



**MINISTERIO DE SALUD**

**PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS  
Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS**

**PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL MULTISECTORIAL  
PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN  
EL SALVADOR 2016-2020**

**Noviembre, 2014**

# CONTENIDO

GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	i
PRÓLOGO.....	ii
RESUMEN EJECUTIVO.....	iii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. PROCESO DE FORMULACIÓN DEL PENMTB 2016-2020.....	2
2.1 Evaluación de medio término del Plan Estratégico Nacional para el Control de la TB 2008-2015.....	2
2.2 Conformación del Comité Consultivo.....	3
2.3 Actualización de la Base de Datos y Referencias.....	3
2.4 Diálogo de país con actores claves.....	3
2.5 Construcción del Marco de Resultados.....	4
2.6 Costeo del PENMTB 2016-2020.....	5
2.7 Plan de gestión de riesgos para la ejecución del PENMTB.....	5
2.8 Participación del Mecanismo Coordinador de País (MCP-ES).....	5
III. ASPECTOS TRANSVERSALES.....	6
3.1 Transversalización del enfoque de género.....	6
3.2 Derechos Humanos.....	7
3.3 Estigma y Discriminación.....	8
IV. ANÁLISIS DE SITUACIÓN.....	1
4.1 Contexto Demográfico.....	1
4.2 Contexto Político.....	2
4.3 Contexto Socio Económico.....	2
4.4 Marco referencial institucional y multisectorial.....	4
4.5 Referencias y compromisos internacionales, nacionales y marco legal.....	16
4.6 Situación Epidemiológica y Programática de la Tuberculosis en El Salvador.....	18
V. RETOS PARA LA PREVENCIÓN, EL CONTROL Y LA PRE ELIMINACIÓN DE LA TB COMO PROBLEMA DE SALUD PUBLICA EN EL SALVADOR.....	31
VI. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA NACIONAL MULTISECTORIAL PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN EL SALVADOR 2016-2020.....	42
6.1 OBJETIVOS DEL PLAN.....	42

6.2	ÁMBITO DE APLICACIÓN .....	42
6.3	PRINCIPIOS RECTORES Y ENFOQUES DEL PLAN .....	42
6.4	FUNDAMENTACIÓN ESTRATÉGICA .....	45
6.4.1	Propósito .....	45
6.4.2	Misión .....	45
6.4.3	Visión .....	45
6.4.4	Metas: .....	45
6.4.5	Indicadores de impacto o trazadores: .....	46
6.4.6	Grandes Estrategias del Plan .....	50
6.4.7	Enfoque Estratégico del Plan está fundamentado en el desarrollo de 4 pilares: 50	
6.5	CUADROS DE PLANIFICACION .....	63
VII.	MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN .....	92
VIII.	COSTEO Y FINANCIAMIENTO .....	95
IX.	BIBLIOGRAFIA .....	100
X.	ANEXOS .....	101

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

AITER/PAL:	Atención Integral de la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias.
ADESCO:	Asociación de Desarrollo Comunitario.
APP:	Alianza Público-Privado, Público-Privado.
ASADI:	Asociación Salvadoreña de Diabéticos.
COSAM:	Comando de Sanidad Militar.
CP:	Centros Penales.
TAES:	Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado.
EMS:	Equipo Multidisciplinario de Salud.
FM:	Fondo Mundial.
GIZ:	Agencia Alemana de Cooperación Internacional.
INH:	Isoniacida.
ISNA:	Instituto Salvadoreño de Niñez y Adolescencia.
MCP-ES:	Mecanismo Coordinador de país El Salvador.
MINSAL:	Ministerio de Salud.
MINTRAB:	Ministerio de Trabajo y Previsión Social.
MINED:	Ministerio de Educación.
OPS/OMS:	Organización Panamericana para la Salud /Organización Mundial de la Salud.
ONUSIDA	Organizaciones de Naciones Unidas para el VIH/Sida.
PNTYER:	Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias.
PENMTB:	Plan Estratégico Nacional Multisectorial para el control de la tuberculosis. El Salvador 2016-2020.
PEMAR:	Poblaciones en Mayor Riesgo.
PNUD:	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
PNC:	Policía Nacional Civil.
PDDH:	Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos.
RIISS:	Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.
RRHH:	Recursos Humanos.
TB/VIH:	Coinfección Tuberculosis/VIH.
TB:	Tuberculosis.
TBP:	Tuberculosis Pulmonar.
VIH:	Virus de Inmuno Deficiencia Humana.

## PRÓLOGO

El presente Plan Estratégico Nacional Multisectorial para el control de la tuberculosis en El Salvador 2016-2020 (PENMTB), es el resultado de un diálogo nacional de país, en el que participaron diversos actores y sectores; realizado bajo un proceso sistemático y ordenado que contiene las macro estrategias que deberán seguirse durante los próximos cinco años (2016-2020) a fin de contribuir a la detección precoz de los casos y a la disminución de la mortalidad por tuberculosis. Así mismo establece un abordaje precoz de la Coinfección TB-VIH y estrategias diferenciadas para continuar en el esfuerzo multisectorial a fin de lograr que algunos municipios pasen de una fase de control avanzado a una de pre eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública.

Es importante consignar que es el resultado de un esfuerzo conjunto en donde la sociedad civil, personas afectadas, comunidad, proveedores, socios, cooperación externa y gobierno han plasmado su mejor voluntad a fin de que la ejecución del presente plan sea factible, posible y realizable en los tiempos programados y se obtengan los objetivos, metas e impactos esperados.

El proceso de reforma de salud, y la prevención y control de la tuberculosis como prioridad del Ministerio de Salud ha retomado los pilares fundamentales así como el horizonte de las estrategias del plan mundial de lucha contra la tuberculosis (Estrategia post 2015).

El PENMTB conlleva en sí mismo la atención integral con cobertura universal con un enfoque de género y equidad en el marco del respeto de los derechos humanos que sin duda contribuirá a mejorar la salud de la población salvadoreña como garantía de salud y bienestar de las futuras generaciones.

**Dra. Elvia Violeta Menjívar**

**Ministra de Salud**

## RESUMEN EJECUTIVO

El Plan Estratégico Nacional Multisectorial para el Control de la Tuberculosis en El Salvador 2016-2020 (PENMCTB) es el documento que aglutina las estrategias dirigidas a mejorar el nivel de salud de la población, mediante el desarrollo de intervenciones eficaces para el control de la tuberculosis. Ha sido diseñado como una herramienta de trabajo para el desarrollo de una política pública sanitaria, que oriente y facilite las acciones y la movilización de los recursos tanto dentro como fuera del sector sanitario.

Este establece como principal objetivo detectar precozmente la tuberculosis, disminuir la mortalidad e iniciar el proceso de Control Avanzado y la Pre Eliminación de la TB como problema de salud pública en municipios seleccionados, aplicando la estrategia Post 2015 de la OMS a nivel nacional, con el apoyo e involucramiento multisectorial.

Para su construcción se ha transitado por un exhaustivo proceso, el cual inició con la **Evaluación del Plan Estratégico Nacional para el control de la TB 2008-2015**, en la cual se analizó el contexto en el que se desarrolló el PENTB 2008-2015, la pertinencia de la visión, misión, objetivos, la participación de actores sociales en la lucha contra la TB y las valoraciones del grado de cumplimiento de los objetivos y sus costos; además se incluyó el análisis de la viabilidad de retomar algunas de sus líneas estratégicas para la formulación del PENMTB 2016-2020.

En noviembre del 2013 se conformó el Comité Consultivo para la formulación del PENMTB 2016-2020, con el objeto de garantizar el direccionamiento técnico de los diálogos de país para su formulación, así como el análisis de información y la elaboración de estrategias. El comité fue conformado por las siguientes instituciones: MINSAL, OPS/OMS, ONUSIDA, GIZ, PNUD y la Dirección de Centros Penales.

Otra fase importante fue la actualización de la base de datos (tabla dinámica) y referencias para una estrategia basada en evidencia, y orientada hacia el fortalecimiento de la planeación estratégica, con miras a garantizar que se basara en evidencia nacional y que permitiera orientar de mejor forma las líneas estratégicas del país, el establecimiento de metas y la definición de acciones con resultados concretos y posibles de ser medidos.

En este marco de trabajo, en enero del 2014 se inició el análisis de información y formulación de estrategias y acciones de diálogo de país, con una amplia participación de todos los actores, sectores, organizaciones e instituciones involucradas en la lucha contra la tuberculosis; obteniéndose una serie de propuestas, y el compromiso de generar una amplia alianza nacional para la implementación de las estrategias diseñadas.

Participaron activamente: Organismos Gubernamentales: MINSAL, Dirección General de Centros Penales, Sanidad Militar, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Instituto de Bienestar Magisterial, MINTRAB, MINED, Ministerio de Justicia, PDHH, Alcaldías Municipales; Organismos de Cooperación Internacional: PNUD, OPS/OMS, Plan El Salvador, GIZ, ONUSIDA; ONG's, representantes del Sector Educativo, organizaciones y personas que viven con VIH, representantes comunitarios y personas afectadas por Tuberculosis<sup>1</sup>.

En este proceso se contó con la participación directa, sistemática y constante del Mecanismo Coordinador de país El Salvador (MCP) a través de los Miembros del Comité Ejecutivo y del Comité de Información Estratégica.

Con la asistencia técnica del comité consultivo, se realizaron sesiones de trabajo con expertos y referentes nacionales para construir el marco de resultados, que tomando la evidencia existente en el país, y las estrategias propuestas en las mesas de análisis, formularon: pilares, objetivos estratégicos, línea de acción, actividades estratégicas y responsables directos de ejecutarlas. Así

---

<sup>1</sup>En el anexo: lista de organizaciones, actores e instituciones participantes.

mismo, para cada resultado, las metas a alcanzar y los indicadores que permitirán medir el progreso de los objetivos estratégicos.

## **FUNDAMENTACION ESTRATEGICA:**

### **PROPÓSITO:**

Mejorar el nivel de salud de la población salvadoreña, mediante la modernización y el desarrollo de INTERVENCIONES MULTISECTORIALES tendientes a la atención integral de la salud de las personas en el curso de vida, disminución de los riesgos y daños así como el impacto social de la tuberculosis relacionado al costo/beneficio y costo/efectividad en la población afectada por la enfermedad.

### **MISIÓN:**

Disminuir el riesgo de la transmisión de la tuberculosis, reduciendo su incidencia, prevalencia, y mortalidad, a través del fortalecimiento de la detección, la atención eficaz y oportuna, el seguimiento de la persona con TB en el curso de vida y sus contactos en el marco de la Estrategia Post 2015, facilitando para ello el acceso y uso de los servicios de salud en coordinación y cooperación multisectorial, involucrando a todos los sectores de la población, a fin de iniciar un proceso de pre eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública en municipios definidos.

**VISIÓN:** El Salvador libre de Tuberculosis como problema de salud pública.

## **METAS GENERALES:**

1. Detectar por lo menos el 90% de los Sintomáticos Respiratorios priorizando los municipios que presentan mayor brecha de detección,
2. Detectar por lo menos el 90% de los casos de Tuberculosis priorizando los municipios que presentan mayor brecha de detección,
3. Curar arriba del 90% de los casos de TB pulmonar bacteriología positiva,
4. Lograr que el 100% de las instituciones proveedoras del Sistema Nacional de Salud apliquen el abordaje integral de enfermedades respiratorias AITER/PAL al menos en los municipios priorizados.
5. Disminuir la tasa de mortalidad por TB en el país de 0.5 x 100,000 hab. a 0.4 x 100,000 hab. (reducción del 20%).
6. Disminuir el porcentaje de fallecidos por la coinfección TB/VIH en 5 puntos porcentuales con relación al 2012 (19%).
7. Operativizar la Estrategia "Post 2015" en el 100% de los servicios del Sistema Nacional de Salud y CP y organizaciones de la sociedad civil.
8. Detectar al menos el 90% de los casos confirmados bacteriológicamente de tuberculosis farmacorresistente (tuberculosis resistente a la rifampicina y/o tuberculosis multirresistente) notificados al programa nacional de tuberculosis.
9. Tratar al menos el 100% de los casos confirmados bacteriológicamente de tuberculosis farmacorresistente (tuberculosis resistente a la rifampicina y/o tuberculosis multirresistente) notificados al programa nacional de tuberculosis
10. Alcanzar una tasa de incidencia de TB entre el 20 al 24 x 100,000 hab. en al menos el 50% de los municipios priorizados para el Control Avanzado.
11. Alcanzar una tasa de incidencia de TB entre el 19 al 15 x 100,000 hab. en al menos el 50% de municipios clasificados en pre-eliminación.
12. Lograr un éxito de tratamiento del 100% de los casos de TB farmacorresistente.

**El PENMCTB 2016-2020, está fundamentado en 4 pilares estratégicos:**

**PILAR 1: Atención y prevención integrada y centrada en el paciente, familia y comunidad desde la perspectiva de los derechos humanos.**

**OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**

1. Diagnosticar precozmente la TB, TB-MDR, incluyendo el acceso universal a pruebas de sensibilidad; tamizaje sistemático de los contactos y grupos de alto riesgo.
2. Proporcionar tratamiento oportuno a las personas con TB y drogo resistencia a TB centrado en los derechos humanos de la persona incluyendo a la familia y su soporte integral
3. Fortalecer el abordaje integral de enfermedades respiratorias (AITER/PAL)
4. Fortalecer las actividades de colaboración TB/VIH, el manejo de co-morbilidades y el control de infecciones.
5. Diseñar el plan nacional de control de infecciones de la tuberculosis en las RISS
6. Proveer atención Integral a las personas en alto riesgo y grupos vulnerables

**PILAR 2: Políticas audaces y sistema de soporte (sostenibilidad)**

**OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**

1. Generar compromiso político a más alto nivel y multisectorial con recursos adecuados para la atención y prevención de TB
2. Obtener el compromiso de las comunidades, municipalidades, organizaciones de la sociedad civil y proveedores de salud públicos y privados para la respuesta y el abordaje integral de la tuberculosis.
3. Fortalecer el marco normativo y logístico para la notificación de casos, registros vitales, calidad de los medicamentos, su uso racional así como denuncia de la violación de los derechos humanos de los pacientes con tb.
4. Ejecutar estrategias de abogacía, comunicación y movilización social para el cambio de comportamiento en la población y la participación social, fomento al respeto de los DDHH y disminución del estigma y la discriminación
5. Promover acciones sobre los determinantes sociales de la TB a través de la acción multisectorial

**PILAR 3: Intervenciones diferenciadas en municipios priorizados**

**OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**

1. Ejecutar intervenciones diferenciadas en Municipios priorizados de acuerdo a brechas de búsqueda, detección, cobertura de servicios de salud, pobreza y densidad poblacional para la prevención y control de la tuberculosis.
2. Iniciar el proceso de control avanzado y Pre eliminación de la TB como problema de Salud Pública con la implementación de una estrategia de intervención en municipios priorizados.

**PILAR 4: Investigación clínica, operativa y social e innovación intensificada**

**OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**

1. Fortalecer la investigación clínica, operativa y social, para optimizar la aplicación de intervenciones, la toma de decisiones y el diseño de nuevas estrategias innovadoras.
2. Desarrollar el Centro Regional de formación, capacitación y excelencia en buenas prácticas de control de la TB El Salvador.
3. Diseñar un sistema de información electrónico de TB innovador.



El enfoque multisectorial del plan con lleva el establecer un abordaje integral y descentralizado, con una alta participación de la sociedad civil y las municipalidades, basado en el estricto cumplimiento de los Derechos Humanos, la transversalización del enfoque de género y la reducción del estigma y discriminación.

**Finalmente se ejecutó el proceso de Costeo**, a través del cual se realizó la estimación de los recursos financieros necesarios para su implementación y se elaboró el Plan de contingencias para la atención prioritaria de intervenciones que obstaculicen o limiten la adecuada ejecución del Plan.

Existe un Plan de Gestión de Riesgos PENMTB 2016-2020 el cual contiene los procedimientos alternativos al orden normal de la operatividad PEMN TB 2016-2020 cuyo fin es permitir el normal funcionamiento de este, aun cuando alguna de sus funciones se viese dañada por una limitante o situación que impida el normal desarrollo de las actividades por una condición interna o externa

Se hace importante para la operatividad multisectorial del PENMTB 2016-2020, el combinar exitosamente las capacidades nacionales en lo referente al conocimiento científico, las habilidades técnicas y profesionales, el uso óptimo del financiamiento, fortalecer las intervenciones con el soporte comunitario ( organizaciones de base comunitaria, municipalidades y afectados) y la voluntad política necesaria para garantizar a la población el disfrute de una vida saludable y activa, libre de Tuberculosis.

