



Situación de la implementación de las actividades de colaboración TB-VIH en las Américas

**Resultados de una encuesta en los países de la Región
2012**

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento a todos los países de Latinoamérica y el Caribe y especialmente a los programas nacionales de Tuberculosis y VIH/SIDA que proveyeron datos a la OPS/OMS y respondieron la encuesta. Sin su contribución y esfuerzo no hubiera sido posible elaborar este informe. Asimismo, a los puntos focales de TB y VIH de las oficinas de país de la OPS que facilitaron la recolección y revisión de los datos nacionales.

De igual manera agradecemos la colaboración de Cleophas D'Auberge quien participó en la elaboración del formato de la encuesta y de Nosheen Ahmad quien apoyó en la compilación de datos.

El presente informe fue elaborado mediante una consultoría por el Dr. Omar Sued en coordinación con el Dr. Rafael López del Programa Regional de TB de la OPS. Existe una versión en inglés de este documento.

Tabla de contenidos

Abreviaturas.....	4
Resumen ejecutivo.....	5
Introducción y objetivos	7
Metodología.....	7
Contexto epidemiológico	8
Resultados de la Encuesta por Actividad de Colaboración	11
A. Establecer mecanismos de colaboración.....	11
A.1 Crear un ente coordinador TB/ VIH en todos los niveles	12
A.2 Realizar vigilancia de la prevalencia del VIH entre pacientes con tuberculosis	13
A.3 Planificar conjuntamente las actividades TB/VIH.....	13
A.4 Monitorear y evaluar	14
B. Reducir la carga de TB entre personas con VIH/SIDA.....	18
B.1 Establecer la búsqueda intensiva de casos de TB.....	18
B.2 Introducir la terapia preventiva con isoniazida	19
B.3 Garantizar el control de infección por tuberculosis en los establecimientos de salud y sitios de congregación.....	20
C. Reducir la carga de VIH en pacientes con TB.....	22
C.1 Proporcionar consejería y pruebas de detección del VIH.....	22
C.2 Introducir métodos de prevención para la infección por VIH	23
C.3 Introducir la terapia preventiva con cotrimoxazol	23
C.4 Garantizar la atención y el apoyo a las personas con VIH/SIDA	24
C.5 Introducir el tratamiento antirretroviral	25
Factores que facilitan y que dificultan la implementación de las actividades de colaboración	28
Oportunidades para promover la investigación	29
Conclusiones y Recomendaciones	31
Actualización de la política interina sobre las actividades de colaboración	36
Referencias.....	38
Anexo 1: Formato de encuesta	39
Anexo 2: Datos TB/VIH programáticos y epidemiológicos	52

Abreviaturas

Términos utilizados en el texto

ACMS	Abogacía, Comunicación y Movilización Social
CD4	Linfocitos CD4 positivos
CTX	Cotrimoxazol (Trimetropin-sulfamethoxazol)
IEC	Información, Educación y Comunicación
ILT	Infección Latente Tuberculosa
INH	Isoniazida
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PPD	Prueba cutánea de tuberculosis (sigla en inglés de derivado proteico purificado)
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TARV	Tratamiento Antirretroviral
TB	Tuberculosis
TPI	Terapia Preventiva con Isoniazida
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

Países

ANB	Anguila y Barbuda	GUY	Guyana
ARG	República Argentina	HAI	Haití
BAR	Barbados	HON	Honduras
BAH	Bahamas	JAM	Jamaica
BLZ	Belice	MEX	México
BRA	Brasil	NIC	Nicaragua
BOL	Estado Plurinacional de Bolivia	PAN	Panamá
CAN	Canadá	PAR	Paraguay
CHI	Chile	PER	Perú
COL	Colombia	SUR	Surinam
COR	Costa Rica	STL	Saint Lucia
CUB	Cuba	SKN	San Kitts y Nevis
DOM	Dominica	SVA	San Vicente y las Granadinas
DOR	República Dominicana	TRT	Trinidad y Tobago
ECU	Ecuador	URU	Uruguay
ELS	El Salvador	USA	Estados Unidos de América
GRE	Granada	VEN	República Bolivariana de Venezuela
GUT	Guatemala		

Resumen ejecutivo

Desde la publicación de las actividades de colaboración TB/VIH en 2004 por la OMS, la OPS ha trabajado en forma conjunta con los países de la Región de las Américas para acelerar la implementación de estas actividades. Cada año, en una reunión regional donde participan los jefes de programa de TB y VIH de los países con mayor carga de coinfección por TB/VIH, se evalúa la situación y se identifican las actividades prioritarias para el próximo año. Durante la última reunión TB-VIH, llevada a cabo en Panamá en julio de 2011, se inició una encuesta para documentar la situación actual de las actividades de colaboración y las dificultades en la implementación que luego se hizo extensiva al resto de los países de la región. En este documento se resumen los principales hallazgos de esta encuesta y se proponen una serie de recomendaciones.

Actualmente la mayoría de los países disponen de mecanismos de coordinación para orientar las actividades de colaboración TB/VIH. Estos espacios han demostrado ser útiles para discutir las políticas y los planes de implementación de las actividades para el control de la tuberculosis en personas con VIH. En la mayoría de los países los equipos son multidisciplinarios, aunque la mayoría todavía no incluyen a actores claves como las instancias involucradas en el control de infecciones por TB, los centros de reclusión de privados de libertad y los organismos de atención a usuarios de drogas. Solamente un 20% tiene representantes de la sociedad civil. En 29% de los países la planificación de las actividades de colaboración no se realiza o se realiza en forma independiente por parte de cada programa.

La vigilancia de la infección por VIH en personas con TB se realiza en todos los países de la región. Sin embargo solo un 46% de individuos con tuberculosis han recibido el resultado de la prueba de VIH. Los programas de TB y de VIH han identificado dificultades concretas sobre las que se debe trabajar, como la necesidad de capacitar y sensibilizar al recurso humano, reducir las barreras logísticas y mejorar el acceso a las pruebas de VIH.

Por otro lado solamente 20/35 países disponen de información acerca de los 3 indicadores prioritarios. Entre los factores que impiden el monitoreo se incluyen las limitaciones de los sistemas de información, la dificultad para compartir información entre los programas de tuberculosis y de VIH y, en algunos países, la baja prevalencia de la coinfección o estructuras federales con autonomía subnacional en salud.

La cantidad de países que informan sobre el tamizaje de tuberculosis en pacientes con VIH es baja (12/35), y con la excepción de HAI, los países con mayor número de casos de VIH no lo hacen.

La mayoría de los países tampoco informa sobre los individuos que reciben terapia preventiva con Isoniazida. El requerimiento de realizar la PPD (en 2/3 de los países) y las dificultades prácticas para realizar la PPD se han mencionado como limitaciones frecuentes para esta actividad.

En casi todos los países existen normas para evitar la transmisión de TB en establecimientos de salud (solamente BAR, HAI, NIC, STL no disponen de normas específicas). Sin embargo, la transmisión de la tuberculosis en las instituciones de salud es un evento relativamente frecuente como lo evidencia la notificación de 635 casos, más otros 432 casos “estimados” para el año 2010.

La dificultad en el registro afecta seguramente también al indicador de profilaxis con CTX, ya que la mayoría de los países declara que esta intervención está normatizada en sus guías de tratamiento, y que lo proporcionan en forma gratuita, pero menos de la mitad comunica este indicador a OMS.

Con respecto a la atención integral de pacientes coinfectados, los modelos de provisión de servicios son variables y no se puede establecer una relación entre el tipo de atención (descentralizada, centralizada en centros de VIH o en centros de TB) y los indicadores de cobertura de tratamiento antirretroviral. Tradicionalmente en la región, la tuberculosis se atiende en centros de atención primaria mientras que la atención del VIH se ha concentrado en pocos centros de referencia nacional. Hoy, la mayoría de los países están implementando procesos de descentralización de la atención del VIH, lo que debe considerarse como una oportunidad promover la integración en la atención TB/VIH por parte de ambos programas.

La mayoría de los países tienen normas que indican el TARV en pacientes con TB independientemente de la cifra de células CD4, sin embargo solamente en 11 países, la proporción de personas con tuberculosis y VIH que recibe tratamiento antirretroviral es mayor del 80%. Una quinta parte de los países muestran valores de cobertura de TARV en TB/VIH significativamente menor que la cobertura nacional de TARV.

El inicio temprano del TARV en personas con coinfección TB-VIH e inmunodepresión avanzada se asocia a una reducción importante de la mortalidad. Las guías de tratamiento de VIH de la OMS recomiendan que todos los pacientes con TB y VIH inicien tratamiento antirretroviral entre las 2 a 8 semanas de iniciado el tratamiento para la tuberculosis. La falta de identificación temprana se mencionó como la barrera más frecuente para iniciar tratamiento oportuno del VIH. Con menos frecuencia se informan limitaciones en el recurso humano capacitado, dificultades de coordinación o logísticas, o negativa de los pacientes.

Los resultados de esta encuesta permitieron realizar un análisis de situación a nivel regional y de país y plantear recomendaciones para seguir apoyando a los países en la implementación de las actividades de colaboración TB/VIH. Entre ellas se destacan continuar con la conformación de entes coordinadores que faciliten la planificación conjunta de actividades, la coordinación de capacitaciones y la recolección de información. La OPS debe seguir trabajando con los países para mejorar el monitoreo de la situación epidemiológica de la coinfección TB/VIH, la expansión de las actividades de colaboración y las intervenciones recomendadas en las guías de la OPS/OMS que se desarrollan con base en la última evidencia científica disponible. Ejemplo de estas intervenciones incluyen los algoritmos clínicos de tamizaje de TB en personas con VIH, el uso de la terapia preventiva con INH, el control de infecciones para reducir el número de trabajadores de la salud con tuberculosis activa y la definición de modelos de atención más integrales para asegurar que las personas con tuberculosis tengan un acceso oportuno al diagnóstico del VIH, al tratamiento antirretroviral y a la profilaxis con CTX. Así mismo, es importante fomentar la incorporación de miembros de la sociedad civil en la formulación e implementación de políticas y programas y en el monitoreo y la evaluación de las actividades de colaboración TB/VIH en todos los niveles.

Introducción y objetivos

Desde la publicación de las actividades de colaboración TB/VIH en 2004 por la OMS, la OPS las acogió y ha trabajado en forma conjunta con los países para acelerar su implementación. Cada año, en una reunión regional donde participan los jefes de programa de VIH y de tuberculosis de los países con mayor carga de coinfección, se evalúa la situación y se identifican las actividades prioritarias para el próximo año. La última reunión TB-VIH se llevó a cabo en Panamá en Julio de 2011 con el objetivo de determinar el nivel de progreso en la implementación de las actividades de colaboración TB/VIH en la Región de las Américas. En esta oportunidad se hizo hincapié en la identificación del grado de colaboración entre los Programas de TB y VIH a nivel nacional y el grado de integración de los servicios a nivel periférico. Durante esta reunión los participantes completaron una encuesta para documentar la situación actual y las dificultades en la implementación que luego se extendió al resto de los países de la región. En este documento se resumen los principales hallazgos de esta encuesta con conclusiones y recomendaciones concretas.

Metodología

En Julio de 2011 se realizó la VII Reunión Regional de Actividades de Colaboración TB-VIH, en la que participaron los jefes o representantes de los programas nacionales de TB y de VIH de los países con mayor carga de coinfección de la región: Bahamas (BAH), Belice (BLZ), Brasil (BRA), Colombia (COL), El Salvador (ELS), Guatemala (GUT), Guyana (GUY), Haití (HAI), Honduras (HON), Jamaica (JAM), Nicaragua (NIC), Panamá (PAN), Paraguay (PAR), Perú (PER), República Dominicana (DOR), Surinam (SUR), Trinidad y Tobago (TRT) y Venezuela (VEN). Durante este encuentro, los representantes de los países completaron una encuesta para describir el avance en la implementación de las actividades de colaboración.

La encuesta tiene dos partes, la primera consiste en 39 preguntas dirigidas a describir la situación de implementación y los datos epidemiológicos del año 2010. La segunda parte consta de un cuadro para describir el uso de los 13 indicadores propuestos para monitorizar y evaluar las actividades de colaboración. **(Anexo 1)**

Durante agosto y septiembre de 2011 se distribuyó la misma encuesta al resto de los estados miembros de la OPS: Anguila y Barbuda (ANB), Argentina (ARG), Barbados (BAR), Bolivia (BOL), Canadá (CAN), Chile (CHI), Costa Rica (COR), Cuba (CUB), Dominica (DOM), Ecuador (ECU), Granada (GRE), México (MEX), Saint Lucia (STL), San Kitts y Nevis (SKN), San Vicente y las Granadinas (SVA), Uruguay (URU) y Estados Unidos (USA), completando 35 países, la totalidad de estados miembros de OPS. Se excluyó Puerto Rico y demás territorios europeos y estadounidenses en el Caribe. Los datos de Puerto Rico, que representan el 80% del total de casos en los territorios, se notifican en conjunto con los de los Estados Unidos.

Todas las encuestas fueron evaluadas y corregidas con el apoyo de los jefes de programa de TB y VIH de los países así como los puntos focales de OPS respectivos.

Durante el periodo de octubre de 2011 a febrero de 2012 se recibieron los formularios, se revisaron los resultados, se solicitaron aclaraciones o verificaciones, se corrigieron las inconsistencias y se compilaron en una base de datos unificada.

Para contextualizar estos datos, entre marzo y junio del 2012 se consolidó esta información en una base de datos que incluía además otras variables disponibles en la base de datos de tuberculosis de la OMS [1], de los informes de Acceso Universal 2011 [2] y el informe epidemiológico de ONUSIDA [3]. **(Anexo 2)**

Se realizó un análisis descriptivo de las variables cuantitativas. Se calcularon las frecuencias, medianas y promedios según corresponde.

Contexto epidemiológico

Se estima que durante el 2010 se produjeron en la región 267.000 casos de tuberculosis. Los países con mayor incidencia estimada ($> 100 \times 100.000$ habitantes) fueron HAI, SUR, BOL, GUY y PER. Asimismo se estimaron 20.168 muertes no asociadas a VIH. Mediante los sistemas de información de los países se notificaron 214.000 casos y 11.304 muertes, lo que corresponde a una tasa de mortalidad de 5,3% respecto de los casos reportados. En orden descendiente, GRE, SVA, ANB, JAM, ECU, MEX, PAR, URU y COL son los países con las tasas más altas de mortalidad, con valores que oscilan entre el 25 y el 10%.

La última estimación de personas viviendo con VIH en la región, correspondiente al 2009 fue de aproximadamente 3 millones de personas, de las cuales 170.000 fueron nuevas infecciones. No se conoce la cantidad total de personas con VIH registradas en los programas de VIH durante el 2010 pero en ese año, aproximadamente 92.500 personas iniciaron tratamiento antirretroviral. A su vez en la región se produjeron aproximadamente 96.000 muertes.

