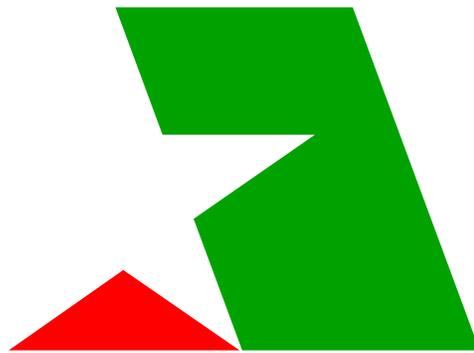


Plan Estratégico 2005-2010



DIEZ CONTRA
TEN AGAINST TB
LA TUBERCULOSIS

Contenido

I. Presentación	3
II. Propósito del plan estratégico	5
III. La tuberculosis	5
IV. La frontera entre México y Estados Unidos	8
V. La tuberculosis a lo largo de la frontera	12
VI. Conclusiones	15
VII. Plan Estratégico de DCT, 2005-2010 – Resumen Ejecutivo	17
1. Fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica y de búsqueda de casos de tuberculosis.....	17
2. Fortalecimiento de la infraestructura de los laboratorios para la identificación y confirmación de la tuberculosis.....	19
3. Promoción de la salud, capacitación y comunicación en tuberculosis.....	19
4. Manejo de casos de tuberculosis	20
Bibliografía	22
Bibliografía sobre Diez Contra la Tuberculosis	25
PLAN DE ACCION DE DIEZ CONTRA LA TUBERCULOSIS	28
Línea de Acción I: Fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica de búsqueda de casos de tuberculosis	29
Línea de Acción II:Fortalecimiento de la infraestructura de los laboratorios para la identificación y confirmación de la tuberculosis.....	33
Línea de Acción III: Promoción de la salud, capacitación, comunicación en tuberculosis	36
Línea de Acción IV: Manejo de casos de tuberculosis.....	40
DIRECTORIO ..	45
Comité Ejecutivo	46
Comité Técnico	47
Consejo Directivo	52
Secretariado	59

PLAN ESTRATÉGICO DE DIEZ CONTRA LA TUBERCULOSIS (DCT) 2005-2010

“La promoción y protección de la salud de la población son esenciales para mantener el desarrollo económico y social, y contribuyen a una mejor calidad de vida y la paz en el mundo”.
(Declaración de Alma-Ata, 1978)

“Los ratones y las cucarachas viven por la competición bajo las leyes de la oferta y la demanda. Es privilegio de los seres humanos vivir bajo las leyes de la justicia y la misericordia”.¹

I. – Presentación

Diez Contra la Tuberculosis (DCT) es una iniciativa binacional creada por los secretarios estatales de Salud de los diez estados fronterizos durante la asamblea anual de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud (AFMES) realizada en San Diego, California, en junio de 1995.

El propósito de DCT “es [...] identificar y responder a las oportunidades y retos que no pueden ser solucionados de manera unilateral por ninguno de los dos países actuando separadamente”.² Para eso, DCT sirve como facilitadora de las acciones y de los esfuerzos binacionales de cooperación a lo largo de la frontera de México y Estados Unidos, con el propósito de reducir la morbilidad y mortalidad a causa de la tuberculosis y reducir su transmisión.

Esa iniciativa fue formada a partir de la percepción de urgencia en relación a la elevada prevalencia de tuberculosis a lo largo de la frontera México-Estados Unidos, y el reconocimiento por parte de los oficiales de salud de los estados fronterizos, de que “la eficiencia de los programas locales, estatales y nacionales de control de la tuberculosis se encuentra seriamente comprometida cuando una frontera internacional dificulta la consistencia y continuidad del tratamiento.”³

¹ Cita de Wendell Berry sacada del Boletín de Indian Council of Medical Research (ICMR) de Nueva Delhi, 24 de marzo de 2003.

² DCT, “Diez Contra la Tuberculosis: Dos Naciones, Una Enfermedad, Un Esfuerzo”. Desplegado preparado en 1996 y publicado en <http://www.globalhealth.gov/americaffairsten.shtml>.

³ *Idem*.

El grupo reúne a los responsables técnicos de los programas de tuberculosis, epidemiólogos, laboratoristas y jefes estatales de salud de los diez estados fronterizos de México y Estados Unidos. También son miembros de la iniciativa los representantes de los gobiernos federales en el área de la salud de ambos gobiernos federales, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos (Comisión), la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud (AFMES) y organizaciones no-gubernamentales, entre ellas Migrant Clinicians' Network (MCN), Project Concern International (PCI), Rotary International, American Lung Association (ALA), y el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR). Su estructura interna consta de un *Comité Ejecutivo*, un *Consejo Directivo*, un *Comité Técnico* y un *Secretariado*.

Para realizar su misión, el grupo Diez Contra la TB apoya la realización de las siguientes acciones generales establecidas en sus *Normas Operativas*⁴:

- Elevar la conciencia del público en general defendiendo la importancia del conocimiento sobre la tuberculosis.
- Compartir y diseminar información relacionada a las actividades fronterizas.
- Estimular nuevas ideas para la prevención, tratamiento y seguimiento de la tuberculosis.
- Guiar la implementación del proyecto identificando colaboradores creativos.
- Ofrecer retroalimentación a los proveedores de salud en la implementación práctica de los proyectos relacionados a la tuberculosis.
- Mediar cuando apropiado.
- Remover impedimentos a la implementación de las actividades necesarias.

Los eventos siguientes han sido importantes en el desarrollo de DCT:

El 5 de mayo de 1997, en la ciudad de México, los entonces secretarios de salud de México, Juan Ramón de la Fuente y de Estados Unidos, Donna Shalala, firmaron una declaración conjunta de cooperación con la iniciativa Diez Contra la Tuberculosis.

En junio de 1997, en Saltillo, Coahuila, los gobernadores fronterizos se adhirieron a esa declaración firmando un acuerdo para “apoyar a Diez Contra la TB (DCT), un programa de colaboración binacional [...] con el objetivo de elaborar e implementar estrategias binacionales para reducir la propagación de la tuberculosis en la región”.⁵

En San Antonio, Texas, el 1 de junio de 1999, el Consejo Directivo de DCT aprobó los *Principios Orientadores y Normas Operativas de Diez Contra la Tuberculosis*, un documento basado en “la simplicidad y flexibilidad [...] que permitiría al grupo funcionar en un marco de cooperación y respeto mutuo”.⁶

⁴ Diez Contra la TB, *Principios Orientadores y Normas Operativas de Diez Contra la Tuberculosis*, Consejo Directivo de DCT, mayo de 1999, p. 6.

⁵ Véase el texto de la Declaración Conjunta de la XV Conferencia de Gobernadores Fronterizos México-Estados Unidos, realizada los días 5-6 de julio de 1997 en Saltillo, Coahuila. <http://www.sos.state.tx.us/border/jdxv.shtml>

⁶ Véase Diez Contra la TB, *Minutas de la reunión del Consejo Directivo de DCT*, San Antonio, 1 de junio de 1999, p.6.

A partir de la reunión anual de la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, realizada en San Diego, California, el 23 de noviembre de 2002, Diez Contra la Tuberculosis (DCT) se tornó oficialmente en su “grupo técnico asesor en tuberculosis”.

II. – Propósito del Plan Estratégico

El propósito de este plan estratégico es proponer metas y objetivos mensurables para guiar las actividades de control de la tuberculosis a lo largo de la frontera de México y Estados Unidos. El Plan Estratégico dirigirá la movilización de recursos a las iniciativas prioritarias para alcanzar las metas del “Programa Frontera Saludable 2010” establecidas por la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, de reducir la incidencia de la tuberculosis en el lado mexicano de la frontera en un 10% y en el lado estadounidense de la frontera en un 50%.

III. – La tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por un microorganismo llamado *Mycobacterium tuberculosis* (MTB), también denominado bacilo de Koch. Este bacilo se propaga a través del aire por medio de gotitas que contienen el bacilo expelido por un enfermo con tuberculosis pulmonar al toser, respirar o hablar. Cuando esas gotitas son inhaladas por cualquier persona y se torna infectada, se adquiere el riesgo de desarrollar la enfermedad en algún momento de la vida.

Thomas Dormandy inicia el último capítulo de su respetada obra sobre la historia de la tuberculosis, afirmando, muy apropiadamente, que “la tuberculosis ha sido llamada la perfecta expresión de una civilización imperfecta”.⁷ De hecho, la tuberculosis es una enfermedad social en el más amplio sentido de la palabra, ya que su propagación está íntimamente ligada a las condiciones de vida de la población. “El riesgo de infección y el de enfermarse está determinado por factores socioeconómicos como alimentación, vivienda, estrés, etc.”.⁸

La mejoría de las condiciones socio-económicas y ambientales en Estados Unidos y en algunos países europeos entre la primera y la segunda guerra mundial, por primera vez sugirió la posibilidad de la erradicación de la tuberculosis en un futuro no muy distante. Aunque la tendencia a la disminución del número de casos de tuberculosis fue interrumpida durante la segunda guerra mundial, esas esperanzas fueron reavivadas con la aparición de la quimioterapia de la tuberculosis iniciada con el descubrimiento de la estreptomycinina en 1943. Las medicinas básicas que hasta los días de hoy se utilizan para el tratamiento de la tuberculosis fueron descubiertas durante las dos primeras décadas que siguieron a la posguerra: la pirazinamida (PZA) en 1950, la isoniacida (INH) en 1952, el etambutol (EMB) a mediados de los años 1960s, y la rifampicina (RIF) a finales de la década de 1960.

⁷ *A History of Tuberculosis. The White Death*, The Hambledon Press, London and Rio Grande, 1999, 433 pp.

⁸ “Módulo Detección y Diagnóstico”, *Módulos de Capacitación TAES, Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis*, México, 1996, p. 4.

De 1985 a 1992 los casos de tuberculosis volvieron a aumentar en los Estados Unidos. La misma tendencia se multiplicó en las demás partes del mundo. Las principales causas de ese aumento tuvieron origen en la “complacencia y negligencia” que resultó en la disminución y retiro por varios años de los fondos federales, estatales y locales para el control de la tuberculosis, la complacencia de los oficiales de salud y al aumento de las tasas de enfermedad en la mayor parte del mundo.⁹

Se señalan otros tres factores¹⁰ que han llevado al aumento de la tuberculosis en los países del tercer mundo: 1) la demografía de esos países afectada por los cambios económicos, políticos, sociales y culturales; 2) la emergencia de cepas resistentes a los fármacos (MDR-TB), y 3) la epidemia de VIH-SIDA.

En cuanto al factor demográfico, los niños nacidos después de la Segunda Guerra mundial que sobrevivieron a la mortalidad infantil hasta entonces elevada sobretudo en los países pobres, alcanzaron la edad en que la morbilidad y mortalidad de tuberculosis es alta (20-45 años). En muchos de esos mismos países, los factores socio-políticos y económicos (que incluyen los conflictos armados en el tercer mundo resultantes de la prolongada guerra fría (1946-1989), el crecimiento de la pobreza, las distintas formas de violencia urbana, la lucha campesina por la tierra, los conflictos interétnicos y los desastres naturales), han creado una gran cantidad de poblaciones desplazadas, desnutridas, viviendo en condiciones de hacinamiento y en comunidades carentes de saneamiento básico. Ese factor demográfico del que participa la gran mayoría de migrantes y refugiados, es responsable por la mayor parte de las personas que se mueren hoy de tuberculosis en Asia, en el Africa Subsahariana, en Sudamérica, en algunas islas del Caribe y en los estados fronterizos del sur y del norte de México.

Otra causa fue la aparición de cepas resistentes a los medicamentos (MDR), sobretudo en pacientes provenientes del tercer mundo y de la antigua Unión Soviética. Se ha dicho que si bien el SIDA tuvo su origen en el tercer mundo, la tuberculosis MDR tuvo origen, o al menos se tomó conciencia de ella, en el “corazón del cuarto mundo, Nueva York” el día 30 de agosto de 1991 con la publicación de cuatro pequeños brotes, en el semanario *Morbidity and Mortality Weekly Report* de los Centros para el Control de las Enfermedades (CDC).¹¹ El cuarto mundo a que se refiere son los habitantes de las calles, los sin techo de esa y otras grandes ciudades en el seno del mismo “primer mundo”.

La multifármacorresistencia representa una de las amenazas más importantes a la salud pública mundial.¹² Las cepas fármacorresistentes de tuberculosis pueden ser tan contagiosas como las cepas no resistentes, pero son menos curables y representan una sentencia de muerte para los

⁹ El alto “precio” de la complacencia y negligencia que llevó a la disminución y retiro de fondos en 1972 por parte organismos federales en un momento en que se planeaba la erradicación o eliminación de la tuberculosis, resultó en el resurgimiento en el número de casos en Estados Unidos y en el mundo así como al desarrollo de la multifármacorresistencia. Véase Institute of Medicine, Lawrence Geiter (ed.), *Ending Neglect. The Elimination of Tuberculosis in the United States*, National Academy Press, Washington, D.C., 2000.

¹⁰ Seguimos aquí la sugerencia ofrecida en el artículo “Epidemiología de la Tuberculosis”, en *Manual para el manejo de pacientes binacionales con tuberculosis*, MCN-HOPE, Austin, pp. 8 y ss.

¹¹ *MMWR*, 40 (1991), p. 585, citado por Dormandy, Thomas, *op.cit.*, p. 386.

¹² Véase Lee B. Reichman & Janice Hopkins Tanne, *Timebomb. The Global Epidemic of Multi-Drug-Resistant Tuberculosis*, McGraw-Hill, 2002.

pacientes de los países pobres. En muchos de esos países, no solo el alto costo y el efecto disminuido de los medicamentos de segunda línea constituyen barreras para el tratamiento sino también la falta de instrumentos esenciales de laboratorios y de infraestructura para el monitoreo de los pacientes. Además de reducir la pobreza,¹³ el instrumento más importante recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para que esos países puedan detener la tuberculosis y su complicación en MDR es la aplicación de la terapia TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado) para asegurar que el paciente concluya debidamente su tratamiento. Sin embargo, la escasez de recursos financieros,¹⁴ la falta de capacitación adecuada de los trabajadores de salud, de laboratorios sin equipo adecuado para la detección de la tuberculosis, la falta de transporte para el paciente y para el personal médico, la carencia de medicina apropiada en cantidad necesaria para toda la duración del tratamiento y de alimentación adecuada de los enfermos, etc., sumado a su gran movilidad a través de las fronteras de estados y países, se hace extremadamente compleja la aplicación exitosa de esa terapia.

La epidemia de VIH-SIDA y su combinación con la tuberculosis vino a empeorar la situación ya de por sí grave de la tuberculosis a escala mundial. El riesgo de contraer la enfermedad por parte de las personas inmunocomprometidas como de las infectadas por el virus inmunodeficiente humano (VIH) es bien mayor que en una persona con el sistema inmune saludable. La doble infección VIH y TB es más frecuente en las regiones donde el VIH es pandémico, donde se estima que la coinfección ya sea superior a 30% de los casos.

Esta situación llevó a que en 1993, la Organización Mundial de Salud (OMS) declarara a la tuberculosis como enfermedad reemergente. Sin embargo, diez años después de esa declaración, ese cuadro no se ha mejorado. Hay más personas infectadas con la bacteria *M. Tuberculosis* este año que en cualquier otro año anterior en la historia, o cerca de un tercio de la población mundial. El número estimado de casos nuevos de tuberculosis, de cerca de 8.0 millones en 1997 puede llegar a 10.2 millones en 2005. Según la OMS, 22 países¹⁵ son responsables por el 80% de los casos de tuberculosis en el mundo. El 98% de las 2 o 3 millones de defunciones por año¹⁶ ocurren en los mismos países donde albergan el 95% de los casos de tuberculosis activa.

¹³ La relación entre tuberculosis y pobreza fue enfatizada en 2002 a través del lema del día mundial de la tuberculosis de ese año: “Detener la tuberculosis, luchar contra la pobreza”. El *Diario de Campaña* enfatizó el hecho de que combatir la pobreza es también combatir la tuberculosis y vice-versa.

¹⁴ El compromiso de los gobiernos de los países con tasas elevadas de tuberculosis es fundamental para lograr los recursos necesarios para el manejo de esa enfermedad, lo que muchas veces implica en cambios substanciales en las prioridades nacionales. En ese sentido, el “buen ejemplo del Perú” fue recordado por el viceministro de Salud de ese país en 2001: “En términos de recursos, esto ha supuesto algunos cambios en la financiación: un 20% menos para defensa, un 56% más para la salud y un presupuesto para el control de la tuberculosis, en 2002, de 23 millones de dólares”. Citado por International Union Against Tuberculosis and Lung Disease on behalf of the Stop TB Partnership, en *Detener la tuberculosis, luchar contra la pobreza. Diario de Campaña. Día Mundial de la Tuberculosis, 24 de marzo de 2002*, p.25. http://www.stoptb.org/world.tb.day/WTBD_2002/default.asp

¹⁵ Esos países son: Afganistán, Bangladesh, Brasil, Cambodia, China, Congo, Etiopía, India, Indonesia, Kenia, Mozambique, Myanmar, Nigeria, Paquistán, Filipinas, Rusia, África del Sur, Tailandia, Uganda, Tanzania, Vietnam, Zimbabwe.

¹⁶ Difícil y desconcertante contar el número preciso de fatalidades a causa de una enfermedad curable que ocurre el 95% entre los más pobres.

En las Américas,¹⁷ Brasil es el único país que se encuentra entre los 22 países de mayor riesgo, ocupando el 15 lugar en el ámbito mundial en número de casos, estimado en 110 mil, con una tasa de incidencia de 62 por 100.000 habitantes. Haití tiene menor número de casos, pero con una tasa de en torno a 319 por 100.000 habitantes es semejante a la de los países del Africa Subsahariana. Las tasas estimadas de tuberculosis de otros cuatro países sudamericanos, Bolivia (234),¹⁸ Perú (202), Ecuador (137) y Guyana (115) son superiores a las de los países centroamericanos con exclusión a Costa Rica y Panamá. Los países con las menores tasas estimadas de tuberculosis en América Latina son Cuba, Costa Rica y Chile (entre 12 y 18).

En el contexto latinoamericano y caribeño, México, con una tasa notificada de 14.4 por 100.000 habitantes en 2003, se encuentra entre los países donde la incidencia de tuberculosis es de gravedad intermedia, siendo más elevada en los estados fronterizos del norte y del sur, receptores de la migración interna y de otros países latinoamericanos. En contraste, la tasa de Estados Unidos en 2003 era de 5.1 por 100.000 habitantes, que lo ubica entre los países con la más baja incidencia de tuberculosis del mundo, aunque muy lejos de alcanzar la meta establecida en 1989 por el Comité Asesor para la Eliminación de la Tuberculosis de CDC, de eliminar la tuberculosis (una tasa de menos de un caso por un millón de habitantes) para el año 2010, con una tasa interina de 3.5 en el año 2000.¹⁹

IV. – La frontera entre México y Estados Unidos

La frontera política que separa México y Estados Unidos cubre una extensión de 3.141 kilómetros o 1.952 millas entre el Golfo de México y el Océano Pacífico. Los estados fronterizos comparten tres grandes regiones desérticas: el desierto de Altar o de Sonora, el desierto de Mojave y los desiertos de Chihuahua que se extiende por los estados de Texas y Nuevo México. Texas y Chihuahua son los estados geográficamente más grandes de sus respectivos países (a excepción de Alaska) pero contiene áreas que son despobladas en su mayor parte.

