



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

OPS/DPC/CD/353-05  
Original: Español

**Informe**  
de la  
**IIª Reunión Regional**  
sobre  
**Actividades de Colaboración Interprogramáticas**  
**TB/VIH**



(Ciudad de México, DF, México,  
9–10 septiembre 2004)

## Abreviaturas

ARV:	Medicamentos antirretrovirales.
BAAR:	Bacilo ácido alcohol resistente.
CDC:	Centro 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.
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.
UNICEF:	
USAID:	Sigla en inglés de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.
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, 2005

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

Abreviaturas.....	1
Prefacio.....	5
Antecedentes.....	6
Objetivos y Metodología.....	6
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos .....	6
Metodología.....	7
Inauguración.....	7
Situación epidemiológica de la coinfección TB/VIH y análisis del contexto programático, político, gerencial y administrativo.....	8
Experiencias exitosas de colaboración interprogramática TB/VIH .....	11
Vigilancia epidemiológica de la seroprevalencia VIH en pacientes con tuberculosis.....	14
Integración de la vigilancia epidemiológica de segunda generación de VIH en los Programas Nacionales de TB.....	15
Panel sobre experiencias de colaboración interprogramática TB/VIH. Presentación y discusión de los avances logrados en El Salvador, República Dominicana y México.....	17
Plan de Acción: Metodología para su elaboración y seguimiento.....	20
Anexos.....	22
Anexo 1. Agenda de la Reunión.....	22
Anexo 2. Planes de Acción 2004 – 2005.....	23
Anexo 3. Acuerdos.....	47
Anexo 4. Listado de Participantes.....	49

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

*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 México. Agradecemos el apoyo financiero de USAID*

## **Participantes en la reunión**

Alexis J. Guilarte, Alma Yanina Quezada, Arturo González Delgado, Carlos Cruz Palacios, Cecilia Lyons de Arango, Francisco Cerezo, Gladys Alicia Herrera, Graciela Núñez Navarrete, Grisella Hernández, Inés Méndez Moguel, Julio Garay Ramos, Lilia Marín Vásquez, Lucía del Refugio Reyes, Lucila Villegas Icazbalceta, Marco A. Mena, María Hoy, María Luisa Estrada Carrillo, Marlene Francis, Martha González González, Odalis García Trujillo, Susana Balandrano Campos, Teresita Solano, Tomasa Sierra Pineda, Vary Jacquet, Zeidy L. Mata A., Zelindaveth García Ituarte.

**OPS** – Alfonso Tenorio Gnecco, Andrés Hernández, Edwina Yen, Juan Carlos Millán, Matías Villatoro, Mirtha del Granado, Paloma Cuchí, Pilar Ramón-Pardo, Rafael Mazín, Raimond Armengol, Teresa Broers.

**OMS** – Fabio Scano, José Figueroa.

## **Agradecimientos**

Los participantes y organizadores de la II Reunión Regional sobre Actividades de Colaboración Interprogramáticas TB/VIH y la OPS/OMS expresan su agradecimiento al Ministerio de Salud de México y a los responsables del PNT y PNS de México 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 México por la atención y apoyo logístico que hizo posible su realización.

## Prefacio

La tuberculosis continua siendo un grave problema de salud pública en la Región de las Américas y como respuesta al desafío que esto implica, el programa Regional de Tuberculosis ha establecido como prioridad la implementación y expansión de la estrategia DOTS en los países del continente, la herramienta más efectiva en el mundo para el control de esta enfermedad. Los logros obtenidos desde 1996, cuando comenzó la implementación de DOTS en la Región, son destacados y para el 2003 el 73% de la población de la Región de las Américas estaba cubierta por la estrategia. No obstante los éxitos logrados, el Programa Regional enfrenta dos grandes amenazas como consecuencia de la farmacorresistencia múltiple y la epidemia del VIH/SIDA.

La OMS reconoce que la coinfección TB-VIH es un preocupante problema de salud pública mundial, y destaca que en aquellos países con mayores tasas de prevalencia de infección con VIH, la TB es la infección grave más frecuentemente desarrollada por las personas infectadas con VIH y la principal causa de muerte entre ellos.

En países del África Sub-Sahariana, del sudeste asiático y en Haití, la mayoría de los adultos estaban infectados con el bacilo tuberculoso al inicio de la década de los 90, más sin embargo su sistema inmune permitía evitar el desarrollo de la enfermedad. Con la diseminación de la infección por VIH entre ellos, muchos comenzaron a desarrollar la tuberculosis y esta situación dada por la coinfección llevó a la aparición de la epidemia, incluso en aquellos países donde la tuberculosis estaba controlada. Así como la infección con el VIH aumenta casi en 800 veces la posibilidad de desarrollar la tuberculosis entre aquellos que están infectados con el bacilo, también la TB activa es responsable de un marcado deterioro de la respuesta inmune de las personas infectadas con el VIH. A pesar de la gravedad de la situación dada por la coinfección, la TB sigue siendo una enfermedad prevenible y curable, incluso en personas infectadas con el VIH.

El mundo ha sido testigo de un gran despliegue de las campañas de prevención del SIDA, no obstante la situación es cada vez peor. En Sudáfrica, el 20% de la población general está infectada con el VIH y en otros países africanos, el 20% a 30% de las mujeres embarazadas está infectado con el VIH. Adicionalmente, se estima que entre el 30% y 50% de la población general de este continente está también infectado con el bacilo tuberculoso.

La OMS ha sugerido la implementación de actividades de colaboración interprogramáticas TB/VIH que involucren a los líderes gubernamentales, las agencias técnicas y donantes y la comunidad. Se espera que estas actividades conjuntas permitan aprovechar de manera sinérgica las fortalezas de cada uno de los programas, y así reducir la carga en enfermedad por TB en personas viviendo con el virus del Sida (PVVS) y prevenir la infección por VIH en los pacientes con TB. A su vez, la OPS ha reconocido la magnitud del desafío que implica para los PNTs de los países de la Región la sobrecarga impuesta por las condiciones epidemiológicas de la coinfección sobre los recursos humanos, físicos y financieros y especialmente sobre los pacientes del programa por la mayor tasa de letalidad.

## **Antecedentes**

En 1993, debido a un incremento global de la carga de enfermedad, la OMS declaró la tuberculosis como una emergencia global. Entre las principales razones que explicaron esta situación se cuenta el crecimiento demográfico y el aumento de la pobreza, el descuido de los programas de control de tuberculosis, la aparición de tuberculosis con farmacorresistencia múltiple y el surgimiento de la epidemia de VIH/SIDA. Como respuesta a este desafío epidemiológico se propuso la estrategia DOTS, la herramienta de mejor costo efectividad en el control de la tuberculosis. Los cinco elementos de la estrategia se enmarcan en el compromiso político, el diagnóstico microbiológico con baciloscopia, la disponibilidad de antibióticos, el tratamiento supervisado y el sistema de registro y evaluación.

Con el pasar de la primera década después de la declaratoria de emergencia global, el mundo científico fue testigo de una de las más graves y devastadoras situaciones de salud pública, la coinfección TB/VIH, causando decenas de millones de muertes en todo el mundo. Dado que la situación continúa siendo una grave amenaza para el cumplimiento de las metas en salud pública, la OMS creó un Grupo de Trabajo dedicado al tema de la coinfección compuesto por expertos mundiales, incluidos algunos representantes de países de alta carga de enfermedad en América Latina y quienes de manera regular revisan y establecen las guías de trabajo en el ámbito mundial. En el año 2000, en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), bajo la coordinación de la Organización de Naciones Unidas (ONU) 191 países se comprometieron a establecer las estrategias necesarias para liberar al mundo de los mayores males sociales, entre los cuales se encuentran el sida y la tuberculosis.

En la Región de las Américas la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) ha determinado que una de las líneas estratégicas del Plan Regional de Tuberculosis para el decenio 2005 – 2015 sea el tema de la coinfección TB/VIH. En agosto de 2003 se realizó la primera reunión y taller Regional sobre la coinfección TB/VIH, en San Pedro Sula, Honduras. Con el objetivo de dar seguimiento a los compromisos adoptados en esa oportunidad y fortalecer la capacidad de respuesta de los programas de control de TB y de Sida, se ha convocado a la Segunda Reunión Regional sobre Actividades de Colaboración interprogramática TB/VIH.

## **Objetivos y Metodología**

### ***Objetivo general***

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.

### ***Objetivos específicos***

1. Dar seguimiento a los planes de acción concertados en el Taller sobre Coinfección TB/VIH, realizado en San Pedro Sula, Honduras. 14 y 15 de agosto de 2003.

2. Caracterizar la situación epidemiológica de la coinfección en la Región de las Américas.
3. Conocer las experiencias exitosas de colaboración interprogramática TB/VIH en el mundo y la Región.
4. Discutir los términos operacionales de la vigilancia de la prevalencia VIH entre pacientes tuberculosos en consonancia con la vigilancia epidemiológica de segunda generación.
5. Implementar la estrategia Construyendo Paso a Paso, basado en la *Guía de atención integral para personas viviendo con coinfección TB/VIH* y la Guía de Política Interina sobre Actividades de Colaboración TB/VIH.
6. Introducir protocolos de manejo clínico de la coinfección.

## **Metodología**

La reunión adoptó una metodología que permitió el cumplimiento de cada uno de los objetivos propuestos:

Por medio de presentaciones magistrales y participación de los asistentes se trataron los temas relacionados con la caracterización de la situación epidemiológica de la coinfección (situación epidemiológica y análisis del contexto programático, político, gerencial y administrativo), la vigilancia epidemiológica de la seroprevalencia VIH en pacientes con tuberculosis y la integración de la vigilancia epidemiológica de segunda generación en los PNTs.

Usando talleres y mesas redondas se presentaron y discutieron los avances logrados y los planes de acción concertados en agosto de 2003. Usando la metodología del panel, se presentaron algunas experiencias exitosas de colaboración interprogramática TB/VIH en los países de la Región y se elaboraron los Planes de Acción para implementar las actividades de colaboración y la Estrategia 'Construyendo Paso a Paso' de acuerdo a la estratificación de países.

## **Inauguración**

Con las palabras de las Autoridades del Ministerio de Salud de México, un representante de la OPS/OMS de México y los Asesores Regionales de Tuberculosis y Sida, se inauguró la reunión a la que asistieron los representantes de los programas de tuberculosis y Sida de los países de mayor carga de enfermedad de la Región de las Américas.

Las autoridades que inauguraron el evento resaltaron la grave situación de salud pública que enfrenta la Región a consecuencia de esta situación especial generada por la coinfección Tb/VIH y destacaron la preocupación de la OPS y la OMS y las medidas que se están tomando para evitar que esta situación sea cada vez peor. Se hizo un llamado a los líderes gubernamentales de los países para que promuevan y consoliden las actividades interprogramáticas Tb/VIH como una de las mejores herramientas propuestas para disminuir la carga de las dos enfermedades.