## I. INTRODUCCIÓN

A pesar de los avances tecnológicos, el mejoramiento de la calidad de vida y el mayor acceso a los servicios de salud, la tuberculosis continúa siendo un gran problema de salud pública a nivel global, con cerca de 9 millones de casos nuevos y más de un millón y medio de muertes cada año.

En nuestro país la tuberculosis aun representa una importante amenaza para la población en general y principalmente para los grupos que muestran más vulnerabilidad, situación que es comprendida y compartida por las diversas autoridades institucionales y representantes de todos los sectores y actores vinculados a la lucha contra la tuberculosis.

En el año 2013 se reportaron 2176 casos de TB todas las formas, con una tasa de 34.6 x 100,000 habitantes, la cual está sustancialmente incrementada desde el año 2011 respecto a la del año 2008 (tasa de 28 x 100,000 hab.), debido a la búsqueda activa de casos en grupos de alto riesgo utilizando nuevos métodos diagnósticos, con una mayor oferta de servicios de salud generados durante el proceso de la reforma de salud y el incremento de búsqueda y captación de SR y casos por parte de proveedores públicos y privados.

El Plan Estratégico Nacional Multisectorial para el control de la tuberculosis en El Salvador 2016-2020 (PENMTB) ha considerado para su integración diferentes elementos constitutivos, contenidas en la Estrategia Post 2015 de la OMS entre ellos: (i) implementación de actividades de atención y prevención centradas en el paciente, (ii) la implementación de políticas audaces y sistemas de apoyo, (iii) la ampliación y consolidación de la estrategia focalizada y estratificada de abordajes para municipios de alta vulnerabilidad en las diferentes regiones sanitarias del país y (iv) la intensificación de la investigación científica. De igual manera se han considerado las directrices brindadas por el Fondo Mundial para el desarrollo y construcción de una estrategia nacional.

Para su elaboración se realizó un amplio análisis de brechas en el que se estudió en detalle las condiciones del desarrollo económico y social existentes en el país, los planes de desarrollo<sup>2</sup>, la Política Nacional de Salud “Construyendo la Esperanza”; los datos epidemiológicos y los resultados programáticos del país; los resultados de la evaluación del Plan Estratégico para el Control de la Tuberculosis 2008-2015, y los aportes sustantivos obtenidos en los talleres para el Diálogo de País. El proceso estratégico de la planificación fue altamente participativo e incluyente, no solamente por sus aportes sino también para asegurar la apropiación del plan y participación de todos los actores y sectores involucrados.

Para garantizar la solidez del proceso, el PNTYER constituyó un equipo coordinador con expertos nacionales, así como un comité consultivo para asesorar, dar coherencia al proceso, e incorporar el contenido técnico científico.

---

<sup>2</sup>Plan Quinquenal de desarrollo 2010-2014  
Plan de Ordenamiento Territorial

## II. PROCESO DE FORMULACIÓN DEL PENMTB 2016-2020

El PENMTB es el documento que aglutina las estrategias y acciones eficaces para avanzar en la reducción de la incidencia de Tuberculosis.

En el segundo semestre del 2013, el Ministerio de Salud a través del PNTYER, con la asistencia técnica de GIZ, OPS/OMS, ONUSIDA, PNUD y el equipo coordinador del PENMTB, inició el proceso de formulación del plan, tomando como criterios la inclusión y la participación multisectorial (gobierno, sociedad civil, sector privado, personas afectadas por la tuberculosis y cooperación internacional) lo que le otorgo mayor solidez y legitimidad al proceso.

Los pasos seguidos en el proceso fueron:

### 2.1 Evaluación de medio término del Plan Estratégico Nacional para el Control de la TB 2008-2015.

El proceso inicio el último trimestre del 2013, con la evaluación técnica y operativa del Plan Estratégico Nacional 2008-2015, el análisis de brechas de los resultados y de la situación de la TB en el país.

Esta evaluación de medio término mostró sustanciales avances, en relación a las metas establecidas, lográndose ejecutar el 84.8% de los compromisos adquiridos. Sus resultados están contenidos en el documento: Evaluación Intermedia del PENTB 2008-2015. PNTYER/PNUD 2013.

Los principales resultados son:

- Incremento en la investigación del sintomático respiratorio de 65,351(2008) a 83,400 (2012).
- Implementación de la estrategia TAES en el 100% de los establecimientos de la red del Ministerio de Salud.
- Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado en sus dos fases en más del 95% de los pacientes que ingresaron al programa, en la red de establecimientos de salud que administran tratamiento.
- Aumento de la tasa de curación de 90.7%(2008) a 93%(2011).
- Aumento de BAAR realizadas en 19.7% pasando de 175,190 (2008) a 218,241(2012).
- Disminución del abandono de 2.7%(2008) a 1.8% (2012).

**Las líneas estratégicas que dentro de la evaluación resultaron relevantes fueron:**

- a) Innovación diagnóstica**, con los equipos Gene Xpert, ubicados en los laboratorios de los Hospitales de San Miguel, Santa Ana, San Vicente y en Laboratorio Nacional de Referencia, para el uso en poblaciones altamente vulnerables, así como de radiografía móvil al interior de los centros penales y la vigilancia rutinaria de la fármaco-resistencia permitieron un diagnóstico y abordaje precoz y con ello una disminución de la mortalidad, así como la disminución a la exposición de la comunidad a casos bacilíferos y fármaco-resistentes.
- b) La implementación de la estrategia STOP/TB (Alto a la Tuberculosis)** aplicando uno de sus componentes, la iniciativa de APP, que logró hacer converger e integrar los intereses de país por parte del personal de salud de la RISS y los proveedores no PNT públicos y privados, potenciando esfuerzos y recursos, a favor de la prevención y control de la tuberculosis. Dentro de las alianzas más importantes se encuentran la del ISSS y Centros Penales, con un aporte total de los APP del 39% del total de casos de tuberculosis para el año 2013.
- c) Atención de la coinfección TB/VIH**, que se realizó de manera intersectorial, Sistema Nacional de Salud (SNS), los organismos cooperantes y la sociedad civil; con la estrategia nacional para la implementación de actividades colaborativas 2009-2015 y con una guía clínica para el

manejo de la coinfección TB/VIH, la cual ha sido socializada en toda la red de servicios institucionales y Proveedores No PNT públicos.

- d) **Registro de los indicadores de coinfección TB/VIH**, que se construyeron al contar con una fuente primaria de información denominada libro de registro del descarte de TB en personas con VIH y quimioterapia preventiva con INH dando así respuesta a indicadores solicitados a nivel internacional. En este registro se reportó que al 82.4% de los adultos y niños incorporados por primera vez en la atención de la infección por VIH durante el año 2013 se les indicó terapia preventiva con INH previo descarte de la TB.

Por otra parte, el posicionamiento del PNTYER a nivel de las Américas y a nivel mundial permitió la consecución de apoyos para la ejecución del PEN y además instituir un **Centro de Excelencia**, como instancia de capacitación para la aplicación exitosa de los componentes de STOP TB.

## **2.2 Conformación del Comité Consultivo.**

Este comité fue creado en noviembre del 2013 con el objetivo de garantizar el direccionamiento técnico y el aprovechamiento máximo de los diálogos de país, sobre la base de un análisis detallado de la información y una sistematización de los aportes de los actores claves, que dieron la pauta para diseñar las estrategias que fueron incorporadas (ver aportes de mesas de trabajo). El comité fue conformado por: MINSAL- (Dirección de Regulación, Dirección de Hospitales, Dirección de Primer Nivel de Atención), OPS/OMS, ONUSIDA, GIZ, PNUD y Dirección de Centros Penales.

## **2.3 Actualización de la Base de Datos y Referencias**

El PNTYER cuenta con una sólida base de datos que compila la información que el país generó en materia de prevención y control de la TB. Sobre esta base se realizó la evaluación anual de resultados a nivel nacional en enero 2014. Esta evaluación más reportes e informes, así como la compilación de estudios e investigaciones producidas por diversas instancias gubernamentales y no gubernamentales, constituyen la base de evidencia para la construcción del plan.

## **2.4 Diálogo de país con actores claves.**

En enero 2014 se inició un amplio proceso de diálogo de país en las 5 regiones de salud, realizando 14 talleres, con amplia participación de todos los actores claves, entre estos Organismos Gubernamentales: Ministerio de Salud (MINSAL), Dirección de Centros Penales, Sanidad Militar, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Instituto de Bienestar Magisterial, Ministerio de Trabajo y Previsión Social (MINTRAB), Ministerio de Educación (MINED), Ministerio de Justicia, Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos (PDDH), Alcaldías Municipales; Organismos de Cooperación Internacional: PNUD, OPS/OMS, GIZ, ONUSIDA, organizaciones basadas en la Fe; ONG's Nacionales e internacionales, representantes del Sector Educativo, Personas y organizaciones que viven con VIH (PVS), representantes comunitarios y personas afectadas por la tuberculosis<sup>3</sup>.

Los principales productos obtenidos en estos talleres fueron:

1. Determinación de los pilares y objetivos estratégicos, con base en el análisis de la evidencia recolectada por el país, relacionándola con el marco de abordaje de la estrategia Post 2015.
2. Definición de líneas de acción, actividades estratégicas, metas e indicadores y los responsables directos para la ejecución.

---

<sup>3</sup>En el anexo: lista de organizaciones, actores e instituciones participantes.

3. Estrategias diferenciadas de abordaje, basadas en la revisión detallada de las brechas de detección SR y diagnóstico de casos, en consideración de las condiciones específicas de cada región.
4. Revisión general de la estrategia y propuesta de costeo, realizada por objetivos estratégicos y actividades, con inclusión de la estimación de costos unitarios, total anual y quinquenal de acuerdo a costos históricos.
5. Plan Contingencial para hacer frente a condiciones que a futuro pudieran obstaculizar la buena ejecución del plan.

El enfoque operacional, multidisciplinario y multisectorial del plan así como el carácter participativo de la sociedad civil, diseñaron las premisas básicas, que aseguraran la movilización de los recursos necesarios para el desarrollo exitoso de sus intervenciones, en un horizonte temporal de 5 años y por fases sucesivas, encaminadas a la prevención y el control efectivo de la Tuberculosis y avanzar en la pre eliminación en los municipios seleccionados. La participación de la sociedad civil, fue fundamental para la elaboración del presente documento (PENMTB).

Un reto de este Plan Estratégico es la creación de una Alianza entre el sector salud, afectados de Tuberculosis y comunidades para mejorar la salud de la población y asegurar el acceso universal a la atención especializada. Este compromiso es un aspecto importante de justicia social expresado en la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria en Salud<sup>4</sup> **“El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud”**. La participación de la población además de ser un derecho es la garantía y sostenibilidad de muchos procesos relacionados a la salud-enfermedad, los mecanismos para lograrla están expresados en la Política de Participación Social en Salud (PPSS) del MINSAL.

Es por ello que contempla un esfuerzo real para retomar y desarrollar los mecanismos de participación a nivel nacional, departamental, municipal y comunitario, expresados en la PPSS, generando de esta manera las condiciones necesarias para hacer que la población participe y se empodere de ese derecho así como también que tenga un rol protagónico y consiente en la prevención y control de la Tuberculosis. Estas consideraciones han dado pauta para la construcción de una estrategia específica de participación comunitaria en la implementación del presente plan.

En tal sentido se desarrollaron actividades de divulgación del PENMTB con una amplia asistencia multisectorial, destacándose la participación de las personas afectadas por la TB y empresa privada.

## **2.5 Construcción del Marco de Resultados.**

Sobre la base de la estrategia Post 2015, la base documental y los aportes del diálogo de país el comité consultivo puntualizó el siguiente marco de resultados:

- Pilares
- Objetivos estratégicos
- Metas e indicadores
- Líneas de acción
- Actividades estratégicas
- Responsables directos para la ejecución.

---

<sup>4</sup> Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud septiembre 1978

## **2.6 Costeo del PENMTB 2016-2020.**

A través de talleres y reuniones, se realizó la estimación de los recursos financieros necesarios para poder implementar el PENMTB. Adicionalmente se utilizó el Budget Planning de OMS, como herramienta de planificación financiera para el programa de tuberculosis.

Se ha considerado una diferenciación entre los aportes realizados por el gobierno central y otras instituciones y las brechas financieras proyectadas para ese periodo. El presupuesto se adjunta en el anexo 2.

## **2.7 Plan de gestión de riesgos para la ejecución del PENMTB.**

Finalmente se elaboró un plan de gestión de riesgos para el manejo prioritario de situaciones que podrían obstaculizar o limitar la adecuada ejecución del PENMTB.

## **2.8 Participación del Mecanismo Coordinador de País (MCP-ES)**

El MCP-ES ha participado a lo largo de todo el proceso, de forma constante y sistemática; su rol activo se ve reflejado en los diferentes comités conformados (Comité Ejecutivo y Comité de Información Estratégica) llevando un registro detallado de avances, desarrollo del plan y la abogacía requerida para impulsar el proceso de formulación, en estricto apego a los lineamientos establecidos.

Adicionalmente se conformó la Entidad de Evaluación Conjunta-JANS<sup>5</sup>, dado el interés del país de someter el plan a una evaluación externa, a fin de garantizar con sus resultados la elaboración de un plan estratégico robusto y coherente.

---

<sup>5</sup> JANS. Siglas en Ingles referidas a la Evaluación Conjunta del Plan Estratégico Nacional

### III. ASPECTOS TRANSVERSALES

En este acápite se comparte información sobre la transversalización del enfoque de género, derechos humanos y eliminación del estigma y discriminación, aspectos que son considerados en los diferentes pilares, objetivos y actividades estratégicas y que permiten al PENMTB ser más receptivo a las realidades sociales, económicas, culturales y políticas que inciden en la evolución y control de la enfermedad, así como en la utilización de los servicios de salud. Estos aspectos transversales deben ser considerados siempre y de manera tangible en el diseño de políticas, normas y planes relacionados con la lucha contra la TB.

Durante el proceso de desarrollo del Plan, se verificó la incorporación de la perspectiva de género en las líneas estratégicas, evidenciándose entre otras cosas la necesidad de desagregar la información estadística y los indicadores por sexo, para un mejor análisis.

#### 3.1 Transversalización del enfoque de género

Se entiende por transversalización del enfoque de género al proceso de evaluar las implicaciones que tiene para hombres y mujeres, cualquier acción que se planifique, incluyendo las de tipo legislativo, las políticas o los programas en todas las áreas y a todos los niveles.

Es una estrategia para hacer de las experiencias y necesidades o intereses de hombres y mujeres una dimensión integral en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de las políticas y los programas en todas las esferas políticas, sociales y económicas a fin de que hombres y mujeres se beneficien por igual y desaparezca la desigualdad (ECOSOC, 1997). De acuerdo con el Art. 9 de la Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres, este es un imperativo legal para todas las instituciones públicas del país.

Es de considerar que las diferencias por razón de sexo, tanto biológicas como sociales conllevan distintos riesgos en la salud, distintas formas de acceder a servicios y de oportunidades para gozar de este derecho. Existen normas, roles y actitudes que una sociedad considera propias de hombres o de mujeres, que afectan la forma en que se brindan los servicios de salud e información sobre las enfermedades. Una respuesta de salud adecuada debe por ello tener en cuenta las dimensiones de género de la enfermedad y tener en cuenta los derechos y necesidades específicas de hombres y mujeres, así como las manifestaciones de discriminación o barreras que impiden el pleno ejercicio de su derecho humano a la salud.

El enfoque de género y el objetivo de la igualdad entre hombres y mujeres (en el trato, en las oportunidades y en los resultados a alcanzarse) han sido considerados transversalmente en el PENMTB, de tal forma de asegurar intervenciones transformadoras de género que permite apostar a respuestas de mediano y largo plazo que generen normas e intervenciones sensibles al género, es decir, que reconocen y responden a las necesidades, vulnerabilidades y restricciones basadas en diferencias de género que afecta la prestación de los servicios de salud.

Asimismo, las construcciones tradicionales de las identidades y los roles de género promueven actitudes y comportamientos de riesgo en el ejercicio de la sexualidad de los hombres, que elevan su riesgo y el de su pareja de adquirir el VIH e ITS y por lo tanto aumentar la vulnerabilidad a la TB.

