



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



*Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud*



OPS/DPC/CD  
Original: Español

Informe  
de la  
III<sup>era</sup> Reunión regional  
sobre actividades de  
colaboración interprogramática S TB/VIH



(San Salvador, El Salvador, 24–26 abril 2006)

## Abreviaturas

ARV:	Medicamentos antirretrovirales.
BAAR:	Bacilo ácido alcohol resistente.
CDC:	Centros de Prevención y Control de Enfermedades de los Estados Unidos.
DOTS/TAES:	Estrategia de control internacionalmente recomendada para la TB, que incluye el tratamiento acortado estrictamente supervisado.
IEC:	Estrategia de Información, Educación, Comunicación.
ITS:	Infección de Transmisión Sexual.
ETS:	Enfermedad de Transmisión Sexual.
MDR-TB:	Tuberculosis con farmacoresistencia múltiple.
ODM:	Objetivos de Desarrollo del Milenio.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
ONG:	Organización no gubernamental.
ONU:	Organización de Naciones Unidas.
ONUSIDA:	Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-Sida
OPS:	Organización Panamericana de la Salud.
PNS:	Programa Nacional de VIH-SIDA.
PNT:	Programa Nacional de Tuberculosis.
PVVS o PVVIH:	Persona viviendo con el virus del Sida
SIDA:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
TB/VIH:	Coinfección TB y VIH.
TB:	Tuberculosis.
TBCTA:	Coalición para la asistencia técnica en tuberculosis.
TBP:	Tuberculosis pulmonar.
USAID:	Sigla en inglés de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional ( <i>United Status Agency for Internacional Development</i> )
VIH:	Virus de inmunodeficiencia humana.

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse al Área de Prevención y Control de Enfermedades, Unidad de Enfermedades Transmisibles (DPC/CD), Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

©Organización Panamericana de la Salud, 2006

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

# Tabla de contenido

<b>Prefacio</b> .....	<b>1</b>
<b>Antecedentes</b> .....	<b>1</b>
<b>Objetivos y Metodología</b> .....	<b>3</b>
<i>Objetivos</i> .....	3
<i>Metodología</i> .....	3
<b>Inauguración</b> .....	<b>4</b>
<b>TB/VIH: Desafíos y Respuestas para el control de la tuberculosis a nivel mundial</b> .....	<b>4</b>
<b>Situación Regional de la epidemia VIH/Sida</b> .....	<b>7</b>
<b>Plan Regional ITS/VIH/SIDA. Un marco para la colaboración interprogramática</b> .....	<b>9</b>
<b>Situación epidemiológica de la tuberculosis y de la coinfección TB/VIH en la Región de las Américas</b> .....	<b>10</b>
<b>Uso de pruebas rápidas en la atención primaria</b> .....	<b>14</b>
<b>Experiencia de Brasil en el uso de pruebas rápidas para el diagnóstico del VIH</b> .....	<b>15</b>
<b>Retos en la vigilancia de TB/VIH</b> .....	<b>17</b>
<b>Guías para la vigilancia del VIH entre los pacientes con TB</b> .....	<b>19</b>
<b>Consejería en VIH</b> .....	<b>20</b>
<b>Perspectivas de la Consejería en TB/VIH en Perú</b> .....	<b>22</b>
<b>Consejería y prueba de VIH en programas de TB</b> .....	<b>23</b>
<b>Guía para la consejería y pruebas de VIH en los programas de control de TB</b> .....	<b>24</b>
<b>Experiencias sobre vigilancia epidemiológica de TB/VIH en la Región de las Américas</b> <b>26</b>	
<i>Costa Rica: Acciones sustantivas para la prevención del VIH/SIDA y la coinfección TB/VIH, 2002-2006</i> .....	26
<i>Uruguay: Impacto de la Infección por el VIH sobre la Epidemiología de la Tuberculosis, 1994-2004</i> .....	27
<i>Panamá: Actividades de Colaboración Interprogramática TB/VIH</i> .....	27
<i>Honduras: Situación epidemiológica de la coinfección TB/VIH</i> .....	29
<i>El Salvador: Actividades de Colaboración Interprogramática TB/VIH</i> .....	29
<i>México: Avances en la colaboración TB/VIH</i> .....	30
<i>República Dominicana: Experiencias de colaboración interprogramática TB/VIH</i> .....	32
<i>Guatemala: Actividades de Colaboración interprogramática TB/VIH</i> .....	33
<i>Belice: Actividades de Colaboración interprogramáticas TB/VIH</i> .....	33
<i>Argentina: Situación de la coinfección TB/VIH</i> .....	35
<b>Visitas de Campo</b> .....	<b>35</b>
<b>Acuerdos de la Reunión</b> .....	<b>36</b>
<i>Conclusiones</i> .....	36
<i>Recomendaciones</i> .....	37
<b>Anexos</b> .....	<b>39</b>
<i>Anexo 1: Agenda de la Reunión</i> .....	39
<i>Anexo 2: Planes de Acción 2006 – 2008</i> .....	41
<i>Anexo 3: Lista de participantes a la III<sup>era</sup> Reunión Regional de actividades de colaboración TB/VIH (San Salvador, abril 2006)</i> .....	50

La preparación de esta reunión fue realizada por el Programa de Tuberculosis (DPC/CD) de la Organización Panamericana de la Salud, en colaboración con la Representación de OPS/OMS en El Salvador.

La realización de esta reunión fue posible gracias al aporte de la Oficina de Desarrollo Regional Sostenible, Oficina para América Latina y Caribe, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, según lo acordado por el subsidio No LAC-G-00-04-00002-00

Alfonso Tenorio Gnecco preparó esta publicación, con la contribución de Mirtha del Granado y Pilar Ramón-Pardo.

## **Agradecimientos**

Los participantes y organizadores de la III<sup>era</sup> Reunión Regional sobre Actividades de Colaboración Interprogramáticas TB/VIH y la OPS/OMS expresan su agradecimiento al Ministerio de Salud de El Salvador y a los responsables del PNT y PNS de El Salvador por las facilidades y apoyo brindado al desarrollo de esta reunión.

También hacemos extensivo el reconocimiento al personal de la Oficina de la OPS/OMS en El Salvador por la atención y apoyo logístico que hizo posible su realización.

## Prefacio

Dos de los grandes desafíos mundiales que enfrenta el control de la tuberculosis se relacionan con la multidrogorresistencia y la coinfección TB/VIH. La Región de las Américas no es ajena a esta situación y como respuesta a estas amenazas, el Programa Regional de Tuberculosis mantiene como prioridad la expansión y/o fortalecimiento de DOTS en los países del continente, la herramienta más efectiva en el mundo para el control de esta enfermedad.

Grandes han sido los avances mundiales obtenidos durante una década de implementación de la estrategia DOTS, y en 2003 se logró detectar el 59% de los casos pulmonares bacilíferos y curar al 82% de ellos. La cobertura poblacional de la estrategia DOTS en la Región de las Américas alcanzó el 83% en 2004, y cada vez hay menos países en el continente con coberturas inferiores a 50%.

La OMS mantiene un alto grado de alerta por la grave situación representada en la coinfección TB/VIH, y reconoce que la epidemia del VIH-Sida es uno de los factores agravantes de más peso en la epidemia de TB. Por otro lado, destaca que una de las causas de mayor morbilidad y mortalidad en los pacientes infectados por el VIH sigue siendo la tuberculosis. Como respuesta a esta grave situación, la nueva estrategia mundial “Alto a la Tuberculosis” 2006-2015 incluyó entre sus elementos el abordaje de la coinfección TB/VIH, y se afirma que no obstante el avance de la coinfección y la limitada respuesta existente en este momento, tenemos una buena alternativa para su control, la implementación en cada uno de los países de las Actividades de Colaboración interprogramáticas TB/VIH.

En América, la creciente epidemia de VIH-Sida constituye un serio problema para el control de la tuberculosis, y se estima que en 2004 el 6% de los casos incidentes tuvieron coinfección TB/VIH. El Plan Estratégico Regional de Tuberculosis 2006-2015, cuya visión es una América libre de tuberculosis, también incluye entre sus líneas estratégicas el fortalecimiento de las Actividades de Colaboración interprogramáticas TB/VIH como respuesta a este desafío persistente.

El esfuerzo que cada uno de los países del continente haga para implementar las actividades de colaboración entre los programas TB/VIH será fundamental para reducir el sufrimiento y la carga de tuberculosis entre las personas que viven con el VIH, y la carga de VIH-Sida entre las personas con tuberculosis.

## Antecedentes

Desde 1993, cuando la tuberculosis fue declarada por la OMS una emergencia mundial, la epidemia del VIH/Sida fue considerada uno de los factores responsables de la grave situación epidemiológica de la tuberculosis, pero no se conocía cual sería el impacto de una epidemia sobre la otra. En 1995 se lanzó la estrategia DOTS, la herramienta de mejor costo efectividad en el control de la tuberculosis, y sus cinco elementos se enmarcaron en

el compromiso político, el diagnóstico microbiológico con baciloscopia, la disponibilidad de antibióticos, el tratamiento supervisado y un sistema de registro y evaluación.

Aunque los éxitos logrados con la estrategia DOTS fueron considerables, y no existe ninguna duda que sigue siendo la mejor herramienta de control de la enfermedad, se consideró que para mantener los logros obtenidos era necesario abordar de manera integral los nuevos y crecientes desafíos que amenazan el control de la tuberculosis. En enero de 2006, 10 años después de venir desarrollando la estrategia DOTS, se lanzó la nueva estrategia “Alto a la Tuberculosis” 2006-2015, con los siguientes elementos complementarios: mantener y expandir un DOTS de calidad, abordar el problema de la coinfección TB/VIH y la multirresistencia a medicamentos, contribuir al fortalecimiento de los sistemas de salud, involucrar a todos los proveedores de salud, empoderar a los pacientes de tuberculosis y a las comunidades, y facilitar y promover la investigación en tuberculosis.

Con esta III<sup>era</sup> Reunión Regional sobre actividades de colaboración interprogramáticas TB/VIH realizada en El Salvador, ya son tres las reuniones internacionales que el Programa Regional de Tuberculosis ha realizado sobre el preocupante tema de la coinfección. En agosto de 2003 se llevó a cabo en San Pedro Sula, Honduras, la primera reunión y taller Regional sobre la coinfección TB/VIH. El objetivo de la reunión fue acelerar una respuesta conjunta eficaz de los programas de TB y de VIH/SIDA a la epidemia de la tuberculosis asociada al VIH en las Américas, al facilitar el intercambio de información y experiencias entre ambos programas. Se analizó la situación epidemiológica de la coinfección TB/VIH en el nivel mundial y en la Región de las Américas, y se revisó el borrador de la Guía sobre Atención Integral de Personas que Viven con la Coinfección de TB/VIH en América Latina y el Caribe, cuya primera edición comenzó a circular como documento OPS en abril de 2004. Adicionalmente se establecieron planes de acción por cada país para fomentar el trabajo interprogramático.

En septiembre de 2004 se realizó la segunda reunión sobre el tema en Ciudad de México y su principal objetivo fue fortalecer la respuesta conjunta eficaz de los programas de TB y de VIH/SIDA a la epidemia de la tuberculosis asociada al VIH en las Américas. Se dio seguimiento a los planes de acción concertados en la primera reunión, se caracterizó la situación epidemiológica de la coinfección en la Región de las Américas y se compartieron experiencias exitosas de colaboración interprogramática TB/VIH en el mundo y en la Región. Adicionalmente, se discutieron los términos operacionales de la vigilancia de la prevalencia VIH entre pacientes tuberculosos en consonancia con la vigilancia epidemiológica de segunda generación y se establecieron los pasos para implementar la estrategia Construyendo Paso a Paso, basado en la *Guía de atención integral para personas viviendo con coinfección TB/VIH*, así como la Guía de Política Actual sobre Actividades de Colaboración TB/VIH.

Los acuerdos a los que se llegó en esta segunda reunión se resumen así:

1. Fortalecer los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica TB/VIH, con base en la evaluación de la situación o revisión de la información existente.
2. Introducir en las visitas de monitoreo y evaluación a los países el componente específico del binomio TB/VIH, por parte de ambos programas regionales.
3. Desarrollar o adaptar las Guías de Manejo Integral para las personas viviendo con TB/VIH.
4. Identificar y aplicar estrategias innovadoras para fortalecer la capacidad de recursos humanos a nivel local.
5. Hacer abogacía a nivel regional por parte de OPS para lograr el compromiso político en la lucha contra la coinfección TB/VIH.
6. Ajustar el Plan Estratégico Regional del Programa de TB (2006 – 2010) tomando en consideración las conclusiones y recomendaciones de esta reunión.

Para dar cumplimiento a estos acuerdos y recomendaciones, se establecieron planes de acción por cada país.

## Objetivos y Metodología

### Objetivos

- Analizar las estrategias de implementación de la Vigilancia Epidemiológica de la coinfección TB/VIH.
- Discutir aspectos de la consejería VIH en pacientes con TB – presentación de una Guía de consejería.
- Hacer seguimiento de los planes de acción desarrollados en la II<sup>a</sup> Reunión de Colaboración TB/VIH, México, 2004.
- Elaborar planes de acción de Actividades de Colaboración interprogramáticas TB/VIH 2006 – 2008.
- Intercambiar experiencias y conocer la experiencia de El Salvador en la implementación de actividades de colaboración TB/VIH.

### Metodología

Los países participaron en forma activa a través de mesas redondas sobre vigilancia epidemiológica y consejería VIH, paneles con presentación y discusión de experiencias de los países, y visitas de campo a establecimientos de salud de la ciudad de San Salvador para conocer la experiencia de El Salvador.

Se elaboraron planes de acción por cada país y se redactaron de manera conjunta las conclusiones y recomendaciones.

## Inauguración

Con las palabras de las Autoridades del Ministerio de Salud de El Salvador, de la Representación de la OPS/OMS en El Salvador, del Gerente del Seguro Social de El Salvador y de los Asesores Regionales de Tuberculosis y Sida con sede en Washington DC, se inauguró la reunión a la que asistieron los coordinadores de los programas de tuberculosis y sida de los países de mayor carga de enfermedad de la Región de las Américas.

Las autoridades que presidieron el acto inaugural reconocieron la grave situación epidemiológica generada por la coinfección TB/VIH en la Región de las Américas y destacaron el esfuerzo que se ha venido haciendo en los países de la Región, bajo las directrices de la OPS y la OMS. Se enfatizó que el compromiso político es un factor determinante en la implementación de las Actividades de Colaboración interprogramáticas TB/VIH, así como en la obtención de resultados que permitan reducir la carga de enfermedad a consecuencia de la coinfección TB/VIH, y se animó a los países a continuar adelante en esta causa, apoyándose mutuamente al compartir sus experiencias exitosas.

## TB/VIH: Desafíos y Respuestas para el control de la tuberculosis a nivel mundial

*Dr. Rafael Alberto López Olarte, Unidad TB/VIH y Multirresistencia,  
Departamento Alto a la Tuberculosis, OMS*

La tuberculosis sigue siendo un grave problema de salud pública mundial. En 2004 se notificaron 8.9 millones de casos nuevos, 80% de los cuales fueron reportados en 22 países. En el mismo año fallecieron 1.7 millones de personas a consecuencia de la tuberculosis y 98% de estas muertes ocurrieron en países en vía de desarrollo. Del total de muertes por tuberculosis, 250.000 fueron muertes relacionadas con el VIH/Sida. El otro desafío que acompaña al de la coinfección TB/VIH es la cada vez más creciente proporción de casos de tuberculosis con resistencia a múltiples fármacos. De los 109 países que han adelantado estudios entre 1994 y 2003, 102 de ellos reportan presencia de tuberculosis multidrogorresistente en sus territorios.

De todos los casos notificados de tuberculosis en 2004, 59% se reportaron en Asia, 21% en África, 10% en Europa y 6% en América. Sin embargo, las tasas de incidencia más altas se estiman en África, en donde más de 15 países Subsaharianos tienen incidencias estimadas de 300 ó más casos por 100.000 habitantes.