# Situación epidemiológica de la coinfección TB/VIH y análisis del contexto programático, político, gerencial y administrativo

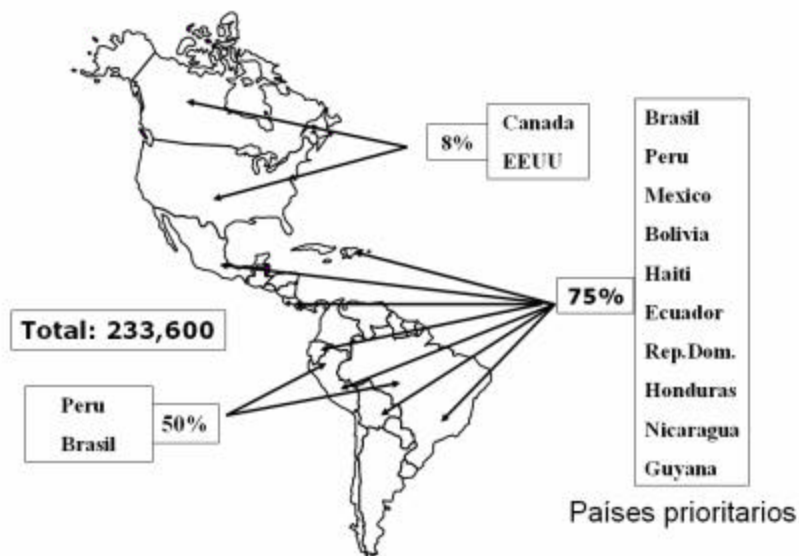
*Dra. Mirtha del Granado y Dr. Rafael Mazín OPS*

Con el propósito de discutir la situación epidemiológica de la tuberculosis en la Región de las Américas y su contexto en el escenario de la coinfección TB/VIH, se analizaron los indicadores epidemiológicos más representativos, se presentaron las amenazas que enfrenta el control de la tuberculosis, los avances y los retos en la implementación y expansión de la estrategia DOTS. De igual manera se presentó la situación epidemiológica de la infección por el VIH en la Región de las Américas y el impacto de la coinfección en ambos programas.

En el mundo, se registra una prevalencia de tuberculosis de aproximadamente 16 millones de enfermos, 80% de los cuales está concentrado en 22 países de alta carga; Brasil es el único país de la Región de las Américas que hace parte de este listado de 22 países de alta carga de tuberculosis. La incidencia de tuberculosis en el mundo es de aproximadamente 9 millones de casos por año, lo que significa 24.100 casos por día. La tuberculosis es la causa de muerte de aproximadamente 2 millones de personas por año, y el 98% de estas muertes se registran en los países de más escasos recursos.

Los casos reportados de tuberculosis en la Región de las Américas en 2002 permiten concluir que el 75% de la carga de enfermedad se concentra en Brasil, Perú, México, Bolivia, Haití, Ecuador, República Dominicana, Honduras, Nicaragua y Guyana. Sin embargo, son Brasil y Perú los que aportan el 50% de la carga de tuberculosis de la Región. Gráfica 2.

**Gráfica 2. Carga de tuberculosis en la Región de las Américas, 2002**



El análisis de la distribución por sexo de todas las formas de tuberculosis en 2001 y 2002 refleja una tendencia similar a la descrita en otras regiones del mundo, 60% a 62% de los casos se reportan en hombres.

Adicional al incremento de casos de tuberculosis con farmacorresistencia múltiple, la epidemia de VIH/SIDA es una de las principales amenazas que enfrenta el control de la tuberculosis en la Región de las Américas.

Con relación a la epidemia VIH/SIDA, en las Américas la mayoría de casos de infección con VIH, aproximadamente 80%, son imputables a transmisión por vía sexual. Una proporción de los casos restantes ocurre por transmisión perinatal. La transmisión asociada con uso de drogas inyectables está aumentando en varios países de la Región.

Más de la mitad de las nuevas infecciones ocurre entre jóvenes de 14 a 24 años y se estimó que para finales de 2003 había un millón de personas viviendo con el VIH (PVVIH) en Norte América, 430.000 en el Caribe y 1.600.000 en América Latina.

La brecha entre el número de hombres y mujeres con VIH se está reduciendo, y así es como en países como Surinam, Honduras, Guyana y Belice la diferencia según sexo es cada vez menor, y en República Dominicana se reportan más mujeres que hombres con la infección con VIH. El análisis de la información epidemiológica en la Región permite establecer una clara asociación entre el crecimiento de la epidemia de VIH/SIDA y el incremento del número de casos de TB en aquellos países que tienen altas prevalencias de VIH.

La mayoría de casos de tuberculosis entre las PVVIH es causada por la reactivación de la infección previa. La presentación de TB pulmonar con lesiones cavitarias típicas de reactivación de la enfermedad se encuentra en pacientes con CD4 por arriba de 200/mm<sup>3</sup>, mientras que en aquellos con recuento de CD4 por debajo de 100/mm<sup>3</sup> es común encontrar las formas extrapulmonares.

La prevalencia de infección por VIH entre pacientes con TB varía dependiendo del tipo de epidemia presente en la región (incipiente, concentrada, generalizada), y así es como esta prevalencia oscila entre 0.7% y 46%, con un promedio estimado de alrededor de 6%. La situación es especialmente grave en países como Bahamas con 40%, Guyana y Surinam con 30%, Trinidad con 50% y Belice con 10%. La prevalencia de infección por VIH entre personas con TB se incrementa en presencia de varios factores, todos asociados a vulnerabilidad aumentada como el hacinamiento (prisiones, asilos, campamentos de refugiados, etc.), la marginalidad social, el acceso limitado a educación y salud y el uso de drogas inyectables.

Conocer la ubicación, magnitud y tendencias del problema de la coinfección es de importancia fundamental en el planteamiento de soluciones, y solo así se podrán implementar con efectividad estrategias como la consejería y pruebas voluntarias a los grupos vulnerables y a todos los pacientes con TB, detección de TB en todas las personas viviendo con el virus del sida (PVVS), potenciar las fortalezas de ambos programas y remover las barreras institucionales identificadas.

La integración entre los programas de control de TB y los de VIH-SIDA es una respuesta necesaria a la problemática de salud pública generada por la coinfección, y uno de los primeros pasos es la elaboración de protocolos para manejo de la coinfección. Los escenarios más propicios para la colaboración entre los dos programas son los que ofrecen los servicios de atención primaria y la comunidad.

Actualmente, las campañas para el control del VIH-SIDA (“3x5” cuyo objetivo es tres millones de personas infectadas con el VIH recibiendo tratamiento antirretroviral para el 2005) se fundamentan en la atención integral, el tratamiento y la prevención. Alcanzar la cobertura universal de tratamiento antirretroviral en la Región de las Américas no es una meta irrealizable ni insostenible si se atiende a los grupos de riesgo, si las personas en riesgo acceden a consejería y pruebas voluntarias y si las personas infectadas acceden a la atención.

La TB es a menudo la primera manifestación reconocible de infección con VIH, por lo que ante todo caso nuevo de TB debe descartarse infección con VIH. Así mismo, en toda persona VIH positiva debe investigarse infección o enfermedad activa con *M. tuberculosis*.

La estrategia “3 millones para 2005” es una gran oportunidad para mejorar el acceso y calidad de atención para personas con VIH, TB y VIH/TB. Para tal propósito es necesario expandir los servicios de consejería y pruebas voluntarias de VIH, ofrecer estos servicios a las personas con TB, detectar TB en los servicios de consejería y pruebas voluntarias de VIH, garantizar profilaxis de TB a las personas infectadas con VIH y tratar integralmente a las personas que viven con VIH y TB.

Entre los factores que limitan la expansión de los servicios de consejería y pruebas voluntarias de VIH se destaca la dificultad para discutir abiertamente el comportamiento sexual. Este es un factor crítico, ya que el cuidado de la salud sexual es parte de la atención integral a las personas, dado que algunos supuestos que se dan en el trato con los pacientes son, en realidad, opiniones, preferencias, creencias o posicionamientos y no siempre están debidamente argumentados en la evidencia científica.

Las conductas de prevención de TB que se deben tomar en los casos de personas que resulten VIH positivas inician con la evaluación del riesgo de exposición a TB, seguido de medidas para prevenir la exposición a *M. tuberculosis* (y *M. bovis*), incluyendo el riesgo laboral. Con el propósito de descartar la infección y la enfermedad por *M. tuberculosis* se hará una exploración física de la persona, estudio radiográfico del tórax, prueba de tuberculina y baciloscopia y cultivo en caso de tener síntomas respiratorios o sospecha de TB extrapulmonar. Cuando la zona donde habita la persona VIH positiva es de alta prevalencia de TB se procede a la profilaxis con isoniacida, pero si la prevalencia es baja, se hará profilaxis dependiendo del resultado de la prueba de tuberculina y/o de la exposición o riesgo.

La coinfección TB/VIH obliga a tener en cuenta ciertas consideraciones especiales. Debido a que es más frecuente el desarrollo de neuropatía como consecuencia de la isoniacida, se recomienda adicionar piridoxina al esquema terapéutico. Se ha establecido más frecuente

presentación de efectos colaterales en los pacientes que simultáneamente reciben rifampicina y los inhibidores de proteasa o los inhibidores no nucleósidos de transcriptasa inversa. Adicionalmente, es importante recordar que las personas VIH positivas presentan anergia asociada al descenso en el número de CD4, así como una recuperación inmunológica y conversión de la prueba de tuberculina cuando reciben tratamiento antirretroviral.

Los pacientes VIH positivos que cursan con TB activa deben recibir tratamiento antituberculoso, pues se trata de una amenaza para la vida. Los protocolos recomendados deben ser usados bajo la estrategia DOTS para asegurar la adherencia, pero el momento de su inicio, el protocolo antirretroviral, el nivel de atención al que deben ser referidos y si serán administrados de manera concomitante con antirretrovirales dependerá del estado clínico del paciente, del número de CD4, o al menos del recuento total de linfocitos, así como de la localización de la tuberculosis.

## **Experiencias exitosas de colaboración interprogramática TB/VIH**

*Dr. Fabio Scano, OMS*

La prevalencia creciente de la infección por el VIH representa un desafío para el control de la TB en todos los niveles, y adicionalmente la TB es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en personas viviendo con VIH/SIDA.

Para finales de 2003 se estimó que había 37.8 millones de personas viviendo con VIH/SIDA en el mundo. De ellos, 25 millones viven en África Subsahariana, 6.5 millones en el Sudeste Asiático, 1.3 millones en Europa del Este y Asia Central, 1.6 millones en América Latina, 1 millón en Norteamérica y 430.000 en el Caribe. Las muertes por VIH/SIDA estimadas en el mundo fueron de 2.9 millones de personas, de las cuales 84.000 ocurrieron en América Latina y 35.000 en el Caribe.

