra la TB y otros, han llevado a cabo la evaluación CRG en 20 países de cuatro regiones. Mediante el uso del marco normativo del derecho a la salud, este artículo analiza la base de evidencia generada por esta evaluación para comprender a las comunidades, los entornos legales y las dinámicas de género en el corazón de la epidemia. Describe una variedad de problemas que salieron a la luz por los resultados de la evaluación, incluido el acceso limitado a los servicios de salud, la discriminación debido a la enfermedad, la falta de protección a la privacidad y el impacto de las normas patriarcales en las mujeres afectadas por la TB. Finalmente, este artículo considera cómo fortalecer la evaluación CRG y cómo los países afectados por la TB y sus donantes y socios técnicos pueden aprovechar sus resultados en línea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la declaración política de la primera Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre Tuberculosis.

Brian Citro, BM, JD, es abogado de derechos humanos e investigador independiente, Chicago, EE. UU.

Viorel Soltan, MPH, MBA, PhD, es jefe del departamento apoyo al país y a la comunidad para crear impacto, en la Alianza Alto a la Tuberculosis, Ginebra, Suiza. James Malar, LLB, BSocSC, LLM, es un funcionario del departamento de programas para la comunidad, los derechos y el género en la Alianza Alto a la Tuberculosis, Ginebra, Suiza.

Thandi Katlholo, BSc (Hons), MPH, es funcionario de programas en Alianza Alto a la Tuberculosis, Ginebra, Suiza.

Caoimhe Smyth, MA, MSc, es funcionario de programas para la comunidad, los derechos y el género en Alianza Alto a la Tuberculosis, Ginebra, Suiza.

Ani Herna Sari, SIP, MMedKom, es candidata al doctorado en ciencias sociales en la Universidad de Airlangga y una sobreviviente de tuberculosis, Surabaya, Indonesia.

Olya Klymenko, BSc, es la presidenta de TBpeople Ucrania, miembro de la Delegación Comunitaria de la Alianza Alto a la Tuberculosis y sobreviviente de tuberculosis, Kiev, Ucrania.

Maxime Lunga, BDD, es el presidente del Club des Amis Damien, miembro de la Delegación Comunitaria de la Alianza Alto a la Tuberculosis y sobreviviente de tuberculosis, República Democrática del Congo.

Sírvase dirigir la correspondencia a Brian Citro. Correo electrónico: bricitro@gmail.com. Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Copyright © 2021 Citro, Soltan, Malar, Katlholo, Smyth, Herna Sari, Klymenko y Lunga. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones y sin fines comerciales, en cualquier medio, siempre que se mencione el autor y la fuente original.

Introducción

La respuesta a la epidemia mundial de tuberculosis (TB) ha sufrido una transformación en los últimos años. Los llamados a un cambio de paradigma han inspirado un nuevo enfoque sobre la importancia de las comunidades, los derechos humanos y el género en la respuesta.¹ Este enfoque ha dado lugar a nuevos enfoques y herramientas innovadoras para combatir una enfermedad milenaria. Entre estos se destaca la evaluación de la comunidad, los derechos y el género (CRG) desarrollada por Alianza Alto a la Tuberculosis (STP, según su sigla en inglés), la alianza mundial de las Naciones Unidas (NU) para poner fin a la TB.² Otros incluyen la iniciativa Derribando Barreras del Fondo Mundial y la Evaluación del Estigma de la TB del STP y el Marco de Monitoreo Liderado por la Comunidad del OneImpact.³

La evaluación CRG es una herramienta de investigación cualitativa que prioriza las experiencias y la participación de las comunidades afectadas por la TB, incluidas las poblaciones clave y vulnerables a la TB. Las poblaciones clave y vulnerables a la TB son grupos con mayor riesgo a contraer TB o que carecen de acceso a los servicios de salud debido a factores biológicos, conductuales, sociales o estructurales. La evaluación CRG también cuestiona y destaca la importancia de los derechos humanos, la ley y el género en la respuesta a la TB. Los grupos comunitarios y de la sociedad civil contra la TB, en colaboración con los programas nacionales para controlar la TB y otros, han llevado a cabo la evaluación CRG en 20 países de cuatro regiones.

El objetivo general de este artículo es examinar la evidencia generada por la evaluación CRG para comprender mejor a las comunidades, los entornos legales y las dinámicas de género en el corazón de la epidemia de TB. En primer lugar, el artículo describe el contexto y los antecedentes de la epidemia mundial de TB y la respuesta, destaca el reciente surgimiento del enfoque comunitario, de derechos humanos y de género, y explica la herramienta de evaluación CRG. Luego, el artículo establece la metodología para el análisis de los resultados de las evaluaciones CRG. A continuación, utiliza el marco normativo del derecho a la salud para analizar los resultados de la evaluación realizada en 20 países, identificando y describiendo una serie de problemas y desafíos comunes. Finalmente, este artículo considera cómo fortalecer la evaluación CRG y cómo los países afectados por la TB y sus donantes y socios técnicos pueden aprovechar sus resultados para poner fin a la TB para el año 2030 de acuerdo con la declaración política de la primera Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre la tuberculosis y otros planes mundiales.

Contexto y antecedentes

La tuberculosis es prevenible y curable. Sin embargo, es una de las principales causas de muerte en todo el mundo.⁴ En 2020, alrededor de 10 millones de personas contrajeron TB y más de 1,5 millones murieron, más de 4000 personas por día (1,3 millones de muertes se produjeron entre personas VIH negativas y 214 000 muertes entre personas VIH positivas).⁵ Más de cuatro millones de personas que se enfermaron de TB (más del 40 % de la incidencia de la enfermedad en 2020) “faltaron”, lo que significa que los programas nacionales de TB no las identificaron.⁶ Aunque algunos de estos “millones de desaparecidos” pueden haberse testeado y haber recibido tratamiento en el sector privado, muchos no fueron diagnosticados ni tratados. Las personas con TB activa que no son diagnosticadas ni tratadas contribuyen a una mayor propagación de la enfermedad.

La carga mundial de TB se distribuye de manera desigual en todo el mundo. Casi el 70 % de todas las personas que enfermaron de TB en 2020 se encontraban en las regiones del Sudeste Asiático (43 %) y África (25 %) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).⁷ Dentro de los países, incluidas las naciones ricas con bajas tasas de incidencia, a menudo los más vulnerables, como las personas sin hogar, los inmigrantes y las minorías raciales y étnicas, tienen un mayor riesgo de contraer TB que otros.⁸

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto devastador en la respuesta a la TB. En mayo de 2020, un consorcio de investigadores dirigido por STP estimó que los confinamientos por COVID-19 y sus recuperaciones posteriores podrían provocar 1,4 millones de muertes adicionales por TB entre 2020 y 2025.⁹ En marzo de 2021, STP informó que los registros de detección y tratamiento de la TB en nueve países que representan el 60% de la carga mundial de TB se redujeron durante la pandemia en 2020 a niveles no vistos desde 2008, una pérdida de 12 años de progreso.¹⁰ En su *Informe mundial sobre la tuberculosis* de 2021, la OMS informó que, si bien la incidencia mundial de la enfermedad se mantuvo casi igual a la de 2019, hubo una caída alarmante en 2020 de la cantidad de personas a las que se les diagnosticó TB recientemente y que fueron registradas en sus sistemas de salud. — de 7,1 millones en 2019 a 5,8 millones en 2020.¹¹

Esto significa que, en comparación con 2019, probablemente más de un millón de personas que se enfermaron de TB el año pasado no fueron diagnosticadas, una disminución del 18% que nos retrotrae al nivel del 2012, ocho años atrás.¹² La OMS también informó un aumento en las muertes por TB de 2019 a 2020 que por primera vez en 15 años, retrocedió cuatro años hasta el nivel de muertes de 2017.¹³