¹⁷ Véase *Who Report 2004*, p. 146, en http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/.

¹⁸ Los números en paréntesis corresponden a la tasa (casos por 100.000 habitantes).

¹⁹ Véase “A Strategic Plan for the Elimination of Tuberculosis in the United States”, en *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, CDC, Abril 21, 1989, Vol. 38, No. S-3.

Figura 1. - La Frontera de Estados Unidos y México. Ciudades Fronterizas y Población

US-Mexico Border Sister Cities and Population



Population Data Sources:
US Census Bureau, 2000
Instituto Nacional de Estadística, Geografía, e Informática (INEGI), 2000

Se han propuesto por lo menos tres criterios de delimitación del espacio fronterizo entre México y Estados Unidos.²⁰ El primero se refiere a los 39 municipios mexicanos y los 25 condados estadounidenses estrictamente fronterizos. El segundo es cuando se reconocen los programas binacionales de protección del medio-ambiente derivados del “Acuerdo de La Paz” de 1983, el que define la región fronteriza como una franja territorial de 100 kilómetros (62 millas) hacia el interior de cada país, tomando como referencia la línea internacional. El tercero y último criterio se refiere a delimitar el espacio fronterizo a partir del conjunto de las entidades federativas del suroeste de Estados Unidos: California, Arizona, Nuevo México y Texas y las del norte de México: Baja California, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas.

Es fácil de observar que, para DCT, este último es el criterio más apropiado para definir la frontera, por tomar en consideración a la totalidad de la dinámica histórica, económica y social, así como político-administrativa relacionada a la salud de cada uno de los diez estados. Al mismo tiempo, las propuestas del plan de acción van dirigidas de forma más específica a la región inmediatamente cercana a la línea internacional (primer criterio), donde se encuentran 14 pares de “ciudades hermanas” ubicadas en ambos lados de las fronteras.

²⁰ Esos criterios fueron sacados de la obra de Gasca Zamora, José, *Espacios transnacionales. Interacción y fragmentación en la frontera México-Estados Unidos*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2002, pp. 50-51.

En toda la región fronteriza, las seis áreas metropolitanas más pobladas son:

<u>Área</u>	<u>Población (millones) (2001)</u>
San Diego-Tijuana	4.0
Mexicali-Calexico	0.8
El Paso-Ciudad Juárez	1.9
Laredo-Nuevo Laredo	0.4
Brownsville-Matamoros	0.5
Harlingen/McAllen-Reynosa	1.0

En términos sociales y económicos, cuatro de las siete ciudades y cinco de los condados más pobres de Estados Unidos se encuentran en la frontera de Texas con México. Como un todo, los condados del lado estadounidense de la frontera han experimentado durante más de 30 años un aumento del desempleo y descenso del ingreso per capita. Un ejemplo de ello es la ciudad de El Paso, Texas, donde la pobreza es dos veces mayor que el promedio nacional y el ingreso promedio, tres veces menor, es fruto de lo que David Simcox llama de “crecimiento sin prosperidad”.²¹ El acceso a la salud también es deficiente en el lado estadounidense de la frontera. El Paso, con una tasa de 35% de personas sin seguro de salud, tiene la tasa más alta de todas las ciudades del país.²²

Por otro lado, los seis estados del norte de México se encuentran entre las entidades federativas con el menor índice de pobreza extrema en el país y también con la menor tasa de desempleo.²³ Sin embargo, los contrastes en las condiciones de vida de la mayoría de la población permanecen grandes comparados con las condiciones de vida de las personas que viven en los Estados Unidos.

La crisis de la deuda externa en América Latina iniciada en México en 1982, puso fin al modelo económico de sustitución de importaciones con la implementación en su lugar del modelo de globalización neoliberal²⁴ o de libre mercado, del que la firma del Tratado de Libre Comercio

²¹ Véase “Immigration, Population and Economic Growth in El Paso, Texas. The Making of an American *Maquiladora*”, en *Center for Immigration Studies*, El Paso, 1993. Artículo accesible en:

<http://www.cis.org/articles/1993/paper7.html>. Para datos sobre la pobreza y otros desafíos socioeconómicos en la frontera de Texas y México véase:

<http://www.shapleigh.org/BorderlandsReport1stchapterAwithGraphsA.pdf>

²² Chris Roberts, “El Paso fights for Medicaid money”, en *The Daily Texas*, octubre 28, 2003. Sobre la situación de la salud en la frontera de Texas y México véase también: Window on State Government, “Bordering the future”, en: <http://www.window.state.tx.us/border/ch08/ch08.html>

²³ La pobreza extrema, en alrededor de 10%, mientras los estados del sur alcanzan un porcentaje de hasta más de 40%. Véase el artículo de Israel Rodríguez, “Las cifras oficiales de desempleo y pobreza, irreales: OCDE” en *La Jornada*, México, viernes 27 de junio de 2003. El artículo comenta las tasas oficiales de desempleo y de pobreza hechos por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.

²⁴ Véase el artículo de Noria Homes y Antonio Ugalde sobre el impacto del neoliberalismo, globalización, o “globalización neoliberal” en las políticas de salud en la frontera de EUA y México: “Globalization and Health at the United States-Mexico border”, *American Journal of Public Health*, diciembre 2003, Vol 93, No.12, pp. 2016-2022. Ese artículo es accesible en:

http://www.sociologistswithoutborders.org/contributions/Globalization_and_Border_Health.pdf. Véase también Carmona, Camilo Garizál, “La globalización neoliberal y el concepto de desarrollo sustentable”, en <http://www.monografias.com/trabajos16/globalizacion-neoliberal/globalizacion-neoliberal.shtml>. Para una

del Atlántico Norte (TLCAN), inaugurado el 1 de enero de 1994, es uno de sus componentes. Estos factores económicos y políticos son señalados como las principales causas del incremento de la migración mexicana hacia los estados del norte en busca de trabajos en la industria maquiladora y hacia los Estados Unidos.

En el año 2000, el censo mexicano indicaba un crecimiento de la población en los seis estados de la frontera norte de entre 3.6% y 5.5% en comparación con el promedio nacional de 1.7% al año. Ese crecimiento es atribuido en su mayor parte a los migrantes provenientes de los estados del centro y sur de México en busca de trabajo en la industria maquiladora, único sector donde la oferta de empleo se duplicó entre 1994 y 2000, mientras se estancaba en el resto del país.²⁵

El promedio anual de la migración mexicana hacia los Estados Unidos, que entre los años 1930 a 1980 había sido de 30 mil personas, en la década de los 80s pasó a ser cerca de 170 mil por año y en la década de los años 90s fue en cerca de 360 mil anual. Solo para el año 2003, la estimación del Consejo Nacional de Población (CONAPO) era de que 400 mil mexicanos habrían emigrado hacia los Estados Unidos. Durante las últimas “dos décadas perdidas”²⁶ para la economía de América Latina, la población de origen latinoamericano y caribeño en Estados Unidos pasó de 4.4 millones a 14.5 millones, de la cual cerca de 30% es de origen mexicano.

El indicador más positivo de la migración²⁷ ha sido el creciente monto de las remesas monetarias enviadas por los migrantes a sus países de origen. En 2003, las remesas enviadas por los emigrantes mexicanos a sus familiares pasó de 2.5 mil millones en 1990 a 13.3 mil millones²⁸ y es actualmente la más importante inversión extranjera directa (IED) al país. Un número cada vez mayor de familias mexicanas²⁹ y de otros países de América Central y del Sur cuenta, para su sobrevivencia, con la remesa de sus familiares que viven y trabajan en los Estados Unidos.

Aunque notoriamente difícil de obtener una estimativa exacta, el porcentaje de inmigrantes indocumentados entre 1993 y 1997 era de 48%. Entre 1998 y 2000 ese porcentaje fue de 63%, y

definición de neoliberalismo véase: Wikipedia The Free Encyclopedia, “Neoliberalism”, at http://en.wikipedia.org/wiki/Neoliberal#Neoliberal_theory. También: Vázquez, Rodolfo Angel, “Neoliberalismo y Crisis Política”, artículo disponible en: <http://utal.org/economia/neoliberalismo.htm>.

²⁵ Jeff Faux, “Economía y democracia en la ‘constitución’ del TLCAN”, en *Foreign Affairs en Español. TLCAN, diez años después*, Vol. 4., No. 1, 2004, p. 98.

²⁶ Véase Luna, Jorge Rolon, *Dos Décadas Perdidas. Subdesarrollo y Derecho Internacional del Desarrollo*, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), Buenos Aires, Biblioteca Virtual (<http://www.clacso.org>); También Easterly, William, “The Lost Decades: Developing Countries’ Stagnation in Spite of Policy Reform 1980-1998”, in http://are.berkeley.edu/~harrison/globalpoverty/Easterly_01_The_Lost_Decades.pdf.

²⁷ Véase por ejemplo, Escobar, Rodolfo Rosas, “El ‘otro México’: Su importancia e impacto económico. Una economía transnacional”, en <http://www.foros.gob.mx/read.php?f=18&i=19&t=1>.

²⁸ Véase LA JORNADA, México D.F., miércoles, 4 de febrero de 2004. Los tres estados que en 2003 recibieron más remesas del exterior sumando el 31.5% del total fueron: Michoacán, Jalisco y Guanajuato. La entidad federativa que recibió la menor cantidad de remesas fue Baja California Sur sumando un total de 18 millones dólares o el 0.13% del total. Por otra parte, en 2003 el Consejo Nacional de Población (CONAPO) reveló que de los 2 mil 443 municipios existentes en el país, apenas 93 nunca recibieron remesas del extranjero y tampoco tienen habitantes con antecedentes migratorios.

²⁹ Entre 1992 y 2000 hubo un aumento en 90% en el número de hogares receptores de remesas, actualmente en torno a 1.2 millones de hogares. Uno de cada 10 hogares receptores son en poblaciones con menos de 2.500 habitantes. (CONAPO).

entre 2001 y 2003 fue de 75%.³⁰ En 2003 había en EUA entre 7 y 9 millones de inmigrantes indocumentados, de los cuales se calcula que 4 millones sean de origen mexicano.

V. – La tuberculosis a lo largo de la frontera

Como enfermedad infecciosa, la tuberculosis no conoce fronteras geográficas, políticas, económicas, o sociales, aunque más de 95% de sus víctimas se encuentren entre los más pobres de todo el mundo. Entre esos pobres se encuentran también las minorías étnicas del primer mundo y, a partir de las últimas dos décadas, los inmigrantes provenientes de los países del tercer mundo, así como los migrantes dentro de la frontera de los países, en su gran mayoría en búsqueda de mejores condiciones de vida.

En los Estados Unidos, el censo de 2000 indicaba que, por primera vez, la mayoría (51%) de la población nacida en el extranjero era proveniente de América Latina y el Caribe, de las cuales 28.7% era proveniente de México.³¹

Consciente de la importancia creciente de los inmigrantes como factor de riesgo para la transmisión de la tuberculosis, en 1986 los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) incluyeron la categoría “país de nacimiento” (*birth country*) al formulario de notificación de la tuberculosis. A partir de esa fecha, los inmigrantes aparecen en las estadísticas como “nacidos en el extranjero”, o *foreign-born*, y ocupan una proporción cada vez más relevante de los casos de tuberculosis cuando comparados con los nacidos en el país (*U.S. born*).

Así, por ejemplo, en 1991 el 73% de los casos reportados de tuberculosis se encontraba entre las personas nacidas en Estados Unidos (19.161 casos) mientras que el 27% se encontraba entre personas nacidas en el extranjero o inmigrantes (6.982).³² En 2001 por primera vez a nivel nacional se ha prácticamente nivelado en 50% de los casos de tuberculosis entre esos dos grupos (7.845 y 7.865 respectivamente).

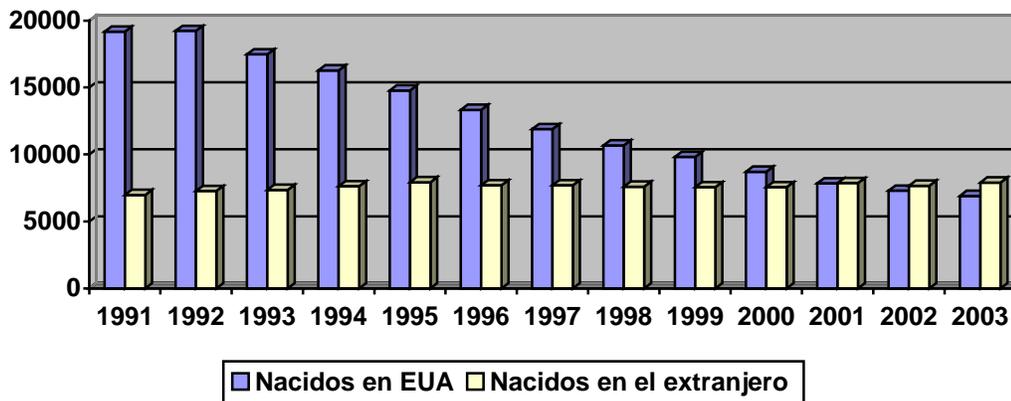
En 2003 los inmigrantes sumaron el 53.1% (7.902 casos) del total de casos de tuberculosis en la Unión Americana. (Véase gráfico 1). Entre los estados fronterizos, California (3.227) y Texas (1.594), fueron los estados con el mayor número de casos en 2003, de los cuales el 75% era entre los inmigrantes en el estado de California y el 45% en Texas. (Véase cuadro 1).

³⁰ Véase el artículo de Robles Nava, Francisco, “Aumenta la cifra de emigrantes mexicanos. Un promedio de 437 mil personas salió de México, la mayoría sin papeles, hacia EU en los últimos tres años”, en *La Opinión*, 27 de enero de 2004. El artículo comenta datos recientes publicados por el CONAPO, con relación a tendencia migratoria mexicana a los Estados Unidos en los últimos años.

³¹ *Profile of Foreign-Born Population in the United States: 2000*, U.S. Census Bureau, U.S. Department of Commerce, diciembre de 2001, p. 10.

³² Véase CDC, “Executive Commentary”, *Reported Tuberculosis in the United States, 2001*. Division of Tuberculosis Elimination, Surveillance Reports, <http://www.cdc.gov/nchstp/tb/surv/surv2001/default.htm>

**Gráfico 1. - Número de casos de tuberculosis³³
Comparación entre nacidos en EUA y nacidos en el extranjero, 1991-2003**



Además, 25 estados reportaron en 2003 que más de 50% de sus casos han sido entre los nacidos en el extranjero. La tasa de tuberculosis en 2003 entre los nacidos en el extranjero fue de 23.4 por 100 mil u 8.7 veces mayor que entre las personas nacidas en el país (2.7 casos por 100 mil).

De 1998 a 2003, la disminución de los casos de tuberculosis en los tres estados con más incidencia (California, Texas y Nueva York) fue de cuatro veces mayor entre las personas nacidas en el país (32%; de 3.179 a 2.155) que entre los nacidos en el extranjero (7.6%; de 4.420 a 4.086).³⁴

En 2002 el 12.2% de la población de Estados Unidos nació en el extranjero, de los cuales el 52% era latinoamericano y el 28.7% era de México. Sin embargo, América Latina y el Caribe fueron las regiones de origen del 43% de los casos de tuberculosis, el 24.6% de éstos de origen mexicana.

El cuadro 1 (abajo) muestra el porcentaje de tuberculosis en los últimos seis años (1998-2003) entre los nacidos en Estados Unidos (EUA), los nacidos en el extranjero (EXT) y los nacidos en México (MX) en los cuatro estados fronterizos del sur de la Unión Americana en comparación con el promedio nacional.

³³ Idem, "Reported Tuberculosis in the United States, 2003."

³⁴ Idem, "Trends in Tuberculosis – United States, 1998-2003" en *MMWR*, 19 de marzo de 2004 / 53 (10); pp. 209-214. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5310a2.htm>

Cuadro 1. – Porcentaje de tuberculosis entre los nacidos en EUA, en el extranjero y en México

	% en 1998			% en 1999			% en 2000		
	EUA	EXT	MX	EUA	EXT	MX	EUA	EXT	MX
Arizona	61.0	39.0	69.6	58.8	40.8	62.6	43.3	55.9	66.4
California	29.9	69.6	31.4	29.8	69.4	32.7	27.6	72.0	31.8
Nuevo México	69.1	30.9	66.6	70.3	29.4	89.4	60.9	35.0	87.5
Texas	62.5	37.2	59.2	60.3	39.3	56.1	59.3	41.0	60.6
Estados Unidos	58.1	41.3	23.1	56.0	43.1	23.2	53.2	46.1	23.4

	% en 2001			% en 2002			% en 2003		
	EUA	EXT	MX	EUA	EXT	MX	EUA	EXT	MX
Arizona	52.6	46.0	61.7	49.9	51.7	75.7	40.7	58.0	69.0
California	25.2	74.0	32.1	24.0	75.2	34.0	24.3	75.0	34.0
Nuevo México	77.8	22.0	66.7	63.2	35.1	65.0	57.1	40.8	75.0
Texas	56.8	43.0	54.8	57.6	42.2	58.2	55.3	44.6	57.9
Estados Unidos	49.1	49.3	23.4	48.4	50.8	24.6	46.4	53.1	25.6

Fuente: *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*.

La incidencia de tuberculosis es mayor que el promedio nacional en California y Texas en el lado estadounidense, y Baja California, Tamaulipas, Nuevo León y Sonora en el lado mexicano (Véase Cuadro 2).

Los estados de Chihuahua y Coahuila han reportado tasas más semejantes al promedio nacional, mientras en el lado estadounidense Arizona y Nuevo México han reportado tasas abajo del promedio nacional, con excepción de 2003 cuando Arizona reportó una tasa de 5.3 por 100.000 habitantes.

En 2003, California (9.1), Texas (7.1) y Arizona (5.3) se encontraban entre los 12 estados que reportaron tasas más altas que el promedio nacional. Además, la tasa promedio de los cuatro estados fronterizos (7.9) volvió a crecer a pesar de que la tasa de Nuevo México (2.6) haya descendido.

La tasa de 5.1 en 2003 para Estados Unidos, indica el menor porcentaje de decrecimiento anual tanto en número de casos (1.4%) como en la tasa (1.9%) desde 1992, hecho que hace pensar en “un posible freno en el avance contra la tuberculosis”,³⁵ en el momento en que es anunciado un recorte de 5.5 millones de dólares en el presupuesto nacional para los programas del control de la tuberculosis financiados por CDC, correspondiente al año fiscal de 2005.³⁶

³⁵ *Id.Ibid.*

³⁶ Véanse notas de la reunión de 23-24 de junio de 2003, del Consejo Asesor de CDC para la Eliminación de la Tuberculosis (ACET por su sigla en inglés).

Los estados fronterizos de México y de Estados Unidos con tasas más elevadas, reflejan las actuales rutas de la migración mexicana de los estados centrales y del sur del país hacia los estados de la frontera norte y a la Unión Americana. Los estados de Baja California y Tamaulipas se han convertido en los principales estados destinatarios de la migración fronteriza y de la migración temporal para los migrantes de México, de América Central y de Sudamérica con destino a los Estados Unidos y Canadá.

