

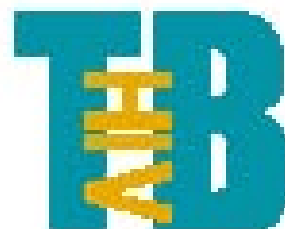


Informe del II Taller Internacional sobre la Educación y la Movilización Comunitarias en torno al VIH y la Tuberculosis (VIH/TB)

Parte de la XXXIV Conferencia Mundial de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y las Enfermedades Pulmonares (IUATLD) sobre la Salud Pulmonar

28 de octubre – 3 de noviembre de 2003

París, Francia.



por Julie Davids

editado por Rob Camp y Mark Harrington

**Grupo de Acción en Tratamientos (TAG)
Nueva York, NY, EE UU**

Agradecimientos

Este taller fue posible gracias al generoso apoyo de **la Fundación Bill & Melinda Gates** y la **Oficina de Investigación en SIDA** de los Institutos Nacionales de Salud (NIH, en sus siglas en inglés). El **Instituto Sociedad Abierta** (OSI, en sus siglas en inglés) financió a dos participantes de los nuevos estados independientes. La Asociación Noruega de Pacientes del Corazón y el Pulmón (LHL, en sus siglas en noruego) financió a dos participantes de Zambia. La **Unión Internacional Contra la Tuberculosis y las Enfermedades Pulmonares** (IUATLD, en sus siglas en inglés) facilitó la inscripción a la XXXIV Conferencia de la Unión de todos los asistentes al taller. AIDES ofreció una ayuda fundamental en relación con la logística local, la traducción y las facilidades para el visado. Queremos dar gracias particularmente a **Sandie Sempre** de AIDES. El administrador de TAG, **Will Berger**, también proporcionó un apoyo básico, como también lo hizo **John Beach** de la agencia John Beach Travel. Gracias a todos los participantes en el taller y a los ponentes por sus aportaciones. **Julie Davids** es la directora ejecutiva de Movilización de la Comunidad del VIH/SIDA por el Poder (CHAMP, en sus siglas en inglés). **Rob Camp** es el Director de Proyectos de Antivirales de TAG, y **Mark Harrington** es el Director Ejecutivo de TAG.

Sobre AIDES

AIDES fue creada en Francia en 1984 y es hoy día una de las organizaciones de base comunitaria de lucha contra el SIDA más grande de Europa. Nuestro objetivo es reunir a las personas que viven con VIH/SIDA y a sus seres queridos y sus pares en una entidad estructurada dedicada a luchar contra el VIH/SIDA y a defender los derechos de las personas y de las comunidades afectadas por esta enfermedad. En Francia, AIDES dispone de 350 trabajadores y de 800 voluntarios que trabajan en 80 ciudades. En el ámbito internacional, hemos desarrollado alianzas sólidas con ONG de base comunitaria y hemos hecho una defensa conjunta del derecho al acceso mundial a la asistencia y la prevención. AIDES apoya a las personas que están infectadas o están afectadas por el VIH/SIDA. AIDES proporciona información a las personas que siguen siendo las más vulnerables al VIH/SIDA. AIDES avisa a los gobiernos cuando descubrimos fallos en el sistema de asistencia sanitaria. AIDES moviliza a cientos de voluntarios para que el SIDA siga siendo una prioridad de salud pública.

Para más información

AIDES - Tour Essor - 14, rue Scandicci - 93508 PANTIN CEDEX o por medio de CCP Paris 2135
B. Número de teléfono de AIDES (en Francia): 0820 160 120 / (desde el extranjero): +33 1 41 83 46 46 communication@aides.org; aides@aides.org

Sobre TAG

Creado en enero de 1992, el Grupo de Acción en Tratamientos, o TAG en sus siglas en inglés, es la primera y única organización del SIDA dedicada exclusivamente a la defensa de los esfuerzos a favor de una investigación más amplia y eficiente, tanto pública como privada, dirigida a encontrar una cura para el SIDA. TAG lucha a favor de una cura para el SIDA y para asegurar que todas las personas que viven con VIH obtengan el tratamiento, asistencia e información que necesitan para salvar sus vidas. TAG se centra en los esfuerzos de investigación en SIDA, tanto públicos como privados, el proceso de desarrollo de los fármacos, y los sistemas que ofrecen asistencia sanitaria. Nos reunimos con investigadores, compañías farmacéuticas, y funcionarios públicos para alentar el análisis de áreas no bien estudiadas en la

investigación del SIDA y acelerar el desarrollo, aprobación y acceso a los fármacos. Trabajamos con la Organización Mundial de la Salud y con organizaciones comunitarias de todo el mundo, y procuramos desarrollar la pericia científica y política necesaria para modificar las políticas. TAG tiene el compromiso de trabajar para y con todas las comunidades afectadas por el VIH. TAG es una organización sin ánimo de lucro con categoría 501 c(3). Las aportaciones cuentan con exenciones fiscales hasta el límite que establece la legislación.

Para más información

Treatment Action Group, 611 Broadway, Suite 612, Nueva York, Nueva York EE UU
+1.212.253.7922 tel. / +1.212.253.7923 fax / tagnyc@msn.com email /
www.treatmentactiongroup.org / www.aidsinfonyc.org/tag

Traducción al español:

Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt). Barcelona, España.

Más de un millón de personas de todo el mundo mueren cada año de tuberculosis, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). La tuberculosis (TB), una enfermedad que se puede curar al 100%, está causando hoy día más muertes silenciosas que nunca en la historia de la humanidad.

“La TB es el mayor aniquilador de Personas que Viven con VIH/SIDA (PVVS). Lo sé porque he visto morir a mis hermanos. Yo también tendría que estar muerto. Estoy vivo porque tuve acceso al tratamiento para la TB a tiempo”, dijo Winstone Zulu de la Red Zambiana de Personas que Viven con VIH, durante la Conferencia de la IUATLD en París. “Nunca pensé que la TB fuese un problema hasta que perdí cuatro hermanos por esta enfermedad en el espacio de tres años”, añadió.

“Muchas personas no saben que tienen tuberculosis hasta que es muy tarde”, declaró Nomfundo Dubula de la Campaña de Acción por los Tratamientos (TAC, en sus siglas en inglés) de Suráfrica. “Yo también tenía tuberculosis, y era difícil adherirse a la medicación”, afirmó. “La detección precoz y el tratamiento inmediato salvaron mi vida. No podía haberlo conseguido sin apoyo. El temor de que tuviera que empezar de nuevo mi tratamiento si no me tomaba todas las dosis me hizo seguir adelante.”

“La dificultad de diagnosticar casos de tuberculosis nos ha hurtado la vida de muchas PVVS en Brasil”, afirmó Ezio Santos-Filho del Grupo por la Vida, un colectivo de personas seropositivas de Río de Janeiro.

“El activismo del SIDA no puede darse sin el activismo de la TB”, declaró Fabio Scano del Programa Stop TB de la OMS. “Para la lucha en contra de la TB se necesita la misma movilización social y participación comunitaria que condujo a la respuesta frente al VIH/SIDA.”

Los argumentos a favor de un análisis más detallado de la epidemia de la TB no podían haberse expuesto con más energía, cuando científicos y activistas se reunieron durante cuatro días en París, Francia, en otoño de 2003 para examinar las actuales tendencias, los avances científicos y el progreso alcanzado en el control de la epidemia mundial.

Los científicos se reunieron bajo los auspicios de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y las Enfermedades Pulmonares (IUATLD). Mientras los investigadores intercambiaban datos durante la conferencia, los activistas en tratamientos asistían al taller de educación y movilización comunitaria sobre la coinfección por VIH/TB convocado por el Grupo de Acción en Tratamientos (TAG), con sede en EE UU. El taller fue ideado para estimular la discusión sobre asuntos clave que alimentan la coepidemia VIH/TB y las estrategias para abordarla.

Para muchos de los más de 60 activistas en tratamientos de 31 países que asistieron al taller, las discusiones en los diferentes grupos fueron una revelación sobre los indecibles estragos que la TB está causando en muchas comunidades, su relación intrínseca con el VIH y la necesidad de adoptar estrategias proactivas para contener esta “epidemia silenciosa”.

Se han identificado diversos factores que alimentan esta situación, como el aumento de la incidencia de las nuevas infecciones por VIH, los escasos medios de diagnóstico, la baja detección de casos de nuevas infecciones de TB y la falta de profesionales de la salud formados. Otros factores son la fuga de cerebros, programas nacionales de TB infradotados, la falta de liderazgo político, la insuficiencia del suministro de medicamentos en los centros de tratamiento de la TB y la incidencia de la multirresistencia farmacológica.

Los informes sobre la situación presentados en torno al estado de los programas de TB en muchos países como Níger, Ucrania, Suráfrica, Brasil, Zambia, Tailandia, Kenia y Nigeria revelaron que, pese a existir desde hace más

de tres décadas, los programas nacionales de TB siguen estando sumamente infradotados, y requieren un mayor compromiso político para contener la tendencia de la epidemia.

Parece que los programas de TB apenas tienen nada, en comparación con los programas nacionales de VIH que disfrutaban de enormes presupuestos, aportaciones de donantes extranjeros, compromiso y voluntad políticos sólidos, implicación de la sociedad civil y de la comunidad, grupos de apoyo mutuo estables, recursos humanos formados, etc.

El Dr. Gani Alabi, un funcionario de la OMS que trabaja en TB en el suroeste de Nigeria, declaró: “Nigeria tiene un potente comité de VIH/SIDA encabezado por el Presidente; se trata de un comité multisectorial compuesto de representantes de muchos campos, incluyendo a numerosos grupos de la sociedad civil que trabajan en VIH/SIDA. Estas intervenciones reciben un montón de dinero y están bien profesionalizadas; desafortunadamente, los programas de control de la tuberculosis en el país carecen de este tipo de apoyo”.

Y añadió: “Pese a que existe una política de tratamiento gratuito para la tuberculosis, muchos de los centros de atención para su tratamiento no disponen de los fármacos para sus usuarios cuando éstos los necesitan. La OMS piensa iniciar la integración de los programas de VIH/TB en seis estados concretos del país, pero se necesita voluntad política y compromiso económico para hacer que esto sea realidad”.

Karyn Kaplan, del Grupo de Acción en Tratamientos del SIDA Tailandés (TTAG, en sus siglas en inglés) también destacó que mientras que el Fondo Global de Lucha contra el VIH/SIDA, la Tuberculosis y la Malaria supone una gran oportunidad para financiar propuestas para ampliar las intervenciones en TB, apenas ha habido, si es que algo, una implicación significativa de las PVVS o de quienes están afectados por la TB en los Mecanismos de Coordinación de País (MCP) en los países que deberían fomentar las peticiones de financiación.

Al final de unas deliberaciones a fondo, los participantes recomendaron la integración de los programas de VIH y de TB ya existentes, y la necesidad de movilizar el apoyo comunitario a la Estrategia de Tratamiento Directamente Observado (de Curso corto) [DTOS, en sus siglas en inglés] para reducir la extensión de la TB.

Los activistas también han propuesto otras actividades de seguimiento de alcance nacional para apoyar la DOTS. Una recomendación prioritaria fue la necesidad de organizar talleres de información sobre tratamientos y de educación comunitaria sobre los signos y los síntomas de la TB, la adhesión y el cumplimiento de la medicación.

También estuvieron de acuerdo en reforzar las coaliciones nacionales sobre TB y movilizarse para obtener un mayor compromiso político y financiero de gobiernos, donantes y grupos de la sociedad civil para los programas de control de la TB [véase “Resumen & Recomendaciones”].