Planes y objetivos mundiales para poner fin a la tuberculosis

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la Estrategia para poner fin a la TB de la OMS y la Declaración de Moscú para poner fin a la TB, y el Plan mundial del STP para poner fin a la TB establecen hitos, metas y compromisos mundiales para poner fin a la epidemia de la TB.¹⁴ El Plan Global para poner fin a la TB, por ejemplo, pide un “cambio de paradigma” y establece tres objetivos centrados en las personas: llegar al menos al 90 % de todas las personas que necesitan tratamiento y prevención para la TB, llegar al menos al 90 % de las personas que viven en poblaciones clave y vulnerables a la TB, y lograr al menos un éxito del 90% en el tratamiento de las personas diagnosticadas con TB o de aquellas elegibles para recibir la terapia preventiva.¹⁵

En 2018, la Asamblea General de las Naciones Unidas celebró la primera reunión de alto nivel sobre la tuberculosis. La reunión produjo una declaración política mediante la cual los jefes de los estados miembros de la ONU se comprometieron a cumplir un conjunto de metas ambiciosas para terminar con la TB para 2030.¹⁶ De acuerdo con los objetivos de desarrollo sostenido (ODSs), la declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la ONU sobre Tuberculosis establece una meta global para tratar con éxito a 40 millones de personas con TB para 2022.¹⁷ La declaración también compromete a los países a priorizar las comunidades, los derechos humanos y el género en sus respuestas nacionales a la enfermedad. Entre otras cosas, los países se comprometieron a proteger y promover el derecho a la salud y el acceso a medicamentos asequibles, apoyar el fin de la estigmatización y la discriminación relacionados con la TB, mejorar el apoyo psicosocial para las personas afectadas por la TB, facilitar la participación significativa de las poblaciones clave y vulnerables a la TB, fortalecer la igualdad de género y garantizar la colaboración multisectorial y la rendición de cuentas en sus respuestas a las enfermedades.¹⁸

Metodología

Este artículo emplea el marco normativo del derecho a la salud para analizar los resultados de las 20 evaluaciones CRG que se enumeran a continuación en la Tabla 1.

La evaluación CRG

El STP comenzó a desarrollar la evaluación CRG en 2015 a través de una serie de talleres globales en los que participaron personas afectadas por la TB, expertos técnicos y representantes de grupos de la sociedad civil y programas nacionales para controlar la TB. La evaluación CRG es uno de los componentes de un conjunto de iniciativas de la STP que promueven la comunidad, los derechos humanos y el género en la respuesta a la TB. Estos incluyen el marco de monitoreo liderado por la comunidad de OneImpact (OneImpact Community-Led Monitoring Framework), la aplicación móvil OneImpact que recopila datos en tiempo real sobre violaciones de derechos humanos y obstáculos para acceder a los servicios especializados en TB, y el fondo de desafío para la sociedad civil (Challenge Facility for Civil Society), un mecanismo de pequeñas subvenciones que apoya a la sociedad civil y los grupos comunitarios en su lucha contra la TB.¹⁹

La evaluación CRG es un proceso participativo de múltiples partes que comprende cuatro etapas principales: (1) inicio, adaptación del protocolo de evaluación y recopilación de datos secundarios; (2) capacitación y recopilación de datos primarios; (3) análisis de datos, validación y redacción de informes; y (4) difusión y planificación de acciones.²⁰ La sociedad civil y los grupos comunitarios lideran el proceso con el apoyo de la STP y de los expertos técnicos. En cada país, la evaluación CRG está sancionada y respaldada por el programa nacional de TB, y los investigadores obtienen autorizaciones éticas cuando es necesario, de acuerdo con

los estándares nacionales. El alcance geográfico de la evaluación suele ser nacional, con un mayor enfoque en jurisdicciones subnacionales importantes, como grandes ciudades o estados o jurisdicciones con altas tasas de TB.

La recopilación de datos secundarios en la evaluación del CRG implica una revisión documental de la literatura sobre salud pública y ciencias sociales y la investigación del aspecto legal y político. La recopilación de datos primarios comprende métodos de investigación cualitativos, que incluyen entrevistas, debates de grupos focales y encuestas.

La evaluación CRG integra tres herramientas previamente separadas: Los datos del marco de acción contra la tuberculosis en poblaciones clave, vulnerables y desatendidas; la herramienta de evaluación de género para las respuestas nacionales al VIH y la tuberculosis; y la evaluación del entorno legal de la tuberculosis. De los 20 países considerados en este artículo, 14 realizaron la evaluación CRG integrada y seis emplearon las herramientas separadas. La Tabla 1 enumera los países, las herramientas que cada país implementó y el nombre de las organizaciones que las implementaron. La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y el Fondo Mundial brindaron apoyo financiero para las 20 evaluaciones.

Tabla 1. Regiones, países, organizaciones ejecutoras y años de las 20 evaluaciones CRG

África	Europa del Este y Asia Central
1. Benín (IA 2020), <i>COBCUS</i> 2. Camerún (IA 2020), <i>FIS Camerún</i> 3. República Democrática del Congo (IA 2018), <i>Club des Amis Damien</i> 4. Kenia (GA 2018, KVP 2018, LEA 2018), <i>KELIN</i> 5. Mozambique (IA 2020), <i>AMIMO</i> 6. Níger (IA 2020), <i>SongES Níger</i> 7. Nigeria (GA 2019, KVP 2019, LEA 2018), <i>Centro de Comunicación para el Desarrollo, Clínica Internacional de Derechos Humanos de la Facultad de Derecho de la Universidad de Chicago</i> 8. Sudáfrica (IA 2019), <i>Asistencia médica por TB HIV</i> 9. Tanzania (GA 2019, KVP 2018, LEA 2017), <i>EANNASO</i>	13. Georgia (IA 2020), <i>Nuevo Vector, Centro PAS</i> 14. Kazajstán (IA 2020), <i>Unión Kazaja de Personas que Viven con el VIH, Centro PAS</i> 15. Kirguistán (GA 2016, LEA 2016), <i>Samanta Sokolowski, Nonna Turusbekova</i> 16. Tayikistán (IA 2020), <i>Género y Desarrollo, Red Legal Canadiense de especializada en VIH/SIDA</i> 17. Ucrania (GA 2018, KVP 2018, LEA 2018), <i>Alianza para la Salud Pública, Alianza Alto a la Tuberculosis, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo</i>
Asia Meridional	Sudeste Asiático
10. Bangladés (IA 2018), <i>BRAC</i> 11. India (GA 2018, KVP 2018, LEA 2018), <i>REACH</i> 12. Pakistán (IA 2018), <i>APLHIV Pakistán</i>	18. Camboya (GA 2017, KVP 2017), <i>KHANA</i> 19. Indonesia (IA 2020), <i>Fundación Spiritia</i> 20. Filipinas (IA 2019), <i>LOGRAR</i>

Nota: IA = evaluación CRG integrada; GA = herramienta de evaluación de género para las respuestas nacionales al VIH y la tuberculosis; KVP = datos para el marco de acción contra la tuberculosis en poblaciones clave, vulnerables y desatendidas; LEA = evaluación del entorno legal de la tuberculosis. Los años se refieren al año en que se publicó el informe de cada país. Los nombres en cursiva corresponden de las organizaciones o personas que realizaron las evaluaciones.