Según la información suministrada por ONUSIDA y la OMS en julio de 2004, los países con mayor prevalencia de VIH en América Latina y el Caribe son Haití, Guyana y Belice, con 5.6%, 2.5% y 2.4% respectivamente. Países con prevalencias entre 1% y 2% son Honduras, República Dominicana y Guatemala; con prevalencias entre 0.5% y 1% son Panamá, El Salvador, Brasil, Costa Rica y Venezuela; y con prevalencias entre 0.1% y 0.5% son Perú y México.

Se estima que el 9% de los casos nuevos de tuberculosis cursan con infección con VIH, y de los 2 millones de muertes estimadas en el mundo por tuberculosis, 350.000 son atribuidas al VIH.

Los factores que explican la potenciación que el VIH ha dado a la epidemia de la tuberculosis son múltiples. La inmunosupresión causada por el VIH promueve la progresión de la infección por *M. tuberculosis* hacia enfermedad, tanto después de infecciones recientes como de infección latente. Se calcula que el riesgo anual de desarrollo de la enfermedad tuberculosa en personas coinfectadas con VIH y *M. tuberculosis* es entre 5% y 15%. También

se ha documentado un aumento en la tasa de recaída por TB, tanto por reinfección como por reactivación.

Con el propósito de controlar la situación generada por la coinfección es necesario que se adopten varias medidas, idealmente de manera simultánea. Se promueve aumentar los índices de detección de casos de tuberculosis, incrementar las tasas de tratamiento exitoso de los pacientes con tuberculosis, ofrecer pruebas de VIH a los pacientes con tuberculosis, garantizar el acceso a antirretrovirales para los infectados VIH y fortalecer las campañas para prevenir la infección VIH.

Una estrategia global es necesaria para ofrecer de manera combinada y efectiva todos los mecanismos y herramientas existentes. La estrategia debe estar centrada en el paciente y fundamentarse en la colaboración entre los programas de TB y VIH/SIDA en todos los niveles.

### **Estrategia propuesta por OMS**

La OMS ha elaborado unas recomendaciones que facilitan la implementación y rápida expansión de la atención y prevención de la coinfección. El *Marco Estratégico para Disminuir la Carga de TB/VIH* establece lo que es necesario hacer, mientras que las *Guías para la Implementación de Actividades de Colaboración TB/VIH* sugiere cómo debe hacerse y la *Política Provisional sobre Actividades de Colaboración TB/VIH* propone cómo abordar las intervenciones desde el punto de vista de los tomadores de decisiones.

Son múltiples las justificaciones para actuar de manera conjunta. Los programas de tuberculosis tienen un desafío grande para el control de la enfermedad como consecuencia de la prevalencia creciente de VIH. Adicionalmente, el 11% de las muertes en pacientes con sida son debidas a TB. En las actividades propias de cada uno de los programas de control de TB y VIH-SIDA se desaprovechan importantes oportunidades para lograr la sinergia interprogramática, como por ejemplo el test voluntario de VIH y educación entre los pacientes con TB, los estudios de tamización de TB en personas infectadas con VIH, el suministro de antirretrovirales a los pacientes con tuberculosis que se diagnostican con VIH, o el inicio de profilaxis con isoniacida en los pacientes VIH sin tuberculosis.

Los principios sobre los cuales se basa la Política Interina sobre TB/VIH se resumen básicamente en recalcar que no se debe crear un programa separado de TB/VIH, sino más bien en que se deben fortalecer las actividades centrales de TB con la estrategia DOTS y las actividades de prevención y atención del programa de VIH-SIDA, refiriendo los paciente con sospecha de TB y VIH a los servicios especializados.

La Política Interina TB/VIH propuesta por la OMS recomienda trabajar alrededor de un eje de tres puntos principales:

#### **A. Fortalecimiento de los servicios de salud mediante**

1. Vigilancia epidemiológica de VIH entre los pacientes de TB.
2. Establecer un grupo coordinador TB/VIH.

3. Planificación conjunta de las actividades.
4. Monitoreo y evaluación de las actividades.

### **B. Reducción de la carga de enfermedad por TB en PVVS**

1. Intensificar la búsqueda de casos de TB.
2. Tratamiento preventivo con isoniacida.
3. Control de la infección TB en los organismos de salud e instituciones colectivas.

### **C. Prevención de VIH/SIDA para los pacientes de TB:**

1. Consejería y test VIH.
2. Introducción de métodos preventivos.
3. Proporcionar atención continuada.
4. Incluyendo terapia preventiva con cotrimoxazole y ARV

La decisión de cuando comenzar y aplicar determinadas recomendaciones depende de factores relacionados con la prevalencia de VIH y la prevalencia de coinfección TB/VIH y se hace a través de la categorización de los países. En la categoría I se incluyen aquellos países en los cuales la prevalencia nacional de VIH en adultos es de 1% o mayor, o en los que la prevalencia de VIH entre pacientes con TB es de 5% o mayor. En la categoría II se encuentran aquellos países con una prevalencia nacional de VIH inferior a 1% y en los cuales hay algunas regiones con prevalencias de VIH de 1% o mayores. En la categoría III se incluyen los países con prevalencias nacionales de VIH inferiores a 1% y en donde no existan regiones con prevalencias de mayores o iguales al 1%.

En términos generales, las recomendaciones dadas a los países de la categoría I son todas las anotadas en los puntos A, B y C, mientras que para los países de la categoría II son similares a las de categoría I en aquellas regiones con prevalencias de infección por VIH de 1% o mayores, y similares a los de categoría III en las otras regiones. A los países con categoría III se les recomienda la aplicación de las recomendaciones A2, B1, B2 y B3.

### **Experiencias mundiales de colaboración TB/VIH**

En todas las Regiones de la OMS se ha iniciado un proceso para implementar o extender las Actividades de Colaboración interprogramáticas TB/VIH, con diferentes grados de aplicación. En la Región de África existen países con experiencia entre 1 y 5 años en la implementación de este tipo de actividades, con la presencia de comités coordinadores TB/VIH, puntos focales y programas de entrenamiento y capacitación en la mayoría de países con mayor prevalencia de coinfección. La cobertura de suministro de antirretrovirales es cada vez mayor.

En la Región del Sudeste Asiático el plan estratégico TB/VIH está desarrollado y se está difundiendo entre los países miembros. Existen proyectos piloto distritales en India, Myanmar e Indonesia y cursos de capacitación en cada vez mayor número de países. En la Región de Pacífico Occidental existe un marco para TB/VIH desarrollado y difundido, así

como la realización de reuniones regionales sobre el tema. Algunos países coordinan actividades en lugares seleccionados.

En la Región de Europa existe un marco para TB/VIH desarrollado y difundido, se hacen cursos regionales de TB/VIH para consultores y en algunos países de la antigua Unión Soviética existen marcos TB/VIH, proyectos piloto y guías para el tratamiento antirretroviral y de TB. En la Región de las Américas se ha iniciado un proceso para implementar un plan de colaboración TB/VIH que incluya la consejería y el test voluntario para VIH así como el incremento de la búsqueda de TB en pacientes con infección por VIH.

## **Vigilancia epidemiológica de la seroprevalencia VIH en pacientes con tuberculosis.**

*Dr. Fabio Scano. OMS*

Como respuesta a la grave situación de salud pública que representa la coinfección TB/VIH en el mundo, la OMS ha propuesto una serie de guías con el fin de disminuir la carga de TB/VIH, implementar las actividades de colaboración interprogramática TB/VIH y abordar las intervenciones desde el punto de vista de los tomadores de decisiones. Todas estas recomendaciones para el control de la problemática TB/VIH permiten concluir que la vigilancia del VIH entre los pacientes con tuberculosis es una actividad clave. En consecuencia, se propone una guía sobre la vigilancia epidemiológica del VIH en pacientes con tuberculosis con el objetivo de proporcionar un marco para los métodos a utilizar y para estimular la implementación de la vigilancia del VIH.

La vigilancia del VIH en los pacientes con tuberculosis permite tener una mayor comprensión del impacto del problema, aumenta la conciencia sobre la gravedad de la coinfección, ayuda a focalizar los recursos disponibles y facilita las actividades de planificación, así como las acciones de monitoreo y evaluación.

Los métodos de vigilancia sugeridos y más frecuentemente disponibles son los estudios periódicos (especiales), los estudios centinelas y la información obtenida del test VIH realizado de manera rutinaria a los pacientes con tuberculosis. Los estudios periódicos se recomiendan en lugares donde no se ha realizado ningún estudio previo de vigilancia y se sugiere repetir en intervalos de 2 a 3 años. Los estudios centinelas se usan especialmente para monitorizar la tendencia de la problemática TB/VIH, y la información de la prueba rutinaria de VIH a los pacientes con tuberculosis puede llegar a formar la base de un sistema confiable de vigilancia epidemiológica.

Los métodos de vigilancia VIH deben variar en los países de acuerdo con el estado de la epidemia de VIH, así es como en países con epidemia VIH generalizada o concentrada se pueden utilizar los tres métodos de vigilancia, mientras que en aquellos países con epidemia incipiente se recomiendan los estudios periódicos y centinelas.

# **Integración de la vigilancia epidemiológica de segunda generación de VIH en los Programas Nacionales de TB**

*Dra. Paloma Cuchi, OPS*

Se define la vigilancia del VIH en Salud Pública como la recolección, análisis y divulgación de la información epidemiológica con la suficiente exactitud y cobertura con respecto a la distribución y diseminación de la infección por el VIH que sea relevante para la planificación, ejecución y monitoreo de las actividades de prevención y control de la epidemia VIH/SIDA.

La epidemia VIH-SIDA se clasifica teniendo en cuenta la prevalencia de la infección VIH en determinadas subpoblaciones así: epidemia de bajo nivel, cuando la prevalencia de VIH no ha excedido consistentemente el 5% en cualquier subpoblación definida; concentrada, cuando la prevalencia de VIH está consistentemente por encima del 5% en por lo menos una subpoblación definida, pero por debajo de 1% en mujeres embarazadas de áreas urbanas; y generalizada, cuando la prevalencia de VIH está consistentemente por encima de 1% en mujeres embarazadas a nivel nacional.

Las experiencias obtenidas en cuanto a la vigilancia de la problemática del VIH-SIDA permiten reconocer algunas fortalezas y debilidades. Entre las fortalezas se destacan que es relativamente simple y barata, aumenta la conciencia sobre el problema y el compromiso, genera respuestas, focaliza las actividades y permite hacer un monitoreo exitoso; mientras que entre las debilidades se reporta su pobre capacidad como alarma temprana del problema, el escaso uso de otras fuentes de información, las dificultades para calcular las estimaciones de la prevalencia del VIH y que no es apropiada para las epidemias “bajas” o “maduras”.

