

Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí  
Embajada de la República Federal Democrática de Etiopía en Cuba

**TUBERCULOSIS PULMONAR (TB), ALTO COMISIONADO DE LAS  
NACIONES UNIDAS PARA LOS REFUGIADOS (ACNUR) Y  
ADMINISTRACION PARA LOS ASUNTOS DE LOS REFUGIADOS Y  
RETORNADOS (ARRA)**

\*Dr. Berhanu Dibaba Kuma. [dibababerhanu@yahoo.com](mailto:dibababerhanu@yahoo.com)

\*\*Dra. Nereyda Cantelar de Francisco. [nereydac@infomed.sld.cu](mailto:nereydac@infomed.sld.cu)

\*\*\*Dr. Antonio E. Pérez Rodríguez. [antonio@ipk.sld.cu](mailto:antonio@ipk.sld.cu)

\*\*\*\*MSc. Fidel Cathcart Roca. [rhabanera@cecam.sld.cu](mailto:rhabanera@cecam.sld.cu)

\* Doctor en Medicina. Especialista Primer Grado en Epidemiología. Aspirante a Doctor en Ciencias de la Salud. Embajador Extraordinario y Plenipotenciario de la República de Etiopía en Cuba.

\*\*Doctora en Medicina. Especialista Primer y Segundo Grados en Microbiología. Doctora en Ciencias Biológicas. Profesora Titular y Consultante. Investigadora Titular.

\*\*\* Doctor en Medicina. Especialista Primer y Segundo Grados en Epidemiología. Doctor en Ciencias de la Salud. Profesor e Investigador Titular.

\*\*\*\* *Master* en Computación Aplicada a la Medicina. Profesor Auxiliar ISCMH.

## **INTRODUCCION**

Los refugiados solo pueden ser protegidos adecuadamente cuando están registrados. Las estadísticas de los refugiados se basan, por lo general, en compilaciones de registros individuales, controlados por los gobiernos que los aceptan. Por tal motivo, frecuentemente el ACNUR apoya a los países en el registro y la documentación de los refugiados.\*

Lo mismo sucede con aquellos refugiados, asumidos por el Gobierno de Etiopía. Los datos son compilados o almacenados usando fundamentalmente registros, procesos de registros de encuestas o censos. Tanto en el Este de Somalia como el Oeste de Sudán, los refugiados recién llegados son registrados cerca de la frontera, dentro del territorio etíope. El ACNUR ayuda al país anfitrión en el proceso de registro de los refugiados por razones de protección internacional, asistencia o soluciones perdurables.

Etiopía ha estado recibiendo refugiados de países vecinos desde hace muchos años, Kenya, Djibouti, Eritrea y otros. Somalia en 1988 y Sudán 1984 hasta la actualidad. Son 8 los campos de refugiados en el Este de Etiopía, los somalíes, con una población total de 620 000 hasta 628 000 refugiados; en el Oeste de Etiopía, los sudaneses se encuentran en 5 campos de refugiados con una población total de 79 000. \*\*

Estos refugiados abandonan sus países por varios motivos, principalmente, por razones políticas y conflictos internos. Los campamentos están situados dentro del territorio del país anfitrión; en Etiopía, por ejemplo, de 49 a 163 km de distancia de sus países de origen. (La distancia regulada internacional-

mente es de 50 km).\*\*\*

## La epidemia mundial de tuberculosis

La tuberculosis acaba con la vida de unos dos millones de personas cada año, lo que la convierte en una de las principales causas infecciosas de defunción entre los jóvenes y adultos de todo el mundo. (1)

Un tercio de la población mundial está infectada por la tuberculosis. El 5-10 % de las personas infectadas desarrollará la enfermedad en algún momento de su vida. 1 Todos los años, más de ocho millones de personas enferman a causa de la tuberculosis. (2)

Debido a una combinación entre el declive económico, el colapso de los sistemas sanitarios, la aplicación insuficiente de medidas de control de la tuberculosis, la propagación del VIH/SIDA y la emergencia de tuberculosis plurifarmacorresistente (TB-PFR), la enfermedad está aumentando en muchas economías en desarrollo y transición. (1)

Entre 2000 y 2020, se estima que:

--Otros cerca de mil millones de personas contraerán la infección de la tuberculosis.