La tuberculosis ha sido declarada una emergencia en África, en donde se estiman 2.3 millones de casos cada año en solo la región Subsahariana. Estos casos representan el 27% del total mundial de casos, aunque solo vive en esa región el 11% de la población mundial. Se reporta medio millón de muertes cada año, la mitad de ellas asociadas a VIH.

La prevalencia estimada de VIH en casos nuevos de tuberculosis fue superior a 50% en cinco de los países del África Subsahariana, mientras que en otros 14 países de la misma región, la prevalencia se estimó entre 20% y 49%. En la Región de las Américas se estimó para 2004 que cerca de 13 países tuvieron prevalencias de coinfección TB/VIH entre 5% y 19%.

Como respuesta a la difícil situación epidemiológica actual, la OMS, a instancias de la Alianza Alto a la Tuberculosis, lanzó en enero de 2006 el Plan Global de Control de Tuberculosis 2006-2015, cuyo objetivo es acelerar las acciones políticas y sociales encaminadas al control de la tuberculosis. Este plan es un fruto del arduo esfuerzo y contribuciones de los 7 grupos de trabajo de la Alianza (Expansión de DOTS/TAES, TB/VIH, Multiresistencia, Nuevas vacunas, Nuevas pruebas diagnósticas, Nuevos medicamentos, y Abogacía, Comunicación y Movilización Social).

El plan provee una perspectiva a diez años en el camino hacia la eliminación de la tuberculosis como problema de Salud Pública en el año 2050. Responde a la necesidad de una planeación a largo plazo en los países, delinea los requisitos financieros para su sostenibilidad, sirve como herramienta de abogacía para el control de tuberculosis, encausa las metas de la Alianza para el año 2015 y contribuye a los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

En el plan se mantienen las metas globales establecidas por la Asamblea Mundial de la Salud para el 2005: detectar al menos 70% de los casos infecciosos y tratar exitosamente al menos 85% de los casos detectados y se trabaja en consonancia con los Objetivos de Desarrollo de Milenio de la ONU. El objetivo 6 de Desarrollo del Milenio es combatir al VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades, entre las que se incluye la tuberculosis. La meta 8 es detener el aumento y haber comenzado a revertir la incidencia de tuberculosis para el año 2015. Los indicadores 23 y 24 usados para hacer seguimiento a los Objetivos de Desarrollo de Milenio son la prevalencia y mortalidad asociadas con la tuberculosis, y la proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con DOTS.

Adicionalmente, la Alianza Alto a la Tuberculosis estableció como metas para 2015 la reducción del 50% en la prevalencia y mortalidad por tuberculosis con respecto a 1990 y una reducción de la incidencia de tuberculosis a menos de un caso por millón de habitantes en 2050.

La estructura general del plan se compone de unas direcciones estratégicas generales relacionadas con la nueva estrategia para el control de tuberculosis, los nuevos desarrollos en diagnóstico, medicamentos y vacunas, así como los aspectos generales asociados a los sistemas de salud, pobreza, niñez y género. El segundo componente se relaciona con los escenarios regionales en cuanto a la definición de paquetes de intervenciones y su costo, la estimación de la magnitud y avance de las actividades, la estimación de los resultados e impacto del control de tuberculosis y la estimación de costos de expansión de DOTS, actividades TB/VIH y multiresistencia. El tercer

componente tiene que ver con las acciones y planes específicos para el secretariado (OMS) y para los grupos de trabajo.

En cuanto al desarrollo tecnológico, se espera que en 2015 el mundo disponga de una vacuna segura y efectiva contra la tuberculosis, que en 2010 el tratamiento antituberculoso se haya reducido a 3 ó 4 meses y que en 2015 contemos con 7 nuevos medicamentos antituberculosos y el esquema se haya reducido a uno o dos meses. En cuanto al desarrollo de nuevas pruebas diagnósticas, se espera que en 2010 se cuente con métodos rápidos de cultivo y que en 2015 se pueda hacer diagnóstico de infección latente en el lugar de atención de los pacientes.

Parte integral del plan descrito es la nueva estrategia “Alto a la Tuberculosis” 2006-2015, la cual es una respuesta a los nuevos desafíos que enfrenta el control de la tuberculosis y que no estaban explícitamente considerados en la estrategia DOTS usada entre 1995 y 2005. La nueva estrategia tiene como condición mantener y expandir el DOTS de calidad, mientras que sus otros componentes se relacionan con abordar el tema de la coinfección TB/VIH, multirresistencia a medicamentos y otros desafíos; contribuir al fortalecimiento de los sistemas de salud; involucrar a todos los proveedores de salud en el control de la tuberculosis; empoderar a los pacientes de tuberculosis y a las comunidades; y facilitar y promover la investigación en tuberculosis.

El grupo de trabajo TB/VIH ha elaborado múltiples documentos y guías para orientar el trabajo interprogramático TB/VIH, entre las cuales está la Política Actual de Actividades de Colaboración interprogramáticas TB/VIH, otras sobre Monitoreo y Evaluación, Vigilancia Epidemiológica, Tratamiento Antirretroviral, Pruebas de VIH y un Manual Clínico sobre TB/VIH.

La Política Actual de Colaboración TB/VIH tiene tres objetivos. El primero es establecer mecanismos de colaboración: constituir un ente coordinador de las actividades TB/VIH, realizar vigilancia de la prevalencia VIH entre pacientes con tuberculosis, planear conjuntamente las actividades TB/VIH, y monitorear y evaluar. El segundo es disminuir la carga de tuberculosis en personas viviendo con VIH/SIDA al establecer búsqueda intensiva de casos de tuberculosis, introducir la terapia preventiva con isoniacida y garantizar el control de infecciones en establecimientos de salud y sitios como prisiones o cuarteles. El tercer objetivo es disminuir la carga de VIH en pacientes con tuberculosis al proveer consejería y prueba diagnóstica VIH, introducir métodos de prevención para VIH, introducir la terapia preventiva con cotrimoxazol, garantizar cuidados y apoyo en VIH/Sida e introducir terapia antirretroviral.

El apoyo a las 6 Regiones de la OMS y a los países no se ha limitado al desarrollo de estas guías, sino que también abarca la elaboración de materiales de capacitación TB/VIH, cursos de capacitación, asistencia técnica para la implementación de actividades de colaboración, documentación de experiencias de implementación y actividades de monitoreo y evaluación.

A pesar de la documentación de importantes avances en la adopción de las actividades de colaboración TB/VIH entre 2002 y 2004, información reciente muestra que la implementación es lenta y en varios países prioritarios, algunas actividades clave aun no han comenzado o tienen cobertura muy limitada.

En conclusión, el mundo cuenta ahora con un nuevo plan y una nueva estrategia que facilitará el cumplimiento de los objetivos y metas establecidas, y a pesar del avance de la coinfección TB/VIH y la respuesta limitada actual, los recientes desarrollos acelerarán la implementación de las actividades de colaboración.

## Situación Regional de la epidemia VIH/Sida

*Dr. Rafael Mazín, Unidad de VIH/ITS, OPS/OMS*

El análisis de la situación de la epidemia de VIH/Sida requiere considerar tres poblaciones estrechamente vinculadas: las personas que viven con la infección (PVVS), las personas afectadas por la epidemia y las personas con vulnerabilidad aumentada para contraer la infección.

El reporte de ONUSIDA/OMS estimó que a finales de 2005 había 3.3 millones de personas viviendo con VIH/Sida en la Región de las Américas, 1.2 de ellos en Norte América, 1.8 millones en América Latina y 300 mil en el Caribe.

Una persona con VIH sufre un deterioro de la respuesta inmunológica que se puede mitigar con tratamiento con ARV, sin embargo, del número de casos reportados en América en 2005, solo 688.088 recibieron el tratamiento ARV en Norteamérica, 19.502 en el Caribe y 290.586 en Latinoamérica.

Existe una clara asociación entre el crecimiento de la epidemia de VIH/SIDA y el incremento en el número de casos de TB en lugares de la Región que tienen altas prevalencias de VIH. Y debido a que la TB es a menudo la primera manifestación reconocible de infección con VIH, en todo caso nuevo de TB debe descartarse la infección con VIH, y de igual manera, en toda persona infectada con VIH debe investigarse infección latente o activa con *M. tuberculosis*. El diagnóstico temprano de coinfección TB/VIH posibilita tomar acciones para mejorar las condiciones de la persona y el control de ambas epidemias.

Para una persona infectada con *M. tuberculosis*, el riesgo de desarrollar TB activa se incrementa hasta 100 veces si es VIH positiva. La mayoría de casos entre las personas VIH positivas se presentan por reactivación de infección previa. La TB pulmonar con lesiones cavitarias típicas de reactivación de la enfermedad se encuentra en pacientes con CD4 aún por arriba de 200/mm<sup>3</sup>, mientras que en aquellos con recuentos de CD4 por debajo de 100/mm<sup>3</sup> es común encontrar formas extrapulmonares de tuberculosis.

La ubicación, magnitud y tendencias definen el tipo de epidemia que estamos enfrentando. La epidemia naciente o incipiente afecta a menos del 5% de personas que hacen parte de grupos con prácticas de riesgo; la epidemia concentrada afecta 5% o más de personas que hacen parte de estos grupos, pero a menos de 1% de la población general. La epidemia generalizada se define como una prevalencia de más de 1% en la población general.

Conocer la percepción que tiene la población sobre la enfermedad permite entender las actitudes hacia ella. Una persona con VIH es alguien que el grueso de la población considera portadora de una “condición” que afecta la salud y amenaza la vida, limita las actividades por tener una base física, puede ser transmitida a otros, se adquiere habitualmente por tener “prácticas inaceptables”, causa desgaste y eventualmente modificación de la imagen corporal. Estos elementos de “la condición” predisponen a la sociedad a percibirla como un curso debilitante y eventualmente fatal, una transformación radical en el curso de la vida, transmisible (amenaza), de origen “intencional” y “desfigurante”. Esta percepción puede empeorar si además la persona tiene tuberculosis.

Información epidemiológica reciente permite afirmar que más de 80% de los casos son imputables a transmisión por vía sexual, sin embargo la proporción de casos que ocurren por transmisión perinatal es significativa y la transmisión asociada con uso de drogas inyectables está en aumento en varios países. Más de la mitad de las nuevas infecciones ocurren entre jóvenes de 14 a 24 años, y la brecha entre el número de hombres y mujeres con VIH se está reduciendo; incluso en países como Honduras y Haití la proporción es similar y en República Dominicana el número de mujeres con VIH supera al de los hombres.

La prevalencia de infección por VIH entre pacientes con TB varía dependiendo del tipo de epidemia presente (incipiente, concentrada, generalizada), así como de múltiples factores de vulnerabilidad aumentada, como el hacinamiento (prisiones, asilos, campamentos de refugiados, etc.), la marginalidad social (jóvenes en las calles), el acceso limitado a educación y salud y el uso de drogas inyectables. Es absolutamente esencial proveer atención integral y tratamiento a los grupos afectados e implementar actividades de prevención de VIH e ITS entre los grupos más vulnerables. La prevención no puede ser soslayada si se espera que los programas de atención integral sean efectivos y sostenibles.

Entre los factores que dificultan la expansión de acciones de prevención, la dificultad para discutir abiertamente el comportamiento sexual parece ser uno de los más críticos. El cuidado de la salud sexual debe formar parte de la atención integral a las personas, y para lograrlo se proponen diversas estrategias relacionadas con educar y ofrecer consejería y prueba voluntaria (CPV) a grupos vulnerables, educar y ofrecer CPV a todo paciente con TB, detectar TB latente o activa en toda persona viviendo con el VIH, potenciar las fortalezas de ambos programas y remover las barreras institucionales.

# Plan Regional ITS/VIH/SIDA. Un marco para la colaboración interprogramática

*Dra. Dolores Pérez, Asesora Subregional de VIH/Sida, OPS/OMS*

La experiencia obtenida en la aplicación de estrategias previas de prevención y control del VIH/Sida ha permitido aprender lecciones valiosas de salud pública. Lecciones aprendidas es que la pandemia VIH amerita estrategias de mediano y largo plazo, así como reconocer que es esencial el fortalecimiento del sector salud, que es necesario eliminar la dicotomía prevención-atención y que el enfoque interprogramático e interdisciplinario permite sinergias para una respuesta OPS fortalecida.

El Plan regional ITS/VIH/SIDA encuentra su justificación en la necesidad de trabajar “ahora” de manera “coordinada” para incidir en los indicadores de los Objetivos de Desarrollo de Milenio. Pretende ir más allá de la estrategia 3 x 5 y lograr el acceso universal de medicamentos ARV.

El plan fue formulado de manera participativa con los Ministerios de Salud, programas nacionales, socios en desarrollo, personas con VIH y representantes de la sociedad civil. Su objetivo para 2015 es detener y comenzar a revertir la propagación del VIH así como las ITS en la Región mediante la provisión de acceso universal a los servicios de prevención, atención y tratamiento.

Las metas generales del plan incluyen la prevención de nuevas infecciones (50% en 2010 y 50% en 2015), acceso universal a atención integral (prevención y tratamiento) para 2010 y prevención de la transmisión maternoinfantil VIH (<5%) y de la sífilis congénita (<0.5/1000 nacidos vivos) para 2015.

Cada línea de acción presenta desafíos y oportunidades para el sector salud y para los demás sectores que interactúan con el. La primera línea de acción se relaciona con el liderazgo del sector salud y participación de la sociedad civil, la segunda con el diseño e implementación de programas efectivos y sostenibles de VIH/sida/ITS, y la tercera con la expansión de los servicios de salud. Algunas metas pertenecientes a esta línea de acción incluye el asesoramiento y las pruebas voluntarias y otros servicios de VIH en el nivel primario aprovechando los servicios existentes (servicios de TB) y que en 2010 las clínicas para TB provean servicios de prevención, tratamiento y atención integral de personas coinfectadas o en riesgo de VIH.

La cuarta línea de acción enfatiza en el mejoramiento de los laboratorios y sistemas farmacéuticos para poder contar con diagnósticos confiables de enfermedades infecciosas, vigilancia de la enfermedad, estudios sobre el tratamiento y resistencia a los medicamentos, así como supervisión epidemiológica. La quinta línea de acción del plan se relaciona con el mejoramiento de la información y evaluación, incluyendo el fortalecimiento de vínculos con actores clave involucrados en la recopilación de datos, tales como los programas de TB, laboratorios e instituciones académicas.

# Situación epidemiológica de la tuberculosis y de la coinfección TB/VIH en la Región de las Américas

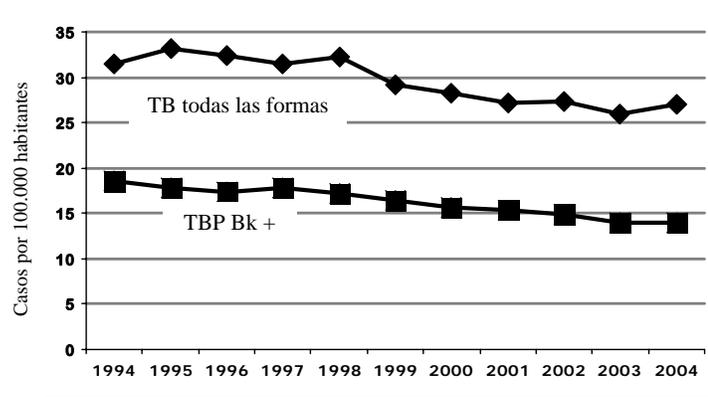
*Dra. Mirtha del Granado, Asesora Regional de Tuberculosis, OPS/OMS*

Como respuesta a la situación epidemiológica de la tuberculosis en la Región y a los nuevos desafíos que los programas nacionales de control enfrentan, el Programa Regional de Tuberculosis ha diseñado el Plan Estratégico Regional 2006-2015 en coherencia con la estrategia mundial “Alto a la Tuberculosis”. Su visión es una América libre de tuberculosis y su misión es asegurar que cada paciente tenga pleno acceso al diagnóstico y tratamiento de calidad, eliminando la TB como problema de salud pública y disminuyendo la carga social, económica y de inequidad que impone la TB.