Cuadro 1. - Tasa* de tuberculosis pulmonar en los estados fronterizos de México y Estados Unidos, 1995-2003

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Estados Unidos	8.7	8.0	5.6	6.8	6.4	5.8	5.6	5.2	5.1
Arizona	7.6	6.4	6.5	5.4	5.5	5.1	5.4	4.8	5.3
California	14.8	13.5	12.6	11.8	10.9	9.7	9.7	9.0	9.1
New Mexico	5.0	5.2	4.1	3.9	3.7	2.5	3.0	3.1	2.6
Texas	12.7	11.0	10.3	9.2	8.2	7.2	7.7	7.1	7.2
Estados Fronterizos	13.3	9.0	8.3	7.6	7.0	6.1	6.4	6.0	7.9
México	18.7	18.2	20.7	18.7	17.2	15.8	16.1	15.1	14.4
Baja California	57.8	36.0	28.9	35.1	33.8	36.6	57.4	48.1	41.6
Chihuahua	28.0	23.7	14.4	16.4	19.0	15.0	17.6	18.2	15.4
Coahuila	22.0	19.8	18.6	22.5	19.0	16.5	17.9	17.2	17.3
Nuevo León	28.4	26.0	29.3	36.6	25.9	26.7	31.1	27.9	28.8
Sonora	29.1	26.8	19.7	19.2	21.1	21.3	22.6	21.7	23.0
Tamaulipas	34.0	31.3	33.0	38.5	34.5	38.0	35.4	35.8	30.6
Estados Fronterizos	32.6	27.1	24.1	28.0	25.5	25.7	30.3	28.2	26.3

*Casos por 100,000 habitantes. Para el año 2003 se utilizó la Proyección 2000-2050 del CONAPO.

Fuentes: Centers for Disease Control and Prevention (CDC) y Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, (CENAVECE). Programa Nacional de Tuberculosis, Secretaría de Salud de México (SSA).

VI. – Conclusiones

Los factores socioeconómicos y políticos de las últimas décadas y el consecuente deterioro de las condiciones de vida en los países del tercer mundo indican que la esperanza de los países del primer mundo de eliminar la tuberculosis en un futuro próximo depende, cada vez más, del éxito que éstos obtengan entre los inmigrantes y entre las demás “minorías”, donde se encuentra el segundo factor de riesgo más importante. Como ha sido desde mediados de 1850s, la pobreza se destaca como el mayor factor de riesgo para la tuberculosis.

Mientras en el primer mundo las mejores condiciones de vida y disponibilidad de recursos humanos y materiales permiten que la tuberculosis se mantenga bajo control, muchos de los países del tercer mundo se encuentran al borde de una catástrofe.³⁷

³⁷ Ya es abundante la literatura que alerta sobre la amenaza en que se encuentran los sistemas de salud en los países más ricos y sobretodo el inminente colapso en los países más pobres y en la antigua Unión Soviética, uno de los efectos de la globalización neoliberal. Véase por ejemplo: Garret, M., *The coming plague. Newly emerging diseases in a world out of balance*. Nueva York, Penguin Books, 1995; Cueto, M., *El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX*, Lima, IEP, Editores, 1997; Buj Buj, Antonio, “¿La inmigración como riesgo epidemiológico? Un debate sobre la evolución de la tuberculosis en Barcelona durante el último decenio (1990-2000)”, en *Scripta Nova*, Revista

A una mayor conciencia acumulada durante los últimos años de que la salud es uno de los derechos humanos fundamentales de responsabilidad de los estados y organizaciones sociales,³⁸ deben seguir acciones concretas que realicen esos derechos en la práctica, utilizando para ello todos los recursos disponibles en el ámbito local, nacional e internacional. La experiencia de las últimas décadas en las acciones internacionales contra la tuberculosis indica que la lógica del mercado mundial con su ley de la “oferta y la demanda” es incapaz de interesarse por invertir en la producción de medicinas nuevas para combatir la tuberculosis, ni mucho menos de vacunas porque, aunque “la tuberculosis es una enfermedad que amenaza la vida”, ella “no tiene valor comercial”.³⁹

Como “no es posible levantar un cordón sanitario de protección” en las fronteras, el mejor de los argumentos que justifica el involucramiento de los Estados Unidos y de otros países desarrollados en el esfuerzo de control de la tuberculosis mundial, más allá del “estrecho interés propio”, es el “deber moral de actuar para salvar la vida de millones que de otro modo se morirían”.⁴⁰

El Comité de Eliminación de la Tuberculosis del Instituto de Medicina de Estados Unidos en la obra *Ending Neglect* pretende superar el *impasse* levantado por la razón de mercado de las compañías de fármacos a través de sus recomendaciones, sobre el “papel de Estados Unidos en el control de la tuberculosis mundial”.⁴¹ Ese país, junto con otras naciones industrializadas, son los únicos con los recursos científicos, tecnológicos y financieros necesarios para un compromiso de largo plazo como lo requiere el desarrollo de una vacuna. Dicho Instituto concluye sus recomendaciones citando en el reporte de 1998, titulado *The Future of Public Health*, de que “los intereses vitales de nuestra nación son claramente mejor servidos por el compromiso sostenido y fortalecido de Estados Unidos en la salud mundial”.⁴² Mientras tanto, parece más realista una propuesta desde España que considera que, en estos momentos, en la ausencia de

Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales, Universidad de Barcelona No. 94 (95), 1 de agosto de 2001; Véase también la obra ya citada de Reichman, Lee B. & Janice Hopkins Tanne, *Timebomb* y National Tuberculosis Center, “Brief History of Tuberculosis”, New Jersey Medical School.

³⁸ El *Programa Nacional de Salud 2001-2006. La Democratización de la Salud en México. Hacia un Sistema Universal de Salud*, afirma en ese sentido que “la protección de la salud no puede ser considerada una mercancía, un objeto de caridad o un privilegio: es un derecho social”, Secretaría de Salud (SSA), México, 2001, p.18, <http://www.gob.mx/wb2/egobierno/egob Programa Nacional de Salud>. Véase también la Declaración de Alma-Ata de 1978, “Salud para Todos”, disponible en: <http://www.femeba.org.ar/fundacion>, así como el artículo de Debabar Banerji, “Salud para todos, parte de la lucha por un mundo más justo”, en *Revista del Sur* (145/146) noviembre/diciembre 2003, en <http://www.redtercermundo.org.uy>. La versión oficial en varias lenguas de la “Declaración para la Salud de los Pueblos”, Bangladesh, 8 de diciembre de 2000 se encuentra en: <http://www.phmovement.org/charter/almaata.html>.

³⁹ Así afirma cínicamente el ejecutivo de una compañía de fármacos. La cita es del libro de Reichman, Lee B. & Janice Hopkins Tanne, *Timebomb*, op.cit., p.179. El propio Institute of Medicine en *Ending Neglect* argumenta contra la falsa suposición de la “falta de mercado” para nuevos fármacos antituberculosis diciendo que actualmente el gasto mundial con los cuatro fármacos antituberculosis es de en torno de \$800 a \$900 millones de dólares por año cuando el costo que comúnmente se cita para desarrollar un nuevo fármaco es de \$350 millones. Este hecho definitivamente justificaría, inclusive “en términos de mercado”, la inversión en el desarrollo de nuevos fármacos y de nuevas vacunas. Véase *op.cit.*, p. 140.

⁴⁰ *Idem*, p. 153.

⁴¹ Institute of Medicine, *Op.cit.*, pp. 149-158.

⁴² *Idem*, p. 158.

una “vacuna milagrosa, [...] la mejor de las opciones pasa por evitar las situaciones de pobreza, de hacinamiento o de segregación de los grupos sociales menos favorecidos”.⁴³

Un nuevo espíritu de colaboración, basado en la solidaridad, en el auténtico respeto por la dignidad de la vida humana y no tanto por razones de supremacía técnica, económica o política, se hacen indispensables para superar las barreras creadas por las diferencias históricas, culturales, políticas y económicas entre los países del primer y del tercer mundos.

Los miembros de la iniciativa binacional Diez Contra la Tuberculosis pretenden con su plan estratégico para la región fronteriza de México y Estados Unidos, contribuir al esfuerzo que debe unir a la sociedad civil, las organizaciones gubernamentales y no-gubernamentales, los técnicos y expertos en tuberculosis, la población en general y de manera especial a los mismos enfermos, en la ardua tarea de la conquista ciudadana del derecho a la salud para una vida más digna.

VII. – Plan Estratégico de DCT, 2005-2010 - Resumen Ejecutivo

Por varios meses entre enero de 2003 y agosto de 2004, los miembros del Comité Técnico de DCT se han reunido para discutir las diferentes cuestiones en torno a la elaboración de un plan estratégico para los próximos años. Esas discusiones tomaron en consideración las metas generales establecidas por el “Programa Frontera Saludable 2010”, en concordancia con los protocolos a nivel federal de ambas naciones, y los objetivos a nivel estatal y local.

Las recomendaciones técnicas de este Plan Estratégico cubren las cuatro líneas de acción ya identificadas por el Comité Técnico de Diez Contra la Tuberculosis en su anterior Plan de Acción de 1998. Esas líneas de acción son las siguientes:

- 1) Mejorar el sistema de vigilancia epidemiológica y búsqueda de casos de tuberculosis;
- 2) Fortalecer la infraestructura de los laboratorios para la identificación y confirmación de la tuberculosis;
- 3) Aumentar la promoción de la salud, capacitación y comunicación en tuberculosis; y
- 4) Mejorar el manejo de casos de tuberculosis.

1. – Fortalecimiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica y de Búsqueda de Casos de Tuberculosis

Definición del Problema

Colecta de Datos, Análisis y Difusión

Son insuficientes los datos disponibles con relación a la tuberculosis a lo largo de la frontera México-Estados Unidos. La información sobre tasas de enfermedad y de infección y estadísticas

⁴³ Antonio Buj Buj, “¿La inmigración como riesgo epidemiológico? Un debate sobre la evolución de la tuberculosis en Barcelona durante el último decenio (1990-2000)”, en *Scripta Nova*, op.cit., p. 17.

del programa son importantes para la planeación y evaluación. Además, los datos binacionales específicos, inclusive el número de pacientes con tuberculosis activa que cruzan la frontera son necesarios para caracterizar la magnitud de la tuberculosis binacional.

Un elemento importante para comprender la epidemiología de cualquier condición médica es la adopción de una definición de caso. Las definiciones de caso de tuberculosis (TB) en los Estados Unidos y México comparten elementos comunes pero existen notables diferencias.

En México, un caso activo de TB puede ser confirmado o no confirmado. Un caso de TB puede ser confirmado por una baciloscopia positiva de BAAR (bacilo ácido-alcohol resistente), un reporte de histopatología significativa, o por la identificación de *MTB* a través del cultivo. Un caso no confirmado es el que experimenta síntomas clínicos típicos y respuesta terapéutica apropiada, pero falta la confirmación bacteriológica o histológica.

En Estados Unidos, un caso de TB también puede ser confirmado o no confirmado por pruebas de laboratorio. Sin embargo, el cultivo es el método estándar para el diagnóstico. Un caso confirmado de tuberculosis es diagnosticado a través de la identificación de *MTB* por cultivo de BAAR de una baciloscopia clínica apropiada. En muchos casos, a diferencia de México, la baciloscopia es insuficiente para establecer el diagnóstico de tuberculosis activa. Un caso pulmonar no confirmado, comúnmente referido como un “caso clínico”, es una persona con síntomas y con radioscopia compatible con tuberculosis activa, que muestra evidencia de mejora después de tomar la terapia apropiada al menos por dos meses.

Para entender mejor la epidemiología de la tuberculosis a lo largo de la frontera de México y Estados Unidos, es necesario que ambos países compartan una definición de caso binacional común para la vigilancia. El uso de una definición de caso uniforme facilitaría una colecta de datos estandarizada y aumentaría la precisión en el análisis y comparación de datos.

Búsqueda de casos

La detección completa de casos es el primer paso fundamental para interrumpir la transmisión y es esencial para determinar la verdadera prevalencia de la tuberculosis a lo largo de la frontera. La busca pasiva de casos confía en que los pacientes enfermos busquen atención médica para su salud y requiere de sistemas de notificación de fácil utilización para asegurar que los proveedores particulares notifiquen a las secretarías de salud. No hay un método sistemático único que facilite la notificación de pacientes con enfermedad activa que cruza la frontera. Además, existen estrategias limitadas para realizar la busca activa de casos entre las poblaciones de difícil acceso como son los migrantes.

Objetivo 1: Para 2005, desarrollar una definición de caso de tuberculosis binacional acordada mutuamente para ser utilizada en Estados Unidos y en México.

Objetivo 2: Para 2008, aumentar la detección oportuna de casos de tuberculosis en la población binacional en 10%.

Objetivo 3: Para 2010, diseñar e implementar un sistema integral de datos de tuberculosis binacional que responda a las necesidades de los

proveedores de salud, investigadores y consumidores de Estados Unidos y México.

2. – Fortalecimiento de la Infraestructura de los Laboratorios para la Identificación y Confirmación de la Tuberculosis

Definición del Problema

Capacidad de Laboratorios

El diagnóstico rápido y correcto de personas con tuberculosis es obstaculizado por la capacidad inadecuada de los laboratorios en los estados fronterizos de México y Estados Unidos. Los laboratorios de referencia y de salud pública local necesitan más personal mejor capacitado para procesar muestras básicas para baciloscopia de BAAR, cultivo y prueba de sensibilidad. La red de laboratorios debe incluir dos laboratorios de referencia en México, diez laboratorios estatales y tres laboratorios de tuberculosis en ciudades hermanas locales.

Objetivo 1: Para 2008, crear y mantener una red de laboratorios fronterizos que asegure el diagnóstico confiable de todos los casos de tuberculosis, incluyendo casos de tuberculosis fármacorresistentes.

Objetivo 2: Para 2008, asegurar recursos humanos adecuados y capacitación para llevar a cabo pruebas básicas dentro de la red de laboratorios.

Objetivo 3: Para 2006, crear un mecanismo legal para el intercambio oportuno de muestras y recursos materiales a través de la frontera.

Objetivo 4: Para 2006, asegurar que todo paciente que haya sometido muestras para cultivo sea manejado por un comité de fármacorresistencia.

3. – Promoción de la Salud, Capacitación y Comunicación en Tuberculosis

Definición del Problema:

La promoción y capacitación de la salud es necesaria en todos los niveles entre los profesionales de servicios de salud y entre grupos comunitarios de alto riesgo. El uso de la tecnología disponible podría mejorar las oportunidades para la promoción de la salud entre los proveedores de salud. La comunicación adecuada del problema de la tuberculosis a los responsables de tomar decisiones es necesaria para lograr los recursos suficientes para el control de la tuberculosis.

Objetivo 1: Para 2008, las oportunidades de capacitación y educación continua para todos los proveedores de salud que trabajan con la tuberculosis binacional estarán disponibles en lugares convenientes y a través de una variedad de tecnologías. Los proveedores de salud incluyen los

trabajadores de salud del sector público, responsables de políticas de salud, laboratoristas, promotores, enfermeros/as y médicos.

Objetivo 2: Para 2008, desarrollar la infraestructura necesaria para la capacitación binacional en tuberculosis a lo largo de la frontera de México y Estados Unidos, apropiada a las necesidades jurisdiccionales de capacitación y educación.

Objetivo 3: Para 2007, Diez Contra la TB desarrollará un inventario de materiales educativos bilingües para la educación de los profesionales y de la comunidad en relación a la tuberculosis binacional.

Objetivo 4: Para 2007, Diez Contra la TB desarrollará, probará y promoverá una campaña bilingüe de promoción y concientización de salud dirigida a los líderes comunitarios y residentes de las comunidades con alta tasa de tuberculosis.

Objetivo 5: Para 2006, identificar fundaciones interesadas en apoyar las acciones propuestas por DCT.

Objetivo 6: Para 2006, establecer un mejor sistema para el intercambio binacional de información y conexión entre los estados y a través de la frontera.

4. – Manejo de Casos de Tuberculosis

Definición del problema

Muchos pacientes con tuberculosis tienen dificultad para completar su tratamiento y/o recibirlo de manera sostenida y supervisada. Algunos se presentan con tuberculosis multifármacorresistente (MDR-TB) confirmada, para la cual ellos posiblemente no pueden iniciar o continuar un esquema de tratamiento debido a la escasez de medicamentos antituberculosos apropiados. Esas condiciones favorecen el aumento en la morbilidad, aumento en la fármacorresistencia y la continuación de la transmisión de la tuberculosis. De la misma manera, frecuentemente el examen de contactos no se realiza cabalmente o es incompleto, reduciendo la oportunidad de lograr una estrategia eficiente de prevención y control de la tuberculosis en las comunidades fronterizas.

Para prevenir y controlar la tuberculosis en las poblaciones fronterizas es necesario eliminar las barreras existentes para un manejo de caso binacional eficiente. Se requiere de estrategias para asegurar el tratamiento estrictamente supervisado (TAES), la disponibilidad de esquemas completos de medicamentos antituberculosos de primera o segunda línea, y la realización de un examen de contacto oportuno de cada paciente binacional.

- Objetivo 1:** Para 2008, asegurar que se proporcione sin barreras los servicios de manejo de caso y el régimen completo de fármacos de tuberculosis a todos los pacientes que se definan como un caso binacional de tuberculosis, de tal forma que cada paciente logre completar el régimen de tratamiento establecido.
- Objetivo 2:** Para 2007, brindar la atención médica especializada y tratamiento a todos los pacientes pediátricos diagnosticados con tuberculosis.
- Objetivo 3:** Para 2008, desarrollar servicios de consulta especializada efectivos y duraderos que faciliten el manejo de caso y asegure una curación permanente de todos los pacientes con tuberculosis complicada, con la coinfección TB-VIH, la diabetes y especialmente la TB-MDR.
- Objetivo 4:** Para 2008, ampliar la cobertura de Medicaid para asegurar el acceso adecuado a los servicios de salud, diagnóstico y tratamiento para pacientes que reciben atención médica de tuberculosis en Estados Unidos, independiente del status migratorio o tiempo de permanencia en el país.
- Objetivo 5:** Para 2008, asegurar que cada paciente binacional con tuberculosis reciba un examen de contacto completo y que el 90% de los contactos sean identificados y evaluados para tuberculosis dentro de un período específico de tiempo.
- Objetivo 6:** Para 2008, asegurar que todos los casos complicados de tuberculosis, inclusive TB-MDR, sean co-manejados por un comité estatal o binacional oficiales.