El número estimado de pacientes con coinfección TB/VIH para el 2010 fue de 34.500. De acuerdo a la información reportada por los países de la región a la OMS, durante el 2010 se realizaron 103.641 pruebas de VIH en personas con tuberculosis, de las cuales 18.200 fueron positivas (18%). El número de casos declarados de tuberculosis en personas con VIH (todas las formas) fue de 18.875, lo que corresponde a un 9% de todas de todas las tuberculosis declaradas en el mismo periodo (213.938). BRA, HAI, MEX, COL, PER, USA, ARG, DOR, ECU y VEN concentran el 90% de los casos notificados de coinfección de la Región. La prevalencia de serología positiva para el VIH entre las personas con tuberculosis es más alta y más variable en algunos países y territorios del Caribe, debido a la alta prevalencia de VIH, la baja prevalencia de TB en la población general y el bajo tamaño poblacional. Considerando solamente el número informado de personas con TB que conocen el resultado de VIH, la prevalencia de VIH en ARG o BRA es mayor (56 y 23%, respectivamente), lo que se puede interpretar por un potencial sesgo hacia una mayor oferta a personas con alto riesgo de VIH, o más probablemente a un sesgo en la mayor notificación de los casos positivos, como se ha documentado en Argentina [4]. Cuando se considera el número de casos declarados de TB como denominador, la prevalencia de coinfección en ARG y BRA disminuye a 8 y 12%, respectivamente.

En 2010 se notificaron 3.333 muertes en personas con TB-VIH, lo que corresponde a una tasa de mortalidad del 17,7% de los casos reportados. En algunos países se observaron tasas más altas, debido al bajo volumen de casos o a una dificultad en notificar todos los casos tratados. Por ejemplo, COR, PAN, URU y HON informan 70, 45, 33 y 30% de mortalidad respectivamente, mientras que BAH, BLZ, GRE y SVG presentan valores del 31, 28, 100 y 33%. En estos últimos países no se puede considerar la tasa de mortalidad debido al bajo número de casos totales de coinfección.

Distribución por edad y sexo de los casos de TB/VIH 2010

En total 28 países de 35 proporcionaron datos desagregados por sexo y edad. Otros 5 países notificaron datos de una fracción de los pacientes debido a limitaciones de los sistemas de información. En total se dispone de datos de sexo de 14.282 pacientes, y para edad de 14.837. La mayor parte de los casos corresponde a hombres, con un 69%, y el 31% restante son mujeres. En HAI y SAV las mujeres representan más del 50%. Casi el 97% son personas mayores de 15 años, aunque en BLZ, ECU, GUY, HAI y JAM los menores de 15 años superan el 5%. (Figuras 1 y 2)

Figura 1: Casos de coinfección TB/VIH desagregados por sexo

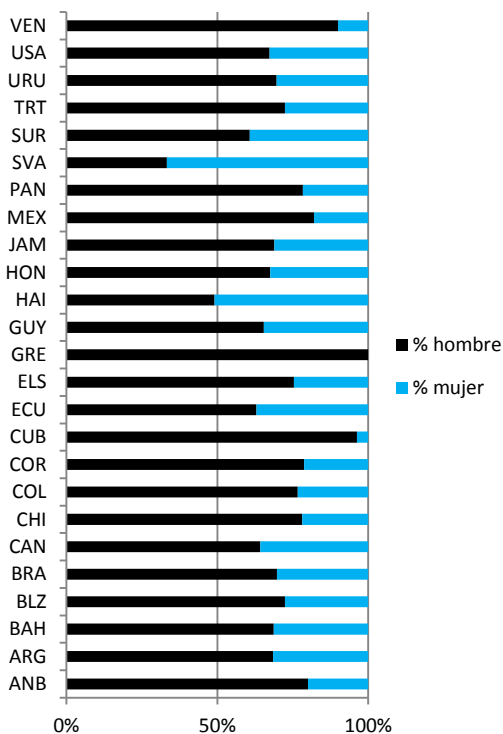


Figura 2: Casos de coinfección TB/VIH desagregados por edad

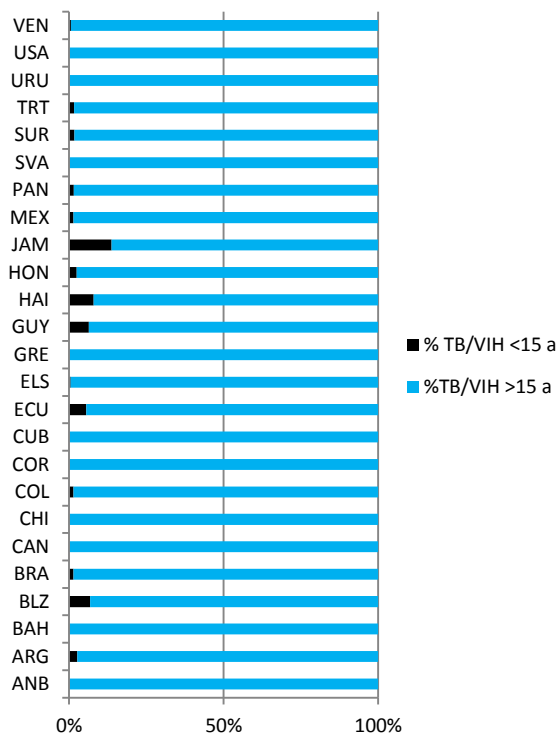


Tabla 1: Resumen de los casos TB/VIH notificados en 2010

País	Total casos TB/VIH	TB/HIV en hombres	TB/VIH en mujeres	TB/VIH en <15 años	TB/VIH en >15 años	Muertes TB/VIH
ANB	5	4	1	0	5	0
ARG	584	400	184	16	568	52
BAH	16	11	5	0	16	4
BAR	0	0	0	0	0	0
BLZ	29	21	8	2	27	8
BOL	130	Nd	Nd	Nd	Nd	19
BRA	8.558	4.952	2.144	102	6.986	1.911
CAN	28	18	10	0	28	5
CHI	32	25	7	0	32	0
COL	1.231	605	184	12	777	161
COR	47	37	10	0	47	33
CUB	53	51	2	0	53	12
DOM	1	Nd	Nd	Nd	Nd	0
DOR	547	Nd	Nd	Nd	Nd	39
ECU	526	331	195	30	508	0
ELS	180	135	44	1	179	20
GRE	1	1	0	0	1	1
GUT	325	Nd	Nd	Nd	Nd	30
GUY	209	102	54	10	146	32
HAI	1.891	929	962	151	1.740	297
HON	200	135	65	5	195	60
JAM	29	20	9	4	25	6
MEX	1.645	862	188	16	1.034	249
NIC	37	Nd	Nd	Nd	Nd	3
PAN	249	195	54	4	245	114
PAR	144	Nd	Nd	Nd	Nd	10
PER	853	Nd	Nd	Nd	Nd	48
STL	0	0	0	0	0	0
SKN	0	0	0	0	0	0
SVA	3	1	2	0	3	1
SUR	56	34	22	1	55	15
TRT	58	42	16	1	57	13
URU	622	431	188	1	621	44
USA	104	70	34	0	104	34
VEN	482	434	48	3	479	112

Nd: No disponible

Resultados de la Encuesta por Actividad de Colaboración

Todos los países completaron y enviaron los formularios de la encuesta y se recibieron en total 35 documentos (100%). DOM no completó la sección correspondiente a las preguntas 18-25 y SKN y DOM no completaron la sección de indicadores de monitoreo y evaluación.

Los resultados de la encuesta se organizaron en 3 secciones, siguiendo los 3 objetivos y las 12 actividades de colaboración TB/VIH correspondientes reconocidas internacionalmente desde el año 2004 [5]:

A. Establecer mecanismos de colaboración

- A.1 Crear un ente coordinador TB/VIH eficaz en todos los niveles
- A.2 Realizar vigilancia de la prevalencia del VIH entre los pacientes con TB
- A.3 Planificar conjuntamente las actividades TB/VIH
- A.4 Monitorear y evaluar las actividades

B. Reducir la carga de enfermedad por TB en personas con VIH/Sida

- B.1 Establecer búsqueda intensiva de casos de tuberculosis
- B.2 Introducir la terapia preventiva con Isoniazida
- B.3 Garantizar el control de infección por tuberculosis en establecimientos de salud y sitios de congregación

C. Reducir la carga de VIH en los pacientes con TB

- C.1 Proporcionar consejería y pruebas de detección del VIH
- C.2 Introducir métodos preventivos para la infección por VIH
- C.3 Introducir la terapia preventiva con cotrimoxazol
- C.4 Garantizar la atención y apoyo a personas con VIH/SIDA
- C.5 Introducir el tratamiento antirretroviral

A. Establecer mecanismos de colaboración

Desde el 2004 la OPS/OMS promueve la adopción de las actividades de colaboración lo que ha permitido establecer estos mecanismos de coordinación para la planificación y ejecución de estas actividades TB-VIH en los países de la región.

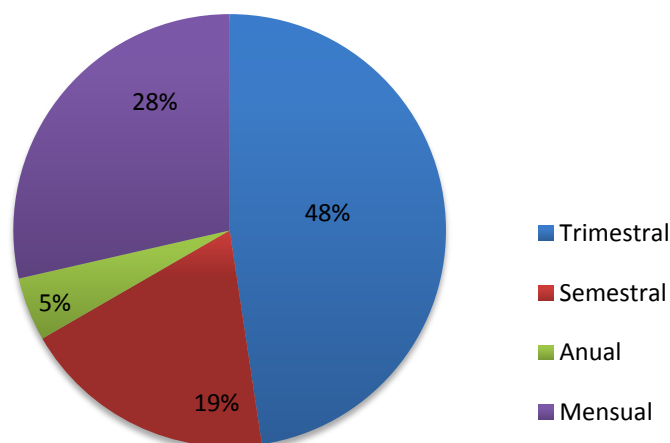
Las actividades recomendadas en esta sección incluyen la creación de un ente coordinador a todos los niveles, la vigilancia de los casos de coinfección, la planificación conjunta de actividades y el monitoreo para dichas actividades. Un resumen regional de la situación de las actividades englobadas en esta sección se presenta en la **Tabla 3**.

A.1 Crear un ente coordinador TB/ VIH en todos los niveles

En la actualidad 21 de los 35 países encuestados (60%) han establecido un ente coordinador con variaciones en su conformación y reconocimiento estatal a lo largo de la región. Como ejemplos se pueden mencionar casos como Republica Dominicana, Guatemala o El Salvador, donde el ente coordinador está constituido formalmente dentro de las estructuras ministeriales u otros como Argentina y Brasil donde existen mecanismos de coordinación activos pero sin estructura oficial. En algunos países del Caribe, la coordinación y la vigilancia de ambos programas recaen en la misma unidad e incluso la misma persona, como es el caso de ANB, BAH y BLZ. En PER, COR, USA y CAN no existen órganos coordinadores, aunque se menciona que existen otras instancias gubernamentales involucradas en la planificación de actividades de salud pública y el análisis epidemiológico los cuales llevan a cabo alguna de estas actividades. De los países que cuentan con un ente nacional de coordinación, diez tienen entes subnacionales (regionales o provinciales). Ecuador no cuenta con un ente nacional constituido pero tiene un comité regional en la provincia de Guayas.

La frecuencia de reuniones de los entes de coordinación se informó como trimestral en el 48% de los países (10/21), mensual en el 28% (6/21), semestral en el 19% (4/21) y en un caso se reúnen anualmente. **(Figura 3)**

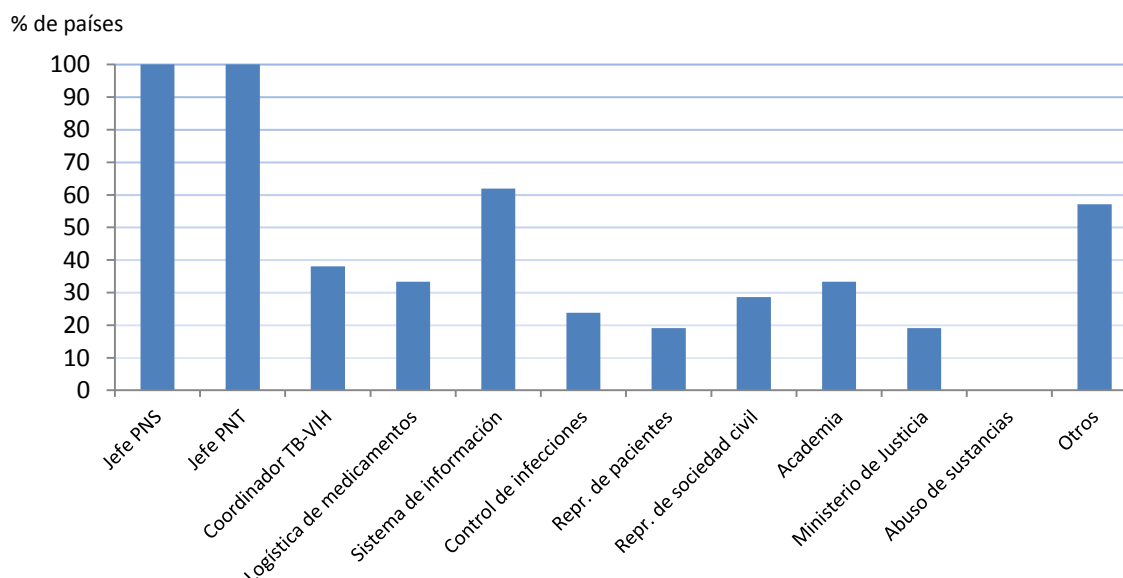
Figura 3: Frecuencia de encuentros de los entes de coordinación (n=21)



La composición de estos entes de coordinación también es altamente variable. En todos participan representantes de los programas nacionales de SIDA y TB y en el 62% (13/21 países) participa un representante de sistemas de información de algún programa o del área de vigilancia epidemiológica nacional. Aproximadamente un tercio de los entes de coordinación tienen representantes de las áreas de logística de medicamentos, de universidades o sociedades científicas o de sociedades civiles. En menor medida (menos del 20%) tienen representación de instancias encargadas del control de infecciones, prisiones o grupos de pacientes. En más del 50% (12/21) de los países se mencionó algún otro participante como por ejemplo representantes de los laboratorios de referencia, representantes de organizaciones de cooperación o consultores internacionales. En ninguno participan funcionarios

involucrados en la atención de usuarios de drogas (**Figura 4**). El 51% de los países (18/35) reconoce que durante la implementación de las actividades de colaboración no se ha logrado una participación comunitaria significativa.

