

ALIANZA COMUNITARIA

SOLUCION

TB

Boletín Informativo

Visítenos en: www.soluciontb.org

Número 19 Septiembre 2010

Bienvenidos y bienvenidas a la edición de septiembre 2010 del Boletín SOLUCION TB.

En esta edición encontrarán como es usual, una combinación de artículos 'locales' de estados y jurisdicciones participantes en el Programa así como traducciones de artículos y notas técnicas que pueden ser de su interés.

Dentro de las noticias importantes es que SOLUCION TB fase 3 'SOLUCION TB Co-morbilidades' programa llevado a cabo de enero a septiembre 2010, concluyó este 30 de septiembre. A partir de octubre 1º, inicia la Fase 4 o SOLUCION TB 4 (STB 4), con un enfoque más reducido en cuanto a áreas geográficas pero no menos profundidad, buscamos, en cuanto a sus intervenciones. Más información sobre STB 4 en el próximo boletín! Se incluye en este número: información sobre el tema de TB y Diabetes, emanada de la Conferencia Internacional de TB que se llevó a cabo en Berlín; temas sobre atención centrada en la persona; como inicia la temporada de Influenza, notas técnicas sobre el lavado de manos; información sobre el movimiento en 'investigación para TB'

que busca mejorar la cantidad y calidad de investigación que se lleva a cabo en el mundo. También hay noticias sobre el tema de TB y VIH y otras notas técnicas de relevancia.

Por supuesto se incluye información sobre la reunión de cierre de Fase 3 que se llevó a cabo con las y los socios del proyecto a finales de septiembre en la Cd. de México; y la participación de Baja California en una feria de salud que tuvo la participación del Secretario de Salud nacional y se llevó a cabo en Los Ángeles. Sobre el lado humano de la TB, compartimos con ustedes una nota publicada sobre el origen de TB Foto-voz y cómo de una tragedia surgió esta importante estrategia. Vamos a compartir más información sobre Voces e Imágenes (TB Foto-voz) en la próxima edición del boletín!

Deseamos que esta información sea de interés para ud y sus colegas. Favor de compartir el boletín con quien ud considere conveniente.



Este boletín es elaborado con el generoso apoyo de la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos de América (USAID) a través del proyecto SOLUCION TB de Project Concern International. El contenido del boletín es responsabilidad de PCI y no representa la opinión de USAID o del Gobierno de Estados Unidos.

Contenido

Se necesita un enfoque centrado en la persona para confrontar la epidemia de TB/VIH en la región Europea.	3
Berlín 2010. Diabetes y TB: No atiendan una enfermedad por atender a la otra.	4
¿Porqué es la Investigación tan esencial para PONER UN ALTO A LA TB? El movimiento de Investigación TB	5
El pasado 15 de octubre se celebró el día mundial del lavado de manos.	7
Encabeza el Secretario de Salud, los festejos de la independencia de México en los Ángeles, California E.U.A.	8
La coinfección TB/VIH en la mira durante la XVIII Conferencia Internacional de SIDA en Viena.	9
Reporte de la consulta de la OMS para fortalecer la participación activa de la sociedad civil en los esfuerzos mundiales de prevención, cuidados y control de la TB.	10
Reunión Cierre de SOLUCION TB Co-morbilidades (Fase 3)	12
La tragedia trae rostros y nombres a la TB	14
Plan de Trabajo en TB-comorbilidades utilizando modelo de Atención Centrada en la Persona	15
Avance del programa TB Co-morbilidades	24

“El programa SOLUCION TB es una iniciativa para mejorar la prevención y control de la TB en México desde el 2004. Es financiada por USAID y se lleva a cabo en colaboración con la Secretaría de Salud de México y de manera importante, el Programa Nacional de Tuberculosis. SOLUCION TB ha tenido diferentes fases en su implementación. A partir de octubre 2010 se lleva a cabo STB 4: SOLUCION TB co-morbilidades, que busca contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad por TB-VIH/SIDA y TB-Diabetes en los estados y jurisdicciones participantes. SOLUCION TB busca también contribuir al empoderamiento de las personas afectadas por TB y TB-comorbilidades al mismo tiempo mitigando el estigma y discriminación. Se busca promover un modelo de atención centrada en las personas afectadas y mejorar la participación de las comunidades”

Se necesita un enfoque centrado en la persona para confrontar la epidemia de TB/VIH en la región Europea.



Él traía puesta una camiseta negra que de manera prominente anunciaba el nombre de su país y su carga de TB/VIH: UCRANIA: TB 459 000, VIH 340 000.

Mientras hablaba a las y los participantes en una reunión de TB/VIH en Europa y Asia Central, que se llevó a cabo en Viena el 16 y 17 de Julio, alrededor de la Conferencia Internacional de SIDA – Dimytro Sherembey exhortaba a las personas reunidas a recordar el verdadero propósito de su reunión.

“Tuvimos que reunirnos aquí para salvar la vida de personas que no están presentes. Yo creo que puedes hacerlo cuando no conoces a la persona para quien lo estás haciendo” dijo. “Detrás de cada estadística hay una vida que es valiosa.”

La organización de Sherembey's llamada 'Red de personas Ucranianas viviendo con VIH' (o All-Ukrainian Network of People Living with HIV), fue una de varias agrupaciones de la sociedad civil que se reunió con expertos y expertas de salud pública, oficiales de prisiones regionales, autoridades que trabajan en alcohol y drogas, académicos, y personal de agencias internacionales, para formar un frente unido para acelerar la colaboración en actividades

TB/VIH en esta región, que está fuertemente afectada por la TB, la TB-MDR y el VIH.

Muchas de las personas con las que Sherembey trabaja son antiguos prisioneros, usuarios de drogas, o miembros de otros grupos marginados. El reto de hacer accesible el cuidado de salud en TB/VIH a las personas que más lo necesitan en Europa del Este y Asia Central fue el foco central de la reunión.

Este grupo diverso acordó de manera unánime su meta de un enfoque centrado en las personas y no en la enfermedad. Los participantes también acordaron que los próximos pasos deben incluir compromiso político, mayores recursos financieros y el involucramiento de la sociedad civil en todos los niveles.

Otras prioridades incluyeron mejorar conocimiento para evitar diagnósticos tardíos, medir el progreso desarrollando registros y vigilancia epidemiológica con información comparable entre los programas, y la colaboración entre diferentes secretarías (incluyendo prisiones), servicios civiles y organizaciones de la sociedad civil, y un mecanismo que permita un 'punto común' para servicios de TB, VIH, y reducción de riesgo.

Tomado y traducido por SOLUCION TB de: <http://www.stoptb.org/assets/documents/news/newsletters/STBNEWSOct2010.pdf>

Berlín 2010. Diabetes y TB: No atiendan una enfermedad y descuiden la otra.

Por: Shobha Shukla - CNS

Las discusiones en la recientemente concluida conferencia número 41 de la Unión de Salud Pulmonar en Berlín, trajo a la mesa de discusión temas sobre la conexión entre TB y Diabetes, mostrando claramente una relación entre una enfermedad transmisible y una que no lo es.

De acuerdo al Profesor Anthony Harries, un médico de gran trayectoria y director del Departamento de Investigación en la Unión Internacional contra TB y Enfermedades Pulmonares (La Unión), "Existe muy buena evidencia que sugiere que si usted tiene Diabetes, el riesgo de TB es al menos el doble que si no la tiene. En términos de diagnóstico y tratamiento, existen obstáculos muy similares. En ambos casos, no contamos con herramientas diagnósticas simples para ambas enfermedades".