--Doscientos millones de personas enfermarán a causa de la tuberculosis.

--Morirán, como mínimo, 35 millones de vidas. (1)



### **Impacto en las mujeres**

La tuberculosis es una causa importante de defunción entre las mujeres en edad de procrear, y se estima que ocasiona más muertes en ese grupo que todas las causas de

defunción materna. (3)

A las mujeres, en comparación con los varones, es menos probable que se les realice la prueba de la tuberculosis y reciban el tratamiento oportuno. Asimismo, tienen menos probabilidades de desarrollar la infección. (4)

Existen numerosos obstáculos para que las mujeres accedan a los servicios de salud. A menudo, no pueden salir de su hogar o su trabajo, y es posible que necesiten permiso de la familia para acudir a un dispensario o pagar un tratamiento. Además, con frecuencia acaban soportando la carga de las tareas domésticas y su propia enfermedad. (5)

### **Impacto en los niños**

Más de 250 000 niños fallecen cada año a causa de la tuberculosis. Son particularmente vulnerables a la infección tuberculosa, debido al contacto doméstico frecuente. (6)

Un gran número de niños infectados queda sin diagnosticar. Esos niños con

infección silente crean un reservorio de enfermedad futura en la edad adulta. En ellos, los síntomas y signos iniciales de la tuberculosis son comunes y pueden pasarse por alto con facilidad. Entre ellos figuran déficit de desarrollo, pérdida de peso, fiebre y letargia. (6)

### **Impacto regional**

Los países de ingresos bajos y mediano-bajos (con un PIB anual por habitante inferior a US\$ 2.995) representan más de 90% de los casos de tuberculosis y defunciones conexas. (1) Las regiones más afectadas por la tuberculosis incluyen:

Asia sudoriental: Con una estimación de tres millones de nuevos casos de tuberculosis cada año, es la región más afectada del mundo.

Europa oriental: En Europa Oriental, las defunciones por tuberculosis están aumentando después de casi 40 años de descenso continuado.

África Subsahariana. Se producen cada año más de 1,5 millones de casos de tuberculosis. Esa cifra está aumentando rápidamente, debido en gran parte a la elevada prevalencia del VIH.(2)



### **Impacto social, económico y sobre el desarrollo**

La pobreza, la falta de servicios básicos de salud, la malnutrición y las condiciones inadecuadas de vida contribuyen a la propagación de la tuberculosis. Al mismo tiempo, las enfermedades y

defunciones por tuberculosis agravan y ahondan la pobreza en muchas comunidades. (1)

Un paciente medio con tuberculosis pierde cada año entre tres y cuatro meses de trabajo como consecuencia de la enfermedad. La pérdida de ganancias puede totalizar hasta 30% de los ingresos domésticos anuales. (7)

Se estima que la tuberculosis merma en unos US\$ 12.000 millones los ingresos de las comunidades más pobres del mundo. (1)

Más de 75% de las enfermedades y defunciones relacionadas con la tuberculosis corresponden a personas de 15-54 años de edad, el segmento económicamente más activo de la población. (7)

El VIH/SIDA y la tuberculosis forman una combinación letal, de modo que cada enfermedad acelera la progresión de la otra. El VIH favorece la progresión de infección tuberculosa primaria a enfermedad activa, y es el factor de riesgo más poderoso que se conoce para la reactivación de infección tuberculosa latente en enfermedad activa. (8)

La tuberculosis es una causa importante de defunción entre las personas que viven con el VIH/SIDA. Un tercio de las personas infectadas por el VIH acabará desarrollando tuberculosis.(9)

### **Prevención y atención**

La infección tuberculosa puede prevenirse, tratarse y contenerse. La Organización Mundial de la Salud recomienda una estrategia de detección y

curación llamada DOTS. (2)

La estrategia DOTS combina cinco elementos: compromiso político, servicios de microscopia, suministro de fármacos, sistemas de vigilancia y seguimiento, y la utilización de tratamientos altamente eficaces bajo observación directa. (2)