Figura 4: Composición de los entes de coordinación TB/VIH (en porcentaje) (n=35)



A.2 Realizar vigilancia de la prevalencia del VIH entre pacientes con tuberculosis

Todos los países de la región han incluido la prevalencia del VIH entre los pacientes con tuberculosis en sus sistemas de vigilancia de tuberculosis y envían esta información anualmente a la OPS/OMS. La cantidad y calidad de datos sobre vigilancia de la coinfección ha mejorado sustancialmente en los últimos años, aunque se reconoce que se necesita continuar fortaleciendo los sistemas de registro y notificación.

A.3 Planificar conjuntamente las actividades TB/VIH

De los 35 países, un 57% (20/35) informan que las actividades de colaboración se establecen en forma expresa en los planes estratégicos nacionales de TB y/o VIH. En un 23% (8/35) de los países existe un plan específico de TB-VIH, mientras que en el 31% (11/35) la planificación se realiza en forma independiente por cada programa, mientras que 3 países (DOM, STL y URU) informan que no planifican las actividades de colaboración. En DOM y STL no las planifican porque la coinfección no constituye un problema de salud pública (ambos países no tuvieron casos de coinfección en 2010). En URU, aunque no se realizan, ya se han programado estas actividades para el periodo 2012-2016.

Casi todos los países (91%, 32/35) respondieron que llevan a cabo actividades de capacitación para el personal de salud en temas específicos de coinfección. TRT reportó que no realiza capacitaciones, CAN informa que no cuenta con esta información ya que son actividades planificadas y ejecutadas a nivel local y DOM no contestó a esta pregunta. La mitad de los países reportó que las actividades se realizan en forma conjunta entre los programas de TB y VIH. En general, las capacitaciones se enfocan en

aspectos clínicos (86%), en particular en consejería para la prueba del VIH (60%), en aspectos gerenciales (46%) o en otros temas en el 14% (que incluyen por ejemplo entrenamientos específicos en manuales de integración de servicio o en necesidades específicas de los distritos). En general se trata de capacitaciones de 2 a 3 días (57%), basadas en material de la OPS/OMS (63%), en material propio (46%) o en material aportado por otros socios (34%). En esta última categoría, la mayoría de los casos corresponden a países del Caribe que utilizan como documentos de referencia las guías desarrolladas por CHART (Caribbean HIV/AIDS Training Network) en colaboración con la OPS.

Con respecto a las actividades de ACMS e IEC, solamente en un 17% de los países (6/35) los programas de TB y VIH planifican en forma conjunta estas actividades (BAR, BOL, CUB, ELS, MEX, PAN). En el 54% de los países (19/35) estas actividades se planifican en forma independiente por uno u otro programa mientras que en el 29% (10/35) no se planifican este tipo de actividades.

A.4 Monitorear y evaluar

La mayoría de los países utiliza información que se recolecta en forma rutinaria en ambos programas para construir los indicadores de monitoreo y evaluación y para producir los informes que se envían a la OPS/OMS. Las **figuras 5 y 6** muestran la información que dispone cada país en cada uno de los programas. En los programas de VIH la información que está disponible con más frecuencia es la presencia de tuberculosis activa y tratamiento antirretroviral. Menos del 50% de los países dispone en el programa de VIH de información sobre sospecha de TB o descarte de TB en personas con VIH, uso de INH o CTX, referencia al programa de TB o muerte por TB. Por su parte, en los programas de tuberculosis, la oferta, realización y resultado de la prueba de VIH es la información que se dispone con más frecuencia. En menos del 50% de los países se dispone de información sobre la fecha de inicio de TARV, uso de CTX y referencia al programa de VIH.

Figura 5: Información en el programa de VIH

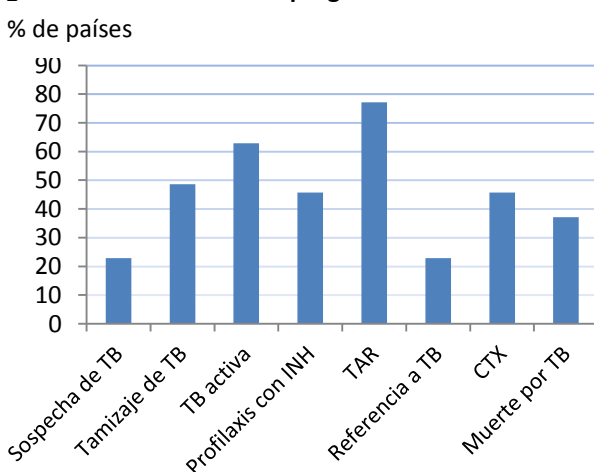
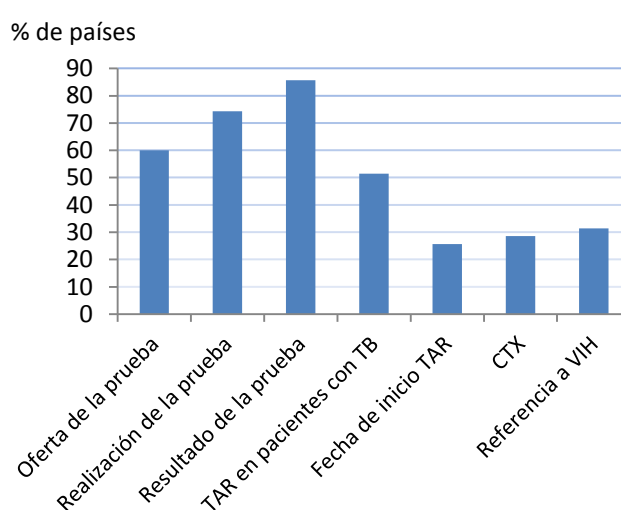


Figura 6: Información en el programa de TB



Con respecto a los sistemas de registro de información, solo un 15% (5/33) países declararon que cuentan con registros electrónicos de TB y VIH que están vinculados de alguna forma (BLZ, CUB, ELS,

GUY y PAN). Una cuarta parte de los países (24%, 8/33) informaron que los registros no están vinculados de ninguna forma y la mitad (51%, 17/33) refiere que existen registros separados de TB y de VIH que permiten capturar al menos alguno de los indicadores propuestos por la OMS. En el resto (3 países) se incluye a STL que no dispone de un sistema de monitoreo debido al bajo número de casos y CAN y USA donde los sistemas de información dependen de los estados o provincias.

Todos los países recolectan y envían anualmente a la OPS/OMS información relacionada a las actividades de colaboración TB/VIH para confeccionar los Informes internacionales como el Informe Global de Tuberculosis, los Informes UNGASS y el Informe de Acceso Universal. Para estandarizar los datos la OMS publicó en 2009 una revisión de la guía de monitoreo de las actividades de colaboración publicada originalmente en 2004. El cambio más importante de esta versión revisada incluye la reducción del número de indicadores de los 20 iniciales a 13, de los cuales 3 se consideran prioritarios. Al igual que en la guía original, la nueva versión se centra en monitorear las actividades de los objetivos B y C.

Para conocer el grado de utilización de estos indicadores, se solicitó a los países que completaran un formulario específico para informar los indicadores en uso y los que se planean incorporar. De los 35 países que participaron en la encuesta, solamente DOM y SKN no completaron esta sección (**Tabla 2**).

La mediana de indicadores que se informan por país actualmente es de 8, siendo GUY el único país que ha incorporado sistemáticamente los 13 indicadores en su sistema de vigilancia. Un 57% de los países (20/35) recolectan los 3 indicadores considerados prioritarios.

Los indicadores que con más frecuencia se obtienen con base en los datos en los sistemas de información incluyen: a) la proporción de todos los pacientes registrados con TB cuyo estado serológico para VIH se ha investigado y son VIH positivos (indicador C.1.2.1) con 97% de los países (32/33) que proveen datos sobre este indicador; b) la proporción de pacientes con TB a quienes se les realizó la prueba de VIH y conocen su resultado (indicador C.1.1), que se registra en 91% de los países (30/33); c) la tasa de detección de casos de TB con serología positiva al VIH documentada (indicador C.1.2.2) en el 82% (27/33); d) el porcentaje de pacientes VIH que recibieron tratamiento antituberculoso (indicador B.1.2.1) en el 70% (23/33), y e) la proporción de pacientes TB/VIH registrados a quienes se les suministraron antirretrovirales durante el tratamiento de la TB (indicador C.5.1) en el 70% (23/33) de los países. Los 3 indicadores prioritarios están incluidos en este grupo.

Los indicadores que menos se han utilizado durante el 2010 fueron la proporción de trabajadores de salud de instituciones que proveen servicios para VIH que adquirieron TB durante el periodo de notificación (B.3.2), la disponibilidad de preservativos gratuitos en los servicios de TB (C.2.1) y el porcentaje de pacientes VIH sometidos a tamizaje de TB en los servicios de atención o tratamiento de VIH (B1.1).

Tabla 2: Número de países que recoge e informa datos sobre los 13 indicadores para monitorear las actividades de colaboración TB-VIH (n=33)

Indicadores TB/VIH	Recoge en 2011 (%)	Lo recogerá en 2012 (%)
B.1.1 Porcentaje de pacientes VIH sometidos a tamizaje de TB en los servicios de atención o tratamiento de VIH	11 (33,3)	15 (45,5)
B.1.2.1 Porcentaje de pacientes VIH que recibieron tratamiento antituberculoso *	23 (69,7)	26 (78,8)
B.1.2.2 Porcentaje estimado de casos incidentes de TB en pacientes VIH que recibieron tratamiento para la TB y el VIH	18 (54,5)	24 (72,7)
B.2.1 Porcentaje de nuevos pacientes VIH en los que se inició la TPI durante el periodo de notificación	13 (39,4)	20 (60,6)
B.3.1 Proporción de instituciones de salud que prestan servicios a personas con VIH en los que hay prácticas de control de infecciones que incluye TB	15 (45,5)	17 (51,5)
B.3.2 Proporción de trabajadores de salud de instituciones que proveen servicios para VIH que adquirieron TB durante el periodo de notificación	8 (24,2)	12 (36,4)
C.1.1 Proporción de pacientes con TB a quienes les realizaron la prueba de VIH y se conoce el resultado *	30 (90,9)	31 (93,9)
C.1.2.1 Proporción de todos los pacientes registrados con TB cuyo estado serológico para VIH se ha investigado y son VIH positivos	32 (97,0)	33 (100,0)
C.1.2.2 Tasa de detección de casos de TB con serología positiva al VIH documentada	27 (81,8)	29 (87,9)
C.2.1 Disponibilidad de preservativos gratuitos en los servicios de TB	10 (30,3)	14 (42,4)
C.3.1 Proporción de pacientes con TB VIH positivos que reciben terapia preventiva con CTX	17 (51,5)	21 (63,6)
C.4.1 Proporción de pacientes TB/VIH atendidos por los servicios de VIH durante el tratamiento de TB	20 (60,6)	24 (72,7)
C.5.1 Proporción de pacientes TB/VIH registrados a quienes se les suministra antirretrovirales durante el tratamiento de TB *	23 (69,7)	28 (84,8)

*Indicadores considerados prioritarios

Tabla 3: Resumen de situación de las actividades bajo el objetivo A: “Establecer mecanismos de colaboración”.

País	Presencia de un ente coordinador TB/VIH	Realiza vigilancia de la prevalencia del VIH entre pacientes con TB	Forma de planificación de las actividades TB/VIH en programas VIH y TB	Número de indicadores en uso en el país de los 13 recomendados	Número de indicadores prioritarios en uso en el país de los 3 prioritarios recomendados
ANB	Si	Si	Independiente	12	3
ARG	Si	Si	Conjunto	3	0
BAH	No	Si	Independiente	10	3
BAR	Si	Si	Conjunto	5	3
BLZ	No	Si	Conjunto	8	3
BOL	Si	Si	Conjunto	7	2
BRA	Si	Si	Conjunto	3	1
CAN	No	Si	Conjunto	2	1
CHI	Si	Si	Conjunto	0	0
COL	Si	Si	Conjunto	3	1
COR	No	Si	Independiente	10	3
CUB	Si	Si	Conjunto	12	3
DOM	No	Si	No hay planes	Nd	Nd
DOR	Si	Si	Conjunto	8	2
ECU	No	Si	Independiente	3	1
ELS	Si	Si	Conjunto	11	3
GRE	No	Si	Independiente	11	3
GUT	Si	Si	Conjunto	9	3
GUY	Si	Si	Conjunto	13	3
HAI	No	Si	Independiente	7	2
HON	Si	Si	Independiente	7	2
JAM	No	Si	Conjunto	7	3
MEX	Si	Si	Conjunto	12	3
NIC	Si	Si	Conjunto	9	3
PAN	Si	Si	Independiente	12	3
PAR	Si	Si	Conjunto	9	3
PER	No	Si	Independiente	9	3
SKN	No	Si	Conjunto	Nd	Nd
STL	No	Si	No hay planes	3	1
SUR	No	Si	Conjunto	8	3
SVA	Si	Si	Independiente	6	3
TRT	Si	Si	Independiente	11	3
URU	No	Si	No hay planes	3	1
USA	Si	Si	Conjunto	3	2
VEN	Si	Si	Conjunto	11	3

Nd: No disponible.

Las celdas resaltadas muestran situaciones que requieren atención especial.

B. Reducir la carga de TB entre personas con VIH/SIDA

Las actividades bajo este objetivo incluyen búsqueda intensiva de casos de tuberculosis, introducir la terapia preventiva con isoniazida y garantizar el control de las infecciones por TB en establecimientos de salud y sitios de congregación. Estas actividades se conocen también con el nombre de las “3 les” (por las siglas en inglés de *Intensive case finding, Isoniazid preventive treatment, and Infection control*).

En las personas con VIH la detección temprana de la TB, seguida del inicio inmediato del tratamiento mejora la calidad de vida, reduce la transmisión de la TB en los servicios y en la comunidad y aumenta la sobrevida. Actualmente la TB en personas con VIH puede detectarse fácilmente utilizando en cada visita un algoritmo basado en síntomas clínicos (presencia de tos, fiebre, pérdida de peso o sudoración nocturna)[6]. Si las personas tienen alguno de estos síntomas se debe descartar la presencia de TB activa de conformidad con recomendaciones internacionales. Por lo tanto, estos algoritmos deben utilizarse para identificar los individuos que no tienen TB activa y que se beneficiarían de la profilaxis con isoniazida sin necesidad de recurrir a estudios complementarios adicionales.

Con respecto a las medidas de control de las infecciones por tuberculosis en instituciones de salud o en sitios de congregación es necesario que se identifiquen las instancias involucradas y se elabore un plan, preferentemente incorporado en un plan de mayor alcance para el control de las infecciones en general. Se deben tomar en cuenta las medidas administrativas y gerenciales, de control ambiental y de protección respiratoria[7].

Un resumen regional de la situación de las actividades englobadas bajo el objetivo B se presenta en la **Tabla 5**.