Todo sistema de vigilancia en salud pública debe considerar los factores determinantes de la epidemia. En el caso de la epidemia del VIH, la transmisión está determinada por el tipo de prácticas sexuales, la presencia concomitante de otras infecciones de transmisión sexual, el tipo de virus, el estadio de la enfermedad, la circuncisión, el tratamiento con ARV y el género. Por otro lado, los factores que determinan el grado de exposición se relacionan fuertemente con la intensidad del comportamiento de riesgo, los patrones mixtos de conducta sexual, el uso de intervenciones preventivas y las poblaciones puente. De igual manera, se han identificado algunos determinantes de los comportamientos de riesgo, entre los que se destacan las condiciones socio-económicas, las condiciones sociales (creencias religiosas y normas culturales), los patrones de conducta, la movilidad de la población, la educación y alfabetización y aspectos relacionados con el género.

La vigilancia del VIH de segunda generación no es un concepto nuevo ni algo diferente, es simplemente una “mejora” de lo previamente establecido. Se fundamenta en la construcción sobre lecciones aprendidas en la primera década de la vigilancia del VIH. Pretende capturar la diversidad de las epidemias del VIH en diferentes áreas, considerando si el estado de la epidemia es de bajo nivel, concentrada o generalizada, e integrando la vigilancia biológica (SIDA, VIH) con vigilancia de “Riesgo” (comportamientos, ITS). La vigilancia de VIH de segunda generación busca nuevas metodologías y pretende mejorar las formas de utilizar la información epidemiológica sobre el VIH.



Los métodos de recolección de información usados en la vigilancia de VIH de segunda generación se fundamentan en la vigilancia biológica y del comportamiento. Entre los métodos descritos en la vigilancia biológica se cuentan la vigilancia sero-centinela en sub-poblaciones definidas, el tamizaje de VIH de rutina de la sangre donada, el tamizaje de VIH regular de otras sub-poblaciones y el tamizaje de VIH de los especímenes tomados de poblaciones encuestadas. La vigilancia del comportamiento incluye encuestas transversales repetidas en la población general y en sub-poblaciones definidas. Adicionalmente a la vigilancia biológica y del comportamiento, la vigilancia del VIH de segunda generación también cuenta con otras fuentes valiosas de información como la vigilancia de casos de VIH y SIDA, los registros de mortalidad y la vigilancia de ITS y de TB.

Después de la recolección de la información se procede a la integración de los datos y su posterior procesamiento con el propósito de permitir las proyecciones y estimaciones de la situación epidemiológica del VIH, y así facilitar que esta información pueda ser usada para la acción. Entre las acciones posibles fundamentadas en el análisis de la información se consideran la planificación y definición de objetivos específicos, la evaluación de la efectividad de los programas de prevención nacionales y locales, la evaluación de tendencias en el tiempo, la definición de políticas nacionales y la evaluación del impacto a largo plazo de los programas.

El Plan Estratégico Regional propuesto para el 2004-2007 tiene como fin contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad por el VIH/SIDA y su propósito es contar con un sistema de vigilancia epidemiológica de segunda generación que proporcione información oportuna, suficiente y de calidad que permita caracterizar la epidemia del VIH/SIDA.

El sistema de vigilancia epidemiológica considerado en el Plan Estratégico es de cobertura nacional, vigila pasivamente los casos y los portadores, considera que la notificación debe ser obligatoria, sin embargo la definición de caso SIDA no es estandarizada, no cuenta con datos sobre el comportamiento y su análisis es triangulado. Como resultados se espera tener un sistema de vigilancia de segunda generación funcionando y tener una red de laboratorios y de bancos de sangre fortalecida e integrada al sistema de vigilancia epidemiológica de segunda generación. Adicionalmente se espera tener un sistema de información automatizado, un recurso humano capacitado e involucrado con este sistema de vigilancia, así como un plan de monitoreo y evaluación incorporado al sistema de vigilancia de segunda generación.

Es importante destacar el impacto que han tenido los medicamentos antirretrovirales (ARV) en la mortalidad y la tasa de incidencia de VIH en aquellos países que han garantizado el acceso al tratamiento para todos los pacientes infectados con VIH. Así es como se hace necesario incluir el tema del impacto de los ARV en los sistemas de vigilancia con el propósito de medir la carga, monitorizar las tendencias y evaluar el acceso a la atención.

Con el propósito de integrar la vigilancia de TB y VIH en los países es necesario determinar lo que actualmente se está haciendo en este sentido, así como el tipo de información que se está utilizando, cuales son los actores que participan en vigilancia y los probables mecanismos que permitirán un análisis integrado de la información. Es muy importante

determinar la capacidad de los países para trabajar a través de la construcción de redes efectivas que permitan desarrollar estrategias concretas como el desarrollo de guías, capacitación, disseminación de información y cooperación técnica internacional o entre países.

En Latinoamérica y el Caribe existen algunos avances y oportunidades que permitirán fortalecer los sistemas de vigilancia del VIH de segunda generación. En México y República Dominicana ya existen proyectos planteados que incluyen este tipo de vigilancia, así como el Plan Centroamericano de vigilancia de segunda generación y el proyecto Regional del Banco Mundial. Los recursos del Fondo Global para SIDA, malaria y tuberculosis facilitarán la implementación de sistemas de vigilancia de segunda generación en los países de la Región. Todo esto será más efectivo si se logra trabajar bajo una sola autoridad nacional, un solo plan y un marco común de monitoreo y evaluación.

Adicionalmente, se reconocen importantes fortalezas que facilitarán la implementación de los sistemas de vigilancia del VIH de segunda generación en la Región de las Américas, entre las que se destacan la existencia de comités de Sida, de TB y la participación de otros actores, así como algunos planes conjuntos de vigilancia, presupuesto destinado para tales fines, compromiso y motivación, normas de consejería y test voluntarios y grandes esfuerzos para garantizar la terapia universal.

## **Panel sobre experiencias de colaboración interprogramática TB/VIH. Presentación y discusión de los avances logrados en El Salvador, República Dominicana y México.**

*Moderador Dr. Rafael Mazín, OPS*

### **Experiencias de colaboración interprogramática TB/VIH en El Salvador**

En El Salvador la prevalencia de infección por VIH en la población general y en la subpoblación de las embarazadas muestra una tendencia al ascenso entre 2001 y 2003, de igual manera que la prevalencia de VIH en pacientes con tuberculosis que pasó de 5.1% a 7.2% en los mismos años. La prevalencia de TB en pacientes con VIH pasó de 5.6% a 10.3%

La implementación de actividades de colaboración TB/VIH se ha establecido como una prioridad del Programa de Control de TB en el país. Los retos más importantes en los cuales se está trabajando son la coordinación de estrategias conjuntas para los programas de SIDA/TB, la disminución de la prevalencia y tasas de mortalidad de la coinfección TB/VIH, el fortalecimiento del comité técnico de apoyo TB/VIH, evitar la resistencia a isoniazida por mal tratamiento en la quimioprofilaxis en pacientes VIH, mantener la toma de prueba de VIH en pacientes TB todas las formas y fortalecer la búsqueda de sintomáticos respiratorios en pacientes VIH.

Como resultado de los esfuerzos de los programas de TB y VIH/SIDA se han elaborado las normas de manejo clínico TB/VIH de manera conjunta, así como la conformación del comité TB/VIH, la contratación de personal médico exclusivo para TB/VIH, la capacitación de

personal médico y enfermeras de hospitales de tercer nivel de referencia en el manejo de coinfección, la aplicación de la prueba de VIH a todas las formas de tuberculosis y la asesoría externa internacional para el manejo de coinfección TB/VIH.

Estos resultados se han logrado gracias a la participación de múltiples actores gubernamentales, privados y no gubernamentales. Entre los actores gubernamentales que trabajan con el propósito de implementar las actividades de colaboración interprogramática TB/VIH se destacan la Dirección General de Centros Penales, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y el Ministerio de Salud Pública. Se recibe apoyo no gubernamental del Patronato Antituberculoso, las Promotoras de Salud, REDSAL, Prevensida, Médicos del Mundo y la Sociedad de Neumología. Adicionalmente, cuenta con apoyo técnico y financiero del Fondo Global, USAID, TBCTA, Banco Mundial, UNICEF, OPS/OMS y el Centro de Prevención y Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC).

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

La situación de la coinfección TB/VIH en República Dominicana continua siendo considerada un grave problema de salud pública. Los esfuerzos para implementar las actividades de colaboración interprogramática TB/VIH desde el año 2002 permiten ver importantes resultados. Aunque las tasas de incidencia de TB y de VIH muestran una tendencia al incremento en la década 1992-2002, más de VIH que de TB, el porcentaje de tuberculosis en pacientes con VIH ha disminuido de 18.4% en 2000 a 9% en 2003, hecho que pudiera encontrar explicación en el incremento de más de 10 veces en la oferta de quimioprofilaxis con isoniacida a los infectados por VIH. El porcentaje de pacientes con tuberculosis que resultan VIH positivos muestra una tendencia estacionaria entre 2000 y 2003, con 5.1% y 5.5% , respectivamente.

En República Dominicana se ha establecido una estrategia interprogramática TB/VIH que se ofrece en “Paquetes Esenciales” según el nivel de atención. El nivel de atención domiciliario y comunitario incluye actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con información, educación, consejería y apoyo emocional, además de la participación comunitaria en las actividades de la estrategia DOTS. En el nivel de atención primaria se incluye la oferta de pruebas voluntarias y consejería, diagnóstico y tratamiento del VIH. También en ese nivel se hace énfasis en las campañas de promoción y prevención con participación de actores sociales sensibilizados.

En el segundo nivel de atención se ofrecen servicios diagnósticos de confirmación de la infección por VIH, de tuberculosis y de las infecciones oportunistas relacionadas. Adicionalmente, se ofrece consejería integral, actividades de capacitación y de tratamiento y profilaxis para TB. El tercer nivel de atención hace énfasis en el manejo de las complicaciones de VIH y TB, así como en la capacitación del recurso humano en salud, participación en el diseño de normas y guías relacionadas con la coinfección. En los tres niveles de atención, de manera transversal, se enfatiza en el fortalecimiento de los sistemas de información, monitoreo y evaluación y en el desarrollo de investigaciones operativas.

Además del importante incremento de la cobertura de profilaxis de TB en infectados con VIH, se ha logrado también garantizar el suministro continuo de medicamentos para tratamiento de TB y se ha introducido la terapia ARV. Se ha aumentado el porcentaje de curación de TB en los casos de coinfección con la consecuente disminución de la mortalidad en la cohorte de pacientes BK positivos.

Con el propósito de expandir y fortalecer las actividades de colaboración interprogramáticas TB/VIH se ha propuesto ampliar la cobertura de atención integral VIH/SIDA a través de las Unidades de Atención Básica, incorporando el DOTS/TAES; formar un grupo de expertos en TB/VIH-SIDA, idealmente binacional (Haití-R. Dominicana); elaborar una guía de Atención en VIH-SIDA/TB y capacitar al personal de los diferentes niveles de atención en manejo de pacientes y consejería integral en TB/VIH-SIDA.