Los fármacos para la DOTS pueden costar tan sólo US\$ 10 por persona para el plan terapéutico completo (entre 6 y 8 meses). (10) El tratamiento DOTS es satisfactorio y tiene una tasa de éxito hasta 80% en los países más pobres, en los que previene nuevas infecciones al curar a pacientes infecciosos. (2)

Se ha estimado que se requiere un financiamiento adicional de US\$ 300 millones al año para abordar la epidemia de tuberculosis en los países de ingresos bajos o medianos. (2)

### **Dificultades en la lucha contra la tuberculosis en África**

**Afrol News, 24 de marzo de 2006**

Los progresos en la lucha contra la tuberculosis continúan siendo insuficientes en el continente africano, según constató hoy la Organización Mundial de la Salud (OMS). Africa representa 24% de los nuevos casos notificados a nivel mundial.

Según la OMS, una de las causas se debe al insuficiente financiamiento de los programas de lucha contra la enfermedad que mató a 1,7 millones de personas en el mundo entero en 2004. Los datos de la organización precisan que Africa representa 24% de los nuevos casos notificados a nivel mundial; tasa idéntica a la de la región

occidental del Pacífico, mientras que en el Sudeste asiático es de 35%.

## **SUDAN**

Tuberculosis es la mayor causa de morbilidad y mortalidad en el Sur del Sudán. La TB epidémica se ha desarrollado a lo largo de las guerras, por lo que ha traído empobrecimiento, malnutrición y numerosas poblaciones desplazadas y refugiadas. Ha habido, como consecuencia, una destrucción en la infraestructura de salud, falta de servicios microscópicos y desplazamientos o escasez de



personal de la salud; todo lo cual ha contribuido a incrementar la epidemia. En 2004, la tasa de incidencia de TB, en general, fue calculada en 220 por 100 000 habitantes; en el Sur de Sudán, el Programa Nacional de TB (NTP) reportó un total de 2 539 casos, de los cuales 1 064 fueron esputo *smear-positive* (SS+) TB.

## **SOMALIA**

Es un país ubicado en el llamado Cuerno de África, al Este del continente africano. Al Oeste y Noroeste limita con Etiopía y Yibuti, al Sur con Kenia, al Norte con el Golfo de Adén, y al Este con el Océano Índico.

Somalia está situada en la costa Este de África y al Norte del Ecuador entre



el Golfo de Adén, al Norte, y el Océano Índico al Este. Junto con Etiopía y Yibuti se le llama comúnmente el Cuerno de África. Somalia incluye la Somalilandia Italiana y la Somalilandia Británica. La costa se extiende 3 025 km y es el país de África con más costa.

Con 637 657 km<sup>2</sup>, Somalia es el cuadragésimo segundo país más grande del mundo.

La parte Norte del país es accidentada y, en muchos lugares, la altitud oscila entre 900 y 2.100 metros sobre el nivel del mar. La parte central y Sur son planas, con una altitud media de menos de 180 metros.

El Cuerno de África es una región continuamente en crisis. Etiopía ocupa una posición predominante en el cuerno, debido a su importancia demográfica: cerca de 60% de la población del área vive en este país. Con todo, la historia de Etiopía está marcada en gran parte por conflictos entre musulmanes y cristianos por los recursos y el espacio vital, así como por los nacionalistas y marxista-leninista en los tiempos modernos. El resto de la región también hace frente a guerras continuas: una guerra civil entró en erupción en Somalia en 1977, y dio como resultado que el país no tenga un gobierno nacional en funcionamiento, desde 1991. Sudán, con la guerra civil sudanesa, representa otra fuente importante de inestabilidad para la región entera. Los conflictos también han ocurrido en Djibouti y Eritrea.

## **MATERIAL Y METODOS**

Se estudiaron los casos reportados por TB en la población de refugiados de los campamentos somalíes y sudaneses, situados dentro del territorio etíope. El estudio se realizó en el período entre 1999-2005.

Las fuentes de información fueron hojas de cargo, historias clínicas,

certificados de defunción e informaciones de ACNUR y Ministerio de Salud Pública de Etiopía.

Se utilizan procedimientos y pruebas estadísticas para probar o rechazar los aspectos contenidos en la hipótesis y objetivos.

### **Procedimientos**

Porcentajes y sus errores. Tasas de morbilidad y mortalidad. Índice de letalidad.