**Olayide Akanni, Periodistas contra el SIDA (JAAIDS, en sus siglas en inglés)
Nigeria, enviado al Foro electrónico de SIDA de Nigeria**

Contenido

I.	Visión de conjunto	
	a.	Objetivos..... 1
	b.	Participantes2
	c.	Programa3
	d.	Resultados4
II.	Presentaciones y discusiones.....6	
	TB/VIH: Una perspectiva desde la salud pública, <i>Rose Pray</i>6	
	Política de la OMS en actividades VIH/TB, <i>Haileyesus Getahun</i>7	
	Integración de los servicios de VIH y TB en Malawi, <i>Rhehab Chimzizi</i>9	
	Perspectiva de la Fundación Gates sobre TB/VIH, <i>Renée Ridzon</i> 11	
	Perspectivas del Fondo Global, <i>Khaya Matsha</i> 11	
	Contribución de la TB a 3x5, <i>Fabio Scano</i> 12	
	Activismo del SIDA y control de la TB, <i>Mark Harrington</i> 13	
	VIH y movilización comunitaria	
	<i>Winstone Zulu, Zambia</i> 14	
	<i>Mapule Khanye, Sudáfrica</i> 15	
	<i>Rabiou Sanata Diallo, Níger</i> 16	
	<i>Zhanna Parkhomenko, Ucrania</i> 16	
	<i>Chalermchai Peuan-Buapan, Tailandia</i> 17	
	<i>Manoj Pardeshi, la India</i> 18	
	<i>Kasem Kolnary, Camboya</i> 18	
	<i>Thembeke Majali, Suráfrica</i> 19	
	<i>Alexey Bobrik, Rusia</i> 19	
	<i>Ezio Távora dos Santos Filho, Brasil</i>20	
	<i>Gani Alabi, Nigeria</i>22	
	<i>Piryani Rano Mal, Nepal</i>22	
	<i>Antoinette Chileshe-Phiri, Zambia</i>23	
III.	Sesiones sobre estrategias: Resumen y recomendaciones.....25	
	A. Refuerzo de la colaboración y los recursos mundiales25	
	B. Colaboración en el ámbito nacional y regional26	
	C. Movilización comunitaria, educación en ttos. y preparación.....26	
	D. Colaboración programática: Servicios centrados en los pacientes27	
	E. Continuidad del taller comunit. y moviliz. de recursos en red29	
	F. Poblaciones vulnerables y en situación de riesgo.....29	
	Apéndice 1: Participantes en el Taller 31	
	Apéndice 2: Programa del Taller33	

Pese a que tenía un montón de amigos que han muerto por la tuberculosis, nunca llegué a darme cuenta cuán importante es hablar sobre ella... Tenemos que reactivar las políticas sobre tuberculosis en cada uno de los países. Puede que estén obsoletas, y tienen que estar integradas en la ampliación de la cobertura de los antirretrovirales. La sociedad civil debe presionar al gobierno nigeriano para que aborde la tuberculosis. Ha habido tanto énfasis en el VIH que no hemos podido oír hablar de programas sobre la tuberculosis. Los fármacos para la TB no siempre están disponibles y [los programas] están desabastecidos: están infradotados y carecen de los recursos necesarios. Los activistas deben poner énfasis en la tuberculosis, y necesitamos involucrar al gobierno. Más del 50% del dinero del Fondo Global se invierte en ARV y TMI [transmisión materno-infantil]: el Fondo rechazó la solicitud de Nigeria en la segunda ronda que (...) incluía proyectos sobre tuberculosis. Debemos insistir para que el MCP [Mecanismo de Coordinación de País] diseñe una propuesta de expansión de los programas de tuberculosis. Los programas DOTS son caros, y algunos países han conseguido bajar el coste al centrarse en la comunidad antes que introducirse en el sistema público de salud. Los profesionales sanitarios necesitan más ayuda.

– Olayinka Jegede-Ekpe, Comunidad Nigeriana de Mujeres que viven VIH/SIDA, Nigeria.

I. Visión de conjunto

a. Objetivos

A partir del éxito del Primer Taller Internacional sobre Educación y Movilización Comunitarias en TB/VIH, celebrado en cooperación con la XXXIII Conferencia de la IUATLD sobre Salud Pulmonar en Montreal, Canadá, en 2002, el Segundo Taller Internacional sobre Educación y Movilización Comunitarias en TB/VIH tenía los siguientes objetivos:

1. Educar a los representantes comunitarios del VIH sobre los diferentes aspectos relacionados con la investigación, prevención, tratamiento y políticas en torno a la coinfección por TB/VIH.
2. Capacitar a los representantes comunitarios del VIH para que movilicen y diseminen información sobre la coinfección por TB/VIH en sus comunidades locales.
3. Ofrecer a los representantes comunitarios del VIH las habilidades necesarias para ayudar a sus comunidades a entender, participar en, y proporcionar la perspectiva comunitaria en la investigación y los ensayos clínicos.
4. Proporcionar una oportunidad a los representantes de la comunidad internacional del VIH para que desarrollen relaciones de trabajo con la OMS, del Partenariado Stop TB, del Fondo Global y de otras partes interesadas con el objetivo de representar más eficazmente a las comunidades afectadas en los programas de prevención, investigación, tratamiento y asistencia que se centran en TB/VIH.
5. Proporcionar una oportunidad a los representantes de la comunidad internacional del VIH de desarrollar relaciones de trabajo con responsables de programas nacionales y regionales de salud pública y TB y VIH/SIDA de manera

tal que puedan trabajar juntos para llevar a cabo iniciativas sobre TB/VIH en el futuro.

6. Proporcionar un espacio a los representantes de la comunidad internacional del VIH para que desarrollen planes de trabajo y estrategias para movilizar a comunidades, a responsables de políticas públicas y recursos para luchar mejor contra el TB y el VIH en los ámbitos nacional y regional, y para participar en el diálogo político mundial.

El II Taller incorporó varios cambios dirigidos a abordar las necesidades identificadas por los participantes en el I Taller. Hubo cincuenta participantes en un taller de dos días y medio de duración. Hubo también oportunidades para interacciones entre grupos pequeños, y sesiones más extensas sobre aspectos estratégicos. Como en 2002, los participantes del II Taller asistieron a las sesiones de la Conferencia de la IUATLD sobre coinfección por TB/VIH, se reunieron con responsables de programas públicos de TB e hicieron contactos en el encuentro de la Unión para desarrollar relaciones más sólidas con responsables de programas nacionales y regionales en salud pública, TB y VIH/SIDA, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Partenariado Stop TB, el Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM, en sus siglas en inglés), y otros, con el objetivo de representar más eficazmente a las comunidades afectadas.

b. Participantes

El Segundo Taller Internacional sobre Educación y Movilización Comunitarias en TB/VIH fue diseñado por representantes de las comunidades de la TB y/o el VIH con experiencia e interés en el activismo en tratamientos, la movilización comunitaria, y programas de educación en tratamientos, además de quienes trabajan con organización o redes interesadas en el acceso expandido a la asistencia en TB y VIH en países con una pesada carga de la coinfección por TB y VIH, o en los que el VIH se esté extendiendo y la TB sea muy prevalente.

El formulario para participar en el Taller se distribuyó por medio de un amplio abanico de redes internacionales y regionales que utilizan primordialmente internet y que se dedican al activismo, la educación y la movilización comunitaria en TB y/o VIH/SIDA. La enorme respuesta a la convocatoria de solicitudes evidenció el gran interés en las posibilidades de formación y trabajo en red de quienes se encuentran en primera línea de la epidemia dual.

Se dio prioridad a las solicitudes de las regiones con altos índices de coinfección por TB/VIH. Se extendieron invitaciones a activistas de 33 países. Pese a los esfuerzos por superar los obstáculos para obtener visados de viaje, no se consiguió la participación de activistas de Perú. Al final, 61 personas de 31 países participaron en el taller, lo que incluye a los residentes de 14 países africanos, tres surafricanos, cinco de Europa del este o de los nuevos estados independientes, cinco del sur y el sureste asiático, y cuatro de Estados Unidos y Europa Occidental. Las sesiones de los talleres se tradujeron al francés y al español, y algunos participantes colaboraron voluntariamente para traducir al tailandés y al ruso.

El Taller estuvo entrelazado con los trabajos de la XXXIV Conferencia sobre Salud Pulmonar de la Unión Internacional Contra la Tuberculosis y las Enfermedades Pulmonares (IUATLD; en sus siglas en inglés). La IUATLD proporcionó gratuitamente la inscripción a la Conferencia para todos los participantes.

Además de las sesiones formales, el taller ofreció variadas oportunidades para entrar en contacto y compartir información durante los desayunos diarios, las sesiones de relatores, comidas durante las que los participantes se agrupaban según su región, y una cena de clausura muy animada. Una abrumadora mayoría de participantes destacó del taller la posibilidad de compartir información con sus pares de otros países, lo que daría impulso a sus esfuerzos comunitarios.

c. Programa

En la noche del martes 28 de octubre, los participantes del taller se reunieron en una recepción informal de bienvenida. Al día siguiente, participaron en el simposio “Progreso y el camino adelante” del Grupo de Trabajo Stop TB / Expansión de DOTS.

La primera jornada completa del Taller Comunitario fue el jueves 30 de octubre. Dieron la bienvenida Hélène Rossert, Directora General de AIDES y representante de las ONG del Norte en el consejo del Fondo Global Contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y Mark Harrington, Director Ejecutivo TAG.

La mañana estuvo dedicada a un introducción a TB/VIH, con intervenciones del Programa Stop TB de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa Nacional de Control de la TB de Malawi, y la Fundación Bill y Melinda Gates, así como a una visión de conjunto sobre el papel de la comunidad y la movilización de recursos en los esfuerzos internacionales en contra de la coinfección por TB/VIH desde una perspectiva de personas del Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM, en sus siglas en inglés), Stop TB de la OMS, y el Grupo de Acción en Tratamientos (TAG).

La tarde se dedicó a los informes de 12 participantes del taller sobre proyectos locales en TB/VIH y movilización comunitaria. Ponentes de Brasil, Camboya, la India, Nepal, Níger, Nigeria, Rusia, Suráfrica, Tailandia, Ucrania y Zambia estimularon una discusión dinámica sobre una variedad de estrategias de movilización. La conmovedora alocución de Winstone Zulu, participante del taller, en la ceremonia de apertura de la Conferencia de la Unión al final de la tarde hizo aún más hincapié en la importancia de los esfuerzos llevados a cabo por la comunidad (véase el sitio de internet de la IUATLD, www.iuatld.org).

El viernes 31 de octubre, los participantes en el taller asistieron a sesiones de la Conferencia de la Unión tituladas “Asegurar el acceso global a los fármacos anti-TB”, “La globalización y su impacto en la salud pulmonar” y “Avances en el tratamiento de la TB”.

Pese a que a la reunión de planificación del Taller del final de la tarde (para determinar

la estructura de las sesiones del día siguiente sobre estrategias en grupos reducidos) era optativa, más del 80% de los participantes del taller eligieron asistir, lo que derivó en un encuentro productivo y muy concurrido a un tiempo.

Los participantes volvieron a la Conferencia de la Unión para las sesiones entre otras de última hora en la mañana del sábado 1 de noviembre, y se agruparon por regiones en nuestra comida de toma de contacto. La tarde contó con seis sesiones de estrategias en grupos reducidos sobre aspectos clave identificados en la reunión de planificación:

- o Colaboración en los ámbitos regionales y nacionales.
- o Colaboración entre programas existentes: servicios de TB y VIH centrados en los pacientes.
- o Movilización comunitaria, educación en y preparación para los tratamientos.
- o Continuidad del taller de movilización comunitaria: movilización de recursos en red.
- o Consolidación de la colaboración y los recursos globales para TB/VIH.
- o Poblaciones vulnerables y en situación de riesgo.

El diálogo y la solidaridad productivos siguieron durante la cena de clausura del Taller. El domingo 2 de noviembre, los participantes volvieron a la Conferencia de la Unión, lo que incluía una sesión sobre “Integración de las perspectivas de los pacientes en las políticas y las prácticas en TB”, en la que Mark Harrington de TAG intervino con una presentación sobre movilización comunitaria a partir de las actas del Taller.

d. Resultados

Más del 80% de los participantes que completaron la evaluación del taller dijeron que van a modificar su trabajo como resultado del Taller. Otro 80% declaró que habían tenido contactos útiles en la conferencia de la IUATLD entre personas de su país o región, donantes o científicos.

Todo el mundo estuvo de acuerdo en que los participantes de los talleres de TB/VIH de 2002 y 2003 deberían fortalecer y extender una red para facilitar la comunicación, el activismo, y la movilización de recursos para consolidar las respuestas comunitarias a TB/VIH. Estuvieron de acuerdo en que la mejor manera de desarrollar la red sería tener una única organización que coordinase el seguimiento en la comunicación, movilizase recursos para contar con un coordinador de la red, y trabajase con los participantes para identificar a personas y organizaciones que pudieran servir como puntos focales regionales que facilitase la comunicación y la diseminación de información. Muchos afirmaron que sería muy importante volverse a reunir en la Conferencia Internacional del SIDA en Bangkok, Tailandia, en julio de 2004 con el objetivo de continuar planificando y compartiendo información.

El taller alentó a los participantes a identificar el papel que pueden jugar para garantizar que los recursos financieros, las estrategias internacionales, las lecciones aprendidas de los proyectos pilotos y las mejores prácticas se pongan encima de la mesa para llevar a cabo asistencia y tratamiento para las personas que viven con TB y

VIH. Los participantes en el taller dejaron claro que están en condiciones de asumir este reto, y que perseguirán recursos adicionales para sostener una red efectiva de comunicación y activismo para fomentar estos esfuerzos vitales.