B.1 Establecer la búsqueda intensiva de casos de TB

La OMS recomienda que a todas las personas con VIH se les debiera aplicar un algoritmo clínico para descartar tuberculosis en cada visita o contacto con personal de salud[6]. El algoritmo incluye evaluar la presencia actual de tos, fiebre, pérdida de peso o sudoración nocturna. Esta intervención es altamente eficaz para descartar tuberculosis activa y permite de esta forma ofrecer la profilaxis con isoniazida sin necesidad de estudios adicionales en entornos donde la PPD no es un requisito para indicarla.

En esta encuesta, la mayoría de los países informaron que utilizan métodos de diagnóstico para descartar la presencia de tuberculosis activa en los pacientes con VIH. En el 89% de los países (31/35) se utiliza sistemáticamente la radiografía de tórax y la baciloscopia como herramientas para descartar la enfermedad. En el 74% (26/35) se mencionó que se utiliza rutinariamente el cultivo de esputo, en el 69% (24/35) la PPD y en el 60% (21/35) de los países los algoritmos clínicos. SUR mencionó que ha empezado a utilizar Xpert MTB-Rif como método de diagnóstico rápido, y otros 4 países (CAN, PER, ECU

y URU) utilizan otros métodos (métodos moleculares, métodos rápidos o estudios de liberación de interferón).

B.2 Introducir la terapia preventiva con isoniazida

En 77% (27/35) de los países las guías nacionales de tratamiento de la tuberculosis hacen referencia explícita a la terapia preventiva con isoniazida para pacientes con VIH, a la vez que en el 71% (25/35) se encuentran también estas referencias en la guía nacional de tratamiento de VIH. En 29% de los países (10/35) existe una guía conjunta de manejo de TB-VIH donde se encuentra esta indicación. En un 51% (18/35) las recomendaciones nacionales sobre isoniazida se actualizaron de acuerdo a los lineamientos recientes de la OMS[6], mientras que en otro 15% (5/35) de los países la adaptación se encuentra bajo consideración.

ARG es el único país en el que el programa nacional de SIDA proporciona la isoniazida en forma gratuita para los pacientes con VIH. En el 66%(23/35) el medicamento se proporciona en forma gratuita a través de los programas nacionales de tuberculosis. En el resto de los países, se distribuye desde órganos centrales de provisión de medicamentos (en particular en países del Caribe inglés) o no se distribuye en forma gratuita (USA y CAN).

La mayoría de los países identificaron al menos una dificultad para implementar el tratamiento preventivo con isoniazida, lo que explica en parte el bajo número de personas recibiendo profilaxis en la Región (**Tabla 4**). ANB, CUB, GRE y CHI informaron que no tenían dificultades para implementar la terapia preventiva con isoniazida. CUB reportó un número significativo de personas en tratamiento preventivo, mientras que en los otros países no tenían personas con VIH recibiendo profilaxis (ANB y GRE) o no proporcionó esta información a la OMS (CHI).

Tabla 4: Dificultades en la implementación del tratamiento preventivo con isoniazida

Dificultad	N (%)
Problemas con el tamizaje para infección latente (en países utilizando PPD)	6 (17)
Normatizada pero no indicada por los proveedores de servicios	5 (14)
Problema en la provisión (no disponible en centros VIH, no se entrega en forma gratuita, hay problemas de desabastecimiento)	4 (11)
Resistencia de los proveedores (por miedo a generar resistencia, falta de conocimiento, etc.)	4 (11)
Asegurar la retención y la adherencia de los pacientes	4 (11)
No normatizada, o no implementada todavía	4 (11)
Baja incidencia de tuberculosis en el país	2 (6)
Falta de capacitación del recurso humano	2 (6)
Se hace pero no se informa	2 (6)

En la región se evidencia la necesidad de seguir trabajando para estandarizar los criterios de elegibilidad para el tratamiento preventivo con isoniazida. En muchos países se continúa utilizando como criterio de indicación la confirmación de infección latente tuberculosa mediante la positividad de la PPD, aunque en

la práctica esto genera muchas dificultades (falta de disponibilidad de la PPD, falta de consenso en el criterio para definir positividad, problemas de lectura, anergia asociada a VIH, etc.).

B.3 Garantizar el control de infección por tuberculosis en los establecimientos de salud y sitios de congregación.

En todos estos países existe un marco normativo que para prevenir la transmisión de la tuberculosis en establecimientos de salud y sitios de congregación. En el 80% (28/35) de los casos este marco es específico para tuberculosis. BRA, COL y PAN estaban desarrollando sus planes o guías nacionales específicos para TB al momento de la encuesta mientras que BAR, HAI, NIC y STL no disponen de planes o guías de control de infecciones que incluyan a la tuberculosis.

Un 48% de los países (17/35) tienen planes nacionales de control de infección que no son específicos para TB pero que la incluyen. Un 51% (18/35) disponen de un plan nacional o una norma nacional específica de TB y el 26% (10/35) tienen guías a nivel de instituciones.

Uno de los resultados más importantes de la fallas en el control de infección de TB en los establecimientos de salud es la presencia de nuevos casos de tuberculosis en el personal de salud. En 26 países que aportaron información sobre la cantidad de trabajadores de la salud que presentaron diagnóstico de TB durante el 2010 se totalizaron 635 casos notificados, más otros 432 casos “estimados” adicionales notificados por Estados Unidos (en este país el 4% de los casos de TB incluyeron la variable “trabajador de salud” como variable de riesgo para TB). Después de USA la mayor cantidad de trabajadores de salud con TB se notificaron en PER con 300 casos, seguidos de MEX con 179, VEN con 42 y URU con 18 casos.

Tabla 5: Resumen de situación de las actividades bajo el objetivo B: “Reducir la carga de enfermedad por TB en personas con VIH”

	Tamizaje de TB en personas con VIH		Profilaxis con INH		Control de infección
	Notifica a OMS búsqueda de TB en HIV	Usa PPD para ILT	Notifica a OMS casos en TPI	Norma de TPI actualizada según OMS 2010	
ANB	Si	Si	Si	Si	Plan general de CI
ARG	No	Si	No	Si	En revisión
BAH	No	Si	No	No	Plan general de CI
BAR	Si	Si	No	No	No
BLZ	No	No	No	Si	Plan general de CI
BOL	No	No	No	Si	Plan general de CI
BRA	No	Si	No	No	En desarrollo
CAN	No	Si	No	En revisión	Si
CHI	No	Si	No	En revisión	Si
COL	No	Si	No	No	En desarrollo
COR	No	Si	No	Si	Si
CUB	No	Si	Si	Si	Plan general de CI
DOM	No	Nd	No	Nd	Plan general de CI
DOR	Si	No	Si	Si	Si
ECU	Si	No	No	Si	Si
ELS	Si	Si	Si	Si	Si
GRE	Si	Si	Si	No	Plan general de CI
GUT	Si	No	No	No	Si
GUY	Si	Si	Si	No	Plan general de CI
HAI	Si	Si	Si	Si	No
HON	Si	No	Si	No	Si
JAM	No	Si	No	No	Plan general de CI
MEX	No	No	No	Si	En revisión
NIC	Si	Si	Si	Si	No
PAN	No	Si	No	Si	En desarrollo
PAR	No	Si	No	Si	En desarrollo
PER	No	No	Si	Si	Si
SKN	No	Si	No	No	Plan general de CI
STL	No	Si	No	No	No
SUR	No	Si	No	En revisión	Plan general de CI
SVA	No	Si	No	Si	Plan general de CI
TRT	Si	Si	Si	Si	Si
URU	No	No	No	No	Plan general de CI
USA	No	Si	No	En revisión	Si
VEN	No	Si	Si	Si	Si

Nd: No disponible.

Las celdas resaltadas muestran situaciones que requieren atención especial.

C. Reducir la carga de VIH en pacientes con TB

Las actividades bajo este objetivo incluyen proporcionar consejería y pruebas de detección del VIH, introducir métodos para la prevención del VIH, introducir la profilaxis con CTX, garantizar la atención y el apoyo a las personas con VIH e introducir el tratamiento antirretroviral.

Un resumen regional de la situación de las actividades englobadas bajo este objetivo se presenta en la **Tabla 8**.

C.1 Proporcionar consejería y pruebas de detección del VIH

Todos los países ofrecen sistemáticamente la prueba de VIH a los pacientes con tuberculosis aunque se reconocen limitaciones para lograr su completa implementación. Un 63% (22/35) de los países utilizan como documento de referencia la guía de la OPS publicada en 2006, “Guía para la Consejería y Pruebas de VIH/Sida en los Programas de Control de Tuberculosis”, o bien la han utilizado para adaptar sus guías nacionales de consejería y testeo.

Respecto al método diagnóstico utilizado, el 75% (25/35) de los países encuestados dispone de pruebas rápidas para el diagnóstico inicial. El resto (ARG, BAH, BAR, CHI, COR, CUB, SKN, STL, URU y VEN) siguen utilizando algoritmos diagnósticos basados en pruebas serológicas tipo Elisa como tamizaje. En ARG, COR y VEN ya se están tomando medidas para implementar el uso de pruebas rápidas en instituciones de salud.

Al preguntar sobre las dificultades para ofrecer la prueba a los pacientes, 4 países notificaron que no tienen dificultades (BAH, CHI, COR, SUR). Sin embargo, solamente BAH indicó en el Informe Global de TB-VIH una cobertura del 100% de oferta de diagnóstico de VIH en personas con TB, mientras que los otros 3 países no informaron este indicador. Entre las dificultades reportadas por el resto de los países se incluyen la insuficiente sensibilización y capacitación del personal de salud en la importancia de la prueba. Se mencionaron además cuestiones organizativas como la ausencia de la oferta de este servicio en el primer nivel y la falta de información entre los pacientes. (**Tabla 6**)

Tabla 6: Dificultades en la implementación de la prueba de VIH en pacientes con tuberculosis

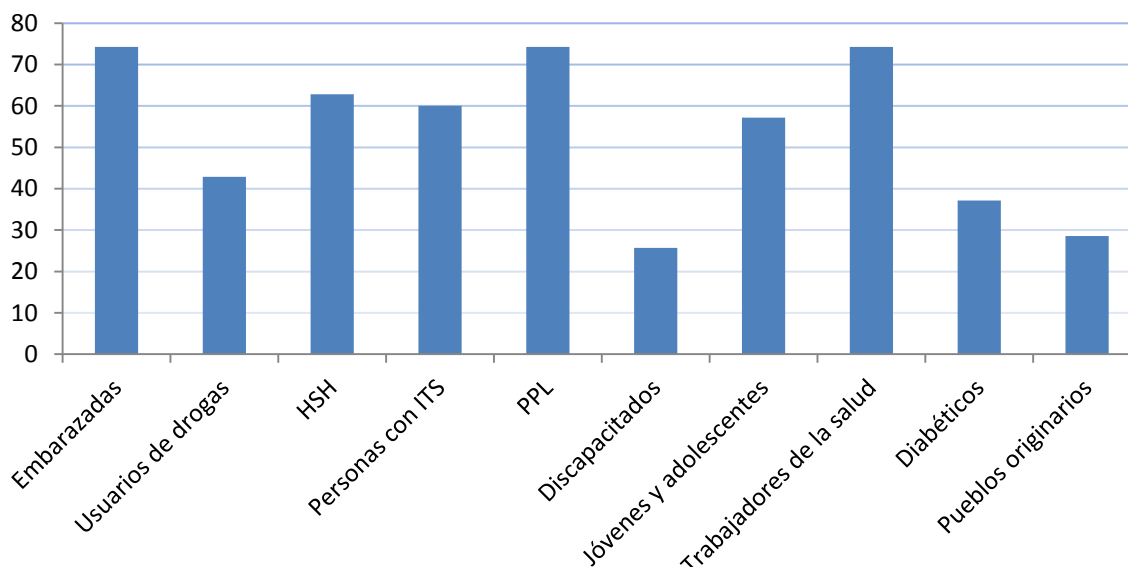
Dificultad	n (%)
Falta de capacitación del personal de salud para ofrecer sistemáticamente la prueba	10 (29)
No existe capacidad para ofrecer la prueba en centros de tratamiento de TB	10 (29)
Falta de interés de los pacientes (por miedo, estigma, falta de conocimiento de la importancia de la prueba, etc.)	7 (20)
Problemas de acceso geográfico o cultural	4 (11)
Dificultad financieras para asegurar la provisión continua de pruebas	3 (9)
Dificultades para solicitar u obtener el consentimiento	2 (6)
Problemas logísticos y de coordinación para derivar las muestras	2 (6)

C.2 Introducir métodos de prevención para la infección por VIH

El 94% de los países (33/35) han notificado grupos específicos de población hacia quienes se han dirigido actividades de prevención y detección del VIH y de la tuberculosis. Algunos países con alta prevalencia de ambas infecciones indicaron que el enfoque es hacia la población en general (BLZ y DOM). Algunos países mencionaron que estas actividades son competencia de cada distrito (CAN y US).

El 74% de los países (26/35) prioriza a la población de las personas privadas de libertad, las embarazadas y los trabajadores de la salud en las campañas de prevención. El 37% (13/35) de los países (la mayoría del Caribe y Centro América) prioriza a los pacientes con diabetes, mientras que 29% (10/35) a los pueblos indígenas (con mayor predominio de países de la región andina). En la categoría “otros” se incluyeron las personas con capacidades intelectuales diferentes, trabajadores sexuales, afrodescendientes (en HON) y desplazados (en COL). **Figura 7.**

Figura 7: Poblaciones priorizadas en las campañas de prevención de la coinfección TB-VIH



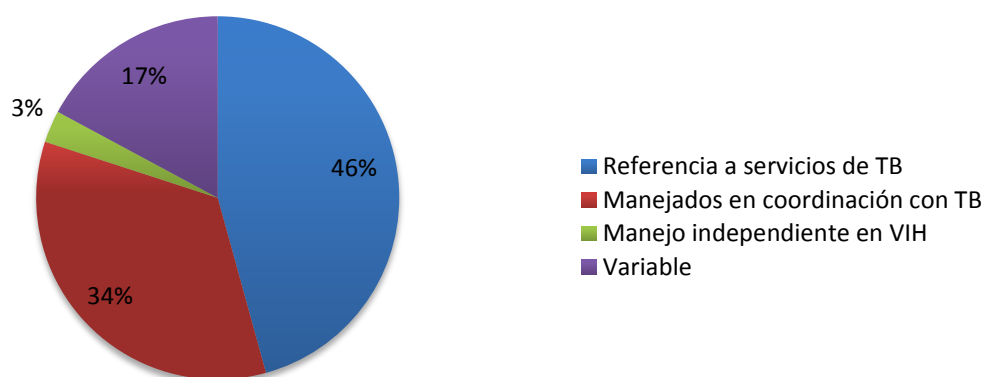
C.3 Introducir la terapia preventiva con cotrimoxazol

El 94% (33/35) de los países incluyen en sus guías la profilaxis con CTX para personas con TB/VIH. STL y CAN no tienen normas nacionales sobre este punto. Las indicaciones se especifican en las guías de tratamiento de VIH en el 77% de los países (27/35) y en el 43% (15/35) en las guías de tratamiento de tuberculosis. En casi una cuarta parte de los países (23%, 8/35) se incluyen además en una guía específica de coinfección. El 80% (28/35) de los países proporciona CTX en forma gratuita desde los programas de VIH y un tercio (34%, 12/35) también desde los programas de tuberculosis.