El marco del derecho a la salud

El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos ha enfatizado el papel del marco del derecho a la salud para “alinearse la ley y las políticas con los derechos humanos, haciendo operativo el compromiso de no dejar a nadie atrás, [y promoviendo] la rendición de cuentas y la participación” para lograr los ODS relacionados con la salud.²¹ El contenido del marco del derecho a la salud se deriva del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el organismo que supervisa la implementación del pacto por parte de los estados.²² El mandato del Relator Especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental también produce informes y otros materiales que contribuyen al desarrollo normativo del marco del derecho a la salud.²³ Académicos, instituciones internacionales y la sociedad civil y los grupos comunitarios también han

contribuido al desarrollo conceptual de un enfoque de la TB basado en los derechos humanos, aplicando y extendiendo el marco del derecho a la salud establecido en el derecho internacional. En 2000, STP, entonces organizado por la OMS, identificó el “establecer la TB como un problema de derechos humanos” como el desafío número uno para el año siguiente y publicó una guía normativa sobre un enfoque de la enfermedad basado en los derechos.²⁴ En los años siguientes, académicos y médicos examinaron y debatieron más a fondo el papel de los derechos humanos en la respuesta a la TB.²⁵ En 2016, esta revista publicó una sección especial sobre TB y el derecho a la salud en la que los académicos consideraron, entre otros temas, el acceso a nuevos medicamentos para la TB multirresistente, el encarcelamiento de personas con TB y la TB en poblaciones vulnerables.²⁶ En 2019, TBpeople, un grupo mundial de personas afectadas por la TB, publicó la Declaración de los derechos de las personas afectadas por la TB con el apoyo de la STP.²⁷ En 2020, la Coalición Mundial de Activistas contra la Tuberculosis, en colaboración con la Facultad de Derecho Pritzker de la Universidad de Northwestern y la STP, publicó un informe técnico para los responsables de la formulación de políticas y los implementadores de programas titulado *Activating a Human Rights-Based Tuberculosis Response (Cómo Activar una respuesta contra la tuberculosis basada en los derechos humanos)*.²⁸

Este artículo se basa en siete dimensiones del marco del derecho a la salud: (1) disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (AAAQ); (2) no discriminación e igualdad de trato; (3) libertades relacionadas con la salud; (4) perspectiva de género; (5) grupos vulnerables y marginados; (6) participación; y (7) recursos y rendición de cuentas.

Los derechos consagrados en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que incluyen el derecho a la salud, generalmente están sujetos a una realización progresiva debido a las limitaciones de recursos de los estados.²⁹ Esto significa que los estados no están legalmente obligados a llevar a cabo la totalidad de las acciones para el derecho a la salud de forma inmediata. En cambio, deben “tomar medidas... hasta el máximo de [sus] recursos disponibles” para poder garantizar progresivamente el derecho a la salud “por todos los medios apropiados, incluida... la adopción de medidas legislativas”.³⁰ Sin perjuicio de la obligación de una realización progresiva, el derecho a la salud impone ciertas obligaciones a los estados que son de efecto inmediato. Estas incluyen las obligaciones de garantizar que todos disfruten del derecho por igual sin discriminación de ningún tipo y de tomar medidas “deliberadas, concretas y dirigidas” hacia la plena realización del derecho.³¹

La dimensión AAAQ del marco del derecho a la salud abarca el derecho a instalaciones, bienes y servicios de salud física y mental que estén disponibles, sean accesibles, aceptables y de buena calidad. La disponibilidad requiere que estas instalaciones, bienes y servicios estén disponibles en “cantidad suficiente” en el país.³² La accesibilidad incluye la no discriminación y la accesibilidad física, económica y a la información.³³ La aceptabilidad requiere que las instalaciones, bienes y servicios de salud sean culturalmente adecuados, sensibles a los requisitos de género y de ciclo de vida, y respetuosos de la ética médica, incluida la confidencialidad.³⁴ La calidad requiere que sean “científica y médicamente apropiados” y administrados por trabajadores de la salud calificados.³⁵

La dimensión de no discriminación e igualdad de trato comprende la prohibición de la discriminación en la atención sanitaria y los factores determinantes de la salud, y una dimensión positiva que requiere que los estados “proporcionen a quienes no tienen los medios suficientes... seguro médico e instalaciones para el cuidado de la salud”.³⁶

Las libertades relacionadas con la salud incluyen los derechos a la privacidad, a la confidencialidad y a estar libre de tratamiento médico no consentido (es decir, el derecho a consentimiento informado), así como las

libertades de asociación, reunión y circulación.³⁷

La dimensión de la perspectiva de género del marco del derecho a la salud abarca la obligación de los estados de “integrar una perspectiva de género en sus políticas, planes, programas e investigaciones relacionados con la salud”, incluido el desglose de los datos de salud por sexo.³⁸ Este artículo también incluye las preocupaciones de salud de las personas transgénero en el ámbito de la perspectiva de género.³⁹

La dimensión de grupos vulnerables o marginados comprende la obligación de los estados de “prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados” en el proceso y contenido de sus estrategias y planes de acción de salud pública y garantizar que los trabajadores de la salud estén “capacitados para reconocer y dar respuestas a las necesidades específicas de los grupos vulnerables o marginados”.⁴⁰

La dimensión de participación representa el derecho de las comunidades afectadas a participar “en todas las decisiones relacionadas con la salud a nivel comunitario [y] nacional...”.⁴¹

La dimensión de los recursos y la rendición de cuentas del marco del derecho a la salud encarna la importancia de la rendición de cuentas y los recursos efectivos para reparar las violaciones de los derechos humanos relacionados con la salud, habilitados por tribunales y mecanismos no judiciales a nivel nacional e internacional.⁴²

Metodología de Análisis

Este artículo analiza los informes nacionales de la evaluación CRG de los 20 países enumerados en la Tabla 1.⁴³ Los informes nacionales contienen los hallazgos y recomendaciones de la investigación de la evaluación CRG. Las organizaciones de la sociedad civil, los grupos comunitarios y los expertos técnicos que realizan la evaluación redactan los informes de los de sus respectivos países. Los programas nacionales para controlar la TB y otras partes interesadas locales brindan información, revisan y validan los hallazgos y recomendaciones en cada informe antes de su publicación. Los autores de este artículo participaron en varias etapas del desarrollo de la evaluación CRG, la realización de las evaluaciones y la redacción de algunos de los informes de los países.

Como se detalla en la Tabla 1, los informes de los países se publicaron entre 2018 y 2021 (excepto Kirguistán, que se publicó en 2016). Notamos que algunas de las circunstancias relevantes en los países involucrados pueden haber cambiado desde su publicación. También notamos que las organizaciones y personas que realizaron la evaluación CRG adoptaron diferentes enfoques en cada país, centrándose en diversos problemas y preocupaciones. Las capacidades de los investigadores también fueron variadas y se desarrollaron con el tiempo, ya que las evaluaciones posteriores se beneficiaron del conocimiento y la experiencia de los esfuerzos anteriores.

Para realizar nuestro análisis de los hallazgos de la evaluación CRG, primero leímos el informe de cada país en su totalidad. Luego nos enfocamos en las secciones que contenían los hallazgos de la investigación para identificar las cuestiones específicas asociadas con las siete dimensiones del marco del derecho a la salud. Luego utilizamos varias búsquedas por palabras clave en cada dimensión para encontrar información relevante dentro de los informes de los países.

Documentamos nuestros hallazgos con citas precisas de los informes de los países en 20 tablas con siete

columnas para las dimensiones del marco del derecho a la salud. Compartimos estas tablas con las organizaciones implementadoras que redactaron los informes de los países que las revisen y las validen. Las 20 organizaciones implementadoras proporcionaron información y revisamos las tablas cuando fue necesario. Luego analizamos las tablas, una dimensión a la vez para identificar problemas comunes a todos los países en los resultados de la evaluación CRG. Finalmente, enumeramos los problemas comunes bajo las dimensiones correspondientes del marco del derecho a la salud y contamos la cantidad de países que informaron cada uno de los problema que aparecieron en los resultados de la evaluación. Las tablas y listas de problemas comunes están disponibles a pedido de los autores.