Ante lo expuesto, este PENMTB, parte de un diagnóstico epidemiológico que ha tomado en cuenta las situaciones diferenciadas en que hombres y mujeres viven y son vulnerables a la tuberculosis y desde ese conocimiento se han diseñado un conjunto de objetivos, acciones, e indicadores y se han asignado recursos para asegurar que hombres y mujeres tengan las mismas oportunidades de acceso universal a servicios y medios para prevenir la TB sin estereotipos de género.



Se ha integrado el género en el sistema de seguimiento y evaluación del plan, para asegurar que la medición de los logros y resultados de impacto y de proceso, tengan en cuenta la medición diferenciada de los avances para hombres y mujeres.

Por lo que se establecerán estrategias para que las mujeres que asistan a sus atenciones preventivas tengan una mayor oportunidad para ser diagnosticadas de TB de forma precoz, al igual con los hombres será importante aprovechar las oportunidades en los servicios en donde estos más frecuentan.

### **3.2 Derechos Humanos**

La experiencia ha demostrado que la promoción y protección de los Derechos Humanos es vital para una respuesta efectiva en salud, por lo que existe el imperativo de intensificar los esfuerzos para garantizar el respeto y la observancia universal de los Derechos Humanos y las libertades fundamentales de todas las personas a fin de reducir el riesgo y vulnerabilidad a afecciones como la TB, así como evitar la discriminación y estigmatización relacionadas.

Desde la Declaración Universal de Derechos Humanos, la comunidad internacional asume el compromiso de respetar y proteger los Derechos Humanos de todas las personas en los aspectos individuales, políticos, sociales, económicos y culturales, construyéndose así una estructura ético-jurídica con principios fundamentales de justicia, equidad, igualdad, libertad y dignidad personal, entre otros.

La normativa internacional de Derechos Humanos garantiza el derecho a la igualdad ante la ley y a la no discriminación, sin distinción ya sea de raza, sexo, idioma, religión, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social, siendo así que la Comisión de Derechos Humanos ha confirmado que la expresión “o cualquier otra condición social” comprende el estado de salud, que el derecho a la protección igual de la ley prohíbe la discriminación de jure o de facto.

El PENMTB considera una premisa fundamental de los Derechos Humanos, la no discriminación y estigmatización, y el enfoque de género; estas obligaciones significan la adopción de medidas y la asignación de recursos en los ámbitos de prevención y del diseño e implementación de políticas, programas y de protección necesaria para la satisfacción de los derechos humanos.

Para el abordaje de los derechos humanos, en la ejecución del PENMTB, se han definido las siguientes estrategias:

1. Acceso universal a diagnóstico y tratamiento, principalmente de personas en alto riesgo y vulnerabilidad
2. TAES centrado en el paciente.
3. Fomento de entorno saludable y libre de discriminación
4. Abordaje diferenciado de la tuberculosis en poblaciones por género y en los grupos vulnerables para un mejor análisis para el diseño de planes contingenciales de apoyo y prevención de la TB.
5. Participación social por medio de comités municipales y nacionales, con integración de personas afectadas por la TB.
6. Investigaciones centradas en la determinantes sociales de la TB
7. Educación a pacientes, personal de salud e instituciones y grupos que participan en la ejecución del programa de tuberculosis.

Las obligaciones del Estado implican el respeto a los Derechos Humanos, que le exige abstenerse de realizar actividades o adoptar medidas que puedan afectar el goce de los derechos, y la prohibición de vulnerar esos mismos derechos; como la no discriminación a grupos específicos de población por motivo de su condición social o de salud, como a las personas con VIH y Tuberculosis; para que se proporcionen servicios consecuentes con los Derechos Humanos, garantizando entre otras cosas, que las personas en condiciones de riesgo y vulnerabilidad reciban atención en las mismas condiciones que los demás.



Este PENMTB buscará siempre el fortalecer la atención de la TB bajo el enfoque Derechos Humanos, Género y la No Discriminación.

### **3.3 Estigma y Discriminación**

El estigma y la discriminación relacionados con la TB continúan manifestándose en todos los países y regiones del mundo, creando obstáculos importantes que impiden prevenir nuevas infecciones, aliviar el impacto de la enfermedad y proporcionar asistencia, tratamiento y apoyo adecuados.

Asociado a la TB el estigma ha silenciado una discusión abierta tanto de sus causas como de posibles respuestas apropiadas. La visibilidad y apertura respecto a la enfermedad son requisitos previos para una movilización eficaz de las instancias gubernamentales, comunidades y personas con el fin de responder de manera adecuada y participar de manera más activa en la lucha contra la TB y su eliminación como problema de la salud pública. El poco conocimiento e involucramiento en la lucha contra la TB de manera activa, fomenta la negación de que ésta existe y afecta a sectores extremadamente vulnerables y retrasa una acción urgente.

Se relacionan a múltiples factores asociados al estigma y la Tuberculosis, el desconocimiento de la enfermedad, los conceptos erróneos sobre cómo se transmite, la falta de conocimientos sobre el tratamiento, y los prejuicios y temores relacionados con diversas cuestiones socialmente delicadas, como la pobreza extrema, la indigencia, el alcoholismo, el consumo de drogas, el hacinamiento en centros penales, entre otras.

El estigma también puede conducir a discriminación y otras violaciones de los derechos humanos que afectan fundamentalmente al bienestar de las personas con TB.

La discriminación relacionada con la TB no sólo debe considerarse una violación de los derechos humanos, sino que también es necesario abordarla junto con el estigma para atender integralmente a las personas. Por ello en el presente plan se han incorporado acciones específicas que disminuyan esta condición, así como acciones que fortalezcan la capacidad técnica de todos los sectores y actores involucrados para apoyar la formulación de planes de salud local de conformidad con los instrumentos disponibles para la erradicación del estigma y la discriminación por esta enfermedad y que sean aplicables.

Se fortalecerá a los actores de la comunidad y proveedores de servicios de salud para realizar acciones específicas que apoyen la disminución de la autoexclusión de las Poblaciones en Mayor Riesgo (PEMAR).

## IV. ANÁLISIS DE SITUACIÓN.

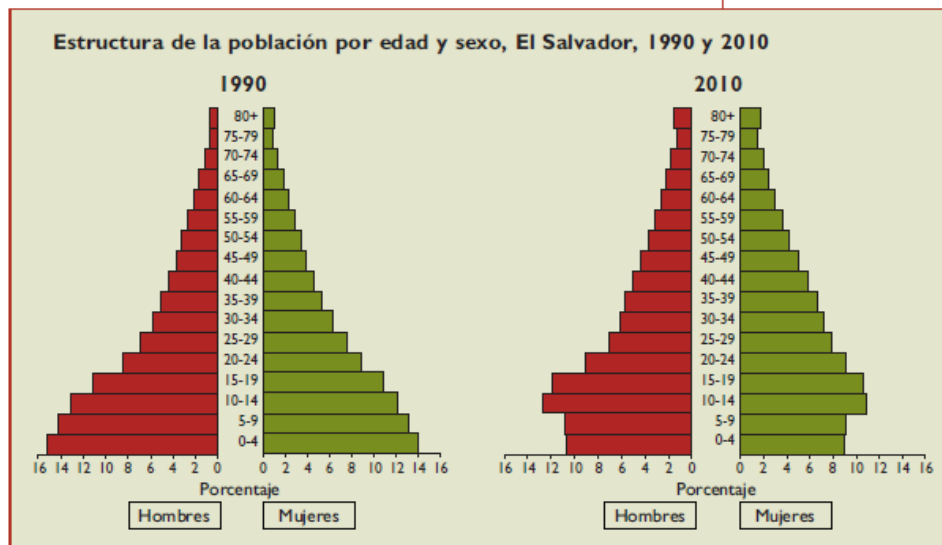
### 4.1 Contexto Demográfico

El país tiene una extensión territorial de 21,040.79 Km<sup>2</sup>, dividida administrativamente en 14 departamentos, 262 municipios y una Población de 6.288.902 habitantes, para el año 2013.

La Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) del año 2012 refleja que en el país existe una densidad poblacional de 295 habitantes por Km<sup>2</sup>. Para el área urbana el total de la población fue de 3, 871,332 habitantes, (62.3% del total de la población) y en el área rural de 2, 342,398 habitantes, lo que representa el 37.7% (del total de la población). Cabe destacar que el Área Metropolitana de San Salvador (AMSS), alberga el 27.1% del total de habitantes del país.

La EHPM 2012, reporta que el 57.9% de la población es menor de 30 años y la población de 60 años y más, que es considerada como las personas adultas mayores, representan el 2.9%. Esto revela que la población salvadoreña es bastante joven. Al diferenciar la población por sexo, los datos proporcionados por la encuesta, muestran que las mujeres representan el 52.3% de la población total del país y los hombres el 47.7%; obteniéndose un índice de masculinidad de 0.91.

**Grafico 2. Estructura de la población por edad y sexo, El Salvador 1990-2010**



**Fuente: Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples. 2012**

La densidad poblacional por departamento es presentada en la tabla No 1, siendo los departamentos de mayor densidad poblacional respecto al promedio nacional: San Salvador, La Libertad, Sonsonate y Cuscatlán. Los departamentos de Chalatenango y Morazán, son los que tienen menor población por Km<sup>2</sup>.

**Tabla 1. El Salvador Densidad Poblacional EHPM 2012**

Departamento	Población Total	Extensión en Km <sup>2</sup>	Habitantes por Km <sup>2</sup>
<b>Total</b>	<b>6,213,730</b>	<b>21,040.79</b>	<b>295</b>
San Salvador	1,676,286	886.15	1,892
La Libertad	722,595	1,652.88	437
Sonsonate	468,755	1,225.77	382
Cuscatlán	246,894	756.19	326
Santa Ana	554,607	2,023.17	274
Ahuachapán	340,562	1,239.60	275
La Paz	357,650	1,223.61	292
San Miguel	470,107	2,077.10	226
Usulután	372,033	2,130.44	175
Cabañas	157,548	1,103.51	143
San Vicente	171,111	1,184.02	145
La Unión	272,550	2,074.34	131
Morazán	185,673	1,447.43	128
Chalatenango	217,359	2,016.58	108

Fuente: Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples. 2012

#### 4.2 Contexto Político

La Tuberculosis aun representa una importante amenaza para la población general en el país, ya que afecta a 34 personas por 100,000 habitantes (año 2013) y principalmente a los grupos que muestran más factores de vulnerabilidad y riesgo.

Es importante destacar que la lucha contra la TB ha experimentado cambios significativos en el contexto político debido al interés y el apoyo brindado por las autoridades del Ministerio de Salud, fomentando la lucha contra esta enfermedad en todos los niveles de atención, así como el apoyo a la ejecución del Plan Estratégico Nacional para el control de la TB 2008– 2015.

La subvención recibida de Fondo Mundial (Ronda 9) ha dado un impulso fundamental facilitando la implementación de pruebas diagnósticas modernas y las alianzas con socios estratégicos como Centros Penales, ISSS y organizaciones de sociedad civil. El país, cuenta con un Programa Nacional de Tuberculosis fortalecido que goza de prestigio y respeto nacional e internacionalmente y la consecuente solvencia técnica y normativa.

De acuerdo a la estructura organizativa institucional, el PNTYER depende del despacho ministerial, lo que facilita coordinaciones interinstitucionales y acelera procesos.

En el contexto nacional es importante destacar, la participación de la sociedad civil y su incidencia política.

#### 4.3 Contexto Socio Económico

En los últimos años, la economía salvadoreña se ha estancado: registró un crecimiento del 1.4% en 2010, 2% en 2011, 1.6% en 2012 y 1.9% en 2013.<sup>6</sup>

A la fecha, los pronósticos sobre la tasa de crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) del país para el 2014 son diversos, pues diferentes entidades de investigación y organismos internacionales prevén tasas bastante diferentes, indicando, que la dinámica de la economía aún es dominada por la incertidumbre, por lo que resulta prematuro determinar una tendencia definida hacia la recuperación.

<sup>6</sup> Informe Banco Mundial: El Salvador Panorama General

Las remesas de los salvadoreños crecieron en 2012 en más de mil millones de dólares comparadas con las de 2011<sup>7</sup>, favoreciendo el consumismo y manteniendo al país con un pobre crecimiento económico, el más bajo en la región centroamericana. Estas alzas en las remesas se han invertido y ahora se observa una reducción significativa.

En general, también los avances del desarrollo socioeconómico en el país han sido limitados y lentos, dados los grandes desafíos relacionados con pobreza, desempleo y otras condiciones de vida de su población; las desigualdades siguen prevaleciendo como lo indica el análisis por quintiles de ingreso en donde el 52% del total del ingreso nacional es percibido por el quintil de la población con mayores ingresos.

De acuerdo al EHPM 2012 la tasa de analfabetismo en la población de 10 años y más representa aproximadamente el 12.8% a nivel nacional, de este el 8.0% son mujeres, mientras que el 4.8 % hombres. Esta tasa de analfabetismo en el área urbana es de 8.2% dentro de esta, la proporción de mujeres es de 5.7% y la de los hombres de 2.5 %; en lo rural, la tasa de analfabetismo es de 20.7% correspondiendo el 11.9% para las mujeres y 8.8% para los hombres.

En relación a la edad las tasas específicas de analfabetismo son de: 23.4% para los que se encuentran en la edad de 34 años y más, de 6.0% para el rango de población de 19 a 33 años y de 2.7% para el rango de 10 a 18 años.

### **Violencia y Criminalidad:**

El crimen y la violencia amenazan el desarrollo social y el crecimiento económico del país y afectan negativamente la calidad de vida de sus ciudadanos.

En El Salvador, la violencia se ensaña en los pobres. Son ellos los más afectados por la criminalidad, los que viven más inseguros en sus casas, calles y comunidades. La tasa de 39.7 muertes por cada 100,000 habitantes exhibida en El Salvador en 2013 y considerada la más baja de la última década representa seis veces la media mundial y supera en cuatro veces el parámetro establecido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para considerar a la violencia una epidemia.

Las armas de fuego están presentes en alrededor del 70% de los asesinatos producidos en el país y las principales víctimas de homicidios siguen siendo los hombres jóvenes también se observa que las tasas de homicidios en mujeres han experimentado un progresivo crecimiento en la última década. Entre 2003 y 2011 las tasas de homicidios de mujeres pasaron de 7.4 a 19.1 muertes por cada 100,000 mujeres. Esta tasa constituye una de las más altas a nivel mundial. Según informes de ISDEMU en 2012 se registraron 321 muertes violentas de mujeres y durante el 2013 la PNC registro un total de 215 asesinatos de mujeres, 70 de estas tenían entre 18 y 30 años y 40 eran niñas y adolescentes

A finales de 2013, la población reclusa adulta alcanzó una tasa de 557 por cada 100,000 habitantes, lo que confirma la elevada tasa de prisionalización que exhibe el país, considerada la más alta de América Latina.

Más del 70% de la población adulta privada de libertad tienen entre 18 y 35 años. A su vez, entre el 2003 y 2013, la población pandillera en el sistema penitenciario creció en un 254%. En la actualidad, el 40.2% de la población reclusa son miembros activos o retirados de alguna pandilla.

Entre 2005 y 2013, las mujeres adultas privadas de libertad crecieron en un 252%, al pasar de 600 a 2,524 (Instituto Universitario de Opinión Pública (Iudop), La situación de la seguridad y la justicia 2009-2014)

La violencia es síntoma de problemas muy profundos y mientras El Salvador no encuentre soluciones sociales, las pandillas y maras seguirán ganando poder. (Informe de Desarrollo Humano 2013 de las Naciones Unidas).

---

<sup>7</sup> FUSADES. Informe de crecimiento económico El Salvador, 2012.

Estos altos índices de violencia establecen barreras de acceso a las comunidades para el personal de salud así como de los usuarios hacia los establecimientos de salud. Se espera que el abordaje de esta problemática por las autoridades competentes de respuesta al problema y el programa pueda llegar a estas comunidades en la búsqueda de la TB con la estrategia comunitaria existente.

### **Desempleo:**

De acuerdo con la encuesta de hogares propósitos múltiples (EHPM), entre el año 2006 y el 2011, 294,930 personas pasaron a ser pobres, es decir, que perdieron su capacidad para adquirir la canasta básica (conformada por 11 productos) o la canasta básica ampliada; así como que del 2011 a 2012 la tasa de desempleo en El Salvador pasó del 6.6% de la población económicamente activa (PEA) (2.7 millones de personas) al 6.1%; este porcentaje representa un estimado de poco más de 166.000 salvadoreños y salvadoreñas en condiciones para trabajar que no consiguen un empleo.