C.4 Garantizar la atención y el apoyo a las personas con VIH/SIDA

En aproximadamente la mitad de los países (46%, 16/35) los individuos con VIH con tuberculosis se refieren a los servicios de atención de TB para su evaluación. En un 34% (12/35) de los países los pacientes siguen su atención en los servicios de VIH en forma coordinada con los servicios de TB. En SUR los pacientes son atendidos únicamente en los servicios de VIH. En el 17% restante (6/35) de los países la conducta es variable en función de la organización administrativa o del sistema de salud del país. Por ejemplo en ARG, BRA, CAN y USA depende del sistema de provisión de servicios de cada provincia o estado. **(Figura 8)**

Figura 8: Conducta ante una persona con diagnóstico VIH y tuberculosis



Con respecto al tratamiento antituberculoso, en el 57% (20/35) de los países se administra en los servicios de TB, el 26% (9/35) en los servicios de VIH pero en coordinación con el programa de TB y el 17% (6/35) restante en forma variable según la organización administrativa (ARG, BAR, BRA, CAN, MEX, USA) **(Figura 9)**.

El tratamiento antirretroviral se proporciona en los servicios de VIH en el 54% (19/35) de los países, en servicios que brindan una atención integrada TB/VIH en el 29% (10/35) y en forma variable en el 11% (4/35) debido a la organización administrativa de los servicios de salud del país (BRA, CAN, US, URU). En GUY y JAM los pacientes con coinfección se manejan totalmente (tanto el tratamiento de la TB como el TARV) en los servicios de atención de TB **(Figura 10)**.

Figura 9: Lugar de provisión del tratamiento de la TB

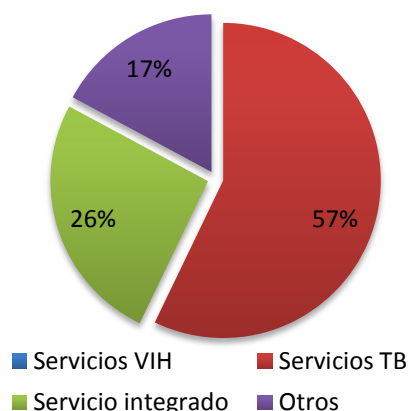
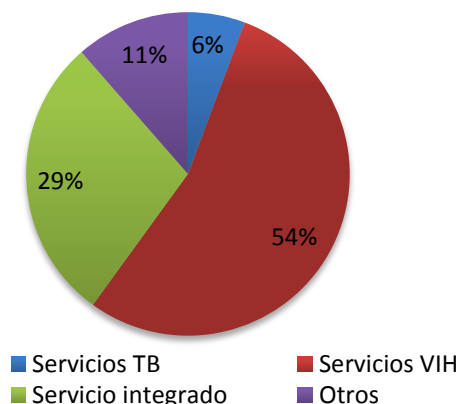


Figura 10: Lugar de provisión de tratamiento del VIH



En cuanto a los servicios que se ofrecen a los pacientes coinfectados, el 94% (33/35) de los países brinda consejería sobre adherencia, el 86% (30/35) apoyo psicológico, el 66% (23/35) apoyo a los pacientes, el 57% (20/35) grupos de autoayuda y el 54% (19/35) servicios comunitarios. Un porcentaje menor ofrece apoyo alimentario y tratamiento directamente observado.

La atención de la coinfección está normatizada en todos los países. La mayor parte de ellos (51%, 19/35) dispone de guías clínicas y programáticas, un 40% (13/35) dispone solamente guías clínicas y el 9% (3 países) disponen solamente de guías programáticas de implementación de tratamiento (BOL, HON, PER). SAV y USA disponen además de otros documentos específicos para el manejo de la coinfección (planes estratégicos y guías de vigilancia, respectivamente). En el 83% (29/35) las intervenciones propuestas se encuentran en las guías de ambos programas, ya sea como parte de las normas de cada programa en forma separada (21 países) o mediante una guía conjunta del manejo de la coinfección, basada en la guía de OPS [8] (8 países). En otros 5 países, el manejo de la coinfección se encuentra solamente en las guías de TB (BAH, BAR, BLZ, CAN, SVG) y en SKN se encuentra únicamente en la guía de VIH, debido probablemente a la baja incidencia de TB.

C.5 Introducir el tratamiento antirretroviral

Casi la totalidad de los países (exceptuando CAN, STL y SKN) tienen una norma o guía nacional para el tratamiento del VIH que incluye entre sus indicaciones de tratamiento antirretroviral a los pacientes con TB/VIH. El manejo del tratamiento antirretroviral en pacientes con tuberculosis también se especifica en las guías nacionales de tuberculosis en el 26% de los países.

Un 66% de los países (23/35) han actualizado los criterios para indicar tratamiento antirretroviral a todas las personas con VIH y tuberculosis, independientemente del conteo de células CD4, 26% (9/35) de los países siguen utilizando el recuento de <350 células CD4 y en 2 países (SKN, SUR) aún usan el antiguo criterio de iniciar tratamiento con menos de 200 células CD4. En CAN las guías de tratamiento de VIH no incluyen la tuberculosis, pero existen estándares de manejo de tuberculosis, cuya última actualización (2007) establece el criterio de tratar a todas las personas con tuberculosis con <200 células CD4. En la encuesta de CAN se especifica que es muy probable que en la práctica la mayoría de los

pacientes con TB reciban tratamiento antirretroviral, debido a que las guías de tratamiento del VIH promueven cada vez más un inicio temprano.

Entre las causas que dificultan el inicio temprano del TARV se mencionan la falta de un diagnóstico oportuno del VIH y tuberculosis, la falta de aceptación de los pacientes, limitantes de capacitación o problemas logísticos. Un 11% (4/35) países indicaron que no tienen dificultades para el inicio temprano del tratamiento (BAH, CHI, COR, SUR). En la **tabla 7** se presentan todas las dificultades para iniciar el TARV en forma temprana que los países mencionaron.

Tabla 7: Dificultades para el inicio del TARV temprano

Dificultad	n (%)
Falta o demoras en el acceso al diagnóstico de VIH	11 (32)
Falta de capacitación del personal de salud	7 (20)
Dificultades logísticas, de referencia y de coordinación entre programas servicios y laboratorios.	7 (20)
Falta de aceptación del paciente (falta de información, miedo al estigma)	7 (20)
Falta de acceso gratuito o de cobertura	6 (17)
Miedo a riesgo de SRIS o toxicidad o no adherencia o comorbilidades	3 (9)
Tratamiento centralizado en centros de VIH sobrecargados	2 (6)

Tabla 8: Resumen de situación de las actividades bajo el objetivo C: “Reducir la carga de enfermedad de VIH en personas con tuberculosis” por país.

	Consejería y prueba VIH		Prevención de VIH	Profilaxis con CTX	Atención VIH/SIDA	TARV temprano	
	% de TB que conoce su estatus VIH	Países usando pruebas rápidas	Uso del indicador de monitoreo C.2.1	% de TB/VIH que recibe CTX	Lugar de atención de pacientes TB-VIH	% cobertura nacional de TARV en TB/VIH	Criterio para inicio de TARV
ANB	100	Si	Nd	20	Coordinada	100	200-350
ARG	14	No	Si	Nd	Variable	Nd	Independiente de CD4
BAH	100	No	Si	31	Referido a TB	77	Independiente de CD4
BAR	100	No	Nd	Nd	Coordinada	Nd	200-350
BLZ	99	Si	Si	100	Coordinada	100	Independiente de CD4
BOL	24	Si	No	0	Referido	87	Independiente de CD4
BRA	50	Si	No	Nd	Variable	93	Independiente de CD4
CAN	29	Si	No	Nd	Variable	Nd	<200
CHI	0	No	No	Nd	Referido	Nd	Independiente de CD4
COL	44	Si	Nd	Nd	Coordinada	35	Independiente de CD4
COR	0	No	Si	Nd	Referido	Nd	Independiente de CD4
CUB	100	No	Si	0	Coordinada	66	Independiente de CD4
DOM	38	Si	Nd	100	Variable	100	200-350
DOR	63	Si	No	8	Referido	4	Independiente de CD4
ECU	70	Si	No	Nd	Referido	81	Independiente de CD4
ELS	98	Si	No	82	Coordinada	63	Independiente de CD4
GRE	100	Si	Si	0	Coordinada	0	200-350
GUT	63	Si	No	100	Referido	100	Independiente de CD4
GUY	100	Si	Si	77	Referido	59	Independiente de CD4
HAI	67	Si	No	13	Referido	10	Independiente de CD4
HON	54	Si	No	90	Referido	90	Independiente de CD4
JAM	98	Si	Nd	Nd	Referido	100	Independiente de CD4
MEX	45	Si	Si	72	Coordinada	26	200-350
NIC	59	Si	Nd	100	Coordinada	100	200-350
PAN	89	Si	Si	55	Referido	57	Independiente de CD4
PAR	34	Si	No	0	Referido	67	200-350
PER	31	Si	No	Nd	Referido	10	Independiente de CD4
SKN	100	No	Nd	Nd	Coordinada	Nd	Independiente de CD4
STL	100	No	Nd	Nd	Coordinada	Nd	<200
SUR	89	Si	Si	Nd	Solo en VIH	46	<200
SVA	67	Si	No	Nd	Coordinada	100	Independiente de CD4
TRT	100	Si	No	19	Referido	12	200-350
URU	64	No	No	Nd	Variable	Nd	Independiente de CD4
USA	89	Si	No	0	Variable	31	Independiente de CD4
VEN	82	No	Nd	Nd	Referido	32	200-350

Nd: No disponible.

Las celdas resaltadas muestran situaciones que requieren atención especial.

Factores que facilitan y que dificultan la implementación de las actividades de colaboración

Los países informaron diferentes factores que facilitan y dificultan la implementación de las actividades de colaboración.

El apoyo político, el liderazgo y la buena comunicación entre los programas TB y VIH fueron identificados como los factores que más facilitan la implementación. Otros factores facilitadores mencionados a baja frecuencia incluyen haber realizado el curso de gerencia, haber realizado experiencias piloto antes de la implementación, actividades de control de la implementación y tener un sistema de información electrónico unificado. La **tabla 9** resume las respuestas mencionados por los países.

Por su parte, los factores que dificultan la implementación fueron la falta de recurso humano capacitado, la falta de un sistema de vigilancia que permita compartir la información entre ambos programas, los servicios y los laboratorios, la ausencia de un ente de colaboración formal y las limitaciones presupuestarias para planificar las actividades TB/VIH. Las causas mencionadas solamente por un país fueron el miedo a trabajar en VIH por la discriminación, los problemas logísticos para implementar actividades, los procesos políticos de descentralización que dificultan la implementación de nuevos programas, y la falta de conocimiento en la comunidad.

Tabla 9: Factores que afectan la implementación de actividades de colaboración TB/VIH

Factores facilitadores	n (%)
Ente coordinador con apoyo político	11 (31)
Buena comunicación entre los gerentes	9 (26)
Liderazgo de los gerentes de los programas	6 (17)
Planificación conjunta de actividades	5 (14)
Recursos financieros específicos y compartidos entre los 2 programas	5 (14)
Sensibilización y capacitación de recursos humanos	5 (14)
Representación de ambos programas en las jurisdicciones	4 (11)
Sistema único de salud, basado en atención primaria	4 (11)
Guías y normas actualizadas y consistentes entre ambos programas	4 (11)
Equipo multidisciplinario en los programas	4 (11)
Selección de un conjunto mínimo de indicadores compartidos	3 (9)
Plan estratégico nacional y reglamento para su implementación	2 (6)
Logística compartida para la distribución de medicamentos	2 (6)
Coordinación multisectorial	2 (6)

Factores que dificultan la implementación	n (%)
Recursos humanos escasos o no capacitados	10 (29)
Falta de un sistema de vigilancia integrado	10 (29)
Falta de un órgano de colaboración formal, o de planeamiento conjunto	9 (26)
Presupuesto limitado para implementar	9 (26)
Falta de compromiso o empoderamiento	7 (20)
Jurisdicciones sin una política clara o sin liderazgo para implementarla	5 (14)
Falta de consistencia entre los programas de TB y de VIH (normas o criterios)	5 (14)
Respuesta al VIH fragmentada y necesidad de responder a múltiples donantes	4 (11)
Otras prioridades en Salud Pública	3 (9)
Resistencia a la implementación por médicos especialistas (de TB o VIH)	3 (9)

Oportunidades para promover la investigación

En la región de las Américas existen algunas brechas en la evidencia que necesitan ser abordadas para asegurar la provisión eficiente de los servicios para TB y VIH. La investigación operativa se define como el estudio de las estrategias, las intervenciones o las herramientas que pueden mejorar la calidad, la cobertura o la eficacia y eficiencia de los programas. A nivel global se han identificado situaciones en las cuales se pueden apoyar las actividades de colaboración TB/VIH mediante la investigación operativa.[9]

En esta encuesta, la mayoría de los países han identificado temas que podrían ser abordados con investigación operativa. La mayoría de las cuestiones reflejan la necesidad de identificar intervenciones eficaces para retener a los pacientes, estudios para validar datos epidemiológicos y estudios para explorar las barreras para la profilaxis con isoniazida.

En total, 28 países propusieron uno o más temas prioritarios que deberían ser estudiados mediante investigación operativa y que se mencionan en la **Tabla 11**.

Tabla 11: Tópicos de interés mencionados para investigación operativa

Tópico	N (%)
Estudios de prevalencia e incidencia (situación, evolución temporal, resistencia a TB, mapeo geográfico)	9 (26)
Estudios de adherencia (estudios de situación, factores de riesgo de mala adherencia, facilitadores de buena adherencia, recaída de TB)	8 (23)
Acceso a la prueba de VIH (situación, identificación de barreras, facilitadores, ventajas de las pruebas rápidas)	7 (20)
Profilaxis con isoniazida (aceptabilidad, impacto, adherencia, esquemas alternativos)	6 (17)
Mortalidad (factores de riesgo, tendencias, tratamiento antirretroviral temprano)	5 (14)
Procesos de implementación (barreras, facilitadores)	4 (11)
Análisis epidemiológico, monitoreo y evaluación (características sociodemográficas, perfiles, resultados de los programas)	4 (11)
Rol de la PPD en infección latente, TB latente en prisiones	4 (11)
Alternativas para el tamizaje de TB en HIV (pruebas y algoritmos)	3 (9)

Organización de los servicio, flujo de pacientes (barreras, facilitadores, integración)	3 (9)
CTX (impacto en la mortalidad, eficacia, adherencia)	2 (6)
TB-VIH y comorbilidades (diabetes, hepatitis, otras)	2 (6)

Conclusiones y Recomendaciones

Desde la aparición de las actividades de colaboración TB/VIH en 2004, los países han avanzado en forma importante en la implementación de éstas en las Américas. A continuación se presentan las conclusiones y recomendaciones basadas en el análisis de los resultados de la encuesta, siguiendo los 3 objetivos de las actividades de colaboración y otros aspectos generales.