Oportunidades

- " Los grupos comunitarios del VIH están dispuestos a promover la integración de TB/VIH en su trabajo actual con el VIH.
- " Los grupos comunitarios del VIH necesitan más información sobre la TB/VIH; los programas sobre TB necesitan más información sobre VIH.
- " Los grupos comunitarios del VIH necesitan recursos, información apoyo técnico y capacidad de trabajo en red.

Necesidades

- o Necesidad de consolidar la colaboración y los recursos globales en TB/VIH.
- o Necesidad de fortalecer la colaboración en los ámbitos regional y nacional.
- o TB/HIV debe integrarse en los esfuerzos nuevos y aquellos en marcha relacionados con la movilización comunitaria y la preparación para los tratamientos.
- o Los servicios en TB y VIH deben coordinarse e integrarse desde la base hacia arriba con el objetivo de proveer servicios coordinados centrados en el paciente: "Dos enfermedades, un paciente".

Siguientes pasos

- " Los grupos comunitarios del VIH están dispuestos a promover la coordinación de los programas de TB y VIH, y la integración de aspectos relacionados con TB/VIH en el trabajo de VIH.
- " Los grupos comunitarios del VIH identificaron la necesidad de fortalecer la colaboración y los recursos en TB/VIH en un ámbito nacional y en otro global.
- " Los grupos comunitarios del VIH necesitan recursos, información, apoyo técnico, y capacidad de trabajo en red.
- " Los asuntos de TB/VIH deben integrarse en los esfuerzos nuevos y aquellos en marcha relacionados con la movilización comunitaria y la preparación para los tratamientos.
- " Los servicios en TB y VIH deben coordinarse e integrarse desde la base hacia arriba con el objetivo de proveer servicios coordinados centrados en el paciente: "Dos enfermedades, un paciente".
- " Los grupos comunitarios en VIH necesitan más información en TB/VIH.
- " Los programas de TB necesitan más información sobre VIH.
- " Existe una enorme urgencia para fortalecer la colaboración en los ámbitos nacional y regional.
- " Los participantes en el Taller formarán una red TB/VIH para la cooperación comunitaria de ámbito mundial, regional y nacional.
- " La red desarrollará recursos en internet para el intercambio de información.
- " Se celebrarán reuniones de seguimiento sobre TB/VIH en encuentros sobre SIDA y TB mundiales y regionales y en la Conferencia IUATLD 2004.

II. Presentaciones y discusiones del Taller

TB y VIH: Una perspectiva desde la salud pública: *Rose Pray, RN, MS, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, en sus siglas en inglés), EE UU.*

Pray inauguró el panel de la mañana con un amplio repaso centrado la problemática, las posibilidades y los desafíos en asistencia y prevención en TB/VIH, incluyendo algunos ejemplos de las actividades en TB/VIH del Programa de SIDA Global (GAP, en sus siglas en inglés) estadounidense.

La tuberculosis es la principal causa de muerte entre adultos debida a un único agente infeccioso, con más de un tercio de la población mundial infectada y en situación de riesgo frente a la enfermedad activa. Dos de ocho millones de personas que desarrollan tuberculosis activa cada año morirán de esta enfermedad. Un tercio u once de 42 millones de personas en todo el mundo que viven con VIH están coinfectadas con la TB, de las que un 71% viven en el África subsahariana.

El VIH es el factor de riesgo más potente en el desarrollo de enfermedad por TB a partir de la infección. Existe un riesgo del 10% de desarrollar TB activa en una persona negativa al VIH a lo largo de su vida, sin embargo este riesgo sube hasta un 5–10% anual para las personas coinfectadas. La tuberculosis es la causa de aproximadamente un 11–14% de todas la muertes asociadas a SIDA en adultos.

Pray señaló a los agentes financieros, los Ministerios de Salud, y las estrategias y directrices publicadas como los tres tipos de posibilidades para mejorar o extender la asistencia en y la prevención de TB/VIH. El programa de TB/VIH de GAP recomienda DOTS (tratamiento directamente observado de curso corto, en sus siglas en inglés) como mejor práctica. DOTS necesita:

- o Compromiso gubernamental.
- o Detección de casos de TB por microscopia de frotis de esputo.
- o Tratamiento directamente observado de curso corto.
- o Suministro continuado y fiable de medicamentos, y
- o Un sistema eficaz de vigilancia y monitorización.

Elementos adicionales a la estrategia de TB/VIH de GAP:

- o Exploración de las personas infectadas por VIH para detectar TB.
- o Mejora del acceso de los pacientes con TB al *counselling* y la prueba del VIH.
- o Inclusión de terapia preventiva con isoniazida (TPI) como parte del paquete esencial de asistencia que se ofrece a las personas con VIH.
- o Derivación de los casos de TB para su tratamiento y seguimiento.
- o Puesta en marcha de asistencia comunitaria y domiciliaria para pacientes con TB infectados por VIH cuando fuese posible.
- o Promoción de la colaboración entre los programas nacionales de control de la TB y el SIDA.
- o Tratamiento de las personas infectadas por VIH con terapia ARV.

La terapia preventiva con isoniazida es un componente esencial de la asistencia que se ofrece a las personas con VIH, una vez descartada la enfermedad activa, pero puede haber problemas de adhesión.

Puede que la tuberculosis sea más difícil de detectar entre quienes estén infectados por el VIH que entre quienes no. Si se detecta y se trata, el tratamiento simultáneo de la TB y el VIH en una persona puede implicar interacciones farmacológicas, efectos secundarios, y reacciones paradójicas, que es así como se denomina el hecho de que una terapia eficaz para el VIH en personas coinfectadas cause una restauración del sistema inmunitario que lleve a un agravamiento de los signos y los síntomas de tuberculosis tales como fiebre alta, empeoramiento de los resultados de rayos X en el pecho, o extensión de las lesiones en el SNC o por TB. Entre las alternativas están retrasar la terapia antirretroviral (ARV) por dos meses o hasta que el tratamiento para la TB haya finalizado, o tratar la tuberculosis con rifampicina y tratar el VIH con ARV que no interactúen con ésta (por ejemplo, AZT+ 3TC+ efavirenz, como recomiendan las directrices de la OMS).

Entre los desafíos operativos se cuentan el acceso a *counselling* y prueba del VIH, servicios profesionales de VIH, y el establecimiento de buenos sistemas de vigilancia por VIH. Otros retos son la creciente demanda de profesionales de la salud, la capacidad de laboratorio y la necesidad de alimentar la colaboración entre los programas nacionales de control de la TB y los de VIH/SIDA.

Pray finalizó con informes de dos proyectos del GAP de los CDC. El programa *Kibera ART* persigue proporcionar tratamiento y asistencia en VIH a 300–500 personas con VIH en un barrio de chabolas de Nairobi, Kenia, e incluye detección, profilaxis y tratamiento de la TB. Hasta la fecha, 83 de 163 personas identificadas han comenzado tratamiento con ARV y lo han mantenido sin interrupción o discontinuación. El Proyecto de Asistencia Domiciliaria en Uganda rural evaluará tres estrategias de monitorización para 1.000 personas con VIH, lo que incluye el seguimiento en el terreno y la distribución de fármacos, la recolección de especímenes, y la entrega de suministros en motocicleta. La inscripción empezó en mayo de 2003, y 153 de las 199 personas evaluadas como elegibles para tomar ARV ya estaban en tratamiento en septiembre del mismo año.

La política provisional de la OMS para actividades en colaboración sobre TB/HIV– Haileyesus Getahun, Stop TB, Organización Mundial de la Salud (OMS)

Getahun presentó la política provisional para actividades en colaboración sobre TB/HIV, que iba a ser lanzada en enero de 2004 por parte de la OMS en nombre del Partenariado Stop TB. El Grupo de Trabajo en TB/VIH se reunió por primera vez en 2001, y desarrolló este documento en 2003 después de una consulta y revisión con una base amplia de expertos en TB y en VIH.

El VIH aviva la epidemia de la TB y la TB es la enfermedad más mortal de las personas con VIH. En lugares con alta prevalencia del VIH, no basta con DOTS para controlar la

TB. Por ello, Getahun destacó que las intervenciones conjuntas en TB/VIH son necesarias para controlar la TB asociada al VIH, para expandir el DOTS y, de hecho, para controlar el VIH. En esta crisis en expansión, el escalado debe ocurrir de modo inmediato, sujeto a revisión ya que la base de la evidencia evoluciona.

Recomendaciones de la OMS para actividades en colaboración sobre TB/VIH

A. Establecer los mecanismos para la colaboración

- A.1. Crear un órgano de coordinación para actividades sobre TB/VIH que sean efectivas en todos los niveles.
- A.2. Llevar a cabo vigilancia de la prevalencia del VIH entre los pacientes con tuberculosis.
- A.3. Poner en marcha la planificación conjunta de TB/VIH.
- A.4. Llevar a cabo seguimiento y evaluación de TB/VIH.

B. Reducir la carga de la tuberculosis en las personas que viven con VIH/SIDA

- B.1. Establecer detección intensificada de casos de tuberculosis.
- B.2. Introducir terapia preventiva con isoniazida.
- B.3. Asegurar el control de la infección por tuberculosis en centros de salud y donde se congrega gente.

C. Reducir la carga del VIH en pacientes con tuberculosis

- C.1. Proporcionar *counselling* y prueba del VIH.
- C.2. Introducir métodos de prevención del VIH.
- C.3. Introducir terapia preventiva con cotrimoxazol.
- C.4. Garantizar la asistencia y el apoyo en VIH/SIDA.
- C.5. Introducir terapia antirretroviral.

- *Política provisional de actividades en colaboración sobre TB/HIV, OMS/HTM/TB/2004.330*
http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTM_TB_2004.330.pdf

El Grupo de Trabajo reconoce que diferentes países están en diferente situación en relación con la coinfección y con los niveles existentes de cooperación y recursos.

Recomendación de categorías

- I Países con un índice de prevalencia nacional de VIH entre adultos de por lo menos el 1% *o*
Países en los que la prevalencia nacional del VIH entre pacientes con TB es del 5%:

Llevar a cabo todas las actividades en A, B y C.
- II Países con un índice de prevalencia nacional de VIH entre adultos por debajo del 1% *y*
Áreas administrativas que tienen una prevalencia de VIH entre adultos de por lo menos el 1%:

Llevar a cabo todas las actividades como en los países de categoría III, excepto en las áreas administrativas con una prevalencia de VIH entre adultos de por lo menos el 1%, en los que deben llevarse a cabo todas las actividades.

- III Países en los que el índice de prevalencia nacional del VIH en adultos esté por debajo del 1% *y*
No hay áreas administrativas en los que el índice de prevalencia de VIH entre adultos sea superior al 1%

Llevar a cabo como mínimo:

- A.2. Vigilancia del VIH en pacientes con TB.
- B.1. Detección intensificada de casos de TB entre PVVS.
- B.2. Terapia preventiva con isoniazida.
- B.3. Control de la infección de TB.

En resumen, Getahun enfatizó que la crisis de “Dos enfermedades, un paciente”, significa que:

- o Los países deben desarrollar políticas y planes de ejecución específicos para TB/VIH,
- o Deben acelerarse los mecanismos de colaboración TB/VIH, y
- o Los grupos activistas en VIH y TB deben integrar TB/VIH en sus actividades activistas.

Integración de los servicios de TB y VIH: La experiencia de Malawi – *Rhehab Chimzizi, Responsable del programa de TB/VIH, Programa Nacional de Control de la TB en Malawi.*

Chimzizi presentó un análisis comprehensivo del significativo éxito en la integración de servicios de TB y VIH, y debe consultarse su presentación con diapositivas para una explicación detallada complementaria a este resumen (INSERTAR ENLACE AQUÍ). Malawi, donde el 65% de la población se ha empobrecido, se ha visto grandemente afectado por la epidemia del VIH. Entre los adultos, el 15% estaban infectados, y entre las madres antenatales, el 24% estaban infectadas por VIH en 1999. La esperanza de vida ha caído de 46 años en 1996 a 39 en 2000. El VIH ha alentado una epidemia de TB igualmente grave.

Impacto de la epidemia del VIH sobre TB en Malawi

- o Las notificaciones de TB se han multiplicado por cinco entre 1985 y 2001 (de 5.000 a 27.000 casos);
- o En 2000, el índice de seroprevalencia del VIH en pacientes con TB era del 77%;
- o La infección por VIH ha llevado a:
 - Un aumento del número de pacientes con frotis negativo de TB difícil de diagnosticar.
 - Aumento de los índices de muertes causadas por la TB.
 - Aumento del índice de enfermedad recurrente de TB.