Al dividir a los salvadoreños y salvadoreñas en edad de trabajar por zonas, en la zona rural, la tasa de desempleo fue del 5.8%, mientras que en la urbana la tasa de desempleo en 2012 fue de 6.2%. En ambos casos se experimentaron reducciones respecto a las tasas de 2011, aunque más pronunciadas en la zona rural, en donde la reducción fue de 0.8%, mientras que en la urbana fue de 0.4%.

El Índice de Desigualdad de Género (IDG) es de 0.653, donde el 49.7% de los hombres y 41.8% de las mujeres poseen al menos educación secundaria completa. La tasa de participación de las mujeres en la fuerza de trabajo es 81.2% y de 50.5% de los hombres.

Según una investigación de la Organización de Mujeres Salvadoreñas (ORMUSA) desarrollada en el año 2013, siempre existe la desigualdad en las féminas en los lugares de trabajo y este sector de la población sigue sufriendo desigualdades en empleo y remuneraciones. El 56% de la mujeres ocupadas y el 43.9% de los hombres están en el sector informal.

### **Vulnerabilidad y territorialidad:**

La vulnerabilidad del país a los fenómenos naturales adversos, exacerbada por la degradación ambiental, compromete el desarrollo sostenible del país y su crecimiento económico a largo plazo, como sucedió en el 2011, con la depresión tropical 12-E que golpeó al país, afectando a más de 1.4 millones de personas y dejando pérdidas y daños por US\$ 902 millones.

También es importante la vulnerabilidad-enfermedad. Las frecuentes epidemias desvían la atención de los recursos humanos y financieros, lo que conlleva la modificación de la planificación de las acciones programáticas de la TB (Dengue, Chickungunya y Ebola entre otras)

### **4.4 Marco referencial institucional y multisectorial**

El sistema de desarrollo y protección social universal se cimienta en un enfoque de derechos, potencia el desarrollo humano, la gestión territorial y propicia la participación activa de los gobiernos municipales y de la comunidad.

El gobierno se ha propuesto fortalecer e integrar el Sistema Nacional de Salud, con estrategias de probada eficacia como la Atención Primaria de Salud Integral (APSI) a fin de alcanzar las metas de los Objetivos del Milenio. El propósito fundamental de la APSI es favorecer a las poblaciones de mayor vulnerabilidad, mediante el abordaje responsable y eficaz de las determinantes sociales e inequidades en salud.

**Se concluye que :** La Tuberculosis como problema de Salud Publica en El Salvador, sigue siendo un tema prioritario para el estado, ya que se encuentra enmarcado en el plan de gobierno y es

parte de la reforma de salud, la cual contempla como eje principal la atención primaria, y la universalización de los servicios de salud.

### **El sistema Nacional de Salud.**

De acuerdo a la Política Nacional de Salud, el sector salud está conformado por dos subsectores: público y privado.

De acuerdo con su ley de creación (Decreto Ley 442 de 2007) el Sistema Nacional de Salud (SNS) de El Salvador está constituido por un conjunto de instituciones que forman parte de la administración pública interrelacionadas e integradas en su funcionamiento, de manera armónica y sistematizada y cuya finalidad es elaborar y ejecutar políticas públicas que garanticen el derecho a la salud de la población (Artículo 1).

Las instituciones miembros del SNS son: el Ministerio de Salud (MINSAL), el Instituto Salvadoreño de la Seguridad Social (ISSS), el Comando de Sanidad Militar (COSAM), el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI) y el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM).

A pesar que en 2007 se promulgó la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud, la fragmentación y la segmentación no fueron superadas, permaneciendo hasta el día de hoy como elementos disgregados del sistema de salud; sin embargo en relación al manejo de pacientes con tuberculosis algunos proveedores de salud participan en la captación de sintomáticos respiratorios y referencia de los casos detectados a los establecimientos del MINSAL e ISSS.

### **Funciones de los actores del Sistema Nacional de Salud:**

**El MINSAL**, desarrolla funciones normativas y regulatorias, prestación de servicios de salud de promoción, prevención, curación y rehabilitación, administración de programas, funciones financieras y técnico-administrativas. Su población de referencia es la de escasos recursos económicos y la población en general en caso de catástrofes o epidemias. En la práctica atiende a toda persona que lo requiera, independiente de su condición socio económica y esté o no adscrita a algún sistema de seguro, con los principios de gratuidad, universalidad y equidad.

**FOSALUD** es una instancia pública adscrita al Ministerio de Salud, creada para atender la extensión de cobertura de servicios esenciales de salud en las áreas rural y urbana, y atención de urgencias y emergencias médicas en horarios nocturnos, fines de semana y días festivos; su financiamiento es de impuestos al tabaco, alcohol y armas.

**El ISSS** es una entidad autónoma vinculada al órgano ejecutivo a través del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, que desempeña funciones de provisión de servicios de salud preventivos y curativos a la población asegurada, beneficiaria y pensionada. La población afiliada al ISSS pertenece al sector formal de la economía nacional.

**El COSAM** proporciona servicios médicos preventivos y curativos al personal de la Fuerza Armada, militares activos, pensionados y su grupo familiar. Además provee servicios médicos a la población que lo requiera, mediante pago directo por los servicios.

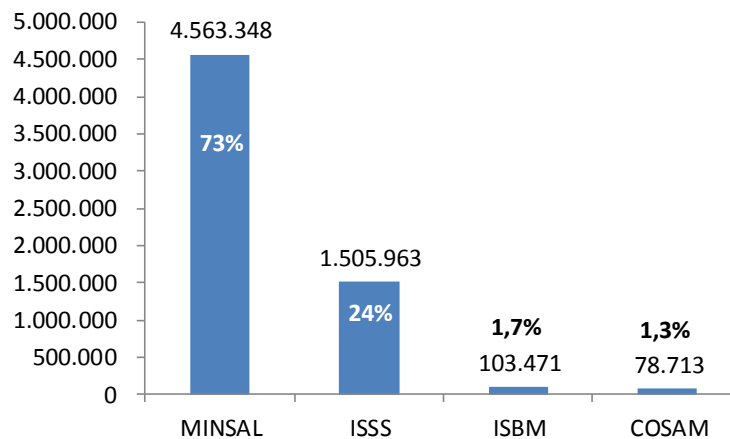
**El ISBM** provee servicios de salud para maestras y maestros y sus grupos familiares, mediante la contratación deservicios con fondos provenientes de las cotizaciones de sus afiliados y el aporte del Estado a través del Ministerio de Educación.

**El ISRI** es un ente autónomo dedicado a la provisión de servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad física, intelectual, sensorial y mixta. Su financiamiento, entre otras fuentes, proviene de la subvención del Estado y de los ingresos que percibe por los servicios proporcionados.

De acuerdo a la distribución de la población según institución, al ISSS, el COSAM, y el ISBM le corresponde el número de cotizantes y beneficiarios en función de los requisitos para la respectiva afiliación<sup>8</sup>; mientras que, para el caso del MINSAL le corresponde la población restante, estimada por diferencia frente a la población total del país, en el entendido que el MINSAL tiene a cargo la prestación de servicios de salud de toda persona que no se encuentre cubierta por las anteriores instituciones.

Como se observa en el siguiente gráfico, la atención de prácticamente 3 de cada 4 salvadoreños está a cargo del MINSAL, el ISSS cubre al 24% de la población y cada uno de las otras instituciones a menos del 2%.

**Gráfico 3. Población según institución del SNS - 2012**



Fuente: Estimación de Cuentas en Salud 2004-2012 (actualización octubre 2013), Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación/MINSAL. Las Cuentas en Salud proporcionan evidencia para monitorear las tendencias del Gasto Nacional en Salud (GNS) en todos los sectores (público y privado); y contribuyen a desarrollar estrategias nacionales para el financiamiento de la salud.

El GNS resulta de agregar los gastos devengados dirigidos al área sanitaria de las diversas instituciones/agentes del sector, identificándose tanto el Gasto Público en Salud (GpúbS), como el privado (GprivS); categorizando el gasto en salud de acuerdo a una metodología estándar que posibilita la comparabilidad internacional.

Por el lado del sector público, se incluyen dentro del GNS, las siguientes instituciones: MINSAL y red de instituciones descentralizadas (hospitales, Fondo Solidario para la Salud y otras entidades adscritas al Ramo), ISSS, régimen de salud, ISBM, SM, Consejo Superior de Salud Pública (CSSP), Centro Farmacéutico de la Fuerza Armada (CEFAMA); la Dirección Nacional de Medicamentos (a partir de 2012); y entidades públicas que ejecutan gastos en salud (empresas públicas, gobiernos municipales y otras entidades).

En el sector privado, se incorporan dentro del GNS, tanto las erogaciones en salud ejecutadas por las empresas de seguros, como el denominado “gasto directo de bolsillo de los hogares en salud” (GDBHS).

<sup>8</sup> Las coberturas poblacionales son: ISSS: Población del sector formal cotizante, cónyuge e hijos hasta los 12 años; ISBM: Docentes cotizantes, cónyuges o convivientes e hijos hasta los 21 años; COSAM: miembros de las fuerzas armadas, cónyuges e hijos solteros de hasta 25 años de edad.

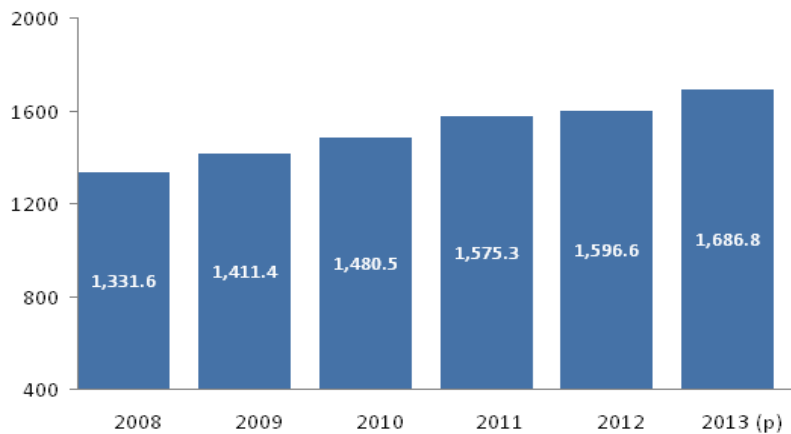


Para el caso de la información del sector público, la fuente principal de información proviene de las bases de datos del Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI/Ministerio de Hacienda); y otros reportes financieros adicionales a nivel institucional, tomándose como punto de partida el gasto devengado al cierre de cada ejercicio fiscal.

En lo que respecta al sector privado, la información relativa a las empresas de seguros procede de la Superintendencia del Sistema Financiero y Banco Central de Reserva de El Salvador; y lo relativo al GDBHS, son estimaciones propias basadas en la información disponible en la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC), del Censo de Población, de inflación en salud y los datos oficiales de la ENIGH 2006.

En el **Gráfico 4**, se presenta la evolución, en términos corrientes, del GNS, de 2008 a 2013, indicando que el GNS pasó de US\$1,331.6 millones (2008), a US\$1,686.8 millones (2013), incrementándose en un 26.7% respecto a 2008.

**Gráfico 4. Evolución del Gasto Nacional en Salud. Período 2008-2013(en millones de US \$)**



Fuente: Cuentas en Salud, Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación/MINSAL

En relación a lo que representa el GNS respecto al Producto Interno Bruto (PIB), éste pasó de representar el 6.2% en 2008, al 6.9% en 2013<sup>9</sup>.

Más importante que la cuantía del GNS en términos nominales o en relación al PIB, es identificar su composición público/privada.

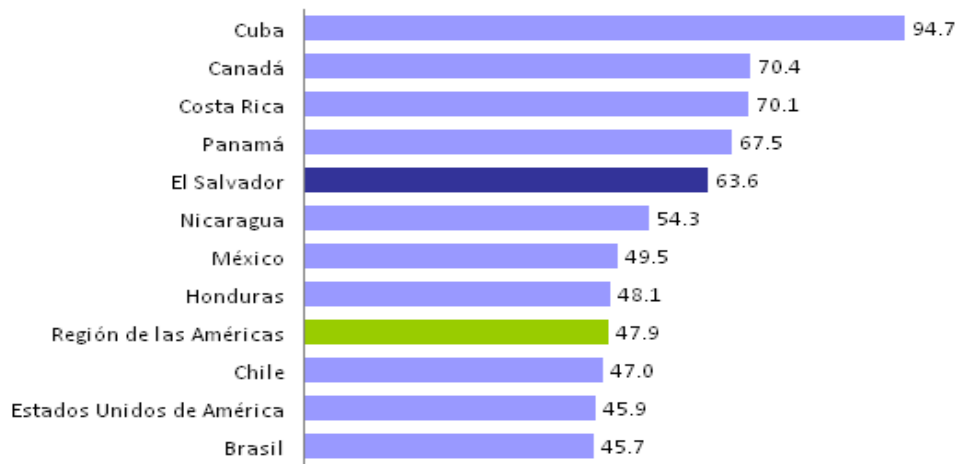
El Gasto Público en Salud (GpúbS), durante el período 2008 a 2013, tiene una alta importancia relativa dentro del GNS, manteniendo una tendencia creciente desde 2009, hasta llegar a representar para 2013, el 67% del GNS.

De acuerdo con la información publicada por la OMS, que establece indicadores de Cuentas en Salud de 2011, en la Región de las Américas, en promedio, el GPúbS (gasto de gobierno general en salud) representó menos de la mitad del GNS (47.9%), estando El Salvador, por encima del promedio regional, pero por debajo de países como Cuba, Canadá, Costa Rica y Panamá. Gráfico 5

<sup>9</sup>/El indicador GNS/PIB está influido por las diferencias en las tasas de crecimiento anual de ambas variables. En ese sentido, no siempre los incrementos nominales en el GNS se ven reflejados en el indicador, dada la dinámica de crecimiento del PIB.



**Gráfico 5. Gasto del Gobierno General en Salud como % del Gasto Total en Salud, 2011**

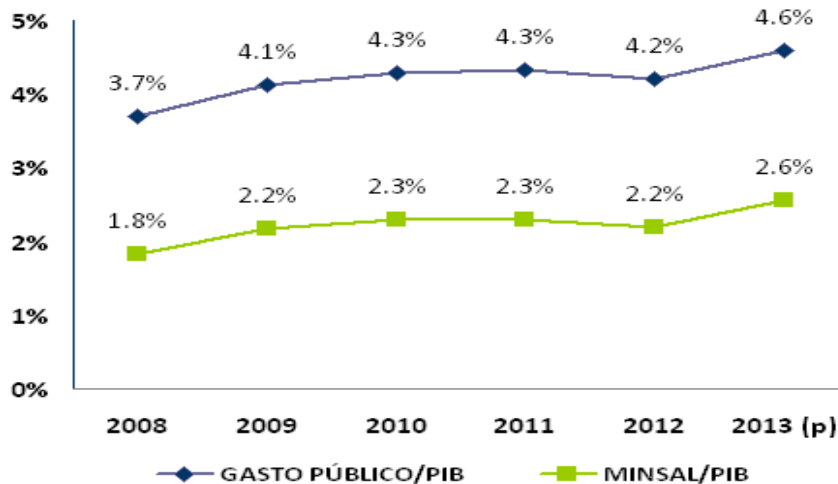


Fuente: Construcción propia, utilizando como referencia la base de datos publicada en la página web de la Organización Mundial de la Salud a enero 2014 y cifras nacionales.

En términos del PIB, en el **Gráfico 6** se presenta el GpúbS y el gasto del MINSAL, de 2008 a 2013. La información indica que en lo que respecta al GpúbS, éste pasó de representar el 3.7% al 4.6% del PIB, en 2008 y 2013, respectivamente.

Por su parte, en lo que respecta al GpúbS del MINSAL, éste pasó de representar el 1.8% del PIB en 2008 al 2.6% en 2013.