El objetivo general del Plan Estratégico es que los países de la Región de las Américas apliquen la estrategia “Alto a la Tuberculosis 2016-2015” para revertir la incidencia, prevalencia y la mortalidad por tuberculosis. Sus principales metas son notificar más del 70% de los casos nuevos BAAR+ y curar el 85% de los mismos, y que todos los países de la Región reviertan la incidencia de TB y disminuyan al 50% la mortalidad y la prevalencia al 2015 con respecto a la de 1990.

La tasa de incidencia notificada de tuberculosis en la Región de las Américas ha disminuido muy paulatinamente desde 32 casos por 100.000 habitantes en 1994 hasta 27 en 2004 (ver gráfica 1). Sin embargo, existe gran heterogeneidad en las tasas de incidencia notificada en los países y tres de ellos se encuentran por encima de 100 casos por 100.000 habitantes. El número de casos notificados en la Región de las Américas en 2004 fue de 235.187, 81% de los cuales se concentra en 11 países: Haití, República Dominicana, México, Honduras, Ecuador, Perú, Bolivia, Brasil, Nicaragua, Guyana y Colombia. Brasil es el único país de la Región que hace parte del listado de 22 países con mayor carga de tuberculosis del mundo.

**Gráfica 1:** Tasa de incidencia notificada de TB, Región de las Américas, 1994 - 2004



Fuente: Global Tuberculosis Control. WHO Report 2006.

Para 2004 se estimaron 363.000 casos nuevos de todas las formas, pero solamente se diagnosticaron 235.187, equivalente al 65%. Para el mismo año se estimaron 51.652 fallecidos por tuberculosis.

La implementación de la estrategia DOTS en la Región de las Américas ha sido satisfactoria y ya en el 2003 se trató de manera exitosa al 82% de los casos, esto como respuesta a que cada vez son más los países que aplican la estrategia con buena calidad.

Con el propósito de facilitar la implementación del Plan Estratégico Regional, el Programa Regional ha estratificado los países en cuatro escenarios según la situación epidemiológica de la tuberculosis y la cobertura de la estrategia DOTS (ver Tabla 1).

**Tabla 1:** Estratificación de países de las Américas según incidencia estimada y cobertura de DOTS, 2003

<b>Escenario 1</b> <b>Incidencia &lt; 25</b> <b>DOTS &gt;90%</b>	<b>Escenario 2</b> <b>Incidencia 25-50</b> <b>DOTS &gt;90%</b>	<b>Escenario 3</b> <b>Incidencia &gt;50</b> <b>DOTS &gt;90%</b>	<b>Escenario 4</b> <b>Incidencia &gt;50</b> <b>DOTS ≤70%</b>
Caribe Ingles* Chile Costa Rica Cuba Canadá EUA Puerto Rico Uruguay Territorios franceses** y holandeses	Argentina Belice México Panamá Venezuela	Bolivia El Salvador Guatemala Honduras Nicaragua Perú	Rep. Dominicana Haití Ecuador Brasil Guyana Paraguay Colombia Surinam

\* Países del Caribe inglés con 5 o más casos anuales estimados: Bahamas, Barbados, Dominica, Jamaica, Saint Kitts & Nevis, St. Lucia, St. Vincent & Granadinas y Trinidad & Tobago

\*\* Guadeloupe, Martinique y Guyana

La metas establecidas en los Objetivos de Desarrollo de Milenio para el control de la tuberculosis están próximos a cumplirse en la Región de las Américas debido a la disminución de la tuberculosis en los países ricos, en ellos como consecuencia de los avances de las condiciones socioeconómicas, y en los países de medianos y bajos ingresos debido a la existencia de PNTs exitosos y de larga data. Las metas se cumplirán en la medida que se expanda el DOTS de calidad y se aborden los problemas de TB/VIH y TB-MDR en los países con alta carga y alto riesgo.

El Plan Estratégico Regional 2006-2015 establece seis líneas estratégicas: 1. la expansión y/o fortalecimiento DOTS/TAES con calidad; 2. el Fortalecimiento de las actividades de

colaboración TB/VIH, prevención y control de MDR-TB y estrategias comunitarias de poblaciones desatendidas (indígenas, presos, etc.); 3. el fortalecimiento de los servicios de salud enfatizando en la Atención Primaria en Salud (APS), el PAL, la red de laboratorios y el desarrollo de políticas de recursos humanos en tuberculosis; 4. el mejoramiento del acceso de la población al diagnóstico y tratamiento de la TB con la incorporación de todos los proveedores de salud, públicos como privados; 5. la facilitación del empoderamiento de los afectados y la comunidad con la implementación de estrategias de abogacía y movilización social; y 6. la inclusión de la investigación operativa, clínica y epidemiológica dentro los planes de los PNTs.

La expansión y/o fortalecimiento de la estrategia DOTS/TAES con calidad (línea estratégica 1) tiene como línea de base actual una cobertura de DOTS de 83% de la población en la Región de las Américas (ver tabla 2).

**Tabla 2:** Cobertura de la estrategia DOTS por país. Américas, 2003-2004

≥90%	≥50 - 89%	≥10 - 49%	<10% - no DOTS
Argentina Belice Chile Costa Rica Cuba El Salvador Guatemala Honduras Méjico Nicaragua Panamá Perú Puerto Rico Uruguay EUA Venezuela	Brasil Ecuador Haití República Dominicana Bolivia	Colombia Guyana Paraguay	Caribe Inglés Surinam

El fortalecimiento de las actividades de colaboración interprogramática TB/VIH y de las actividades de prevención y control de la TB-MDR (línea estratégica 2) son fundamentales para lograr las metas establecidas por la OMS y los Objetivos de Desarrollo de Milenio. Adicionalmente, estas metas no se alcanzarán si no se garantiza el control de la tuberculosis en las poblaciones desatendidas, tal como los indígenas y la población carcelaria.

El número de personas viviendo con VIH en América Latina y el Caribe se ha incrementado de manera notable entre 1986 y 2005, año en el cual se reportaron más de 2 millones de casos. La prevalencia de VIH en pacientes adultos con TB es muy heterogénea en los países de las Américas. Se estimó que en 2004, Haití, Trinidad y Tobago, Brasil, Bahamas, Estados Unidos, Belice, Guyana, Surinam y Honduras tuvieron

prevalencias de coinfección TB/VIH mayores al 10%. La transmisión permanente del VIH en las Américas constituye un serio problema para el control de TB, estimándose en 2004 el 6% de los casos incidentes estaban coinfectados por TB/VIH.

Las actividades de colaboración interprogramáticas TB/VIH sugeridas por la OMS se han venido adoptando en cada vez más países de la Región de las Américas. Así es como para el 2004 se le realizó prueba de VIH al 29% de los casos reportados de tuberculosis, y de los 11.658 pacientes con coinfección, 8.984 (77%) recibieron tratamiento antirretroviral.

La clasificación presentada en la tabla 3 permite estratificar los países según el tipo de epidemia de VIH y las tasas de incidencia de tuberculosis. Preocupa que la mayoría de países con epidemia VIH generalizada cuenta con PNTs débiles y limitada capacidad de gestión.

**Tabla 3:** Clasificación de los países según el tipo de epidemia VIH y la incidencia de tuberculosis. Américas, 2005

Epidemia VIH generalizada		Epidemia VIH concentrada e incipiente	
Alta incidencia de TB	Baja y mediana incidencia de TB	Alta incidencia de TB	Baja y mediana incidencia de TB
Belice Haití Republica Dominicana Honduras Guatemala Guyana Surinam	Jamaica Trinidad y Tobago Barbados Bahamas	Brasil México El Salvador Ecuador Perú Bolivia Nicaragua Paraguay	Cuba Costa Rica Chile Uruguay Colombia Argentina Venezuela Panamá

La situación de TB-MDR en la Región de las Américas no es tan grave como en otras regiones del mundo, no obstante la prevalencia en casos nuevos ha venido aumentando de manera sostenida desde 1994. En 2005 se contaba con nueve proyectos aprobados en la Región para enfrentar esta situación.

Uno de los aspectos importantes que limitan la correcta implementación y expansión del DOTS con calidad es la débil condición de los servicios de salud en cuanto a la atención del programa de tuberculosis. La implementación de acciones de atención primaria en salud (APS), la iniciativa de Abordaje Práctico de la Salud Pulmonar (PAL, por sus siglas en inglés), el fortalecimiento de los laboratorios y el desarrollo de políticas de recursos humanos en tuberculosis (línea estratégica 3) son aspectos fundamentales para fortalecer los servicios de salud.

La escasa participación de los sectores privados en la gestión de control de tuberculosis es una de las grandes limitaciones a la expansión de DOTS. En los países en los cuales se

ha logrado comprometer a todos los sectores asistenciales para que participen integralmente en las actividades de prevención y control de la tuberculosis, los indicadores de gestión han mejorado notoriamente. La cuarta línea estratégica del Plan Regional 2006-2015 incluye el mejoramiento del acceso de la población al diagnóstico y tratamiento de la TB con la incorporación de todos los proveedores de salud, públicos como privados.

Experiencias exitosas en múltiples países han demostrado que la participación de los pacientes y familiares, así como de la comunidad, permiten alcanzar más fácilmente las metas de control de la enfermedad. La quinta línea estratégica se relaciona con facilitar el empoderamiento de los afectados y de la comunidad con la implementación de actividades de movilización social.

Sin duda, la investigación operacional, clínica y epidemiológica dentro de los planes de los PNTs (línea estratégica 6) no solo permitirá retroalimentar las actividades de prevención y control de la enfermedad, sino que promoverá una mejor gestión del programa para beneficio de todos los usuarios.

Solo en la medida que los países de la Región adopten las nuevas recomendaciones establecidas en la estrategia “Alto a la Tuberculosis” y en el Plan Estratégico Regional 2006-2015, la Región de las Américas alcanzará la meta de éxito terapéutico (85% de curación) antes de 2010. Este logro repercutirá en una disminución de la prevalencia y mortalidad a consecuencia de la TB.

## Uso de pruebas rápidas en la atención primaria

*Dr. Rafael Mazín, Unidad de VIH/ITS, OPS/OMS*

Uno de los pilares sobre los cuales se fundamentan las acciones de prevención y control del VIH/SIDA es el diagnóstico oportuno, que no solamente posibilita un mejor manejo clínico, sino que también amplía las posibilidades en prevención.

Durante 2005, alrededor de 230.000 personas se infectaron con VIH en Latinoamérica y el Caribe, y se calcula que entre 30% y 40 % no lo saben aún. La evidencia muestra que la mayoría de las nuevas infecciones son transmitidas por personas que no saben que están infectadas y la mayoría de personas infectadas son diagnosticadas muy tarde, habitualmente cuando ya hay manifestaciones de inmunodeficiencia.

Otros factores influyen en la posibilidad de hacer un diagnóstico temprano. Del ya reducido número de personas infectadas que acuden a “hacerse la prueba” un porcentaje importante (30%-50%) no regresa a buscar sus resultados. Por otro lado, la aceptación de la prueba en servicios de atención primaria depende del enfoque que se use para ofertarlo (“opt-in” vs. “opt-out”). El “Opt-in” es la opción de aceptar la prueba y el “Opt-out” la opción de rehusar la prueba. En el Opt-in la prueba de VIH se recomienda y se le ofrece al paciente, y es el paciente quien da un consentimiento explícito para realizársele. En el

Opt-out la prueba se ofrece como parte de la rutina médica y al paciente se le informa que tiene el derecho de rehusarla. Las pruebas como parte de la rutina y entrega rápida de resultados pueden mejorar la evolución de pacientes infectados, así como el ofrecimiento de la prueba en áreas con alta prevalencia, personas con riesgo conocido y a personas con cuadros clínicos que se asocian con VIH (v.g. TB).

Las pruebas rápidas de VIH sirven para identificar a personas que se pueden beneficiar de intervenciones terapéuticas, tales como aquellos con presencia de manifestaciones de inmunodeficiencia o evidencia de prácticas que conllevan riesgo de exposición al VIH. Adicionalmente sirven para reducir las posibilidades de que las personas no regresen por sus resultados, expandir el acceso al diagnóstico, mejorar la atención de personas infectadas y redoblar los esfuerzos de prevención.

La sensibilidad y especificidad de algunas pruebas rápidas disponibles varía discretamente. La sensibilidad/especificidad de OraQuick en saliva es de 99.3%/99.8%, mientras que OraQuick en sangre es de 99.6%/100%, y de Uni-Gold en sangre es de 100%/99.7%.

Entre las ventajas de las pruebas rápidas se destaca la capacidad para “comprimir” el protocolo habitual a una sola sesión, reduciendo así los costos y aumentando la cobertura; además reduce la ansiedad de la espera y aumenta la aceptación por la posibilidad de conocer resultados más prontamente. Otra ventaja considerable es que puede utilizarse en locales que no cuentan con infraestructura habitualmente necesaria para pruebas por inmunoensayo enzimático.

Entre sus desventajas está la necesidad de confirmar los resultados positivos, la persistencia (en menor grado) del problema de no retorno por resultados confirmatorios, y las dificultades para la consejería si no existen espacios de privacidad. Adicionalmente se describen algunos errores que pueden ocurrir por deterioro de los “kits”, por la forma de tomar las muestras y su interpretación, así como la presencia de falsos positivos por multiparidad, hepatitis A y B; Virus de Epstein-Barr y presencia de factor reumatoide.

## Experiencia de Brasil en el uso de pruebas rápidas para el diagnóstico del VIH

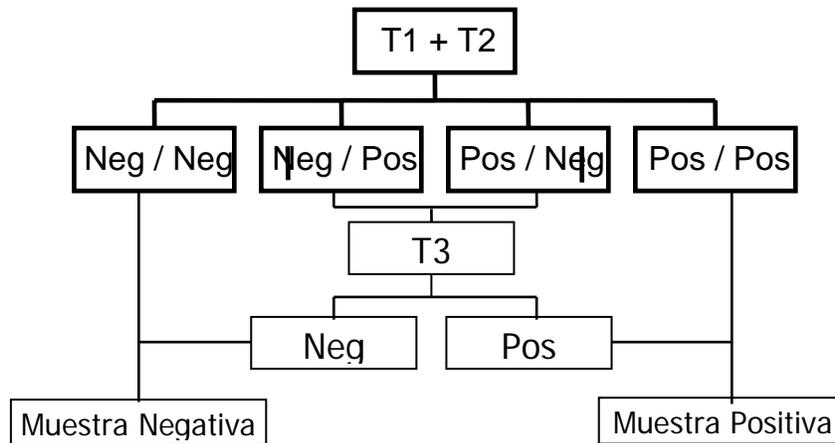
*Dr. Fabio Moherdau, Programa Nacional de Sida,  
Ministerio de la Salud, Brasil*

En Brasil se reportan 85.000 casos de tuberculosis por año, 8% de los cuales son VIH+. De igual manera se reportan 25.000 casos nuevos de infección por el VIH cada año, y en 2005 existían 600.000 personas viviendo con el VIH. Con el inicio de la terapia antirretroviral, la incidencia de TB en las personas viviendo con el VIH ha disminuido de manera significativa entre 1990 y 2003.

En Brasil se tiene implementada la consejería y prueba voluntaria como parte del Sistema Único de Salud. Existen 246 centros de consejería y prueba voluntaria y 1.145 unidades de salud, en donde son atendidas de manera gratuita 1.8 millones de personas al año para realización de la prueba de VIH.

Las pruebas que se realizan para el diagnóstico de la infección por el VIH son ELISA, pruebas rápidas, Inmunofluorescencia Indirecta, Western-Blot e Inmunoblot. Las pruebas rápidas posibilitan el diagnóstico inmediato de la infección por el VIH, permiten la indicación del tratamiento profiláctico para la prevención de la transmisión vertical del VIH y son usadas de manera prioritaria, además de las embarazadas, en los enfermos de TB, los privados de la libertad y en poblaciones de difícil acceso (Amazonía).

Se ha establecido el uso de dos pruebas rápidas de manera simultánea en el Brasil, de acuerdo al siguiente algoritmo.



Se ha realizado una evaluación de pruebas rápidas de diversos fabricantes en el Brasil, comparándolos entre ellos y con los estándares de oro, y se obtuvo una concordancia de 100% entre las pruebas rápidas y las pruebas confirmatorias usando el algoritmo propuesto.