A. Establecer mecanismos de colaboración:

La mayoría de los países disponen ahora de entes de coordinación, que han demostrado constituir un espacio útil para discutir las políticas y los planes de implementación de las actividades para el control de la coinfección TB/VIH. En la región existen varios modelos de mecanismo de coordinación, desde organismos formales dentro de la administración nacional (por ejemplo en DOR) a otros sin una representación formal pero con un buen funcionamiento debido a la buena comunicación entre los programas (por ejemplo en BRA o ARG). La mayoría de los equipos son multidisciplinarios, aunque un gran porcentaje carece de la representación de actores claves como las instancias involucradas en el control de infecciones, las prisiones. En particular, sigue siendo un desafío la inclusión en estos equipos de los afectados y la sociedad civil. En algunos países las metas y la planificación de actividades todavía no se realiza en forma conjunta.

La vigilancia de la infección por VIH en personas con TB se realiza ahora en todos los países de la región, lo que constituye un avance significativo con respecto a 2008, cuando solamente 9/15 países (60%) en ese momento realizaban esta actividad.

A pesar que el número de indicadores recomendado internacionalmente para TB/VIH se ha reducido a trece, el monitoreo de las actividades de colaboración TB/VIH ha demostrado ser difícil en la región debido a que la mayoría de los países no tiene los sistemas de información capaces de recoger toda la información solicitada, e incluso solamente 20 de 35 países (57%) registran actualmente los 3 indicadores prioritarios. La recolección de información se ve limitada además por otros factores como la baja prevalencia de coinfección en algunos países, las estructuras federales en algunos países con autonomía para definir los indicadores para monitoreo y la dificultad para integrar los sistemas de información entre los programas de tuberculosis y VIH.

Recomendaciones:

- Establecer un ente coordinador en los países que aún no lo tienen y que se beneficiarían de este mecanismo con participación de diferentes instancias involucradas en el control de TB/VIH a nivel nacional y sub-nacional. en particular en los países de alta carga de coinfección (BAH, BLZ, CAN, COR, DOM, ECU, HAI, JAM, PER, SUR, URU). Igualmente mantener y fortalecer los existentes.
- Continuar con la vigilancia de la prevalencia de VIH en pacientes con TB de manera rutinaria y facilitar la vigilancia de la prevalencia de TB en personas con VIH.
- Realizar y fortalecer la planificación conjunta de actividades en particular en aquellos países donde ya existe un ente coordinador pero no se están planificando las actividades en forma conjunta, definiendo claramente las funciones y las responsabilidades de los programas de control contra la

TB y el VIH en la implementación, la expansión, el monitoreo y la evaluación con un presupuesto claramente identificado.

- Formular un programa conjunto de capacitación TB/VIH en servicio y para las escuelas de formación en salud, así como educación continua basada en la competencia necesaria para las actividades de colaboración de todas las categorías de personal de salud en aspectos gerenciales y/o clínicos.
- Fomentar la participación de organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones de la sociedad civil y de las personas afectadas en la implementación, el monitoreo y la evaluación de las actividades de colaboración TB/VIH en todos los niveles.
- Fortalecer el monitoreo y evaluación de la implementación de las actividades TB/VIH garantizando al menos los 3 indicadores prioritarios en los países que aún no los informan (ARG, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, DOM, DOR, ECU, HAI, HON, STL, SKN, URU y USA).

B. Actividades para reducir la carga de enfermedad por TB en personas con VIH

El número de países que informan el tamizaje de tuberculosis en pacientes con VIH es bajo (12/35, 34%) y la cifra total de individuos evaluados mucho más baja aún (14.571 casos reportados mientras que la cifra estimada de VIH en las Américas es de 3 millones de personas). Esto se debe probablemente a que no se registran estos procedimientos más que a la falta de realización de esta actividad. La mayoría de los proveedores aplican un algoritmo clínico para orientar la sospecha de tuberculosis pero este procedimiento habitualmente no se registra, o al menos no se reporta a los programas. Reportar todos los tamizajes clínicos de la tuberculosis durante toda la vida del individuo a nivel nacional y regional puede significar un gran esfuerzo.

Es necesario estandarizar la definición operacional de tamizaje para TB en una persona con VIH de acuerdo con el algoritmo clínico recomendado a nivel internacional y determinar la forma de registrar esta actividad. Reportar el número de personas que son sometidas a tamizaje clínico de la tuberculosis a nivel nacional y regional puede significar una dificultad importante, ya que la búsqueda de síntomas de una posible enfermedad oportunista activa es una tarea que debería realizarse en todas las visitas clínicas de las personas con VIH, por lo que se dificulta la estandarización de un denominador adecuado.

La mayoría de los países (23/35, 66%) no reporta los individuos que están recibiendo profilaxis con INH. Entre los 12 países que declaran la profilaxis con INH el número total (12.906 personas con INH) es bajo. La disponibilidad de la PPD se ha mencionado como una dificultad frecuente para esta actividad. Actualmente, la OMS indica que la PPD no debería ser un requisito para iniciar la profilaxis con isoniazida en personas con VIH debido a las dificultades operativas que implican el uso de PPD. En las personas con VIH los algoritmos clínicos son suficientes para descartar enfermedad tuberculosa activa y todas las personas sin síntomas con PPD positiva o desconocida deberían recibir profilaxis. En la región más de 2/3 de los países utiliza la PPD como criterio para iniciar profilaxis. Es evidente la necesidad que tienen los programas de continuar trabajando para sensibilizar y capacitar a los trabajadores de salud para descartar la infección tuberculosa activa en todas las personas con VIH y expandir los programas de profilaxis con INH.

El control de infecciones para evitar la transmisión de TB en establecimientos de salud se realiza en casi todos los países como parte de los planes generales de control de infecciones. Dado el número de trabajadores de salud que enfermaron por TB en el 2010 se evidencia la presencia de transmisión en establecimientos de salud, lo que pone de manifiesto la necesidad de revisar las medidas de control administrativo, ambiental y de protección personal que constituyen el control de infecciones de TB y que actualmente se aplican.

Recomendaciones:

- Promover el uso de los algoritmos clínicos basados en la evidencia y recomendados por OPS/OMS como tamizaje de TB en personas con VIH.
- Definir la metodología, la forma de registro y la frecuencia del tamizaje de TB en los pacientes con VIH.
- Revisar los criterios para indicar la profilaxis con isoniazida, en particular con respecto al uso de la PPD, promoviendo la adopción de las nuevas guías de profilaxis con INH de la OMS.
- Fortalecer el registro y la notificación de los casos de VIH que reciben INH para que puedan recolectar y proporcionar esta información (BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, DOM, ECU, GUT, JAM, MEX, PAN, PAR, STL, SKN, SVA, SUR, URU, USA).
- Desarrollar un plan de control de infecciones de TB en los países que todavía no lo tienen y fortalecer la implementación de las medidas de control en todos los países.

C. Actividades para reducir la carga de VIH en pacientes con TB

En la región de las Américas existe una importante necesidad de asegurar la implementación de la oferta sistemática de la prueba de VIH a todos los casos de tuberculosis. El avance de los indicadores regionales referidos a esta actividad ha sido relativamente moderado, de un 35% en 2005 al 46% en 2010[2]. Los países han reconocido dificultades concretas sobre las que hay que trabajar, como la necesidad de capacitar y sensibilizar al recurso humano para solicitar las pruebas, pero también en reducir las barreras logísticas y de acceso a las pruebas de VIH. En este contexto la implementación de pruebas rápidas en los centros de tratamiento de tuberculosis podría resolver algunas de estas dificultades, en particular en aquellos países grandes, donde no todas las regiones tienen acceso a un laboratorio o donde existan dificultades para establecer un sistema de logística de distribución de muestras adecuado (ARG, CHI, URU y VEN) Es posible que la incorporación de las pruebas rápidas de diagnóstico de VIH no representen una ventaja adicional en países donde el acceso está asegurado (como en COR o CUB) o donde la atención está centralizada en pocos centros (por ej. BAH, BAR, SKN, STL). En algunos países (por ej., ARG) los sistemas de información no permiten registrar adecuadamente la oferta de la prueba de VIH y el resultado.

Las actividades de prevención del VIH en pacientes con TB no se registra en forma sistemática, pero todos los países informan que se realizan estas actividades, en particular en el contexto de la consejería para realizar la prueba de VIH. Solo el 29% (10/35) de los países utiliza el indicador de monitoreo que registra la disponibilidad gratuita de condones en los centros de atención de tuberculosis.

La dificultad en el registro seguramente afecta también al indicador de profilaxis con CTX, que la mayor parte de los países la indica y la proporciona en forma gratuita, aunque menos de la mitad reporta este indicador y solo 6 países (BEL, DOM, ELS, GUA, HON, NIC) informan una cobertura >80%.

Con respecto a la atención integral los modelos de provisión de servicio son variables y no se puede establecer una relación entre el tipo de atención (descentralizada, centralizada en centros de VIH o en centros de TB) y los indicadores de cobertura de tratamiento antirretroviral. La elección del modelo de atención deberá realizarse en función de la organización de cada distrito pero asegurando una buena comunicación entre ambos programas. Tradicionalmente, en la región, la tuberculosis se atiende en centros de atención primaria mientras que la atención del VIH se ha concentrado en pocos centros de referencia nacional. Hoy, la mayoría de los países están implementando procesos de descentralización de la atención del VIH, lo que debe considerarse como una oportunidad para promover la integración de los servicios de atención para pacientes coinfectados TB/VIH por parte de ambos programas. Esto también facilita el posterior seguimiento por parte de los servicios de VIH una vez la tuberculosis ha sido tratada.

La mayoría de los países tienen normas que indican el TARV en pacientes con TB independientemente de la cifra de células CD4, sin embargo, la proporción de personas con tuberculosis y VIH que recibe tratamiento antirretroviral es mayor al 80% solamente en 11 países. Por su parte CUB, DOR, GUY, HAI, MEX, PER y VEN muestran valores de cobertura de TARV en TB/VIH significativamente menor que la cobertura nacional de TARV en VIH (**Anexo 2**) mientras otros países muestran una cobertura significativamente mayor (BEL, BOL, BRA, ECU, GUT, HON, JAM y PAN). Algunos países no informaron sobre el TARV en pacientes con TB (ARG, CHI, COR y URU)[2].

La limitación mencionada con mayor frecuencia para iniciar tratamiento temprano fue la dificultad para identificar los casos VIH en forma temprana. Con menos frecuencia se informa que existen limitaciones en el recurso humano capacitado, dificultades de coordinación o logísticas, o negativa de los pacientes.

Recomendaciones:

- Asegurar el acceso a la prueba de VIH mediante el fortalecimiento de los sistemas de logística y la implementación de pruebas rápidas en los servicios de TB.
- Establecer metas definidas para el aumento del número de pacientes con TB que conocen su estatus VIH, en particular a aquellos que no informan este indicador o que presentan valores muy bajos de cobertura (por ej. ARG, BOL, CAN, CHI, COL, COR, DOM, MEX, PAR, PER)
- Revisar los modelos de atención para asegurar que éste sea integral y que las personas tengan acceso oportuno a información y métodos de prevención de VIH, al diagnóstico de la TB y del VIH, a la profilaxis con INH y CTX y al tratamiento antirretroviral en el mismo servicio o en estrecha coordinación entre servicios.
- Implementar la recomendación de la OMS de proporcionar tratamiento antirretroviral a todas las personas con TB/VIH independientemente de los valores de CD (ANB, BAR, CAN, DOM, GRE, MEX, NIC, PAR, STL, SUR y TRT)

D. Aspectos Generales:

Esta encuesta permitió identificar la situación de implementación de actividades de colaboración en la región y brechas específicas en los países. A modo general es importante resaltar la importancia que tiene el apoyo político para la implementación de estas actividades. Además, el liderazgo eficiente de los gerentes de cada programa, TB y VIH y la comunicación eficiente entre ambos son factores que repetidamente se han referido como efectivos para facilitar la planificación conjunta de actividades.

Una limitación importante para los programas es la de identificar financiamiento para las actividades específicas de colaboración. En el 75% de los países los programas de TB o VIH no tienen información sobre los fondos disponibles para implementar estas actividades, lo que claramente dificulta la programación conjunta de actividades.

Las reuniones regionales de jefes de programas de TB/VIH y esta encuesta, han facilitado procesos de discusión a nivel de los países que favorecieron la revisión de la situación actual en cada país y la planificación e implementación de las actividades en algunos países. Por ejemplo, en Colombia, ha permitido la elaboración de un proyecto para la implementación de planes de control de infecciones en TB en cuatro hospitales de referencia, capacitaciones locales, la revisión de la Guía de coinfección en TB y otros materiales y la implementación de pruebas de VIH en centros de atención primaria mientras que en Panamá, Haití y Surinam se han realizado revisión de los formatos de vigilancia epidemiológica, capacitaciones específicas para el personal de salud o encuentros de coordinación entre los dos programas. Estas encuestas también han permitido recabar información que no se recolecta rutinariamente, como por ejemplo trabajadores de salud con TB y defunciones en personas con TB/VIH, que aportan información importante para los programas.

La recolección periódica de esta información podría permitir establecer tendencias y mejorar la calidad de información, y facilitará el intercambio de información y comunicación entre el proyecto regional, las oficinas de país y los programas de TB y VIH de los Estados Miembros que facilitará la implementación de las actividades de colaboración en la Región.

Recomendaciones:

- Definir claramente las fuentes de financiación para la implementación de las actividades de colaboración durante el proceso de planeación y coordinación entre los programas de TB y VIH y buscar recursos adicionales de ser necesarios.
- Promover espacios para el intercambio de información y experiencias entre los países con respecto a la implementación de las actividades de colaboración.
- Continuar evaluando la situación regional de las actividades de colaboración, por ejemplo repitiendo encuestas similares en los próximos 3 a 5 años.

Actualización de la política interina sobre las actividades de colaboración

A comienzos del 2012 la OMS publicó un documento que revisa y actualiza la *Política interina sobre actividades de colaboración TB/VIH del 2004* con base en la evidencia generada de ensayos aleatorios controlados, estudios de observación, investigaciones operativas, mejores prácticas de implementación programática y nuevas guías o recomendaciones sobre este tema[10].