No obstante, existe un fuerte nivel de compromiso político del gobierno de Malawi para luchar contra la epidemia de VIH/SIDA y TB. En 1999 lanzaron un Marco

Estratégico Nacional de VIH/SIDA, han solicitado con éxito financiación al Fondo Global, han reestructurado su Programa Nacional de Control del SIDA para impulsar una respuesta realmente multisectorial. Han desarrollado un Plan de Control de la TB a cinco años, ligado a un plan conjunto de TB/VIH a tres años y disponen de cobertura nacional de DOTS.

Cimzizi presentó los hallazgos de la iniciativa ProTEST en Malawi (1999–2002) como un ejemplo de colaboración efectiva en TB/VIH. ProTEST es una iniciativa coordinada por la OMS que significa PROMoción del TEST del VIH como un punto de entrada en la prevención, asistencia y apoyo en relación a TB/VIH. La iniciativa persigue reducir la carga de la epidemia de TB/VIH en Malawi y ha establecido relaciones de cooperación entre los proveedores de servicios en TB y VIH, y además ha generado capacidad dentro de las iniciativas actuales que abordan el manejo de TB/VIH en Lilongwe.

ProTEST perseguía ir más allá de la concienciación en torno a SIDA, ya que más del 90% de los habitantes de Malawi en 1990 disponían de un conocimiento adecuado sobre la transmisión y prevención del VIH, lo cual sin embargo no tenía ningún impacto en los índices de infección, en parte debido a que conocer el propio estado serológico apenas tenía beneficios que se pudieran percibir. El SIDA era una enfermedad estigmatizada y temida, había muy poco apoyo sanitario para las personas con VIH y, por entonces, los ARV eran demasiado caros como para ser tenidos en consideración en estas áreas de recursos limitados.

Algunos retos cruciales en las iniciativas ProTEST fueron la dependencia de Malawi de sus donantes, cuestiones relacionadas con los recursos humanos, y el cambiante entorno del sector de salud. No obstante, esta iniciativa a tres años tuvo éxito.

Éxitos en TB/VIH del programa ProTEST de Malawi

- o Aumento de la colaboración entre los programas de TB y VIH/SIDA.
- o Se comprobó que casi todos los socios de ProTEST aumentaron su capacidad.
- o Capacidad para proporcionar asistencia clínica a los pacientes con TB y VIH/SIDA en la comunidad.
- o El test rápido del VIH incrementó el número de personas que accedían a los servicios de *counselling* y prueba voluntaria (VCT, en sus siglas en inglés).
- o En el distrito piloto, más de 40.000 clientes/pacientes accedieron a servicios de VCT durante el periodo de las iniciativas.
- o Evaluación periódica de la calidad de los servicios de VCT.
- o Voluntarios capaces de identificar posibles individuos con TB en la comunidad y de supervisar a los pacientes para que tomen sus medicamentos anti-TB.
- o Se introdujeron y promocionaron nuevos servicios para los usuarios de VCT, los pacientes con TB y las PVVS:
 - Profilaxis con cotrimoxazol (TPC) para pacientes seropositivos con VIH.
 - Profilaxis con isoniazida (TPI) para clientes con VIH sin TB activa.
 - Detección de TB en clientes de VCT.
 - Recolección de esputos del centro autónomo de VCT.
 - Promoción y distribución de condones.

Las lecciones de la iniciativa ProTEST influyeron el plan conjunto a tres años (2003–

2005) de TB/VIH, que enlaza los esfuerzos de TB y VIH en las áreas de política, actividades técnicas, gestión, seguimiento y evaluación.

El plan fue creado por la OMS, USAID, NORAD, DfID, y KNCV. Persigue expandir los éxitos y servicios fundamentales de ProTEST, incluyendo la expansión de los servicios de VCT para los pacientes con TB y el público general, la provisión de profilaxis para TB y/o el tratamiento de personas que viven con VIH, y apoyo dietético para los pacientes con TB con independencia de su estado serológico. A destacar que también persigue proporcionar terapia antirretroviral a personas con VIH y TB.

La puesta en marcha se inició en enero de 2003, con un análisis de la situación a escala nacional como primera actividad. El análisis descubrió una clara necesidad de ampliar los servicios de VIH/TB, tanto en cantidad como en calidad, especialmente en lo referente a *counselling* y prueba del VIH. Otras actividades que comenzaron fueron:

- o Un paquete integrado de VCT y TPC que empezó el 1 de julio de 2003 y que ha alcanzado ya a 15 hospitales en 11 distritos;
- o Apoyo dietético en pacientes con TB, en colaboración con una ONG, que empezó en octubre de 2003 en cuatro distritos;
- o Detección intensificada de casos de TB en un distrito con el apoyo financiero de TB Alert;
- o Terapia ARV que se ofrece en la actualidad a pacientes candidatos con TB en un hospital de distrito;
- o Suministro de TPI por medio de programas de prevención en la transmisión materno-filial del VIH (PMTCT, en sus siglas en inglés).

Perspectivas sobre TB/VIH de la Fundación Gates – *Renée Ridzon, MD, Fundación Bill y Melinda Gates*

Ridzon ofreció un repaso general al enfoque de la Fundación Gates sobre la filantropía en salud pública y subrayó los posibles mecanismos de asistencia en movilización comunitaria en asuntos relacionados con TB/VIH. La Fundación apoya expresamente los esfuerzos que asocian TB y VIH, y financia una variedad de programas.

La perspectiva del Fondo Global sobre TB, VIH y movilización comunitaria – *Khaya Matsha, Responsable de comunicación, Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM, en sus siglas en inglés)*

Matsha hizo una intervención sobre el papel del Fondo Global en la financiación, distribución y gestión de nuevos fondos para el control del SIDA, la TB y la Malaria, lo que incluye los esfuerzos de movilización comunitaria. El Fondo se esfuerza por cooperar con los planes y prioridades nacionales reconociendo el enfoque multisectorial de liderazgo nacional. Cree que es importante evaluar y comprender como funciona el GFATM como estructura de poder, y piensa que el poder del Fondo se localiza principalmente en su Junta Directiva.

El GFATM busca ser sensible a los Mecanismos de Coordinación de País (MCP), a los que se exige que incorporen a representantes de la sociedad civil y a los mecanismos

afectados. No obstante, es importante reconocer que, en la práctica, “comunidad” se ha traducido con frecuencia como sólo personas que viven con VIH/SIDA (PVVS), ya que no han existido movimientos paralelos de personas que viven con TB o con malaria.

Cómo pueden contribuir a la iniciativa 3x5 los programas de TB – Dr. Fabio Scano, Stop TB, Organización Mundial de la Salud (OMS)

Scano presentó una estrategia de conjunto que demostraba que los programas de control de la TB podían contribuir al objetivo de la OMS de que en 2005 haya 3 millones de personas infectadas por el VIH en tratamiento. La colaboración programática es necesaria para alcanzar esta meta. Scano afirmó que las infraestructuras relacionadas con la TB están en una situación adecuada para ayudar a desarrollar y llevar a cabo enfoques innovadores, siempre que se garanticen recursos humanos y financieros adicionales.

El modelo tiene su centro en el África subsahariana, pero se puede aplicar a cualquier lugar en que los programas de control de la TB pudieran contribuir a identificar a personas infectadas con VIH y a proporcionarles o derivarlos a asistencia. Esto exigiría colaboración entre los programas que podría fortalecer el conjunto del sistema de salud.

Los programas de TB como puntos de entrada de ARV para 536.000 personas por año en el África subsahariana.

Objetivos

- o Uso de la prueba del VIH para todos los pacientes de TB como una oportunidad de proporcionar terapia antirretroviral a unos 536.000 pacientes candidatos con VIH y TB.
- o Los dos programas colaborarán para proporcionar acceso a ARV.

Oportunidades

- o La colaboración entre programas fortalecería el conjunto del sistema de salud y no sólo programas de enfermedades individualizadas.
- o Los fármacos ARV pueden suponer una asistencia significativamente mejor para los pacientes con VIH y TB.
- o Los programas de TB pueden suponer un enorme apoyo para el suministro de ARV.

Enfoques

- o Acceso inmediato a la prueba rutinaria del VIH (con opción a retractarse) para todos los pacientes con TB.
- o Identificación de los diferentes modelos (específicos por país) para los programas de TB.
- o Los pacientes con TB infectados por VIH podrían recibir medicamentos anti-VIH y anti-TB en el centro de TB o en la clínica de VIH.

El modelo incorpora propuestas de soluciones a posibles problemas, como por ejemplo

los derivados del suministro de ARV en programas relacionados con la TB, el manejo de ARV y la seguridad de los fármacos, y la extendida falta de conocimiento del estado serológico del VIH. Entre las sugerencias de soluciones a problemas anticipados hay elementos como la prueba rutinaria y voluntaria del VIH para todos los pacientes de TB, y combinaciones de ARV en dosis fijas que no interaccionen con la rifampicina.

Kenia y Malawi ya han desarrollado documentos base sobre programas de TB que pueden ayudar a alcanzar el objetivo 3x5. Los gestores de los programas nacionales de TB y SIDA se reunirán en noviembre de 2003, a lo que seguirá un periodo de extensas consultas. Scano recordó a todos los participantes que 2005 está muy cerca.

¿De qué manera puede contribuir el activismo del SIDA al control de la TB?

- Mark Harrington, Director Ejecutivo, Grupo de Acción en Tratamientos (TAG, en sus siglas en inglés)

Los movimientos de activistas en SIDA han desarrollado habilidades y estrategias que pueden adaptarse para su empleo en campañas contra la TB y TB/VIH. Una de las primeras estrategias fundamentales es el aumento del gasto nacional en investigación, prevención, tratamiento y asistencia. Uno de los objetivos esenciales de TAG ha sido el aumento de la financiación de los Institutos Nacionales de Salud (NIH, en sus siglas en inglés) de EE UU.

El presupuesto para investigación en TB es bastante reducido en comparación con la carga de la enfermedad. Mientras que los NIH invierten cada año 2.700 millones de dólares en la investigación en VIH/SIDA, sólo gasta poco más de 200 millones en investigación en TB. Se necesita más investigación sobre regímenes más cortos para TB, sobre mejores medicamentos, diagnósticos de uso inmediato, y sobre interacciones farmacológicas entre ARV y medicamentos anti-VIH. Además, tanto cotrimoxazol como isoniazida, los medicamentos para prevenir y tratar las infecciones oportunistas, son elementos esenciales para la asistencia en TB/VIH.

Han existido diferentes fases en el activismo en TB a lo largo de los 100 últimos años, desde los movimientos de los sanatorios hasta DOTS. Hoy existe una presión para relacionar la fuerza del movimiento internacional de acceso a tratamiento para el SIDA con el activismo en TB, pero esa estrategia fundamental de implicación de las PVVS en todos los ámbitos es difícil de reproducir en la tuberculosis, que a diferencia del VIH no es una enfermedad de por vida.

En EE UU, el precio de AZT (zidovudina, ZDV; cuando fue aprobado en marzo de 1987, AZT costaba 10.000 dólares al año) generó un escándalo que estimuló la creación de ACT UP. El precio de los medicamentos sigue siendo un problema, pese a que la presión continuada ha llevado a una reducción para los ARV genéricos. En los países menos desarrollados, los ARV tendrán que ser gratis en la mayoría de sitios. Los países ricos deberían proporcionar los recursos para conseguir esto. Incluso pese a que en último término los programas de ARV cuesten 500 dólares por persona y año para un total de tres millones de personas, estamos hablando tan sólo de 1.500 millones de dólares, que es lo mismo que el coste semanal de la ocupación de Irak por parte de EE

UU.

Las estrategias “desde dentro” y “desde fuera” pueden ser de utilidad y complementarse entre sí: los activistas identifican problemas y se reúnen con responsables de políticas públicas al mismo tiempo que generan presión por medio de la movilización social y mediática.