#### *Pruebas Estadísticas*

Test Z para la comparación de dos proporciones provenientes de dos muestras independientes.

#### *Análisis de Series Cronológicas*

Coeficientes de Correlación Lineal Simple.

Toda la información procesada por el paquete estadístico SPSS v10 & 15 existente en el Centro de Cibernética Aplicada a la Medicina (CECAM) perteneciente al Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (ISCM-H).

## **RESULTADOS**

### **Cuadro 1**

#### **Población Total y menores de 5 años en campamentos de refugiados**

	<b>SOMALIES</b>			<b>SUDANESES</b>		
Año	TOTAL	< 5 AÑOS	<5 %	TOTAL	< 5 AÑOS	<5 %
1999	189631	27997	14.8	65313	12797	19.6
2000	128679	21613	16.8	67308	14366	21.3

2001	76737	6142	8.0	72970	25238	34.6
2002	38077	5439	14.3	80313	20557	25.6
2003	37841	3744	9.9	90825	22933	25.2
2004	18293	2119	11.6	80131	-----	-----
2005	16070	-----	-----	73767	-----	-----

**Fuente:** ACNUR

Las poblaciones de estos campamentos de refugiados se comportan de la siguiente forma: Para los somalíes, sigue una tendencia lineal, decreciente del tipo  $Y_t = a + bt$  y la ecuación teórica obtenida en el análisis de serie cronológica, al utilizar el sistema de ecuaciones normales es:  $Y^* = 155798.8 - 27869.7 t$

La población de refugiados sudaneses se comporta como una curva parabólica del tipo:  $Y_t = a + bt + ct^2$

La ecuación teórica obtenida es:  $Y^* = 42307.6 + 2459.4 t + 8374.1 t^2$

Estos datos orientan sobre las diferencias de la migración de la población objeto de estudio, aunque los niños menores de 5 años que se hallan en campamentos sudaneses, están, generalmente, en una proporción mayor.

## **Cuadro 2**

### **TB. Tasas Generales de Mortalidad por 1 000 habitantes**

<b>Años</b>	<b>Campamentos</b>				<b>Prueba Z</b>	<b>Significación</b>
	<b>Somalíes</b>		<b>Sudaneses</b>			
	<b>Fallecidos</b>	<b>Tasas</b>	<b>Fallecidos</b>	<b>Tasas</b>		

1999	48	0.25	11	0.17	1.227	N.S
2000	49	0.38	43	0.64	-2.504	p<0.05
2001	20	0.26	34	0.46	-2.091	p<0.05
2002	11	0.29	19	0.24	0.528	N.S
2003	6	0.16	9	0.09	0.900	N.S
2004	7	0.38	6	0.07	3.268	p<0.01
2005	7	0.44	6	0.08	3.383	p<0.01

Las tasas de mortalidad por TB tienen similar comportamiento en ambos campamentos en los años 1999, 2002 y 2003, no así en los años 2000, 2001, 2004 y 2005 que tuvieron diferencias significativas. No obstante, las tasas de mortalidad general son bajas, aunque para los refugiados somalíes son más altas excepto en los años 2000, 2001 en que los sudaneses tuvieron mayor riesgo de morir.

### Cuadro 3

#### TB. Tasas de mortalidad específicas por 1 000 menores de 5 años

Años	Campamentos				Prueba Z	Significación
	somalíes		Sudaneses			
	Fallecidos	Tasas	Fallecidos	Tasas		
1999	18	0.64	-----	-----	-----	-----
2000	9	0.42	17	1.18	-2.651	p<0.01
2001	3	0.48	-----	-----	-----	-----
2002	1	0.18	2	0.09	0.529	N.S
2003	-----	-----	2	0.09	-----	-----
2004	1	0.27	-----	-----	-----	-----

Es de resaltar la alta tasa de mortalidad por TB para menores de 5 años en el año 2000. Al parecer, algunos de los enfermos del 1999 fallecieron durante el año siguiente.