**Gráfico 6. Gasto Público en Salud y del MINSAL como Porcentaje del PIB (2008-2013)**



Fuente: Cuentas en Salud, Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación/MINSAL

**Tabla 2.**  
**Gasto Nacional en Salud, según Instituciones/Agentes (En millones de US\$ y porcentajes)**

<b>INSTITUCIÓN/AGENTE</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013 (p)</b>
<b>GASTO PÚBLICO EN SALUD</b>	<b>794.4</b>	<b>854.1</b>	<b>918.9</b>	<b>1,001.4</b>	<b>1,002.7</b>	<b>1,125.5</b>
MINSAL	391.3	449.4	493.6	532.7	522.1	623.3
ISSS	322.9	317.2	333.9	356.1	357.3	373.4
Bienestar Magisterial	29.1	28.6	34.1	50.1	54.6	51.6
Sanidad Militar	16.3	17.2	19.2	19.2	20.6	23.6
Consejo Superior de Salud Pública	2.0	2.2	2.5	2.7	2.5	1.9
Dirección Nacional de Medicamentos					1.7	3.4
CEFAFA	8.7	8.9	9.1	10.9	13.9	11.5
Otras Entidades Públicas	10.0	14.1	4.8	8.2	5.9	6.6
Gobiernos locales	5.3	5.0	8.6	7.7	10.8	14.8
Empresas Públicas	8.8	11.4	13.1	14.0	13.3	15.2
<b>GASTO PRIVADO EN SALUD</b>	<b>537.2</b>	<b>557.4</b>	<b>561.7</b>	<b>573.9</b>	<b>593.9</b>	<b>561.3</b>
Gasto directo de bolsillo Hogares	476.9	490.1	497.5	505.3	517.2	479.2
Empresas de Seguros privados	60.3	67.2	64.1	68.6	76.7	82.1
<b>GASTO NACIONAL EN SALUD</b>	<b>1,331.6</b>	<b>1,411.4</b>	<b>1,480.5</b>	<b>1,575.3</b>	<b>1,596.6</b>	<b>1,686.8</b>
<b>GASTO EN SALUD COMO PROPORCIÓN DEL GASTO NACIONAL EN SALUD (EN PORCENTAJES)</b>						
<b>INSTITUCIÓN/AGENTE</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013 (p)</b>
<b>GASTO PÚBLICO EN SALUD</b>	<b>60%</b>	<b>61%</b>	<b>62%</b>	<b>64%</b>	<b>63%</b>	<b>67%</b>
MINSAL	29%	32%	33%	34%	33%	37%
ISSS	24%	22%	23%	23%	22%	22%
Bienestar Magisterial	2%	2%	2%	3%	3%	3%
Sanidad Militar	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Consejo Superior de Salud Pública	0.1%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.1%
Dirección Nacional de Medicamentos	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.2%
CEFAFA	0.6%	0.6%	0.6%	0.7%	0.9%	0.7%
Otras Entidades Públicas	1%	1%	0.3%	1%	0%	0%
Gobiernos locales	0.4%	0.4%	0.6%	0.5%	0.7%	0.9%
Empresas Públicas	1%	1%	1%	1%	1%	1%
<b>GASTO PRIVADO EN SALUD</b>	<b>40%</b>	<b>39%</b>	<b>38%</b>	<b>36%</b>	<b>37%</b>	<b>33%</b>
Gasto directo de bolsillo Hogares	36%	35%	34%	32%	32%	28%
Empresas de Seguros privados	5%	5%	4%	4%	5%	5%
<b>GASTO NACIONAL EN SALUD</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cuentas en Salud, Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación/MINSAL

En relación al sector privado, es importante señalar que el GDBHS ha ido perdiendo importancia relativa; y, de representar más del 50% del GNS en años anteriores a 2008, pasó a aportar menos de un tercio para 2013 (28%).

Es posible que tal resultado esté asociado a una combinación de factores, tales como el fortalecimiento presupuestario, con mayor énfasis en los últimos años, de las entidades públicas del sector salud, en especial del MINSAL; el acercamiento de la red de atenciones del primer nivel (Equipos Comunitarios de Salud Familiar) a la población ubicada en zonas de difícil acceso; la eliminación de las cuotas o aportaciones económicas de los pacientes de los establecimientos del MINSAL a partir de 2009, el mejoramiento del abastecimiento de medicamentos en las entidades públicas del sector (MINSAL, ISSS, ISBM), la aprobación de la Ley de Medicamentos que impactó en los precios de los mismos; y, en definitiva, el impulso de la reforma del sector salud durante los últimos años.

En el caso del GPercS en El Salvador, éste pasó de US\$ 217 (2008) a US\$ 268 (2013), mientras el promedio en la Región de las Américas para 2011, rondó los US\$3,537; y Costa Rica, Panamá y México, alcanzaron los US\$943, US\$703 y US\$620, respectivamente.<sup>10</sup> Situación que evidencia los retos que aún existen en El Salvador por incrementar el GNS, pese a los esfuerzos realizados en los años recientes para fortalecer el GpúbS.

Un indicador importante para medir los grados de equidad en la distribución de los recursos públicos del sector salud, lo constituye el gasto per cápita institucional en salud (GPercIS), que es la resultante de dividir el gasto en salud de cada entidad (MINSAL, ISSS, ISBM y COSAM), entre su población derecho habiente y/o de responsabilidad programática (en el caso del MINSAL se toma como referencia a la población que no dispone de un seguro de salud público o privado).

Las cifras a nivel per cápita institucional, muestran que, en el caso del MINSAL, éste pasó de US\$87 (2008), a US\$137 (2013), lo que indica el esfuerzo institucional por mejorar el financiamiento de la salud de la población que le corresponde atender (72%).

Sin embargo, el GPercIS del ISSS (US\$236) y del COSAM (US\$349), es cerca de dos veces superior al del MINSAL, en el caso del ISSS; y más del doble, en el caso del COSAM. En tanto que el ISBM presenta un per cápita significativamente superior al resto de entidades públicas, siendo su población de referencia alrededor del 1.6%.

### **Políticas y planes de salud**

El Salvador está profundizando un proceso de reforma sanitaria que responda a los derechos y deberes de sus habitantes, así como a la función del Estado de brindar atención gratuita a las personas que carecen de recursos.

Asimismo, se concibe el concepto de salud en forma integrada e intersectorial, partiendo de la necesidad de bienestar de los usuarios desde el ámbito local y asegurando la calidad de vida, la protección social y la salud familiar en el contexto de un medio ambiente sostenible.

En este sentido, es importante fortalecer la integración del sector salud, fortalecer las redes integradas de servicios de salud, que optimicen el uso de los siempre escasos recursos, aseguren el acceso equitativo y oportuno a la población, e implementen estrategias de extensión de la protección social en salud.

La reforma del sistema de salud procura redefinir los roles institucionales, separando las funciones rectora, normativa, financiera y de provisión de servicios, para optimizar la eficiencia de las acciones sectoriales. La reforma ha sido planteada dada la identificación de condiciones restrictivas, tales como:

- ✓ Baja inversión en salud con relación al PIB.
- ✓ Alto gasto de bolsillo de las familias.
- ✓ Red de servicios de salud insuficiente y con grandes deficiencias de recursos humanos, infraestructura, equipamientos, insumos, medicamentos y otros recursos tecnológicos.
- ✓ Rol rector débil
- ✓ Fragmentación y segmentación del sistema

---

<sup>10</sup>Cifras tomadas de la base de datos publicada en la página web de la Organización Mundial de la Salud a enero 2014.

El proceso de reforma de salud en El Salvador se rige a través de los siguientes principios fundamentales

- ❖ Transparencia
- ❖ Solidaridad
- ❖ Compromiso
- ❖ Intersectorialidad
- ❖ Gratuidad
- ❖ Acceso Universalidad
- ❖ Equidad
- ❖ Participación Social

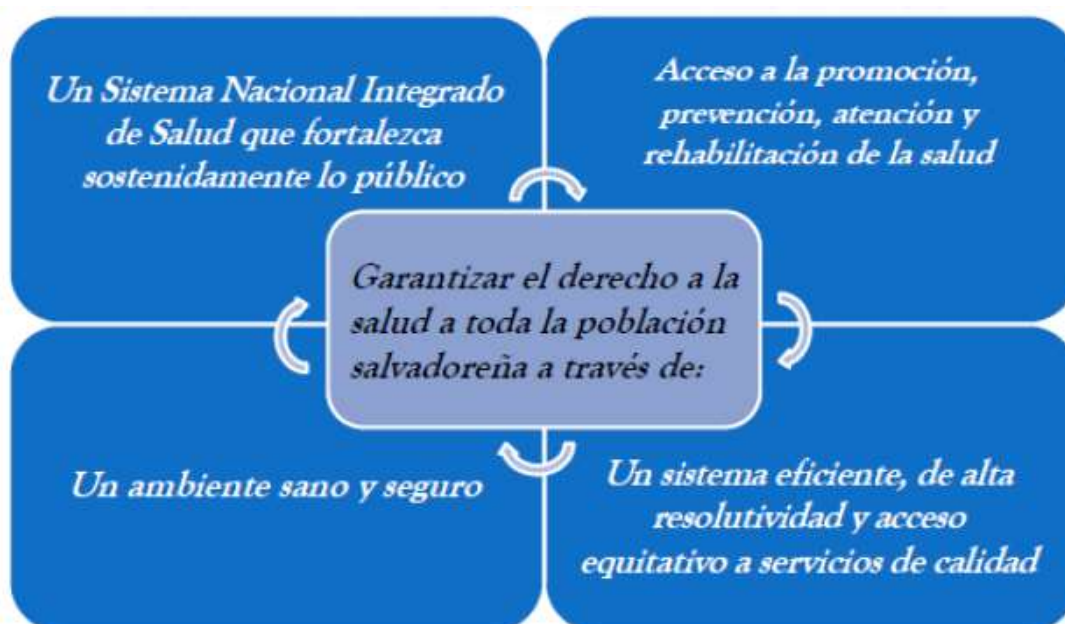
Y este proceso de reforma conlleva la ejecución de 8 ejes prioritarios, los cuales son los siguientes:

**Ejes prioritarios de la Reforma de Salud en El Salvador:**



La política nacional visualiza un sistema de salud integrado, con coordinaciones intersectoriales efectivas; un modelo de atención que disminuya la duplicación de esfuerzos y trabaje integrando los tres niveles, y un modelo de gestión basado en la descentralización y la participación social, que haga el mejor uso de los recursos, modificando el marco legal con arreglo a la realidad nacional. Y los objetivos de la política nacional de salud son los siguientes:

## Objetivos de la Política de Salud



### Organización del sistema de salud e implementación del enfoque multisectorial

El MINSAL ha adoptado como estrategia la conformación de Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI), en los cuales los establecimientos de salud se organizan en redes que se apoyan entre sí, para fortalecer su capacidad de respuesta ante las necesidades de la población.

Cada SIBASI cubre una zona geográfica y una población delimitada, lo que garantiza la distribución equitativa y el uso eficiente de los recursos para la atención permanente y eficaz de las necesidades sanitarias de esa población.

El país se ha dividido en 17 SIBASI, que se encuentran bajo la coordinación de cinco Direcciones Regionales. Los SIBASI constituyen la estructura básica y operativa que reúne en el contexto local los elementos del sistema nacional de salud, bajo la rectoría del MINSAL. Brindan un modelo de atención integral en salud, mediante una red de proveedores que articulados armoniosamente, complementan esfuerzos evitando la duplicación de acciones con base en un uso eficaz y eficiente de los recursos que facilita el seguimiento y evaluación de las actividades en términos del impacto sobre la salud de la población bajo su responsabilidad.

Según la Ley del Sistema Básico de Salud Integral, promulgada a finales del 2005 y vigente desde abril del 2006, las direcciones regionales constituyen el nivel técnico administrativo gestor de los recursos asignados a los SIBASI, a los cuales corresponde toda la extensión de cobertura, sobre todo a la población más pobre de la atención de salud de primer nivel.

Los SIBASI conforman 16 redes departamentales en los 14 departamentos, e incluyen las intervenciones de distintos proveedores, para la solución de los problemas identificados en el contexto local, mediante el modelo de atención integral y la ejecución de acciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación enfocadas en el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, con el fin de obtener un nivel de salud que contribuya al desarrollo social.

Para la atención de esa población, el SIBASI coordina sus acciones de primer nivel con establecimientos de salud de segundo y tercer nivel a través de las Redes Integradas e integrales de Salud- RIISS tal como se muestra a continuación:

Las RIISS están conformadas por las diferentes dependencias del MINSAL, instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) y otros prestadores de servicios de salud, que se incorporen gradualmente; los cuales desarrollan su trabajo en una población definida, rinden cuentas por sus resultados y por el estado de salud de la población, que trabajan articuladamente para incidir en la modificación de las determinantes de la salud.

Actualmente funcionan 71 Micro-redes municipales e intermunicipales, 16 Redes en los 14 Departamentos, 5 Redes Regionales y 1 Red Nacional, cada una con su respectivo Consejo de Gestión. A partir del segundo semestre del 2012 se ha incorporado FOSALUD en los consejos de gestión de la red de forma sistemática y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en 7 departamentales y en 4 Micro-redes.

Los Consejos de Gestión de la RIISS son instancia de coordinación de los prestadores de servicios de salud de los municipios, para articular las acciones a nivel del departamento y el abordaje de las determinantes sociales de la salud, a cargo del Coordinador del SIBASI, conformado por los(as) Directores(as) y monitores de Hospitales Básicos y Departamentales, Directores(as) de las UCSF cabezas de Micro red y otros miembros del Sistema Nacional de Salud (SNS), según sea el caso.

En el Primer Nivel de Atención se fortaleció la capacidad instalada para la prestación de servicios Integrales de salud, pasando de 377 unidades de salud en el año 2009 a 78 Unidades Comunitarias de Salud Familiar, categorizadas en 376 básicas, 294 intermedias y 38 especializadas para el 2013.

Con la reestructuración de la red de servicios se avanzó en la desconcentración de la consulta externa de Medicina General que se encontraba en los hospitales de: Suchitoto, Gotera, Nueva Concepción, San Bartolo, Jiquilisco, Usulután y Ciudad Barrios hacia el Primer Nivel de Atención.

Están funcionando 520 Equipos Salud Familiar, de los cuales 482 son Ecos Familiares y 38 Especializados, distribuidos en 164 Municipios, que representan el 62.6% de Municipios del país, de los cuales, 100 Municipios pertenecen al Programa Comunidades Solidarias Rurales, 14 al Programa Comunidades Solidarias Urbanas, 9 al de Territorios de Progreso y los 41 municipios restantes que fueron clasificados de alta prevalencia en desnutrición; atendiendo a 1, 897,078 personas.

El sistema de referencia y retorno es el elemento integrador, que propicia la atención integral y su continuidad. Para que el SIBASI desarrolle su potencialidad, debe mantenerse la coordinación y promoverse la corresponsabilidad de todas las fuerzas sociales y económicas. Son pues, necesarias la participación social y la intersectorialidad para unir esfuerzos que contribuyan a la resolución de los problemas y garantizar la transparencia en la gestión.

Según Memoria de Labores del Ministerio de Salud 2012-2013, con la implementación del Nuevo Modelo de Atención en Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud con enfoque Familiar y Comunitario, se ha incrementado la densidad de recursos humanos en salud en el Primer Nivel de Atención, pasando de 12.2 a 19.4 por 10,000 habitantes, del año 2009 al 2013, principalmente en municipios con mayor índice de pobreza extrema, sobre saliendo los departamentos de Cabañas, Morazán, Chalatenango y Ahuachapán siendo estos en el PENM los departamentos en los cuales están los 65 municipios que concentran el 77.8% la brecha de detección en el país.

A la fecha se han contratado para el fortalecimiento de las RIISS 4,977 nuevos recursos humanos entre médicos/as especialistas y generales, enfermeras/os, promotores/ as de salud, inspectores/as de salud ambiental, personal polivalente, psicólogos/as, fisioterapeutas, odontólogos/as, laboratoristas clínicos, entre otros profesionales y técnicos, de estas nuevas contrataciones 2,994 fueron en el Primer Nivel de Atención. Cumpliendo la estrategia veinte de la Política Nacional de Salud, referida a los Trabajadores Comunitarios de Salud, se ha continuado con la formación integral de los Promotores de Salud.



En relación a promotores de salud del MINSAL hay 3,121 recursos de los cuales 1,211 son nuevas contrataciones que han ampliado la cobertura a 242,200 familias (200 familias por promotor), y han sido contratados directamente de las comunidades donde viven y propuestos por ellas lo que fortalece al PNTYER ya que contará con mayores recursos humanos en las RISS para poder ejecutar su estrategia de prevención y control avanzado y la pre eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública a nivel del país.

Para dar respuesta al control de la tuberculosis se cuenta con la Norma Técnica para la Prevención y Control de la Tuberculosis en la cual dentro de las disposiciones fundamentales están los siguientes artículos los cuales son responsabilidad de cumplir por los recursos del Sistema Nacional de Salud:

Art. 2.- Están sujetos al cumplimiento de la presente Norma, toda persona natural o jurídica de los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud, que incluye al Instituto Salvadoreño del Seguro Social en adelante ISSS, establecimientos de salud privados y los profesionales de la medicina en el ejercicio de su función.