Para lograr estos objetivos se ha decidido implementar las estrategias conjuntas para TB/VIH-SIDA, según los tres escenarios propuestos en la “Estrategia Paso a Paso” sugerida por la OPS/OMS; promover la movilización social y abogacía en coinfección TB/VIH; introducir el manejo de la coinfección en los currículos de las universidades; fortalecer la Vigilancia Epidemiológica de la Coinfección TB/VIH-SIDA; garantizar el monitoreo y evaluación de las acciones interprogramática y desarrollar estudios de costos y gastos de la coinfección TB/VIH.

### **Actividades de Colaboración Interprogramáticas TB/VIH en México**

El porcentaje de pacientes con tuberculosis que cursa con infección por VIH ha mostrado un preocupante incremento en México entre 2001 y 2003, pasando de 1.0% a 1.9%. En 2003, el 7.3% de pacientes VIH fueron diagnosticados con tuberculosis.

El Ministerio de Salud, preocupado por esta situación, ha promovido acuerdos federales y estatales que faciliten la implementación de las actividades de colaboración interprogramáticas TB/VIH. Se identifican múltiples fortalezas para lograrlo, entre las cuales se destacan la existencia de normas específicas para VIH/SIDA, TB, Vigilancia Epidemiológica, Guías de Tratamiento ARV y TAES; un plan estratégico para VIH/SIDA y TB; coordinadores Estatales y Jurisdiccionales de ambos Programas; personal capacitado para seguimiento y control de pacientes; presupuesto asignado para ambos programas; servicios especializados para la Atención de Pacientes con VIH/SIDA; Comités Estatales de Farmacorresistencia (COEFA); Red TAES de Enfermería para TB; tratamiento estandarizado; estratificación de municipios de alto riesgo; autoridades sensibilizadas para el abordaje del binomio TB/VIH y vigilancia epidemiológica de ambos padecimientos.

Así mismo, se reconocen como debilidades la existencia de un presupuesto insuficiente, demora en la entrega de resultados de laboratorio, dificultades en la identificación y seguimiento de contactos, insuficiente personal para el manejo integral, subutilización de la información epidemiológica, subregistro y retraso en la notificación y la existencia de responsables Jurisdiccionales a cargo de más de un Programa.

Sin embargo, se identifican múltiples oportunidades que facilitarán la implementación del trabajo interprogramático. Entre las que más se resaltan están que la epidemia de VIH es concentrada, que existe detección de TB en personas con VIH y que se promueve la realización de la prueba voluntaria de VIH a las personas con TB. Por otro lado, se consideran como oportunidades el ofrecimiento de quimioprofilaxis a las personas con VIH, la regionalización de la red de laboratorios, la participación comunitaria, la existencia de unidades móviles para detección de TB y la red TAES de enfermería, así como el acceso al tratamiento antirretroviral para todas las personas diagnosticadas que lo requieran.

Entre las amenazas reconocidas para la implementación de las actividades de colaboración interprogramática se mencionan el estigma y la discriminación, la falta de adherencia al tratamiento, el incremento de la fármaco resistencia, la baja percepción de riesgo, los países colindantes con prevalencias mayores, la gran movilidad poblacional, el desempleo y el subsiguiente incremento de la pobreza, hacinamiento y desnutrición. También se destacan las localidades con difícil acceso, la demanda tardía de los servicios de salud y la presencia de grupos conservadores que limitan la difusión de medidas de prevención y control del VIH/SIDA.

Con el propósito de implementar y expandir las acciones interprogramáticas TB/VIH se ha llegado a algunos acuerdos federales, entre los cuales sobresalen la integración del Plan de Acción SIDA/TB, la revisión de las Normas, la elaboración de una Guía de Atención SIDA/TB, la capacitación a líderes clínicos y la asesoría permanente. Con este mismo fin, pero a nivel estatal, se ha acordado promover la integración de grupos estatales de trabajo, elaborar el diagnóstico situacional, instrumentar el plan a CERESOS y fortalecer la vigilancia epidemiológica.

Como resultado de estos esfuerzos federales y estatales se ha logrado la integración del Plan de Acción Nacional y de siete Estados de la República, se han realizado reuniones conjuntas del Comité de Atención del SIDA y de Líderes clínicos de TB para la elaboración de la Guía de Atención SIDA/TB, y se obtuvo el diagnóstico situacional del binomio TB/SIDA en 29 de 32 entidades federativas.

## **Plan de Acción: Metodología para su elaboración y seguimiento**

*Dra. Edwina Yen, OPS*

Está claramente definido que el abordaje de la problemática generada por la coinfección TB/VIH requiere un plan articulado que facilite el trabajo conjunto entre dos programas. Esta circunstancia interprogramática obliga a aplicar con un rigor más cuidadoso los estándares recomendados para el diseño, ejecución y seguimiento de los planes de acción. En primer lugar, se debe pretender que el instrumento sea concreto y útil, y que defina claramente el *qué, cómo, cuándo, quién* y los costos. Es necesario tener en cuenta las líneas estratégicas de ambos programas sin dejar de centrar el plan en el “factor humano”, tanto los profesionales de la salud como la comunidad.

No tener muchos antecedentes documentados sobre planes interprogramáticos en la Región es uno de los grandes desafíos que se enfrenta cuando se pretende diseñar un plan de acción para TB/VIH, además de reconocer una gran heterogeneidad en la Región y de grandes debilidades en los sistemas de salud vigentes con una fuerza laboral capacitada cada vez más escasa y con problemas de coordinación y comunicación. Sin embargo, existen algunas referencias que pueden ser útiles como guía en el momento de diseñar el plan de acción. Una de ellas es la propuesta del Plan Estratégico Regional del Programa de Tuberculosis para el 2005-2015 que cuenta con una línea estratégica relacionada con la coinfección TB/VIH, además de la Guía sobre Atención Integral para Latinoamérica y el Caribe de personas que viven con la coinfección TB/VIH (Estrategia Construyendo Paso a Paso) y los Objetivos estratégicos de la Iniciativa 3 x 5 de OMS.

Algunos ejemplos de *‘cómo’* implementar actividades de colaboración interprogramática TB/VIH incluyen la constitución de comités o la designación de coordinadores de TB/VIH a nivel distrital o comunitario, así como la conformación de grupos de trabajo de expertos en el manejo de TB/VIH, entre otras cosas para revisar y/o adaptar las normas o protocolos de los PNTs y PNSs. Buscar y dar tratamiento a casos de TB y dar profilaxis a las personas VIH positivas, a la vez que ofrecer a todo enfermo con TB consejería y prueba voluntaria son otros ejemplos de *‘cómo’*.

La representación de *‘quién’*, debe quedar claramente establecida en términos de funciones y responsabilidades de manera relacionada con los servicios o actividades correspondientes. Es necesario tener en cuenta que el recurso humano en salud trasciende a aquellos que desempeñan los roles tradicionales, y que la comunidad desempeña un papel cada vez más preponderante en el control de las enfermedades de interés en salud pública.

Adicionalmente, es necesario tener en cuenta los factores relacionados con los procesos de reformas del Sector Salud que se viene dando en un número importante de países de la Región y que generan cambios en lo relacionado con la modalidad de prestación de los servicios, con la descentralización y especialmente con la gestión de recursos humanos, la cual es de fundamental importancia en el desempeño de las actividades de control en TB y VIH/SIDA, dadas las condiciones singulares de estos programas que requieren la atención personalizada y supervisada en el proceso diagnóstico y terapéutico. El recurso humano debe estar motivado para trabajar en equipo con carácter multidisciplinario, y multifuncional con enfoque integral, haciendo énfasis en el desarrollo y evaluación por competencias y tratando de eliminar las grandes brechas en formación.

En el momento de diseñar los planes de acción es importante considerar los principios fundamentales que garanticen que las actividades de colaboración interprogramática TB/VIH-SIDA fortalezcan el sistema de salud, aseguren el máximo aprovechamiento de los recursos ya disponibles y de todas las oportunidades para integrar las actividades de prevención con las de atención.

## Anexos

### Anexo 1: Agenda de la Reunión



## IIª Reunión Regional sobre Actividades de Colaboración Interprogramáticas TB/VIH

(Ciudad de México, DF, México, 9–10 septiembre 2004)

### Primer día, 9 septiembre 2004

#### Situación epidemiológica, presentación de la experiencia de países

- 14:00 Registro de los participantes y entrega de documentación
- 14:30 Bienvenida a los participantes. Autoridades del Ministerio de Salud de México, Representante OPS/OMS México, Asesor Regional de Tuberculosis OPS, WDC, Asesor Regional VIH/SIDA OPS, WDC
- 14:50 Revisión de los objetivos y metodología de la reunión. Dra. Pilar Ramón-Pardo. OPS WDC
- 15.00 Caracterización de la situación epidemiológica de la coinfección (situación epidemiológica y análisis del contexto programático, político, gerencial y administrativo).  
Dra. Mirtha del Granado y Dr. Rafael Mazín, OPS WDC.
- 16.00 Experiencias exitosas de colaboración interprogramática TB/VIH. Dr. Fabio Scano, OMS
- 16.20 Presentación y discusión de los avances logrados, planes de acción concertados en agosto de 2003 y actividades colaborativas implementadas. Trabajo en mesas de discusión.  
Facilitación de Dr. Fabio Scano, Dra. Teresa Broers, Dr. Rafael Mazín, Dra. Mirtha del Granado, Dra. Edwina Yen y Dr. Alfonso Tenorio
- 17.15 Continuación del trabajo en mesas de discusión. Presentación de conclusiones por grupos.  
Jefes PNT Países y facilitadores.

### Segundo día, 10 septiembre 2004

#### Vigilancia epidemiológica y planes de acción

- 8:30 Anuncios y presentación de la agenda del segundo día. OPS-México
- 8:40 Vigilancia epidemiológica de la seroprevalencia VIH en pacientes con tuberculosis. Dr. Fabio Scano. OMS
- 9.10 Integración de la vigilancia epidemiológica de segunda generación en los PNTs.  
Dra. Paloma Cuchi, OPS/WDC
- 9.40 Implementación operativa de la Estrategia "Paso a Paso" de actividades de colaboración TB/VIH.  
Dra. Pilar Ramón-Pardo OPS/WDC
- 10.30 Un ejemplo de integración interprogramática: Protocolos de manejo de la coinfección.  
Dr. Rafael Mazín, OPS/WDC
- 11.00 Panel sobre experiencias de colaboración interprogramática TB/VIH.  
Presentan El Salvador, R. Dominicana, México y Honduras. Modera Dr. Rafael Mazín OPS WDC
- 13:30 Plan de Acción: Metodología para su elaboración y seguimiento. Dra. Edwina Yen, OPS/WDC
- 14:00 Elaboración de Planes de acción para implementar las actividades de colaboración y la Estrategia Construyendo Paso a Paso de acuerdo a la estratificación de países.  
Facilitadores: Dra. Edwina Yen, Dra. Pilar Ramón, Dr. Fabio Scano.
- 16:50 Presentación de planes de acción para el bienio 2004–2005. Jefes PNT y PN de SIDA
- 17:30 Conclusiones finales y clausura. Entrega de certificados.