Existe en Brasil una red de apoyo para conteo de linfocitos CD4 con 71 laboratorios habilitados y 62 para estudiar la carga viral, así como una red de servicios de referencia en VIH/SIDA con 889 servicios de atención. El costo actual asociado con el diagnóstico de VIH es de 17 millones de dólares para las pruebas rápidas y 3 millones de dólares para las pruebas convencionales.

## Retos en la vigilancia de TB/VIH

*Dr. Víctor Mejía, Unidad de Vigilancia e Investigación,  
Programa Global de SIDA (GAP), Guatemala.  
Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los EEUU  
(CDC)*

En 2005 se estimó que 40.3 millones de personas estaban infectadas por el VIH en el mundo, mientras que 1.2 millones de ellos se encontraban en Norteamérica, 300 mil en el Caribe y 1.8 millones en Latinoamérica. La situación de coinfección TB/VIH en Centroamérica es preocupante por sus altas prevalencias, que fluctúan en rangos entre 5% y 19% en Guatemala, 12.8% en Belice, 9% en Honduras y 0.8% en Nicaragua.

Se entiende por vigilancia en salud pública la continua y sistemática colección, análisis, interpretación, y diseminación de datos relacionados a un evento asociado con la salud que se usa para reducir la morbilidad y mortalidad de la población y para mejorar su salud. (*MMWR*, 2001)

Uno de los métodos más usados para la vigilancia del VIH es la vigilancia centinela, que es un sistema que utiliza grupos de la población y sitios de atención específicos en los cuales una muestra predeterminada de los que atienden se les hace la prueba de interés en forma rutinaria, regularmente y consistentemente.

Con el propósito de abordar el desafío de la epidemia de VIH, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto la siguiente clasificación del estado de epidemia de VIH:

### **Epidemia de bajo nivel**

A pesar de que lleva muchos años, nunca ha alcanzado un grado significativo de infección en ningún grupo de población en particular y la prevalencia del VIH no supera el 5% de manera constante, en ningún grupo específico de población.

### **Epidemia concentrada**

El VIH se ha difundido rápidamente en un grupo de población determinado, pero no así entre la población en general. La prevalencia del VIH se ha mantenido constante, por encima del 5%, en por lo menos un grupo de población específico y es de menos de 1% entre las mujeres embarazadas de las zonas urbanas.

### **Epidemia generalizada**

El VIH se encuentra bien establecido entre la población en general. La prevalencia del VIH se encuentra constantemente por encima del 1% entre las mujeres embarazadas.

Las poblaciones susceptibles de ser vigiladas bajo la estrategia centinela son los pacientes con TB, los usuarios de drogas inyectadas, las personas trabajadoras del sexo, los hombres que tienen sexo con hombres, los policías y militares, y los servicios prenatales, entre otros. También se puede obtener información de los estudios poblacionales, la

notificación de casos con enfermedades transmitidas por vía sexual, la vigilancia de mortalidad, los datos rutinarios del programa, así como a través de las estimaciones y modelado.

La evidencia acumulada en el nivel internacional permiten recomendar la estrategia DOTS/TAES como de importancia crítica en el manejo efectivo del paciente con TB y VIH. Se sabe que el DOTS eleva la tasa de curación, reduce la mortalidad y previene la emergencia de farmacorresistencia, sin embargo en situaciones con alta prevalencia de infección por el VIH, el DOTS/TAES no es suficiente para controlar la incidencia de TB. Los pacientes con coinfección TB/VIH que recibieron manejo estándar bajo esquemas DOTS tuvieron una sobrevivencia de 85.4% comparado con 56.7% entre los que recibieron manejo estándar no DOTS.

Las nuevas políticas internacionales recomiendan que se haga la prueba diagnóstica de VIH cuando una persona exhibe signos o síntomas que son consistentes con VIH o enfermedades relacionadas a la infección por el VIH, esto incluye la prueba de VIH para todo paciente con tuberculosis como parte integral del manejo rutinario del paciente.

Como respuesta a la necesidad de hacer una vigilancia efectiva de la coinfección TB/VIH, la OMS ha diseñado nuevos formularios de seguimiento de esta situación, los cuales, sin duda, exigen mejor coordinación interprogramática TB/VIH. No se trata de un formulario más para llenar, pues entre otras ventajas, posibilitará el inicio oportuno de la terapia antirretroviral. A mediados de 2006 se harán las pruebas de pilotaje y estarán disponibles para su uso en corto plazo.

Los desafíos en la vigilancia del VIH en pacientes con TB incluyen la expansión de oferta de la prueba de VIH, el uso de datos clínicos capturados rutinariamente y las consideraciones éticas como la confidencialidad, el manejo del paciente y la provisión de los resultados de la prueba de VIH al paciente. En Latinoamérica estos desafíos se enfocan más en la calidad de los programas de TB de la región, el tipo de epidemia VIH, la colaboración entre programas TB/VIH, la habilidad de detectar un porcentaje mayor de casos de TB y los recursos insuficientes para atender a las poblaciones en las cuales el VIH predomina.

Para abordar de manera efectiva el problema que representa la doble epidemia TB/VIH, se propone reforzar los programas de TB e instituir una cultura en estos programas que enfatice que TB y VIH son dos enfermedades que se deben abordar juntas. Así mismo, los programas nacionales de VIH tienen la responsabilidad de salubridad, fiscal y moral de concentrar recursos en las poblaciones donde el VIH existe en tasa alta. La colaboración entre programas es muy importante, y si no es posible lograrla al nivel nacional, entonces se debe promover en el nivel local y en las clínicas.

# Guías para la vigilancia del VIH entre los pacientes con TB

*Dra. Pilar Ramón-Pardo, Programa Regional de TB. OPS/OMS*

El impacto de la epidemia del VIH sobre el control de la TB abarca un gran espectro epidemiológico en la Región de las Américas. Las prevalencias de coinfección son cada vez más altas, y ya en 2004 se estimaron prevalencias de VIH en pacientes con TB mayores al 10% en Haití, Trinidad y Tobago, Brasil, Bahamas, Estados Unidos, Belice, Guyana y Surinam. Conocer la evolución de este problema es fundamental para evaluar las estrategias de prevención y control vigentes, así como para hacer los ajustes, adaptaciones o diseño de nuevos modelos para enfrentar la doble epidemia de TB/VIH. Esta preocupante situación obliga a cuestionarse cómo se puede realizar la vigilancia epidemiológica del VIH entre los pacientes con TB y cuál es el método más adecuado para cada país. Para este propósito la OMS ha puesto a disposición de los países una nueva edición de las Guías Técnicas para Vigilancia del VIH entre los Pacientes con Tuberculosis.

Los antecedentes que preceden el lanzamiento de estas nuevas guías se remontan a 1994, cuando la OMS propuso un abordaje específico mediante muestreo por conglomerados y “anónimo no-ligado”. El contexto actual está enmarcado por el gran impacto que la pandemia de VIH ejerce sobre la situación mundial de la TB, así como por las medidas tomadas para su control, tales como el aumento de la cobertura de tratamiento antirretroviral a las personas viviendo con el VIH y la oferta de los servicios de consejería y pruebas de VIH de manera rutinaria.

El objetivo de la guía actual es proporcionar un marco sobre los métodos a utilizar para medir la prevalencia de VIH entre los pacientes con TB y estimular la implementación de la vigilancia del VIH. Las razones fundamentales para hacer vigilancia de VIH en pacientes con TB radican en comprender mejor el impacto de la coinfección, dar base a las actividades de colaboración TB/VIH, aumentar la conciencia sobre el problema, utilizar eficientemente los recursos y la planificación, monitorear y evaluar, y proporcionar terapia ARV a los pacientes con TB.

Los retos de la vigilancia epidemiológica propuesta se relacionan con aspectos éticos como el consentimiento informado, la recolección de las muestras de sangre y la disponibilidad de ARV para aquellos que sean positivos; así como aspectos organizacionales y financieros relacionados con definir quién debe asumir el costo de las pruebas y de los recursos adicionales para la vigilancia epidemiológica.

Los diferentes métodos de vigilancia actualmente recomendados se resumen en estudios periódicos (especiales), métodos centinelas y datos de las pruebas rutinarias de VIH a los pacientes con tuberculosis (ver tabla 4).

**Tabla 4.** Selección del método de vigilancia

<b>Criterio</b>	<b>Métodos de vigilancia VIH recomendados</b>
Epidemia VIH generalizada	Datos de las pruebas VIH de rutina a los pacientes TB y estudios periódicos (especiales) o centinelas.
Epidemia VIH concentrada	Datos de las pruebas VIH de rutina a los pacientes TB o estudios periódicos (especiales) o centinelas.
Epidemia VIH incipiente	Estudios periódicos (especiales) o centinelas.

Los estudios periódicos (especiales) se sugieren para aquellos lugares en donde no se ha realizado previa vigilancia y para estudios “a medida”. Sin embargo, este tipo de estudios ofrecen escasa información sobre las tendencias en el tiempo. Se recomienda repetir en intervalos de 2 a 3 años. Los estudios centinela dan buena información para monitorizar tendencias, son sencillos y económicos. Sin embargo, conllevan problemas éticos (anónimo no ligado) y problemas con la representatividad de la muestra.

La información obtenida de la prueba rutinaria de VIH a los pacientes con tuberculosis puede formar la base de un sistema confiable de vigilancia epidemiológica y hace parte de las buenas prácticas clínicas en la medida que el paciente se beneficia de las actividades de colaboración (prevención y atención). Esta información permite evidenciar la presencia de la epidemia VIH, sin embargo la estimación puede ser sesgada si la tasa de aceptación de la prueba es baja.

En resumen, la vigilancia del VIH entre los pacientes con TB es una actividad clave de colaboración interprogramática TB/VIH. Los métodos de vigilancia empleados deberían variar en los países de acuerdo con el estado de la epidemia de VIH, y siempre es importante considerar los aspectos éticos y cualquier posible limitación organizacional.

## Consejería en VIH

*Dr. Rafael Mazín, Unidad de VIH/ITS, OPS/OMS*

El uso de la consejería no es nuevo, pues desde hace 50 años se viene usando de alguna manera. Sin embargo, fue en 1963 cuando el Dr. Annon publicó un artículo en donde demostraba que la reducción de la ansiedad permite que las personas mejoren su capacidad para recibir la información que se les transmite, y a su vez la ansiedad se reduce cuando las personas sienten que lo que están sintiendo es normal.

Desde entonces se han venido construyendo diversos modelos que fueron utilizados de manera específica en temas como la consejería genética a parejas con posibilidad de enfermedades de origen genético. Con estas modalidades se pretendía disminuir el impacto emocional que se generaba con la información científica que se daba.

Desde que se comenzó a ofrecer las pruebas de VIH se decidió que debería hacerse con el apoyo de consejería. Se han probado varias modalidades y la actual práctica de consejería se hace a través de un modelo centrado en el cliente. El control de la consejería es del consejero, pero la agenda es del cliente.

En términos generales, la consejería debe entenderse como un diálogo confidencial, una intervención que toma en cuenta las emociones y una estrategia para desarrollar planes de vida individuales. La consejería no se limita a informar a las personas sobre hechos y datos, ni a decirles lo que deben hacer, ni es la prescripción de prácticas y comportamientos “adecuados”.

La consejería, también conocida como asesoría psicológica, orientación, aconsejamiento o “*counseling*” en inglés, contribuye a disipar temores, a reducir la ansiedad, la ira o la frustración paralizante, y provee elementos para tomar decisiones de forma racional. Como una intervención presencial debe servir para inspirar al cliente a que tome las mejores decisiones. Por ello es más una intervención de guía y apoyo que de prescripción.

Los componentes básicos de la consejería son la empatía y apoyo, la evaluación de riesgo y el plan para reducirlo, la elaboración de un plan de acción individual y la referencia a otros servicios, cuando es necesario. Empatía significa reconocer las emociones del otro y poder sentir el cambio de ellas de acuerdo a los escenarios que se le presentan.

La consejería también implica la entrega de información, lo que contribuye a normalizar los sentimientos, comprender cómo reducir los riesgos, aminorar problemas y conocer la gama de opciones con sus ventajas y desventajas. Aspectos fundamentales de la consejería de buena calidad son la confidencialidad, la adecuación a las necesidades del cliente y la habilitación para toma de decisiones.

Las fases de una consejería son la “detección” de sentimientos y emociones, el reconocimiento de los mismos, la reducción de la ansiedad, la provisión de información relevante y apropiada, el análisis conjunto de opciones, el ofrecimiento de opciones adicionales (menú), la evaluación de problemas que requieran ser referidos y la provisión de orientación y apoyo.

La consejería estará centrada en el cliente en la medida que permita incrementar la percepción de riesgo, ayude a establecer prioridades, apoye los cambios de comportamiento (logrados o intentados), negocie un plan de reducción de riesgo y ayude a recibir los resultados de las pruebas con preparación.

## Perspectivas de la Consejería en TB/VIH en Perú

*Dr. César Bonilla, PNT Perú, Dr. Víctor Chávez Pérez - PN ITS VIH SIDA,  
Dr. Juan Carlos Millán Marcelo – Consultor TB OPS Perú*

La tendencia de la tasa de incidencia de tuberculosis en Perú ha estado fuertemente marcada por la implementación de las estrategias de prevención y control. Así es como después de la implementación de la estrategia DOTS/TAES a principios de la década de los 90, la tasa de incidencia aumentó inicialmente, como producto de la búsqueda de casos, hasta casi 250 casos por 100.000 habitantes. Como fruto de la sostenibilidad de esta exitosa estrategia y expansión de su cobertura, la tasa de incidencia disminuyó a menos de la mitad en 2003. Ahora, y como consecuencia de la reforma y pérdida de liderazgo que se vivieron en la primera mitad de la década del 2000, las tasas están de nuevo en incremento, tendencia que se espera revertir con la gestión y recuperación de liderazgo de los últimos años.

La epidemia de VIH/SIDA en Perú recibe importante atención estatal, hasta el punto que el número de personas viviendo con el VIH que reciben tratamiento antirretroviral gratuito ha pasado de 40 en mayo de 2004 a 4.452 en marzo de 2006. La prevalencia de infección VIH entre los casos de TB ha fluctuado entre 1.5 en 1999 y 1.9 en 2004. En 2005 fue de 1.8. De igual manera la presencia de TB en personas viviendo con el VIH oscila entre 39% en 2000 y 28% en 2005.

La necesidad de ofrecer pruebas de VIH a los pacientes con TB bajo el estricto esquema de la consejería llevó a desarrollar modelos de ofrecimiento de estos servicios. Actualmente se cuenta en Perú con 25 Centros de Referencia de Enfermedades de Transmisión Sexual y 35 Unidades de Atención Médica Periódica que tienen la capacidad de ofrecer consejería y pruebas de VIH, especialmente en población vulnerable.

El proceso por el cual se implementará la consejería para VIH en personas con TB se compone de cuatro fases. La primera fase incluye la elaboración de una guía de consejería con formación de una red de consejeros. La segunda fase se compone de un taller de capacitación de consejeros y el inicio de las actividades de consejería, mientras que la tercera incluye la replicación de capacitación, la incorporación de nuevos consejeros y la consejería por pares. La cuarta fase se enfoca en la supervisión, monitoreo y evaluación. Se han planeado, de igual manera, actividades complementarias que incluyen estrategias comunicacional y motivacional.

## Consejería y prueba de VIH en programas de TB

*Dr. Víctor Mejía, Unidad de Vigilancia e Investigación,  
Programa Global de SIDA (GAP)/ Guatemala.  
Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los EEUU  
(CDC)*

En la afirmación hecha por OMS en 2002 sobre el problema de la coinfección TB/VIH está claro el doble desafío al que nos enfrentamos: ‘El abordar el tema de la tuberculosis significa enfrentarse al VIH, la fuerza mayor que impulsa la epidemia de tuberculosis; el abordar el tema de VIH significa enfrentarse a la tuberculosis, la principal causa de muerte en personas que viven con VIH’.