Discusión

La discusión después de la mañana de presentaciones señaló:

- " Peticiones para aclarar la ejecución del documento provisional de la OMS;
- " Demanda a los CDC y a otros para que pasen de los programas piloto y de la investigación a un escalado masivo para satisfacer las necesidades;
- " Diálogo sobre el uso de terapia preventiva con cotrimoxazol (TPC) para prevenir las infecciones oportunistas entre pacientes infectados con VIH y TB.
 - Un participante preguntó por qué la OMS no ha sido más activa en la difusión de las directrices para el empleo de TCP entre las personas con VIH y TB.
 - Pese a que la TPC es barata, fácil de administrar, y eficaz en la reducción de la mortalidad, la OMS se ha encontrado con la oposición de algunos países y profesionales que temen que el uso extendido de TPC entre personas con VIH podría suponer un aumento de la resistencia a los sulfamidas en el tratamiento de la malaria y de enfermedades infantiles.
- " Peticiones para que se mejore la comunicación entre los grandes proveedores de fondos y las iniciativas de asistencia y de movilización en la comunidad de base.
- " Discusión sobre cómo garantizar una implicación significativa de los representantes comunitarios en el proceso de los MCP [Mecanismo de Coordinación de País].
 - Activistas tailandeses y nigerianos expresaron su frustración por haber sido marginados en la toma de decisiones en el GFATM. Los activistas tailandeses presentaron una solicitud no ligada al MCP que tuvo éxito, dirigida a las necesidades de los usuarios de drogas, aunque se encontraron con verdaderas dificultades, y piensan que el GFATM debería incluir un criterio que permitiese las solicitudes no MCP de comunidades vulnerables como los usuarios de drogas y la poblaciones migratorias.
 - El personal de GFATM está utilizando su experiencia en países en desarrollo para impulsar las estrategias que aseguren que las personas entiendan mejor qué es y cómo funciona el Fondo. Están intentando crear boletines para distribuir entre los miembros de la base.

Proyectos en VIH/SIDA y movilización comunitarias.

Winstone Zulu – *Zambia*

Zulu ha sido un activista del SIDA desde que fue diagnosticado positivo en 1990, pero nunca se fijó en la TB como algo a lo que prestar atención hasta el año pasado, cuando fue invitado al I Taller de Movilización Comunitaria en TB/VIH en Montreal. Entonces se dio cuenta de que todos sus hermanos habían muerto de tuberculosis, y se comprometió a hacer lo que pudiera sobre la coinfección al regresar a casa. En 1997 había tenido TB pero se curó gracias a que pudo tener acceso al tratamiento. Incluso

aunque no dispongas de ARV, por lo menos puedes tratar la TB.

Al volver a Zambia tras ese primer Taller, Zulu organizó un concierto de sensibilización, donde actuó una banda de ocho miembros. Ahora sólo quedan cinco por culpa de la TB que estaba sobre todo relacionada con el SIDA. Después del concierto, fue muy fácil iniciar un programa de prueba de la TB en una pequeña ciudad. Cuando contaron que querían hacer profilaxis además de una detección activa de casos, les prometieron más recursos, pero nunca llegaron.

La comunidad del VIH no se movilizó sólo simplemente trayendo a gente a una conferencia como ésta; hay recursos utilizados. De hecho, no está claro si estamos hablando de 3x5 o 3x15 [3 millones de personas en ARV para el 2015...], pero hasta entonces, disponemos de tratamiento de TB. Lo que debemos decir a la OMS y a ONUSIDA es que movilizar a la comunidad conlleva recursos para la lucha.

Mapule Khanye – *El Consorcio del SIDA, Suráfrica*

El Consorcio del SIDA agrupa a 800 socios, principalmente organizaciones de base comunitaria (OCB), que trabajan juntas para promocionar los derechos humanos, la no discriminación, y los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA. El Consorcio procesa información, trabaja por una respuesta equitativa a la epidemia, y coordina actividades, campañas, y el compromiso político en el acceso a tratamientos, asistencia y apoyo. Celebran reuniones mensuales con sus socios para proporcionar un foro de debate, actualizaciones y anuncios; los socios también disponen de acceso a internet gratuito y a una base de datos informativa.

Las OCB van a las reuniones y comparten los problemas que tienen en sus poblados. Por ejemplo, llegó un médico con noticias de que la clínica del VIH estaba a punto de quedar desbordada. El Consorcio organizó una marcha frente al hospital y la clínica amplió sus horarios de uno a cinco días a la semana. Ahora están formando una coalición que se dirige al sector financiero para luchar en contra de la discriminación de las personas con VIH. Durante la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Sostenible, los bancos estuvieron de acuerdo –al menos por escrito– en que las personas con VIH deberían poder obtener seguros con independencia de su estado serológico. El pasado agosto, se manifestaron contra las compañías que aseguran los funerales y tuvieron éxito: se han eliminado las cláusulas de exclusión para las personas con VIH.

También disponen de una sección de desarrollo de capacidades para facilitar a las organizaciones el despliegue de habilidades y recursos sostenibles. Disponen de programas piloto para formar a las personas y así puedan proporcionar asistencia domiciliaria y formar cooperativas de costura. Se esfuerzan por proteger y nutrir los esfuerzos comunitarios y fomentar la creación de cooperativas como una forma de capacitación para su gente. Ahora buscan consolidar la implicación de los socios en el MCP y hacer presión para un mayor acceso de las ONG al Fondo Global. La Sra. Khanye describió métodos para garantizar que las campañas del Consorcio sean una prioridad de la gente de la comunidad y representen la voz colectiva, y además ofreció más detalles sobre los proyectos de generación de ingresos.

Dr. Rabiou Sanata Diallo – *Vivir Mejor con el SIDA, Níger*

“Vivir Mejor con el SIDA” es la primera ONG de Níger en ofrecer apoyo psicosocial a las personas con VIH para, como dice su nombre, “vivir mejor con SIDA”, y cuentan con el único programa de prueba anónima y voluntaria del VIH. Al trabajar con personas con VIH se dieron cuenta de que la coinfección con TB/VIH es un gran problema, especialmente para las personas en tratamiento con ARV. Níger es uno de los países más pobres del mundo. El 95% de su población es musulmana. Menos del 50% de la población tienen acceso al sistema de salud; sólo hay un profesional de la salud por cada 22.013 personas, y los índices de mortalidad infantil, juvenil y maternal son altos.

En 1999 se calculó que el 22,5% de los pacientes con TB estaban infectados con TB, aunque hacen falta más y mejores datos. Se cree que la proporción general de PVVS entre sexos es de 1 / 1,85 hombre/mujer, pero entre quienes tienen de 15 a 19 años, hay cuatro muchachas infectadas con VIH por cada muchacho.

Las ONG locales de base comunitaria fueron las primeras en proporcionar asistencia y prevención para las infecciones oportunistas, incluyendo la asistencia a personas con VIH de los países vecinos. Están representados en los comités nacionales y las iniciativas impulsadas por el gobierno. El primer Marco Estratégico de Lucha contra el VIH se estableció en 2002, y hay planes detallados para los esfuerzos multisectoriales y una Iniciativa Nacional de Acceso al Tratamiento Antirretroviral. El gobierno actualmente hace seguimiento de las innovaciones de las ONG, pero a un ritmo más lento.

Ahora existe una movilización en contra del SIDA pero muy poca contra la TB o contra la coinfección de TB y VIH. Existen dos programas nacionales completamente separados, y la gente no puede acceder al tratamiento para el SIDA y la TB al mismo tiempo. Esta conferencia ofrece la oportunidad de aprender de países en los que los programas están mejor integrados.

La Dra. Sanata Diallo explicó que los centros regionales de TB ofrecen pruebas del VIH a pacientes con TB que son derivados a su ONG para recibir asistencia. Pero ahora que el acceso a los tratamientos del VIH ha llegado, necesitan información y ayuda para tratar ambas enfermedades al mismo tiempo.

Zhanna Parkhomenko – *Médicos Sin Fronteras (MSF), Ucrania.*

La población de Ucrania ha descendido de 47,7 millones en 1991 a 40,7 millones hoy día debido a la crisis económica y a las enfermedades. En 1999, MSF llegó hasta la región sureña del país, que es la más afectada por VIH y tiene la prevalencia de VIH que crece con más rapidez en toda Europa. Hay registrados oficialmente 58.544 adultos infectados con VIH, aunque los cálculos de ONUSIDA los cifran en 400.000, o el 1% de la población adulta. Entre las PVVS, el 65,7% son usuarios de drogas inyectables. El 50% de las muertes por SIDA en Ucrania se atribuye a la TB [comprobar].

Pese a que la Constitución afirma que la asistencia sanitaria debe ser gratuita, se calcula que el 10-15% de la población no tiene acceso a ninguna asistencia, y con frecuencia la gente tiene que pagar tarifas no oficiales. El sistema de asistencia sanitaria está extremadamente centralizado, aunque existe una creciente voluntad política en el gobierno nacional de desarrollar un programa de SIDA.

El enfoque integrador es muy importante. El proyecto de MSF ha desarrollado un modelo de cuidados médicos que amplió la prevención de la transmisión materno-filial (PMTCT, en sus siglas en inglés) para incorporar profilaxis y tratamiento de infecciones oportunistas (IO), ARV, y cuidados paliativos. Se ha tratado a 750 parejas de madre-hijo, y MSF ha sido capaz de conseguir que el gobierno se comprometa a mantener la asistencia sanitaria para los niños. El índice general de transmisión en el proyecto se redujo de aproximadamente un 30% a menos de un 12%. Un total de 450 personas está recibiendo profilaxis para IO y actualmente 18 niños están en tratamiento con ARV y otros 130 empezarán pronto.

Además, han aumentado la capacidad de laboratorio, y en 2003 han administrado 1.200 pruebas de CD4. Utilizan controles de PCR para niños. Cuentan con cinco pares que hacen de *counsellors*, y en torno al 60% de su cohorte les ha visitado varias veces para recibir *counselling*. Cuentan con doctores formados, comadronas, ONG y personas con VIH; publican y distribuyen información general y específica sobre TB y VIH, y participan en campaña de acceso a medicinas esenciales y contra la estigmatización.

Chalermchai Peuan-Buapan – *Red Tailandesa de Personas que Viven con VIH/SIDA, Tailandia.*

Tailandia es el hogar de 700.000 personas que viven con VIH/SIDA. El gobierno tailandés tiene un famoso proyecto de uso del condón al 100% entre los/las trabajadores/as del sexo, pero desde luego esto no refleja las prácticas de la población general. Pese a la percepción desde fuera de que Tailandia tiene una historia de éxito en VIH, siguen existiendo grandes problemas, incluyendo los de estigma y discriminación, falta de información y alto precios de los medicamentos.

La Red Tailandesa de Personas que Viven con SIDA reúne a más de 500 grupos enlazados por medio de seis regiones en una red nacional. Presionan a favor de un acceso equitativo del sistema general de asistencia sanitaria, de precios de medicamentos más bajos y para la cobertura de ARV como parte de la asistencia sanitaria universal.

Ha empezado a haber cambios, gracias a la financiación del Fondo Global. Durante el próximo año, 2004, Tailandia va a aumentar hasta unas 50.000 personas la provisión de ARV. Sin embargo, la TB, aunque es un tema crucial, no ha sido parte de las discusiones. Peuan-Buapan cree que se le prestará más atención cuando haya más personas en seguimiento con ARV.

Manoj Pardeshi – *Red India de Personas que Viven con VIH/SIDA, la India.*

Pardeshi optó por una presentación sin el uso de estadísticas, y lo explicó diciendo que el VIH es una estadística para otros, pero que para él y sus pares, es una realidad. La participación en el Taller de Movilización Comunitaria en TB/VIH del año pasado le dio la energía de impulsar una iniciativa de TB dentro de la iniciativa de VIH patrocinada por las organizaciones indias y los CDC sobre capacitación de personas con VIH. Antes de eso, los peores problemas que se consideraba que debían abordarse eran el estigma y el acceso a ARV. Hoy día están haciendo la prueba del VIH a todos los participantes del proyecto. Sin embargo, de las 50 personas que trabajan en el proyecto no está claro cuántos viven en realidad con VIH.

En un caso de intervención exitosa, un hombre estaba tan enfermo que el médico dijo que no había ninguna esperanza. Pardeshi lo llevó al hospital donde contaba con una buena relación personal y profesional, y ese hombre enfermo está hoy sano y trabajando, ya que su TB ha sido curada. Éste es un ejemplo de una asociación exitosa entre el sector público y el privado.

Los participantes compartieron los retos de proveer apoyo, formación y personal adecuados para las ONG que trabajan en SIDA y las organizaciones activistas, con el objetivo de manejar el síndrome de “quemado” y la enfermedad.

Kasem Kolnary – *Educación y Asistencia en VIH/SIDA en Camboya (CHEC, en sus siglas en inglés), Camboya*

Kolnary compartió las experiencias de CHEC en la formación en VIH/SIDA en las aldeas. Su formación básica se centra en la transmisión y prevención del VIH, así como en estrategias para la movilización comunitaria. Dando énfasis a que “las nuevas enfermedades requieren nuevas respuestas”, se discutieron las estrategias en las actividades de prevención del VIH en comunidades alfabetizadas y analfabetas. Han formado a más de 1.000 personas, y cuentan con más de 300 voluntarios comunitarios que proporcionan *counselling*, asistencia y apoyo a pacientes en sus hogares. Ofrecen una formación avanzada en:

- o Estrategias y proceso de planificación de las autoridades nacionales del SIDA.
- o El papel del educador comunitario en comunidades con recursos limitados.
- o Mapeo comunitario.
- o Cómo entender, facilitar y sostener el cambio en los comportamientos, y,
- o Desarrollo de capacidades para manejar el VIH/SIDA.