#### **Cuadro 4**

##### **TB. Tasas de morbilidad general por 1 000 habitantes**

<b>Años</b>	<b>Campamentos</b>				<b>Prueba Z</b>	<b>Significación</b>
	<b>Somalíes</b>		<b>Sudaneses</b>			
	<b>Casos</b>	<b>Tasas</b>	<b>Casos</b>	<b>Tasas</b>		
1999	815	4.30	224	3.43	3.004	p<0.01
2000	1163	9.04	186	2.76	14.539	p<0.01
2001	536	0.007	154	2.11	13.918	p<0.01
2002	368	9.66	300	3.74	12.722	p<0.01
2003	363	9.59	155	1.71	20.355	p<0.01
2004	287	15.69	335	4.18	17.723	p<0.01
2005	183	11.39	249	3.38	13.304	p<0.01

En general, el incremento de la tasa de morbilidad por TB en refugiados somalíes fue acelerada, aunque entre sudaneses fue en general estable, pero siempre significativamente menor que la incidencia entre los primeros.

### Cuadro 5

#### TB. Tasas de morbilidad específicas por 1 000 menores de 5 años

Años	Campamentos				Prueba Z	Significación
	Somalíes		Sudaneses			
	Casos	Tasas	Casos	Tasas		
1999	123	4.39	20	1.56	4.488	p<0.01
2000	145	6.70	15	1.04	7.909	p<0.01
2001	40	6.51	7	0.28	11.332	p<0.01
2002	44	8.09	2	0.09	12.472	p<0.01
2003	45	12.02	17	0.74	13.287	p<0.01
2004	23	10.85	-----	-----	-----	-----

Las tasas de morbilidad específicas por TB para el grupo poblacional de menores de 5 años fue creciendo en la serie de años estudiada en los campamentos somalíes, no así en los centros de refugiados para sudaneses.

Al aplicar la Prueba Z que compara las proporciones provenientes de éstas dos poblaciones independientes, se registra diferencias significativas entre ambas.

**Cuadro 6**

**TB. Relación entre tasas de mortalidad general y morbilidad general**

	somalíes			Sudaneses		
	Mortalidad	Morbilidad	Indice de Letalidad	Mortalidad	Morbilidad	Indice de Letalidad
1999	0.25	4.30	5.89	0.17	3.43	4.91
2000	0.38	9.04	4.21	0.64	2.76	23.12
2001	0.26	0.007	3.73	0.46	2.11	22.08
2002	0.29	9.66	2.99	0.24	3.74	6.33
2003	0.16	9.59	1.65	0.09	1.71	5.81
2004	0.38	15.69	2.44	0.07	4.18	1.79
2005	0.44	11.39	3.83	0.08	3.38	2.41

$$r^2 = 0.232904$$

$$r = 0.482602$$

$$r^2 = 0.111765$$

$$r = -0.334312$$

Al estudiar la posible relación entre las tasas de mortalidad general y las

tasas de morbilidad general, siendo el predictor la morbilidad general, se encuentra que no existe una relación lineal, sino una posible asociación correlación no-lineal. Los valores del coeficiente lineal simple ( $r$ ) son bajos. En general, el incremento de morbilidad por TB entre refugiados somalíes fue acelerado, contrariamente a los sudaneses en los que se mantuvo en general con cierta estabilidad. Las tasas de mortalidad fueron bajas por ambos campamentos, y no existió correlación lineal con las tasas de morbilidad.

## **DISCUSION**

La disminución de los refugiados somalíes en el tiempo es debida a la reducción de los conflictos bélicos de forma mantenida. Ello garantiza que los pobladores permanezcan en sus localidades de origen.

En cuanto a los refugiados sudaneses, la migración es irregular aunque es de resaltar el incremento de migrantes entre los años 2002-2003, como expresión de conflictos sociales, económicos, políticos y religiosos ocurridos en localidades sudanesas fronterizas con Etiopía.

Es sorprendente que la proporción de menores de 5 años es mayor en los campamentos sudaneses, comparada con los campamentos somalíes.

Las elevadas tasas de mortalidad por TB, tanto general como en menores de 5 años para los refugiados sudaneses en el 2000 y 2001, se deben a factores



de mala nutrición, diferencias en el tratamiento, malas condiciones de vida y otros, para el período. El programa de prevención y control de la TB fue muy diferente en los campamentos de refugiados sudaneses y estuvo dado por mala atención médica, falta de medicamentos, mal tratamiento o tratamiento no controlado, mayor número de recaídas o deficiencias por hacinamiento y mala ventilación que contribuyen a la propagación de la enfermedad.