Las actividades se han mantenido en forma similar, aunque algunas presentan algún cambio en su redacción (**Tabla 10**). A diferencia del documento de 2004, en la política actualizada se enfatiza la necesidad de proporcionar servicios integrados para la atención de la TB y el VIH en función de las características epidemiológicas y los sistemas de salud de cada país y en coordinación con los otros programas de salud, como los de salud materno infantil, los servicios de reducción de daños y los servicios de salud penitenciarios. Además se recomienda establecer metas nacionales y locales para las actividades de colaboración TB/VIH por medio de un proceso participativo con el propósito de facilitar la implementación y lograr el compromiso político. Se hace un fuerte énfasis en lograr la participación comunitaria e intersectorial en la planificación y el monitoreo. También recomienda ofrecer sistemáticamente la prueba del VIH a los pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de TB, a su pareja y a sus familiares con la finalidad de reducir la carga de infección por el VIH e incorpora la evidencia reciente sobre tamizaje de tuberculosis con base en algoritmos clínicos y el tratamiento temprano del VIH en casos de tuberculosis. Finalmente, propone un proceso de adaptación local que tenga en cuenta decisiones normativas y programáticas a nivel nacional a fin de buscar los mejores mecanismos de gestión de programas para el país con objeto de ofrecer servicios integrados para la atención de la TB y el VIH.

Tabla 10: Cuadro comparativo actividades de colaboración 2004 y 2012

Política Interina 2004	Política actualizada 2012
A. Establecer mecanismos de colaboración	A. Establecer y fortalecer los mecanismos para proporcionar servicios integrados de TB y VIH
A.1 Crear un ente coordinador TB/VIH eficaz en todos los niveles	A.1. Establecer y fortalecer un grupo coordinador funcional de las actividades de colaboración TB/VIH en todos los niveles
A.2 Realizar vigilancia de la prevalencia del VIH entre los pacientes con TB	A.2. Determinar la prevalencia del VIH entre los pacientes con TB y la prevalencia de la TB entre personas con VIH
A.3 Planificar conjuntamente las actividades TB/VIH	A.3. Realizar una planificación conjunta a fin de integrar los servicios de atención de la TB y el VIH
A.4 Monitorear y evaluar las actividades	A.4. Monitorear y evaluar las actividades de colaboración TB/VIH
B. Reducir la carga de enfermedad por TB en personas con VIH/Sida	B. Reducir la carga de TB en personas con VIH e iniciar tempranamente el tratamiento antirretroviral (las tres ies para VIH/TB)
B.1 Establecer búsqueda intensiva de casos de tuberculosis	B.1. Intensificar la búsqueda de casos de TB y proporcionar un tratamiento antituberculoso de buena calidad
B.2 Introducir la terapia preventiva con Isoniazida	B.2. Iniciar la prevención de la TB con terapia preventiva con Isoniazida y el tratamiento antirretroviral temprano
B.3 Garantizar el control de infección por	B.3. Garantizar el control de Infecciones de tuberculosis en

tuberculosis en establecimientos de salud y sitios de congregación	establecimientos de salud y sitios de congregación
C. Reducir la carga de VIH en los pacientes con TB	C. Reducir la carga de VIH en pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de TB
C.1 Proporcionar consejería y pruebas de detección del VIH	C.1. Proporcionar la prueba del VIH y consejería a los pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de TB
C.2 Introducir métodos preventivos para la infección por VIH	C.2. Introducir intervenciones de prevención del VIH en los pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de TB
C.3 Introducir la terapia preventiva con cotrimoxazol	C.3. Proporcionar terapia preventiva con CTX a pacientes coinfectados TB/VIH
C.4 Garantizar la atención y apoyo a personas con VIH/SIDA	C.4. Garantizar intervenciones de prevención del VIH, tratamiento y atención, a pacientes coinfectados TB/VIH
C.5 Introducir el tratamiento antirretroviral	C.5. Proporcionar tratamiento antirretroviral a pacientes coinfectados TB/VIH

La meta fundamental de la adaptación es la expansión de la cobertura nacional de las actividades de colaboración TB/VIH a fin de reducir la mortalidad y morbilidad por TB relacionada con el VIH según los rasgos epidemiológicos de ambas enfermedades en con un enfoque integrado de servicios de salud.

Es de esperar que la revisión 2012 del documento sobre las actividades de colaboración TB/VIH oriente a los programas nacionales de tuberculosis y VIH a seguir expandiendo estas actividades para incluir a todas las personas con diagnóstico presuntivo o confirmado de tuberculosis con un enfoque integrado de servicios.

Referencias

1. WHO, *WHO's global TB database*.
<http://www.who.int/tb/country/data/download/en/index.html>.
2. WHO, UNAIDS, and UNICEF, (*WHO, UNAIDS, UNICEF; Global HIV/AIDS response: epidemic update and health sector progress towards universal access: progress report 2011*).
http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/en/index.html, 2010.
3. UNAIDS, *Report on the global AIDS epidemic 2010*
http://www.unaids.org/globalreport/global_report.htm, 2010.
4. OPS, MSN. *Oferta y realización del test de VIH en pacientes con TBC: situación actual en los pacientes con tuberculosis de los establecimientos más grandes del país: Argentina*. 2011.
5. WHO, *Política interina sobre actividades colaborativas TB/VIH*.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTM_TB_2004.330_spa.pdf, 2004.
6. WHO, *Guidelines for intensified tuberculosis case-finding and isoniazid preventive therapy for people living with HIV in resource-constrained settings. WHO guidelines 2011*.
http://www.who.int/tb/challenges/hiv/ICF_IPTguidelines/en/index.html, 2011.
7. WHO, *Policy on TB Infection Control in Health-Care Facilities, Congregate Settings and Households*. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598323_eng.pdf, 2009.
8. OPS, *Coinfección TB/VIH: Guía Clínica. Versión actualizada – 2010*
http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Coinfeccion_TB-VIH_Guia_Clinica_TB.pdf, 2010.
9. OMS, *Cuestiones prioritarias en materia de investigación sobre la tuberculosis y la infección por el VIH en entornos de recursos limitados donde la infección por el VIH es prevalente*.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243500300_spa.pdf, 2010.
10. OMS, *Política de la OMS sobre actividades de colaboración TB/VIH. Guías para programas nacionales y otros interesados directos*.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243503004_spa.pdf, 2012.

Anexo 1: Formato de encuesta

Encuesta sobre las actividades de colaboración TB/VIH en la Región de las Américas		
El objetivo de esta encuesta es determinar el nivel de progreso en la implementación de las actividades de colaboración TB/VIH en la Región de las Américas. Se hará hincapié en la identificación del grado de colaboración entre los Programas de TB y VIH a nivel nacional y sub-nacional y el grado de integración de los servicios a nivel periférico. Esta información es necesaria para conocer los progresos realizados para acelerar la implementación de las actividades de colaboración TB/VIH y para documentar los desafíos actuales.		
Instrucciones Este formulario debería ser complementado por los jefes del Programa Nacional de Tuberculosis y del Programa Nacional de VIH o sus respectivos representantes. Los datos serán consolidados y analizados en detalle a nivel regional y los resultados compartidos con el país. Su análisis durante el trabajo en grupo permitirá determinar los pasos a seguir y los compromisos de país en TB/VIH. Agradecemos su cooperación.		
País:		
Nombre y cargo de las personas que completan el formulario.	Programa Nacional de TB	Programa Nacional de VIH
	Nombre: Cargo:	Nombre: Cargo:
E-Mail:		
Teléfono: (incluir código de área)		
Fecha:		

Para cada una de las siguientes preguntas, marque con un círculo la respuesta apropiada. En varias preguntas más de una respuesta es posible.

ID	Pregunta	Comentarios
1.	¿Existe un ente coordinador nacional de TB/VIH? 1. Sí 2. Si No, continúe a la pregunta 4 Si la respuesta es Sí, ¿durante cuánto tiempo ha existido? Por favor especifique.....	
2	¿Con qué frecuencia se reúne el ente coordinador nacional de TB/ VIH? 1. Cada trimestre 2. Cada 6 meses 3. Anualmente 4. Otra (especificar).....	
3	¿Cuál es la composición del ente coordinador nacional? (marque con un círculo todas las que correspondan) 1. Jefe del Programa de TB 2. Jefe del Programa de VIH 3. Coordinador TB/VIH 4. Oficial de gestión de medicamentos 5. Gerente del sistema de información 6. Oficial de control de infecciones 7. Representantes de pacientes 8. Representantes de la sociedad civil 9. Representantes de la Academia 10. Oficiales del Ministerio de Justicia 11. Representante de organismos de abuso de drogas 12. Otros (especificar).....	
4	¿Existe un ente coordinador TB/VIH a nivel sub nacional? 1. Sí 2. No Si la respuesta es sí, ¿a qué nivel? 1. Regional 2. Municipal/Distrito 3. Otro	
5	¿Cuál es la composición del ente coordinador TB/ VIH a este nivel? (marque con un círculo todas las que correspondan) 1. Jefe del Programa de TB 2. Jefe del Programa de VIH	

	3. Coordinador TB/VIH 4. Representante de la Sociedad civil 5. Otros	
6	¿Cuál es el enfoque para la planificación de actividades TB/VIH? 1. Las actividades de colaboración TB/VIH se reflejan en el plan estratégico nacional de los programas de VIH y TB 2. Hay un plan nacional conjunto de TB/VIH 3. La planificación de TB/VIH se hace de forma independiente por cada programa 4. En ausencia de un plan, la planificación de actividades TB/VIH se hace conjuntamente 5. No existe planificación de actividades TB/VIH 6. Otro (especificar)	
7	a) ¿Cuál es el presupuesto total de TB destinado a actividades de TB/VIH, en \$US? Cantidad en \$US..... b) ¿Qué porcentaje del presupuesto de TB se destina a actividades TB/VIH? Porcentaje.....	
8	a) ¿Cuál es el presupuesto total de VIH destinado a actividades de TB/VIH, en \$US? Cantidad en \$US b) ¿Qué porcentaje del presupuesto de VIH se destina a actividades TB/VIH? Porcentaje.....	
9	¿Qué tipo de guías de TB/VIH tiene el país? 1. Clínicas 2. Programáticas 3. Ambas 4. Ninguna 5. Otras (especificar)	
10	¿Cómo se estipulan las guías clínicas de TB/VIH? 1. Existe un componente de TB/VIH en las guías de TB 2. Existe un componente de TB/VIH en las guías de VIH 3. Existe una guía nacional conjunta en línea con las guías clínicas TB/VIH de la OPS. 4. Existe una guía nacional de TB/VIH desarrollada en el país pero que no sigue las guías clínicas de la OPS. 5. No existen guías de TB/VIH 6. Otro (especificar)	

11	¿Cómo se lleva a cabo la capacitación y actualización del personal de salud sobre TB/VIH? 1. La capacitación y actualización en TB/VIH se llevan a cabo conjuntamente por los dos programas. 2. La capacitación y actualización se realiza de forma independiente en cada programa 3. No se realiza actividades de capacitación y actualización en TB/VIH. 4. Otros (especificar):	
12	¿Qué tipo de capacitación en TB/VIH se realiza? 1. Gerencial 2. Clínica 3. Consejería en VIH para pacientes con TB 4. Otras (especificar):	
13	¿Cuál es la duración media de los cursos? 1. 1 día 2. 2–3 días 3. 1 semana 4. 2 semanas 5. Otra	
14	¿Cuáles es la principal fuente de materiales para los cursos de capacitación? 1. OPS/OMS 2. Material propio 3. Otros socios (especificar) 4. Otros (especificar)	
15	¿Dónde se pueden identificar los planes para Abogacía, Comunicación y Movilización Social (ACMS) y para Información, Educación y Comunicación (IEC) para la TB/VIH? 1. Dentro de los planes estratégicos nacionales de ACMS e IEC 2. Dentro del plan estratégico conjunto TB/VIH 3. Como componentes separados de los planes de tuberculosis o VIH 4. No hay planes de ACSM o IEC	
16	¿Cómo se lleva a cabo la implementación de la Abogacía, Comunicación y Movilización Social de la TB/VIH? 1. Las actividades de ACMS para TB/VIH se llevan a cabo	

	conjuntamente por los programas de TB y de VIH 2. Las actividades de ACMS para TB/VIH se realizan de forma independiente por cada programa. 3. La cooperación conjunta en actividades de ACMS de los programas de TB y de VIH incluye socios privados, como ONG 4. Las actividades de ACMS para TB/VIH no se han desarrollado todavía. 5. Otros (especificar)	
17	¿Cómo se involucra a los grupos de la comunidad en las actividades de TB/VIH? 1. Los programas de TB y VIH trabajan conjuntamente con grupos de la comunidad en actividades de planificación e implementación. 2. Los grupos de la comunidad llevan a cabo actividades de TB/VIH con la asistencia conjunta de los programas de TB y VIH. 3. Los grupos de la comunidad llevan a cabo actividades de TB/VIH con la asistencia bien del programa de TB o del programa de VIH. 4. La participación de la comunidad no ha sido significativa en la ejecución de actividades de TB/VIH. 5. Otro (especificar)	
18	¿Cuáles son los temas prioritarios para investigación operativa en TB/VIH en el país? Por favor enumere:	
19	¿Cómo se diseñan los sistemas de monitoreo de pacientes de TB y VIH? 1. Los registros de TB y VIH están vinculados a través de un sistema electrónico. 2. Los registros del programa de TB y VIH no están vinculados electrónicamente pero cada uno tiene indicadores nacionales para la planificación conjunta. 3. Los registros del programa de TB y VIH no están vinculados electrónicamente pero cada uno tiene algunos de los 13 indicadores de la OMS para actividades de colaboración.	