"Obtener información en azúcar glicémica de una persona con Diabetes es tan complicado como el estudio de esputo en una persona con TB. Existe un test más avanzado, la hemoglobina glicosilada, que indica el nivel de azúcar en sangre de los últimos 3 meses, para buscar diabetes. Pero la prueba no es

barata y no se encuentra disponible en todas partes. Asimismo, el monitoreo del progreso de la diabetes es tal vez igualmente difícil. No tenemos buena información respecto a lo que pasa con personas con diabetes –cuántas desarrollan complicaciones, o cuántas mueren a nivel mundial. Sería bueno tener algo parecido a la estrategia TAES aquí para proveer datos sobre resultados. Es necesario un sistema de monitoreo electrónico para las personas con Diabetes, como el que se realiza en VIH/SIDA. En términos de innovación, necesitamos un método diagnóstico instantáneo para ambas enfermedades, que puedan revolucionar el diagnóstico y el monitoreo sobre todo en países de bajos recursos. La Diabetes, como la TB, no sólo impacta la salud de la persona, sino que afecta también los recursos del hogar y la familia, pues impacta el número de años productivos perdidos o afectados por la enfermedad, dado al prolongado y costoso tratamiento" dijo además el Profesor Anthony Harries..

El Dr Anil Kapur, Presidente de la Fundación Mundial de Diabetes (WDF por sus siglas en inglés) apoya esta perspectiva. De acuerdo a sus declaraciones "Las personas con Diabetes

tienen de alguna manera su sistema de inmunidad afectado. Así que el riesgo de TB se incrementa para ellos, como en el caso de personas con VIH o SIDA. Por lo tanto, desde el punto de vista de la población, la diabetes es muy relevante para el control de la TB, tanto como lo es el control del VIH/SIDA.

Desafortunadamente, dada la falta de información, muchas personas en todo el mundo siguen pensando que la diabetes es una enfermedad de la 'riqueza'. No debemos discriminar a la diabetes en los programas de control de la TB. De otra manera, pondremos en riesgo lo que hemos ganado en detección y curación. Si no podemos controlar la TB en personas con diabetes, vamos a tener muchos más casos de TB-MDR, y tendremos personas con TB transmisible por más tiempo, echando atrás así el progreso que hayamos obtenido."

El problema con el financiamiento afecta a ambas enfermedades, pero tal vez más en el caso de la diabetes. Las organizaciones deben poner atención y realizar investigaciones en este campo también. Aún más, mientras algunos gobiernos pagan por medicamentos para TB/VIH, muchas veces no hacen

disponible servicios y tratamiento para diabetes. Esto se hace aún más crítico dado el hecho de que la diabetes no es realmente una enfermedad de personas con dinero. De hecho, el 70% de la carga de la enfermedad en el mundo residen en países en desarrollo.

Esperemos que existan cambios en la manera de pensar de las personas. Los y las profesionales de la salud deben ser capacitados y conocer la relación entre la diabetes, TB y otras co-morbilidades. Las agencias financiadoras y los gobiernos deben invertir fondos para ambas enfermedades de una manera realista y efectiva, y no invertir en una de estas enfermedades a costa de la otra. No debemos permitir que una enfermedad se convierta en catalizadora de la otra.

Shobha Shukla - CNS
Email: shobha@citizen-news.org
Website: www.citizen-news.org

(La autora es editora del servicio Citizen News Service (CNS) y también es director de la iniciativa CNS para Diabetes y medios (CNS-DMI). Recibió apoyo del Stop TB Partnership para escribir desde la 41a. conferencia de la Unión en Salud Pulmonar.

<http://www.citizen-news.org/2010/11/diabetes-and-tb-do-not-neglect-one-at.html>
Traducido y editado por SOLUCION TB

¿Porqué es la Investigación tan esencial para PONER UN ALTO A LA TB?

El movimiento de Investigación TB



¿Qué tipos de investigaciones se necesitan para vencer a la TB?

1. Investigación fundamental – Para entender mejor al bacilo de la TB y su interacción con los humanos –es un paso básico para poder desarrollar nuevos mecanismos para detección, nuevos medicamentos y una nueva vacuna.

2. Investigación y desarrollo:

Nuevos diagnósticos a. – Una prueba rápida y simple para diagnosticar la TB y confirmar qué tratamiento es necesario. Los diagnósticos rápidos y tratamientos tempranos reducen la transmisión de la enfermedad, y salvan vidas.

Nuevos medicamentos b. – Se necesita un régimen de tratamiento que sea mucho más acertado y no tóxico. Un esquema que sea compatible con medicamentos antiretrovirales y efectivo para cepas resistentes a medicamento.

Nuevas vacunas c. – Para revolucionar el control de la TB, necesitamos una vacuna que proteja contra nuevas infecciones y también prevenga el progreso de TB latente (o primo-infección, que en la actualidad está presente en un tercio de la población mundial) hacia TB activa.

3. Investigación operativa/de implementación

– Para asegurar que las herramientas disponibles se utilicen de la manera más efectiva, y para expeditar la introducción de nuevas herramientas en los servicios de salud en todo el mundo, y así asegurar el acceso universal a los servicios de más alta calidad.

El Movimiento de Investigación TB

Reconociendo la urgente necesidad de mayor financiamiento y compromiso hacia la investigación en TB, el colaborativo STOP TB lanzó su Movimiento de Investigación en 2006. La meta de este Movimiento de Investigación es estimular, apoyar y expandir la investigación hacia la eliminación de la TB en el mundo para el 2050, a través de la movilización de una alianza amplia de organizaciones y grupos que trabajan en investigación y desarrollo para TB. Este movimiento tiene 3 objetivos globales:

- Proveer un foro para investigadores en TB y financiadores de investigación en TB, para coordinar prioridades y acciones;
- Liderar esfuerzos para incrementar los recursos dedicados a la investigación en TB;
- Trabajar hacia el desarrollo de un mapa mundial coherente e integral, que señale el camino hacia la eliminación de la TB.

La guía para reducir la prevalencia y mortalidad a la mitad del Plan Mundial para detener la TB 2011-2015, demanda una inversión de \$9,800 millones (cerca de 2 mil millones de dólares por año) para investigación y desarrollo en los próximos 5 años. Los países de altos ingresos y aquellos con economías crecientes, necesitarán aumentar su inversión en investigación y desarrollo para cubrir una necesidad de aproximadamente \$1,700 millones o el equivalente a \$1,400 millones cada año.

La TB causa sufrimiento innecesario en todo el mundo. En el 2009 cerca de 9.4 millones de personas, incluyendo 1.1 millones de personas con VIH, contrajeron la TB, y 1.7 millones (380,000 de estas personas viviendo con VIH) murieron por la enfermedad. La TB se está haciendo cada vez más difícil de tratar debido a que la resistencia a los medicamentos se ha disparado, con un estimado de 440,000 nuevos casos de TB MDR en todo el mundo. Prácticamente se ha diagnosticado TB extremadamente resistente a medicamentos TB XDR en 58 países del mundo. Para las personas que tienen la infección con las cepas más resistentes a medicamentos, o quienes tienen co-infección con VIH, esta es frecuentemente una sentencia de muerte.

La TB afecta a las personas más vulnerables. Todos los días la TB cobra la vida de aproximadamente 4,700 personas –la mayoría que pertenecen a los grupos que atienden programas que buscan aliviar la pobreza. Al no invertir suficientes recursos en TB, estamos socavando la inversión que se hace en desarrollo.

La mayoría de las herramientas que se usan en TB están pasadas de tiempo.

- Hasta ahora, la mayoría de los programas

de control de TB en países de bajos recursos han tenido pocas opciones de métodos de diagnóstico de la enfermedad (análisis microscópico de esputo), que tiene ya 25 años y detecta aproximadamente la mitad de los casos.

- No se han desarrollado medicamentos nuevos en los últimos 40 años. El tratamiento actual que dura 6 meses, se desarrolló en los 70s, requiere una supervisión cercana y es difícil de utilizar en personas con VIH SIDA, además, no sirve para casos de TB MDR.
- La única vacuna disponible (BCG) protege a los niños y niñas contra las formas graves de la TB, pero da poca protección en contra de la TB infecciosa a los adultos.