*Anexo 2: Planes de Acción 2004–2005*



**PLANES DE ACCIÓN PRELIMINARES POR PAÍSES  
PARA LAS ACTIVIDADES DE COLABORACIÓN INTERPROGRAMÁTICAS DE  
TB-VIH/SIDA:**

**PERÍODO**

**OCTUBRE 2004 A SEPTIEMBRE 2005**



**PLAN DE ACCIÓN PRELIMINAR PARA LAS ACTIVIDADES DE COLABORACIÓN INTERPROGRAMATICAS DE  
TB-VIH/SIDA:  
PERÍODO OCTUBRE 2004 A SEPTIEMBRE 2005  
(BELICE)**

No.	Resultados esperados	Indicadores	Actividades	Plazo			Responsable
				<i>Corto</i> < 6 <i>meses</i>	<i>Med.</i> 6 a 12 <i>meses</i>	<i>Largo</i> > 1 <i>año</i>	
1	Crear un equipo de trabajo TB/HIV	Reunión mensual documentada	Desarrollar normas, guías y estrategias de trabajo		x		PNT  PNS
2	Términos de referencia para el grupo de trabajo	Determinar el papel y responsabilidad a jugar por cada miembro, definirlo y documentarlo	MOH (Programa de TB, HIV y especialistas).		x		PNT  PNS

PNT Programa Nacional de TB, PNS Programa Nacional de VIH-SIDA

**PLAN DE ACCIÓN PRELIMINAR PARA LAS ACTIVIDADES DE COLABORACIÓN INTERPROGRAMATICAS DE  
TB-VIH/SIDA:  
PERÍODO OCTUBRE 2004 A SEPTIEMBRE 2005  
(BRASIL)**

No.	Resultados esperados	Indicadores	Actividades	Plazo			Responsable
				Corto < 6 meses	Med. 6 a 12 meses	Largo > 1 año	
1	Técnicos e coordenadores com plano preliminar conhecido		Promover reuniao com coordenadores e técnicos do PNCT e PNDST-Aids para discussao sobre o Encontro TB-HIV no México e as propostas	X			PNT  PNS
2	Comitê deliberativo criado		Criar o Comitê deliberativo de coinfeccao  INTERSETORIAL		X		PNT
3	Comitê consultivo criado		Criar o Comitê consultivo de coinfeccao				PNT

No.	Resultados esperados	Indicadores	Actividades	Plazo			Responsable
				Corto < 6 meses	Med. 6 a 12 meses	Largo > 1 año	
4	Plano discutido	Numero de oficinas realizadas	Discutir o plano com os comites deliberativos e consultivos em oficinas		x		PNT PNS
5	Enfermeiros capacitados em PPD	N. de enfermeiros capacitados	Capacitar enfermeiros na leitura do PPD em locais piloto que atendem TB e HIV previamente selecionados		X		PNT PNS
6	Técnicos de nível superior capacitados em aconselhamento		Capacitar profissionais de nível superior em aconselhamento e testagem do HIV.	X			PNS
7	Plano aprovado pelo CONASS e ONASEMES	1 reuniao da CIT	Apresentar plano ao CONASS e ONASEMES		x		PNT PNS

No.	Resultados esperados	Indicadores	Actividades	Plazo			Responsable
				Corto < 6 meses	Med. 6 a 12 meses	Largo > 1 año	
8	Servicos de atencao HIV-AIDS com DOTS implantado	Numero de usuarios em DOTS	Supervisionar sitios seleccionados em DOTS		X		PNT PNS
9	Material editado	Material distribuido aos services de saude	Editar IEC material educativo, folders, cartazes		X		PNT PNS
10	Aumento da deteccáo de casos de TB em pessoas com HIV AIDS	Numero de casos detectados pelos SAEs	Aumentar a busca de casos de TB em pessoas com HIV AIDS		X		PNT PNS
11	RH dos SAE capacitados	Numero de profissionais dos SAE capacitados	Capacitacao do RH dos SAE em TB		X		PNT PNS
12	Atividade de busca normatizada e publicada	Fluxograma desenhado	Normatizar a busca de casos de TB em pacientes HIV positivo suspeitos de TB		X		PNT PNS

No.	Resultados esperados	Indicadores	Actividades	Plazo			Responsable
				Corto < 6 meses	Med. 6 a 12 meses	Largo > 1 año	
13	Guia editado e publicado	Numero guias distribuidos aos SS	Editar guia de Aconselhamento e Testagem de HIV dirigido a prof. Da Atencao Primaria	X			PNT PNS
14	Plano Monitorizado e Avalado	Numero de reunioes de Monitoreo e Evaluacion	Monitorar e Evaluar el Plan		X		PNT PNS
15	Informacao Documentada e Publicada	Numero de publicacoes	Recopilar para documentar Status da co-infeccao, de TB em TAR e mortalidade		X		PNT PNS

**PLAN DE ACCIÓN PRELIMINAR PARA LAS ACTIVIDADES DE COLABORACIÓN INTERPROGRAMATICAS DE  
TB-VIH/SIDA:  
PERIODO OCTUBRE 2004 A SEPTIEMBRE 2005  
(CAREC)**

No.	Resultados esperados	Indicadores	Actividades	Plazo			Responsable
				Corto < 6 meses	Med. 6 a 12 meses	Largo > 1 año	
1	Crear un grupo de trabajo TB/VIH	Resumen de reunión	Trabajar con PNS y TB para determinar la composición del grupo y consolidarlo	X			PNT PNS
2	Documentar normas de TB/VIH	Documento aprobado de normativas	Sensibilizar a los dirigentes, partes del grupo con los problemas de TB y HIV.	X			PNT PNS
3	Establecer normas y procedimientos estándares	Manuales y otros protocolos	Desarrollar/ revisar los protocolos estándares		X		PNT PNS
4	Grupo conjunto de entrenadores entrenados	Entrenamiento en metodología, materiales para entrenamiento, guías de monitoreo y evaluación y desarrollar plan de educación	Desarrollar materiales de entrenamiento y llevar a cabo el entrenamiento			X	PNT PNS

**PLAN DE ACCIÓN PRELIMINAR PARA LAS ACTIVIDADES DE COLABORACIÓN INTERPROGRAMATICAS DE  
TB-VIH/SIDA:  
PERÍODO OCTUBRE 2004 A SEPTIEMBRE 2005  
(COSTA RICA)**

No.	Resultados esperados	Indicadores	Actividades	Plazo			Responsable
				Corto < 6 meses	Med. 6 a 12 meses	Largo > 1 año	
1.	Conocer la situación epidemiológica de la coinfección VIH/SIDA-TB	Diagnóstico situacional realizado	Implementar el diagnóstico situacional de la coinfección VIH/SIDA-TB		X		Comisión Nacional VIH/SIDA-PNT
2.	Guía implementada en los tres niveles de gestión.	Guía elaborada y divulgada.	Elaboración de la Guía Operativa para el Abordaje Integral del paciente coinfectado.	X			Comisión Nacional VIH/SIDA-PNT
3.	Personal de salud sensibilizado en los tres niveles de gestión.	Personal de salud capacitado.	Capacitación del personal de salud en los tres niveles de gestión en la Guía Operativa para el Abordaje Integral del paciente coinfectado.		X		Comisión Nacional VIH/SIDA-PNT
4.	Personal del sector público y privado sensibilizado.	Personal del sector público y privado capacitado.	Capacitación al personal intersectorial (sector público y privado, comunidad).		X		Comisión Nacional VIH/SIDA-PNT

**PLAN DE ACCIÓN PRELIMINAR PARA LAS ACTIVIDADES DE COLABORACIÓN INTERPROGRAMATICAS DE  
TB-VIH/SIDA:  
(PERÍODO OCTUBRE 2004 A SEPTIEMBRE 2005)  
(EL SALVADOR)**

No.	Resultados esperados	Indicadores	Actividades	Plazo			Responsable
				Corto < 6 meses	Med. 6 a 12 meses	Largo > 1 año	
1	Plan Conjunto de la coinfección TB-VIH elaborado, divulgado a nivel nacional.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Plan revisado.</li> <li>2. Plan aprobado.</li> <li>3. Plan divulgado a nivel nacional.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión y adecuación con los equipos de nivel central, Comités Técnicos, SIBASI y local.</li> <li>• Divulgar plan de acción a las autoridades.</li> <li>• Divulgar plan a nivel nacional, a instituciones gubernamentales, ONGs, Cooperación Internacional.</li> <li>• Monitoreo, supervisión y evaluación de las actividades del plan.</li> </ul>	X  X	  X	   X	PNT PNS
2	Pacientes manejados según normas establecidas para la coinfección.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes Diagnosticados con TB y VIH.</li> <li>• Pacientes Dx. Con VIH y TB.</li> <li>• Pacientes Curados de TB.</li> <li>• PVVS con QP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IEC de la coinfección.</li> <li>• Diagnostico precoz y oportuno de la coinfección.</li> <li>• Tratamiento precoz y oportuno de la coinfección.</li> <li>• Seguimiento, reporte e información oportuna.</li> </ul>	X  X X			PNT PNS



No.	Resultados esperados	Indicadores	Actividades	Plazo			Responsable
				Corto < 6 meses	Med. 6 a 12 meses	Largo > 1 año	
5.	Recurso humano capacitado y motivado en el manejo de la coinfección.	Número de recursos humanos capacitados y motivados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diseño y desarrollo de un plan de formación de recursos interdisciplinario en el manejo de la coinfección en los diferentes niveles de atención.</li> </ul>	X	X		PNT PNS
6.	Sistema de vigilancia de la coinfección TB-VIH/SIDA, diseñado e implementado.	Información confiable y oportuna en los periodos establecidos por los dos programas, suficientes y relevantes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisar y actualizar instrumentos de captura de datos.</li> <li>Diseñar un sistema de información mecanizado conjunto.</li> <li>Implementar un sistema de información mecanizado conjunto.</li> </ul>	X	X	X	PNT PNS

**PLAN DE ACCIÓN PRELIMINAR PARA LAS ACTIVIDADES DE COLABORACIÓN INTERPROGRAMATICAS DE  
TB-VIH/SIDA:  
PERÍODO OCTUBRE 2004 A SEPTIEMBRE 2005  
(GUATEMALA)**