	4. Los sistemas de monitoreo de pacientes de los programas de TB y VIH no están vinculados de ninguna forma. 5. Otros (especificar)	
20	Con respecto a los registros de TB/VIH. A) En los registros del programa de TB, ¿cuál de la siguiente información está presente? (marque con un círculo todas las que correspondan) 1. Paciente al que se le ofrece la prueba de VIH 2. Paciente al que se le realiza la prueba de VIH 3. Resultados de la prueba de VIH 4. Situación del TARV de un paciente con TB-VIH 5. Fecha de inicio de TARV 6. Paciente en tratamiento con TMP/SMX 7. Paciente referido al programa de VIH 8. Otros:(especificar)	
	B) En los registros del programa de VIH, ¿cuál de la siguiente información está presente? (marque con un círculo todas las que correspondan) 1. Persona con sospecha de TB 2. Persona tamizada para TB 3. Persona con TB activa 4. Persona actualmente en profilaxis con isoniazida 5. Persona en TARV 6. Persona referida al programa de TB 7. Paciente en TMP/SMX 8. Paciente que falleció por TB 9. Otros (especificar)	
21	Por favor enumere los principales indicadores utilizados para monitorear la implementación de actividades TB/VIH	
22	¿Cómo se manejan las personas con VIH que se diagnostican con TB? 1. Se derivan al programa de TB 2. Se tratan en los servicios de VIH en coordinación con el programa de TB 3. Se tratan solamente en el servicio de VIH	

	4. Otro (especificar):	
23	¿Cuáles son las principales herramientas que se utilizan para descartar TB en un paciente con VIH? 1. Algoritmos clínicos basados en los síntomas 2. Baciloscopia de esputo 3. Prueba de Tuberculina (PPD) 4. Radiografía de tórax 5. Cultivo (sólido o líquido) 6. Xpert MTB-RIF 7. Otros (especificar)	
24	a. ¿En qué documento se define la provisión de terapia preventiva con isoniazida para pacientes con VIH? 1. En las guías nacionales de TB 2. Como parte de las guías nacionales de VIH 3. En las guías conjuntas de TB/VIH 4. No existe una guía oficial	
	b. Enumere algunas de las dificultades relacionadas con la provisión de terapia preventiva de INH para pacientes con VIH:	
25	¿Se han actualizado en el país las recomendaciones de profilaxis con isoniazida de acuerdo a la última evidencia y a las guías de la OMS sobre búsqueda intensiva de casos de TB y tratamiento preventivo con isoniazida 2010? 1. Sí 2. No	
26	¿Cómo se realiza la adquisición, suministro y distribución de la isoniazida en pacientes con VIH? 1. Independientemente a través del Programa de VIH 2. En coordinación con el Programa de TB 3. Otros (especificar)	

27	¿Cuál es la base para el control de la infección en los establecimientos de salud y en áreas cerradas? 1. Política nacional sobre control de infecciones no limitada a TB y VIH 2. Un plan nacional para el control de la infección de TB y TB/VIH. 3. Guías nacionales para el control de la infección de TB o TB/VIH. 4. Plan institucional o guías (establecimientos de salud y en áreas colectivas) 5. No existen planes específicos para el control de la infección de TB o TB/VIH.	
28	¿Cuántos trabajadores de la salud han desarrollado TB en 2010?	
29	¿El país utiliza las guías para consejería y prueba de VIH en pacientes con TB de la OPS? 1. Si 2. No	
30	¿Cuáles son algunas de las barreras existentes en su país para realizar la prueba de VIH a pacientes con TB Por favor enumere:	
31	¿Qué método de diagnóstico se utiliza en forma inicial para conocer el estatus VIH? 1. Prueba rápida. 2. Elisa	
32	¿En qué documento se define la prestación de terapia preventiva con TMP/SMX para pacientes con TB/HIV? 1. En las guías de TB 2. En las guías de VIH 3. En las guías conjuntas de TB/VIH 4. No está incluida en ninguna de las guías mencionadas anteriormente 5. Otros (especificar)	
33	¿Cómo se proporciona la terapia preventiva con TMP/SMX? 1. Se proporciona de forma gratuita en el Programa de VIH 2. Se proporciona de forma gratuita en el Programa de TB 3. Los Programa de TB o de VIH proporcionan una receta	

	para la compra privada. 4. Otros (especificar)	
34	¿En qué documento se estipula la provisión de TARV? 1. En las guías nacionales de VIH 2. En las guías nacionales de TB/VIH 3. En las guías nacionales de TB 4. Otros (especificar)	
35	¿Cuáles son las barreras actuales para el inicio temprano de TARV en pacientes con TB/VIH? Por favor enumere	
36	¿Cuál es el criterio para el inicio de TARV en pacientes TB/VIH? 1. Pacientes con CD4 por debajo de 200 cel./mm 2. Pacientes con CD4 por debajo de 350 cel./mm 3. Todos los pacientes con TB/VIH, independientemente del CD4 4. Otro (especificar)	
37	a. ¿Dónde reciben TARV los pacientes con TB/VIH? 1. Son tratados con TARV en el Programa de TB 2. Son referidos al Programa de VIH para tratamiento 3. Se tratan conjuntamente por personal de TB y de VIH en servicios especializados (integrados) 4. Otros (especificar)	
	b. ¿Dónde reciben tratamiento para TB los pacientes con TB/VIH? 1. Son tratados con tratamiento anti-TB dentro del programa de VIH 2. Son referidos al programa de TB para el tratamiento 3. Son tratados conjuntamente por personal de TB y de VIH en servicios especializados (integrados) 4. Otros (especificar)	
38	¿Qué tipo de apoyo se proporciona a una persona HIV positiva con TB? 1. Consejería en adherencia 2. Servicios comunitarios 3. Apoyo al paciente 4. Apoyo de grupo de pares	

	5. Apoyo psicológico 6. Ninguno de los mencionados anteriormente 7. Otros (especificar)	
39	¿A cuáles de los siguientes grupos se brinda servicios preventivos para TB/VIH? 1. Mujeres embarazadas y niños 2. Usuarios de drogas (tabaco, alcohol, drogas EV) 3. Hombres que tienen sexo con hombres 4. Individuos con infecciones de transmisión sexual 5. Personas privadas de libertad 6. Personas con discapacidad mental 7. Jóvenes y adolescentes 8. Trabajadores de salud 9. Diabéticos 10. Pueblos originarios 11. Otros	

Datos de TB/VIH

Variables	Año 2010
• Número total notificado de nuevos casos de VIH con TB (todas las formas)	
• Número total notificado de nuevos casos de VIH que murieron por TB	
• Número total de nuevos pacientes con TB/VIH registrados en el programa de VIH	
En el programa de TB (notificado)	
• Número total de pacientes con TB/VIH – Hombres	
• Número total de pacientes con TB/VIH – Mujeres	
• Número total de pacientes con TB/VIH por grupo de edad	
▪ < 5 años	

▪ 5-14 años	
▪ >15 años	

Comentarios y sugerencias

Basados en la experiencia de su país, por favor indique los principales factores que contribuyen a una colaboración exitosa entre TB y VIH
Basados en la experiencia de su país, por favor indique las principales limitaciones u obstáculos para una colaboración exitosa entre TB y VIH
Recomendaciones para mejorar la coordinación entre los programas de TB y VIH

Gracias

SEGUIMIENTO A ACTIVIDADES DE COLABORACION TB/VIH 2011

INDICADORES

Instructivo:

Favor llenar la tabla adjunta con la información solicitada para cada uno de los indicadores TB/VIH listados (Los marcados con asterisco y en negrilla son los indicadores prioritarios).

Indicador	Sí se recoge	Fuente	No se recoge	Se recogerá y analizará en 2011-2012?	Comentario
B.1.1 Porcentaje de pacientes VIH sometidos a tamizaje de TB en los servicios de atención o tratamiento de VIH					
B.1.2.1 * Porcentaje de pacientes VIH que recibieron tratamiento antituberculoso					
B.1.2.2 Porcentaje estimado de casos incidentes de TB en pacientes VIH que recibieron tratamiento para la TB y el VIH					
B.2.1 Porcentaje de nuevos pacientes VIH en los que se inició la TPI durante el periodo de notificación					
B.3.1 Proporción de instituciones de salud que prestan servicios a personas con VIH en los que hay prácticas de control de infecciones que incluye TB					

B.3.2 Proporción de trabajadores de salud de instituciones que proveen servicios para VIH que adquirieron TB durante el periodo de notificación					
Indicador	Sí se recoge	Fuente	No se recoge	Se recogerá y analizará en 2011-2012?	Comentario
C.1.1 * Proporción de pacientes con TB a quienes les realizaron la prueba de VIH y se conoce el resultado					
C.1.2.1 Proporción de todos los pacientes registrados con TB cuyo estado serológico para VIH se ha investigado y son VIH positivos					
C.1.2.2. Tasa de detección de casos de TB con serología positiva al VIH documentada					
C.2.1 Disponibilidad de preservativos gratuitos en los servicios de TB					
C.3.1 Proporción de pacientes con TB VIH positivos que reciben terapia preventiva con cotrimoxazol					
C.4.1 Proporción de pacientes TB/VIH atendidos por los servicios de VIH durante el tratamiento de TB					
C.5.1 * Proporción de pacientes TB/VIH registrados a quienes se les suministra antirretrovirales durante el tratamiento de TB					

Anexo 2: Datos TB/VIH programáticos y epidemiológicos

País	Población del país (OMS)	Casos TB incidentes estimados (OMS)	Incidencia de TB /100.000 (OMS)	Casos TB reportados 2010 (OMS)	Muertes en TB no HIV (estimadas) (OMS)
ANB	88.710	4,4	4,9	6	0,38
ARG	40.412.376	11.000	27	7.287	770
BAH	342.877	39	11	31	3
BAR	273.331	4,6	1,7	6	0,65
BLZ	311.627	120	40	145	15
BOL	9.929.849	13.000	135	8.345	1.900
BRA	194.946.470	85.000	43	74.395	5.000
CAN	34.016.593	1.600	4,7	1.322	78
CHI	17.113.688	3.200	19	2.376	280
COL	46.294.841	16.000	34	11.420	1.300
COR	4.658.887	630	13	490	52
CUB	11.257.979	1.000	9,3	827	32
DOM	67.757	8,9	13	8	2,3
DOR	9.927.320	6.700	67	3.964	810
ECU	14.464.739	9.400	65	4.832	970
ELS	6.192.993	1.800	28	1.700	57
GRE	104.487	4,3	4,1	4	0,35
GUT	14.388.929	8.900	62	3.322	560
GUY	754.493	840	111	712	97
HAI	9.993.247	23.000	230	14.222	2.900
HON	7.600.524	3.900	51	2.876	390
JAM	2.741.052	180	6,6	130	16
MEX	113.423.047	18.000	16	19.570	960
NIC	5.788.163	2.400	42	2.448	150
PAN	3.516.820	1.700	48	1.496	300
PAR	6.454.548	3.000	46	2.277	270
PER	29.076.512	31.000	106	31.073	1.800
SKN	52.402	4	7,6	2	2,4
STL	174.267	14	7,9	9	3,1
SUR	524.636	760	145	194	15
SVA	109.333	27	24	15	2,1
TRT	1.341.465	250	19	219	37
URU	3.368.786	720	21	699	36
USA	310.383.948	13.000	4,1	11.181	550
VEN	28.979.857	9.700	33	6.335	820

Nd: No disponible.

País	Número de individuos a quienes se ofreció la prueba VIH (OMS)	Número de individuos con prueba positiva de VIH (OMS)	% de pruebas positivas para VIH en personas con TB (OMS)	Casos TB/VIH que recibieron CTX (OMS)	Casos TB/VIH que recibieron TARV (OMS)	Casos VIH evaluados para TB (OMS)	Casos VIH que recibieron IPT (OMS)
ANB	6	5	83	1	5	0	0
ARG	1.008	566	56	Nd	Nd	Nd	Nd
BAH	32	15	47	4	10	Nd	Nd
BAR	6	2	33	0	2	5	Nd
BLZ	143	29	20	29	29	Nd	Nd
BOL	2.003	140	7	0	113	Nd	Nd
BRA	37.210	8.558	23	Nd	7.948	Nd	Nd
CAN	382	23	6	Nd	Nd	Nd	Nd
CHI	Nd	Nd	0	Nd	Nd	Nd	Nd
COL	5.079	1.231	24	Nd	433	Nd	Nd
COR	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd
CUB	862	53	6	0	35	Nd	1.366
DOM	3	1	33	1	1	Nd	Nd
DOR	2.489	547	22	43	21	5.041	5.041
ECU	3.379	427	13	Nd	427	390	Nd
ELS	1.667	180	11	147	113	292	455
GRE	4	1	25	0	0	23	0
GUT	2.103	325	15	325	325	24	Nd
GUY	734	209	28	160	124	843	144
HAI	9.518	1.892	20	253	185	6.154	4.112
HON	1.557	201	13	180	180	390	27
JAM	128	29	23	Nd	29	Nd	Nd
MEX	8.842	1.189	13	1.189	424	Nd	Nd
NIC	1.445	60	4	40	40	761	465
PAN	1.337	213	16	137	141	Nd	Nd
PAR	777	138	18	0	96	Nd	Nd
PER	9.539	853	9	Nd	89	Nd	1.183
SKN	2	0	0	0	0	Nd	Nd
STL	9	0	0	0	0	Nd	Nd
SUR	173	58	34	Nd	26	Nd	Nd
SVA	10	3	30	Nd	3	Nd	Nd
TRT	254	58	23	11	7	648	11
URU	620	103	17	0	32	Nd	Nd
USA	7.107	612	9	Nd	Nd	Nd	Nd
VEN	5.213	479	9	Nd	156	Nd	102

Nd: No disponible.

País	Número estimado de personas con VIH (ONUSIDA 2009)	Número mínimo estimado de nuevas infecciones por VIH (ONUSIDA 2009)	Número máximo estimado de nuevas infecciones por VIH (ONUSIDA 2009)	Nuevos Inicios de TARV (Informe acceso universal 2010, OMS)	Trabajadores de la salud con TB en 2010 (Encuesta OPS)
ANB	500	Nd	Nd	56	0
ARG	110.000	4.100	11.000	498	Nd
BAH	6.600	199	1.200	Nd	1
BAR	2.100	199	499	47	0
BLZ	4.800	499	999	335	2
BOL	12.000	999	1.600	790	30
BRA	630.000	18.000	70.000	39.376	Nd
CAN	68.000	2.300	4.300	Nd	Nd
CHI	40.000	1.400	4.300	1.568	2
COL	160.000	2.800	16.000	13.501	Nd
COR	9.800	499	1.100	201	1
CUB	7.100	499	999	1.065	14
DOM	500	Nd	Nd	3	0
DOR	57.000	1.600	5.000	3.297	Nd
ECU	37.000	1.100	6.200	1.805	5
ELS	34.000	1.200	4.000	1.393	4
GRE	1.000	Nd	Nd	13	0
GUT	62.000	3.600	11.000	1.059	4
GUY	5.900	99	999	499	2
HAI	120.000	6.500	11.000	6.093	Nd
HON	39.000	999	3.700	1.240	10
JAM	4.200	2.100	999	1.030	2
MEX	220.000	8.800	21.000	8.462	179
NIC	6.900	499	1.300	452	Nd
PAN	20.000	999	2.200	425	14
PAR	13.000	999	1.600	786	5
PER	75.000	2.300	6.700	1.544	300
SKN	500	Nd	Nd	Nd	0
STL	1.500	Nd	Nd	Nd	0
SUR	3.700	99	499	235	Nd
SVA	1.000	Nd	Nd	Nd	0
TRT	15.000	999	1.800	977	0
URU	9.900	499	999	210	18
USA	1.200.000	24.000	110.000	Nd	432
VEN	110.000	Nd	Nd	5.525	42

Nd: No disponible.