Los casos de TB por 100 000 habitantes en Somalia fue 747.4 (2000) 757.4 (2002)

El número total de muertes causadas por TB por 100 000 habitantes en Somalia fue de 114.9 (2000) 117.4 (2002). El porcentaje estimado

de nuevos casos de TB infecciosa fueron detectados (diagnosticados en un período determinado) en el marco del tratamiento directamente

observado (DOTS), la detección de casos y la estrategia de tratamiento.

Fuente: Base de datos común de Naciones Unidas (OMS).  
[http://globalis.gvu.unu.edu/indicator\\_detail.cfm?Country=SO&IndicatorID=78](http://globalis.gvu.unu.edu/indicator_detail.cfm?Country=SO&IndicatorID=78)

Al parecer, el incremento de las tasas de morbilidad por TB en menores de 5 años entre migrantes somalíes coincide también con el decrecimiento de la población migrante, lo que nos hace pensar en que hubo de existir un deterioro en el programa de control: Datos de este campamento indican falta de medicamentos, mal control del tratamiento, falta de medidas contra el hacinamiento, mala ventilación y otras. La mala nutrición también aumenta la

susceptibilidad de la población. Podemos pensar también en el comportamiento del VIH, pues es una entidad que incrementa la vulnerabilidad de la población y ese incremento puede ser expresión de infectados por VIH.

Por el contrario, entre los sudaneses menores de 5 años la morbilidad por TB se redujo manteniendo tasas muy bajas ( $< 1/1000$  habitantes) desde el 2001. Ello refleja un mejor programa de prevención y control, dado por las medidas de prevención, el tratamiento controlado, así como las mejores condiciones de albergues, mejor alimentación y mejor actividad educativa, entre otros, para este grupo de edades; pues en la población general las tasas de morbilidad se mantuvieron estables en valores  $< 1$  y  $< 4$  por 1 000 habitantes.

El hecho de mantener estable las tasas de mortalidad sin correlación con la morbilidad destaca, en parte, la correcta atención médica para evitar la complicación total.

Se debe destacar también los problemas informativos o de registros de morbilidad y mortalidad, y de falta de recursos diagnósticos que pueden influir en la distorsión del comportamiento real.

Ha habido, como explicamos anteriormente, una combinación entre el declive económico, el colapso de los sistemas sanitarios, la aplicación insuficiente de medidas de control de la tuberculosis, la propagación del VIH/SIDA y la emergencia de tuberculosis plurifarmacorresistente (TB-PFR), por lo que la TB da como resultado un aumento en muchas economías del tercer mundo.

## **CONCLUSIONES**

--Hubo un incremento de la TB en los campamentos somalíes a pesar de la reducción de la población migrante, lo que traduce esencialmente deficiencias del programa de atención integral de prevención y control.

--El ACNUR y ARRA han demostrado ser de gran importancia para mantener la salud y evitar la población refugiada.

## **ABSTRACT: Pulmonary Tuberculosis (TB), High Commissioned of United Nations for Refugees (HCUNR) and Administration of the Matters of Refugees and Returned Subjects (AMRRS)**

Ethiopia has been receiving refugees for a long time; Kenya, Djibouti, Eritrea, Somalia in 1988, Sudan in 1984 until today from their distant countries of origin. One third of the world population is infected TB. It will cost at least, 35 millions of human lives. In sub-Saharan Africa, every year, more than 1, 5 million of TB cases are reported. At the same time, sickness and death because of TB worsen poverty in many communities.

TB is a very important cause of death among HIV infected people. One third of the HIV infected people end up with TB. Progresses in the fight against TB are still insufficient in Africa, according to The WHO; this continent represents a 24% of the newly reported cases at a world level. One of the causes must be the insufficient financing of the programs of fight against the disease that killed almost 1, 7 millions people in the world in 2004.