Limitaciones

Tanto el análisis de este artículo como la herramienta de evaluación CRG están sujetos a limitaciones. Nuestro análisis de los informes de países producidos por la evaluación CRG estuvo sujeto a dos limitaciones. Primero, un grado de inconsistencia terminológica en los informes de los países debilitó la efectividad de las búsquedas por palabras clave para identificar problemas asociados con las dimensiones del marco del derecho a la salud. En segundo lugar, los informes de cuatro países están redactados en idiomas distintos del inglés: Benin (francés), Camerún (francés), Níger (francés) y Tayikistán (ruso). Utilizamos un proceso de tres pasos para abordar esta limitación. Primero, usamos Google Translate para traducir todo el documento, luego de lo cual realizamos nuestro análisis en la traducción al inglés. En segundo lugar, realizamos búsquedas por palabras clave en el idioma original y luego usamos Google Translate para traducir los pasajes específicos en los que aparecían las palabras clave. Tercero, involucramos a los autores de los informes para debatir o solicitar traducciones de pasajes específicos en los que se ubicaron palabras clave o que eran de interés según nuestro análisis de la traducción al inglés.

La herramienta de evaluación CRG está sujeta a cuatro limitaciones principales. Primero, aunque la evaluación generalmente empleó un conjunto uniforme de metodologías de investigación cualitativa, como se describió anteriormente, hubo algunas variaciones en las metodologías utilizadas por los distintos países. Algunas evaluaciones se basaron más en entrevistas y grupos focales que otras, algunas realizaron encuestas informales de las partes interesadas y otras se centraron más en la investigación y el análisis de escritorio. En segundo lugar, también hubo una variación significativa en la naturaleza de las disciplinas y los niveles de experiencia, capacitación y educación entre las personas que realizaron las evaluaciones y redactaron los informes de cada país. Por ejemplo, algunos investigadores y autores eran abogados, mientras que otros se formaron en ciencias sociales sin educación jurídica. En tercer lugar, las 20 evaluaciones CRG en su conjunto se centraron más en ciertas cuestiones, marcos conceptuales y dimensiones del marco del derecho a la salud que en otros. Entre estas cuestiones menos consideradas se encuentran el Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) para la TB, la protección social y el apoyo psicosocial para las personas afectadas por la TB, la participación de las personas afectadas por la TB en la respuesta a la enfermedad, la disponibilidad de y accesibilidad a, los recursos y la rendición de cuentas en la respuesta, y el marco normativo transformador de género. Finalmente, si bien la participación multisectorial fue una característica del proceso en los 20 países, hubo, no obstante, diversos niveles de participación por parte de ciertas partes interesadas, como los programas nacionales de TB, los médicos especialistas en TB y las comunidades afectadas por la TB.

Análisis de la evaluación CRG

Esta sección analiza los resultados de la evaluación CRG de los 20 países de conformidad con las siete dimensiones del marco del derecho a la salud.

Disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad

La evaluación CRG reveló una variedad de desafíos e inquietudes de AAAQ. La estigmatización y la discriminación que sufren las personas afectadas por TB por parte de los trabajadores de la salud, un problema de aceptabilidad observado en 16 países, es el problema identificado con mayor frecuencia. La falta de privacidad y confidencialidad en las clínicas y los servicios de salud especializados en TB, otro problema de aceptabilidad, es la segunda preocupación más común, que se encuentra en 15 países. Las distancias prohibitivamente largas hasta las clínicas especializadas en TB, un desafío de accesibilidad física, aparece en los resultados de la evaluación en 12 países. En 11 países, la evaluación descubrió problemas de aceptabilidad al tratamiento estándar de la TB, en particular a la duración del tratamiento, a los efectos secundarios del tratamiento y a la naturaleza del TAES, todos los cuales también conllevan problemas de calidad. El escaso conocimiento y la falta de acceso a la información sobre la enfermedad de la TB y los servicios de salud de TB son los principales problemas de accesibilidad a la información, destacados en 11 y 10 países, respectivamente. La evaluación CRG reveló además la disponibilidad limitada de trabajadores de la salud capacitados en TB en los centros especializados en TB, en la atención primaria de salud y en otras clínicas, y en las prisiones en 10 países.

Problemas adicionales de disponibilidad que incluyen la falta de disponibilidad o disponibilidad limitada de servicios de apoyo al tratamiento de la TB, en particular asesoramiento y otros cuidados de salud mental, se encuentran en nueve países. En siete países, la evaluación destacó la disponibilidad limitada de métodos rápidos de diagnóstico molecular para la TB que son más rápidos y precisos que la baciloscopia de frotis de esputo tradicional y detectan la resistencia a los medicamentos antituberculosos de primera línea. Los hallazgos de la evaluación en siete países revelan desabastecimiento de medicamentos de primera línea para la TB. En cuatro países, la evaluación identificó la falta de integración de la atención de la TB con la atención del VIH y la diabetes y la terapia de sustitución de opiáceos como un desafío en el nivel de atención primaria de la salud.

Las principales barreras de accesibilidad económica observadas en ocho países son los pagos en efectivo de las pruebas de TB y los gastos incidentales asociados con el tratamiento de la TB, sobre todo los costos de transporte a clínicas para realizarse el TAES obligatorio en las instalaciones. Los dos principales desafíos de falta de accesibilidad por discriminación que identificó la evaluación CRG son el trato discriminatorio que sufren las poblaciones clave y vulnerables a la TB en cuanto a la atención médica en siete países y las barreras administrativas discriminatorias para acceder a los servicios de salud en cinco países de Europa del Este y Asia Central. Este último incluye requisitos de residencia e identificación para acceder a los servicios de salud especializados en TB, que impactan en las poblaciones móviles, los desplazados internos y las personas con antecedentes de encarcelamiento. Finalmente, los hallazgos de la evaluación en cinco países destacan la falta de acceso al apoyo nutricional durante el tratamiento de la TB como una preocupación importante.

Diez países identificaron desafíos de aceptabilidad adicionales relacionados con problemas operativos, que incluyen horarios limitados, largos tiempos de espera y hacinamiento en las clínicas especializadas en TB. Estos problemas operativos también conllevan problemas de accesibilidad y calidad.

El principal problema de calidad identificado en los hallazgos de la evaluación CRG es la disponibilidad limitada de trabajadores de la salud capacitados en TB en 10 países (mencionado anteriormente como un problema de disponibilidad). Los hallazgos en siete y seis países, respectivamente, también destacan el diagnóstico erróneo o tardío y el tratamiento inadecuado de las personas con TB como principales preocupaciones de calidad.

No discriminación e igualdad de trato

La discriminación y la estigmatización de las personas afectadas por la TB se reiteran constantemente en los resultados de la evaluación CRG. En 18 de los 20 países, la evaluación reveló que las personas afectadas por la TB experimentan discriminación en la atención sanitaria, no sólo cuando buscan atención para la TB, sino también en los centros de atención primaria de la salud. Los hallazgos en 15 países muestran que las personas afectadas por la TB experimentan discriminación laboral tanto por parte de los empleadores como de los compañeros de trabajo. En 11 países, los hallazgos reflejan discriminación y estigmatización de las personas afectadas por la TB en las familias y comunidades. En el contexto familiar, los resultados de la evaluación indican que las mujeres afectadas por la TB suelen divorciarse o ser abandonadas debido a su experiencia con la enfermedad. Los hallazgos en seis países llaman la atención sobre cómo los niños y jóvenes afectados por TB experimentan discriminación en la educación, tanto en la escuela como en la educación superior.

Sorprendentemente, a pesar de la evidencia de discriminación generalizada contra las personas afectadas por la TB, la evaluación CRG revela que solo un país prohíbe explícitamente en una ley la discriminación relacionada con la TB. Los otros 19 países carecen de prohibiciones legales para evitar la discriminación contra las personas afectadas por la TB. Los hallazgos destacan además que la ley y las políticas que rigen la respuesta a la TB en dos países contienen terminología estigmatizante y discriminatoria. Sin embargo, los hallazgos de la evaluación identifican leyes o decretos ejecutivos en algunos países que abordan algunos aspectos de la discriminación contra las personas con TB, incluso en el empleo. En un país, la evaluación encontró que las personas afectadas por la TB han recurrido a los tribunales para combatir la discriminación laboral con cierto éxito utilizando la constitución y otras leyes relacionadas con el empleo.