Una de las grandes limitantes para el control y prevención de la epidemia del VIH/SIDA es que solamente 10% de los pacientes que viven con el VIH saben que están infectados. De ahí que las estrategias que promueven y ofrecen los servicios de consejería y pruebas voluntarias son uno de los pilares sobre los cuales se deben fundamentar los programas de control de la epidemia. Un aumento en las personas que conozcan su estado de positividad de VIH aumenta el número de personas que reciban atención médica.

Existen dos grandes maneras de abordar la prueba de VIH, la iniciada por el cliente y la iniciada por el personal de salud. La primera hace relación con la consejería y la prueba de VIH voluntaria, mientras que la segunda se relaciona con el ofrecimiento rutinario de la prueba, la prueba diagnóstica y la prueba VIH compulsoria. No importando la estrategia usada para ofrecer la prueba de VIH, se sugiere cumplir con tres principios que deben ser respetados: confidencialidad, consejería y consentimiento (3 C’s).

Cuando se ofrece la prueba de VIH en los servicios médicos, ya sea como parte de los estudios diagnósticos o de manera rutinaria, se debe reconocer dos tipos de abordaje. El “Opt-in” o la opción de aceptar la prueba y el “Opt-out” u opción de rehusar la prueba. En el Opt-in la prueba de VIH se recomienda y se le ofrece al paciente, y es el paciente quien da un consentimiento explícito para realizársela. En el Opt-out la prueba se ofrece como parte de la rutina médica y al paciente se le informa que tiene el derecho de rehusarla.

Las ventajas de promover la consejería y la prueba de VIH en los servicios de TB incluyen el acceso temprano a la atención médica, el apoyo social y nutritivo, y la existencia de una infraestructura establecida. Entre las desventajas se anotan el estigma y la discriminación y el efecto limitado sobre las personas asintomáticas.

Los módulos diseñados por los CDC para implementar los servicios de consejería y pruebas de VIH en los programas de TB utilizan la modalidad Opt-out, pues se ofrece la prueba rápida a todos los pacientes con TB de manera rutinaria, asegurándose que el paciente entienda la prueba en sí y sus beneficios. Si el paciente rehúsa la prueba, se resuelven las dudas sobre la prueba y se desarrolla un plan para lograr la aceptación del

paciente. Si el paciente acepta realizársela, se le practica una prueba rápida. Si el resultado es negativo, se le informa motivándolo para reducir sus riesgos, mientras que si el resultado es positivo, se le informa, se le presta apoyo ofreciéndole un manejo clínico estandarizado y se determina la necesidad de referir al paciente a los servicios que sean necesarios para su atención integral.

## Guía para la consejería y pruebas de VIH en los programas de control de TB

*Dr. Alfonso Tenorio, Universidad del Cauca, Colombia*

Elaborar una guía para la consejería y pruebas de VIH en los programas de control de TB está plenamente justificado en la Región de las Américas. Primero que todo, las actividades de colaboración interprogramáticas TB/VIH sugeridas por la OMS incluyen la provisión de servicios de consejería y pruebas de detección de VIH como parte de la reducción de la carga de enfermedad por VIH/SIDA en los pacientes con TB. Adicionalmente, la OMS ha recomendado hacer la prueba de VIH a aquellas personas con cuadros clínicos relacionados con VIH, entre los que se incluye la TB.

La nueva estrategia mundial Alto a la TB 2006-2015 incluye entre sus componentes el abordaje del problema de la coinfección TB/VIH. De igual manera, el Programa Regional de TB considera a la epidemia VIH/SIDA como un desafío para el control de la TB en la Región de las Américas, e incluyó en las líneas estratégicas de su Plan Estratégico Regional 2006-2015 el fortalecimiento de las actividades de colaboración TB/VIH.

Como resultado de estas recientes recomendaciones se está realizando la prueba VIH cada vez más en pacientes TB. Se sugiere que en los próximos años se use en el 100% de ellos. Es necesario anticiparse a esta situación y evitar que se hagan pruebas de VIH sin consejería. En este momento no existe una guía específica ni recomendación para hacer consejería y pruebas VIH en los servicios de TB.

Los objetivos de la Guía de Consejería y Pruebas de VIH en los Programas de TB presentada en esta reunión son sensibilizar a las directivas de los Programas de TB (en todos los niveles) sobre la importancia de la consejería y las pruebas de VIH en los programas de TB; promover el desarrollo de habilidades relacionadas con la consejería entre los trabajadores de salud de los programas de TB; y facilitar que se ofrezca consejería responsable y de buena calidad para ayudar a reducir la carga de enfermedad por VIH en los pacientes con TB.

La guía está dirigida a los jefes de Programas Estadales de TB (estados, provincias o departamentos) y a los funcionarios de los programas estadales y locales de TB. Ha sido elaborada con lenguaje y conceptos sencillos de modo que pueda ser empleada como material de apoyo en las capacitaciones.

Para su preparación fue necesario hacer una reunión de conceptualización con los equipos de los Programas Regionales de TB y VIH/SIDA de OPS en Washington DC, reuniones con expertos en consejería VIH del Programa de VIH/SIDA, también en OPS, y revisión de toda la bibliografía disponible sobre el tema. Adicionalmente se hicieron reuniones con los funcionarios de los programas de TB y SIDA (GAP) de los CDC en Atlanta y revisión de las experiencias obtenidas por los CDC en Botswana 2005 y Kenia 2005-2006. También fue necesario explorar algunas experiencias regionales no documentadas y hacer una reunión final de revisión de la propuesta de la Guía con los equipos de los Programas Regionales de TB y VIH/SIDA en OPS en Washington DC.

Este profundo estudio sobre el tema permitió establecer algunas situaciones especiales que son propias de los pacientes y programas de TB. En primer lugar, los pacientes con TB no acuden voluntariamente al servicio de consejería para VIH, especialmente porque en los países de baja prevalencia de coinfección, los pacientes a quienes se les diagnostica TB no sospechan que puedan tener infección concomitante por el VIH. La TB tiene una alta carga de estigmatización y es importante ser conscientes de la ansiedad adicional que puede generar la prueba de VIH el mismo día del diagnóstico de la TB. Los funcionarios que se espera participen en el proceso de consejería y pruebas VIH son los de primera línea de los programas de TB, por tanto no son consejeros profesionales. Adicionalmente se reconoce que el contexto de la supervisión bajo DOTS permite un mayor seguimiento a los planes de reducción de riesgo de VIH.

La guía se compone de una introducción y cinco unidades. La primera unidad trata sobre el desafío de la coinfección TB/VIH, la segunda sobre los Principios básicos de la Consejería y Pruebas VIH. La tercera unidad aborda el tema de la consejería y pruebas de VIH en pacientes con TB a través de un esquema que describe los pasos necesarios, en los cuales se presenta la sesión, se evalúa el riesgo, se realiza la prueba, se comunica el resultado, se define un plan de reducción de riesgos y se identifican las fuentes de apoyo.

Las unidades cuarta y quinta de la guía se relacionan con el control de calidad y supervisión, y con el uso de la guía como apoyo a capacitación de consejeros, respectivamente.

Se espera que la guía sea revisada por los expertos asistentes a esta reunión en sus propios países y que después de sus recomendaciones se pueda aplicar haciendo las adaptaciones necesarias a nivel de país. Al final del proceso de revisión se elaborará un rotafolio (flipchart) que apoye la presentación de las sesiones.

En resumen, el documento presentado es solo una guía flexible que permite ser adaptada a las condiciones particulares de los pacientes, programas y países. La consejería y las pruebas de VIH no solo son benéficas para los propósitos de la salud pública, sino que hacen parte del respeto que debemos tener por los derechos humanos de nuestros pacientes.

# Experiencias sobre vigilancia epidemiológica de TB/VIH en la Región de las Américas

## *Costa Rica: Acciones sustantivas para la prevención del VIH/SIDA y la coinfección TB/VIH, 2002-2006*

En el marco de las Metas del Milenio y de los Planes Regionales, Costa Rica acordó: 1. Captar al 2015 un 75% de las mujeres durante el primer trimestre de gestación y que 100% de ellas sean tamizadas por el VIH y reciban el proceso de consejería. Para cumplir con este objetivo el Ministerio de Planificación, en coordinación con el Ministerio de Salud, condujeron en el 2004-2005 la formulación de los planes regionales mediante los consejos intersectoriales (COSORE), de manera que las estrategias de intervención fueran basadas en las evidencias de cada área.

2. Reducir para el año 2015 la propagación del VIH/SIDA. Para este fin se ha extendido la cobertura a los Servicios de Salud de primer y segundo nivel de atención en los procesos de inducción y sensibilización en bioética y derechos humanos, capacitación en el manejo clínico terapéutico de las ITS con VIH- SIDA, consejería psicosocial, en el 25% de las áreas de salud. A todo paciente viviendo con VIH-SIDA se les está aplicando la baciloscopia y a todo paciente con tuberculosis se le hace la prueba de ELISA previo consentimiento informado.

3. A partir del año 2004 reducir la incidencia de la tuberculosis en un 8% anual y la mortalidad por tuberculosis en un 10% anual. Para lograr estas metas se ha fortalecido, entre otras, las acciones interprogramáticas TB/VIH, así como la sinergia transectorial.

Uno de los retos más importantes en el control de la coinfección TB/VIH es seguir ampliando los esfuerzos para aumentar la capacidad y calidad de detección de casos y coinfección, mediante esfuerzos interprogramáticos, acompañamiento técnico a los servicios de salud y brindar soporte nutricional y social en forma sistemática y focalizada, según el análisis de contexto.

El principal desafío está en implementar acciones estratégicas que tiendan a informar, educar y comunicar a la población (IEC), especialmente en temas relacionados con los derechos humanos, género, sexualidad, salud reproductiva, alcoholismo y drogadicción, así como ampliar la variedad de acciones que sirvan de soporte a los programas propiamente dichos de los servicios de salud.

## Uruguay: Impacto de la Infección por el VIH sobre la Epidemiología de la Tuberculosis, 1994-2004

*Dra. Mabel Rovira, Médica Supervisora de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis*

La tasa de incidencia de TB en Uruguay ha descendido desde casi 70 casos por 100.000 habitantes en 1980 a menos de 25 en 2004. Los grupos de edad más afectados no han variado en la última década, y sigue siendo la población económicamente activa la más afectada. El número de casos de personas con coinfección TB/VIH ha aumentado desde 8 en 1988 hasta aproximadamente 100 en 2004, lo que corresponde a 8.25% de VIH+ entre los pacientes de TB estudiados, situación que se torna preocupante para la salud pública de Uruguay.

El análisis de la situación epidemiológica documenta una disminución de la velocidad de descenso de la incidencia registrada de TB con participación creciente de la infección VIH en la incidencia de TB. El problema de la coinfección TB/VIH podría explicar el aumento marcado de casos en los grupos 15-24 y 25-34 años, el aumento de las formas extra-pulmonares, la disminución de la tasa de éxito terapéutico, el aumento de la tasa de letalidad. Llama la atención que la tasa de resistencia a las drogas antituberculosas se mantiene baja a pesar del sostenido aumento de casos de VIH.

Para enfrentar el desafío de la coinfección TB/VIH se están elaborando estrategias específicas para minimizar el impacto de la infección VIH sobre la TB y se lleva a cabo un taller normativo nacional que incluye la definición de normas para el diagnóstico de TB en PVVS, normas de tratamiento de la infección latente en PPVS y un Sistema de Vigilancia Epidemiológica compartida entre los Programas de TB y VIH-SIDA.

## *Panamá: Actividades de Colaboración Interprogramática TB/VIH*

*Mag. Emilio Messina, Director del Programa Nacional de ITS-VIH-SIDA, Ministerio de Salud de Panamá*

La epidemia del VIH/SIDA es un grave problema de salud pública en Panamá, quien ocupa el tercer lugar de incidencia de Sida en América Central y sexto lugar en Latinoamérica. En 2005 se reportaron 7.485 casos de sida y se estima que existen entre 15.000 y 18.000 personas infectadas para una incidencia de 14.1 por cada 100.000 habitantes. La tasa de incidencia de tuberculosis en 2005 fue de 48.5 casos por 100.000 hab. y la coinfección TB/VIH estuvo presente en 12.8% de los casos reportados.

Entre las principales debilidades documentadas para enfrentar el problema de coinfección TB/VIH se describe la falta de normas interprogramáticas, la poca articulación entre los

programas, la existencia de planes estratégicos sin visión de conjunto y la ausencia de aplicación de métodos de vigilancia para monitorear la problemática de la coinfección.

No obstante esta serie de debilidades, también se identifican fortalezas importantes en el tema de la vigilancia de VIH. Se describe la notificación de casos VIH a partir de 2001, la existencia de normas de vigilancia epidemiológica y de un marco legal para abordaje de VIH/SIDA. Se ha establecido un sistema de vigilancia rutinaria a trabajadoras comerciales del sexo, embarazadas y donantes.

Entre los aspectos clave de la vigilancia de coinfección TB/VIH se identifican la captura de información por el Ministerio de Salud y el Seguro Social, a través de una base de datos de amplia distribución y con múltiples variables relacionadas con el VIH.

Como respuesta al desafío que representa la coinfección se están elaborando normas actualizadas de TB y de atención integral de PVVS. De igual manera se ha fortalecido la coordinación y supervisión en equipo con el PNT y Vigilancia Epidemiológica, así como la firma de compromisos para el acercamiento entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Gobierno y Justicia.

Se viene trabajando también en el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica del VIH entre pacientes de TB con la solicitud de prueba rápida para VIH gratuita a todos los pacientes que hacen parte del Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado. De igual manera, se hace búsqueda activa de casos TB en pacientes en las Clínicas de atención de Sida, apoyados en más de 61 centros de diagnóstico por baciloscopia en todo el territorio Nacional. Se suministra tratamiento preventivo en familiares de pacientes con BAAR positivo por 6 meses y se incluyó en la nueva norma la atención con tratamiento preventivo con isoniacida a pacientes PVVS

Con el propósito de prevenir la infección por el VIH en los pacientes con TB, se ha establecido una Red Nacional de Clínicas de atención primaria con personal capacitado en consejería pre y post prueba de VIH, así como intervenciones con enfoque cultural y etnológico. Existe un protocolo bien diseñado de utilización de pruebas de VIH en el nivel local, regional y central.

Panamá propone que se cree una oficina subregional o regional para la vigilancia y monitoreo de los acuerdos interprogramáticos TB/VIH en su territorio.

## *Honduras: Situación epidemiológica de la coinfección TB/VIH*

*Dr. Henry Andino. Secretaría de Salud,  
Subsecretaría de Riesgos Poblacionales.  
Dirección General de Promoción y Protección de la Salud,  
Departamento ITS/VIH/SIDA*

En el periodo entre 1985 y 2005 se reportaron 22.326 personas VIH+ en Honduras, de los cuales 5.143 se mantienen asintomáticos. En ese mismo periodo el número de casos de sida que presentaron TB presentó un pico en 1993 con 314 casos; en 2005 se reportaron 54 casos.

El grupo de edad más afectado por la coinfección TB/VIH es el de 20 a 39 años y la mayoría de afectados sigue siendo del género masculino. Aunque geográficamente existe una gran heterogeneidad de la presentación de la coinfección TB/VIH, es en los departamentos de Cortés y Fco Morazán en donde se concentra la gran mayoría de casos.

## *El Salvador: Actividades de Colaboración Interprogramática TB/VIH*

*Dr. Julio Garay, Jefe del PNT, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, República de El Salvador*

La tuberculosis continua siendo un problema de salud pública en El Salvador. La tasa de incidencia venía en descenso desde 1994, cuando se registraron 70 casos por 100.000 hab. hasta 2004 cuando se presentaron 20.8; sin embargo, en 2005 se registraron 25.6 casos por 100.000 hab., probablemente como producto de las estrategias de optimización de la búsqueda de sintomáticos respiratorios.

El número de casos de PVVS ha sido fluctuante en los últimos cinco años (2001-2005), y en 2005 se reportaron 1.625 casos. El porcentaje de coinfección TB/VIH ha mostrado un constante incremento en este mismo periodo, pasando de 3.5% en 2001 a 8.5% en 2005.