**Key words:** refugees, ACNUR, TB.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

\*(<http://www.unhcr.org/statistics>)

\*\*(<http://www.reliefweb.int/rw/RWB.NSF/db900SID/LZBG-6WQRUZ?>

<http://www.irinnews.org/report.aspx?>)

\*\*\*(Thomas J, Watson Jr. Instituto de Estudios Internacionales, Universidad Brown, Providence RI, Abril 1999)

1 "Basic Facts on TB: Stop TB, fight poverty", The Stop TB Partnership. 24 de marzo de 2002.

2 WHO Global Tuberculosis Control Report, Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Marzo de 2002.

3. Informe sobre la Salud Mundial 2001, Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2001.

4 Long NH, Johansson E, Winkvist A, Diwan V, International Journal Tuberculosis and Lung Diseases. 3: 388-93; 1999.

5 "TB and Women", hoja informativa del sitio web de The Stop TB Partnership.

6 "Tuberculosis and children", The Stop TB Partnership/ IPA. 2001.

7. The Economic Impacts of Tuberculosis. The Stop TB Initiative, Serie 2000. Presentado en la Conferencia Ministerial, Ámsterdam. 22-24 de marzo de 2000.

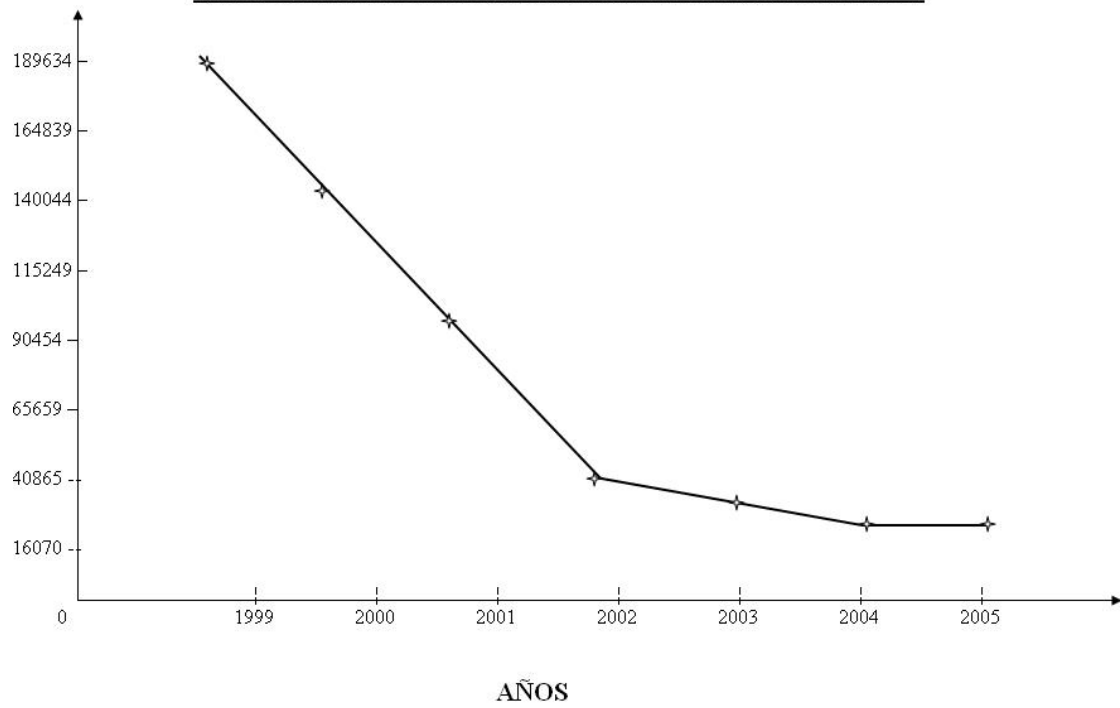
8. "TB/HIV: The Facts", ONUSIDA. 1ro. de diciembre del 2000.

9 WHO Strategic Framework to Decrease the Burden of TB/HIV, Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Marzo de 2002.

10 Global TB Drug Facility: Prospectus, Secretaría de The Stop TB Partnership, OMS. Marzo de 2001.

## GRAFICOS

GRAFICO 1 TOTAL DE REFUGIADOS EN CAMPAMENTOS PARA SOMALIES



**GRAFICO 2 TOTAL DE REFUGIADOS EN CAMPAMENTOS PARA SUDANESES**