Art. 3.- Corresponde al Ministerio de Salud, en adelante MINSAL, a través del Director de Hospital, Director Regional de Salud, Coordinador de SIBASI y Director de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar, en adelante UCSF, aplicar y dar cumplimiento a la presente Norma; así como aquellos que de manera legal designe el Titular del MINSAL.

### **Capacitación de Recursos Humanos**

Enmarcado en la política nacional de desarrollo de recursos humanos en salud del Ministerio de salud el PNTYER sistemáticamente ha fortalecido técnicamente al personal, multidisciplinario, responsable de la operativización del Programa de Tuberculosis de los diferentes niveles e instituciones del SNS, a través de cursos de capacitación y diplomados para la profesionalización de los trabajadores de las RISS, su cualificación y consecuente nivel de resolución.

Así también en el marco de la iniciativa APP con las Instituciones Formadoras de Recursos Humanos en Salud, se diseñó y elaboró el documento “Contenidos temáticos para la enseñanza de la tuberculosis en la formación de pregrado en las carreras de medicina, enfermería y laboratorio clínico” con la finalidad de mejorar las competencias de los profesionales de la salud así como la actualización en el tema de los catedráticos de las diferentes instituciones formadoras de recursos en salud.

Considerando la alta rotación del personal a nivel operativo (cambio de funciones de los recursos), en los diferentes programas y por la contratación de recursos nuevos siempre existe la necesidad de continuar fortaleciendo técnicamente al personal de salud para mantener la calidad técnica necesaria.

### **Organización de la red de laboratorio**

La organización de los laboratorios de la red de laboratorios, está conformada en tres niveles de atención y un laboratorio nacional de referencia en el Ministerio de Salud (MINSAL); con alianza de los laboratorios clínicos del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) y algunos privados.

- Primer Nivel, 151 laboratorios distribuidos en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar
- Segundo nivel, 27 hospitales con laboratorios.
- Tercer nivel, 3 hospitales especializados con laboratorio.
- En el ISSS son 19 laboratorios de los cuales: 13 de unidades médicas, 5 de hospitales y 1 en un consultorio de especialidades.

Según su complejidad utilizan métodos como: la baciloscopía, cultivo bacilo ácido alcohol resistente (BAAR), pruebas moleculares en tiempo real Xpert MTB/RIF, determinación de Adenosina deaminasa (ADA).

El cultivo es el método diagnóstico que se debe utilizar para aquellos pacientes a través de la baciloscopía o que se les ha realizado pruebas de Xpert MTB/RIF salen negativas pero se tiene alta sospecha de tuberculosis y particularmente en poblaciones vulnerables, así como también es utilizado en la farmacovigilancia de la resistencia a los antitubercucos, en el país 17 lo realizan por la metodología de Ogawa-Kudoh y 10 por Lowenstein Jensen.

La indicación del cultivo depende del criterio médico y de la aplicación de los algoritmos, por lo que es importante realizar actualizaciones en su uso y lograr el cumplimiento del algoritmo.

El diagnóstico de tuberculosis está fortalecido por el control de calidad que se le realiza a la baciloscopía y a los cultivos y la concordancia a nivel nacional está por arriba del 99 %. Además el país participa en el control de calidad que envía el laboratorio supranacional de México (INDRE) y los resultados están en los rangos esperados internacionalmente.

Recientemente el diagnóstico de la tuberculosis se ha ampliado con el uso de las pruebas moleculares específicamente el PCR en tiempo real (Gene Xpert), mediante la ubicación de 5 equipos: tres en laboratorios de hospitales (Región Oriental, Paracentral y Occidental) y dos en el LNR que es el referente para la Región Central y la Región Metropolitana.

En relación al ISSS solamente 19 laboratorios institucionales realizan baciloscopías y de ellos solo 4 realizan cultivos BAAR y para diagnóstico con pruebas moleculares actualmente le son realizadas en el LNR.

En el país solamente en dos laboratorios de hospitales se realiza la determinación de ADA, lo cual es insuficiente para dar cobertura nacional de forma oportuna. Próximamente la prueba se realizara en el ISSS y en dos laboratorios de hospitales regionales.

Es de hacer notar que solamente algunos laboratorios de hospitales privados están haciendo diagnóstico con apoyo del LNR.

El país siempre trata de implementar las recomendaciones internacionales en cuanto a la incorporación de nuevos métodos diagnósticos aprobados por la Organización mundial de la Salud; las limitantes son siempre de índole financiero y de capacidad instalada; entre las que se cuentan:

- En los municipios de brecha alta 39 de los 65 municipios existen 46 laboratorios, siendo necesario fortalecer a 26 municipios (en donde no hay laboratorio, 40%) con medios de transporte para trasladar las muestras a los laboratorios de referencia correspondientes; así también cuentan con tres hospitales, pero en ninguno se hace cultivo BAAR. Asimismo en la red de laboratorios de los municipios de brecha intermedia hay 22 laboratorios en 16 municipios y en 3 de ellos se realiza cultivo BAAR por OK y en 1 por LJ; sin embargo en 9 de los 25 municipios (36%) no cuentan con laboratorio.
- 100% de Recurso humano biomédico pendiente de certificación para realizar cambios de filtros de cabinas de bioseguridad y limitado para mantenimiento de otros equipos de laboratorio de forma programática.
- Escasas herramientas, accesorios y repuestos necesarias y adecuadas en los 30 hospitales nacionales y laboratorios de la RISS para realizar mantenimientos preventivos y correctivos.
- Inadecuada Infraestructura en algunos laboratorios de la RISS.
- Falta de sustitución de equipos de laboratorio de calidad en forma oportuna en los laboratorios de la RISS que cuentan con laboratorio
- Limitadas oportunidades de actualización en nuevos métodos diagnósticos al personal de laboratorio a nivel internacional.



- Falta de equipos para pruebas de ajustes en protección respiratoria y otras medidas de control de infecciones a nivel de los 30 hospitales.
- Insuficientes unidades de transporte para la movilización de las muestras de pacientes en relación a cada SIBASI (17 SIBASIS)
- Falta de profesionales de laboratorio clínico para la atención de la demanda de exámenes a nivel de LCR y otros laboratorios de la RIISS.

### **Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias**

El Ministerio de Salud cuenta con un Programa de control de la Tuberculosis que diseña e implementa estrategias eficaces en la detección, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis; en tal sentido se han retomado estrategias como: TAES con sus cinco componentes, Alto a la Tuberculosis (STOP-TB) a lo que se suma la nueva estrategia Post-2015.

El Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, se implementa en el marco del sistema de salud salvadoreño, e incorporará a otras instituciones gubernamentales, no gubernamentales y de la empresa privada para responder a la nueva dinámica de abordaje de la Tuberculosis de forma multisectorial.

En atención a lo antes mencionado el PNTYER ha efectuado los cambios en la política, misión, visión, reorganización funcional para:

- Reforzar la coordinación y conducción de políticas y estrategias dirigidas a eliminar la Tuberculosis como problema de salud pública;
- Desarrollar la capacidad de gestionar financiamiento en salud dirigido al cumplimiento de las metas de eliminación de la TB como problema de salud pública;
- Asumir responsabilidades en diseñar y cumplir los planes y proyectos conducentes al eficiente control y prevención de la TB
- Fortalecer la capacidad del nivel subnacional en la gestión descentralizada de los recursos con autonomía y eficiencia para el cumplimiento de los objetivos del programa.
- Desarrollar alianzas con otros actores claves como ONG´s, municipalidades y sociedad civil, entre otros.

En el marco del proceso de reforma de salud en el país, el PNTYER planteo un nuevo PEMNTB 2016-2020 con alta participación multisectorial con un nuevo enfoque integral e integrador, dinámico e incluyente.

El enfoque pretende hacer más coherente las intervenciones e innovaciones del PENMTB, mediante la articulación de las acciones y los proyectos institucionales, sectoriales y comunitarios; así mismo busca generar las sinergias locales posibles, reforzando los diversos ramos de actividad y suscitando interacciones entre organizaciones, instituciones y agentes comunitarios en cada una de las regiones sanitarias del país.

## **4.5 Referencias y compromisos internacionales, nacionales y marco legal**

### **4.5.1 Compromisos a nivel Internacional:**

- Apoyo colaborativo con La Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias.
- Participación del control de calidad con laboratorios supranacionales. (México-Argentina-Chile).
- Declaración UNGASS (coinfección TB/VIH).
- Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015 de OPS/OMS.

- Estrategia Post 2015 OMS.
- Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (metas 2015) que reporta los siguientes datos:

#### **Parar y disminuir la tasa de incidencia (ODM objetivo 6c)**

Según la Organización Mundial de la Salud en el Global Report 2013, para el año 2008 al país se le estimó una tasa de incidencia de 32 casos por 100,000 habitantes, para el año 2012 ésta disminuyó a 25 por 100,000 habitantes, logrando una reducción del 22% en los últimos cuatro años.

#### **Disminuir la prevalencia del año 1990 a la mitad en el año 2015**

La prevalencia estimada para el año 1990 fue de 95 por 100,000 habitantes, para el año 2012 esta se redujo en 64%, es decir a 34 casos por cada 100,000 habitantes, logrando una de las metas de los ODM.

#### **Disminuir la mortalidad del año 1990 a la mitad en el año 2015**

El Salvador ha logrado reducir en un 79% la mortalidad en los últimos doce años, ya que, para el año 1990 se estimó una mortalidad de 4.8 por 100,000 hab., y para el 2012 de 1 por 100,000 hab. logrando cumplir con la reducción de la mortalidad a la mitad para el año 2015.

### **4.5.2 Compromisos a nivel nacional:**

- **Plan Quinquenal de Desarrollo 2010-2014.**

Contempla la siguiente estrategia: Sistema de protección social y políticas sociales estratégicas, la cual comprende el - Sistema único de salud, - sistema nacional de emergencias médicas, - Sistema de información único para todos los prestadores públicos y privados - Instituto Nacional de Salud.

La estrategia también comprende el “Plan anti crisis” el cual conlleva el mantenimiento de la atención gratuita en los servicios de salud, abastecimiento de medicamentos, incremento de la cobertura y abastecimiento de vacunas.

- **Política de Salud “Construyendo la Esperanza” MINSAL 2009-2014**

Dentro de la estrategia 5 de esta política, denomina “Sistema Nacional de Investigación en Salud”, una de las recomendaciones es “estimular la investigación básica en salud con énfasis en enfermedades prevalentes de especial trascendencia para el país como enfermedad de chagas, tuberculosis, enfermedad renal crónica, VIH/sida y otras.

### **4.5.3 Marco Legal**

- **Constitución de la República de El Salvador**

#### **Artículo 65:**

La salud de los habitantes de la República, constituye un bien público.

El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

El estado determinará la política nacional de salud, controlará y supervisará su aplicación.

- **Código de Salud**

#### **Artículo 148**

El Ministerio dará tratamiento preventivo a la población humana cuando sea necesario para evitar la diseminación de enfermedades transmisibles y toda persona está obligada a someterse a dicho tratamiento.

**Artículo 149**

Para el control de la tuberculosis se dictarán las normas y se acordarán las acciones que en forma integrada tendrán por objeto la prevención de la enfermedad, diagnóstico, localización y el adecuado tratamiento, control y rehabilitación de los enfermos. Estas normas y acciones serán obligatorias en todos los establecimientos de salud pública y privada.

**Artículo 150**

Para cumplir con lo indicado en el artículo anterior, el Gobierno dará todo su apoyo a las instituciones nacionales e internacionales, públicas o privadas que contribuyan al control de la tuberculosis.

**Artículo 151**

Es obligatorio para todo enfermo de tuberculosis y cualquier enfermedad transmisible someterse al tratamiento indicado, tanto ambulatorio como hospitalario; y las autoridades de seguridad pública darán todo su apoyo al Ministerio, para que esta disposición se cumpla. El incumplimiento de esta disposición hará incurrir en responsabilidad.

**Artículo 152**

Es obligatorio para los contactos de enfermedades transmisibles agudas, crónicas y zoonosis, someterse a la investigación clínica y a las acciones de las normas que el Ministerio establezca.

- **Norma Nacional para la prevención y Control de la tuberculosis**

Es de obligatorio cumplimiento para las instituciones del sistema nacional de salud que brindan atención a personas con Tuberculosis. El incumplimiento de esta disposición hará incurrir en responsabilidad legal.

#### **4.6 Situación Epidemiológica y Programática de la Tuberculosis en El Salvador**

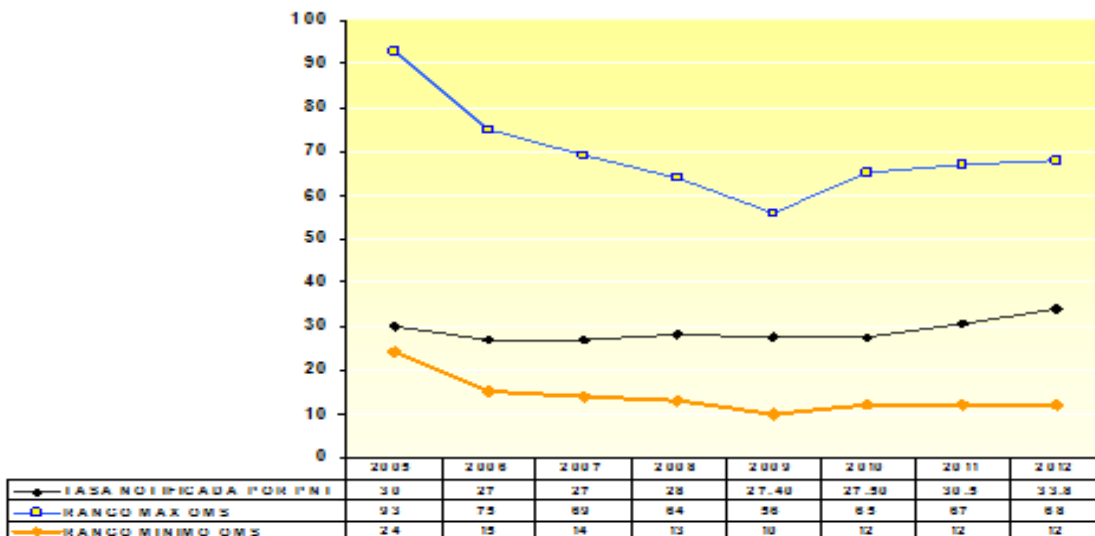
**Epidemiología de la Tuberculosis en El salvador**

El análisis epidemiológico de la Tuberculosis en El Salvador se presenta en dos ámbitos, uno con cifras globales de país mostrando el comportamiento de la enfermedad en los últimos 25 años y otro en el que se detalla la situación de la enfermedad desagregando por municipios y áreas geográficas del país.

El primer escenario reporta un avance sustantivo y éxitos terapéuticos, pero el segundo muestra una asimetría geográfica con grandes atrasos y disparidades en el acceso a los servicios de salud, lo que esta impactando negativamente en la detección de SR y en el reporte de casos de Tuberculosis en esos municipios.