Libertades relacionadas con la salud

La falta de protección a la privacidad y la confidencialidad de las personas afectadas por la TB en la legislación, las políticas y la práctica es el principal desafío para las libertades relacionadas con la salud que se identificó en los resultados de la evaluación CRG. Dieciocho países destacaron varios tipos de preocupaciones sobre la privacidad. Estos incluyen la falta de privacidad y las violaciones de la confidencialidad en la atención médica que desalientan la concurrencia a los servicios de prueba y tratamiento especializados en TB y dificultan la adherencia al tratamiento. La evaluación reveló que la mayoría de los países no cuentan con leyes o políticas que reconozcan y protejan específicamente el derecho a la privacidad de las personas afectadas por la TB; sin embargo, algunos países tienen leyes que protegen la confidencialidad en la atención médica en general. Los hallazgos en varios países destacan las preocupaciones de privacidad relacionadas con las actividades de salud pública en torno a la TB, que incluyen los procedimientos de rastreo de contactos y la notificación de enfermedad. La evaluación también descubrió que la infraestructura y los procedimientos operativos de las clínicas especializadas en TB afectan la privacidad por el uso de carteles exteriores e interiores y por las prácticas en las salas de espera.

Los resultados de la evaluación CRG en 13 países también destacan las preocupaciones sobre el aislamiento y la hospitalización involuntaria de personas con TB. Los hallazgos revelan que la mayoría de estos países no cuentan con leyes o políticas que establezcan las circunstancias, procedimientos o protecciones en cuanto al aislamiento de las personas con TB. Por el contrario, algunos tienen leyes que autorizan ampliamente la cuarentena u hospitalización obligatoria de personas con TB y otras enfermedades infecciosas, en discordancia con la *Ethics Guidance for the Implementation of the End TB Strategy (Guía de Ética para la Implementación de la Estrategia Fin de la TB)* de la OMS.⁴⁴ En dos países de África Oriental, las evaluaciones descubrieron que era común el arresto, la detención o el encarcelamiento arbitrarios de personas con TB o TB multirresistente por suspender el tratamiento o por representar una amenaza para la salud pública.

Las evaluaciones en seis países revelaron que la ley o la política permiten la prueba o el tratamiento forzoso de las personas afectadas por la TB. En cuatro países, las evaluaciones destacaron la falta de protección del derecho al consentimiento informado para el tratamiento y las pruebas de TB o durante la recopilación de datos personales de salud con fines de salud pública.

La evaluación CRG en nueve países descubrió que las leyes penales imponen restricciones al acceso a los servicios de salud para las personas afectadas por la TB, incluidas las poblaciones clave y vulnerables a la TB. Estos hallazgos revelan que las leyes que penalizan el uso personal de drogas, el trabajo sexual comercial y la conducta sexual entre personas del mismo sexo desalientan el comportamiento de búsqueda de atención médica entre las personas afectadas por la TB. En dos países, los resultados resaltan además que las leyes nacionales y subnacionales tipifican como delito la transmisión de la TB.

Perspectiva de género

Los resultados de la evaluación CRG arrojan nueva luz sobre el papel del género en la epidemia y la respuesta a la TB. El problema principal que surge en 13 países es el impacto de las normas sociales y culturales patriarcales, incluso en torno a los roles domésticos de género y las finanzas del hogar. Estos hallazgos indican que las normas patriarcales limitan la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones relacionadas con la salud, impiden su acceso a los centros de salud especializados en TB y aumentan su vulnerabilidad a infectarse y contraer la enfermedad de TB. Los hallazgos en 12 países revelan además que las mujeres afectadas por la TB sufren estigmatización y discriminación más frecuentemente o más intensamente que los hombres en sus familias y comunidades, lo que suele conducir al abuso, la violencia de género, el divorcio o el abandono.

Tres países también encontraron que las mujeres carecen de acceso a la información y tienen menos conocimientos que los hombres acerca de la enfermedad de TB y los servicios de salud especializados en TB.

En 10 países, los hallazgos de la evaluación CRG muestran que los hombres afectados por la TB también enfrentan desafíos específicos. Los hombres experimentan mayores riesgos de exposición a la infección de TB, acceso reducido a los servicios de salud especializados en TB y mayores tasas de mortalidad por TB debido a una serie de factores, que incluye inseguridad laboral, exposición ocupacional, migración laboral, nociones de masculinidad y factores sociales y de comportamiento como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol y el consumo problemático de drogas.

En siete países, la evaluación CRG encontró que las personas transgénero y las trabajadoras sexuales afectadas por la TB y otros miembros de las poblaciones clave y vulnerables a la TB también enfrentan

desafíos únicos al usar el sistema de salud debido a su género y otras circunstancias relacionadas con el género.

La evaluación CRG descubrió importantes brechas programáticas, legales y políticas relacionadas con el género en las respuestas nacionales a la TB en 12 países. Estas incluyen la falta de una prohibición legal de discriminación basada en el género en la atención sanitaria y la falta de consideración del papel del género en los programas, políticas, directrices y marcos de monitoreo y evaluación de la TB. Los hallazgos en ocho países resaltan aún más la disponibilidad limitada o la falta de servicios sanitarios especializados en TB que sean sensibles al género, lo que incluye a las personas transgénero, debido, entre otras cosas, a la falta de capacitación que tienen los trabajadores de la salud especializados en TB, en lo que respecta a la sensibilización en cuestiones de género. Ocho países también identificaron la falta de datos epidemiológicos y de otro tipo sobre la TB desglosados por género, incluidas las personas transgénero, como una preocupación programática crítica.

Grupos vulnerables y marginados

La identificación de grupos que son especialmente vulnerables a infectarse o enfermarse de TB o de aquellos que enfrentan impedimentos para acceder a los servicios de salud especializados en TB es un componente específico de la evaluación CRG. La evaluación en cada país identifica estos grupos a través de una combinación de investigación y consenso entre las partes interesadas a nivel nacional. En los 20 países, la evaluación CRG identificó nuevas poblaciones clave y vulnerables a la TB a las que darles prioridad que no habían sido reconocidas anteriormente por los programas nacionales de TB. La Tabla 2 presenta un recuento de las únicas 26 poblaciones clave y vulnerables a la TB que fueron identificadas durante la evaluación CRG en los 20 países de este análisis.

Los hallazgos de la evaluación en 16 países también destacan varias brechas y barreras programáticas, legales y políticas que impactan negativamente a las poblaciones clave y vulnerables a la TB. Estos incluyen la ausencia de políticas, programas y recursos dedicados en los programas nacionales para controlar la TB que reconozcan y prioricen a estas poblaciones en las respuestas nacionales a la enfermedad. En relación con esto, los hallazgos en siete países revelan que los programas nacionales de TB no recopilan ni desglosan de manera efectiva los datos de las poblaciones clave y vulnerables a la TB para comprender sus tamaños, ubicaciones y vulnerabilidades distintivas. En 10 países, los hallazgos revelan que las leyes y políticas penales o administrativas y el miedo a la aplicación de la ley desalientan el uso de los servicios de salud especializados en TB en estas poblaciones, como ocurre con las personas que usan drogas, las trabajadoras sexuales, los inmigrantes indocumentados y las personas con un historial de encarcelamiento. Los hallazgos de la evaluación en seis países destacan además que la falta de integración de los servicios de salud para las personas afectadas por la TB que además viven con el VIH, que consumen drogas o que tienen diabetes los desalienta a usar los servicios de salud especializados en TB.

Participación

Los resultados de la evaluación CRG exponen la poca movilización y participación significativa de las personas afectadas por la TB y de las poblaciones clave y vulnerables a la TB en las respuestas nacionales a la TB en la mayoría de los 20 países objeto de este análisis. El hecho de que los informes de cuatro países no aborden en absoluto la participación subraya esta situación. Los informes de los otros 16 países no

abordan la participación en la misma medida ni con tanto detalle como los otros temas examinados en este artículo.