Los formadores son médicos, ayudantes médicos o enfermeras que tienen experiencia en formación en VIH/SIDA y han trabajado con una ONG de VIH/SIDA durante por lo menos cinco años. Los participantes son personal de centros de salud, miembros de comités de gestión de centros de salud, comadronas tradicionales, aldeanos y voluntarios de salud de la aldea, budistas y musulmanes. Los centros de salud informan de que la mayoría de personas van a por preservativos después de asistir a la formación, y sus trabajadores se sienten más confiados para hablar de VIH e ITS con sus pacientes.

Las lecciones que han aprendido son:

- o Los participantes necesitan apoyo continuado si se quiere que las actividades sean sostenibles.
- o Debe haber provisión de los medios para hacer la formación, como acceso a condones a bajo coste.
- o Hay necesidad de más información, educación y materiales de enseñanza para su uso en la aldea.
- o Hay necesidad de movilizar y ayudar a la comunidad para el desarrollo de equipos de asistencia domiciliaria.
- o Los programas desarrollados localmente tienen más probabilidades de ser más eficaces y sostenibles.

Thembeke Majali – *Campaña de Acción en Tratamientos (TAC, en sus siglas en inglés), Suráfrica.*

Suráfrica cuenta con una gran población de más de 42 millones de personas. De éstas, 5,2 son seropositivas, y el 50% de los casos de TB se da en personas con VIH.

TAC es un movimiento cuyos objetivos son acabar con el VIH, comprometiéndose con la prevención, la educación en tratamientos y la movilización social. Hacen presión frente al gobierno y campañas para que se disponga de tratamiento ARV y para las IO en centros públicos de salud, particularmente en el nivel de asistencia primaria. Presionan a las compañías farmacéuticas para conseguir acceso a fármacos patentados, exigiendo que permitan la fabricación de genéricos o que den licencias obligatorias para que sean asequibles.

Su campaña también incluye peticiones de prevención MTCT así como profilaxis post-exposición para supervivientes a violaciones. Crearon la campaña con la ayuda de organizaciones religiosas, centros sindicales y muchas otras. Cuando se embarcaron en su campaña de desobediencia civil para el acceso público a los ARV, contaron con mucho apoyo por parte de las comunidades locales y nacionales. Majali subrayó la importancia de apoyar a los movimientos y campañas de los trabajadores del sistema de salud, ya que persiguen la mejora de sus salarios, y añadió que el plan de prevención y tratamiento de TAC está llevado por personal de enfermería. El 8 de agosto, el gobierno publicó una declaración que permitía el empleo de ARV en el sector público.

Alexey V. Bobrik, MD, PhD, MPH – *Instituto Abierto de Salud (OHI, en sus siglas en inglés), Rusia.*

El OHI, sucesor del Programa de Salud Pública de OSI/Fundación Soros – Rusia, es una entidad sin ánimo de lucro operativa y otorgadora de ayudas que está especializada en la promoción de ideas y actividades para mejorar la salud pública, con 15 personas trabajando y un presupuesto de 3,5 millones de dólares. Sus principales áreas de actividad son:

- o Fortalecimiento del sistema de educación en salud pública.
- o Mejora de la calidad de la asistencia médica y la formación profesional de los trabajadores sexuales.
- o Realización de y apoyo a la investigación.
- o Mejora de la salud de las poblaciones en situación de riesgo.

En 1998 pusieron en marcha un programa de prevención entre usuarios de drogas inyectables (UDI). Actualmente existen 50 proyectos de reducción de daños que llevan a cabo actividades informativas, intercambios de jeringuillas, y distribución de condones y desinfectantes. También ofrecen asistencia médica básica, prueba del VIH y de ITS, y derivaciones a servicios médicos y sociales. Veinticinco proyectos proporcionan servicios a trabajadores/as del sexo, seis abordan la prevención del VIH en prisión, y un proyecto se centra en la prevención del VIH entre niños de la calle.

Bobrik cree que este abanico de actividades podría ser una buena base para abordar los temas relacionados con la TB, tales como proporcionar acceso a los servicios de TB para UDI en proyectos de reducción de daños, y utilizar a sus trabajadores de alcance en algún momento del tratamiento de la TB para observar directamente la toma de medicación y asesoramiento para mejorar la adhesión al tratamiento. Además, piensa que el tratamiento para la TB en UDI podría preparar tanto a los servicios de salud como a los clientes para el suministro de tratamiento ARV a UDI con VIH. Los primeros proyectos a pequeña escala comenzarán en enero de 2004.

Ezio Távara dos Santos Filho – *Grupo por la Vida – Río de Janeiro, Brasil.*

Santos Filho participó en el Taller de Movilización Comunitaria en TB/VIH el año pasado, y regresó para ampliar sus esfuerzos en TB/VIH. Brasil cuenta con una comunidad del VIH/SIDA muy bien estructurada pero en el pasado las organizaciones no tenían la TB como algo relevante: pensaban que era un problema importante pero que no contaban con un marco conceptual para abordar la situación y se sentían abrumados por parte de la epidemia misma del SIDA. En septiembre de 2002, distribuyeron un cuestionario a través de la comunidad del VIH/SIDA sobre la voluntad de implicarse en los esfuerzos en torno a la TB. De 700 cuestionarios, 120 respondieron afirmativamente a la oferta de recibir formación en TB y de movilizarse para hacer algo.

Hubo una iniciativa sobre TB en el estado de Río de Janeiro para las organizaciones locales. Río parece tener el peor sistema de TB en el país porque dispone de la mejor vigilancia. El propio Santos Filho desarrolló tuberculosis en diciembre de 2002, después de vivir con VIH durante casi veinte años. Su TB tardó un mes en ser diagnosticada, y a partir de entonces combinar sus tratamientos para la TB y los ARV fue difícil.

Celebraron una reunión de determinación de necesidades con las organizaciones de Río. En su primer taller, 60 personas de ONG estuvieron de acuerdo en trabajar en las siguientes áreas, en orden de prioridad:

1. Seguimiento de las políticas y del uso de los presupuestos sobre TB del estado de Río.

2. Capacitación y mejor comprensión sobre la coinfección y cómo ayudar.
3. Puesta en práctica de DOTS: se adoptó oficialmente en 1999, pero nunca se llevó a cabo como una política del programa nacional.

Su segundo taller en agosto atrajo a 80 personas de 56 organizaciones para moldear planes de movilización comunitaria. Crearon un foro permanente sobre políticas en TB. Se encuentran cada mes, con un secretariado que se reúne cada semana. Hacen seguimiento de las políticas sobre TB del estado de Río.

Discusión

La discusión se centró en torno a la cuestión “¿Qué nivel de recursos se necesitan para construir y sostener el trabajo comunitario?”.

El Sr. Santos-Filho, de Brasil: Una ONG estadounidense recibió dinero de USAID para ayudarles, pero sus esfuerzos tenían un coste muy bajo: convocaban reuniones, y proporcionaban transporte para la reunión y viáticos. En relación a la estructura gubernamental, existen dos grupos principales de investigadores y especialistas. El que tiene el control no respeta DOTS como un programa, por lo que es complicado conseguir que se transfiera dinero a ese programa. Uno de los mejores recursos es la habilidad para reunirse de personas de diferentes países y discutir lo que se tiene en común, cómo trabajar juntos. Por ejemplo, Santos-Filho posee cierta información que podría ser útil si se compara la situación en Brasil y en Suráfrica.

La Sra. Majali, Suráfrica: Su objetivo es mejorar el sistema de salud del gobierno, por lo que no toman dinero del gobierno surafricano o de compañías farmacéuticas; en su lugar, quieren que estos sectores proporcionen servicios a las personas necesitadas. El trabajo de TAC busca influir en las políticas con el objetivo de acercarse a la puesta en marcha. Para conseguir esto, necesitan el apoyo de muchas comunidades, y necesitan mejorar las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud. Sus comunidades necesitan educación en tratamientos, que no es sólo la responsabilidad de TAC, sino de todas las ONG así como del sector privado.

La Sra. Khanye, Suráfrica: Se han embarcado en un proceso con la comunidad para encontrar recursos. Su siguiente paso fue colaborar en el acercamiento al sector bancario privado que actúa como una fundación para iniciativas como la profilaxis post-exposición. Cuando su gabinete declaró públicamente que habría ARV disponibles en dos programas intentaron conseguir información sobre esos programas.

El Dr. Bobrik, Federación Rusa: Ahora mismo, la mayoría de los recursos provienen de donantes extranjeros. Su solicitud al Fondo Global (que fue presentada de forma independiente del MCP y fue aprobada con un monto de 90 millones para nueve regiones de su país tan extenso) incluye todo lo que se necesita sin exagerar, como por ejemplo un completo paquete sobre tratamiento y asistencia y apoyo paliativos.

La Sra. Kolnary, Camboya: Han conseguido un éxito considerable en la reducción del

VIH/SIDA por medio de la alianza con el gobierno y las organizaciones extranjeras. Existen muchos programas de asistencia domiciliaria, hospitalaria y de otro tipo, pero lograr llegar a las áreas rurales en un gran problema. Sólo están operativos algunos pocos programas dada la necesidad de apoyo adicional. Cuentan con un buen mecanismo en el país para controlar su ayuda del Fondo Global, del que ya han recibido 12 millones de dólares (de un total de 60).

Dr. Gani Alabi – AFRO/OMS, Nigeria

Alabi reveló que la oficina del SIDA de Nigeria, que se abrió en 1999, se reunió con la oficina de control de la TB hace dos meses, y se pusieron de acuerdo para iniciar colaboraciones en seis ciudades. Existen muchas ONG de VIH, y unas pocas de TB, pero el punto débil es la poca colaboración. Uno de los retos de juntar a los dos tipos de organizaciones en una red es que los grupos pequeños pueden verse sobrepasados por los más grandes.

Otros desafíos son convertir el compromiso político del gobierno en un compromiso financiero, asegurando la financiación de otras fuentes, y tratando con los productos necesarios. Pero Alabi piensa que, de lejos, el mayor desafío es conseguir que los profesionales de la TB y los del VIH se junten, porque uno teme perder su puesto de trabajo frente al otro. Mientras que las personas que están ejecutando la puesta en marcha se sientan amenazados, el proceso no funcionará. Cree que la OMS debería poner énfasis en la necesidad de reunirse y trabajar conjuntamente.

Dr. Piryani Rano Mal – Centro de Tuberculosis de la SAARC, Nepal

La región SAARC (siglas en inglés de la Asociación Surasiática para la Cooperación Regional) incluye a los países de Bangladesh, Bhutan, la India, las Maldivas, Nepal, Pakistán y Sri Lanka. Reúnen el 22% de la población mundial y el 29% de la carga de la TB. La India, Bangladesh y Pakistán están entre los países con una mayor carga de TB.

Existe variedad en la cobertura de la DOTS en la región; el promedio de la zona es del 49% pero la India y Pakistán en realidad tienen muy poca cobertura.

Hay alrededor de cuatro millones de personas que viven con VIH en la India. Otros países tienen menos prevalencia, pero eso no significa que estén en situación de bajo riesgo. Todos los grupos en situación de riesgo y todos los factores de este riesgo que se conocen están presentes en la región, y Rano Mal piensa que ha llegado el momento de tomar la decisión de intervenir, cuando la epidemia todavía podría (eso se espera) ser contenida.

Ha habido una respuesta positiva de los países miembros a la crisis del VIH/SIDA, pero todavía hay lagunas que cubrir.

La declaración de SAARC se hizo pública en la 11ª Cumbre en Katmandú de enero de 2002, en la que se reconoció el impacto extendido y debilitante del VIH/SIDA, la TB y otras enfermedades transmisibles en la región, y destacaron que el centro de TB de la

SAARC debería ejercer un papel coordinador. Se celebró una reunión en Nepal en octubre de 2002 para desarrollar una estrategia regional.

Algunos elementos que componen la Estrategia Regional sobre la Coinfección por TB/VIH de la SAARC son una red de vigilancia epidemiológica de los países miembros, investigación operativa sobre la coinfección por TB/VIH-SIDA en centros con proyectos piloto, disseminación de la información y seguir ampliando la colaboración entre los programas de TB y VIH/SIDA.

