

de datos que proporcionó información acerca de los casos de tuberculosis notificados, los resultados del tratamiento por cohortes, las encuestas para determinar la presencia de infección por *M. tuberculosis*, y la prevalencia de infección por VIH en pacientes con tuberculosis y en otras subpoblaciones. Se hizo especial hincapié en la relación entre la tuberculosis y la infección por VIH, así como en la creciente magnitud del problema. En su estudio, los investigadores se limitaron al grupo de edad de 15 a 49 años porque no disponían de suficiente información acerca de los niños tuberculosos infectados por VIH. Los objetivos principales del estudio fueron desarrollar indicadores de la carga de tuberculosis relacionada con la infección por VIH que ayuden a fundamentar metas de control, monitorear tendencias epidemiológicas y evaluar el impacto de las intervenciones.

Los resultados revelaron que en el año 2000 se presentaron 8,3 millones de casos nuevos de tuberculosis en el mundo, siendo más altas las tasas de incidencia en la Región de África (290 casos anuales por 100 000 habitantes), donde también se observó la mayor tasa de incremento anual del número de casos (6%). De los casos nuevos de tuberculosis en adultos, 9% podían atribuirse, como promedio, a la presencia de infección por VIH, aunque la proporción fue mucho más alta en la Región de África y en algunos países industrializados, entre ellos los Estados Unidos de América (26%). Se produjeron alrededor de 1,8 millones de defunciones por tuberculosis en el mundo, de las cuales 12% podían atribuirse a la presencia de infección por VIH. La tuberculosis causó 11% de todas las defunciones en adultos, y la frecuencia observada de coinfección por VIH y *M. tuberculosis* fue de 0,36%, o el equivalente de 11 millones de personas. La frecuencia de coinfección fue de 5% o más en 8 países africanos, y el número de adultos coinfectados ascendió, solamente en Sudáfrica, a 2 millones. A medida que se propaga la infección por VIH, la carga representada por los casos de coinfección asciende.

En la Región de las Américas la incidencia de tuberculosis en el año 2000 fue de 46 por 100 000 habitantes, observándose un descenso en la incidencia de 4,1% en el período de 1997–2000. De las muertes en adultos, 4,1% fueron causadas por la tuberculosis, y de estas muertes, 6,5% mostraron asociación con la presencia de infección por VIH. Se halló una prevalencia de tuberculosis en adultos de 15% y una prevalencia de coinfección por VIH y *M. tuberculosis* de 0,1%.

La pandemia de VIH dificulta enormemente el control de la tuberculosis. En la Región de África en particular, la asociación entre ambas infecciones es tan grande que 31% de todos los casos de tuberculosis en adultos podrían atribuirse a la infección por VIH.

Los resultados de este estudio apuntan a la necesidad urgente de intensificar el control de ambas enfermedades, procurando concentrar la atención en el control de la tuberculosis en zonas con una alta prevalencia de infección por VIH. (Corbett EL, et al. The growing burden of tuberculosis. Arch Intern Med 2003;163:1009–1021.)

### **La cobertura por Medicaid de los tratamientos para el control del hábito de fumar**

A medida que en el mundo se cobra conciencia de los riesgos de salud asociados con el tabaquismo, las intervenciones para ayudar a las personas a abandonar el hábito de fumar están adquiriendo mayor popularidad. Una de las metas de salud trazadas por las autoridades sanitarias de los Estados Unidos de América es lograr que para el año 2010 las compañías aseguradoras de todos los estados y el Distrito de Columbia, donde se sitúa la capital del país, ofrezcan cobertura de seguro para los tratamientos contra la dependencia de la nicotina cuya eficacia haya sido comprobada. Actualmente solo en 36 estados se ofrece este tipo de cobertura a los beneficiarios de los servicios de seguro de salud, de manera que en estos momentos una gran parte de la población debe pagar de su propio bolsillo el costo de este tipo de tratamiento.

En 2000, alrededor de 32 millones de personas de bajos ingresos en los Estados Unidos gozaban de la cobertura de salud de Medicaid, programa auspiciado por el gobierno federal y los gobiernos estatales para cubrir la atención médica de esas personas. De ellas, 11,5 millones (36%) eran fumadoras.

Recientemente se realizó un nuevo estudio por encuesta, en el que se examinaron la cantidad y tipos de coberturas para tratamientos antitabáquicos ofrecidos por Medicaid entre 1994 y 2001. La encuesta —realizada por teléfono, correo electrónico y fax— fue respondida por 100% de los empleados de Medicaid identificados por los directores de los programas estatales como los mejor informados acerca de la cobertura y los programas de tratamiento para combatir la dependencia del tabaco. La encuesta constaba de 24 preguntas que versaban sobre los tratamientos antitabáquicos; el año en que se ofreció por primera vez este tipo de cobertura; los tratamientos que se ofrecen especialmente a las embarazadas; el conocimiento y uso de las Directivas para la Práctica Clínica emitidas por el Servicio de Salud Pública de ese país en el año 2000 (SSP 2000); cualquier requerimiento de los programas, ya sea para el pago compartido del paciente por este tipo de tratamiento o para que un servicio de seguro cubra esos gastos; y si los beneficiarios de Medicaid han sido informados de la dis-

ponibilidad de tratamientos antitabáquicos con la cobertura de ese programa.

En el año 2001 aumentó el número de estados que informaron que brindaban cobertura de seguro, al menos para una de las formas de tratamiento para la adicción al tabaco (36 en 2001 frente a 34 en 2000). Excepto uno, todos esos estados cubrían los tratamientos con fármacos, aunque 16 de ellos exigían alguna forma de participación del paciente en el pago por el tratamiento. Además, 10 estados ofrecían servicios de asesoramiento antitabáquico.

Según la encuesta realizada en 2001, aumentó en 40% (20 en 2000 frente a 28 en 2001) el número de estados donde los empleados de Medicaid conocían la directiva SSP 2000. En total, 16 estados (31%) informaron que utilizaban la directiva de 1996 emitida por la Agencia para Políticas e Investigaciones en Atención Sanitaria o la SSP 2000 para diseñar los programas de tratamiento contra la dependencia del tabaco o establecer los beneficios correspondientes.

Como se observa en estos resultados, aunque aumentó el número de programas que ofrecen algún tipo de tratamiento contra la dependencia del tabaco,

aún se considera baja la cobertura de los tratamientos recomendados en la directiva SSP 2000. En 2001, 15 estados aún no ofrecían cobertura de seguro para los tratamientos dirigidos a abandonar el tabaco y sólo el estado de Oregón ofrecía cobertura de seguro para todas las opciones recomendadas en esa directiva. Además, sólo en una tercera parte de los estados que ofrecían estos beneficios se informaba a los beneficiarios acerca de esta posibilidad y en algunos los pacientes tenían que cubrir parte de los costos. Todo esto, sumado al aumento de los costos de este tipo de tratamiento, dificulta que muchos fumadores beneficiarios de Medicaid interesados en abandonar el hábito de fumar lo logren.

Debido a que la prevalencia de tabaquismo entre los beneficiarios de Medicaid es 50% mayor que la de la población general de los Estados Unidos de América, este grupo está desproporcionadamente afectado por los dañinos efectos del tabaco. Se necesita emprender acciones decididas si se quiere lograr la meta de reducir en 12% la prevalencia de tabaquismo en adultos antes del año 2010 en ese país.