No obstante, los hallazgos en 10 de los 16 países que consideran la participación resaltan la poca cantidad de grupos comunitarios y de la sociedad civil que trabajan para controlar la TB, la influencia limitada que ejercen esos grupos y el limitado apoyo financiero y de otro tipo que reciben para facilitar su participación significativa en la respuesta a la TB. Los hallazgos en ocho países revelan además que los programas nacionales para controlar la TB no logran involucrar de manera significativa a las personas afectadas por la TB en el diseño, la implementación, el seguimiento y la evaluación de políticas y programas para controlar la TB. Las evaluaciones en dos países descubrieron que las brechas o barreras que existen en la ley y la política dificultan la participación significativa de las comunidades afectadas por la TB. Estas brechas incluyen la falta de una legislación que reconozca el derecho de las personas afectadas por la TB a participar en los procesos de toma de decisiones en materia de salud.

Recursos y rendición de cuentas

Los hallazgos de la evaluación CRG revelan que las personas afectadas por la TB tienen un acceso limitado a la justicia y a los mecanismos de rendición de cuentas en la respuesta a la TB. El hecho de que los informes de tres países no aborden las preocupaciones relacionadas con los recursos y la rendición de cuentas destaca este problema. En 10 de los 17 países que consideran el tema, las evaluaciones encontraron que ni la ley ni la política establecen derechos o mecanismos legales exigibles judicialmente para que las personas afectadas por la TB busquen una reparación por las violaciones a sus derechos y por otros asuntos legales (10). Los informes de estos países señalaron una variedad de problemas para los cuales los recursos y la rendición de cuentas estaban fuera del alcance. Estos incluyen la discriminación para conseguir empleo y para recibir atención en los centros asistenciales, las violaciones a los derechos a la privacidad y la confidencialidad, la denegación de acceso a los servicios de salud y de compensación por la exposición ocupacional a la TB, incluso para los trabajadores de la salud.

La evaluación en nueve países descubrió que las personas afectadas por la TB no tienen acceso a la justicia debido a la ausencia o disponibilidad limitada de servicios de asistencia legal. Los hallazgos en ocho países destacan que el uso limitado de los tribunales por parte de las personas afectadas por la TB se debe a los bajos niveles de conocimientos jurídicos básicos y de los derechos legales.

Dos países específicamente mencionaron la necesidad de tener acceso a otras alternativas al litigio, como es el caso de la resolución alternativa de disputas y la mediación, para que las personas afectadas por la TB puedan obtener una reparación y promover la rendición de cuentas por violaciones a sus derechos de manera más fácil, rápida y económica.

Los hallazgos de la evaluación CRG en dos países enfatizan la falta de responsabilidad por las muertes a causa de TB prevenibles, el tratamiento médico inadecuado de las personas con TB y otros problemas de negligencia grave que sufren las personas afectadas por la TB, incluso en las cárceles. Los hallazgos en tres países llaman la atención sobre las leyes penales que actúan como elementos de disuasión inapropiados e ineficaces o interfieren con el acceso a los recursos que tienen las personas afectadas por la TB. Los informes de dos países afirman que la ley no debería tipificar como delito el hecho de que los médicos, químicos u otros trabajadores de la salud no notifiquen los casos de TB. En cambio, los informes recomiendan que los programas nacionales de TB usen incentivos para promover la notificación de la enfermedad entre los trabajadores de la salud, particularmente en el sector privado. Los resultados de la evaluación en otro país

revelan que las leyes que penalizan el uso de drogas desalientan a las personas que usan drogas a buscar asistencia legal para obtener reparaciones por las violaciones de los derechos relacionados con la TB por temor a la aplicación de la ley.

Tabla 2. Poblaciones clave y vulnerables a la TB identificadas en la evaluación CRG para recibir prioridad en las respuestas nacionales a la TB

	Población clave y vulnerable a la TB	# de países que identifican a esta población
1.	Reclusos y personas con antecedentes de encarcelamiento	18
2.	Personas que viven con el VIH	15
3.	Migrantes, refugiados, desplazados internos y otras poblaciones móviles	14
4.	Personas que consumen drogas y personas que se inyectan drogas	13
5.	Trabajadores sanitarios y hospitalarios.	8
6.	Niños	7
7.	Personas con diabetes	7
8.	Pobres urbanos y personas que viven en barrios marginales	7
9.	Personas de edad avanzada	6
10.	Mineros y personas con silicosis	6
11.	Contactos de personas con TB	4
12.	Las personas que fuman	3
13.	Campeños y pescadores	3
14.	Personas sin hogar y personas que viven en la calle	2
15.	Mujeres embarazadas y madres	2
16.	Pobres de las zonas rurales	2
17.	Trabajadores sexuales	2
18.	Minorías étnicas	1
19.	Pueblos indígenas	1
20.	Hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres	1
21.	Personal militar	1
22.	Personas con dependencia del alcohol	1
23.	Las personas con discapacidad	1
24.	Personas con problemas de salud mental	1
25.	Curanderos.	1
26.	Personas transgénero	1

Discusión y camino a seguir

La declaración política de la primera Reunión de Alto Nivel de la ONU sobre Tuberculosis contiene compromisos pioneros de los estados miembros de la ONU para priorizar las comunidades, los derechos humanos y el género en la respuesta a la TB.⁴⁵ Enmarcados por una promesa de “proteger[] y cumplir[] los derechos humanos y la dignidad de todas las personas”, estos compromisos fortalecen y amplían los compromisos de derechos humanos preexistentes en la Estrategia Fin de la TB de la OMS, la Declaración de Moscú de la OMS, y el Plan Global de la STP para Terminar con la TB.⁴⁶ Los hallazgos de la evaluación CRG constituyen la evidencia más sólida disponible para reflexionar sobre estos compromisos, revisar las prioridades estratégicas y aumentar las inversiones en comunidades, derecho humanos y de género.

Figura 1. Problemas identificados por la evaluación CRG en 10 o más países



Los hallazgos de la evaluación CRG examinados en este artículo destacan un amplio espectro de desafíos y oportunidades. A pesar de la considerable diversidad entre los problemas, como lo demuestra la Figura 1, existe una superposición significativa de desafíos compartidos por los 20 países y las cuatro regiones. Por ejemplo, el 90% de las evaluaciones encontró que las personas afectadas por la TB sufren estigmatización y discriminación en los centros de salud. El setenta y cinco por ciento de las evaluaciones revelaron que las personas afectadas por la TB sufren discriminación laboral. A pesar de esto, el 95% de los países de este artículo no prohíben explícitamente, mediante una ley, la discriminación contra las personas afectadas por la TB. Los resultados de la evaluación en el 90% de los países destacan varios problemas de privacidad, que incluyen las violaciones de la confidencialidad que desalientan el uso de los servicios de salud especializados en TB. En el 65 % de los países, los resultados de la evaluación indican que las normas patriarcales tienen un impacto negativo en el acceso de las mujeres a los servicios de salud especializados en TB y aumentan su vulnerabilidad a infectarse o enfermarse de TB. Estos notables hallazgos arrojan nueva luz sobre los desafíos que a menudo se pasan por alto y que son fundamentales para cumplir los compromisos mundiales para poner fin a la TB para 2030.