Ha habido un buen avance en el control de la TB en la región, y las actividades de prevención del VIH/SIDA están ganando ímpetu. La coinfección por TB/VIH es un problema emergente, y los logros alcanzados deben sostener y acelerarse junto con los esfuerzos en prevención y control de TB y VIH/SIDA, con el objetivo de reducir aún más la morbilidad y la mortalidad en la región.

Dra. Antoinette Chileshe-Phiri – *Proyecto de Educación para la Salud de Copperbelt (CHEP, en sus siglas en inglés), Zambia*

El Proyecto de Educación para la Salud de Copperbelt (CHEP) es una ONG que ha trabajado en diez distritos de la región minera de cobre zambiana durante los últimos 14 años.

Han pasado por cuatro etapas como programa de educación para la salud que trabaja con OBC (organizaciones de base comunitaria) para el desarrollo de información y educación, y en el suministro de apoyo técnico y comunicación para responder más eficazmente al VIH/SIDA.

- " Primero celebraron marchas públicas, para extender el miedo al VIH.
- " Luego decidieron extender el conocimiento, no el miedo. Formaron a formadores para disseminar información correcta y emplear técnicas de aprendizaje participativo y educación entre pares.
- " A continuación, hicieron hincapié en el cambio de comportamiento, dando prioridad a los programas que se centran en habilidades de vida y trampolines para alentar el cambio y la formación de comportamiento. También impulsaron la creación OCB y vieron como se ampliaba la respuesta comunitaria.
- " Finalmente, han estado trabajando para acelerar la respuesta comunitaria al VIH/SIDA por medio del trabajo en red, incluyendo la interacción con las compañías mineras privadas. Quieren fortalecer más la propia respuesta comunitaria por medio de programas de SIDA que sean coherentes y relevantes.

Vinieron a este Taller porque, al ser un organización de activismo en SIDA, están de acuerdo en que debe asumirse también el activismo de la TB para que los esfuerzos en el área del SIDA tengan éxito. Cuentan con el patrocinio de LHL Noruega, y hace dos años fueron anfitriones de una conferencia nacional sobre la epidemia dual. De 1964 a 1984, el índice de prevalencia de la TB fue de unos 7.000 casos nuevos por año, pero a mediados de los 90 esa cifra alcanzó los 40.000 casos. Están aquí en busca en apoyo técnico para responder más eficazmente.

Discusión

Tras declarar que la evaluación es la herramienta más poderosa para conseguir más financiación, más gente interesada y más gente implicada en el proceso, un participante preguntó a los ponentes qué era lo que utilizaban para evaluar el impacto que estuvieran teniendo. La Dra. Chileshe-Phiri explicó que están evaluando el cambio en las conductas que persiguen la salud hacia los ARV, y en el éxito en el activismo de acceso a los ARV por medio del Fondo Global. El Dr. Alabi añadió que una de las principales razones que tenían para seguirle la pista al control de la TB en el VIH derivó de un patrón en informes de notificación en los que había un repentino aumento en la TB extrapulmonar y de frotis negativo en algunos sitios: por ello, la evaluación de indicadores y de resultado del tratamiento puede tener utilidad tanto para la planificación como para la financiación.

Tras observar que el control de la TB y el del VIH parecen trabajar separados por completo en el Ministerio de Sanidad nacional, un participante nigeriano añadió que no era consciente de ninguna alianza de la OMS con la sociedad civil pero le gustaría participar en tal diálogo al regresar a su país. Pidió más información sobre los criterios de selección de las 6 localizaciones del proyecto piloto, y destacó la importancia del VCT como punto de entrada. El Dr. Alabi dijo que los lugares representaban las áreas con una alta prevalencia y consideraciones políticas, e hizo hincapié en que la OMS puede proveer asistencia, asesoramiento y ayudar a obtener recursos, pero no puede sustituir el trabajo de los gobiernos. Cree que sólo cuando alguien lava las manos de otros las dos manos quedan limpias.

Un participante de la República Democrática del Congo observó que, en el fondo, las personas en los diferentes programas de TB y VIH sí quieren de verdad trabajar juntos. Cuando disponen de sesiones de formación en VIH, invitan a personas especializadas en programas de TB, por lo que pueden proporcionar algo de consejo. Sugirió seguir adelante con reuniones informales en vez de esperar a que los gobiernos junten a la gente.

Con una población de 35 millones y casi 3 millones de personas viviendo con VIH/SIDA, Tanzania se está enfrentando a una imparable extensión de la pandemia...Dado que los medios de comunicación son una potente fuente de información para las personas, pueden también ser una herramienta importante en la lucha contra el VIH/SIDA. Nos embarcamos en un programa de Construcción de Capacidades para periodistas porque ellos juegan un papel muy importante al proporcionar al público información rigurosa y control/presión sobre aquellos que ostentan puestos de responsabilidad, tanto en círculos gubernamentales, como de negocios, para que se comprometan y aborden adecuadamente el VIH/SIDA.

Mi asistencia [al Taller sobre TB/VIH y a la XXXIV Conferencia de la IUATLD] marcó un punto de inflexión importante para nuestros programas futuros por la vinculación/integración del componente de la TB en nuestras sesiones de formación/talleres sobre Construcción de Capacidades en VIH/SIDA. Los periodistas (tras las sesiones de formación/talleres) generarán, al escribir (periódicos/cartas) y hablar (radio/programas de TV) de ello, un debate público sobre las políticas para la coinfección por TB/VIH, que animará el conocimiento público y llevará a la acción por parte de los expertos y líderes políticos, financieros y demás.

Sin embargo, para cumplir todo esto, necesitamos recursos y fondos, recuerdo que estamos trabajando en lugares con pocos recursos. Espero que recibamos información útil sobre movilización de recursos y potenciales donantes.

- **Deogratius B. Kiduduye. Asociación de Periodistas Contra el SIDA en Tanzania (AJAAT, en sus siglas en inglés), Tanzania**

III. Sesiones de estrategia: Resumen y recomendaciones

A. Estrechar la colaboración mundial en TB/VIH y aumentar los recursos – Facilitador: Zhanna Parkhomenko, MSF Ucrania; Relator: Mark Harrington, TAG, EE UU.

Las agencias que prestan asistencia para la colaboración mundial y los recursos en TB/VIH incluyen:

- o Agencias políticas y técnicas como ONUSIDA y la OMS;
- o Las agencias financieras y los países como el Fondo Mundial, Estado Unidos, Unión Europea y otros miembros del G8, y fundaciones como la Fundación Bill y Melinda Gates y el Instituto Sociedad Abierta (OSI, en sus siglas en inglés).

Estas entidades han producido un marco de trabajo y materiales útiles para las políticas relacionadas con la coinfección TB/VIH, como las directrices revisadas de la OMS sobre terapia antirretroviral en lugares con pocos recursos, el documento provisional sobre políticas en TB/VIH de la OMS, y el plan de investigación operativa en TB/VIH de los CDC.

Para maximizar el uso de estos recursos y potenciar la colaboración, los grupos comunitarios necesitan orientación y apoyo adicional que incluya información de orientación como:

- o Una lista detallada de entidades que proporcionan actualmente orientación, asistencia técnica, financiación y otros recursos, con información de cualesquiera otros procesos

- o para acceder a este apoyo;
- o Información sobre gestión de proyectos, incluyendo:
 - Planificación
 - Confección de presupuestos
 - Financiación
 - Implementación
 - Control y evaluación
 - Divulgación
- o Modelos de sistemas de salud eficientes
- o Modelos de trabajo en red y movilización de la comunidad eficaces

El grupo recomienda seguir los pasos para organizar un seguimiento creando un marco para:

- o Identificar las necesidades de información y de recursos de la comunidad;
- o Mejorar el flujo de información;
- o Organizar una respuesta más sólida desde las bases hacia las agencias políticas, técnicas y financieras; y
- o Reforzar el apoyo a nivel mundial para un mayor control de la infección, la salud pública y la atención primaria.

B. Colaboración a escala regional y nacional – *Facilitador: Ezio T Santos Filho, Grupo por la Vida –RJ, Brasil; Pyriano Rano Mal, Centro de Tuberculosis de SAARC, Nepal; Relator: Farai Mugweni, SANASO; Zimbabue.*

El grupo identificó cuatro escalas distintas, pero a menudo interrelacionadas, de colaboración potencial en los esfuerzos para TB/VIH: escala regional, nacional/federal, provincial/estatal y de distrito/comunidad.

Para enlazar estas esferas, recomiendan que se realicen encuentros de planificación estratégica que involucren a las partes interesadas como gobiernos, programas nacionales de TB y VIH, medios de comunicación, sector privado, ONG, líderes religiosos y sanadores tradicionales. Aunque los encuentros pueden establecer un marco de trabajo para la implementación de temas políticos, es posible que las ONG tengan que permanecer como “perros guardianes” y estar preparadas para presionar a los gobiernos a todos los niveles mediante el *lobby*, las manifestaciones, la movilización de los medios de comunicación y/o de la opinión pública para conseguir políticas firmes con efecto duradero.

C. Movilización de la comunidad, educación en tratamientos y preparación para el tratamiento – *Facilitador: John Wasanga, Coalición Keniata sobre el Acceso a Medicinas Esenciales; Relatora: Nomfundo Dubula, TAC, Suráfrica.*

El grupo compartió experiencias y desafíos para encontrar las formas más eficaces para:

- o Capacitar a las comunidades con un conocimiento y unas habilidades correctas sobre TB/VIH;
- o Lucha contra la discriminación; y
- o Integrar mensajes sobre TB/VIH para prevenir nuevas infecciones.

Los grupos de trabajo dan prioridad a los miembros de grupos de apoyo existentes para personas que viven con VIH pero también incluyen líderes comunitarios y políticos, el público en general, las familias de las personas que viven con VIH y los miembros de los grupos vulnerables o de difícil alcance como las personas trabajadoras del sexo, usuarias de drogas y población gay.

El entorno para estos esfuerzos contempla la existencia de programas sobre TB y/o VIH y algún nivel de recursos humanos y financieros en la mayoría de países. En todos los países representados en esta sesión, hay algún grado de movilización de la comunidad en torno a temas de atención sanitaria para la prevención y el tratamiento de TB/VIH. Además, la voluntad política está aumentando en varios países, pero son necesarios más líderes por la causa. Los actuales retos para una movilización eficaz incluyen:

- o Disparidades y brechas entre programas sobre TB y VIH;
- o Mitos y falsos conceptos sobre TB/VIH;
- o Continuo estigma y discriminación de los pacientes con TB y/o VIH;
- o La extendida “fuga de cerebros”, especialmente en países africanos; y
- o La influencia del entorno macroeconómico, como las políticas directas o indirectas que limitan las aportaciones de los gobiernos al sector sanitario.

El camino a seguir debe incluir una mayor integración de los programas de TB/VIH, énfasis en la educación en tratamientos a todos los niveles, y capacitación de los trabajadores de la atención sanitaria y de las organizaciones comunitarias.

Los participantes también desarrollaron planes de acción específicos para países como Nigeria, Zambia, Malawi, Rumania, la India, Namibia, Tailandia, Mozambique, Kenia, Camboya, Suráfrica y Zimbabwe. Las prioridades incluyen:

- o Sensibilización de líderes comunitarios;
- o Formación de personas de apoyo como asistentes en tratamientos;
- o Búsqueda de fondos para costear la traducción de documentos en idiomas locales; y
- o Construcción de la capacidad de los trabajadores sanitarios rurales en educación y tratamientos del TB/VIH.

D. Colaboración entre programas existentes: servicios de TB y VIH centrados en el paciente – Facilitadores: Evariste Akpele, Comité de Servicios Africanos, EE UU; Alexey V. Bobrik, Instituto Abierto de Salud, Rusia; Relatora: Tracy Swan, TAG, EE UU.

Los estrategas estuvieron de acuerdo en que son necesarios servicios integrados de TB y VIH centrados en el cliente. Los incentivos de los proveedores para la colaboración incluyen un aumento de la salud y de la supervivencia de los pacientes así como la oportunidad de un mayor aprendizaje.