Bibliografía

- Aguayo Quezada, Sergio (Ed.). *El Almanaque Mexicano. Un compendio exhaustivo sobre México en un lenguaje accesible y claro*, Grijalbo, 2000.
- Arroyo Picard, Alberto, “Mitos y realidades de la inversión extranjera en México”, en *Resultados del Tratado de Libre Comercio de América del Norte en México: Lecciones para la negociación del Acuerdo de Libre Comercio de las Américas*, Red Mexicana de Acción Frente al Libre Comercio, Oxfam Internacional, Diciembre 2001, pp.36-46.
- Basil “Buzz” Hargrove, “Evaluación de una década. Efectos y nuevas posibles direcciones”, en *Foreign Affairs en Español*, Vol. 4, No. 1, 2004, p.34.
- Brown, Garrett, “NAFTA’s 10 Years: Portrait of a Failure”, en *Maquiladora Health & Safety Network Newsletter*, Vol. VIII, No. 1, 12 de abril, 2004.
- Buj Buj, Antonio, “¿La inmigración como riesgo epidemiológico? Un debate sobre la evolución de la tuberculosis en Barcelona durante el último decenio (1990-2000)”, en *Scripta Nova*, Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales, Universidad de Barcelona No. 94 (95), 1 de agosto de 2001.
- Calva, José Luis, *México más allá del neoliberalismo. Opciones dentro del cambio global*, Plaza y Janés Ed., México, 2000, 311p.
- Canales, Alejandro, “Industrialization, Urbanization, and Population Growth on the Border”, en *Borderlines* 58, Vol. 7, No. 7, agosto 1999.
- Carmona, Camilo Garizál, “La globalización neoliberal y el concepto de desarrollo sustentable”, en <http://www.monografias.com/trabajos16/globalizacion-neoliberal/globalizacion-neoliberal.shtml>
- CDC, “Recommendations for Prevention and Control of Tuberculosis Among Foreign-Born Persons. Report of the Working Group on Tuberculosis Among Foreign-Born Persons”, *Morbidity and Mortality Weekly Report, (MMWR)* 47 (Sept 1998) No.RR-16, pp.1-30.
- CDC, “Trends in Tuberculosis – United States, 1998-2003” en *MMWR*, (marzo 19, 2004 / 53 (10); pp. 209-214. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5310a2.htm>
- Center for Migration Studies, “Immigration, Population, and Economic Growth in El Paso, Texas. The Making of an American *Maquiladora*”, por David Simcox. Artículo disponible en: <http://www.cis.org/articles/1993/paper7.html>
- Center for Public Policies Priorities, *Texas Census Briefs*, Septiembre, 2002. <http://www.cppp.org/products/brf-census1.html>
- Chinas Salazar, Carmen, *El Neoliberalismo y el deterioro de las condiciones de vida de la clase trabajadora en América Latina*, Editorial Teoría y Práctica, México, 2001.
- Chomsky, Noam, *Profit over People. Neoliberalism and Global Order*, Seven Stories Press, New York-Toronto-London, 1998, 175 p.
- Comblin, José, *O Neoliberalismo. Ideología dominante na virada do século*, Editora Vozes, Petrópolis, 2000, 187p.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO), *Proyecciones de la Población de México, 2000-2050*, México, 2002.
- Declaración Conjunta de la XV Conferencia de Gobernadores Fronterizos México-Estados Unidos, realizada los días 5-6 de julio de 1997 en Saltillo, Coahuila. <http://www.sos.state.tx.us/border/jdsxv.shtml>
- Diez Contra la Tuberculosis (DCT), “Diez Contra la Tuberculosis: Dos Naciones, Una Enfermedad, Un Esfuerzo”. Desplegado preparado en 1996, publicado en inglés en <http://www.globalhealth.gov/americaaffairsten.shtml>
- Diez Contra la Tuberculosis, “Minutas de la reunión del Consejo Directivo de DCT”, San Antonio, 1 de junio de 1999.
- Dormandy, Thomas, *A History of Tuberculosis. The White Death*, The Hambledon Press, London and Rio Grande, 1999, 433 p.
- Easterly, William, “The Lost Decades: Developing Countries’ Stagnation in Spite of Policy Reform 1980-1998”, in http://are.berkeley.edu/~harrison/globalpoverty/Easterly_01_The_Lost_Decades.pdf

- Escobedo, Miguel, M.D., M.P.H., Federico G. De Cosio, M.D., M.P.H., "Tuberculosis and the United States-Mexico Border", en *Journal of Border Health*, enero-marzo 1997, Vol. II, No.1, pp.40-47.
- Faux, Jeff, "Economía y democracia en la 'constitución' del TLCAN", en *Foreign Affairs en Español. TLCAN, diez años después*, Vol. 4, No. 1, 2004, pp. 91-105.
- Farmer, Paul. "Social Inequalities and Emerging Infectious Diseases", en *Emerging Infectious Diseases*, Vol. 2, No. 4, octubre-diciembre de 1996, pp. 259-269.
- Farmer, Paul. *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, The University of California Press, 2003, 419 p.
- Gasca Zamora, José, *Espacios transnacionales. Interacción, integración y fragmentación en la frontera México-Estados Unidos*, Instituto de Investigaciones Económicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2002, 207 p.
- Gerber, James, "Uncertainty and Growth in Mexico's Maquila Sector", en *Borderlines* 76, Vol. 9, No. 3, marzo de 2001.
- Gruskin, Sofia y Daniel Tarantola, "Health and Human Rights", François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, Boston. <http://www.cceia.org/viewMedia.php/prmID/656>
- Guerra-Borges, Alfredo, *Globalización e integración latinoamericana*, Siglo XXI, 2002, 295p.
- Hansen, Niles, *The Border Economy. Regional Development in the Southwest*, University of Texas Press, Austin, 1981.
- Hernández Gómez, Lidia, "Neoliberalismo y salud. Qué pasó en América Latina. La experiencia cubana". *Revista Cubana de Salud Pública*, 2002 28 (3). Texto disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol28_3_02/spu07302.htm
- Hertz, Noreena, *The Silent Takeover. Global Capitalism and the Death of Democracy*, The Free Press, New York, 2001, 247p.
- Homes, Noria y Antonio Ugalde, "Globalization and Health at the United States-Mexico border", en *American Journal of Public Health*, diciembre 2003, Vol. 93, No. 12, pp. 2016-2022. http://www.borderhealth.org/files/res_47.pdf
- Illich, Ivan, *Medical Nemesi* 1976, Random House, Inc. Pantheon Books. *Nemesi Médica* 1978, Editorial Joaquín Mortiz, S.A. México D.F. Versión directa al español de Juan Tovar, revisada y corregida por Valentina Borremans y Verónica Petrowitsch.
- Indian Council of Medical Research (ICMR) Bulletin, "Tuberculosis and Poverty", Vol. 32, No.3, marzo de 2002.
- Institute of Medicine, *Ending Neglect. The Elimination of Tuberculosis in the United States*, Lawrence Geiter (ed.), National Academy Press, Washington, D.C., 2000, 269 pp.
- International Union Against Tuberculosis and Lung Disease on behalf of the Stop TB Partnership, en *Detener la tuberculosis, luchar contra la pobreza*. http://www.stoptb.org/world.tb.day/WTBD_2002/default.asp
- Kourous, George & Seymour, Anne, "Forging a New U.S.-Mexico Migration Relationship: Recommendations from Outside the Beltway", en *Borderlines* 81, Vol. 9, No. 8, septiembre 2001.
- La Botz, Dan, "Labor in Mexico: At the Crossroads", en *Borderlines* 75, Vol. 9, No. 2, febrero 2001.
- Lee B. Reichman & Janice Hopkins Tanne, *Timebomb. The Global Epidemic of Multi-Drug-Resistant Tuberculosis*, McGraw-Hill, 2002.
- Lenderking, Bill, "The U.S.-Mexican Border and NAFTA: Problem or Paradigm?", en Martínez, Oscar J., *op.cit.*, pp. 190-202.
- Martínez, Oscar J. (ed.), *U.S.-Mexico Borderlands. Historical and Contemporary Perspectives*, Jaguar Books on Latin America n.11, Scholarly Resources Inc., 1996, 264 p.
- Massey, Douglas S., "Free Trade and the Economic Underpinnings of Mexico-U.S. Migration", en *Borderlines* 70, Vol. 8, No. 8, septiembre de 2000.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), "Octavo Informe Anual sobre la lucha mundial contra la Tuberculosis. Resumen", 2004. http://www.who.int/tb/publications/global_report/2004/en/summary_es.pdf

- Paterson, Kent, "Recent Arrivals to Mexico's Border Towns: Struggling to Carve Out a Niche of Their Own", en *Borderlines* 58, Vol. 7, No. 7, agosto de 1999.
- Patiño Tovar, Elsa y Castillo Palma, Jaime (comp.), *Trabajo y migración*. Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, 2001, 206 p. Véanse sobretodo sobre la correlación migración y pobreza, los capítulos: "Migración laboral captada en la frontera norte mexicana: las aportaciones de la EMIF (Encuesta sobre Migración en la Frontera norte de México)", de María Eugenia Anguiano Téllez, pp.125-138; y "Determinantes sociodemográficos del retorno y asentamiento en la migración México-Estados Unidos", de Alejandro Canales C., pp.139-158 pp.
- Peach, James & Williams, James, "Borderlands Demographic Trends" in *Borderlines* 58, Vol. 7, agosto de 1999.
- Reichman, Lee B. & Janice Hopkins Tanne, *Timebomb. The Global Epidemic of Multi-Drug-Resistant Tuberculosis*, McGraw-Hill, 2002.
- Rico Velasco, Jesús, "Neoliberalismo, salud pública y atención primaria: Las contradicciones en el paradigma de salud para todos". Artículo disponible en:
<http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol28No1/neoliberalismo.html>
- Robles Nava, Francisco, "Aumenta la cifra de emigrantes mexicanos. Un promedio de 437 mil personas salieron de México, la mayoría sin papeles, hacia EU en los últimos tres años", *La Opinión*, México, January 27, 2004.
- Sandoval, Juan Manuel, "Migración Laboral", en *Resultados del Tratado de Libre Comercio de América del Norte en México. Lecciones para la negociación del Acuerdo de Libre Comercio de las Américas*, Red Mexicana de Acción Frente al Libre Comercio, Oxfam Internacional, diciembre 2001.
- Santos Cervantes, José, "El Neoliberalismo y la crisis del campo en México", in: pp. 34-53.
- Schneider, Eileen, Laserson, Kayla F., Wells, Charles D. *et al.* Tuberculosis along the United States-Mexico border, 1993-2001. *Rev Panam Salud Publica*, July 2004, vol.16, no.1, p.23-34. disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892004000700004&lng=en&nrm=iso.
- Secretaría de Salud, *Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993. Para la Prevención y Control de la Tuberculosis en la Atención Primaria a la Salud*, Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación, 31 de octubre de 2000.
- Secretaría de Salud, Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, *Módulos de Capacitación TAES*, México, 1996.
- Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2001-2006. La Democratización de la Salud en México. Hacia un Sistema Universal de Salud*, Secretaría de Salud, México, 2001, 207 pp. Documento completo disponible en: <http://www.gob.mx/wb2/egobierno/egob Programa Nacional de Salud>. Síntesis ejecutiva en inglés en: http://www.salud.gob.mx/pdf/version_final_ingles2.pdf
- Secretaría Permanente del Sistema Económico Latinoamericano (SELA), "La migración, una de las pocas exclusiones de la globalización", en *Las migraciones internacionales en América Latina y el Caribe*, Edición No.65, mayo-agosto 2002. Artículo disponible en:
<http://lanic.utexas.edu/~sela/AA2K2/ESP/cap/N65/cap65-2.htm>
- Simcox, David, "Immigration, Population, and Economic Growth in El Paso, Texas. The Making of an American Maquiladora", Center for Immigration Studies. Texto disponible en:
<http://www.cis.org/articles/1993/paper7.html>
- Ten Against Tuberculosis (TATB), "Ten Against Tuberculosis: Two Nations, One Disease, One Effort". Flyer prepared in 1996 and published at
<http://www.globalhealth.gov/americaaffairsten.shtml>
- Texas Regional Outlook. The Upper Rio Grande Region:
<http://www.window.state.tx.us/ecodata/regional/uprio/counties/elpaso.html>
- U.S. Census Bureau, *Profile of Foreign-Born Population in the United States: 2000*, U.S. Department of Commerce, diciembre de 2001.
- U.S. Commission on Migration Reform, *Mexico/United States Binational Study on Migration, Migration Between*

- Mexico & the United States*, 1997, 82 pp.
- Varios Autores, *Manual para el manejo de pacientes binacionales con tuberculosis*, Migrant Clinicians Network-Project HOPE, Austin, 2002.
- Vázquez, Rodolfo Angel, “Neoliberalismo y Crisis Política”, artículo disponible en:
<http://utal.org/economia/neoliberalismo.htm>
- Window on State Government, “Bordering the future”, en:
<http://www.window.state.tx.us/border/ch08/ch08.html>
- World Health Organization (WHO), *8th Annual Report on Global TB Control, Summary, 2004*. Texto accesible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2004/en/summary_en.pdf
- World Health Organization (WHO), *The World Health Report 2003. Shaping the Future*, WHO, 2003.
- Zoraida Vázquez, Josefina & Meyer, Lorenzo, *The United States and Mexico*, University of Chicago Press, Chicago, 1985, 220 p.

Bibliografía sobre Diez Contra la Tuberculosis

1. - Documentos

- Declaración Conjunta de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América. Cooperación en la Iniciativa Diez Contra la TB con los Estados Fronterizos de los Estados Unidos y México, firmado en México, D.F., el 5 de mayo de 1997 por el secretario de salud de México, Juan Ramón de la Fuente y la secretaria de Salud y Servicios Humanos de los E.U.A, Donna Shalala. En inglés: “Joint Statement of the Secretariat of Health of Mexico and the Department of Health and Human Services of the United States of America. Cooperation in the Ten Against TB Initiative with the border states of the United States and Mexico.”
- Declaración Conjunta. XV Conferencia de Gobernadores Fronterizos México-Estados Unidos, Saltillo, Coahuila, 6 de junio de 1997. <http://www.sos.state.tx.us/border/jdxv.shtml>. En inglés: Joint Declaration at XV Border Governor’s Conference United States-Mexico. <http://www.sos.state.tx.us/border/jdxv.shtml>
- Declaración Conjunta. XVI Conferencia de Gobernadores Fronterizos. México-Estados Unidos, Brownsville, Texas, 25 y 26 de junio de 1998. <http://www.sos.state.tx.us/border/jdxvi.shtml>. En inglés: Joint Declaration at XVI border Governor’s Conference United State-Mexico. <http://www/sos/state.tx.us/border/jdxvi.shtml>
- Diez Contra la Tuberculosis (DCT), *Principios Orientadores y Normas Operativas para el Grupo de Trabajo Binacional Diez Contra la Tuberculosis*, Mayo de 1999. En inglés: Ten Against Tuberculosis (TATB), *Guiding Principles and Operational Guidelines for Ten Against Tuberculosis Binational Working Group*.
- Diez Contra la Tuberculosis (DCT), “Diez Contra la Tuberculosis: Dos naciones, una enfermedad, un esfuerzo”. En inglés: Ten Against Tuberculosis (TATB), “Ten Against Tuberculosis: Two Nations, One Disease, One Effort”. Desplegado preparado en 1996 y publicado en inglés en: <http://www.globalhealth.gov/americaffairsten.shtml>.

2. - Artículos

- CDC, Division of Tuberculosis Elimination, “World TB Day”, marzo 24, 2000.
<http://www.cdc.gov/nchstp/tb/worldtb2000/activities.htm>
- CDC, Division of Tuberculosis Elimination, “World TB Day”, marzo 24, 2003.
http://www.cdc.gov/nchstp/tb/worldtb2003/state_activities2003.htm
- CDC, “Preventing and Controlling Tuberculosis Along the U.S.-Mexico Border”, *MMWR*, enero 19, 2001/ 50 (RR1); 1-27. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5001a1.htm>

- Dos países, una población, problemas compartidos. La Salud Comunitaria en la Región Fronteriza: Una Síntesis. *Borderlines* 45 (Vol. 6, No. 4, mayo 1998)
<http://www.zianet.com/irc1/bordline/spanish/1998/bl45esp/bl45sal.html>
<http://www.americaspolicy.org/borderlines/spanish/1998/bl45esp/bl45sal.html>. En inglés: Two Countries, One Population, Shared Problems. Community Health in the Borderlands: An Overview. *Borderlines*, Vol. 6, No. 4, mayo 1998.
<http://www.us-mex.org/borderlines/PDFs/bl45.pdf>
- Gobierno del Estado de Tamaulipas (Tomás Yarrington Ruvalcaba), Primer Informe de Gobierno, Estrategia Social. 1.3 Salud, 1999-2004.
<http://www.tamaulipas.gob.mx/gobernador/informes/primerinforme/estrategiasocial/13.htm>
- Green, Eric, State Department Upbeat on U.S.-Mexico Relationship. USIS Washington File, 9 de junio de 1998. http://www.fas.org/irp/news/1998/06/98060923_lpo.html
- Homes, Noria y Antonio Ugalde, "Globalization and Health at the United States-Mexico border", en *American Journal of Public Health*, December 2003, Vol. 93, No. 12, pp. 2016-2022.
http://www.sociologistswithoutborder.org/contributions/Globalization_and_Border_Health.pdf
- HRSA Speech. Comentarios -- La reunión anual de la Asociación para la Salud de la Frontera entre México y los Estados Unidos. <http://newsroom.hrsa.gov/speeches/borderhealthspanish.htm>
- HRSA's U.S. – Mexico Border Health Home Page.
<http://bphc.hrsa.gov/programs/BorderProgramInfo.htm>
- HRSA's Border Health Initiative. Fact Sheet, April.
<http://newsroom.hrsa.gov/factsheets/borderhealth2001.htm>
- HRSA, "Palabras a la Cumbre Latina de la Salud." Texto preparado por Claude Earl Fox, M.D., M.P.H. Administrador, Administración de Recursos y Servicios de la Salud (HRSA). Cumbre Latina de la Salud en el Centro de la Salud del Distrito de la Misión San Francisco, California, 6 de diciembre del 2000. <http://newsroom.hrsa.gov/speeches/misionespanol.htm>. En inglés: "Remarks to the Latino Health Summit", Health Resources and Services Administration (HRSA), Latino Health Summit at the Mission Neighborhood Health Center.
<http://www.hrsa.dhhs.gov/Newsroom/speeches/mission.htm>
- HRSA, "Comentarios - Asociación Nacional Médica Hispana." Prepared Remarks of Claude Earl Fox, M.D., M.P.H. Administrator, Health Resources and Services Administration National Hispanic Medical Association Annual Meeting Washington, D.C., febrero 18, 2000.
<http://newsroom.hrsa.gov/speeches/NHMAespanol.htm>. En inglés: "Remarks - National Hispanic Medical Association." <http://newsroom.hrsa.gov/speeches/NHMA.htm>
- HRSA, "Health Care Along U.S.-Mexico Border Is Significant Binational Challenge."
<http://newsroom.hrsa.gov/releases/borderhealthpub.htm>
- HRSA's Border Health Program (octubre 2001)
<http://newsroom.hrsa.gov/factsheets/borderhealth2001.htm>
- Interim Report of the President's Interagency Task Force on the Economic Development of the Southwest Border, noviembre 15, 1999. Reporting to Vice President Al Gore, pp. 83 & 85.
<http://www.ustreas.gov/press/releases/docs/border.pdf>
- Johns Hopkins Center for Tuberculosis Research, "Border Consultants Team Up to Do 'Technical' Work", *Current TB News: Week of July 2, 2001*. <http://www.hopkins-tb.org/news/7-02-2001.shtml>
- Migrant Clinicians Network-Project HOPE, *Manual para el manejo de pacientes binacionales con tuberculosis*, MCN-HOPE, Austin, 2002.
- Office of Border Health, Texas Department of Health, "TEN AGAINST TUBERCULOSIS - Binational Working Group" <http://www.r10.tdh.state.tx.us/obh/tatb.htm>
- Office of Global Health Affairs – "Ten Against Tuberculosis", Regional Affairs – The Americas
<http://www.globalhealth.gov/americaffairsten.shtml>
- Office of International and Refugee Health. Regional Affairs – The Americas. "Ten Against TB."
<http://www.globalhealth.gov/americaffairsten.shtml>. Global Health Home Page:

- www.globalhealth.gov
- Organización Panamericana de la Salud. Oficina de Campo de El Paso. Nueva Estrategia. Plan de Ejecución 1998-1999. <http://www.fep.paho.org/spanish/strategy.asp>. En inglés: Pan American Health Health Organization. El Paso Field Office, New Strategy 1998-1999 Implementation Plan. <http://www.fep.paho.org/english/strategy.asp>
- PAHO, “On the United States-Mexico border, cooperation is the word”, PAHO, Press Information, September 19, 2002. <http://www.paho.org/English/DPI/100/100feature37.htm>
- PAHO, Estrategia – Plan de de Ejecución 1998-1999
<http://www.fep.paho.org/spanish/strategy.asp?Valida=OK>
- Robert Wood Johnson Foundation (The), “Old Disease, New Challenge. Tuberculosis in the 1990s”,
<http://www.rwjf.org/reports/grr/023612.htm>
- Rylander, Carole Keeton, “Bordering the Future. Health Chronic Conditions”, Window on State Government. <http://www.window.state.tx.us/border/ch08/ch08.html>
- TDH, Health Officials Conducting Renewed Attack Against TB. TDH Accent on Health May 27, 1997.
<http://www.tdh.state.tx.us/news/acc0527b.htm>
- Project Juntos. Border Epidemiology and Environmental Health Center, May 11, 2001.
<http://www.nmsu.edu/~bec/JuntosProject.pdf>
- Tuberculosis Training and Education for International Medical Graduates. Providers Serving Foreign Born Patients. http://www.nationaltbcenter.edu/position_papers/international_med.pdf
- United States Agency for International Development (The), “México”, FY 2000.
<http://www.usaid.gov/pubs/cp2000/lac/mexico.html>
- Window on State Government, “Bordering the future”, en:
<http://www.window.state.tx.us/border/ch08/ch08.html>

PLAN DE ACCION DE DIEZ CONTRA LA TUBERCULOSIS

LINEA DE ACCION I:

FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y DE BUSQUEDA DE CASOS DE TUBERCULOSIS

Antecedentes

El control de la tuberculosis comienza con la identificación de casos activos de la enfermedad dentro de la comunidad y la notificación de esos casos a las autoridades sanitarias de acuerdo con la norma oficial. Este tipo de vigilancia de la enfermedad requiere definiciones de caso claros, médicos familiarizados con las manifestaciones de la tuberculosis y los mandatos de notificación además de la existencia de infraestructuras para facilitar la notificación. La vigilancia es un desafío especial, sobretodo a lo largo de la frontera de México y Estados Unidos donde los pacientes cruzan las jurisdicciones, y las infraestructuras de notificación entre los dos países son diferentes y desconectadas. Esa situación también complica los esfuerzos para desarrollar una visión integral de la epidemiología de la tuberculosis entre las poblaciones fronterizas.

Definición del Problema

Colecta de Datos, Análisis y Difusión

Son insuficientes los datos disponibles con relación a la tuberculosis a lo largo de la frontera México-Estados Unidos. La información sobre tasas de enfermedad y de infección y estadísticas del programa son importantes para la planeación y evaluación. Además, los datos binacionales específicos, inclusive el número de pacientes con tuberculosis activa que cruzan la frontera son necesarios para caracterizar la magnitud de la tuberculosis binacional.

Un elemento importante para comprender la epidemiología de cualquier condición médica es la adopción de una definición de caso. Las definiciones de caso de tuberculosis (TB) en los Estados Unidos y México comparten elementos comunes pero existen notables diferencias.

En México, un caso activo de TB puede ser confirmado o no confirmado. Un caso de TB puede ser confirmado por una baciloscopia positiva de BAAR (bacilo ácido-alcohol resistente), un reporte de histopatología significativa, o por la identificación de *MTB* a través del cultivo. Un caso no confirmado es el que experimenta síntomas clínicos típicos y respuesta terapéutica apropiada, pero falta la confirmación bacteriológica o histológica.⁴⁴

En los Estados Unidos, un caso de TB también puede ser confirmado o no confirmado por pruebas de laboratorio. Sin embargo, el cultivo es el método estándar para el diagnóstico. Un caso confirmado de tuberculosis es diagnosticado a través de la identificación de *MTB* por cultivo de BAAR de una baciloscopia clínica apropiada. En muchos casos, a diferencia de

⁴⁴ Secretaría de Salud, *Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993. Para la Prevención y Control de la Tuberculosis en la Atención Primaria a la Salud*, Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación, 31 de octubre de 2000, pp. 34-53.

México, la baciloscopia es insuficiente para establecer el diagnóstico de tuberculosis activa. Un caso pulmonar no confirmado, comúnmente referido como un “caso clínico”, es una persona con síntomas y con radioscopia compatible con tuberculosis activa, que muestra evidencia de mejora después de tomar la terapia apropiada al menos por dos meses.

Para entender mejor la epidemiología de la tuberculosis a lo largo de la frontera de México y Estados Unidos, es necesario que ambos países compartan una definición de caso binacional común para la vigilancia. El uso de una definición de caso uniforme facilitaría una colecta de datos estandarizada y aumentaría la precisión en el análisis y comparación de datos.

Búsqueda de casos

La detección completa de casos es el primer paso fundamental para interrumpir la transmisión y es esencial para determinar la verdadera prevalencia de la tuberculosis a lo largo de la frontera. La busca pasiva de casos confía en que los pacientes enfermos busquen atención médica para su salud y requiere de sistemas de notificación de fácil utilización para asegurar que los proveedores particulares notifiquen a las secretarías de salud. No hay un método sistemático único que facilite la notificación de pacientes con enfermedad activa que cruza la frontera. Además, existen estrategias limitadas para realizar la busca activa de casos entre las poblaciones de difícil acceso como son los migrantes.

Objetivo 1: Para 2005, desarrollar una definición de caso de tuberculosis binacional acordada mutuamente para ser utilizada tanto en Estados Unidos y en México.

Estrategia/Acción 1:

Para julio de 2005, la Secretaría de Salud (SSA) y los CDC convocarán un grupo de trabajo de técnicos expertos en tuberculosis para desarrollar un consenso en una definición de caso común de tuberculosis binacional.

Indicador:

Una definición de caso binacional es publicada y reconocida en México y Estados Unidos.

Objetivo 2: Para 2008, aumentar la detección oportuna de casos de tuberculosis en la población binacional en 10%.

Estrategia/Acción 1:

Para 2007, la Secretaría de Salud (SSA), los CDC y los programas estatales de control de la tuberculosis, trabajarán con la comunidad médica, de los trabajadores de salud comunitaria y de las organizaciones de base comunitarias, para desarrollar y probar estrategias para aumentar la detección temprana de casos de tuberculosis a lo largo de la frontera de Estados Unidos y México entre los migrantes y otras poblaciones de difícil acceso.

Indicador:

Serán desarrolladas y probadas diez estrategias por trabajadores de salud comunitaria y organizaciones comunitarias de base para mejorar la detección de casos binacionales de tuberculosis.

Estrategia/Acción 2:

Para 2007, instituir la notificación de los casos binacionales de tuberculosis por el sector público y privado en Estados Unidos y México.

Indicador 1:

El conocimiento, habilidades y prácticas relacionadas con la detección temprana de tuberculosis binacional entre los proveedores a lo largo de la frontera de México y Estados Unidos serán evaluados.

Indicador 2:

Proporcionar capacitación anual en identificación y notificación de casos a los proveedores de salud de Estados Unidos y México en 14 comunidades de ciudades hermanas.

Indicador 3:

Las barreras para la notificación entre los proveedores del sector privado de ambos lados de la frontera de Estados Unidos y México serán identificadas y se pondrán en marcha estrategias para solucionarlas.

Indicador 4:

Se implantará un sistema de vigilancia entre médicos de seguros, cirujanos civiles y médicos que sirven a la población migrante a lo largo de la frontera de México y Estados Unidos.

Objetivo 3: Para 2010, diseñar e implementar un sistema integral de datos de tuberculosis binacional que responda a las necesidades de los proveedores de salud, investigadores y consumidores de Estados Unidos y México.

Estrategia/Acción 1:

Para 2005, desarrollar recomendaciones para un sistema integral de datos de tuberculosis que responda a las necesidades de los proveedores binacionales de salud, investigadores y consumidores, que incluya factores de riesgo de tuberculosis, morbilidad, mortalidad y disponibilidad de los servicios de salud y de manejo de casos.

Indicador:

Recomendaciones para un sistema integral de datos de tuberculosis binacional revisados y aprobados por los socios de Estados Unidos y México.

Estrategia/Acción 2:

Para 2008, tener un sistema binacional de datos listo para una prueba piloto en los estados miembros de DCT y para ser implementados en todos los lugares en 2010.

Indicador:

Un sistema binacional de datos estará en operación de manera colaborativa por los estados miembros de Diez Contra la TB.

Estrategia/Acción 3:

A partir de 2006, publicar y distribuir un reporte anual sobre la epidemiología de tuberculosis binacional en México y Estados Unidos.

Indicador:

Reporte anual publicado cada año a partir de 2006.

Estrategia/Acción 4:

Para 2006, desarrollar una página de web para difundir datos epidemiológicos relacionados a la tuberculosis binacional en inglés y en español.

Indicador:

Los estados miembros de Diez Contra la TBs colaboran para hacer disponible una página de web que recoge y difunde datos sobre la tuberculosis binacional.

LINEA DE ACCION II:

FORTALECIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS LABORATORIOS PARA LA IDENTIFICACIÓN Y CONFIRMACIÓN DE LA TUBERCULOSIS

Antecedentes

En México, un caso confirmado de tuberculosis es diagnosticado por la identificación de bacilo ácido-alcohol resistente (BAAR) en baciloscopía o cultivo. Para confirmar el diagnóstico es suficiente una baciloscopía de BAAR positiva. No es necesario un cultivo de BAAR para hacer el diagnóstico, pero puede ser indicado cuando no hay respuesta clínica y/o se sospecha fármaco resistencia. Tanto en Estados Unidos como en México, un caso también puede ser diagnosticado, en ausencia de bacteriología positiva de BAAR, usando los criterios de síntomas clínicos. Un panel de cultivo de BAAR para fármacosensibilidad realizado en todos los cultivos de *MTB* ayuda a determinar la terapia farmacológica.

El procedimiento bacteriológico recomendado en ambos países consiste en coleccionar tres muestras de esputo en tres días consecutivos. Las muestras son procesadas por baciloscopía BAAR. En Estados Unidos, el cultivo y prueba de susceptibilidad son siempre realizados, pero en México apenas son realizados cuando no hay respuesta clínica y/o se observa bacilo BAAR positivo después de tres meses de tratamiento. El trabajo de laboratorio es especializado y frecuentemente es realizado en laboratorios locales de salud pública y en laboratorios de referencia especializados.

Definición del Problema

Capacidad de Laboratorios

El diagnóstico rápido y correcto de personas con tuberculosis es obstaculizado por la capacidad inadecuada de los laboratorios en los estados fronterizos de México y Estados Unidos. Los laboratorios de referencia y de salud pública local necesitan más personal mejor capacitado para procesar muestras básicas para baciloscopía de BAAR, cultivo y prueba de sensibilidad. La red de laboratorios debe incluir dos laboratorios de referencia en México, diez laboratorios estatales y tres laboratorios de tuberculosis en ciudades hermanas locales.

Objetivo 1: Para 2008, crear y mantener una red de laboratorios fronterizos que asegure el diagnóstico confiable de todos los casos de tuberculosis, incluyendo casos de tuberculosis fármacorresistentes.

Estrategia/Acción 1:

Para 2006, realizar una encuesta detallada de todos los laboratorios fronterizos con relación a su capacidad para procesar muestras de laboratorio de tuberculosis en tiempo oportuno. Las pruebas deben incluir baciloscopía de BAAR, cultivo y sensibilidad, así como de química básica y hematología.

Estrategia/Acción 2:

Para 2007, desarrollar, conducir y analizar una evaluación de las necesidades basadas en los resultados de la encuesta de la estrategia/acción 1.

Estrategia/Acción 3:

Para 2007, compilar una lista de recursos y equipos necesarios para asegurar el proceso a tiempo oportuno de muestras, por laboratorios básicos y especializados de referencia.

Estrategia/Acción 4:

Para 2008, solicitar y recibir apoyo financiero y consultivo de agencias nacionales e internacionales para establecer una infraestructura uniforme para cada tipo de laboratorio.

Indicador:

Dos laboratorios regionales de referencia en México, (en Nuevo León y Baja California), diez laboratorios de salud pública estatales de referencia en México y en Estados Unidos, y tres laboratorios en ciudades hermanas proporcionan pruebas de baciloscopia de nivel básico de calidad.

Objetivo 2: Para 2008, asegurar recursos humanos adecuados y capacitación para llevar a cabo pruebas básicas dentro de la red de laboratorios.

Estrategia/Acción 1:

Para 2005, en colaboración con los Centros de Control de Enfermedades (CDC), la Secretaría de Salud de México (SSA) y las secretarías de salud estatales, llevar a cabo y analizar una encuesta completa de los patrones de personal y obligaciones para todos los laboratorios.

Estrategia/Acción 2:

Para 2006, en colaboración con CDC y la Secretaría de Salud, y las secretarías de salud de los estados, determinar los niveles apropiados del personal.

Estrategia/Acción 3:

Para 2006, solicitar apoyo de agencias nacionales e internacionales para asegurar personal adecuado para los laboratorios de tuberculosis.

Estrategia/Acción 4:

Para 2006, crear y mantener actualizado currículos de capacitación para personal de laboratorio en el web, asegurando la disponibilidad de capacitación oportuna para el personal laboratorio en todos los niveles.

Estrategia/Acción 5:

Para 2008, trabajar con la Comisión de Salud Fronteriza y los centros nacionales de capacitación en tuberculosis en Estados Unidos para asegurar los recursos necesarios para implementar cursos de capacitación asegurando la asistencia de todos los directores de laboratorios fronterizos.

Indicador:

Para 2008, los laboratorios locales y de referencia tendrán suficiente personal capacitado para llevar a cabo pruebas de tuberculina, inclusive baciloscopia, cultivo y susceptibilidad.

Estrategia/Acción 6:

Para 2008, utilizar currículos establecidos para proporcionar capacitación a personal de laboratorio para asegurar la calidad básica de las pruebas de muestras de tuberculosis.

Estrategia/Acción 7:

Para 2007, actualizar protocolos para asegurar que todos los laboratorios estatales de referencia de los estados fronterizos trabajen con el mismo criterio y que todas las muestras sometidas para pruebas de susceptibilidad hayan sido revisadas por los comités estatales y binacionales de fármacorresistencia.

Estrategia/Acción 8:

Para 2008, patrocinar conferencias bianuales de capacitación de laboratorio de tuberculosis y asegurar la participación de todos los directores y personal clave de laboratorio de tuberculosis.

Objetivo 3: Para 2006, crear mecanismos legales para el intercambio oportuno de muestras y recursos materiales a través de la frontera.

Estrategia/Acción 1:

Para 2005, trabajar con la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, para identificar las barreras específicas para el transporte de muestras y recursos a través de la frontera Estados Unidos-México y abogar por soluciones políticas.

Estrategia/Acción 2:

Para 2005, crear y mantener un sistema de mensajería en cada par de ciudades para asegurar el transporte oportuno de muestras, equipos de laboratorio y resultados laboratoriales entre los laboratorios y proveedores de servicios de salud en ambos lados de la frontera.

Estrategia/Acción 3:

Para 2005, crear un grupo de trabajo binacional *ad-hoc* que se reúna regularmente para identificar y eliminar las barreras para la colaboración binacional de laboratorios.

Estrategia/Acción 4:

Para 2006, desarrollar procedimientos apropiados para asegurar que todas las muestras enviadas a los laboratorios de referencia para pruebas de cultivo y sensibilidad serán discutidas y aprobadas por un Comité de Fármacorresistencia de Tuberculosis.

Indicador:

Las muestras y los recursos serán transportados a través de la frontera en forma legal y oportuna.

Objetivo 4: Para 2006, asegurar que todo paciente que haya sometido muestras para cultivo sea manejado por un comité de fármacorresistencia.

Estrategia/Acción 1:

Para 2006, asegurar que todo paciente que haya sometido muestras para cultivo sea manejado por un comité de fármacorresistencia.

Indicador 1:

El comité de fármacorresistencia deberá estar formado o reconocido para marzo de 2006.

Indicador 2:

Los laboratorios fronterizos contarán con un procedimiento para entrega de resultados de cepas provenientes de pacientes fármacorresistentes, en coordinación con el/la responsable del programa de tuberculosis y este comité.

LINEA DE ACCION III:

**PROMOCION DE LA SALUD
CAPACITACION, COMUNICACIÓN
EN TUBERCULOSIS**

Definición del Problema:

La promoción y capacitación de la salud es necesaria en todos los niveles entre los profesionales de servicios de salud y entre grupos comunitarios de alto riesgo. El uso de la tecnología disponible actualmente podrá mejorar las oportunidades para la promoción de la salud entre los proveedores de salud. La comunicación adecuada del problema de la tuberculosis a los responsables de tomar decisiones, es también necesaria para lograr los recursos necesarios para el control de la tuberculosis.

Objetivo 1: Para 2008, oportunidades de capacitación y educación continua para todos los proveedores de salud que trabajan con la tuberculosis binacional estarán disponibles en lugares convenientes y a través de una variedad de tecnologías. Los proveedores de salud incluyen los trabajadores de salud del sector público, responsables de políticas de salud, laboratoristas, promotores, enfermeros/as y médicos.

Estrategia/Acción 1:

Para 2006, realizar una evaluación de necesidades de capacitación y educación continua de los trabajadores de salud que trabajan con la tuberculosis binacional.

Indicador:

Una evaluación completa de las necesidades de capacitación y educación continua será llevada a cabo entre los trabajadores de salud que manejan pacientes binacionales de tuberculosis.

Estrategia/Acción 2:

Para 2007, desarrollar un plan anual de capacitación y educación continua basado en las necesidades identificadas en el proceso formal de evaluación de necesidades.

Indicador:

Un plan anual de capacitación y educación continua será desarrollado y usado para planear programas de capacitación y educación continua para proveedores de salud y responsables de políticas de salud.

Estrategia/Acción 3:

Para 2007, desarrollar alianzas con las universidades del área, centros de educación de tuberculosis, y otros especialistas de educación para mejorar la calidad y diversidad de las oportunidades de capacitación.

Indicador:

Universidades y otros especialistas participarán en el desarrollo de oportunidades de capacitación.