No.	Resultados esperados	Indicadores	Actividades	Plazo			Responsable
				Corto < 6 meses	Med. 6 a 12 meses	Largo > 1 año	
1.	Grupo coordinador TB\VIH formado	Grupo coordinador funcionando	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Convocatoria de partes interesadas</li> <li>2. Sensibilización de autoridades</li> <li>3. Asignación de responsabilidades</li> </ol>	X			PNT PNS
2.	Sistema de vigilancia epidemiológica TB/VIH funcionando	Desarrollo de un sistema de informe y registro de casos y actividades de acciones de localización de casos VIH entre población de TB, y de casos de TB entre población de VIH/SIDA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnóstico de la situación de la coinfección</li> <li>2. Desarrollo de sistema único de registro e información</li> </ol>	X			PNT PNS
3.	Informe periódico de casos detectados y las actividades realizadas	Informes de monitoreo y evaluación	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desarrollo de plan de monitoreo y supervisión</li> <li>2. Recolección de informes de áreas de salud</li> <li>3. Análisis de información</li> </ol>		X		PNT PNS

No.	Resultados esperados	Indicadores	Actividades	Plazo			Responsable
				Corto < 6 meses	Med. 6 a 12 meses	Largo > 1 año	
4.	Planes de trabajo	Minutas	Sesiones de trabajo	X			PNT PNS
5.	Incremento en el número de casos de TB detectados	Aumento de la proporción de casos de TB detectados en servicios de salud	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Refuerzo del TAES</li> <li>2. Extensión cobertura</li> </ol>				PNT PNS
6.	Se redujo el número de casos de TB entre población de VIH/SIDA	Número y porcentaje de casos en quimioprofilaxis	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordinación de referencia y contrarreferencia de casos</li> <li>2. Gestión de recursos</li> </ol>				PNT PNS
7.	Se aumentó el número de RRHH capacitado en consejería.	Porcentaje de RRHH capacitado.	Plan de capacitación progresiva.		X		PNT PNS
8.	Se aumentaron acciones de IEC	Número de servicios por niveles ejecutando acciones de IEC.	Desarrollo de plan de IEC por niveles de atención		X		PNT PNS

**PLAN DE ACCIÓN PRELIMINAR PARA LAS ACTIVIDADES DE COLABORACIÓN INTERPROGRAMATICAS DE  
TB-VIH/SIDA:  
PERIODO OCTUBRE 2004 A SEPTIEMBRE 2005  
(HAÏTÍ)**

No.	Resultados esperados	Indicadores	Actividades	Plazo			Responsable
				Corto < 6 meses	Med. 6 a 12 meses	Largo > 1 año	
1.	Mise sur pied d'un Comité TB/VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comité existant</li> <li>• Membres désignés</li> </ul>	Réunions régulières selon une périodicité définie	X			PNT
2.	Diffusion du plan de travail au CCM, aux partenaires et aux départements sanitaires	Connaissance du plan par les acteurs	Réunions de partage et discussions	X			PNT PNS
3.	Cartographie conjointe des deux programmes	Disponibilité de la carte au niveau des deux programmes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appel d'offre pour un Consultant</li> <li>• Séances de travail avec le Consultant</li> </ul>	X			PNS

No.	Resultados esperados	Indicadores	Actividades	Plazo			Responsable
				Corto < 6 meses	Med. 6 a 12 meses	Largo > 1 año	
4.	Révision des normes de TB et de VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nouveaux protocoles diffusés</li> <li>• Chimio prophylaxie anti-tb</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comité scientifique</li> <li>• Ateliers de travail</li> <li>• Elaboration de guides et de fiches techniques</li> </ul>		X		PNT PNS
5.	Surveillance épidémiologique conjointe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de cas de TB notifiés</li> <li>• Nombre de cas de TB notifiés à qui on a offert un test VIH</li> <li>• Cas de VIH/SIDA ayant d'un test pour la Tuberculose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préparation des outils de collecte</li> <li>• Choix de 12 sites</li> <li>• Formation du personnel</li> <li>• Achat de test</li> <li>• Enquete de séro-prévalence</li> </ul>		X		PNT PNS
6.	Mise sur pied d'un plan conjoint IEC	Disponibilité du plan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réunions de travail</li> <li>• Elaboration du plan</li> <li>• Diffusion du plan</li> </ul>		X		PNT PNS

**PLAN DE ACCIÓN PRELIMINAR PARA LAS ACTIVIDADES DE COLABORACIÓN INTERPROGRAMATICAS DE  
TB-VIH/SIDA:  
PERIODO OCTUBRE 2004 A SEPTIEMBRE 2005  
(HONDURAS)**

No.	Resultados esperados	Indicadores	Actividades	Plazo			Responsable
				Corto < 6 meses	Med. 6 a 12 meses	Largo > 1 año	
1	Coordinación interprogramática fortalecida	No. de reuniones de coordinación realizada	Organización y ejecución de reuniones con jefes y técnicos de ambos programas para el diseño de un plan conjunto para la atención integral de la persona con coinfección VIH-TB	X			PNT PNS
2	Personal técnico de programas regionales sensibilizados y coordinando acciones	No. de reuniones de coordinación	Una reunión de coordinación interprogramática con personal técnico y coordinadores regionales	X			PNT PNS
3	Planes de acción nacional y regionales elaborado conjuntamente	No. de planes de acción conjunta elaborados	Una reunión de revisión de planes de ambos programas Una reunión de concertación y elaboración de planes conjuntos	X X			PNT PNS

No.	Resultados esperados	Indicadores	Actividades	Plazo			Responsable
				Corto < 6 meses	Med. 6 a 12 meses	Largo > 1 año	
4	Normas de ambos Programas revisadas	No. de Normas revisadas	Revisión y actualización de integración de las Normas de ambos Programas		X		PNT PNS
5	Personal institucional capacitado en el manejo de las normas	No. de personas capacitadas No. de personas implementando las nuevas normas	Capacitación en servicio del personal institucional		X		PNT PNS
6	Sistema de información de ambos programas revisado e implementado	No. de formularios revisados y socializados No. de USL informando adecuadamente ambos programas	Revisión de formularios de ambos programas Implementación de los nuevos formularios en todas las USL		X		PNT PNS
7	Red de consejería de ambos programas integrada	No. de consejeros(as) brindando atención integral de ambos programas	Capacitación y actualización de la red de consejería		X		PNT PNS

No.	Resultados esperados	Indicadores	Actividades	Plazo			Responsable
				Corto < 6 meses	Med. 6 a 12 meses	Largo > 1 año	
8	Supervisión, monitoreo y evaluación de los planes elaborados	No. de reuniones de monitoreo y evaluación realizadas	Reuniones de monitoreo y evaluación trimestrales	X	X	X	PNT PNS
9	Sociedad civil organizada trabajando coordinadamente en ambos programas	No. de organizaciones de la sociedad civil coordinando acciones con ambos programas	Reuniones de coordinación con organismos de la sociedad civil		X		PNT PNS



**PLAN DE ACCIÓN PRELIMINAR PARA LAS ACTIVIDADES DE COLABORACIÓN INTERPROGRAMÁTICAS DE  
TB-VIH/SIDA:  
PERIODO OCTUBRE 2004 A SEPTIEMBRE 2005  
(MÉXICO)**

No	Resultados esperado	Indicadores	Actividades	Plazo			Responsable
				Corto < 6 meses	Med. 6 a 12 meses	Largo > 1 año	
1	Un documento por entidad federativas con el diagnóstico del Binomio TB/VIH	Diagnóstico Estatal del Binomio completo, enviado a nivel Federal la última semana de Marzo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Convocatoria a reunión a las distintas áreas involucradas por el Director de los Servicios de Salud.</li> <li>Elaboración de un documento acorde con la guía enviada</li> </ul>	X	X		Director de los Servicios de Salud PNT PNS
2	Capacitación técnica y humanística para el personal de salud involucrado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cursos realizados de los programados.</li> <li>Responsables que asisten a los cursos de los convocados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollo de cursos por el nivel federal (dos veces por año)</li> <li>Desarrollo de cursos de contenido técnico y humanístico para el personal de salud en la entidad.</li> </ul>		X  X		PNT PNS
3	Coordinación de acciones entre las áreas involucradas	Oportunidad en la disponibilidad de insumos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realización de reuniones para programación de insumos acorde con el diagnóstico actual del binomio (CD4, Carga</li> </ul>	X	X		PNT PNS

No	Resultados esperado	Indicadores	Actividades	Plazo			Responsable
				Corto < 6 meses	Med. 6 a 12 meses	Largo > 1 año	
			Viral, PCR, Baciloscopia, ELISA, W.B, TB en VIH mediante BAAR y cultivo). <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adquisición oportuna de los insumos</li> <li>• Control logístico oportuno y coordinado</li> </ul>	c/mes  c/mes			
4	Detectar casos de SIDA/TB en grupos con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad	Detecciones realizadas contra las esperadas	Tamizaje de VIH a los grupos vulnerables que tienen TB y tamizaje de TB a los grupos vulnerables con VIH		X		PNT PNS
5	Integrar una red de líderes clínicos a nivel estatal (puede ser a través del Comité Estatal de Farmacorresistencia o del CEVE)	Médicos integrados a la Red	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convocatoria a reunión a los líderes clínicos para darles a conocer el plan de acción y mecanismos de operación</li> <li>• Asesoría permanente al personal médico tratante para aquellos casos que así lo requieran</li> </ul>				Director de los Servicios de Salud.
6	Seguimiento integral de pacientes en tratamiento SIDA/TB	Seguimiento integral de pacientes en tratamiento SIDA/TB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión y registro permanente de casos</li> <li>• Monitorear la presencia de efectos adversos a medicamentos para el tratamiento de SIDA/TB</li> </ul>		X		PNT PNS  Médicos tratantes

No	Resultados esperado	Indicadores	Actividades	Plazo			Responsable
				Corto < 6 meses	Med. 6 a 12 meses	Largo > 1 año	
7	Orientación y apoyo al paciente con SIDA/TB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Casos diagnosticados y notificados en el mismo año</li> <li>Defunciones aclaradas</li> <li>Responsables de los Programas con información del binomio</li> <li>Instituciones informadas sobre el Plan de Acción</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Notificación oportuna de casos</li> <li>Ratificar o rectificar las defunciones con base en el SEED</li> <li>Intercambio de información</li> <li>Informar sobre el Plan de Acción Estatal en reuniones del CEVE</li> </ul>		X  X  X  X		Epidemiólogos  PNT PNS
8	Integración de alianzas	Actores involucrados	Coordinación de Responsables Jurisdiccionales para capacitar a líderes comunitarios sobre SIDA-TB en Izamiento de Bandera Blanca		X		PNT PNS
9	Evaluación	Informes trimestrales con análisis y recomendaciones	Análisis de información y evaluación del cumplimiento de metas	X			PNT PNS

**PLAN DE ACCIÓN PRELIMINAR PARA LAS ACTIVIDADES DE COLABORACIÓN INTERPROGRAMATICAS DE  
TB-VIH/SIDA:  
PERIODO OCTUBRE 2004 A SEPTIEMBRE 2005  
(REPÚBLICA DOMINICANA)**