La investigación es fundamental para llegar a la meta de eliminación de la TB. La eliminación de la TB, definida como la reducción de la incidencia de enfermedad tuberculosa a una persona en un millón de la población, es mucho más que una aspiración –Puede convertirse en una realidad para el 2050. Pero esto sólo va a suceder si transformamos radicalmente la manera en que la TB se diagnostica, trata y previene. Esta meta sólo puede alcanzarse si la investigación en TB se intensifica y se define de una manera completamente diferente. Debe verse como un continuo desde la investigación básica hasta la investigación operativa. Las nuevas tecnologías se necesitan para la mejor prevención posible, tratamiento de todas las formas posibles así como su diagnóstico, incluyendo en personas con VIH. Estas herramientas deben entregar resultados rápidos, ser asequibles para las personas de bajos recursos, y deben aplicarse en combinación, para tener un impacto amplio en la pandemia.

1 WHO World TB Report, 2010.



Traducido y adaptado por SOLUCION TB. Para mayor información:
Stop TB Partnership: www.stoptb.org. The Research Movement: www.stoptb.org/researchmovement/ The Global Plan to Stop TB 2011-2015: Transforming the Fight - Towards Elimination of Tuberculosis: <http://www.stoptb.org/assets/documents/globalplan/GlobalPlanFinal.pdf>
2009 Report on Tuberculosis Research Funding Trends, 2005-2008 <http://www.treatmentactiongroup.org/publication>.

El pasado 15 de octubre se celebró el día mundial del lavado de manos.

Una lista reciente de UNICEF que resume resultados de diversos estudios en lavado de manos.



Evidencia Específica sobre Lavado de Manos con Jabón (Hoja de Hechos) De: Basado en Evidencia: Intervenciones en Agua, Saneamiento e higiene, Revisión Bibliográfica: Septiembre 2010. Peter van Maanen, Sección WASH, UNICEF.

El lavado de manos en tiempos críticos incluye antes de comer o preparar alimentos y después de usar el baño, puede reducir las tasas de diarrea hasta un 40 por ciento (3IE 2009). Lavarse las manos con jabón puede reducir la incidencia de infecciones respiratorias agudas (IRAs) en un 23 por ciento (WELL 2007).

Un estudio identificó el efecto de promoción de lavado de manos con jabón en la incidencia de neumonía y encontró que los menores de 5 años en hogares que recibieron jabón y promocionales de lavado de manos, tuvieron una incidencia 50% menor de neumonías que los hogares que no recibieron esto.

La neumonía (una infección respiratoria baja) es la primera causa de mortalidad entre niños menores de 5 años, y quita la vida a un estimado 1.8 millones de niños y niñas cada año (SOWC 2008).

El lavado de manos puede ser una medida crítica en el control de epidemias y brotes de infecciones respiratorias. Varios estudios que se llevaron a cabo en 2006 durante un brote epidémico de SARS (síndrome de infección respiratoria severa), sugiere que el lavado de manos más de 10 veces al día puede cortar la transmisión del virus respiratorio en un 55 por ciento (BMJ 2009).

El lavado de manos con jabón se ha citado como una de las medidas más costo-efectivas para la prevención de muertes causadas por diarrea (Cairncross y Valdmanis 2006). Una revisión de varios estudios demostró que el lavado de manos en instituciones como escuelas primarias y guarderías puede reducir la incidencia de diarrea en aproximadamente 30 por ciento (Cochrane 2008).

Las tasas de lavado de manos alrededor del mundo son bajas. Las tasas de lavado de manos con jabón observadas en momentos críticos (por ejemplo antes de manejar alimentos y después de usar el baño) van de 0 a 34 por ciento (Scott et al 2003).

Un estudio reciente muestra que el lavado de manos con jabón por parteras y madres, aumentó de manera significativa la tasa de sobrevivencia de recién nacidos en un 44 por

ciento (Rhee et al 2008). La falta de jabón no es una barrera significativa al lavado de manos —pues la mayoría de los hogares aún en comunidades de bajos recursos, cuentan con jabón. El jabón se encontró en 95% de los hogares en Uganda (95 por ciento) y 97 por ciento de los hogares en Kenya, y 100% de hogares en Perú (Curtis et al 2009).

El agua sola no es suficiente, y el jabón rara vez se usa durante el lavado. El lavado de ropa, baño y lavado de platos se ven como prioridades para el uso de jabón disponible (GHD Planners Guide).

Hay nuevos estudios que sugieren que la promoción del lavado de manos en escuelas puede tener un efecto significativo en reducir el ausentismo entre los niños y niñas de escuelas primarias. En China por ejemplo, la promoción y distribución de jabón en escuelas primarias tuvo como efecto una reducción de 54 por ciento en reducción de ausentismo comparado con escuelas que no tuvieron esta intervención. (Bowen et al 2007)

Esta lista y su bibliografía será publicada, en inglés, en: [HYPERLINK "http://mail.projectconcern.net/exchweb/bin/redir.asp?URL=http://sanitationupdates.wordpress.com/"](http://mail.projectconcern.net/exchweb/bin/redir.asp?URL=http://sanitationupdates.wordpress.com/) \o "blocked::http://sanitationupdates.wordpress.com/" \t "_blank" http://sanitationupdates.wordpress.com

Traducido y adaptado por SOLUCION TB. 2010.

Encabeza el Secretario de Salud, los festejos de la independencia de México en los Ángeles, California E.U.A.



Evento Masivo en parque Whittier, con afluencia aproximada de 1,500 personas.

El pasado 12 de septiembre el secretario de salud, José Ángel Córdova Villalobos, dio el Grito de la Independencia en la ciudad de Los Ángeles, donde subrayó que siguiendo las instrucciones del Presidente Felipe Calderón Hinojosa, se continuará trabajando para garantizar servicios de salud para los migrantes y sus familias.

El Secretario de Salud, destacó que algunas de las estrategias más importantes puestas en marcha en esta administración para beneficio de los migrantes, son los programas de Ventanilla de Salud y el Seguro Popular. Asimismo, dijo que estos programas son una herramienta útil para que el migrante reciba

orientación sobre los sitios donde puede recibir atención médica e información amplia de los cuidados de la salud y evitar así, que enfermen por padecimientos altamente costosos.

En el parque " Whittier Narrows Regional Park", se realizó un evento festivo masivo acompañado por una feria de salud con diversos stands que ofrecieron información preventiva y de atención para enfermedades como el VIH-SIDA, Tuberculosis, Salud Reproductiva de agencias binacionales y de la Jurisdicción Sanitaria No. 2 de Baja California, los cuales visitó el Dr. Córdova para finalmente con la comunidad migrante reunida en el parque, exclamar "México es un gran país, Viva México".



El Secretario de Salud de México José Ángel Córdova Villalobos y el Secretario de Salud de Baja California Dr. José Guadalupe Bustamante Moreno, visitando el stand de información sobre TB y VIH-SIDA.



Comitiva de ISESALUD, Jurisdicción No.2, Tijuana B.C.

La coinfección TB/VIH en la mira durante la XVIII Conferencia Internacional de SIDA en Viena.

Se firmó un acuerdo único entre el Stop TB Partnership y ONUSIDA

Fue una primera vez para la Conferencia Internacional de SIDA —una protesta que llamaba a ‘no más muertes por TB en personas viviendo con VIH’. La marcha del féretro de la tos (Cough-in/Coughin) inició en la aldea global en la XVIII Conferencia Internacional de SIDA en Viena, el mediodía de Julio 22. Grupos de personas se reunieron con camisetas, pancartas, y féretros de cartón, pañuelos de STOP TB, vuvuzelas, tambores y letreros.