Estrategia/Acción 4:

Para 2008, proporcionar capacitación y educación continua en una variedad de lugares y con tecnología que vayan al encuentro de las necesidades de los trabajadores de salud y de los responsables de tomar decisiones que trabajan con tuberculosis binacional. La capacitación estará disponible a los trabajadores de México y Estados Unidos.

Indicador:

Un plan completo de capacitación será implementado y evaluado anualmente.

Objetivo 2: Para 2008, desarrollar la infraestructura necesaria para la capacitación binacional en tuberculosis a lo largo de la frontera de México y Estados Unidos, apropiada a las necesidades jurisdiccionales de capacitación y educación.

Estrategia/Acción 1:

Para 2006, se completará un inventario sobre recursos en educación y capacitación en tuberculosis binacional disponible en salud pública, academia y organizaciones comunitarias.

Estrategia/Acción 2:

Para 2007, DCT propiciará una reunión para determinar la mejor forma para implementar actividades de educación y capacitación binacionales y fronteras.

Estrategia/Acción 3:

Para 2008, la capacitación y educación en tuberculosis debe ser una práctica estándar en las instituciones fronterizas, los sistemas de salud pública fronterizas, y las organizaciones comunitarias que sirven poblaciones en riesgo a lo largo de la frontera de México y Estados Unidos.

Objetivo 3: Para 2007, Diez Contra la TB desarrollará un inventario de materiales educativos bilingües para la educación de los profesionales y de la comunidad en relación a la tuberculosis binacional.

Objetivo 4: Para 2007, Diez Contra la TB desarrollará, probará y promoverá una campaña bilingüe de promoción y sensibilización sobre la salud dirigida a los líderes comunitarios y residentes de las comunidades con alta tasa de tuberculosis.

Estrategia/Acción 1:

Para 2005, desarrollar, probar y evaluar una campaña de sensibilización pública que resulte en el aumento de la conciencia en la presentación clínica de la tuberculosis y de los servicios y recursos para tuberculosis a lo largo de la frontera de México y Estados Unidos.

Indicador:

Una campaña de sensibilización pública será implementada y evaluada para aumentar la conciencia de la tuberculosis como un problema de salud pública y de la disponibilidad de los servicios a lo largo de la frontera de México y Estados Unidos.

Estrategia/Acción 2:

Para 2006, desarrollar, probar y evaluar actividades de difusión que aumente la conciencia de la tuberculosis como causa de enfermedad grave en niños pequeños y aumentar la conciencia sobre la disponibilidad de los servicios de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, así como de la importancia de la adherencia y conclusión del tratamiento.

Indicador:

Una campaña de sensibilización pública para aumentar la conciencia sobre la tuberculosis como una causa de seria enfermedad en niños será implementada y evaluada a lo largo de la frontera de México y Estados Unidos.

Estrategia/Acción 3:

Para 2007, desarrollar, probar y evaluar actividades para aumentar la conciencia de la tuberculosis en poblaciones de alto riesgo.

Indicador:

Actividades para aumentar la conciencia sobre la tuberculosis entre poblaciones de alto riesgo serán implementadas y evaluadas.

Estrategia/Acción 4:

Para 2007, desarrollar, probar y evaluar actividades para aumentar la conciencia sobre el problema de la tuberculosis binacional entre líderes comunitarios a lo largo de la frontera de México y Estados Unidos.

Indicador:

Serán diseñadas y evaluadas actividades para aumentar la conciencia sobre el problema de la tuberculosis binacional entre líderes comunitarios a lo largo de la frontera de México y Estados Unidos.

Estrategia/Acción 5:

Para 2007, identificar comunidades indígenas en ciudades fronterizas con barreras culturales y lingüísticas, y desarrollar, evaluar estrategias para aumentar la conciencia sobre la tuberculosis y los servicios disponibles para el cuidado de las personas con tuberculosis.

Indicador:

Una campaña de sensibilización pública será implementada y evaluada para aumentar la conciencia de la tuberculosis entre las poblaciones indígenas con barreras culturales y lingüísticas.

Estrategia/Acción 6:

Para 2007, desarrollar, probar y distribuir materiales escritos para personas con nivel básico de alfabetización sobre el diagnóstico, medidas simples para disminuir la transmisión y la importancia de la adherencia y término del tratamiento.

Indicador:

Serán desarrollados y probados diez nuevos materiales en lenguaje sencillo relacionados a los mecanismos de transmisión de la tuberculosis y la importancia de la adherencia al tratamiento.

Objetivo 5: Para 2006, identificar fundaciones interesadas en apoyar las acciones propuestas por DCT.

Estrategia/Acción 1:

Convocar una serie de reuniones a lo largo de la frontera para unir las agencias financiadoras interesadas en las iniciativas de tuberculosis en la frontera.

Objetivo 6: Para 2006, establecer un mejor sistema para el intercambio binacional de información y conexión entre los estados y a través de la frontera.

Estrategia/Acción 1:

Habrà por lo menos un simposio anual de tuberculosis en comunidades fronterizas clave para actualizar a los proveedores en las técnicas más recientes relacionadas a la tuberculosis. El objetivo será apoyar y desarrollar la competencia y capacidad en tuberculosis y ofrecer oportunidades para intercambiar conocimientos.

Indicador:

Para 2007, proveedores de salud pública participarán en un simposio anual de tuberculosis para proporcionar información actualizada sobre tuberculosis binacional y promover oportunidades de intercambio.

LINEA DE ACCION IV:

MANEJO DE CASOS DE TUBERCULOSIS

Antecedentes

El manejo óptimo de casos incluye el rápido diagnóstico de la enfermedad, el monitoreo clínico cercano de las prescripciones médicas y sus complicaciones, seguridad de adherencia al tratamiento, e identificación y evaluación de los contactos próximos.⁴⁵ Cada una de esas estrategias se tornan más difíciles cuando el manejo de caso debe ser coordinado entre jurisdicciones de salud, particularmente a través de fronteras internacionales. Como el porcentaje mayor de los pacientes nacidos en el extranjero que viven en Estados Unidos viene de y frecuentemente viaja a México, los métodos para asegurar el manejo de caso coordinado entre los dos países son importantes. Esos mecanismos de coordinación deberían respetar y tomar en consideración las diferencias de los protocolos y procedimientos nacionales, prioridades y recursos de salud, y diferencias culturales y lingüísticas. En el área fronteriza inmediata entre Estados Unidos y México, el manejo de casos envuelve un número substancial de personas que se mueven a través de la frontera diariamente. Los pacientes de tuberculosis que viven en un lado de la frontera pueden tener su enfermedad diagnosticada o tratada en el país vecino; por lo tanto, el examen de contactos cercanos casi siempre envuelven escuelas, trabajo y ambientes sociales en ambos lados de la frontera. Existen foros limitados para diseminar la información relacionada a las estrategias exitosas de manejo de caso a través de las fronteras internacionales. La coordinación continuada entre los programas de control de la tuberculosis en las áreas fronterizas es vital, y los esfuerzos locales para mejorar esas relaciones deben ser estimulados.

Los ciudadanos estadounidenses y mexicanos cruzan la frontera para el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis sin notificar rutinariamente a las secretarías de salud de uno de los países de origen o destino. El manejo de caso y la contención de la enfermedad puede ser comprometida por causa de los lapsos o cambios en el régimen de tratamiento, la falla al compartir la información clínica, y el examen de contacto oportuno. La comunicación adecuada entre las agencias de tuberculosis y proveedores nivel local, estatal, nacional e internacional es necesaria para asegurar el manejo efectivo de caso y para coordinar los servicios.

Definición del problema

Muchos pacientes con tuberculosis tienen dificultad para completar su tratamiento y/o recibirlo de manera sostenida y supervisada. Algunos se presentan con tuberculosis multifármacorresistente (MDR-TB) confirmada, para la cual ellos posiblemente no pueden iniciar o continuar un esquema de tratamiento debido a la escasez de medicamentos antituberculosos apropiados. Esas condiciones favorecen el aumento en la morbilidad, aumento en la fármacorresistencia y la continuación de la transmisión de la tuberculosis. De la misma manera, frecuentemente el examen de contactos no se realiza cabalmente o es incompleto,

⁴⁵ Centers for Disease Control and Prevention. Work Group Report on “Preventing and Controlling Tuberculosis Along the U.S.-Mexico Border”, en *MMWR Recommendations and Reports*. January 19, 2001/50(RR1); pp.1-2..

reduciendo la oportunidad de lograr una estrategia eficiente de prevención y control de la tuberculosis en las comunidades fronterizas.

Para prevenir y controlar la tuberculosis en las poblaciones fronterizas, es necesario eliminar las barreras existentes para un manejo de caso binacional eficiente. Se requiere de estrategias para asegurar el tratamiento estrictamente supervisado (TAES), la disponibilidad de esquemas completos de medicamentos antituberculosos de primera o segunda línea, y la realización de un examen de contacto oportuno de cada paciente binacional.

Objetivo 1: Para 2008, asegurar que se proporcione sin barreras los servicios de manejo de caso y el régimen completo de fármacos de tuberculosis a todos los pacientes que se definan como un caso binacional de tuberculosis, de tal forma que cada paciente logre completar el régimen de tratamiento establecido.

Estrategia/Acción 1:

Para 2007, las autoridades federales y estatales de Estados Unidos y México tomarán los pasos necesarios para fortalecer los servicios de salud existentes en ambos países, asegurando que los programas de control de la tuberculosis de todas las ciudades hermanas participen en proyectos de referencia binacional de tuberculosis.

Indicador:

Los 14 pares de ciudades hermanas participarán en proyectos binacionales de referencia.

Estrategia/Acción 2:

Para 2007, expandir los proyectos binacionales de referencia de tuberculosis para incluir diez estados adicionales de Estados Unidos, cinco estados adicionales de México y todos los centros de detención de Inmigración y Aduana (ICE, por su sigla en inglés).

Indicador:

Diez estados adicionales de Estados Unidos y cinco estados adicionales de México, y todos los centros de detención de Inmigración y Aduana participarán en proyectos de referencia.

Estrategia/Acción 3:

Para 2006, establecer un sistema de transmisión de información en cada par de ciudades fronterizas que asegure el intercambio oportuno y confiable de la información de referencia del paciente a través de la frontera.

Indicador:

Para 2006, estarían funcionando las líneas telefónicas y de fax exclusivas, y canales de comunicación electrónica estarán funcionando en cada par de ciudades fronterizas.

Estrategia/Acción 4:

Para 2006, establecer un mecanismo para el transporte oportuno y legal de medicamentos de segunda línea y muestras de laboratorio a través de la frontera de México y Estados Unidos.

Indicador:

Se encontrará en funcionamiento un sistema para asegurar el transporte legal de medicamentos de segunda línea y muestras a través de la frontera para asegurar el óptimo tratamiento de pacientes.

Estrategia/Acción 5:

Para 2008, autoridades federales y estatales trabajarán con las jurisdicciones de salud de las ciudades hermanas para replicar los proyectos exitosos de control de la tuberculosis binacional para que todas las ciudades hermanas sean servidas por un proyecto binacional.

Indicador:

Proyectos binacionales de tuberculosis estarán en operación en las unidades de salud pública de las 14 ciudades hermanas.

Estrategia/Acción 6:

Para 2007, establecer los procedimientos e infraestructuras necesarios para asegurar que todos los pacientes con tuberculosis activa reciban tratamiento diario a través del Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES).

Indicador:

Cada área que recibe los medicamentos de tuberculosis, especialmente los de segunda línea, presentará un plan a las autoridades apropiadas para asegurar la terapia observada directa diaria [por la estrategia TAES] y el uso apropiado de los medicamentos.

Objetivo 2: Para 2007, brindar la atención médica especializada y tratamiento a todos los pacientes pediátricos diagnosticados con tuberculosis.

Estrategia/Acción 1:

Para 2006, establecer una red para hacer accesible la consulta pediátrica de expertos en tuberculosis a todos los pacientes pediátricos en los diez estados fronterizos.

Indicador:

Una red de proveedores médicos para tuberculosis pediátrica estará disponible en cada programa de control de la tuberculosis de las ciudades hermanas.

Estrategia/Acción 2:

Para 2007, establecer un comité de asesoría médica que llevará a cabo una evaluación anual de la atención brindada a los pacientes pediátricos en los diez estados fronterizos.

Indicador:

Cada caso de tuberculosis pediátrica recibirá consulta pediátrica especializada.

Objetivo 3: Para 2008, desarrollar servicios de consulta especializada efectivos y duraderos que faciliten el manejo de caso y asegure una curación permanente de todos los pacientes con tuberculosis complicada, con la coinfección TB-VIH, la diabetes y especialmente la TB-MDR.

Estrategia/Acción 1:

Para 2007, desarrollar y mantener una red de proveedores que utilice los centros de excelencia regionales y naciones existentes en México y en Estados Unidos para:

- Proporcionar consultas para los proveedores de salud que tratan personas con tuberculosis;
- Desarrollar recursos para la atención clínica y manejo de caso de pacientes con tuberculosis MDR binacional;
- Intercambiar información sobre MDR clínica y asuntos de manejo de casos;
- Realizar conferencias de caso; y
- Realizar capacitación anual con enfoque en la TB MDR.

Indicadores:

- Una lista de red de proveedores será compilada y distribuida.
- Cada año, se llevarán a cabo tres conferencias de caso con la presentación de casos complejos de por lo menos 4 regiones binacionales.
- Un inventario de recursos educativos específicos para proveedores de TB MDR y para pacientes con TB MDR en español e inglés será compilado y distribuido.
- Se realizarán reuniones anuales de la red a lo largo de la frontera de México y Estados Unidos, para revisar los objetivos de la red, para la capacitación identificación de recursos necesarios.

Estrategia/Acción 2:

Para 2007, desarrollar un proceso para asegurar que cada caso de fármacorresistencia sea manejado en coordinación con un estado o con un comité binacional de fármacorresistencia.

Indicador:

Un comité de TB fármacorresistente estará disponible y en actuación en cada uno de los diez estados fronterizos y en cada programa de control de la tuberculosis de las principales ciudades hermanas.

Estrategia/Acción 3:

Para 2007, los pacientes binacionales de tuberculosis con características especiales o enfermedades asociadas serán identificadas en un registro de caso binacional.

Indicador:

Un registro binacional de caso será establecido para incluir campos de datos para características especiales o enfermedades asociadas.

Estrategia/Acción 4:

Para 2008, desarrollar y probar proyectos piloto que proporcionen manejo de casos y aumenten el porcentaje de curación entre los pacientes con tuberculosis que están en las cárceles, los que son drogadictos, alcohólicos, diabéticos, infectados con el VIH, sin techo, o que tienen problemas psiquiátricos.

Indicador:

Para 2008, todas las ciudades hermanas atendidas por proyectos binacionales proporcionarán manejo a los casos complicados de tuberculosis.

Objetivo 4: Para 2008, ampliar la cobertura de Medicaid⁴⁶ para asegurar el acceso adecuado a los servicios de salud, diagnóstico y tratamiento para pacientes que reciben atención médica de tuberculosis en Estados Unidos, independiente del estado migratorio o tiempo de permanencia en el país.

Estrategia/Acción 1:

Para 2008, todos los pacientes binacionales de tuberculosis con bajo ingreso comprobado podrán ser derechohabientes y recibir Medicaid.

Indicador:

El programa de TB de Medicaid incluirá servicios de tuberculosis para pacientes hospitalizados, y cubrirá cualquier persona, nacional o extranjera con bajo ingreso comprobado, sin importar su estatus migratorio.

Objetivo 5: Para 2008, asegurar que cada paciente binacional con tuberculosis reciba un examen de contacto completo y que el 90% de los contactos sean identificados y evaluados para tuberculosis dentro de un período específico de tiempo.

Estrategia/Acción 1:

Para 2007, desarrollar, probar e implementar protocolos por escrito para llevar a cabo examen de contacto completo para pacientes binacionales de tuberculosis.

Indicador:

Será desarrollado, probado e implementado un protocolo para examen de contacto.

Objetivo 6: Para 2008, asegurar que todos los casos complicados de tuberculosis, inclusive TB-MDR, sean co-manejados por un comité estatal o binacional oficiales.

⁴⁶ Seguro popular de salud en Estados Unidos.

DIRECTORIO

COMITÉ EJECUTIVO

Dr. Francisco Vera González

Co-Presidente de DCT

Secretario de Salud

Inst. De Servicios de Salud de BC-

ISESALUD

Palacio Federal 3er piso

Av. Pioneros 105, Col. Centro Cívico

21000 Mexicali, Baja California

Tel.: (686) 559-5815

Fax: (686) 559-5817

Email: fvera@baja.gob.mx

Dr. Eduardo Sánchez

Co-Presidente de DCT

Secretario de Salud

Departamento Estatal de Servicios de Salud

1100 West 49th Street

Austin, Texas 78756

Tel.: (512) 458-7376

Fax: (512) 458-7477

Email: Eduardo.Sanchez@dshs.state.tx.us

Lic. Didya Fong Olmos

Lic. Román Fernández

Asuntos Bilaterales

Secretaría de Salud de Mexico

Calle de Homero, 213 3er. Piso

Calonia Chapultepec Morales

11570 Mexico, D.F.

Tel.: (555) 263-9210

Fax: (555) 263-9208

Email: dfong@salud.ssa.gob.mx

rofernandez@salud.gob.mx

Ms. Mary Lou Valdez

Deputy Director for Policy

Office of Global Health Affairs

Department of Health and Human Services

5600 Fishers Lane, Room 18-74

Rockville, Maryland 20857

Tel.: (202) 690-6174

Fax: (301) 443-1774

Email: mvaldez@osophs.dhhs.gov

Dra. Edith Elizabeth Ferreira Guerrero

Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica

y Control de Enfermedades (CENAVECE)

Secretaría de Salud de México

Calle Benjamin Franklin, 132 2o. piso

Colonia Escandón,

Del. Miguel Hidalgo

11800 México, D.F.

Tel.: (552) 614-6433

Fax: (552) 614-6436

Email: micobacteriosis@mail.ssa.gob.mx

Dra. Kayla Laserson

Team Leader

Epidemiology and Evaluation Team

International Activities

Division of Tuberculosis Elimination

Centers for Disease Control and Prevention

1600 Clifton Road, NE, Mailstop E-10

Atlanta, Georgia 30333

Tel.: (404) 639-5334

Fax: (404) 639-1566

Email: kel4@cdc.gov

Dr. Miguel Escobedo

CDC El Paso Quarantine Station

Centers for Disease Control and Prevention

1100 N. Stanton, Ste. 410

El Paso, Texas 79902

Tel.: (915) 577-0970 Ext. 20

Fax: (915) 541-1137

Mobile: (915) 309-1049

Email: mxe8@cdc.gov

Deliana García

Migrant Clinicians Network

1001 Land Creek Cove

Austin, Texas 78746

Tel.: (512) 327-2017

Fax: (512) 327-0719

Email: dgarcia@migrantclinician.org

mcn@migrantclinician.org

Dra. Blanca Lomeli

Regional Director, North America

Project Concern International

BHI/ISF, 148 E. 30th Street

National City CA 91950

Tel.: (619) 791-2603

Fax: (619) 791-2600

Email: blomeli@projectconcern.org

COMITÉ TÉCNICO DE DCT**Mtro. Alberto H. Colorado**

Binational Health Projects Director
County of San Diego
3851 Rosecrans St.
P.O. Box 8522 MS P511D
San Diego, California 92186-5222
Tel.: (619) 692-5710
Fax: (619) 692-8020
Email: alberto.colorado@sdcounty.ca.gov