**Gráfico 1: Prevalencia Estimada de Tuberculosis Todas las Formas por OMS (Rango mínimo y máximo) y notificada por el PNT El Salvador 2005-2012**

**PREVALENCIA ESTIMADA DE TUBERCULOSIS TODAS LAS FORMAS POR OMS  
(RANGO MINIMO Y MAXIMO) Y NOTIFICADA POR EL PNT  
EL SALVADOR AÑOS 2005-2012**



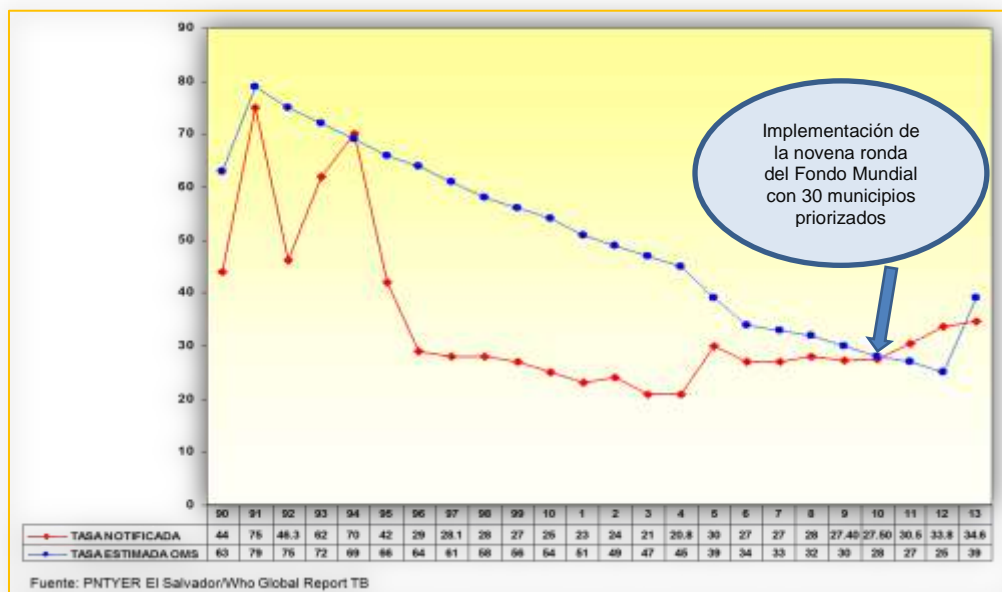
FUENTE: PNT EL SALVADOR / WHO GLOBAL REPORT

INCLUYE CASOS NUEVOS Y RECAIDAS

En la gráfica número 1 se muestran las cifras globales reportadas por el país que indican una reducción gradual de la incidencia desde 45.7 por 100,000 habitantes en 1990 hasta 21 por 100,000 hab en 2003. A partir de este año 2003, apoyado por las subvenciones del FM, se intensifica la búsqueda de sintomáticos respiratorios (SR) introduciendo más herramientas diagnósticas y aumentando la capacidad instalada a nivel institucional, incluida la capacitación del personal.

Como resultado se reporta una tendencia al aumento de casos notificados hasta llegar a 33.8 en el año 2013. Puntualizamos que desde el año 2012, el país reporta mayor número de casos de TB todas las formas respecto al límite inferior del rango establecido para el país por la OMS.

**Gráfico 2: Tasa de Incidencia notificada y estimada de casos de TB todas las formas 1990 – 2013**



En la gráfica número 2, se muestra la tendencia de casos TB todas las formas (1990-2013) y los casos estimados por la OMS para el mismo período. Ahí se evidencia la brecha entre los datos estimados en relación a los notificados por el país, la cual fue reduciéndose paulatinamente debido a dos factores: los nuevos cálculos de estimación de casos de tuberculosis de la OMS y al incremento en la notificación, debido a las nuevas estrategias implementadas por el PNTYER tanto a nivel comunitario, como en grupos vulnerables. Para el año 2013 se reporta una tasa de 34.6 x 100,000 habitantes por debajo de la tasa estimada por la OMS que es de 39 x 100,000 habitantes.

En el gráfico 2 se puede observar que en los últimos diez años los casos de tuberculosis en todas sus formas han oscilado entre mil cuatrocientos y dos mil casos. Las tasas de incidencia han oscilado entre 20.8 para el 2004 y 34.6 por 100,000 habitantes para el 2013, notando un incremento significativo en la incidencia de la enfermedad.

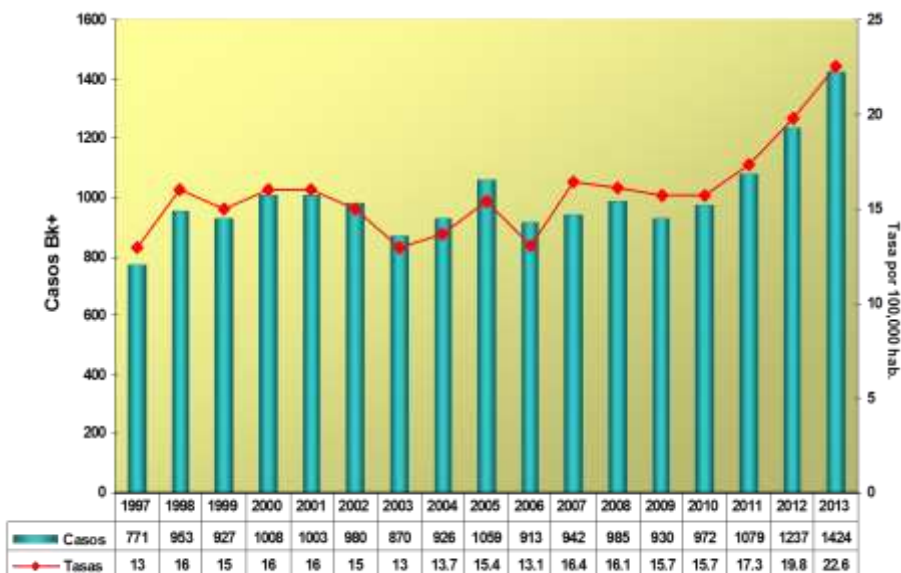
Es de resaltar que el incremento en la incidencia se debió a:

1. Censo del año 2007 la población sufrió un ajuste, disminuyendo un 28% con respecto al censo de 1992.
2. Las acciones implementadas con el apoyo financiero de la novena ronda del Fondo Mundial, que permitió la utilización de nuevos métodos diagnósticos como el Gene Xpert MTB/RIF, la Unidad Móvil de Rayos X en los centros penitenciarios, el uso del cultivo Ogawa Kudoh en 17 hospitales departamentales y las estrategias colaborativas con el Programa Nacional de ITS-VIH/Sida
3. Las Alianzas público privadas y público- público con proveedores de salud, entre ellos ISSS, Centros Penales, Sanidad Militar, Hospitales y Clínicas privadas y otros; la extensión de cobertura en el área rural y en los asentamientos urbanos precarios con los Equipos Comunitarios de Salud Familiar, la ampliación de horarios de atención con FOSALUD (Fondo Solidario para la Salud).

El desglose por edad y género de la población afectada, se muestra en el cuadro siguiente

Sexo	GRUPOS DE EDAD (AÑOS)																		TOTAL POBLACIÓN AFECTADA	
	0 - 4	Porcentaje	5 - 9	Porcentaje	10 - 14	Porcentaje	15 - 24	Porcentaje	25 - 34	Porcentaje	35 - 44	Porcentaje	45 - 54	Porcentaje	55 - 64	Porcentaje	65 y más	Porcentaje	Número	Porcentaje
Hombres	41	57.7%	51	60.0%	28	63.6%	220	70.7%	377	75.0%	211	61.3%	139	57.0%	108	47.2%	196	52.8%	1371	62.5%
Mujeres	30	42.3%	34	40.0%	16	36.4%	91	29.3%	126	25.0%	133	38.7%	96	43.0%	121	52.8%	175	47.2%	822	37.5%
Total	71	100.0%	85	100.0%	44	100.0%	311	100.0%	503	100.0%	344	100.0%	235	100.0%	229	100.0%	371	100.0%	2193	100.0%

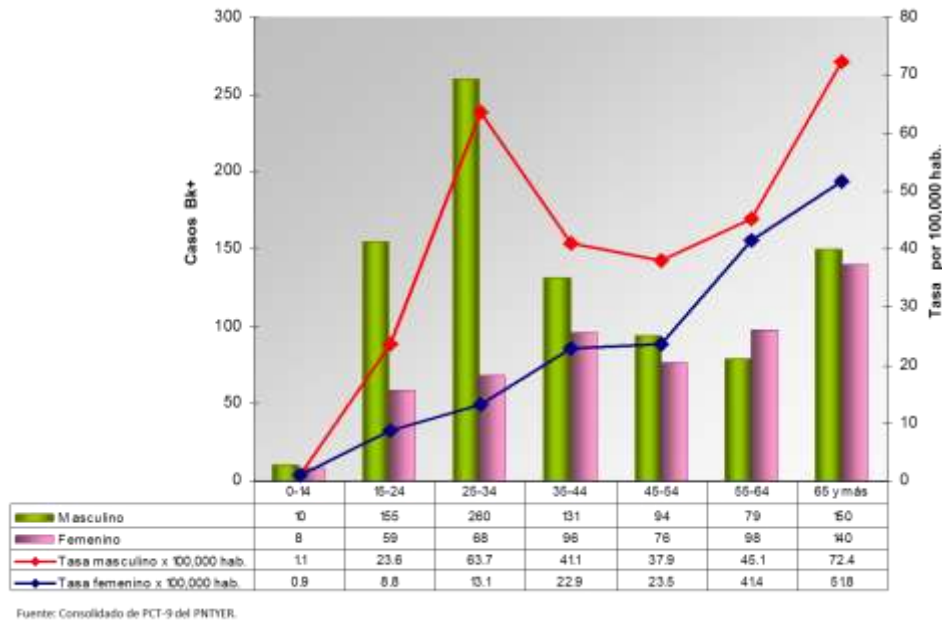
Gráfico 3. Incidencia de casos de tuberculosis baciloscopía positiva. Años 1997-2013



Fuente: PCT-9 MINSAL e ISSS  
Tasa por 100,000 habitantes

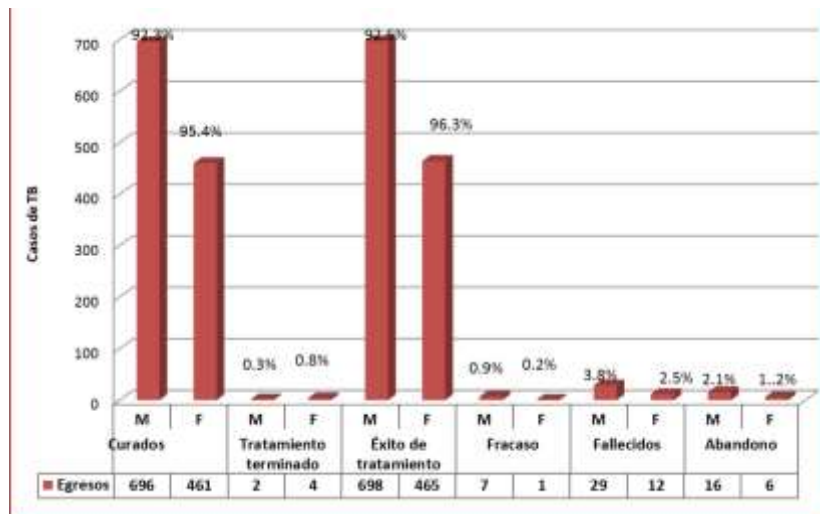
La gráfica 3 muestra la carga de casos nuevos de tuberculosis baciloscopía positiva, la cual en los últimos diez años ha oscilado entre 900 y 1400 casos, con una tasa de incidencia entre 13 para 1997 y 22.6 casos por 100,000 habitantes para el 2013; notándose un franco incremento de éstos.

**Gráfico 4. Casos y tasas de tuberculosis pulmonar Bk(+) por sexo y grupos de edad. Año 2013**



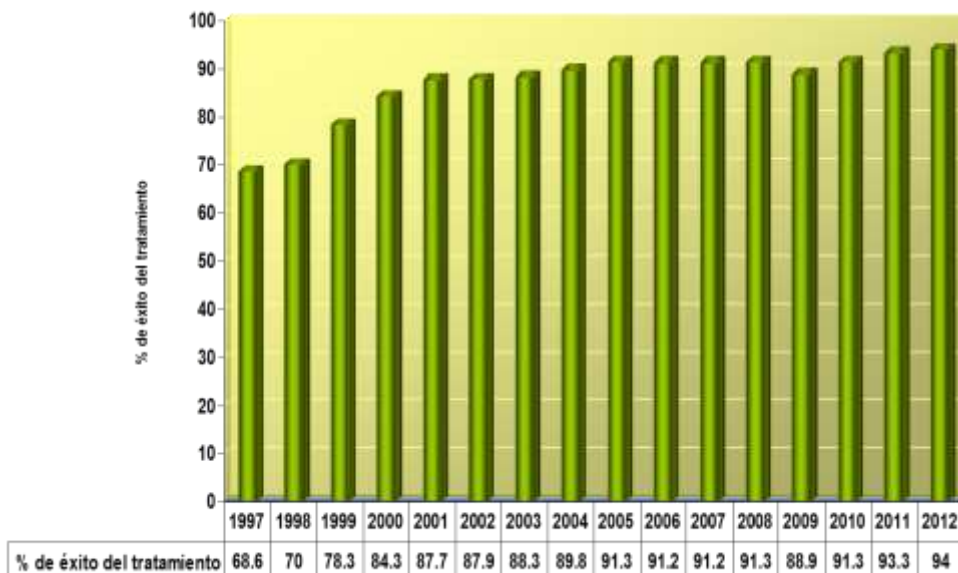
Según grafica 4, los casos de TB BK(+) se presentan a predominio del sexo masculino, con el 60.1% de los casos y el femenino con el 39.9%, por lo que se orientaran acciones para asegurar que hombres y mujeres tengan las mismas oportunidades de acceso a servicios y medios para prevenir la TB, así como a una atención integral que les beneficie equitativamente según sus propias necesidades.

**Gráfico 5. Resultados de tratamiento de casos de TB baciloscopia positiva, por sexo Año 2012**



Según grafico 5, en el análisis desagregado por sexo de la cohorte de tratamiento de pacientes baciloscopia positiva que ingresaron para el 2012, evidencia que la mayor carga de la enfermedad es en hombres, con el 61% del total de los casos, con un éxito del tratamiento de 92.6%, por abajo del resultado de las mujeres; aunque el porcentaje de fallecidos y abandonos de casos nuevos es bajo, el 71% de los fallecidos y 73% de abandonos son hombres.

**Gráfico 6: Éxito del tratamiento de casos de TB BK (+), años 1997-2012**



Fuente: Cohorte años 97-2012. PNTYER

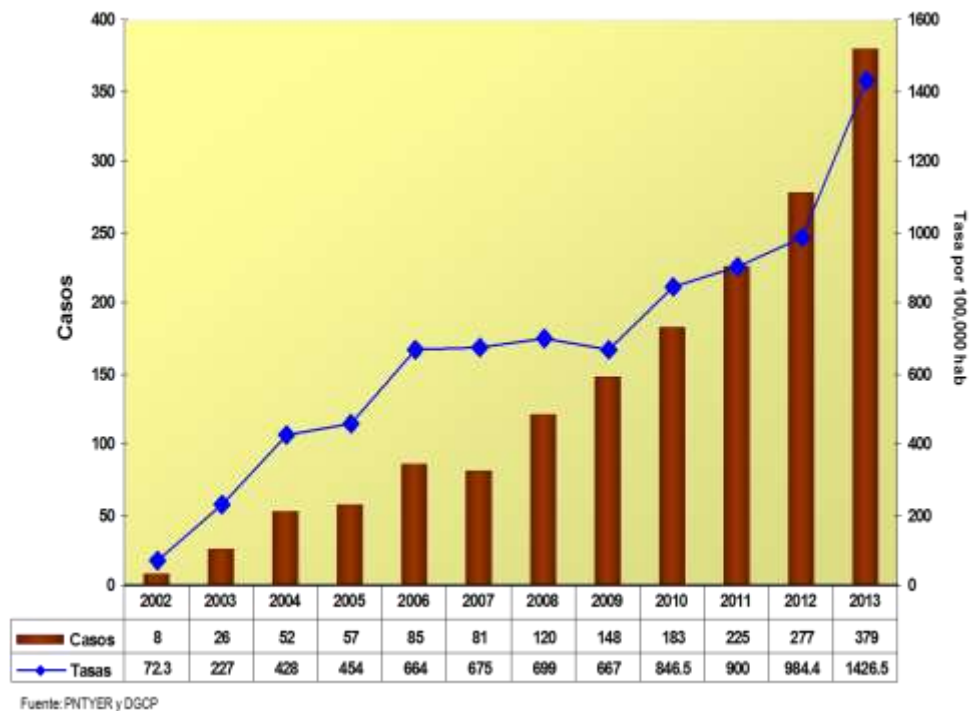
En el gráfico 6, se observa una mejora en cuanto al éxito del tratamiento (casos curados y tratamientos terminados con baciloscopía positivas), en los últimos diez años han pasado de un 88.3% (año 2003) al 94% (año 2012).

La tasa de curación de los casos nuevos baciloscopía positiva, para el 2012 fue de 93.5%, con una tendencia al cumplimiento del TAES, la horizontalización del programa, y la participación comunitaria y de otros proveedores de servicios de salud.

La OMS estimaba como meta mundial curar el 85% de los casos, lo cual fue alcanzado por el país en el 2000.