Alternaban entre toser en sus pañuelos mientras cantaban el slogan ‘cuando tosas, cuando estornudes, tápate tu boca para parar la TB’ o simplemente ‘Alto a la TB!’. Uno de los 2 ataúdes negros tenía el mensaje ‘Se salvó del VIH, pero murió por Tuberculosis’.

Los marchistas se hicieron camino a través de la aldea global, mientras a su contingente se agregaban nuevos voluntarios mientras atravesaban el centro de conferencias, finalmente llegando a donde estaba por comenzar la sesión plenaria de TB/VIH, presidida por Dr Michel Kazatchkine, Director Ejecutivo del Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

La sesión tendría como ponente al Dr. Marcos Espinal, Secretario Ejecutivo del STOP TB;

El Sr. Michel Sidibé, Director Ejecutivo de ONUSIDA, y al Sr. Timur Abdullaev, un abogado en derechos humanos de Uzbekistán, quien vive con VIH y actualmente recibe tratamiento para la Tuberculosis.

“Conozcamos la realidad: la tuberculosis sigue siendo la causa principal de muerte entre las personas viviendo con VIH. En el 2008, la TB fue responsable de más de medio millón de muertes relacionadas con SIDA” dijo el Dr. Sampaio. El Sr. Abdullaev, el Sr. Sidibé y el Dr. Espinal, exhortaron a los presentes en la sesión —y todos los 20,000 participantes de la conferencia— a ver la TB/VIH como la tragedia, la crisis que realmente es.

Al cierre de la sesión, el Dr. Sampaio presidió la firma de un documento único: un acuerdo de entendimiento entre el STOP TB Partnership y ONUSIDA. El acuerdo une a las 2 organizaciones en una meta común: buscar acortar a la mitad el número de personas viviendo con VIH que mueren de TB para el 2015, comparado con los niveles del 2004. Otro objetivo clave es la provisión de terapia anti-retroviral para todas las personas con TB que además viven con VIH.

La alianza STOP TB y ONUSIDA presionará a los gobiernos y programas de salud a alcanzar a todas las personas que necesitan cuidados de TB/VIH integrando los servicios que

proveen diagnóstico y tratamiento para ambas condiciones. También buscarán incrementar los recursos necesarios para alcanzar esta meta. Otro objetivo global es catalizar la participación de la sociedad civil y de comunidades afectadas por VIH y SIDA, así como al sector privado, para formar alianzas fortalecidas que busquen atender el binomio TB/VIH.

Siguiendo el enfoque de la conferencia de SIDA de este año, los firmantes enfatizaron las necesidades de los grupos marginados.

“Hacemos un llamado a los líderes del mundo a promover el acceso completo a los servicios de VIH y TB para las mujeres y las niñas, los huérfanos, las personas desplazadas, los migrantes, los prisioneros, los hombres que tienen sexo con hombres, las personas usuarias de drogas y otros grupos vulnerables” dijo el Dr. Espinal.

En el 2010 y 2011 el liderazgo de STOP TB y ONUSIDA realizarán al menos una visita conjunto por año a países gravemente afectados por el TB/VIH y promoverán su nueva iniciativa en al menos un evento internacional por año.

Tomado y traducido por SOLUCION TB de:
<http://www.stoptb.org/assets/documents/news/newsletters/STBNEWSOct2010.pdf>

Reporte de la consulta de la OMS para fortalecer la participación activa de la sociedad civil en los esfuerzos mundiales de prevención, cuidados y control de la TB.

Septiembre 30 – 1 Octubre 2010
Ginebra, Suiza

Las organizaciones de la sociedad civil son organizaciones no lucrativas que buscan avanzar los intereses de las comunidades a las que sirven. Motivados por su deseo de proteger y empoderar a las personas más vulnerables, estas organizaciones trabajan en áreas como desarrollo comunitario, provisión de servicios, abogacía, activismo e investigación. Incluyen organismos internacionales y nacionales, no gubernamentales, organizaciones religiosas, organismos comunitarios que juegan un papel fundamental en la búsqueda de apoyo político y catalizando la implementación de programas.

El departamento de STOP TB de la OMS, llamó a una consulta de organizaciones de la sociedad civil seleccionadas, en su sede de Ginebra, Suiza, del 30 de septiembre al 1o. de octubre de este 2010. El objetivo de la reunión fue intercambiar experiencias y compartir mecanismos innovadores para trabajar juntos para fortalecer los esfuerzos de prevención y control de la TB en todo el mundo. A la reunión asistieron más de 70 participantes de 38 organizaciones, incluyendo organizaciones

locales, nacionales e internacionales. También acudieron a la reunión participantes del Fondo Mundial para combatir el SIDA, la TB y la Malaria, y el programa conjunto de Naciones Unidas en VIH/SIDA (ONUSIDA). Hubieron presentaciones plenarias, comentarios y discusiones interactivas a través de mesas redondas que se utilizaron para describir las mejores prácticas, experiencias, retos y soluciones para fortalecer la participación de las organizaciones de la sociedad civil en la prevención y control de la TB.

Recomendación 1: Remover barreras críticas para la participación de la sociedad civil en la respuesta mundial a la TB.

Los y las participantes hicieron notar la limitada participación de la sociedad civil y la ausencia casi total de organizaciones formadas por personas afectadas por TB en las respuestas nacionales y mundiales a la TB, a pesar del reconocimiento de su importante papel en todos los niveles, como se refleja en las políticas y lineamiento de la OMS.



Estos incluyen el documento guía del STOP TB respecto a participación comunitaria. La falta de entendimiento e implementación de políticas de OMS que ya han sido publicadas, principalmente de parte de los programas nacionales, fue citada como una de las barreras más importantes para esta participación significativa. Esto ha generado una falta de reconocimiento de la sociedad civil y sus representantes como socios legítimos en la planeación, monitoreo y evaluación de la prevención, cuidados y control de la TB a

nivel nacional. También se describieron como barreras críticas, la falta de recursos para la participación de iniciativas de base comunitaria y centradas en personas afectadas por TB; la ausencia consistente de mensajes dirigidos y de abogacía en TB; visibilidad limitada de la sociedad civil en estructuras del fondo Mundial para atacar el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria; y falta de involucramiento de personal de OMS en estrategias que mejoren la colaboración entre la sociedad civil y los gobiernos, a todos los niveles.

La ausencia o nula visibilidad de iniciativas en TB para el desarrollo, justicia social y salud materno infantil, así como la falta de colaboración entre programas nacionales de TB y otras secretarías (como secretaría de justicia para los servicios proveídos en cárceles y prisiones). La ausencia del tema de la TB en las agendas para el desarrollo limita la participación de agencias que trabajan en desarrollo.

La percepción de que son las secretarías de salud y sus programas nacionales de TB los principales participantes en los esfuerzos de control de TB, junto con el entendido de que el control de la TB se realiza de manera adecuada, fueron citados por diversos participantes nacionales e internacionales como la razón para la nula o retrasada participación en actividades de control de la TB.

Puntos de Acción:

- La OMS deberá proveer guías y protocolos claros y simplificados, a los programas nacionales de TB, respecto a los roles y mecanismos para involucrar a la sociedad civil en acciones de prevención, cuidados y control, en base a los principios expresados previamente por documentos de OMS para expedir su implementación.
- La OMS deberá facilitar la movilización de embajadores de TB altamente visibles que puedan abogar por una mayor participación de la sociedad civil y de otras secretarías, junto con socios del STOP TB y de otras organizaciones de la sociedad civil.
- La OMS deberá definir una estrategia que ayude a la socialización de la TB en agendas más amplias del desarrollo, así como en iniciativas de salud materno infantil.
- La OMS debe jugar un papel de 'enlace' para mejorar la participación de otras secretarías en

el control, cuidados y prevención de la TB.

- La OMS, junto con otros socios del STOP TB, incluyendo la sociedad civil, deben facilitar el desarrollo de mensajes y estrategias de abogacía que respondan a contextos específicos dentro de estrategias mundial de respuesta a la TB.