Este año, la OMS publicó una lista actualizada de países con altas cargas de TB, coinfección TB/VIH o TB resistente a múltiples fármacos/rifampicina.⁴⁷ Más de 30 de estos países con alta carga aún no han realizado la evaluación CRG. En 2020, la Delegación de Comunidades Afectadas de la STP y las Delegaciones de ONG de Países Desarrollados y en Desarrollo pidieron a todos los países con carga alta que realicen la evaluación CRG y desarrollen planes de acción nacionales presupuestados con presupuestos detallados y marcos de

monitoreo y evaluación para comunidad, derechos humanos, y género para 2022.⁴⁸ Recomendaron que los países integren los resultados de la evaluación en sus planes estratégicos nacionales para controlar la TB de modo de establecer objetivos relevantes y establecer prioridades de intervención y financiamiento a nivel nacional. Las delegaciones de la STP recomendaron además que la realización de la evaluación y del plan de acción nacional correspondiente sean requisitos previos para que los países obtengan subvenciones del Fondo Mundial y otros donantes.⁴⁹ En concordancia con estas recomendaciones, la evaluación CRG ya ha dado lugar a planes de acción nacionales presupuestados para la comunidad, los derechos humanos y el género en Bangladesh, la República Democrática del Congo, India, Nigeria y Tanzania, y se espera que se produzcan procesos similares en la mayoría de los otros países objeto de este artículo.⁵⁰

Los hallazgos de la evaluación CRG representan un llamado a la acción para que los donantes y los socios técnicos den prioridad a la comunidad, los derechos humanos y al género en sus prioridades programáticas y de inversión contra la TB. Estas instituciones incluyen la OMS, STP, el Fondo Mundial, otros donantes multilaterales, donantes bilaterales, organizaciones internacionales y fundaciones filantrópicas. El Programa Mundial contra la Tuberculosis de la OMS debe incorporar los resultados de la evaluación CRG a las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, a su influyente *Informe mundial anual sobre la tuberculosis* y a las guías normativas, y el Marco de rendición de cuentas multisectorial de la OMS para acelerar el progreso hacia el fin de la tuberculosis para 2030.⁵¹

Como el mayor donante internacional para la lucha contra la TB, el Fondo Mundial debería aprovechar los hallazgos de la evaluación CRG para aumentar su apoyo financiero a las intervenciones comunitarias, de derechos humanos y de género en contra de la TB a través de mecanismos de financiación establecidos mediante la promoción indicadores de derechos humanos y de género monitoreados y desarrollados por la acción de comunidad de TB.⁵² Esto último podría habilitarse dentro del marco estratégico 2021 del Fondo Mundial y la guía operativa e incentivarse como requisitos previos para obtener las subvenciones nacionales para la lucha contra la TB basadas en el indicador de estigma en el Marco de desempeño del Fondo Mundial.⁵³

La STP patrocinada por la ONU debe mejorar la herramienta de evaluación CRG de acuerdo con las sugerencias de este artículo (ver más abajo) y buscar un mayor apoyo de los donantes para su programa de subvenciones Challenge Facility for Civil Society (Fondo de desafío para la sociedad civil). Entre otras cosas, este programa financia a la comunidad de TB y a grupos de la sociedad civil para realizar la evaluación del CRG e implementar y monitorear las recomendaciones de la evaluación.⁵⁴ STP también debe incluir los hallazgos de la evaluación del CRG en su próximo Plan Global para Terminar con la TB: 2023–2030 y las próximas versiones de los informes de *Gobernanza de los Programas de lucha contra la TB* y de *Compromisos de TB vs. Realidades de TB* antes de la próxima Reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre la tuberculosis a celebrarse en 2023.⁵⁵

A medida que más países, incluidos los que se encuentran en las nuevas listas de alta carga de la OMS, se centren en la comunidad, los derechos humanos y el género, STP y sus socios deberán fortalecer la herramienta de evaluación del CRG y promover una mayor coherencia en los informes de país que produce. Del análisis de este artículo surgieron seis ideas concretas para fortalecer la herramienta de evaluación del CRG:

- (1) garantizar que el proceso de evaluación sea adaptable y capaz de integrar problemas emergentes, tales como el COVID-19 y otras emergencias de salud; (2) mejorar la calidad y promover una mayor uniformidad de las metodologías de evaluación a través de una mejor orientación, capacitación y apoyo técnico, incluidas las metodologías cuantitativas que los investigadores pueden incorporar; (3) identificar y priorizar los problemas críticos desatendidos en las 20 evaluaciones realizadas, tales como la participación comunidad de TB, la gobernanza y los sistemas de salud, la asistencia legal y los recursos, y el apoyo psicosocial; (4)

incorporar un análisis crítico del TAES—el paradigma de tratamiento de TB predominante pero defectuoso— a favor del enfoque basados en la comunidad; (5) emplear una perspectiva transformadora de género, en lugar de simplemente sensible al género, en la evaluación; y (6) posicionar explícitamente la evaluación como el comienzo de un diálogo y un proceso para integrar las comunidades, los derechos humanos y el género en las respuestas nacionales a la TB, incluso a través de planes de acción nacionales presupuestados y financiamiento específicamente designados para la sociedad civil y los grupos comunitarios.

Conclusión

Ha comenzado un cambio de paradigma en la respuesta global a la TB. El enfoque emergente en las comunidades, los derechos humanos y el género ha rejuvenecido la lucha contra una enfermedad milenaria pero curable impulsada por la desventaja social y económica. La evaluación CRG de la STP y sus hallazgos en los 20 países objeto de este artículo son tanto un producto como un ejemplo contundente de estas nuevas ideas. Instamos a que los programas nacionales contra la TB, las personas afectadas por la TB, los académicos y otras partes interesadas a nivel mundial y nacional realicen más investigaciones, debates y acciones para desarrollar soluciones a los desafíos identificados por la evaluación CRG. Las intervenciones contra la TB centradas en la comunidad, los derechos humanos y el género son especialmente críticas a la luz de los desafíos sin precedentes de la pandemia de COVID-19. A medida que el mundo avanza rápidamente hacia la conclusión de la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030, la sociedad civil y los grupos comunitarios, los países afectados por la TB y los donantes y socios técnicos deben aprovechar la evaluación CRG y sus hallazgos para alcanzar los objetivos y cumplir los compromisos para poner fin a la TB establecidos en la declaración política de la Reunión de Alto Nivel sobre Tuberculosis de la ONU y otros planes globales.