Dr. Arturo Cruz Salgado

Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y
Control de Enfermedades (CENAVECE)
Secretaría de Salud de México
Calle Benjamin Franklin, 132 2o. piso
Colonia Escandón, Del. Miguel Hidalgo
11800 México, D.F.
Tel.: (552) 614-6433
Fax: (552) 614-6436
Email: micobacteriosis@mail.ssa.gob.mx
asalgado@ifisiol.unam.mx

Dra. Barbara J. Seaworth

Director
TB Education Center
Texas Center for Infectious Disease
Departamento Estatal de Servicios de Salud
23023 SE Military Drive
San Antonio, Texas 78223-3597
Tel.: (210) 534-8857 Ext. 2489
Fax: (210) 531-4500
Email: Barbara.Seaworth@dshs.state.tx.us

Dra. Belém Vargas Almodóvar

Responsable Estatal de Micobacteriosis
Servicios de Salud de Chihuahua
Zapotecas # 7513
Chihuahua, Chihuahua
Tel.: (614) 439-9900 Ext. 21589
Fax: (614) 439-9900
Email: bragas@salud.gob.mx

Dra. Blanca Lomeli

Regional Director, North America
Project Concern International
BHI/ISF, 148 E. 30th Street
National City CA 91950
Tel.: (619) 791-2603
Fax: (619) 791-2600
Email: blomeli@projectconcern.org

Dr. Brian Smith

Director
Public Health Region 11
Departamento Estatal de Servicios de Salud
601 West Sesame Drive
Harlingen, Texas 78550
Tel.: (956) 444-3202
Fax: (956) 444-3298
Email: Brian.Smith@dshs.state.tx.us

Bruce Heath

CDC Public Health Advisor
for Binational TB Programs
Infectious Disease Intervention and Control
Branch
Departamento Estatal de Servicios de Salud
1100 West 49th Street
Austin, Texas 78756-3100
Tel.: (512) 458-7447
Fax: (512) 458-7527
Email: Bruce.Heath@dshs.state.tx.us

Dr. Charles Wallace

Branch Manager
Infectious Disease Intervention and Control
Branch
Departamento Estatal de Servicios de Salud
1100 West 49th Street
Austin, Texas 78756-3100
Tel.: (512) 458-7447
Fax: (512) 458-7527
Email: Charles.Wallace@dshs.state.tx.us

Dr. Chris Peter

Jefe, Laboratorio de Salud Pública
County of San Diego
3851 Rosecrans St.
P.O. Box MS P511D
San Diego, California 92110
Tel.: (619) 692-8555
Email: Chris.Peter@sdcounty.ca.gov

Cynthia Tafolla

Directora
Proyecto Binacional de TB, Sin Fronteras
Departamento Estatal de Servicios de Salud
601 W. Sesame Dr.
Harlingen, Texas 78550
Tel.: (956) 423-0130
Email: Cynthia.Tafolla@dshs.state.tx.us

Deliana García

Migrant Clinicians Network
1001 Land Creek Cove
Austin, Texas 78746
Tel.: (512) 327-2017
Fax: (512) 327-0719
Email: dgarcia@migrantclinician.org

Dra. Diana Schneider

Senior Epidemiologist
U.S. Public Health Service
Division of Immigration Health Services
Tel.: (202) 353-9822
Email: Diana.Schneider@dhs.gov

Dr. Ed Zuroweste

Medical Director
Migrant Clinicians Network
1001 Land Creek Cove
Austin, Texas 78716
Tel.: (512) 327-2017
Fax: (512) 327-0719
Email: kuglelzur@migrantclinician.org

Dra. Edith Elizabeth Ferreira Guerrero

Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y
Control de Enfermedades (CENAVECE)
Secretaría de Salud de México
Calle Benjamin Franklin, 132 2o. piso

Colonia Escandón, Del. Miguel Hidalgo
11800 México, D.F.
Tel.: (552) 614-6433
Fax: (552) 614-6436
Email: micobacteriosis@mail.ssa.gob.mx

Dr. Esteban M. Vlasich

Coordinador
Proyecto Binacional de TB "JUNTOS"
Paseo Triunfo de la República 3530 Int.
Col. Manuel Doblado
32330 Cd. Juárez, Chihuahua
Tel. y Fax: (656) 616-7498
Mobile: (915) 727-9730
Email: juntosvl@jz.cablemas.com
Esteban.Vlasich@dshs.state.tx.us

Dr. Fernando J. González Maese

Coordinador del Proyecto EWIDS
Comisión de Salud Fronteriza
México-Estados Unidos
Chase Tower
201 E. Main Drive, Suite 1616
El Paso, Texas 79901
Tel.: (915) 532-1006 Ext.: 17
Fax: (915) 532-1697
fgonzalez@borderhealth.org

Gale Morrow

TB Program Manager
Public Health Region 9/10
Departamento Estatal de Servicios de Salud
401 East Franklin, Suite 210
El Paso, Texas 79905-9428
Tel.: (915) 834-7777
Fax: (915) 834-7800
Email: Gale.Morrow@dshs.state.tx.us

Dr. Gary L. Simpson

Medical Director
New Mexico Department of Health
1190 St. Francis Drive
Santa Fe, New Mexico 87502
Tel.: (505) 827-2500
Fax: (505) 827-0163
Email: garys@doh.state.nm.us

Enf. Gloria R. Peña

Proyecto Binacional de TB, Los Dos Laredos
City of Laredo Health Department
2600 Cedar Ave.
Laredo, Texas 78040
Tel.: (956) 795-4934
Fax: (956) 795-2419
Email: gpena@ci.laredo.tx.us

Dr. Guillermo Caballero

Departamento de Epidemiología
Instituto Mexicano del Seguro Social
Clínica 28
Monterrey, Nuevo León
Tel.: (818) 373-9618
Fax: (818) 448-11-085-2081
Email: versustb@yahoo.com.mx

Dr. Guillermo Mendoza

Organización Panamericana de la Salud
5400 Suncrest Dr. Suite C-4
El Paso, Texas 79912
Tel.: (915) 845-5950 Ext. 34
Fax: (915) 845-5950
mendozag@fep.paho.org

Dr. Héctor Garza Hernández

Secretaría de Salud de Nuevo León
Matamoros # 520 Ote.
Monterrey, Nuevo León
Tel.: (818) 130-7050
Fax: (818) 130-7058
Email: hghernandez@ssnl.gob.mx

Q.F.B. Héctor Ramírez Martínez

Jefe Laboratorio Estatal
Servicios de Salud del Estado de Tamaulipas
Centro Educativo Adolfo López Mateos
Cd. Victoria, Tamaulipas
Tel.: (834) 315-4419
Fax: (834) 312-6633
Email: lesp_t@infosel.net.mx
lespt@hotmail.com

Dr. Horacio Ramírez Oropeza

Jefe de Medicina Interna
Secretaría de Salud de Tamaulipas
González 134, entre 1a. y 2a. - Centro
Matamoros, Tamaulipas
Tel.: (868) 812-3129
Fax: (868) 816-7645
Email: hramirezo@ssa.gob.mx

Q.F.B. Imelda Machado

Jefe Laboratorio Estatal de Salud Pública
Secretaría de Salud de Chihuahua
Calle Jiménez # 4203
31440 Chihuahua, Chihuahua
Tel.: (614) 411-3766
Fax: (614) 411-3315
Email: laboratorioregional@prodigy.net.mx

Dra. Jennifer Flood

Chief
Division of Communicable Disease Control
Surveillance & Epidemiology Section
Tuberculosis Control Branch
Dept. of Health Services
2151 Berkeley Way, Room 608
Berkeley, CA 94704-1011
Tel.: (510) 540-3688
Fax: (510) 540-3535
Email: jflood@dhs.ca.gov

Dr. José Luis Burgos

County of San Diego
3851 Rosecrans St.
P.O. Box 8522 MS P511D
San Diego, California 92186-5222
Email: jose.burgos@sdcounty.ca.gov

Dr. Jesús Gonzalo Crespo Solís

Coordinador Estatal de Micobacteriosis
Secretaría de Salud Pública de Tamaulipas
Palacio Federal 3er. Piso
87000 Cd. Victoria, Tamaulipas
Tel.: (834) 312-2018
Fax: (834) 312-7191
Email: tbtamaulipas@hotmail.com

Dr. Juan Manuel Fraire Gloria

Jefe del Departamento de Medicina Preventiva

Secretaría de Salud de Nuevo León
Matamoros # 520 Ote.
64000 Monterrey, Nuevo León
Tel.: (818) 130-7068
Tel. y Fax: (818) 130-7058
Email: esther.barriosinsauste@ssnl.gob.mx
Juan.fraire@ssnl.gob.mx

Dra. Karen Lewis

Chief Medical Officer
TB Control Officer
Beaureu of Epidemiology and Disease Control
Arizona Department of Health Services
150 N. 18th Ave., Suite 140
Phoenix, Arizona 85007
Tel.: (602) 364-3289
Fax: (602) 364-3198
Email: lewisk@azdhs.gov

Karen Mountain

Migrant Clinicians Network
1001 Land Creek Cove
Austin, Texas 78746
Tel.: (512) 327-2017
Fax: (512) 327-0719
kmountain@migrantclinician.org

Dra. Kathleen S. Moser

TB Controller
San Diego County TB Control
3851 Rosecrans Street
P.O. Box 85222, MS P51LD
San Diego, California 91932
Tel.: (619) 692-8613
Fax: (619) 692-5650
Email: Kathleen.Moser@sdcountry.ca.gov

Dra. Kayla Laserson

Division of Tuberculosis Elimination
Centers for Disease Control and Prevention
1600 Clifton Road NE, Mailstop E-10
Atlanta, Georgia 30333
Tel.: (404) 639-5334
Fax: (404) 639-8961
Email: kel4@cdc.gov

Dra. Lucía Marlén Sánchez Castillo

Coordinadora Estatal de Micobacteriosis
Secretaría de Salud y Servicio Comunitario
Blvd. Venustiano Carranza, 2859 Nte.
Colonia La Salle
25260 Saltillo, Coahuila
Tel.: (844) 416-5537
Fax: (844) 415-6298
Email: msanchez@salud.gob.mx

Dra. María Guadalupe Félix Herrera

Coordinadora Estatal de Micobacteriosis
Instituto de Servicios de Salud de Baja California
Av. Pioneros 1005, Centro
Palacio Federal, 3er. Piso
21000 Mexicali, Baja California
Tel.: (686) 559-5800 Ext. 4212
Tel.: (686) 556-1668
Email: tb_lepbc@salud.gob.mx
bacilotb@hotmail.com

Q.F.B. Martha Ileana Nieto Martínez

Jefe Laboratorio Estatal de Salud Pública
Blvd. Venustiano Carranza 2859 Nte.
Colonia La Salle
Saltillo, Coahuila
Tel.: (662) 212-1753
Fax: (662) 212-1753
Email: episal@cybermex.net
sscsalud@mcsa.net.mx

Mauricio Guerrero

Francis J. Curry National Tuberculosis Center
3180 18th Street, Suite 101
San Francisco, California 94110
Tel.: (415) 514-0469
Fax: (415) 502-4620
Email: mguerrero@nationaltbcenter.edu

Dr. Miguel Escobedo

CDC El Paso Quarantine Station
Centers for Disease Control and Prevention
1100 N. Stanton, Ste. 410
El Paso, Texas 79902
Tel.: (915) 577-0970 Ext. 20
Fax: (915) 541-1137

Mobile: (915) 309-1049
Email: mxe8@cdc.gov

Dr. Miguel Angel Salazar Lezema

Instituto Nacional de Enfermedades
Respiratorias
Av. Morelos 613, Edificio A, Dpto 2
Colonia Magdalena Mixhuca
Delegación Venustiano Carranza
15850 México, D.F.
Tel.: (52) 555-552-6069
Email: miguels1@prodigy.net.mx

Rafael Garcia

Servicios de Referencia de TB y VIH
Condado de San Diego
3851 Rosecrans St.
P.O. Box 8522 - MS P511D
San Diego, California 92186-5222
Tel.: (619) 692-5710
Fax: (619) 692-8020
Email: rafael.garcia@sdcounty.ca.gov

Q.F.B. Ramón Valdéz Leal

Jefe Laboratorio Estatal
Servicios de Salud de Nuevo León
Departamento de Microbiología
Serafín Peña 2211, Col. Valle de la Silla
67180 Guadalupe, Nuevo León
Email: ssnllabe@mail.sci.net.mx

Dr. RJ Dutton

Director
Office of Border Health
Departamento Estatal de Servicios de Salud
1100 W 49th Street
Austin, Texas 78756
Tel.: (512) 458-7675
Fax: (512) 458-7262
Email: RJ.Dutton@dshs.state.tx.us

Dra. Silvia Marina Salas Pérez

Coordinadora Estatal de Micobacteriosis
Secretaría de Salud de Nuevo León
Matamoros # 520 Ote.
Monterrey, Nuevo León
Tel.: (818) 130-7058

Fax: (818) 130-1570
Email: silvia-salas@nl.gob.mx
marsalado@hotmail.com

Dr. Stephen Waterman

U.S. Mexico Border Infectious Diseases Coordinator
Centers for Disease Control and Prevention
P.O. Box 85524
3858 Rosecrans St.
San Diego, California 92138-5524
Tel.: (619) 692 5659
Fax: (619) 692 8821
Email: shw2@cdc.gov
swaterma@dhs.ca.gov

Stephanie S. Spencer, M.A.

Surveillance & Epidemiology Section
Tuberculosis Control Branch
California Department of Health Services
2151 Berkeley Way, Room 608
Berkeley, CA 94704-1011
Tel.: (510) 540-2190
Fax: (510) 540-3535
Email: sspence1@dhs.ca.gov

Biól. Susana Balandrano

Instituto Nacional de Diagnóstico
y Referencia Epidemiológicos (INDRE)
Carpio 470, Col. Santo Tomás
Delegación Miguel Hidalgo
11340 México D.F.
Tel.: (525) 341-8906
Fax: (525) 341-3264
Email: sbalandrano@mail.ssa.gob.mx

Dra. Tania Verónica Rodríguez Ang

Subdirectora de Medicina Preventiva
Servicios de Salud de Chihuahua
Aldama y 19 # 1509
Chihuahua, Chihuahua
Tel.: (614) 439-9900 Ext. 21589
Fax.: (614) 410-3622
Email: niroang@hotmail.com
vrodriguez@buzon.gob.mx
Sub_medprev@hotmail.com

Dra. Tannia Lenina Fuentes Martínez

Coordinadora Estatal de Micobacteriosis
Secretaría de Salud de Sonora
Dirección General de Servicios de Salud
Paseo del Canal y Comonfort
83280 Hermosillo, Sonora
Tel.: (622) 212-1753
Fax: (622) 212-1753
Email: tbsonora@hotmail.com

Dr. Tony Paz
Program Manager
Tuberculosis Control Program
City and County of San Francisco

Department of Public Health
1001 Potrero Ave., Bd. 90, Ward 94
San Francisco, California 94110
Tel.: (415) 206-8524
Fax: (415) 648-8369
Email: tony.paz@sfdph.org
Dr. Victor Manoel Guevara
Epidemiólogo Regional
U.S.-Mexico Border Health Commission
Av. Paseo Triunfo de la República 3530
Cd. Juárez, Chihuahua
Tel.: (656) 639-0863
Fax: (656) 639-0864
Email: vguevara@borderhealth.org

CONSEJO DIRECTIVO DE DCT

Mtro. Alberto H. Colorado

Director de Proyectos Binacionales de Salud
Email: alberto.colorado@sdcounty.ca.gov

Fax: (844) 415-6298

Email: bcastellanos@mail.ssa.gob.mx
sscinfo@mcsa.net.mx

Dr. Alberto Montoya

Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora
Blvd. Paseo del Canal y Comonfort Ala Norte
Col. Centro de Gobierno
83280 Hermosillo, Sonora
Tel.: (662) 213-4272, 212-0787
Fax: (662) 212-2335
Email: amontoya@salud.gob.mx

Blanca Lomeli

Project Concern International
Email: blomeli@projectconcern.org

Dr. Brian Smith

Director
Public Health Region 11
Email: Brian.Smith@dshs.state.tx.us

Armando G. Avalos

Rotary International
555 N. Carancahua, Suite 1540
Corpus Christi, TX 78478
Tel.: (361) 857-2220
Fax: (361) 833-9949
Email: agavalos@armandoavalosrealty.com

Bruce Heath

Asesor para los Programas Binacionales de TB
Email: Bruce.Heath@dshs.state.tx.us

Dr. Arturo Cruz Salgado

Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y
Control de Enfermedades (CENAVECE)
Secretaría de Salud de México
Email: micobacteriosis@mail.ssa.gob.mx
asalgado@ifisiol.unam.mx

Dr. Carlos Alberto Delgado Sánchez

Jefe
Depto. de Medicina Preventiva
Instituto de Servicios de Salud de Baja California
Palacio Federal, 3er. Piso
Av. Pioneros 105, Col. Centro Cívico
21000 Mexicali, Baja California
Tel.: (686) 556-1668
Email: albertodelgado@baja.gob.mx

Dra. Bárbara J. Seaworth

Directora del Centro de Educación en TB
Email: Barbara.Seaworth@dshs.state.tx.us

Arq. Carlos Carrera Robles

Secretario de Fomento Social del Estado de
Chihuahua
Edificio Heroes de la Revolución
Ave. Venustiano Carranza 803, 6o. piso
Col. Centro
31100 Chihuahua, Chihuahua
Tel.: (614) 429-3446
Fax: (614) 429-3300 Ext. 2690
Email: ccarrera@buzon.chihuahua.gob.mx

Dra. Belém Vargas Almodóvar

Coordinadora Estatal de Micobacteriosis
Email: belem@salud.gob.mx

Dra. Bertha Cristina Castellanos Muñóz

Directora General de los Servicios de Salud del
Estado de Coahuila
Secretaría de Salud y Desarrollo Comunitario
Blvd. Venustiano Carranza 2859 Norte
Colonia La Salle
25260 – Saltillo, Coahuila
Tel.: (844) 415-9349, 415-9289

Dra. Cecilia Rosales

Chief, Office of Border Health
Arizona Department of Health Services
4400 E. Broadway, Suite 300
Tucson, AZ 85711
Tel.: (520) 770-3110

Fax: (520) 770-3307
Email: crosale@hs.state.az.us

Dr. Charles Wallace

Director del Programa de Tuberculosis de Texas
Email: Charles.Wallace@dshs.state.tx.us

Dr. Chris Peter

Jefe, Laboratorio de Salud Pública
County of San Diego
Email: Chris.Peter@sdcounty.ca.gov

Dr. Clift Price

Rotary International
14802 Hornsby Hill Rd.
Austin, Texas 78734
Tel. & Fax: (512) 266-3622
Email: cliftp@prodigy.net

Cynthia Tafolla

Directora del Proyecto Binacional Sin Fronteras
Email: Cynthia.Tafolla@dshs.state.tx.us

Dr. Daniel Gutiérrez

Director de Campo en El Paso
Organización Panamericana de la Salud
5400 Suncrest Dr. Suite C-4
El Paso, Texas 79912
Tel.: (915) 845-5950
Fax: (915) 845-5950
Email: daniel@fep.paho.org

Dr. Danny Valenzuela

(Alternate for Susan Gerard)
Deputy Director
Arizona Department of Health Services
150 N. 18th Ave., Suite 500
Phoenix, AZ 85007
Tel.: (602) 542-1038
Fax: (602) 542-1062
Email: dannyval@azdhs.gov

Deliana García

Migrant Clinicians' Network
Email: dgarcia@migrantclinician.org

Dra. Diana Schneider

Senior Epidemiologist
Division of Immigration Health Services
Email: Diana.Schneider@dhs.gov

Lic. Didya Fong Olmos

Subdirectora para Asuntos de Norteamérica
Secretaría de Salud de México
Email: dfong@mail.ssa.gob.mx

Dra. Dora Elia Cortés Hernández

Coordinadora General
Brigadas Internacionales Universitarias de
Promoción de la Salud
Biblioteca Universitaria, Tercer Piso
Av. Alfonso Reyes 4000 Pte.
64440 Monterrey, Nuevo León
Tel.: (818) 329-4000 Ext. 6536, 8329-4249
Fax: (818) 331-9128
Email: brigadas@mail.uanl.mx

Dr. Ed Zuroweste

Medical Director
Migrant Clinicians Network
1001 Land Creek Cove
Austin, Texas 78716
Tel.: (512) 327-2017
Fax: (512) 327-0719
Email: kuglelzur@migrantclinician.org

Dra. Edith Elizabeth Ferreira Guerrero

Responsable del Programa Nacional de
Micobacteriosis
Email: micobacteriosis@mail.ssa.gob.mx

Dr. Eduardo Sánchez

Co-Presidente de DCT
Secretario de Salud de Texas
Email: Eduardo.Sanchez@dshs.state.tx.us

Elaine M. Hernández, Med., M.P.H.