RECOMENDACIÓN 2: Ventajas comparativas y áreas de colaboración para OMS y organizaciones de la sociedad civil.

Las y los participantes de la reunión discutieron funciones claves y ventajas comparativas de la OMS y de organizaciones de la sociedad civil para avanzar la prevención, cuidados y control de la TB a nivel mundial. Las funciones claves de la OMS, de acuerdo a su constitución, incluyen el desarrollo de normas, políticas y estándares, provisión de asistencia técnica y su coordinación con los países; monitoreo y evaluación; fomentar alianzas y colaboraciones; y la promoción de investigación. La sociedad civil tiene las siguientes funciones básicas: proteger los derechos y la salud de sectores de la sociedad a través de intervenciones y programas no-gubernamentales; promover y fortalecer colaboraciones con gobiernos

para asegurar que existen suficientes y efectivos programas (incluyendo investigación y políticas) que reflejen las prioridades e intereses de las comunidades; solicitar a organizaciones internacionales y gobiernos rendición de cuentas para asegurar

transparencia; y participación en monitoreo y evaluación.

La OMS tiene las ventajas comparativas de influir en la implementación de políticas y programas, la capacidad técnica; monitoreo y evaluación; acceso a tomadores/as de decisión; e imparcialidad técnica. Las organizaciones de la sociedad civil (OSCs) tienen la ventaja comparativa de su autonomía; influencia bi-direccional en las comunidades e instituciones de gobierno; capacidad para alcanzar áreas de difícil acceso incluyendo áreas de conflicto; conocimiento y entendimiento de circunstancias locales; y flexibilidad y adaptabilidad para contextos locales.

Diversas presentaciones resaltaron a las OSCs como las únicas proveedoras de servicios de TB en áreas de conflicto (como

en Somalia). Las OSC pueden contribuir a todas las funciones básicas de la OMS. De manera similar, la OMS puede contribuir a las funciones de las OSCs a través de su rol de facilitación y enlace a nivel mundial y nacional. Se enfatizó que las ventajas comparativas de OMS y de OSCs, necesitan ser cros-fertilizadas para explotar su gran potencial a fin de que se beneficie la prevención, cuidados y control de la TB. El rol de enlace de OMS para facilitar el trabajo de programas nacionales y favorecer la colaboración con OSCs es crucial y fue señalado como una acción prioritaria en todos los niveles.

Puntos de Acción:

- La OMS explorará incluir en los términos de referencia para su personal trabajando en TB en diferentes niveles, mecanismos para involucrar a las OSCs en el trabajo de prevención y control de la enfermedad.
- La OMS va a promover y llevar a cabo reuniones específicas en contextos internacionales, regionales y locales que reúnan a tomadores de decisión de altos niveles dentro de ministerios de salud (secretarios permanentes o directores), programas nacionales de salud, y personal de OMS para involucrar a organizaciones civiles en la prevención, control y cuidados de TB.
- La OMS va a continuar incluyendo a las OSCs en el desarrollo de sus programas, guías y políticas así como en mecanismos de toma de decisiones.
- La OMS promoverá la participación de OSCs en revisiones nacionales de programas de control de la TB.

Traducido por SOLUCION TB. Nota –las recomendaciones 3 y 4 se incluirán en una próxima edición del boletín.

Reunión Cierre de SOLUCION TB Co-morbilidades (Fase 3)

El 28 y 29 de septiembre del 2010 se llevó a cabo la reunión de cierre del proyecto SOLUCION TB Co-morbilidades en la Cd. de México y contó con la participación de representantes nacionales de PNT, CENSIDA y Programa del Adulto Mayor, así como representantes de los 3 programas de los estados y jurisdicciones participantes de: Baja California, Tamaulipas, Nuevo León, Guerrero, Veracruz y Oaxaca.

El objetivo de la reunión fue: identificar el progreso de actividades del proyecto co-morbilidades; elaborar planes de seguimiento y/o de sostenibilidad para los estados que no continuarán en el proyecto. Un objetivo adicional fue el de promover el aprendizaje mutuo a través de compartir lecciones aprendidas y recomendaciones emanadas de la experiencia en cada sitio participante.

Para SOLUCION TB fue también una oportunidad de agradecer a los estados y jurisdicciones que ya no serán parte del programa, y reconocer su compromiso con los objetivos de lograr un México libre de TB.

La mañana del segundo día se llevó a cabo una reflexión grupal donde se compartieron las siguientes opiniones:

“Me siento bien, contento. Me llamó la atención en diferentes estados la diferencia

entre la toma de hemoglobina glicosilada. Yo cambiaría la forma de trabajo. Buscaré echarle más ganas para lograr mis objetivos. Estoy listo para enfrentar retos.”

“Me siento tranquila, relajada, a gusto. Ayer aprendí las estrategias que cada compañero hace. Tienen muchas cosas que pueden aportarme de manera positiva. Me llamó la atención que todos a pesar de las estrategias diferentes, tenemos casi la misma problemática. Tal vez cambiaría algunas estrategias en relación a mi programa para avanzar más, le echaría más ganas para tener mejores resultados. Estoy lista, se lo que estamos haciendo y estamos preparados para obtener más beneficios.”

“Estamos haciendo un alto en el camino, que hemos recorrido en esta aventura de PCI-SSA para sacar adelante estos programas. Estos espacios nos permiten valorar lo que hemos hecho. Ayer vimos mucha riqueza en todos los compañeros de todo lo que hacen en sus estados. Considero retomarlas y aplicar en algunos de los estados. Me llamó la atención lo de capacitar a los medios de comunicación. Esto me impactó y me pareció bueno. Voy a cambiar estrategias de trabajo junto con el personal del estado/jurisdicción.”

“Con lo que aprendí ayer, viendo el desenvolvimiento de otros, veo que ya tienen

mucha experiencia, y obviamente ‘me sacó de onda’, no esperaba este tipo de situación. Yo todavía quiero ver cómo sigue este proceso. Estoy listo para actuar. Es una experiencia muy bonita y he aprendido muchas cosas, y espero aprender más.”

“Me siento bien con los logros que obtuvimos. Pero hay una parte que no me satisfizo mucho. Hicimos poco en ACMS, y de promoción, porque dentro de nuestros planes había al inicio la idea de diseñar una producción de co-morbilidades. Hay un año más de trabajo en el que podemos sacarlo. Y podemos expandir el proyecto co-morbilidades. Aprendí ayer de mis compañeros, de las otras presentaciones... yo no cambiaría nada, simplemente trabajaría más.”

“Me siento muy a gusto, me agrada estar aquí y estar conociendo las actividades más directamente de otros estados. Aprendí muchas cosas; Ayer escuché muchas cosas que nos pudieran servir. Lo que Veracruz hizo de medios fue interesante. Yo creo que el trabajo, el empeño de hacer mejor las cosas es lo que se tiene que cambiar. Decir estoy listo es la manera de enfrentar las cosas. De hace tiempo estamos muy listos, y sólo necesitamos algo de cooperación. Con lo del proyecto, magnífico.”

“Me siento feliz porque los contratos que antes eran de PCI ya se absorbieron en Oaxaca.

Cambiaría los estados que siguen en el proyecto, pero como la SSA ya absorbió los contratos, pues me siento excelente.”

“Me siento contenta, porque los contratos de PCI ya fueron absorbidos... también nos liberaron más recursos para más contratos. Aprendí que a pesar de tener limitantes, hemos sabido sobrellevarlas, no limitarnos, lo que a unos se les estancó, a otros no. Cambiaría la manera de pensar de los tomadores de decisión estatales y nacionales. Estoy lista para hoy.”