No	Resultados esperado	Indicadores	Actividades	Plazo			Responsable
				Corto < 6 meses	Med. 6 a 12 meses	Largo > 1 año	
1.	Política de acción conjunta de VIH/SIDA y TB (Compromiso político)	Resolución ministerial que compromete a ambos programa a trabajar de manera conjunta.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reuniones con las autoridades nacionales</li> <li>2. Actualizar los comités nacionales de coinfección.</li> <li>3. Elaborar agenda de trabajo a corto plazo</li> <li>4. Realizar el análisis situacional y de respuesta de la coinfección con los datos que se disponen.</li> </ol>	X			PNT PNS
2.	Prevalencia de VIH en pacientes con TB.	% prevalencia de VIH en pacientes con TB.	Ejecutar el estudio de seroprevalencia de VIH en pacientes con TB	X			PNT PNS
3.	El país dispone de Guías de Atención en VIH/SIDA-TB elaboradas	Guías de Atención de VIH/SIDA-TB elaboradas y validadas.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reuniones de trabajo para la elaboración de guías nacionales para la atención de la coinfección.</li> <li>2. Taller de validación de las guías nacionales para la atención de la coinfección</li> <li>3. Publicación de las guías nacionales.</li> </ol>		X		PNT PNS

No	Resultados esperado	Indicadores	Actividades	Plazo			Responsable
				Corto < 6 meses	Med. 6 a 12 meses	Largo > 1 año	
4.	Existe sistema de vigilancia de la coinfección establecido	Sistema Nacional de Vigilancia de la Coinfección	1. Selección los indicadores a utilizar para la vigilancia de la coinfección 2. Identificar y validar el flujo de información, instrumentos a utilizar 3. Elaboración de bases de datos electrónicas.		X		PNT PNS
5.	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	1. Plan de capacitación en la estrategia DOTS/TAES para unidades de atención integral.		X	X	PNT PNS
6.	Por lo menos el 80 % del personal de las UNAPS, CD y UAB han sido capacitado en el manejo y consejería de TB-VIH/SIDA.	% de UNAPS, CD y UAB capacitado en el manejo y consejería de TB-VIH/SIDA.	1. Elaborar material de capacitación. 2. Elaborar el Plan de capacitación 3. Ejecutar el plan de capacitación		X	X	PNT PNS
7.	Los pacientes con TB y VIH/SIDA tienen acceso a terapia ARV.	% 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. Capacitación en consejería de VIH/SIDA al personal de TB 3. Capacitación en TB al personal de las unidades de atención integral de VIH.		X	X	PNT PNS

No	Resultados esperado	Indicadores	Actividades	Plazo			Responsable
				Corto < 6 meses	Med. 6 a 12 meses	Largo > 1 año	
8.	Población informada sobre coinfección y los servicios que se ofrecen.	Número de personas informadas en la coinfección.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaborar y difundir materiales para información sobre coinfección y formas de prevenirlos (afiches, brochures)</li> <li>2. Inclusión de la coinfección en las celebraciones de los días mundiales de TB y de VIH/SIDA.</li> <li>3. Incorporación de la coinfección en el currículo de las universidades y programas técnicos.</li> <li>4. Entrenamiento de internos de pregrado del Área de la Salud.</li> <li>5. Campaña de comunicación y concientización de la coinfección en los medios masivos.</li> </ol>	X	X		PNT PNS
				X	X		
						X	
						X	
						X	

**PLAN DE ACCIÓN PRELIMINAR PARA LAS ACTIVIDADES DE COLABORACIÓN INTERPROGRAMATICAS DE  
TB-VIH/SIDA:  
PERIODO OCTUBRE 2004 A SEPTIEMBRE 2005  
(VENEZUELA)**

No.	Resultados esperados	Indicadores	Actividades	Plazo			Responsable
				Corto < 6 meses	Med. 6 a 12 meses	Largo > 1 año	
1	Grupo coordinador interprogramático constituido	Reuniones realizadas	Reuniones de coordinación interprogramáticas	X			PNT PNS
2	Estrategias de colaboración formuladas	Documento presentado a las autoridades	Reuniones de diseño de estrategias conjuntas		X		PNT PNS
3	Sistema de vigilancia de la coinfección implantado	Documento del sistema de vigilancia	Reuniones para el diseño del sistema		X		PNT PNS
4	Normas para el manejo de la coinfección elaboradas y, editadas y publicadas	Documento de norma publicado	Reuniones con: PNT, PN VIH-SIDA, Sociedad de neumonología, Sociedad de infectología, ONGs		X		PNT PNS
5	Implantación de las normas en los estados	Equipos coordinadores de TB y VIH-SIDA en todos los estados capacitados	Capacitación de los coordinadores de TB y VIH-SIDA en todos los estados			X	PNT PNS

## Anexo 3: Acuerdos



### Acuerdos de la IIª Reunión Regional sobre Actividades de Colaboración Interprogramáticas TB/VIH

(Ciudad de México, 9 y 10 de septiembre 2004)

---

#### Países participantes

↗ Belice	↗ México
↗ Brasil	↗ Panamá
↗ Costa Rica	↗ Perú
↗ El Salvador	↗ República Dominicana
↗ Guatemala	↗ Uruguay
↗ Haití	↗ Venezuela
↗ Honduras	↗ CAREC

Tras el análisis del grado de cumplimiento de los planes de trabajo concertados en el 1ª Taller de actividades de colaboración interprogramática TB /VIH celebrado en San Pedro Sula, Honduras, en agosto de 2003, y tras el trabajo conjunto de los Programas Nacionales de Tuberculosis y Sida de cada uno de los países, se llegó a los siguientes acuerdos:

1. **Fortalecer los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica TB/VIH**, con base en la evaluación de la situación o revisión de la información existente. OPS/OMS ofrecerá apoyo técnico para diseño de protocolos, talleres de capacitación y de consenso. La traducción, publicación y diseminación de las Guías de Vigilancia Epidemiológica de la coinfección TB/VIH realizadas por la OMS, así como su posible incorporación a módulos de capacitación será efectuada en colaboración entre los programas regionales de TB y de VIH / SIDA.
  - **Diseminar la información sobre la coinfección TB/VIH a nivel regional**, a través del Boletín Epidemiológico del Programa de VIH / SIDA
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.** De esta manera se podrá recopilar las experiencias de país y realizar un apoyo directo para la descentralización de las actividades de colaboración TB / VIH.
3. **Desarrollo o adaptación de las Guías de Manejo Integral para la persona viviendo con VIH/TB.** Estas guías han de cubrir desde la consejería y prueba voluntaria, hasta cuidados paliativos. Dentro de estas guías se han de desarrollar



algoritmos de manejo clínico, y se han de mencionar los sistemas de referencia y contra-referencia entre los servicios de salud de TB y VIH. Estas guías serían de carácter nacional.

4. **Identificar y aplicar estrategias innovadoras para fortalecer la capacidad de recursos humanos a nivel local.** Ejemplos de las mismas son los talleres de capacitación de capacitadores para realizar una expansión rápida del manejo de tratamiento antirretroviral en pacientes con tuberculosis o los cursos a distancia a través de Internet.
5. **Abogacía a nivel regional por parte de OPS para lograr compromiso político en la lucha contra la coinfección TB/VIH,** en las diferentes reuniones ministeriales u oportunidades que se ofrezcan.
6. **Revisar el Plan Estratégico Regional del Programa de TB (2005–2010)** tomando en consideración las evidencias comunicadas, conclusiones y recomendaciones de esta reunión.
7. **Dar seguimiento a estos acuerdos en el III Foro Latinoamericano de VIH/SIDA,** que se celebrará en Santiago de Chile en abril del 2005.

## Anexo 4. Listado de Participantes

Nombre	Pais	Cargo
Alexis J. Guilarte	Venezuela	Jefe PNT
Alma Yanina Quezada	El Salvador	Colaborador Técnico
Arturo González Delgado	México	Jefe Departamento TB
Carlos Cruz Palacios	México	Médico Especialista
Cecilia Lyons de Arango	Panamá	Coordinadora Nacional PNT
Francisco Cerezo	Guatemala	Jefe Programa TB
Gladys Alicia Herrera	Panamá	Jefa Programa Nal ITS/VIH/SIDA
Graciela Núñez Navarrete	México (Morelos)	Coord. Programa Micobacteriosis
Grisella Hernández	México	Directora Atención VIH-SIDA
Inés Méndez Moguel	Belice	Coordinadora PN VIH-SIDA/TB
Julio Garay Ramos	El Salvador	Jefe Programa de TB
Lilia Marín Vásquez	México	Jefe Dpto de Vigilancia Epid. de TB
Lucía del Refugio Reyes	México	Jefa Dpto Epidemiología Zacatecas
Lucila Villegas Icazbalceta	México	Médico
Marco A. Mena	Guatemala	Subdirector PNS
María Hoy	México	Epidemióloga
María Luisa Estrada Carrillo	México (Morelos)	Responsable Prog. VIH/SIDA ITS
Marlene Francis	Trinidad/CAREC	TB/LEP Coordinadora
Martha González González	Mexico	Presidenta Nal Red TAES Enfermería
Odalís García Trujillo	Honduras	Técnica Dpto ITS/VIH/SIDA
Susana Balandrano Campos	México	Jefe de Laboratorio Micobacterias
Teresita Solano	Costa Rica	Jefe Vigilancia Epidemiológica
Tomasa Sierra Pineda	Honduras	Encargada PNT
Vary Jacquet	Haití	Encargado PNT
Zeidy L Mata A.	Costa Rica	Responsable PNT
Zelindaveth García Ituarte	México	Responsable Programa TB

FACILITADORES		
Mirtha del Granado	OPS / WDC	Asesora Regional TB, OPS
Fabio Scano	OMS	Programa TB-VIH OMS
Rafael Mazín	OPS / WDC	Asesor Regional VIH-SIDA OPS
Teresa Broers	OPS / WDC	Residente Programa VIH-SIDA OPS
Matías Villatoro	OPS / WDC	Residente Programa TB OPS/WDC
Andrés Hernández	OPS / WDC	Residente Programa TB OPS/WDC, Ministerio de Salud de México
Alfonso Tenorio	OPS / WDC	Residente Programa TB OPS/WDC, Universidad del Cauca, Colombia
Juan Carlos Millán	OPS Perú	Consultor OPS
Edwina Yen	OPS / WDC	Consultora Unidad RRHH OPS
Pilar Ramón-Pardo	OPS / WDC	Consultora Programa TB OPS/WDC
Paloma Cuchí	OPS / WDC	Asesora Regional VIH-SIDA OPS
José Figueroa	OMS	Punto Focal TB OMS
Raimond Armengol	OPS El Salvador	Consultor OPS

PNT: Programa Nacional de Tuberculosis, PNS: Programa Nacional de Sida  
 OPS/WDC: Oficina de la Organización Panamericana de la Salud en Washington DC  
 ITS: Infecciones de Transmisión Sexual.