La Política provisional para las actividades de colaboración en TB/VIH de la OMS recomienda algunos de estos servicios, como la prueba del VIH en zonas con TB y

prueba de TB entre personas que viven con VIH/SIDA. El grupo identificó métodos para el desarrollo de programas sobre TB/VIH exitosos, centrados en el paciente, incluyendo:

- o Proporcionar información a pacientes sobre TB y VIH, adhesión y efectos secundarios de los medicamentos;
- o Asegurar que las medicaciones, la atención sanitaria y el transporte están disponibles sin cargo alguno, y ofrecer incentivos (comida, transportes, cuidado de niños) cuando sean necesarios;
- o Preguntar a pacientes lo que necesitan y si prefieren recibir el tratamiento en casa, en el trabajo o en la clínica.
- o Trabajar en una comunidad más amplia para proporcionar servicios integrados en TB/VIH, incluyendo la familia; los sanadores tradicionales, grupos de apoyo/educación entre iguales, ONG, servicios sanitarios del estado/gobierno, organizaciones confesionales, y trabajadores en atención sanitaria de la comunidad;
- o Proporcionar una amplia gama de servicios, como la información sobre la prevención del VIH, jeringuillas/condones, profilaxis de la TB, DOTS en la clínica, alcance, cuidados paliativos.

Algunos servicios pueden mejorarse y expandirse sin recursos adicionales, incrementando la colaboración y el intercambio de información entre pacientes, proveedores, ONG y líderes comunitarios. Cuando haya recursos adicionales, podría dotarse de fondos a un “organismo paraguas” o una ONG líder. Deben desarrollarse proyectos conjuntos TB/VIH, como un laboratorio nacional de referencia para TB/VIH y un único sistema de distribución de fármacos para medicamentos y profilaxis de TB y VIH.

E. Continuidad del taller comunitario / Movilización de recursos del trabajo en red – *Facilitador: Amos Nota, Proyecto Zambart, Zambia; Relatora: Sandie Sempe, AIDES, Francia.*

Los estrategas estuvieron de acuerdo en que la continuidad del trabajo iniciado en el segundo taller de movilización de la comunidad de la coinfección por TB/VIH depende de la creación de una red de información y de la organización de un tercer Taller internacional de movilización de la comunidad TB/VIH. Esta información se utilizaría:

- " Para actualizar y mejorar los conocimientos de los miembros de la red sobre temas de la coinfección TB/VIH.
- " Para que aumente la conciencia de otros activistas de la comunidad sobre los desafíos en la coinfección TB/VIH.
- " Para abogar por un mejor acceso al tratamiento para los pacientes con coinfección VIH-TB.
- " Para interactuar con redes existentes sobre TB/VIH.

Recomiendan que esta red de trabajo tenga un coordinador, así como personas como puntos focales regionales. El coordinador aseguraría la conexión con otras redes e iniciativas mundiales para luchar contra la TB y el VIH, mientras que los puntos focales identificarían más participantes y diseminarian la información en los idiomas de la región. Internet podría ser utilizado para crear una lista de correo electrónico para los participantes del taller y sus pares, así como un sitio *web* de fácil manejo que contenga documentos relevantes como información médica, informes sobre investigaciones, herramientas para la defensa de los derechos de las personas, materiales educativos y noticias de activistas de distintos países.

Los miembros de la red de coinfección TB/VIH podrían encontrarse durante las conferencias regionales e internacionales existentes sobre TB y VIH/SIDA. Los encuentros internacionales sobre SIDA venideros podrían usarse para expandir la red y para preparar el próximo taller comunitario.

F. Poblaciones vulnerables y con riesgo – *Facilitador: Dr. Vlastimil Mayer, Laboratorio Nacional de Referencia / Liga contra el SIDA, Eslovaquia; Relator: Rob Camp, TAG, USA.*

Los estrategas identificaron grupos de población que pueden ser considerados de riesgo para una o todas las tres categorías siguientes: VIH, TB y coinfección por VIH/TB (véase más abajo). Las intervenciones eficaces pueden resultar difíciles porque los cambios en el comportamiento toman tiempo y pueden precisar acceso a una variedad de medios de comunicación y capacidad para adaptar los mensajes. Además, existe una necesidad de equilibrar los derechos humanos individuales así como de la población general, y para identificar intervenciones en todo el espectro de la prevención y del tratamiento. Los temas transfronterizos pueden complicar más nuestros esfuerzos. Las estrategias para abordar estos retos incluyen:

- o Sensibilizar e involucrar líderes de la sociedad civil, el estado y grupos religiosos y filantrópicos.

- o Moverse más allá de la esfera local y priorizar la colaboración regional;
- o Identificar ONG para participar en la difusión de la información a colaboradores comunitarios y en la defensa de los derechos de las personas;
- o Crear oportunidades para tratar temas sobre el delicado equilibrio de los derechos humanos en salud pública;
- o Hacer presión en organizaciones internacionales, como la ONU, para buscar apoyo para realizar intervenciones intensivas y mejorar la conciencia sobre los asuntos específicos de las poblaciones vulnerables y con riesgo;
- o Examinar y difundir información sobre modelos eficaces de cambios de comportamiento que funcionan;
- o Continuar el diálogo entre aquéllos involucrados en estos esfuerzos vía correo electrónico u otros mecanismos.

Poblaciones vulnerables y en riesgo

Niños

Niñas y mujeres

Personas sin techo y/o con malnutrición

Usuarios de drogas inyectables

Personas desplazadas internamente y refugiados

Conductores de camión de largo recorrido

Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres

Personal militar

Trabajadores inmigrantes

Prisioneros o ex prisioneros

Trabajadores/-as del sexo y poblaciones con las que se trafica

Estudiantes

Apéndice 1

Participantes del II Taller Internacional Comunitario sobre TB/VIH

Agnes Adala	Mujeres contra el SIDA (WOFAK)	Kenia
Evariste Akpele	Comité de Servicios Africanos	EE UU
Olayide Akanni	Periodistas contra el SIDA (JAAIDS)	Nigeria
Mohammed Farouk Auwalu	Alianza del SIDA en Nigeria	Nigeria
Dembele Bintou	CESAC: Centro de Escucha, de Cuidados, de Animación y de Consejo para las personas que viven con VIH/SIDA	Mali
Alexey V. Bobrik	Instituto Abierto de Salud	Rusia
Rob Camp	Grupo de Acción en Tratamientos (TAG)	EE UU
Marie de Cenival	INSERM / ACT UP Paris	Francia
Gilles Cesari	AIDES	Francia
Dr. Antoinette Chileshe-Phiri	Proyecto de Educación para la Salud de Copperbelt (CHEP)	Zambia
Gladys Chiwome	Red de Apoyo Mujeres y SIDA	Zimbabue
Beatrice Chola	Bwafano Community Home Based Care Organization	Zambia
Veronique Collard	AIDES	Francia
Julie Davids	Proyecto de Movilización Comunitaria en VIH/SIDA (CHAMP)	EE UU
Dr. Rabiou Sanata Diallo	Vivir Mejor con SIDA	Níger
Dr. Milan K. Dinda	Coalición contra TB/VIH de Bengal Occidental (WBCATH)	La India
Nomfundo Dubula	Campaña de Acción en Tratamientos (TAC)	Suráfrica
Oleg Eryomin	ONG Vstrecha, Red Bielorusa de SIDA	Bilorrusia
Mark Harrington	Grupo de Acción en Tratamientos (TAG)	EE UU
Maryrose Baby Ikumi	Asociación de Técnicos Agropecuarios (ATAP)	Mozambique
Olayinka Jegede-Ekpe	Comunidad Nigeriana de Mujeres con VIH/SIDA	Nigeria
Karyn Kaplan	Grupo de Acción en Ttos. del SIDA Tailandés (TTAG)	Tailandia
Sunthraporn Kestkaeo	Asociación Acceso SIDA & Red Tailandesa de PVVS	Tailandia
Mapule Khanye	El Consorcio del SIDA	Suráfrica
Deogratius B. Kiduduye	Asociación de Periodistas contra el SIDA en Tanzania (AJAAT)	Tanzania
Oleg Kvlividze	Grupo Georgiano Plus	Georgia
Kasem Kolnary	y Asistencia en VIH/SIDA Camboyanas (CHEC)	Camboya
Ghislaine Mabeluanga	Liga Nacional Antituberculosa del Congo	DR Congo
Thembeke Majali	Campaña de Acción en Tratamientos (TAC)	Suráfrica
Dr. Piryani Rano Mal	Centro de Tuberculosis de SAARC	Nepal
Erick Maville	AIDES	Francia
Vlastimil Mayer, MD, DrSc.	Lab. Nacional de Referencia /Liga contra el SIDA	Eslovaquia
Farai Mugweni	Red de África del Sur de Organizaciones con Servicios en SIDA (SANASO)	Zimbabue
Isaac Mumba	Proyecto de Educación para la Salud de Copperbelt (CHEP)	Zambia
Ketty Mfuno Mumba	Fundación de Salud Familiar - Proyecto de Asistencia Domiciliaria (FHT/HBC)	Zambia
Monica Nganjone	Unidad Legal del SIDA / Centro de Asistencia Legal	Namibia
McBride Nkhalamba	Ayuda en Acción	Malawi
Amos Nota	Proyecto Zambart	Zambia
Kwami Eugene Novon	AIDES Médicos & Caridad	Togo
Ivy Nomqondiso Ntlangeni	Campaña de Acción en Tratamientos (TAC)	Suráfrica
Dorothy Onyango	Mujeres contra el SIDA (WOFAK)	Kenia

Dr Yssouf Ouattara	Renacimiento Salud Bouaké	Costa de Marfil	
Emmanuel Ouedraogo	Centro OASIS de la Asociación Africana Solidaridad		
Manoj Pardeshi	Red India de Personas que viven con VIH/SIDA	Burkina Faso	
Zhanna Parkhomenko	Médicos sin Fronteras (MSF)	la India	
Chalermchai Peuan–Buapan	Red Tailandesa de PVVS	Ucrania	Tailand
Julien Potet	Juntos contra el SIDA / Sidaction	Tailandia	
Juan Carlos Rejas Rivero	Asociación ‘Más Vida’	Francia	
Ezio T. Santos Filho	Grupo por la Vida–RJ	Bolivia	
Sandie Sempe	AIDES	Brasil	
Eid Mohammed Shamas	Asociación de Prevención del SIDA de Pakistán	Francia	
Lucia Maria Stirbu	Unión Nacional de Organizaciones de Personas afectadas por el VIH/SIDA	Pakistán	
Tracy Swan	Grupo de Acción en Tratamientos (TAG)	Rumania	
Boonsanong Thangyudee	Grupo de Acción en Tratamientos del SIDA (TTAG)	EE UU	
Glenn Thomas	Organización Mundial de la Salud (OMS)	Tailandia	
Ted Torfoss	Asociación Noruega de Pacientes de Corazón y Pulmón (LHL)	Suiza	
Emmanuel Trenado	AIDES Responsable Lobby Terapéutico	Noruega	
Walter Trejo Urquiola	Universidad de Los Andes, Mérida	Francia	
John Wasonga	Coalición Keniata de Acceso a Medicinas Esenciales	Venezuela	
Dr. Tokugha Yephthomi	YRG CARE	Kenia	
		la India	

Apéndice 2

Programa del II Taller internacional comunitario sobre TB/VIH

Martes 28 de octubre de 2003	Recepción e inscripción al Taller
8:30 – 18:30 18:30 – 21:00	Inscripción al Taller de movilización comunitaria Recepción de bienvenida para participantes del taller
Miércoles 29 de octubre	Grupo de Trabajo para la expansión de DOTS para frenar la TB
8:30 – 17:00 18:00 – 19:00	Grupo de Trabajo para la expansión de DOTS de colaboración para frenar la TB Debate informal para los participantes del Taller
Jueves 30 de octubre	Taller Comunitario sobre TB/VIH – Día 1
8:30 – 10:00 10:00 – 11:00 11:15 – 12:30 14:00 – 17:00 17:30 – 20:00	Bienvenida, revisión del programa y presentaciones Visión de conjunto sobre TB/VIH Movilización de recursos Movilización comunitaria y de proyectos sobre TB/VIH Ceremonia de inauguración de la IAUTLD, Ponente invitado, recepción de bienvenida
Viernes 31 de octubre	Conferencia mundial de la IUATLD sobre salud pulmonar
8:15 – 16:15 16:30 – 18:30	Sesiones de la IAUTLD, Plenarios, Simposios Sesión de planificación del taller sobre movilización de la comunidad del VIH y de la TB
Sábado 1 de noviembre	Conferencia mundial la IUATLD sobre salud pulmonar
9:00 – 11:15	de comunicaciones de última hora de IAUTLD
	TB/HIV Community Workshop – Day 2
12:00 – 13:30 14:00 – 15:30 16:00 – 18:00 19:30 – 23:00	Taller de la comunidad de la TB y del VIH– Día 2 Desglose de sesiones parte I Desglose de sesiones parte II Sesión de conclusiones y cena
Domingo 2 de noviembre	Conferencia mundial IUATLD sobre salud pulmonar
9:00 – 16:15 17:00 – 18:00	Sesiones IAUTLD Informe final

* * *