“Me siento cansado, agotado. Contento de estar con ustedes, de contar con la amistad de todos los presentes. Realmente siempre que venimos a reuniones con PCI encontramos un buen grupo de compañeros de quienes podemos aprender. Ayer aprendí que el trabajo de equipo es importante, no podemos hacer las cosas solos. Siempre debemos hacer algo más. Cuando trabajamos en equipo podemos sacar todo. Me llama la atención el trabajo de todos. Todos han puesto un granito de arena para que esto funcione. Hay cosas que deberían estar mejor, pero falta voluntad política. Hoy no cambiaría nada, pero mañana que termina un proyecto, me gustaría cambiar”.

“Estamos al final de una etapa de conocimientos, formación, en el cual nos dimos cuenta de que el esfuerzo de mucha gente, lo que habla de equipo, nos puede dar

resultados en cualquier área. Comentábamos que las dificultades que tuvimos realmente son las propias de la gente, de nuestros compañeros de trabajo, quienes nos faltan para hacer más. Eso también dice que debemos hacer un esfuerzo muy grande para comunicar a nuestros compañeros de enfrente, convencerles y venderles la idea que el trabajo en equipo es mejor. Yo vengo como director de VIH de CAPASITS y no escuché mucho de VIH, pero les digo que tenemos buena coordinación, estamos tan bien integrados que nos pasamos la información, si no las tenemos, nos la proporcionan... también con DM. Creo que es lo que debemos lograr... la experiencia del proyecto identificamos que queda pendiente que hay gentes, focos, que ni hemos visto, no platicamos ni siquiera trabajamos con ellos, pero nadie hace nada por ellos... ahí tenemos un gran potencial que ni siquiera les tomamos una muestra... necesitamos trabajar mucho más y convencer a nuestros trabajadores de base, de lo que estamos haciendo”.

“Ayer me quedó claro, como siempre que estamos aquí hablamos en 2 vertientes. Me queda claro que en relación a TB y VIH el STB ratificó y fortaleció las acciones que llevábamos a cabo desde hace un buen tiempo. También deja muy claro la necesidad de evaluar nuestros instrumentos de registro y notificación, que nos hemos topado con la situación de que a veces no están sistematizados. La propuesta que hicimos muy enfáticamente, de que haya un instrumento único de evaluación y que haya VIH y TB y DM... STB vino a ratificar, detonar, lo que teníamos que hacer en cualquier momento. Vino a acelerar, ese proceso... hubo un resultado donde visualizamos fortaleces, y el ‘sí se puede’ que nos quede claro que compartimos usuarios... Tenemos que fortalecer lo que se ha ratificado, cerrar filas



1 Palabras de Dra. Martha Angélica García a las y los participantes



3 Presentación, equipo de Oaxaca



2 Presentación, equipo de Nuevo León



4 Equipo de trabajo SOLUCION TB con Dra. Martha Angélica García Avilés

desde el más alto nivel... creo que esto ya no se va a soltar... depende de nosotros la intensidad que le vayamos a dar de aquí en adelante.

Durante la reunión se llevó a cabo también una evaluación externa de parte de la Dra. Gudelia Rangel, quien apoya a SOLUCION TB en este proceso. Como parte de la evaluación se llevaron a cabo entrevistas grupales con personal PCI (coordinadores/as estatales) y con el resto del personal de

los diferentes programas participantes. Los resultados de evaluación serán incluidos en reportes específicos entregados a PNT para posteriormente ser enviados por CENAPRECE a los Secretarios de Salud participantes.

La reunión concluyó el 20 día (29 de septiembre) posterior a la presentación de los planes de trabajo y/o sostenibilidad, y a la última reflexión grupal donde se identificaron los logros de la reunión y del

proyecto en general. SOLUCION TB agradece a todos los y las participantes por su tiempo y disponibilidad, se agradece también a los representantes de los programas nacionales por su gestión y colaboración; finalmente, nuestro agradecimiento para USAID, financiador de este proyecto.

La fase 4 del programa SOLUCION TB comorbilidades (STB 4) se lleva a cabo desde el día 1º. de octubre del 2010.

La tragedia trae rostros y nombres a la TB



MI OBLIGACIÓN Y RESPONSABILIDAD MY DUTY AND RESPONSIBILITY

Tomar los medicamentos no es fácil, saben feos, y me incomodan mucho el estómago.

Cuando me los tomo, no me gusta que nadie me hable.

Tiene que pasar un tiempo antes de que yo me sienta mejor.

Se que es mi obligación y responsabilidad, ¿pero hasta cuando los voy a dejar de tomar?

Taking medications is not easy. They taste bad and they make my stomach upset. After I take them, I don't like anyone to talk to me.

It takes a while before I feel better. I know it is my

obligation and responsibility, but how much longer must I take them?

- Photovoice Project Participant

“Quieres café, mi amor?” Preguntaba Romel Lacson a su esposa Dra. Claudia Lacson todas las mañanas. Le preguntaba incluso mientras ella estaba en cama, muriendo por meningitis tuberculosa en un hospital de Atlanta, Georgia, en el 2004. El rezaba y pedía que ella despertara y escuchara su voz, para poder seguir su vida llena de amor y esperanza. Sin embargo, las complicaciones de la TB fueron demasiadas para Claudia, quien junto con Emma su hija nacida prematuramente, murieron en el verano del 2004.

Romel sabía que la historia de Claudia y la historia de millones de personas afectadas por la TB debería compartirse y utilizarse de manera que ayudara a otras personas a prevenir las causas raíces de la TB. Sus historias y perspectivas, muy seguidas reflejan historias de estigma, aislamiento, pobreza, así como esperanza y apoyo familiar, estas historias no estaban presentes en las conversaciones de TB en todo el mundo. Guiado por la profunda compasión de Claudia y su deseo de ayudar a otros, Romel fundó TB Fotovoz (TB Photovoice)

en el 2005. Por medio de un método llamado ‘foto voz’, las personas afectadas por TB documentan sus propias realidades de salud al tomar fotografías de personas, lugares y sistemas que afectan tanto positiva como negativamente sus cuidados de salud para TB. A través de este proceso, los participantes comparten su conocimiento y fotografías entre sí en grupos pequeños. Identifican temas comunes que se asocian al control de la TB, y elaboran recomendaciones para mejorar el diagnóstico en TB, y el cuidado de salud para que este sea más centrado en la persona. Las y los participantes de TB Fotovoz actúan de esta manera como documentadores de su historia y catalistas para la acción y el cambio social en sus propias comunidades.

El TB Fotovoz ha apoyado a proyectos en México, Sudáfrica, Tailandia, Filipinas, Brasil y los Estados Unidos.

Fotovoz ha sido una experiencia transformadora para participantes de 8 localidades en México y