Con el propósito de enfrentar el desafío de la coinfección TB/VIH, se han implementado múltiples actividades de colaboración interprogramáticas. En 2005 se realizaron 217.748 pruebas rápidas a toda la población y 105.595 a mujeres embarazadas, de las cuales 144 fueron positivas. De los 1.758 casos de TB reportados, se estudiaron 1.488 para VIH y 150 resultaron VIH+.

Como parte de las actividades de prevención y control de la tuberculosis para las PVVS, se ha intensificado la búsqueda activa de casos de TB y se ha iniciado una campaña de quimioprolifaxis con isoniacida a pacientes con PPD>5 mm y con CD4<100 cel/ml. durante nueve meses. Existen esquemas terapéuticos normados de TB en las PVVS según la edad y condición de ingreso.

La prevención del VIH en personas con TB se hace a través del ofrecimiento de consejería y prueba de VIH al 100% de pacientes. Se administra tratamiento preventivo con cotrimoxazol al menos durante el tratamiento de la TB a todas las PVVS con conteo de CD4 < 200. El 100% de las PVVS que requieren tratamiento antirretroviral lo reciben de manera expedita.

Se ha establecido un comité coordinador TB/VIH a nivel nacional normado por el Ministerio de Salud con un total de nueve personas, desde el cual se coordina, entre otras cosas, todo lo relacionado con la capacitación de personal, la sensibilización a la población general y asistencial en salud y el desarrollo permanente de recursos humanos en coinfección TB/VIH. Se hacen actividades conjuntas en comités locales, se aplican manuales de consejería de pre y post prueba para VIH y se hacen campañas de movilización social local, comunitaria y campañas nacionales.

En cada Hospital Nacional se ha conformado un comité de coinfección incluyendo la red de Hospitales del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, y se han elaborado planes conjuntos TB/VIH para la realización de capacitaciones a personal multidisciplinario para lograr la toma de la muestra. Los programas de docencia y los hospitales que pertenecen a la red de salud pública tienen inmerso el módulo de coinfección TB-VIH.

Los retos que enfrenta El Salvador en cuanto al desafío que representa la doble epidemia TB/VIH se relacionan con mejorar la coordinación intersectorial, que facilite el monitoreo y evaluación en el sistema público y privado; el fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica existente que permita brindar información más detallada; incrementar actividades de prevención en grupos específicos; el fortalecimiento de la descentralización de la terapia antirretroviral; y la capacitación y actualización del profesional de la salud en la atención integral y abordaje multidisciplinario de las PVVS.

### *México: Avances en la colaboración TB/VIH*

*Dr. Martín Castellanos, Programa Nacional de Tuberculosis,  
Ministerio de Salud*

La tasa de incidencia de tuberculosis en México pasó de 28.1 casos por 100.000 hab. en 1990 a 13.3 en 2005, lo que representa una reducción de 53%. Se proyecta una tasa de 7.6 casos por 100.000 hab. para el 2015. De igual manera la mortalidad por tuberculosis ha disminuido de 6.5 casos por 100.000 hab. en 1990 a 2.2 en 2005, lo que representa una reducción mayor al 50%, superando las recomendaciones de los Objetivos de Desarrollo de Milenio.

Hasta 2005 el número acumulado de casos VIH fue de 98.938, con 5.000 casos nuevos. Actualmente existen 29.600 pacientes vivos y se estiman 180.000 infecciones nuevas. 8.9% de los pacientes con TB han sido identificados como VIH+.

Con el propósito de enfrentar el desafío que representa la epidemia de VIH al control de la tuberculosis, se estableció una estrategia de colaboración interprogramática de amplia cobertura nacional. Su objetivo es implementar un modelo integral especializado para fortalecer la prevención y control del binomio SIDA/TB, en un marco de respeto a los derechos humanos y a la diversidad sexual, para mejorar la calidad y esperanza de vida de los pacientes.

Entre sus metas se cuentan la detección de TB y VIH-SIDA en 100% de PVVS y de pacientes con TB en control, asegurando la oferta de la prueba de VIH al 100% de pacientes con TB, tratamiento de TB al 100% de casos TB/SIDA y quimioprofilaxis a los pacientes VIH sin tuberculosis activa, así como provisión de acceso a tratamiento antirretroviral.

La Red de Enfermería para apoyo de la estrategia DOTS (Red TAES de enfermería) ofrece capacitación, da consejería y ofrece la prueba de detección de VIH, refiere a los pacientes a los Servicios de Atención Integral, explica la importancia de la adherencia al tratamiento, educa, comunica e informa sobre TB, VIH/SIDA, y sensibiliza a la población para disminuir el estigma y la discriminación. Esta red cuenta con más de 12.700 integrantes en los 32 estados.

La situación fronteriza de los estados del norte ha llevado a la conformación de una alianza estratégica con el gobierno de los Estados Unidos para la implementación de una Tarjeta Binacional de Salud en la que se incluye el tema del TB/VIH. Esta estrategia binacional contempla la realización de actividades de prevención y control de tuberculosis, garantía de la continuidad de tratamiento en migrantes y la referencia y seguimiento de enfermos.

Entre las actividades de colaboración interprogramáticas TB/VIH para fortalecer los sistemas de salud se cuentan con normas oficiales y compatibles de Vigilancia Epidemiológica de VIH-SIDA y TB, formatos de notificación TB/VIH y guía de antirretrovirales. Se ha establecido un comité coordinador TB-VIH-SIDA en el nivel nacional quien coordina todas las acciones de colaboración TB/VIH.

La movilización de recursos para garantizar las acciones conjuntas ha sido fundamental, especialmente en las estrategias binacionales, las pruebas rápidas de VIH, la disponibilidad de isoniacida y el funcionamiento de la Red TAES de enfermería.

## *República Dominicana: Experiencias de colaboración interprogramática TB/VIH*

*Dr. Juan José Cordero, Jefe del Programa Nacional de TB y  
Angel Almanza, Digecitss*

La tendencia de la tasa de incidencia de TB en República Dominicana aumentó desde 47 casos por 100.000 hab en 1992 a 80 en 1996. Desde entonces ha tenido una tendencia a la disminución, y en 2005 fue de 58 casos por 100.000 hab.

La tendencia de la incidencia de casos de Sida ha mostrado un franco incremento desde 1986 hasta la actualidad. En el periodo comprendido entre 1986 y 2005 se han acumulado 7.971 casos. La tasa de incidencia en 2005 fue de 4.02 casos por 100.000 hab., pero ha sido fluctuante con rangos entre 7.2 en 1989 y 2.98 en 2004. El porcentaje de VIH en los pacientes con TB ha mantenido una tendencia estacionaria desde el año 2000 a 2005, fluctuando en rangos entre 4.9% en 2004 y 5.5% en 2003. En 2005 fue de 5.1%.

Como respuesta a la grave situación que representa la doble epidemia TB/VIH en República Dominicana, se estableció una estrategia interprogramática nacional. Sus principales logros se relacionan con el aumento de la cobertura de la quimioprofilaxis de TB en pacientes con VIH/SIDA sin evidencia de la enfermedad, el suministro continuo de medicamentos para tratamiento y quimioprofilaxis de TB e introducción de la terapia ARV, el aumento de curación de los casos de coinfección y disminución de las muertes en la cohorte de los BK positivo y la ampliación de cobertura de ARV.

Se ha propuesto continuar con la ampliación de la cobertura de atención integral VIH/SIDA a través de las Unidades de Atención Básica, incorporando el DOTS/TAES, reactivar el grupo de expertos en TB/VIH/SIDA, articular las redes de servicios existentes en ambos programas, elaborar un instrumento de recolección de datos común e implementar las estrategias conjuntas para TB/VIH/SIDA, según los tres escenarios propuestos en la “Estrategia Paso a Paso”. Adicionalmente se implementará un paquete básico esencial para la atención de la asociación VIH/SIDA-TB, se elaborarán materiales indispensables para IEC incluyendo campañas masivas a través de los medios de comunicación y se harán campañas de movilización social y abogacía en coinfección TB/VIH.

Los nuevos retos para el control de la coinfección TB/VIH se relacionan con la introducción del manejo de la coinfección en los currículos de las universidades, el fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica de la Coinfección TB/VIH para la toma de decisiones, el monitoreo y evaluación de las acciones interprogramática y la elaboración de estudios de costos y gastos de la coinfección.

## *Guatemala:* Actividades de Colaboración interprogramática TB/VIH

*Dr. Edwin Quiñónez, Ministerio de Salud de Guatemala.*

Como resultado de la decisión del Gobierno de Guatemala para enfrentar el desafío que representa la doble epidemia de TB/VIH, se ha establecido una serie de actividades de colaboración interprogramática.

En cuanto a la prevención y control de la TB para PVVS, se ha intensificado la búsqueda activa de casos de TB, de manera especial en los centros de atención integral y Hospitales Nacionales de Referencia. De igual manera, se suministra tratamiento preventivo con isoniacida para las PVVS con TB latente en todo el país y se garantiza el tratamiento supervisado de la TB en todos los PVVS que cursen con la enfermedad activa.

Con relación a la prevención y tratamiento del VIH/SIDA en pacientes con TB, se está ofreciendo consejería sistemática pre y post-prueba de VIH en 10 áreas prioritarias del país, así como la provisión de métodos de prevención como preservativos e IEC para cambio de comportamiento en áreas prioritarias. Se cuenta con acceso a los servicios para tratamiento de las ITS y profilaxis sexual en 34 municipios de 10 áreas prioritarias. Adicionalmente se suministra tratamiento preventivo con cotrimoxazol al menos durante el tratamiento de la TB.

Se ha establecido un sistema de referencia de las PVVS a los servicios de atención de VIH/SIDA durante y después del tratamiento de la TB en algunas áreas prioritarias. A través de este sistema se garantiza el acceso a terapia antirretroviral de los pacientes que lo necesitan.

En el campo del fortalecimiento de los sistemas de salud a través de las actividades TB/VIH, se ha logrado implementar un sistema de vigilancia de prevalencia VIH en los pacientes con TB, se conformó un comité coordinador TB/VIH a nivel nacional y se han movilizado recursos de AID/CDC para vigilancia epidemiológica TB/VIH/SIDA. Existe un programa de capacitación de enfermeras responsables de los programas en coinfección y se ha logrado incrementar la participación comunitaria en actividades sobre TB/VIH a través de estrategias de IEC.

## *Belice:* Actividades de Colaboración interprogramáticas TB/VIH

*Dra. Inés Mendez-Moguel, Cordinadora Nacional del Programa VIH/SIDA/TB*

La preocupante situación epidemiológica de la epidemia combinada de TB/VIH en Belice ha llevado a la implementación de actividades de colaboración interprogramática con diversos componentes en los campos de prevención y control de la TB para las PVVS, prevención de VIH/SIDA, promoción de la salud y tratamiento de los pacientes TB y actividades TB/HIV para fortalecer los sistemas de salud.

Las actividades de prevención y control de TB en PVVS se enmarcan en la búsqueda activa de casos de TB. Todos los pacientes VIH reciben examen físico y de laboratorio para diagnóstico de TB, en caso de sospecha. En 2005 se diagnosticaron 128 nuevos casos de VIH, se hicieron 416 pruebas de tuberculina, 212 pacientes VIH recibieron tratamiento profiláctico con isoniacida. En total, 25 pacientes cursaron con coinfección TB/VIH, 19 de los cuales recibieron tratamiento antirretroviral.

Con el propósito de prevenir el VIH y ofrecer tratamiento antirretroviral a los pacientes con TB, se han implementado centros de consejería y prueba voluntaria a lo largo de todo el país, lo que facilita la referencia de los pacientes diagnosticados con TB para prueba de VIH y a su vez pacientes que se diagnostican como VIH son referidos a clínicas de TB. En 2005, 3.281 pacientes tuvieron acceso a servicios de consejería y prueba voluntaria. El servicio en los centros de consejería es integral e incluye consejería pre y post prueba, exámenes de laboratorio, CD4, medicamentos, manejo clínico y referencia a otros servicios según las necesidades

Adicionalmente se desarrollaron y distribuyeron rotafolios para educación y prevención del VIH/SIDA e ITS y se llevaron a cabo varias campañas educativas en radio, televisión y prensa escrita a nivel nacional. Se capacitaron promotores de salud, auxiliares de enfermería a nivel comunitario para la promoción y prevención de TB/VIH/ITS y se desarrollaron nuevas formas para reportar la ITS tanto sindromicamente como etiológicamente. En Belice los antirretrovirales están disponibles de forma totalmente gratuita. El gobierno se comprometió a garantizar el tratamiento a todo paciente que lo necesite. De igual manera, se provee tratamiento preventivo con cotrimoxazol al menos durante el tratamiento de la TB.

Las actividades TB/HIV para fortalecer los sistemas de salud incluyen la vigilancia de la prevalencia de VIH entre los pacientes de TB, el establecimiento de un comité coordinador TB/VIH que compromete a los jefes de ambos programas, al jefe del laboratorio central, al responsable de los centros de consejería, al jefe de Farmacia del Ministerio y al subdirector de los servicios médicos. El personal de salud que trabaja para TB es el mismo que hace detección de VIH en la mayoría de los centros de salud y toda la capacitación realizada ha sido con la alianza de ambos programas.

Las campañas de información, educación y comunicación abarcan ITS, TB y VIH/SIDA, y con ellas se ha logrado el incremento de la participación comunitaria en las actividades de colaboración TB/VIH., así como de las ONG's.

## *Argentina: Situación de la coinfección TB/VIH*

*Dr. Andrés Burke Viale,  
Programa Nacional de lucha contra los RH, SIDA y ETS,  
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación*

La tendencia de notificación de casos de Sida en Argentina entre 1982 y 2005 muestra un rápido ascenso hasta 1996, cuando se reportaron casi 2.700 casos. Desde entonces se ha registrado un descenso paulatino y en 2004 se notificaron casi 1.600 casos nuevos. La tasa de mortalidad en el mismo periodo muestra una tendencia similar, también con un pico en 1996. La incidencia de TB en PVVS fue de 27.9% entre 1995 y 1999 y de 21% entre 2000 y 2005.

Con el propósito de estimar con mayor precisión el impacto de la doble epidemia, se ha iniciado un sistema de vigilancia epidemiológica de TB/VIH a través de un estudio de seroprevalencia de VIH en TB y una estrategia de monitoreo y evaluación de PVVS bajo PNS. Por otro lado, y como parte de un proyecto del grupo de países del MERCOSUR, Argentina participará en las actividades de entrenamiento, banco de datos e investigación en VIH/SIDA. El objetivo de este proyecto de colaboración es desarrollar un sistema de información en red en tiempo real sobre personas viviendo con VIH/SIDA para caracterizar la epidemia de VIH, las infecciones oportunistas y las coinfecciones, así como conocer la resistencia del VIH, *Criptococcus*, *Cándida* y *Mycobacterium tuberculosis*.

Las políticas de cobertura universal del tratamiento antirretroviral han permitido que el 100% de las PVVS reciban la atención adecuada. La media de edad de estas personas en tratamiento ARV es de 35 años. El 24% de ellos se encuentra en quimioprofilaxis para TB. En 2005 se proporcionó consejería y pruebas de VIH para 2.100.000 personas, incluyendo voluntarios, embarazadas, poblaciones específicas y por indicación médica. Con la participación de varias fuentes de recursos, se proveyeron 53 millones de preservativos.

En Argentina se garantiza el acceso a la prevención y tratamiento de VIH/SIDA en los pacientes con TB a través de los servicios que manejan el enfoque sindrómico y de los hospitales públicos para diagnóstico y tratamiento etiológico y sindrómico de las ITS. Existen 396 servicios para VIH/SIDA en el sistema público y 193 en la seguridad social y en el sector privado.

## Visitas de Campo

Bajo la coordinación del Programa Nacional de TB de El Salvador se realizaron visitas a los campos hospitalarios de nivel I, II y III, con el propósito de conocer la experiencia del país con relación a las Actividades de Colaboración interprogramáticas TB/VIH.