Rotary International
Director of Border Health
Lower Rio Grande Development Council
311 N. 15th Street
McAllen, Texas 78501
Tel.: (956) 607-6443 (mobile)
Fax: (956) 631-4670

Email: ehernandez@lrgvdc.org

Elaine Borton, M.P.H.

Coordinadora, Programa Frontera Saludable
2010

Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos
201 E. Main Dr., Suite 1616
El Paso, TX 79901
Tel. (915) 532-1006 Ext. 18 / Fax (915) 532-1697
eborton@borderhealth.org

Dr. Enrique Navarro

Epidemiólogo
Instituto de Servicios de Salud de Baja California
Palacio Federal 3er. Piso
Av. Pioneros 1005, Col. Centro Cívico
21000 Mexicali, Baja California
Tel.: (686) 559-5800
Fax: (686) 559-5800 Ext. 4221
Email: enavarrov@baja.gob.mx

Dr. Epifanio Elizondo

Regional Minority Health Consultant
Office of Minority Health
U.S. Department of Health and Human Services
1301 Young Street, Suite 1124
Dallas, Texas 75202
Tel.: (214) 767-8433
Fax: (214) 767-3209
Email: eelizondo@osophs.dhhs.gov

Dr. Esteban M. Vlasich

Coordinador
Proyecto Binacional de TB "JUNTOS"
Email: juntosvl@jz.cablemas.com
Esteban.Vlasich@dshs.state.tx.us

Dr. Eugene Marciniak

New Mexico Department of Health
Email: emarciniak@doh.state.nm.us

Eva Margarita Moya Guzmán, LMSW

Directora Ejecutiva
United States Section
U.S.-Mexico Border Health Commission
201 E. Main Dr., Suite 1616
El Paso, Texas 79901

Tel.: (915) 532-1006 Ext. 13

Fax: (915) 532-1697

Email: emoya@borderhealth.org

Dr. Felipe Humberto Villegas Ramírez

Subdirector de Salud, Baja California
Palacio Federal, 3er. Piso
Av. Pioneros 1005, Col. Centro Cívico
21000 Mexicali, Baja California
Tel.: (686) 559-5815 y 16
Fax: (686) 559-5817
Email: fvillegas@baja.gob.mx

Dr. Fernando J. González Maese

U.S.-Mexico Border Health Commission
Email: fgonzalez@borderhealth.org

Dr. Francisco Javier Muro D'Avila

Jefe del Departamento de Medicina Preventiva
Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora
Blvd. Paseo del Canal y Comonfort Ala Norte
Col. Centro de Gobierno Estatal
83280 Hermosillo, Sonora
Tel.: (662) 213-4272, 212-0787
Fax: (662) 212-2335
Email: fmuro@salud.gob.mx

Dr. Francisco López Leal

Jefe de Medicina Preventiva
Secretaría de Salud de Tamaulipas
Palacio Federal 3er. piso
87000 Cd. Victoria, Tamaulipas
Tel.: (131) 22118
Fax: (131) 27093
Email: flopez@epi.org.mx

Dr. Francisco Vera González

Ten Against TB Co-Chair
Secretario de Salud
Instituto de Servicios de Salud de Baja California
Email: fvera@baja.gob.mx

Frank Cantú

Field Coordinator
Health Resources and Services Administration
West Central Field Office
1200 Main Tower Bldg., # 1800

Dallas, Texas 75202
Tel.: (214) 767-3872 Ext. 3171
Fax: (214) 767-0404
Email: fcantu@hrsa.gov

Gale Morrow

Department of State Health Services of Texas
Email: Gale.Morrow@dshs.state.tx.us

Dr. Gary L. Simpson

Director Médico
New Mexico Department of Health
Email: garys@doh.state.nm.us

Dr. Gilberto Montiel Amoroso

Secretario de Salud
Secretaría de Salud de Nuevo León
Matamoros 520 Ote. 4to. piso
64000 Monterrey, Nuevo León
Tel.: (818) 130-7091/92
Fax: (818) 130-7099
Email: gilberto.montiel@nl.gob.mx

Enf. Gloria R. Peña

Programa Binacional de TB, Los Dos Laredos
Email: gpena@ci.laredo.tx.us

Dr. Guillermo Caballero

Instituto Mexicano de Seguro Social
Email: versustb@yahoo.com.mx

Dr. Guillermo Mendoza

Organización Panamericana de Salud
Email: mendozag@fep.paho.org

Dr. Héctor Garza Hernández

Secretaría de Salud de Nuevo León
Email: hghernandez@ssnl.gob.mx

Q.F.B. Héctor Ramírez Martínez

Jefe Laboratorio Estatal
Servicios de Salud del Estado de Tamaulipas
Email: lesp_t@infosel.net.mx
lespt@hotmail.com

Lic. Héctor Xavier Martínez

Director Ejecutivo, Sección México

Comisión de Salud Fronteriza
México-Estados Unidos
Canoa 521 Interior 502, Col. Tizapán San Angel
Delegación Alvaro Obregón
01090 México, D.F.
Tel. & Fax: (555) 616-2911, 616-0023, 616-1036
Email: hmartinez@borderhealth.org

Lic. Hilda Dávila

Directora General Adjunta de Salud
y apoyo a los migrantes
Secretaría de Salud de Mexico
Calle de Homero, 213 3er. Piso
Colonia Chapultepec Morales
11570 Mexico, D.F.
Tel.: (555) 263-9207
Fax: (555) 263-9208
Email: hdavila@salud.gob.mx

Dr. Horacio Ramírez Oropeza

Secretaría de Salud de Tamaulipas
Email: hramirezo@ssa.gob.mx

Howard Lerner

Health Resources and Services Administration
5600 Fishers Lane, Room 11a/33
Rockville, Maryland 20857
Tel.: (301) 443-3573
Email: hlerner@hrsa.gov

Q.F.B. Imelda Machado

Jefe Laboratorio Estatal de Salud Pública
Secretaría de Salud de Chihuahua
Email: laboratorioregional@prodigy.net.mx

Dr. Javier Lozano Herrera

Director General de los Servicios de Salud del
Estado de Chihuahua
Calle 19, n. 211 esq. con Aldama
Colonia Centro
31000 Chihuahua, Chihuahua
Tel.: (614) 415-3059
Fax: (614) 410-3622
Email: jlozano@mail.ssa.gob.mx

Dra. Jennifer Flood

Secretaría de Salud de California

Email: jflood@dhs.ca.gov

Dr. Jesús Gonzalo Crespo Solís

Coordinador Estatal de Micobacteriosis
Secretaría de Salud de Tamaulipas
Email: tbtamaulipas@hotmail.com

M.S.P. Jorge Sebastián Hernández Rodríguez, M.C.

Coordinador,
Planning, Evaluation and Binational Projects
Secretaría de Salud de Tamaulipas
Palacio Federal 3er. Piso
Zona Centro
87000 Cd. Victoria, Tamaulipas
Tel.: (834) 312-1160 Ext. 246
Fax: (834) 312-9611
Email: jshernandez@salud.gob.mx
jorgesebastianh@yahoo.com

Dr. José Luis Burgos

Cure-TB
Email: jose.burgos@sdcounty.ca.gov

Dr. Juan Francisco González Guerrero

Subsecret. de Prev. y Control de Enfermedades
Secretaría de Salud de Nuevo León
Matamoros # 520 Ote.
Monterrey, Nuevo León
Tel.: (8181) 30-7050
hghernandez@ssnl.gob.mx

Dr. Juan Manuel Fraire Gloria

Jefe del Departamento de Medicina Preventiva
Email: juan.fraire@ssnl.gob.mx

Dra. Karen Lewis

TB Control Officer
Arizona Department of Health Services
Email: lewisk@azdhs.gov

Karen Mountain

Migrant Clinicians' Network
Email: kmountain@migrantclinician.org

Dra. Kathleen S. Moser

San Diego County TB Control
Email: Kathleen.Moser@sdcounty.ca.gov

Dra. Kayla Laserson

Centers for Disease Control and Prevention
Email: kel4@cdc.gov

Kenneth C. Jost

Micobacteriology/Mycology Laboratory
Departamento Estatal de Servicios de Salud
1100 W. 49th Street
Austin, Texas 78756
Tel.: (512) 458-7580
Fax: (512) 458-7452
Email: Ken.Jost@dshs.state.tx.us

Dr. Laurance N. Nickey

5725 Oakcliff Drive
El Paso, Texas 79912
Tel. & Fax: (915) 584-3109
Email: lnmd55@aol.com

Dra. Lucía Marlén Sánchez Castillo

Coordinadora Estatal de Micobacteriosis
Secretaría de Salud y Servicio Comunitario
Email: msanchez@salud.gob.mx
luciamarlen@hotmail.com

Dr. Luis Ortega

Division of Global Migration and Quarantine
National Center for Infectious Diseases
Centers for Disease Control and Prevention
1600 Clifton Road NE, MS E-03
Atlanta, GA 30333
Tel.: (404) 498-1654
Fax: (404) 498-1633
E-mail: lortega@cdc.gov

Dr. Luis Todd

Consulado General de Estados Unidos
Ave. Lopez Mateos # 1091
Ciudad Juárez, Chihuahua
Tel.: (656) 613-7777
Fax: (656) 613-0294
Email: mexmd@earthlink.net

Enf. Lynda Alfonso

Program Manager
Disease Prevention Team
District III
New Mexico Department of Health
1170 N. Solano Drive, Suite K
Las Cruces, NM 88011
Tel.: (505) 528-5134
Fax: (505) 528-6024
Email: lyndaa@doh.state.state.nm.us

Dr. Manuel Robles Linares Negrete
Secretaría de Salud Pública de Sonora
Email: mrobles@imparcial.com.mx

Dr. Marco Antonio Ruiz Prades
Jefe de Medicina Preventiva
Secretaría de Salud y Desarrollo Comunitario
Blvd. Venustiano Carranza 2859 Nte.
Colonia La Salle
25260 Saltillo, Coahuila
Tel.: (844) 415-5600
apadilla@mail.ssa.gob.mx

Dra. María de los Angeles Mata Briceño
Email: angeles180757@yahoo.com.mx

Dra. María Guadalupe Félix Herrera
Coordinadora Estatal de Micobacteriosis
Instituto de Servicios de Salud de Baja California
Email: tb_lepbc@salud.gob.mx
bacilotb@hotmail.com

Enf. Marie Villa
TB Program Manager
El Paso Health Department
222 South Campbell
El Paso, Texas 79901
Tel.: (915) 543-3601
Email: villamp@ci.el-paso.tx.us

Q.F.B. Martha Ileana Nieto Martínez
Jefe Laboratorio Estatal de Salud Pública
Secretaría de Salud de Coahuila
Email: sscsalud@mcsa.net.mx

Mauricio Guerrero

Centro Nacional de TB Francis J. Curry
Email: mguerrero@nationaltbcenter.edu

Dr. Miguel Escobedo
Director, Public Health Region 9/10
Departamento Estatal de Servicios de Salud
Email: Miguel.Escobedo@dshs.state.tx.us

Dr. Miguel Angel Salazar Lezema
Instituto Nacional de Enfermedades
Respiratorias
Email: miguels1@prodigy.net.mx
Molly Lindner, M.S.P.
Coordinadora del Programa de TB
Agencia de E.U. para el Desarrollo Internacional
Embajada de los Estados Unidos
Paseo de la Reforma 305, Col. Cuauhtémoc
06500 México, D.F.
Tel.: (555) 080-2000 Ext. 4304
Fax: (555) 080-2574
Email: mlindner@usaid.gov

Dr. Oscar Julio Velázquez Monroy
Director General
Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica
y Control de Enfermedades (CENAVECE)
Secretaría de Salud de México
Calle Benjamin Franklin, 132 2o. piso
Colonia Escandón, Del. Miguel Hidalgo
11800 México, D.F.
Tel.: (555) 584-2969
Fax: (555) 584-7191
Email: ovelazquez@mail.ssa.gob.mx

Dr. Paul Villas
U.S.-Mexico Border Health Commission
Texas-Mexico Border Health Coord. Office
1201 West University Drive
Edingburg, Texas 78539
Tel.: (956) 381-3687
Fax: (956) 381-3688
Email: pvillas@panam.edu

Rafael García, M.S.P.
Servicios de Referencia de TB y VIH
Condado de San Diego
Email: rafael.garcia@sdcounty.ca.gov

Dr. Rafael Laniado Laborin

Hospital General de Tijuana
Email: laniado@net-pla.net

Tel.: (512) 467-6753
Fax: (512) 467-6721
Email: robande@texaslung.org

Ramón Valdez Leal

Director
Laboratorio Estatal
Servicios de Salud de Nuevo León
Departamento de Microbiología
Serafin Peña 2211, Col. Valle de la Silla
67180 Guadalupe, Nuevo León
Email: ssnlabe@mail.sci.net.mx

Dr. Rodolfo Torre Cantú

Secretario de Salud
Servicios de Salud de Tamaulipas
Palacio Federal, 3er. Piso
Calle 8 y Morelos, Col. Centro
87000 Cd. Victoria, Tamaulipas
Tel.: (834) 315-0572
Fax: (834) 312-2000
Email: rtorrec@salud.gob.mx

Dr. Raymundo López Vucovich

Secretario Estatal de Salud
Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora
Blvd. Paseo del Canal y Comonfort Ala Norte
Col. Centro
83280 Hermosillo, Sonora
Tel.: (662) 213-4272, 212-0787
Fax: (662) 212-2335
Email: drlopezvucovich@salud.gob.mx

Dr. Rosemarie Marshall Johnson

2919 Brant Street
San Diego, CA 92103
Tel.: (619) 291-1922
Fax: (619) 291-1928
Email: rosemary@cox.net

Dr. Rembrand Reyes Nájera

Director de Protección de la Salud
Secretaría de Salud de Tamaulipas
Palacio Federal 3er. piso
Calle 8 y Morelos, Col. Centro
87000 Cd. Victoria, Tamaulipas
Tel.: (834) 312-2293
Fax: (834) 312-1899
Email: rereyes@salud.gob.mx

Sandra Brady

Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR)
Americas Region
431 18th Street N.W., 2nd. Floor
Washington, D.C. 20006
Tel.: (202) 303-5012
Fax: (202) 303-0057
Email: bradys@usa.redcross.org

Mary Lou Valdez

Deputy Director for Policy
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Email: mvaldez@osophs.dhhs.gov

Sandra Shewry, M.P.H., M.S.W.

Directora
California Department of Health Services
1501 Capitol Avenue, Suite 6001, MS 0000
Sacramento, CA 95814-5005
Tel.: (916) 440-7400
Fax: (916) 440-7404
Email: sshwry@dsh.ca.gov

Dr. RJ Dutton

Director, Office of Border Health
RJ.Dutton@dshs.state.tx.us

Dra. Sarah Royce

Chief, TB Control Branch
California Department of Health Services
2151 Berkeley
Berkeley, California 94704-1011
Tel.: (512) 540-2345
Fax: (510) 540-3535
Email: sroyce@dhs.ca.gov

Robin Anderson, R.N.

American Lung Association of Texas
5926 Balcones
Austin, Texas 78731-1651

Dra. Silvia Marina Salas Pérez

Coordinadora Estatal de Micobacteriosis
Email: silvia-salas@nl.gob.mx
marsalado@hotmail.com

Stephen Waterman, M.D.

Centers for Disease Control and Prevention
Email: swaterma@dhs.ca.gov
Shw2@cdc.gov

Stephanie S. Spencer, M.A.

California Department of Health Services
Email: Sspence1@dhs.ca.gov

Susan Gerard, M.D.

Office of the Director
Arizona Department of Health Services
150 N. 18th Avenue
Phoenix, AZ 85007
Tel.: (602) 542-1001
Fax: (602) 542-1062
Email: gerards@azdhs.gov

Biól. Susana Balandrano

Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia
Epidemiológicos (INDRE)
Email: sbalandrano@mail.ssa.gob.mx

Dra. Tania Verónica Rodríguez Ang

Servicios de Salud de Chihuahua
Email: niroang@hotmail.com

Vrodriguez@buzon.gob.mx

Dra. Tannia Lenina Fontes Martínez

Coordinadora Estatal de Micobacteriosis
Email: tbsonora@hotmail.com

Dr. Tony Paz

Tuberculosis Control Program
City and County of San Francisco Department
Email: paztony@hotmail.com

Dr. Victor Manoel Guevara

Epidemiólogo Regional
Comisión de Salud Fronteriza Mexico-Estados
Unidos
Av. Paseo Triunfo de la República 3530
Cd. Juárez, Chihuahua
Tel.: (656) 639-0863
Fax: (656) 639-0864
Email: vguevara@borderhealth.org

Dr. Victor Tomlinson

Program Consultant
Division of TB Elimination
Centers for Disease Control and Prevention
1600 Clifton Road NE, MS E-10
Atlanta, GA 30333
Tel.: (404) 639-5315
Fax: (404) 639-8958
Email: VTomlinson@cdc.gov

SECRETARIADO DE DCT

Mtro. José A. Gomes Moreira

Coordinador de Diez Contra la TB
Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas
1100 West 49th Street
Austin, TX 79912
Tel.: (512) 458-7436
Fax: (512) 458-7787
Email: Jose.Moreira@dshs.state.tx.us