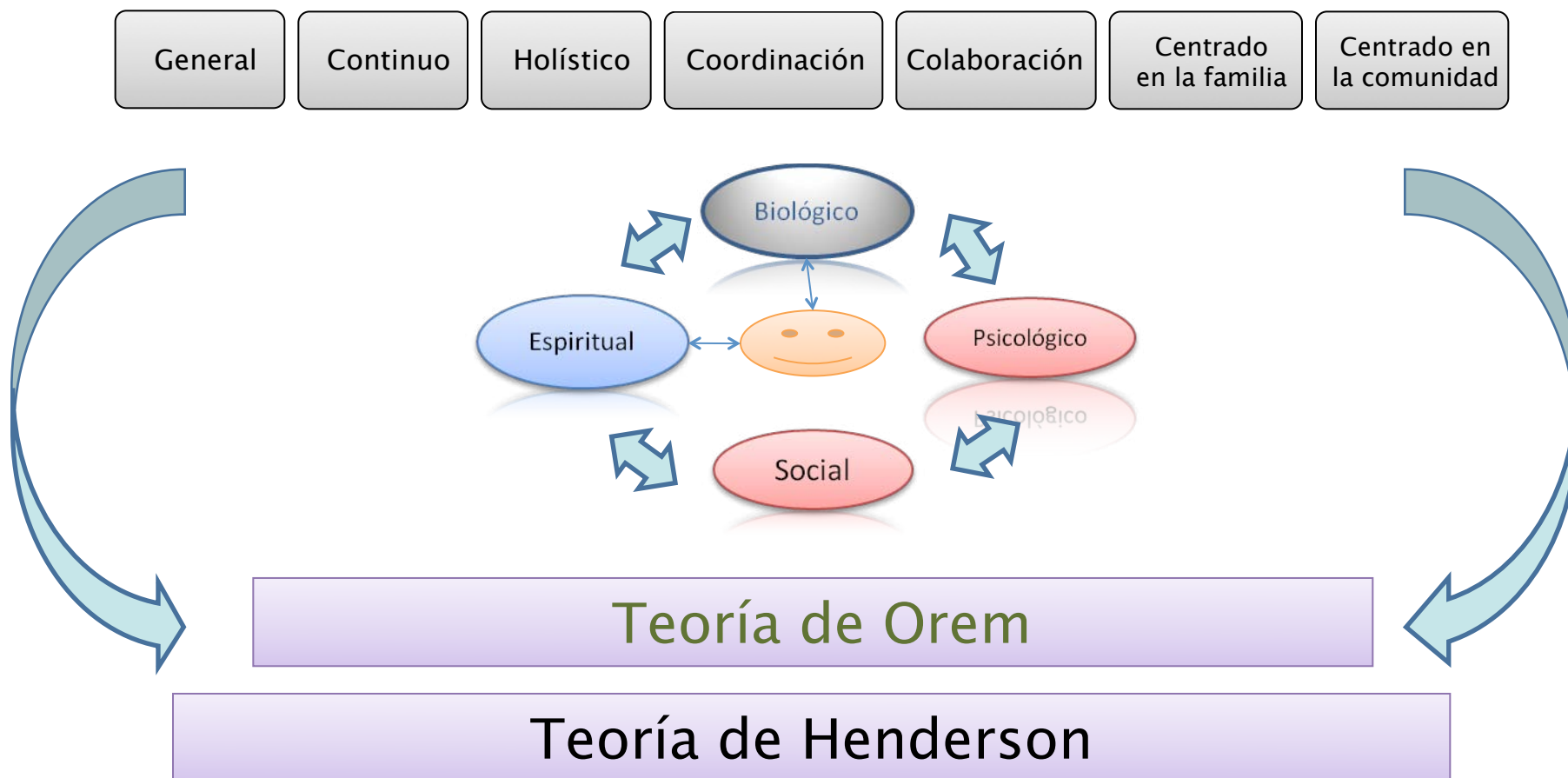
una en El Paso, Texas –Cd. Juárez, en la región fronteriza de México y Estados Unidos. Como un colectivo, han expresado sus historias que van desde el miedo de perder a un ser querido, o del alivio de la curación. El TB Fotovoz nos recuerda que existe un rostro humano en la TB. Hay aquí rostros como el de Claudia y personas cuya voz y fotografías están representadas. Sus voces ayudarán a cambiar las políticas que impactan las causas raíces de la TB, si les dan la oportunidad de participar.

En México, TB Photovoice colabora con Project Concern International SOLUCION TB Project, The Alliance of Border Collaboratives, La Secretaría de Salud a través del Programa Nacional de TB y los programas estatales en lugares participantes; el Programa de Investigación en Migración y Salud (PIMSA), y otras organizaciones y programas en TB.

http://www.globalhealthmagazine.com/cover_stories/tragedy_tb Traducido por SOLUCION TB.

Plan de Trabajo en TB-comorbilidades utilizando modelo de Atención Centrada en la Persona

MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA PRESENTADO POR EL EQUIPO DE NUEVO LEÓN



Plan de Trabajo: Aspecto Biológico

Qué	Quién	Dónde	Cuándo	Cómo	Con Qué
Disminuir la carga de TB en personas que viven con Diabetes y VIH	Personal de STBCo. Personal de Salud médico, paramédico, Químicos, Integrantes de la comunidad, Líderes de la comunidad, Personas afectadas.	Unidades de salud, laboratorio, UNEME crónico degenerativo, CAPASITS, Domicilio de personas afectadas por Diabetes y VIH. Hospitales, Asilos, Prisiones,	Permanente <i>Antes, Durante y Posterior</i> al tratamiento de las personas afectadas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Búsqueda intencionada de casos de TB en (SR) en las personas con diabetes y VIH 2. Aplicación de cédulas de detección de TB Control Metabólico Control de infecciones en lugares de riesgo 3. Quimioprofilaxis para prevenir TB en PVVIH. 4. Educación para la salud. 5. Reuniones con personas afectadas. 6. Seguimiento epidemiológico. 7. Toma de muestras de Bk en SR. 	Equipo y material: Glucómetros, Cédulas, Pruebas rápidas, vasos recolectores para baciloscopias, formatos de solicitud, Reactivos,

Plan de trabajo: Aspecto Biológico

¿Qué?	¿Quién?	¿Dónde?	¿Cuándo?	¿Cómo?	¿Con qué?
Controlar la Diabetes Mellitus, en las personas con Tuberculosis. Que la persona afectada realice acciones de autocontrol.	Personal de SOLUCION TB o. Personal de Salud médico y paramédico. PATB,	Unidades de salud, UNEME Enf. Crónicas degenerativas, CAPASITS, grupos organizados Domicilio de personas afectadas.	En el primer contacto con la persona afectada, durante su tratamiento y seguimiento epidemiológico.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Detección oportuna de DM (glicemias capilares, Hb A_{1c}, 2. aplicación de cédulas) entre PATB y familia 3. Promoción y educación para la salud, fomentando estilos de vida saludables. 4. Control metabólico. 	Recursos materiales y de equipo (glucómetros, cédulas, báscula, estadímetro,).

Plan de Trabajo: Aspecto Biológico

¿Qué?	¿Quién?	¿Donde?	¿Cuándo?	¿Cómo?	¿Con qué?
<p>Disminuir la carga de VIH en personas que padecer TB.</p> <p>Integrar a la familia en la prevención, control, curación y seguimiento de las personas afectadas.</p> <p>Lograr el auto cuidado y autosuficiencia</p>	<p>Personal de salud médico y paramédico de unidades de salud y STBCo. CAPASITS,</p>	<p>Unidades de salud, Clínica Integral, CAPASITS</p> <p>Domicilio de la persona afectada</p>	<p>Inmediato sea detectado y diagnosticado con TB.</p>	<p>Ofertar prueba rápida para VIH previa orientación – consejería y consentimiento informado.</p> <p>Referencia a otro nivel en caso positivo.</p> <p>Educación de la salud</p> <p>promoción de cambios de estilos de vida.</p> <p>Asegurar el TAES para el control y curación de la TB.</p> <p>Incorporar a la PATB y familia en grupos de ayuda mutua.</p>	<p>Equipos para pruebas rápidas de VIH.</p> <p>Formatos de información, de referencia y contra referencia.</p> <p>Solicitud de exámenes</p>

Plan de Trabajo: Aspecto Psicológico

¿Qué?	¿Quién?	¿Donde?	¿Cuándo?	¿Cómo?	¿Con qué?
<p>Disminuir la carga psicológica en las con TBCo. Prevenir y detectar con oportunidad alteraciones en el estado emocional de las personas afectadas Ofrecer orientación y apoyo en el ámbito familiar</p>	<p>Personal de salud interdisciplinario Familia, personas afectadas y comunidad.</p>	<p>Unidades de salud. Diferentes escenarios de la comunidad. Domicilio de personas afectadas.</p>	<p>Al inicio del tratamiento, durante el mismo y seguimiento post tratamiento.</p>	<p>Búsqueda intencionada de alteraciones emocionales (entrevistas, aplicación de cédulas) para verificar la integración de la Persona afectada en los diferentes ámbitos, familia, trabajo, escuela, etc. Integrara grupos de iguales donde compartan y exterioricen dudas, ansiedades etc. Procurar espacios de entretenimiento y esparcimiento. (paseos, club de lectura, pintura etc.) Favorecer la autoestima y autosuficiencia.</p>	<p>Recursos de la comunidad (grupos ya establecidos). Participación comunitaria. Recursos materiales y de equipo tales como local para reuniones, sillas, mesas, libros, pinceles y/o crayones, papel o lienzos, y equipo para foto voz.</p>