Referencias

1. Alianza Alto a la Tuberculosis, *Plan global para acabar con la tuberculosis 2018-2020: El cambio de paradigma* (Ginebra: STP, 2018).
2. Alianza Alto a la Tuberculosis, *Acerca de la Alianza Alto a la Tuberculosis* (2021). Disponible en <https://www.stoptb.org/about-stop-tb-partnership>.
3. Fondo Mundial, *Preguntas y respuestas: Derribando las barreras de acceso; Ampliación de programas para eliminar las barreras relacionadas con los derechos humanos que impiden el acceso a los servicios de salud en 20 países y en otros más* (Ginebra: Fondo Mundial, 2020); Alianza Alto a la Tuberculosis, *Manual de implementación de la evaluación del estigma de la TB* (Ginebra: STP, 2019); Alianza Alto a la Tuberculosis, *marco de monitoreo dirigido por la comunidad de OneImpact: empoderar a las comunidades para poner fin a la tuberculosis* (Ginebra: STP, 2021).
4. Organización Mundial de la Salud, *Informe Global sobre la tuberculosis 2021* (Ginebra: OMS, 2021), pág. 8.
5. *Ibíd.*, págs. 1, 7.
6. *Ibíd.*
7. *Ibíd.* , pág. 9
8. M. Deutsch-Feldman, R. Pratt, S. Price, y otros, “Tuberculosis: United States, 2020,” *Centers for Disease Control and Prevention, Morbidity and Mortality Weekly Report (Informe semanal de los centros para el control y prevención de la enfermedad, morbilidad y mortalidad)* 70 (2021), págs. 409– 414; J. Self, C. McDaniel, S. Bamrah Morris, y otros, “Estimación y evaluación de las tasas de incidencia de tuberculosis entre personas sin hogar, Estados Unidos, 2007–2016”, *Medical Care* 59 (2021), págs. S175–S181; j L. Potter, L. Inamdar, E. Okereke, y otros, “Apoyo a pacientes vulnerables durante el tratamiento de la TB en el Reino Unido”, *Journal of Public Health (Artículos académicos sobre salud pública)* 38 (2016), págs. 391–395.
9. Alianza Alto a la Tuberculosis, *El impacto potencial de la respuesta a la COVID-19 en la tuberculosis en los países de alta carga: un análisis del modelo*(Ginebra: STP, 2020).
10. Alianza Alto a la Tuberculosis, *Un año después, nuevos datos muestran que el impacto mundial de COVID-19 en la epidemia de tuberculosis es peor de lo esperado* (Ginebra: STP, 2021).
11. Organización Mundial de la Salud (2021, ver nota 4), págs. 1, 4.
12. *Ibíd.*
13. *Ibíd.*, pág. 7.
14. Asamblea General de las Naciones Unidas: *Cómo transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible*, ONU Doc. A/RES/70/1 (2015); Organización Mundial de la Salud, *La estrategia para acabar con la tuberculosis* (Ginebra: OMS, 2014); Organización Mundial de la Salud, *Declaración de Moscú para acabar con la tuberculosis* (Ginebra: OMS, 2017); Alianza Alto a la Tuberculosis (2018, ver nota 1).
15. *Ibíd.*
16. Asamblea General de las Naciones Unidas, *Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Lucha contra la Tuberculosis*, Doc. de la ONU. A/RES/73/3 (2018).
17. *Ibíd.*, párr. 24.
18. *Ibíd.*, párrs. 17, 19, 23, 33, 35, 37, 39, 48.
19. Alianza Alto a la Tuberculosis (2019, ver nota 3); Alianza Alto a la Tuberculosis, *Fondo de Desafío para la sociedad civil*. Disponible en <https://www.stoptb.org/communities-rights-and-gender-crg/challenge-facility-civil-society>.
20. Alianza Alto a la Tuberculosis , *Comunidades, derechos y género (CRG)*. Disponible en <https://www.stoptb.org/prioritising-people-human-rights-gender/communities-rights-and-gender-crg>.
21. Consejo de Derechos Humanos, *Aportes del Marco del derecho a la salud para el logro y la implementación efectiva de las metas de desarrollo sostenibles relacionadas con la salud: Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos*, Doc. ONU. A/HRC/38/37 (2018).
22. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales AG Res. 2200A (XXI), art. 12 (1966); Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General Nro. 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, Doc. ONU. E/C.12/2000/4 (2000);Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Informes temáticos anuales del Relator Especial sobre el derecho a la salud física y mental* (2021). Disponible en <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/AnnualReports.aspx>.
23. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Relator Especial sobre el derecho a*

- la salud física y mental (2021). Disponible en <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/SRRightHealthIndex.aspx>.
24. Secretaría de la Alianza Alto a la Tuberculosis *Informe Anual 2000 de Alto a la TB* (Ginebra: OMS, 2001), pág. 24; Secretaría de la Alianza Alto a la Tuberculosis, *Un enfoque de la TB basado en los derechos humanos: Directrices para la movilización social de Alto a la Tuberculosis* (Ginebra: OMS, 2001).
 25. Ver, por Ej., A. Boggio, M. Zignol, E. Jaramillo, et al., “Limitations on human rights: Are they justifiable to reduce the burden of TB in the era of MDR-and XDR-TB?” (Restricciones a los derechos humanos: ¿Se justifican si se imponen para reducir la carga de la tuberculosis en la era de la TB multidrogorresistente (TB-MDR) y TB extensamente resistente (TB-XDR)) *Health and Human Rights Journal (Artículos académicos sobre salud y derechos humanos)* 1/2 (2008), págs. 121–126; J. J. Amon, F. Girard, and S. Keshavjee, “Limitations on human rights in the context of drug-resistant tuberculosis: A reply to Boggio et al.,” (Restricciones a los derechos humanos en el contexto de una tuberculosis resistente a las drogas: Respuesta a Boggio et al.) *Health and Human Rights Journal* 11/1 (2009); T. Slagle, M. Ben Youssef, G. Calonge, et al., “Lessons from Africa: Developing a global human rights framework for tuberculosis control and prevention,” (Lecciones de África: Cómo desarrollar un marco de derechos humanos global para el control y la prevención de la tuberculosis) *BMC International Health and Human Rights (Artículos académicos sobre salud internacional y derechos humanos de BMC)*14 (2014).
 26. *Health and Human Rights Journal* 18/1 (2016).
 27. TBpeople y Alianza Alto a la Tuberculosis, Declaración de los derechos de las personas afectadas por la tuberculosis (2019).
 28. B. Citro, *Cómo activar una respuesta a la tuberculosis basada en los derechos humanos: informe técnico para los encargados de formular políticas y los implementadores de programas* (Coalición Global de Activistas contra la Tuberculosis, Alianza Alto a la Tuberculosis y Centro para los derechos humanos internacionales, Facultad de Derecho Pritzker de la Universidad de Northwestern, 2020).
 29. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, AG Res. 2200A (XXI) (1966), art. 2.
 30. *Ibid.*
 31. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ver nota 22), párr. 30.
 32. *Ibid.*, párr. 12(a).
 33. *Ibid.*, párr. 12(b).
 34. *Ibid.*, párr. 12(c).
 35. *Ibid.*, párr. 12(d).
 36. *Ibid.*, párrs. 18, 19.
 37. *Ibid.*, párrs. 3, 8.
 38. *Ibid.*, párr. 20.
 39. Véase Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Relator Especial sobre el derecho a la salud física y mental: Propósito del mandato* (2021). Disponible en <https://www.ohchr.org/en/issues/health/pages/srrighthealthindex.aspx>.
 40. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ver nota 22), párr. 37.
 41. *Ibid.*, párr. 11.
 42. *Ibid.*, párrs. 59–62.
 43. Alianza Alto a la Tuberculosis, *Comunidades, derechos y género (CRG, según su sigla en inglés): Informes nacionales de evaluación CRG sobre tuberculosis*. Disponible en <https://www.stoptb.org/prioritising-people-human-rights-gender/communities-rights-and-gender-crg>.
 44. Organización Mundial de la Salud, *Guía ética para la implementación de la estrategia para poner fin a la tuberculosis* (Ginebra: OMS, 2017), cap. 15.
 45. Asamblea General de las Naciones Unidas (2018, ver nota 16), párrs. 17, 19, 23, 33, 35, 37, 39, 48.
 46. *Ibid.*, preámbulo.
 47. Organización Mundial de la Salud, *Listas globales de la OMS de países con alta carga de tuberculosis (TB), TB/VIH y TB resistente a múltiples fármacos/rifampicina (MDR/RR-TB), 2021–2025: Documento de antecedentes* (Ginebra: OMS, 2021).
 48. Alianza Alto a la Tuberculosis, *Brecha mortal: Compromisos contra la tuberculosis frente a realidades de la tuberculosis* (Ginebra: STP, 2020), pág. 44.
 49. *Ibid.*

50. *Ibíd.*, pág. 22.
51. Organización Mundial de la Salud, *Marco de rendición de cuentas multisectorial de la OMS para acelerar el progreso hacia el fin de la TB para 2030* (Ginebra: OMS, 2019).
52. Fondo Mundial, *Informe de Resultados 2021* (Ginebra: Fondo Mundial, 2021), pág. 33.
53. Fondo Mundial, *Desarrollo de Estrategias*. Disponible en <https://www.theglobalfund.org/en/strategy-development/>; Global Fund, *Modular framework handbook* (Ginebra: Fondo Mundial, 2019), pág. 96.
54. Alianza Alto a la Tuberculosis, *Fondo de Desafío para la sociedad civil* (Véase la nota 19).
55. La Alianza Alto a la Tuberculosis y la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID según su sigla en inglés), *Gobernanza de los programas contra la TB: una evaluación de las prácticas en 22 países* (Ginebra: STP y USAID, 2021); Alianza Alto a la Tuberculosis (2020, ver nota 48)