En el nivel I visitado se evidenció una excelente implementación de la iniciativa PAL, creada con el propósito de fortalecer la estrategia DOTS en el marco de la eliminación de la TB. Existen equipos multidisciplinarios bien coordinados sobre una base bien fundamentada de comunicación sistematizada de referencia y contrarreferencia. Los proyectos allí desarrollados incorporan estrategias poblacionales y grupos de adolescentes.

En las visitas realizadas al nivel II se encontró excelente coordinación entre los funcionarios para el trabajo de TB/VIH y gran sensibilización entre el personal asistencial. El sistema de referencia y contrarreferencia con el nivel I y III son bien coordinados. El potencial del nivel II para desarrollar Actividades de Colaboración interprogramáticas TB/VIH es muy grande.

El nivel III fortalece la capacidad de los niveles periféricos o locales en el manejo de la coinfección con estricto cumplimiento a las normativas nacionales, y como un buen modelo de PPM Público-Público que permite concluir que las alianzas con la academia son efectivas en el control de la coinfección TB/VIH. En este nivel existe un muy bien coordinado trabajo interdisciplinario para manejo de TB/VIH, con el cual se garantiza el proceso de atención integral a los pacientes. La capacidad diagnóstica de VIH y TB en el nivel III es muy importante.

Sin embargo, en el nivel III visitado existe limitación de infraestructura para la consejería, y la coordinación entre el laboratorio y los servicios asistenciales aún es insuficiente. Los procesos de investigación son inexistentes.

## Acuerdos de la Reunión

### Conclusiones

1. Durante la reunión se dieron a conocer el Plan Global 2006-2015 para el control de la tuberculosis y la nueva Estrategia Alto a la TB, con sus respectivos componentes de TB/VIH, así como los Planes Estratégicos Regionales de TB y VIH/SIDA.
2. Ha habido importantes avances en la Región en la implementación de las actividades de colaboración de TB/VIH y la vigilancia de la coinfección siguiendo las recomendaciones de la IIª Reunión Regional de TB/VIH México 2004.
3. Se identificó que la vigilancia epidemiológica es aún insuficiente, impidiendo por lo tanto conocer el real impacto del VIH en el control de la TB y el impacto de la TB sobre la morbimortalidad por VIH.
4. Se discutió la metodología de la vigilancia epidemiológica de la coinfección destacando que lo ideal es la aplicación de prueba de VIH a pacientes con TB de manera rutinaria, sin embargo la metodología tendrá que ser adaptada en cada país, de

acuerdo a su situación epidemiológica y disponibilidad de recursos económicos y técnicos.

5. Se conoció la experiencia de la aplicación de pruebas rápidas de VIH, mostrando sus ventajas para una vigilancia sistemática de la coinfección de pacientes con TB, sin embargo, se observó que existe una limitación relacionada con los costos, en comparación con las otras pruebas ampliamente usadas en la Región.
6. Se conoció la experiencia de implementación de las actividades de colaboración TB/VIH a través de visitas de campo a cuatro centros de atención de diferente complejidad en San Salvador. Todos los grupos estuvieron de acuerdo que existe implementación avanzada de las actividades de colaboración, destacándose la participación de grupos multidisciplinaria capacitados y comprometidos, además de la existencia de normas integradas en el aspecto de la coinfección y su aplicación estricta en los lugares visitados. Sin embargo, preocupa la alta dependencia de financiamiento externo de estas actividades.
7. Se ofreció la posibilidad que algunos países de la Región puedan participar, con la participación y apoyo de los CDC, en las pruebas de pilotaje para los nuevos registros de TB, los cuales incluyen aspectos de coinfección, multidrogoresistencia y registro de casos.
8. Se discutieron las bases conceptuales y operativas de la consejería y pruebas de VIH para ser aplicarlas en los programas de TB. Se presentó el borrador de la Guía para la Consejería y Pruebas de VIH/Sida en los programas de TB, cuya versión final será revisada por los participantes de los países y los equipos Regionales de los Programas de TB y VIH/Sida.
9. Los países elaboraron planes de acción preliminares conjuntos entre los programas de TB y VIH/Sida, para fortalecer las actividades de colaboración interprogramática.

## Recomendaciones

1. Continuar y ampliar las actividades de colaboración entre ambos programas y fortalecer la alianza interprogramática.
2. Referente a la vigilancia epidemiológica se recomienda que en lo posible los países vigilen de manera sistemática la presencia de VIH en todos los pacientes con TB y se intensifique la búsqueda de casos de TB en todos los pacientes con VIH.
3. En países con epidemia concentrada y/o incipiente se recomienda que la metodología de vigilancia epidemiológica se estratifique según el impacto de la epidemia de VIH.
4. En países con acceso a pruebas rápidas para VIH se recomienda su utilización como parte de la atención integral de los pacientes con TB.

5. Se recomienda la atención integral en el nivel primario de los pacientes con tuberculosis, PVVS y coinfectados, incluyendo como actividades básicas que a todos los pacientes con TB se les ofrezca la consejería y prueba de VIH y que a todos las PVVS se les haga búsqueda de TB activa.
6. El Programa Regional recomienda a los países que los planes de acción preliminares efectuados en esta reunión sea insumo para la planificación estratégica nacional a mediano y largo plazo siguiendo los lineamientos del Plan Global y las Estrategias Regionales de TB y VIH/Sida.
7. El monitoreo y evaluación de las actividades de colaboración de TB/VIH ha de realizarse de manera conjunta por los dos programas.
8. Los países participantes solicitaron un mayor acompañamiento de la OPS y la OMS en el proceso de identificación de las fuentes de recurso técnico y financiero que faciliten la implementación y expansión de las actividades de colaboración interprogramática TB/VIH.
9. Se propone que se incluya el problema de TB/VIH y se haga un seguimiento a la implementación y expansión de las actividades de colaboración interprogramática en el IV Foro que se realizará en Argentina en el 2007.

## Anexos

### Anexo 1: Agenda de la Reunión

#### III<sup>era</sup> Reunión Regional sobre actividades de colaboración interprogramáticas TB/VIH

(San Salvador, El Salvador, 24 – 26 de abril de 2006)

#### Primer día

<b>Hora</b>	<b>Actividad</b>	<b>Responsables</b>
8:00	Inscripción de participantes	OPS ELS
8:30	Bienvenida e Inauguración de la Reunión	Dr. Eduardo Guerrero PWR ELS, Ministro de Salud ELS
9:00	Objetivos y Metodología de la Reunión Presentación de participantes	Dra. Mirtha del Granado, OPS WDC
9:30	TB/VIH: Desafíos y respuestas para el control de la TB a nivel mundial	Dr. Rafael López. WHO, Stop TB Department
10:00	Situación de la epidemia VIH/SIDA en las Américas	Dr. Rafael Mazín. OPS WDC
10:15	Plan Regional VIH/SIDA. Un marco para la colaboración interprogramática	Dra. M Dolores Pérez. PWR, Honduras
10:30	Situación epidemiológica de tuberculosis y coinfección TB/VIH en las Américas	Dra. Mirtha del Granado OPS WDC
10:45	Discusión sobre las sesiones anteriores	Dr. Juan Carlos Millán. PWR, Perú.
11:15	Metodología de la vigilancia de TB/VIH	Dr. Víctor Mejía. CDC
11:35	Presentación de la Guía de Vigilancia Epidemiológica	Dra. Pilar Ramón-Pardo OPS WDC
11:55	Presentación de experiencias seleccionadas en VE de la coinfección.	Uruguay, Honduras, Panamá.
14:30	Panel sobre los retos de la vigilancia de prevalencia de VIH entre pacientes con TB	Dra. Mirtha del Granado, Dr. Víctor Mejía, Dr. Rafael López.
15:00	Pruebas rápidas: relevancia en la atención primaria.	Dr. Rafael López. OPS WDC
15:30	Experiencia de países en el uso de pruebas rápidas	Brasil, Costa Rica, Venezuela.
16:30	Implementación de actividades de colaboración TB/VIH en El Salvador.	PNT y PNS de El Salvador

## Segundo día

Hora	Actividad	Responsables
8:00	Visita de Campo a hospitales de Niveles I, II y III	PNT de El Salvador
11:30	Presentación de conclusiones de las visitas	Dr. Juan Carlos Millán. OPS Perú
13:45	Consejería en VIH	Dr. Rafael Mazín. OPS WDC
14:00	Consejería para pacientes con TB	Dr. César Bonilla. PNT Perú
14:15	Experiencia de CDC en consejería de VIH en pacientes con TB	Dr. Víctor Mejía. CDC
14:30	Guía de Consejería y Pruebas de VIH en pacientes con TB	Dr. Alfonso Tenorio. Universidad del Cauca, Colombia
15:30	Avances de los países en las actividades de colaboración TB/VIH: Argentina, República Dominicana, Guatemala, Belice, México, Guyana.	Modera: Dr. Rafael López. WHO.

## Tercer día

### Elaboración de los planes de acción 2006 – 2007

Hora	Actividad	Responsables
8:15	Metodología de la sesión de trabajo	Dr. Rafael López
11:30	Presentación de los planes de acción	
12:30	Acuerdos de la Reunión, entrega de constancias y clausura	Dra. Mirtha del Granado. OPS WDC

Anexo 2: Planes de Acción 2006 – 2008

**Plan de Acción Preliminar para las actividades de colaboración interprogramáticas de  
TB-VIH/SIDA  
(Periodo mayo 2006 a mayo 2008)**

**ECUADOR**

Objetivo								
Fortalecimiento del manejo integral de la coinfección por los programas nacionales de TB y VIH/SIDA								
No.	Resultados esperados	Actividades	Indicadores	Semestre				Responsable
				1	2	3	4	
1. Consolidación del comité Técnico.	Comité técnico realiza la normatización del manejo de coinfección TB VIH	Conformación del comité Plan de Operación Anual del comité técnico <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesoría técnica en el manejo de Casos específicos.</li> <li>• Sistema de información</li> <li>• Consejería etc.</li> </ul>	A octubre 2006 contar con el comité conformado y con una guía de Normas para el manejo de Coinfección TB VIH	x	x			PCT - PNSida
2. Estudio de Prevalencia	Estudio de prevalencia realizado, y tener un estudio de vigilancia epidemiológica de Coinfección TB/VIH	Comisión técnica (Actores que están involucrados dentro del Proyecto) que determine las directrices del estudio de prevalencia. Consejería pre y post prueba. Manejo y evaluación de datos.	A Octubre 2006, estudio de Prevalencia realizado.	x	x			PCT – PNSida
3. Pruebas de VIH en Pacientes TB	Realizar a todo paciente TB pruebas de VIH	Realizar pruebas rápidas y confirmatorias a pacientes TB, con pre y post consejería. Derivación al PNSIDA	A Diciembre 2006, realizar 30% de pruebas a pacientes TB	x	x	x		PCT – PNSida
4. Pruebas de PPD en PVVS	Realizar a toda PVVS prueba de PPD	Realizar importación de Tuberculina para la realización de las pruebas. Realizar capacitación para aplicación y lectura de PPD. Incorporación de PVVS al Programa de Control de Tuberculosis, iniciar Quimioprofilaxis.	A Diciembre 2006, realizar 30% de pruebas a pacientes TB.	x	x	x		PCT – PNSida

**Plan de Acción Preliminar para las actividades de colaboración interprogramáticas de  
TB-VIH/SIDA  
(Período mayo 2006 a mayo 2008)**

**GUATEMALA**

<b>Objetivo</b>								
Establecer mecanismos de colaboración interprogramática entre TB/VIH. para el abordaje de la coinfección								
<b>No</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Actividades</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Semestre</b>				<b>Responsable</b>
				1	2	3	4	
1.	Comité de coinfección funcionando en próximo trimestre.	Reuniones del Comité agendadas para programar actividades de abordaje de la coinfección. Elaboración de Agenda de trabajo a corto plazo. Análisis Situacional de la Coinfección. Dar respuesta estratégica a la problemática.	Acuerdo ministerial que compromete a ambos programas en el abordaje de la coinfección.		X			TB/VIH
2.	Política de acción conjunta entre los dos Programas.	Reuniones del comité con autoridades Ministeriales	Agenda de trabajo vigente con autoridades.	X				TB/VIH
3.	Programa tiene disponibilidad de Guías de Atención Integral.	Validación de las Guías Publicación de las Guías.			X			TB/VIH
4.	Coordinadores de Programas locales TB/VIH de 29 áreas del país capacitados en el manejo de coinfección.	Módulos de capacitación para el manejo de la coinfección.  Capacitación a los Coordinadores locales en las guías nacionales.	No. de áreas con Coordinadores capacitados.		X			TB/VIH
5.	Planes Operativos locales de IEC funcionando.	Validar planes a nivel local en 29 áreas de salud. Socialización de los planes operativos de IEC para cambio de comportamiento en el país. Diseño y elaboración de material de apoyo para la coinfección en 29 áreas del país.	No. de áreas ejecutando planes operativos locales. No. de folletos de IEC circulando en las áreas de salud .		X			TB/VIH
					X			

**Plan de Acción Preliminar para las actividades de colaboración interprogramáticas de TB- VIH/ SIDA  
(Período mayo de 2006 a mayo de 2008)**

**PANAMÁ**

<b>Objetivo</b>								
Integrar las actividades de los programas de VIH-SIDA/TB en la República de Panamá								
No	Resultados esperados	Actividades	Indicadores	Semestre				Responsable
				1	2	3	4	
1.	Creación del Comité Nacional de VIH-SIDA - TB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de un documento técnico que respalde la propuesta.</li> <li>• Presentación al ministro y viceministra de la necesidad de creación del Comité.</li> <li>• Convocatoria de programas involucrados en la conformación del Comité</li> <li>• Reunión de trabajo para de agenda programática.</li> <li>• Designación del equipo técnico de trabajo responsable por programa.</li> <li>• Involucrar a otros actores (Caja de Seguro Social).</li> <li>• Resolución Ministerial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informes de reuniones realizadas.</li> <li>- % de éxito de convocatoria en reuniones.</li> <li>- % de cumplimiento de las agendas programáticas.</li> <li>- % de cumplimiento de los acuerdos.</li> <li>- Documento base elaborado para el II semestre del O6 y O7.</li> <li>- Comité Nacional de VIH-TB para I semestre del O7.</li> </ul>		X			Programas de VIH-SIDA y TB
2.	Elaborar Normas de Atención Integral VIH-SIDA-TB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de diagnóstico actual de la coinfección con la información disponible.</li> <li>• Identificación de puntos de coincidencia y necesidades de integración de acciones en TB y VIH.</li> <li>• Designación del equipo técnico por programa con apoyo de las Direcciones de Políticas y Desarrollo Institucional.</li> <li>• Solicitar asesoría técnica a OPS para seis meses programáticas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnóstico actual de la coinfección con la información disponible elaborado al 100% en el año AFO6</li> <li>- Normas de VIH-TB integradas para el II semestre del AFO7</li> </ul>		X	X	X	Programas de VIH-SIDA y TB

### Objetivo

Integrar las actividades de los programas de VIH-SIDA/TB en la República de Panamá

No	Resultados esperados	Actividades	Indicadores	Semestre				Responsable
				1	2	3	4	
3.	Diseño de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la coinfección al 100% para el 2008.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definir las variables e indicadores por componente: qué, cómo, quién y dónde.</li> <li>Designación del equipo técnico responsable.</li> <li>Solicitar apoyo de CDC, OPS Nacional y Regional para el diseño, implementación, monitoreo y evaluación del proceso.</li> </ul>	-% de variables de coinfección identificadas en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica actual. -% de variables de coinfección integradas en un sistema único dentro del sistema de vigilancia epidemiológico actual. - % de Regiones de implementación a nivel nacional y regional del Sistema de vigilancia de la Coinfección. -- % de Regiones implementando el Sistema de vigilancia de la Coinfección.		X	X	X	Programas de VIH-SIDA y TB
4.	Fortalecimiento de las capacidades de los recursos humanos 100% al AF07.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asesoría regional y nacional sobre temas de coinfección.</li> <li>Desarrollo de pasantías en el Salvador del equipo de VIH-SIDA – TB.</li> <li>Capacitación del equipo técnico en coinfección VIH-TB por el equipo del CDC.</li> </ul>	-% de personas capacitadas en sistema de vigilancia de coinfección para el II semestre del AF06. - % de actividades internacionales de capacitación realizadas al equipo técnico inter programático para el II semestre del AFO7.		X	X	X	