Plan de Trabajo: Aspecto Espiritual

¿Qué?	¿Quién?	¿Donde?	¿Cuándo?	¿Cómo?	¿Con qué?
<p>Que la persona afectada identifique y comprenda su trascendencia como ser humano único e irrepetible.</p> <p>Que identifique los valores humanos que lo impulsen a ser cada vez mejor.</p> <p>Que sea capaz de propiciar cambios favorables en su vida y en el ámbito familiar</p>	<p>Facilitadores (líderes espirituales)</p> <p>Personal de salud, médico y paramédico</p> <p>Personas afectadas</p> <p>Miembros de la comunidad.</p>	<p>Distintos escenarios de la comunidad, (lugares cerrados, escenarios naturales)</p>	<p>Ofrecer la oportunidad de crecimiento espiritual en etapas tempranas de su diagnóstico y continuo durante el tratamiento y posterior a el.</p>	<p>Integrar en las reuniones temas que propicien la reflexión y meditación .</p> <p>Realizar ejercicios de relajación.</p> <p>Respetar el derecho de manifestación religiosa.</p>	<p>Espacios abiertos y libres de distracción</p> <p>Música de ambientación</p> <p>Recursos financieros.</p>

Plan de Trabajo: Aspecto Social (Abogacía)

¿Qué?	¿Quién?	¿Donde?	¿Cuándo?	¿Cómo?	¿Con qué?
Propiciar la participación de la sociedad en acciones de prevención, detección y control de TBCo.	Líderes e instituciones de la sociedad civil, religiosa, autoridades gubernamentales, empresarios, organizaciones no gubernamentales, líderes educativos, personas afectadas por TBCo. Otros tomadores de decisiones, directivos Comités, etc.	En diferentes espacios intersectorial e interinstitucional.	Inmediato y permanente	Concertar entrevistas con líderes e instituciones para dar a conocer los proyectos de trabajo y los beneficios que aportan a la sociedad. Gestionar recursos en bienes materiales. Evaluación periódica de resultados e impacto en la sociedad. Retroalimentación y reprogramación de actividades.	Plan de trabajo. Relación de insumos materiales, recursos humanos, recursos físicos etc.

Plan de Trabajo: Aspecto Social (Comunicación)

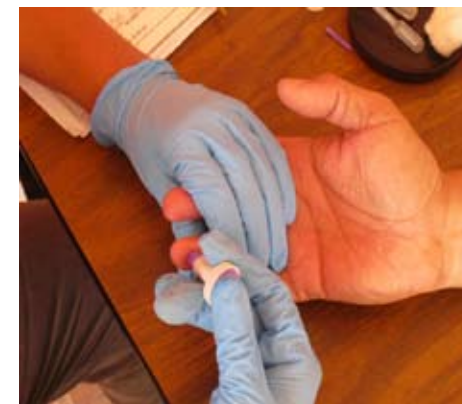
¿Qué?	¿Quién?	¿Donde?	¿Cuándo?	¿Cómo?	¿Con qué?
Fortalecer la información a la persona, familia y comunidad. Fortalecer conocimientos y desarrollar capacidades y destrezas en el personal de salud, personas afectadas, familias y comunidad.	Personal de salud, personas afectadas, miembros de la comunidad, personal STBCo. Directivos, comunicadores, etc.	Unidades de salud, empresas de difusión masiva (radio , TV, prensa, etc.)	Inmediato y permanente	Gestionar apoyos de difusión masiva. Gestionar la reproducción de material impreso (dípticos, trípticos, volantes, CD, etc). Organizar cursos de capacitación, talleres y actualización. Convocar a reuniones de organización, coordinación , evaluación, información etc.	Material impreso, audiovisuales, multimedia, Internet, Boletines,

Plan de Trabajo: Aspecto Social (Movilización Social)

¿Qué?	¿Quién?	¿Donde?	¿Cuándo?	¿Cómo?	¿Con qué?
Lograr la participación organizada de los miembros de la comunidad.	Miembros de la comunidad, familias, sector empresarial, sector educativo, grupos organizados, comité "Alto a la Tuberculosis" y otros comités. Personas afectadas	Diferentes escenarios y espacios de la comunidad	Inmediato y permanente	Conocer los recursos organizados de la comunidad. Integrar grupos (petit comité) ex profeso para TBCo. Hacer difusión masiva mediante eventos de TBCo.	Con los medios y recursos de la comunidad y productos de la organización .

Avance del programa TB Co-morbilidades

Resultados reportados por programas estatales y jurisdiccionales participantes en SOLUCION TB co-morbilidades de enero a septiembre 2010:



Actividades Propuestas	Indicadores	Metas de acuerdo al Plan	Resultados enero-septiembre	%
Actividad 1: Fortalecer la capacidad local para mejorar TAES en jurisdicciones prioritarias	# de jurisdicciones que implementaron el proyecto Co-morbilidades	7	9 (7 primarias y 2 adicionales)	129%
Actividad 2: Implementar estrategias de ACMS para abordar TB-VIH y TB-Diabetes, incluyendo temas de control de infección a nivel nacional, estatal y local.	# de estados utilizando metodología foto-voz con personas con co-morbilidades	5	4 (Tijuana Monterrey Reynosa y Coahuila)	80
Actividad 3: Elevar la información de tomadores/as de decisión sobre el tema de TB y co-morbilidades	# de directores/as de servicios de salud que expresan apoyo para el control de TB y co-morbilidades	10	9	90
Actividad 4: Fortalecer la capacidad institucional de socios locales dentro del sector salud (VIH/SIDA y Programa de Adulto Mayor), así como de organizaciones de la sociedad civil.	# de materiales distribuidos a proveedores de servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> 150 cajas de herramientas (150 CDs y 2,500 folletos y materiales educativos) 	<ul style="list-style-type: none"> 195 CDs 11,289 folletos distribuidos 	130
	# de OSCs que participaron en actividades de co-morbilidades TB-VIH	5	4 colaboraciones documentadas <i>El equipo PCI decidió enfatizar el fortalecimiento a nivel SSA más que el trabajo en OSCs dado lo novedoso del enfoque de co-morbilidades</i>	80
	# de estados escribiendo artículos para el boletín STB 3	Mínimo 7 participaciones	7	

Actividades Propuestas	Indicadores	Metas de acuerdo al Plan	Resultados enero-septiembre	%
Actividad 5: Expandir la experiencia de grupos GAM para incluir el tema de TB y Diabetes	# de estados organizando grupos GAM con el tema de TB	5	7 estados que organizaron dichos grupos.	140
Actividad 6: Fortalecer el conocimiento y capacidad de personal de salud con trabajo en TB sobre el manejo y planeación de estrategias en TB y sus co-morbilidades.	# de socios SSA y OSC capacitados.	Mínimo de 100	982 personas capacitadas de SSA y OSCs	982
Actividad 7: Diseñar e implementar modelos de servicio innovadores e integrals para la atención de TB y co-morbilidades	# de planes de acción desarrollados e implementados para TB y co-morbilidades	10	9	90
	# de personas con DM y síntomas sugestivos, evaluados para TB	450 personas por jurisdicción o un total de 3,150	3,888 reportadas	123
	% de personas con VIH con terapia preventiva de Isoniazida	Sin meta establecida	64 personas iniciaron TPI	--
	# de personas con VIH evaluadas para TB	300 personas por jurisdicción = 2,100	1,826 reportadas	87