**Plan de Acción Preliminar para las actividades de colaboración TB y Centros Penales  
(Periodo mayo 2006 a mayo 2008)**

**HAITÍ**

Objetivo								
Fortalecimiento de las actividades conjuntas TB-VIH								
No	Resultados esperados	Actividades	Indicadores	Semestre				Responsable
				1	2	3	4	
1.	Comité Nacional Funcionando	Comité Nacional de coinfección	Comité funcional, No. de reuniones realizadas.		X	X	X	MSPP/OPS
2.	Prevalencia TB/VIH y VIH/TB.	Fortalecimiento Vigilancia epidemiológica.	Datos disponibles		X		X	MSPP
3.	Centros TB/VIH Funcionando.	Proyecto piloto de centros TB/VIH.	No. de Centros TB/VIH.		X	X	X	MSPP/USAID
4.	Responsables Capacitados.	Capacitación.	No. de personas capacitadas TB/VIH.	X				MSPP/OPS
			No. de personas capacidades TB.	X				
5.	No. de DOTS en PVVS.	Búsqueda de TB.	Aumento de DOTS, en PVVS.		X		X	MSPP
6.	Aumento del No. de PVVS con INH. Aumento del No. de pacientes TB-VIH con cotrimoxazol	Profilaxis INH para las PVVS. Profilaxis con cotrimoxazol para los pacientes TB-VIH.	No. PVVS con INH/año. No. de pacientes TB-VIH con cotrimoxazol/año.		X		X	MSPP/OPS
					X		X	

**Plan de Acción Preliminar para las actividades colaborativas interprogramáticas de  
TB-VIH/SIDA  
(Periodo abril 2006 a abril 2007)**

**REPÚBLICA DOMINICANA**

No	Resultados esperados	Actividades	Indicadores	Semestre				Responsable
				1	2	3	4	
1.	Política de acción conjunta de VIH/SIDA y TB (Compromiso político).	Resolución ministerial que compromete a ambos programa a trabajar de manera conjunta.	1. Reuniones con las autoridades nacionales. 2. Actualizar los comités nacionales de coinfección. 3. Elaborar agenda de trabajo a corto plazo. 4. Realizar el análisis situacional y de respuesta de la coinfección con los datos que se disponen.	X				PNT PNS
2.	El país dispone de Guías de Atención en VIH/SIDA-TB elaboradas, publicadas y distribuidas.	Guías de Atención de VIH/SIDA-TB elaboradas y validadas.	1. Taller de validación de las guías nacionales para la atención de la coinfección. 2. Publicación de las guías nacionales.	X				PNT PNS
3.	Los encargados de programa de VIH y de TB de todas las provincias del país están capacitados en manejo de coinfección.	Número de provincias con coordinadores de programa de VIH y TB capacitados.	1. Elaboración del módulo de capacitación en las guías nacionales para el manejo de la coinfección. 2. Capacitar los coordinadores del programa de VIH y TB en las guías nacionales para el manejo de la coinfección.	X				PNT PNS

No	Resultados esperados	Actividades	Indicadores	Semestre				Responsable
				1	2	3	4	
4.	Está incorporado en las unidades de atención de VIH/SIDA la estrategia DOTS/TAES.	Unidades de atención de atención integral VIH/SIDA con DOTS implementado.	Plan de capacitación en las guías nacionales de coinfección dirigidas a los servicios de salud y las Unidades de Atención Integral.			X	X	PNT PNS
5.	Los pacientes con TB y VIH/SIDA tienen acceso a atención para el diagnóstico y tratamiento de la coinfección.	% de pacientes con TB y VIH/SIDA que tienen acceso a terapia ARV.	1. Coordinar el acceso a pruebas de VIH en pacientes con TB a través de consejería pre y post prueba. 2. Asegurar atención integral de la coinfección de acuerdo al programa nacional de Atención Integral, a las normas del PNCT y a las guías nacionales de manejo de la coinfección.	X				PNT PNS
6.	Existe sistema de vigilancia de la coinfección establecido.	Sistema Nacional de Vigilancia de la Coinfección.	Selección los indicadores a utilizar para la vigilancia de la coinfección. Identificar y validar el flujo de información, instrumentos a utilizar. 3. Elaboración de bases de datos electrónicas.				X	PNT PNS
7.	Población informada sobre coinfección y promoción de los servicios hacia la comunidad.	Número de personas informadas en la coinfección y promoción de los servicios hacia la comunidad.  Número de brochures elaboradas, publicados y distribuidos sobre coinfección.	1. Elaborar y difundir materiales para información sobre coinfección y formas de prevenirlos (afiches, brochures) 2. Incorporación de la coinfección en el currículo de las universidades y programas técnicos.		X	X	X	PNT PNS

**Plan de Acción Preliminar para las actividades de colaboración interprogramáticas de  
TB-VIH/SIDA  
(Periodo mayo 2006 a mayo 2008)**

**HONDURAS**

Objetivo								
Fortalecimiento del manejo integral de la coinfección por los programas nacionales de TB y VIH/SIDA								
No	Resultados esperados	Actividades	Indicadores	Semestre				Responsable
				1	2	3	4	
1.	Fortalecimiento de la Coordinación Intreprogramática	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reunión Interprogramática entre los equipos técnicos de los programas nacionales de TB y VIH.</li> <li>Diseño de un Plan Nacional de intervenciones dirigidas a la armonización de las normas de atención.</li> <li>Operatización de las líneas de acción del Plan Nacional a los niveles intermedios y locales.</li> </ul>	Número de reuniones de coordinación realizadas.	X		X		PN TB
				X				PN VIH/sida
2.	Armonización de los procedimientos normativos de ambos programas nacionales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisión, actualización e integración de los procedimientos normativos locales de las unidades de salud, en relación al manejo integral de la coinfección.</li> <li>Capacitación en servicio de las unidades de salud, de los niveles intermedios y locales</li> </ul>	Normas nacionales de los Programas Nacionales de TB y VIH/sida		X			PN TB
					X	X	X	PN VIH/sida
3.	Sistema de Información Fortalecido y Único	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coordinación del Sistema de Información interprogramático.</li> <li>Diseño y Socialización de Instrumentos de Recolección de la información.</li> </ul>	Sistema de información único implementado.	X	X			PN TB
								PN VIH/sida

### Objetivo

Fortalecimiento del manejo integral de la coinfección por los programas nacionales de TB y VIH/SIDA

No	Resultados esperados	Actividades	Indicadores	Semestre				Responsable
				1	2	3	4	
4.	Integración de la Red de Consejería de ambos Programas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Readecuación de la Guía de Consejería de Coinfección, según los niveles de atención.</li> <li>• Definición de la Red Geográfica de Consejería a Nivel Nacional.</li> <li>• Capacitación y Actualización de la Red Integrada de Consejería en el Modelo Final de las Guías Propuesta.</li> </ul>	Número de Consejeros (as), brindando atención integral de ambos programas	X	X	X	X	PN TB  PN VIH/sida
5.	Monitoreo y Evaluación de las Actividades Inter programáticas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reuniones y Visitas periódicas en conjunto de ambos programas.</li> <li>• Supervisiones.</li> <li>• Monitoria y Evaluación.</li> </ul>	Número de Supervisiones Realizadas. Número de monitorias y evaluaciones realizadas.	X	X	X	X	PN TB  PN VIH/sida
6.	Sociedad Civil Organizada trabajando coordinadamente en ambos programas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reuniones de Coordinación con los organismos de la Sociedad Civil.</li> </ul>	Número de Organizaciones de la Sociedad Civil coordinando acciones con ambos programas.	X	X	X	X	PN TB  PN VIH/SIDA

Anexo 3: Lista de participantes a la III<sup>era</sup> Reunión Regional de actividades de colaboración TB/VIH (San Salvador, abril 2006)

No.	Nombre	Institución	Correo	País
1	Elsie Lafosse	OPS/OMS-Haiti	<a href="mailto:elafosse@hai.ops-oms.org">elafosse@hai.ops-oms.org</a>	Haiti
2	Jean Philippe Breux	OPS/OMS Haiti	<a href="mailto:breuxjp@hai.ops-oms.org">breuxjp@hai.ops-oms.org</a>	Haiti
3	Kendra L. Villanueva	Dpto. Salud Puerto Rico	<a href="mailto:kvillanueva@salud.gov.pr">kvillanueva@salud.gov.pr</a>	Puerto Rico
4	Edwin Quiñónez	PNT-Guatemala	<a href="mailto:edfat22@yahoo.com">edfat22@yahoo.com</a>	Guatemala
5	Maria del C. Bermudez	Depto. Salud Puerto Rico	<a href="mailto:mcbermudez@salud.gov.pr">mcbermudez@salud.gov.pr</a>	Puerto Rico
6	Liliana Jiménez Gutiérrez	MINSAs –Costa Rica	<a href="mailto:drajimenez@amnet.com.cr">drajimenez@amnet.com.cr</a>	Costa Rica
7	Enélida J. Guerra	MS.Panamá		Panamá
8	Juan José Cordero	OPS-Rep. Dominicana	<a href="mailto:programatuberculosis@gmail.com">programatuberculosis@gmail.com</a>	Republica Dominicana
9	Marco A. Mena	PNS-Guatemala	<a href="mailto:Marco46gt@yahoo.com">Marco46gt@yahoo.com</a>	Guatemala
10	Lucila Villegas Icazbalceta	CENSIDA-México	<a href="mailto:lucilavillegas@yahoo.com">lucilavillegas@yahoo.com</a>	Mexico
11	Hugo Correa Rivadeneira	Dirección de Rehab. Social/Ecuador	<a href="mailto:hcorrea@dnrs.gov.ec">hcorrea@dnrs.gov.ec</a>	Ecuador

No.	Nombre	Institución	Correo	País
12	Angel Almánzar	VIH-SIDA /Minist.Rep.Domin	<a href="mailto:director@digecitss.org.do">director@digecitss.org.do</a>	República Dominicana
13	Burke Viale Andrés	Minist.de Salu.PNS-Argentina	<a href="mailto:aburkeviale@yahoo.com.or">aburkeviale@yahoo.com.or</a>	Argentina
14	Martín Castellanos Joya	Minit.de Salud Mexico	<a href="mailto:martinjoya@yahoo.com.mx">martinjoya@yahoo.com.mx</a>	México
15	Terwes Posada Gloria	CCSS-Costa Rica	<a href="mailto:gterwes@ccss.sa.cr">gterwes@ccss.sa.cr</a>	Costa Rica
16	Villatoro Matías Humberto	OPS/Brasil	<a href="mailto:matias@bra.ops-oms.org">matias@bra.ops-oms.org</a>	Brasil
17	Lucia Kramer	AED-OPS/Washington	<a href="mailto:lkramer@aed.org">lkramer@aed.org</a>	Washington-USA
18	Emilio Messina	MINSAPanamá	<a href="mailto:emessina@minsa.gob.pa">emessina@minsa.gob.pa</a>	Panamá
19	Maria Delia Espinoza	MINSANicaragua	<a href="mailto:sejniminsa@minsa.gob.ni">sejniminsa@minsa.gob.ni</a>	Nicaragua
20	Ana Francis Obando	MINSANicaragua	<a href="mailto:aobando@minsa.gob.ni">aobando@minsa.gob.ni</a>	Nicaragua
21	Rafael López	OMS/ Ginebra	<a href="mailto:lopezolarter@who.int">lopezolarter@who.int</a>	Ginebra
22	Clara Freile	PCT-Ecuador	<a href="mailto:cfreile@care.org.ec">cfreile@care.org.ec</a>	Ecuador
23	Santiago Rosero	DNRS-Ecuador	<a href="mailto:srosero@dnrs.gov.ec">srosero@dnrs.gov.ec</a>	Ecuador
24	Anibal Dutra	MSP-Uruguay	<a href="mailto:addutra@adinet.com.uy">addutra@adinet.com.uy</a>	Uruguay
25	Victor M. Chávez Pérez	MINSAITSPerú	<a href="mailto:vchavezp@minsa.gob.pe">vchavezp@minsa.gob.pe</a>	Perú

No.	Nombre	Institución	Correo	País
26	Juan Carlos Millan	OPS-Perú		Perú
27	Marcia Humphreys	MOH-Belice	<a href="mailto:Marleiv03@yahoo.com">Marleiv03@yahoo.com</a>	Belice
28	Jacobo Ignacio Arguello	MS-Honduras	<a href="mailto:progtb@yahoo.com">progtb@yahoo.com</a>	Honduras
29	Mabel Rovira	Comisión Honoraria de Lucha anti-TB	<a href="mailto:mabelrovira@gmail.com">mabelrovira@gmail.com</a>	Uruguay
30	Victor Mejia	CDC/GAP/CAP-Guatem.	<a href="mailto:vmz@cdc.gov">vmz@cdc.gov</a>	Guatemala
31	José A. Ramos Chorro	USAID-ELS	<a href="mailto:jramos@usaid.gov">jramos@usaid.gov</a>	El Salvador
32	Henry Andino	SS/HIV/SIDA-Honduras	<a href="mailto:henryandino@multidata.hn">henryandino@multidata.hn</a>	Honduras
33	Rafael Mazin	OPS/Washington	<a href="mailto:mazinraf@paho.org">mazinraf@paho.org</a>	Washington
34	Cesar Bonilla	TB /Perú	<a href="mailto:cbonilla@minsa.gob.pe">cbonilla@minsa.gob.pe</a>	Perú
35	Alfonso Tenorio	Universidad CAUCA-Colombia	<a href="mailto:atenorio@iname.com">atenorio@iname.com</a>	Colombia
36	Roxana Evelyn Castro	PNT-ELS	<a href="mailto:roxanac73@yahoo.com">roxanac73@yahoo.com</a>	El Salvador
37	Dr. Inés Méndez-Moguel	MOH-Belice	<a href="mailto:imendez37@yahoo.com">imendez37@yahoo.com</a>	Belice
38	Dr. Joseney Santos	MOH-Brasil	<a href="mailto:joseney.santos@saude.gov.br">joseney.santos@saude.gov.br</a>	Brasil
39	Maria Pérez-Rosales	OPS/Honduras	<a href="mailto:perezma@hon.ops-oms.org">perezma@hon.ops-oms.org</a>	Honduras

No.	Nombre	Institución	Correo	País
40	Dr. Rodrigo Simán	PN-VIH/SIDA-ELS	<a href="mailto:rsiman@mspas.gob.sv">rsiman@mspas.gob.sv</a>	El Salvador
41	Fabio Moherdau	Ministerio de Brasilia	<a href="mailto:fabiomoh@aids.gov.br">fabiomoh@aids.gov.br</a>	Brasil
42	Dra. Alma Yanaira Quezada	PN-VIH/SIDA-ELS	<a href="mailto:aquezada@mspas.gob.sv">aquezada@mspas.gob.sv</a>	El Salvador
43	Dilma Chacón	PN-VIH/SIDA-ELS	<a href="mailto:dchacon@mspas.gob.sv">dchacon@mspas.gob.sv</a>	El Salvador
44	Pilar Ramón Pardo	OPS/ USA	<a href="mailto:ramonpap@paho.org">ramonpap@paho.org</a>	USA
45	Julio Garay Ramos	PNT-ELS	<a href="mailto:jgaray@mspas.gob.sv">jgaray@mspas.gob.sv</a>	El Salvador
46	Sara Granadino	ISSS- ELS		El Salvador
47	Susana Campos de Portillo	ISSS-ELS		El Salvador
48	Carolina Melgar de Pérez	ISSS-ELS		El Salvador
49	Mirtha del Granado	OPS/USA	<a href="mailto:delgrana@paho.org">delgrana@paho.org</a>	USA
50	Maria Isabel Perez	Hospital Militar Central		El Salvador
51	Miriam Benavides	Ministerio de Salud Publica	<a href="mailto:miribenva@yahoo.com">miribenva@yahoo.com</a>	Ecuador