**Gráfico 7: Casos y Tasa de Incidencia de Tuberculosis en los Centros Penitenciarios, 2002 - 2013**



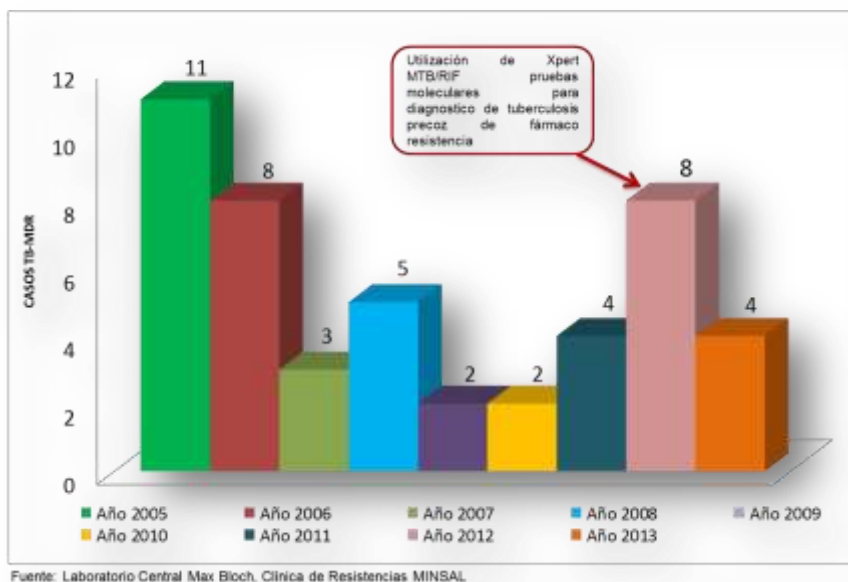
En el gráfico 7 se puede observar que durante los últimos doce años, los casos de tuberculosis todas las formas en centros penales ha incrementado de 8 casos (tasa de 72.3) reportados en el 2002 a 379 casos (tasa de 1426.5) en el 2013; o sea 42 veces mayor que la tasa de incidencia nacional (ver gráficos 2 y 3), destacando la importancia y la prioridad en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno en esta población de alto riesgo.

Es de destacar el trabajo en la población privada de libertad, en la que se ha visto un incremento progresivo en la detección de casos, debido a la existencia de un convenio establecido para el manejo de la Tuberculosis en sus centros penitenciarios entre las autoridades del Ministerio de Salud y la Dirección General de Centros Penales, el cual ha permitido la ampliación de la cobertura, vigilancia temprana de la resistencia de la tuberculosis, inclusión de pruebas rápidas como el Gene Xpert, utilización de unidad móvil de rayos X, dotación de insumos a las clínicas médicas y la formación de 390 voluntarios en centros penitenciarios, centros intermedios y centros de reclusión de menores.

A partir del 2009 el país cuenta con una guía actualizada de control de la TB en centros penitenciarios, con la cual se ha capacitado a los recursos humanos de cada uno de los centros penales, de nivel intermedio y de reclusión de menores de edad.

En coordinación con el Ministerio de Justicia se incrementarán las intervenciones en otros 5 centros de nivel intermedio y de rehabilitación que pertenece a centros de reclusión para menores de edad.

**Gráfico 8: Casos de tuberculosis multirresistente, año 2005-2013**

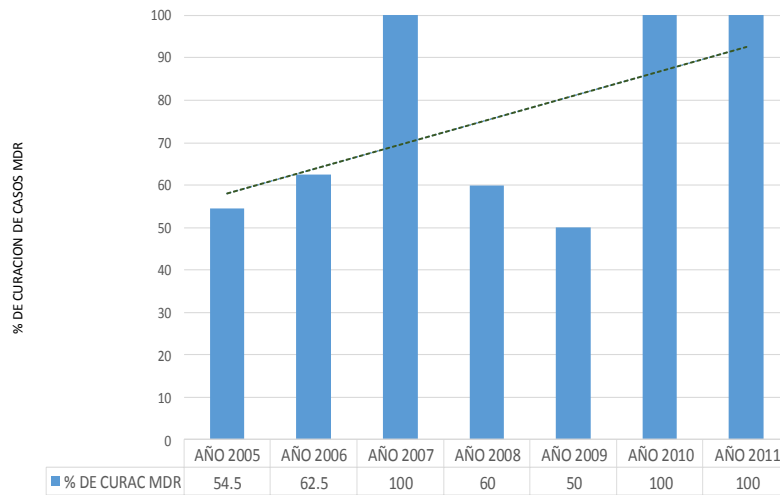


En el gráfico 8 se evidencia que entre los años 2005 al 2013, el país ha diagnosticado un total de 47 casos de tuberculosis multidrogorresistente (MDR), que corresponden al 0.4% del total de casos de tuberculosis todas las formas, para ese mismo período.

Para el año 2012 con la inclusión del Gene Xpert MTB/RIF fueron diagnosticados 8 casos, destacando la importancia de esta prueba, para el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno; así como para el apoyo de la vigilancia de la multirresistencia en los pacientes ya tratados, fracasos a tratamiento y pérdidas en el seguimiento que se realiza a través de las auditorías en el 100% de los casos a nivel nacional así como de los contactos de dichos pacientes.

En el 2007 se realizó el último estudio nacional de la resistencia de la tuberculosis, avalado por La Unión Internacional para el Control de la TB y Enfermedades Respiratorias, el cual demostró que la resistencia primaria de la MDR, fue del 0% para el país.

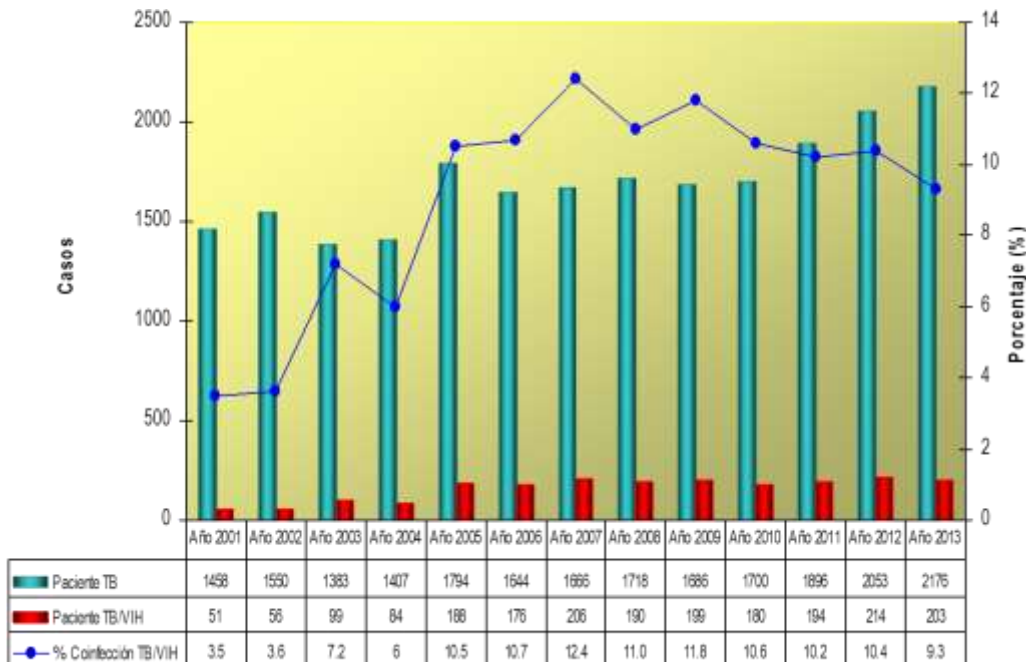
**Gráfico 9. Cohorte de curación de casos de tuberculosis MDR año 2005- 2011.**



FUENTE: Clínica de Resistencias MINSAL

En el gráfico 9 se observa la cohorte de curación de casos de tuberculosis MDR, en el cual se destaca que durante los últimos dos años la curación ha sido en el 100% de los casos.

**Gráfico 10. Total de casos de TB todas las formas y porcentaje de coinfección TB/VIH, años 2001 – 2013.**

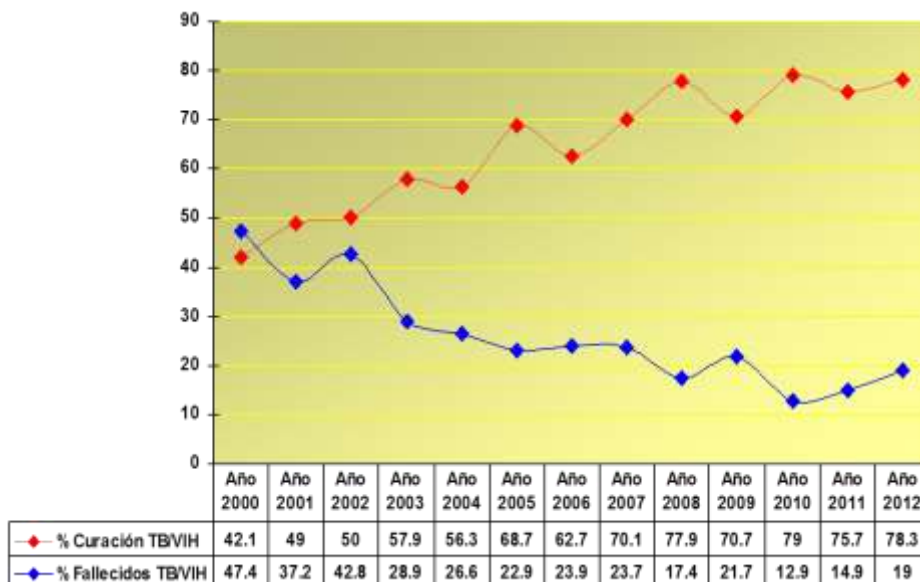


Fuente: Consolidado PCT-9 TB/VIH. PNTYER.

En el gráfico 10 se observa que durante los últimos doce años se han reportado un total de 2038 casos diagnosticados con coinfección TB/VIH. Se evidencia un incremento gradual a partir del año 2004 debido a la oferta gratuita de la prueba para VIH a todos los casos diagnosticados con tuberculosis (con consejería pre y post prueba en el 98% de los casos), a la extensión de cobertura

de servicios de salud, las actividades colaborativas entre el PNTYER y el Programa de ITS VIH/Sida y a la priorización de intervenciones en los grupos vulnerables; también, se observa una reducción del porcentaje de casos TB/VIH a partir del 2007, llegando hasta 9.5 % en 2013.

**Gráfico 11. Porcentaje de curación y fallecidos de la cohorte de casos de TB/VIH Años 2000 – 2012**



El gráfico 11 muestra el impacto de la ejecución de las actividades colaborativas entre el Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias y el Programa Nacional de VIH. En los últimos años el porcentaje de fallecidos ha disminuido, de forma considerable principalmente a partir del 2002, sin embargo sigue siendo alta con un incremento al comparar el 2010 con el 2012.; y de igual manera la curación ha aumentado del 42.1% en el 2000 al 78.3% en el 2012.

El Salvador es uno de los países de la región, que cuenta con una fuente primaria de información para el registro de las variables utilizada para la construcción de los indicadores a nivel nacional e internacional (libro de registro del descarte de TB en personas con VIH y de la terapia preventiva con Isoniacida).

La búsqueda de TB en personas con VIH y búsqueda de VIH en personas con TB se realiza en todos en todos los establecimientos de salud por los responsables de ambos programas, a través del algoritmo clínico: tos actual, fiebre, pérdida de peso, sudoración nocturna; con uno de estos signos y síntomas que presente el paciente se inician las pruebas diagnósticas, que incluye BK, cultivo tipificación y resistencia, Gene Xpert, rayos X y/o ADA. Si se descarta la tuberculosis se le inicia terapia preventiva con Isoniacida según norma y si se diagnostica caso con TB/VIH se le administra terapia antirretroviral (TAR), junto con el tratamiento antituberculoso y Trimetroprin.

En cuanto a la epidemia del VIH, a casi 30 años de la notificación del primer caso de VIH (1984), se han detectado 29,788 casos de VIH, de los cuales 30% (8,931) presentaban VIH avanzado o SIDA y el 62.4% (18,602) eran hombres. En el 2012 fallecieron 253 personas, el 72% fueron hombres y el 28% mujeres y su procedencia fueron de los departamentos de San Salvador, Sonsonate y Santa Ana.

La epidemia de VIH en el país es catalogada como una epidemia concentrada, con prevalencia en población general de 0.09% (Fuente: Reporte Global 2012, MINSAL) y con cifras de prevalencia elevadas en las poblaciones vulnerables: población trans de 25.8% en el 2008 según la Encuesta Centroamericana de Vigilancia del Comportamiento (ECVC), hombres que tienen sexo con

hombres (HSH) de 10.4% en el 2012 según el Estudio de Vigilancia Centinela para ITS (Estudio VICITS 2012) y mujeres trabajadoras sexuales (TS) de 3.1% en el 2012 (Estudio VICITS 2012)

En cuanto al logro de los Indicadores sobre las 12 actividades de colaboración TB/VIH, se han implementado desde el año 2007 con los tres objetivos definidos con sus actividades correspondientes.

Para el 2013 se notificaron los siguientes indicadores: el descarte de TB en personas VIH que fue de 4,420 personas, el uso de Terapia Preventiva con Isoniacida VIH previo descarte de TB el cual fue de 82.4%, el tamizaje de VIH en personas con TB de 98.4%, el uso de TMP/SMX en coinfectados TB/VIH de 63.8 %; inicio de TAR y antifímicos que fue de 77.3% así como las consejerías pre y post prueba fueron del 100%.

### Comorbilidad de enfermedades no transmisibles asociadas a Tuberculosis

El comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en los establecimientos del MINSAL, del 2007 al 2012, muestra un aumento en las consultas manteniendo la letalidad de las mismas; factor importante en el riesgo de la comorbilidad con TB; tal como lo muestra la siguiente tabla.

**Tabla 4**

Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en los establecimientos del Ministerio de Salud, El Salvador 2007-2012								
Evento		2007	2008	2009	2010	2011	2012	Promedio
Diabetes Mellitus (E10-E14)	Consultas	267,008	269,080	306,167	335,798	349,333	369,349	316,123
	Egresos	7,776	7,567	8,271	9,806	10,211	11,214	9,141
	Fallecidos	417	396	390	513	458	488	444
	Letalidad	5.4	5.2	4.7	5.2	4.5	4.4	4.9
Hipertensión Arterial (I10-I15)	Consultas	505,006	517,367	644,535	689,579	734,809	748,593	639,982
	Egresos	3,254	3,419	3,729	4,149	4,605	4,876	4,005
	Fallecidos	121	154	168	172	188	195	166
	Letalidad	3.7	4.5	4.5	4.1	4.1	4.0	4.2
Enfermedades Crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47)	Consultas	171,631	158,624	202,400	212,255	215,183	222,608	197,117
	Egresos	8,003	7,473	9,938	9,689	10,254	9,769	9,188
	Fallecidos	117	162	181	238	213	225	189
	Letalidad	1.5	2.2	1.8	2.5	2.1	2.3	2.0
Enfermedad Renal Crónica (N17-N19)	Consultas	16,464	16,641	18,928	23,890	29,195	32,366	22,914
	Egresos	4,085	4,549	4,935	5,599	5,720	6,413	5,217
	Fallecidos	505	629	615	668	721	809	658
	Letalidad	12.4	13.8	12.5	11.9	12.6	12.6	12.6
Cáncer (C00-D09)	Consultas	40,247	38,915	41,704	45,832	47,762	48,414	43,812
	Egresos	6,363	6,122	6,106	6,804	7,566	8,366	6,888
	Fallecidos	626	601	640	735	799	736	690
	Mortalidad	9.8	9.8	10.5	10.8	10.6	8.8	10.0

## SITUACIÓN PROGRAMÁTICA DE EL SALVADOR.

Bajo la asesoría de OPS/OMS y de La Unión Internacional para la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, se definieron las metas programáticas para detección de casos, bajo el siguiente módulo de programación<sup>11</sup>:

MODULO DE PROGRAMACIÓN					
	GRUPO PROGRAMÁTICO	Parámetro↓			NÚMERO
<b>A</b>	No. Consultantes ≥10 a.				
<b>B</b>	No. SR identificados	A	x	0.03	
<b>C</b>	<b>No de casos pulmonares bacteriológicamente (+)</b>	B	x	<b>0.03</b>	
<b>D</b>	No. Casos TB pulmonar clínicamente diagnosticados	C	X	<b>0.3</b>	
<b>E</b>	No. Casos TB Pulmonar	C	+	<b>D</b>	
<b>F</b>	No. Casos TB pulmonar clínicamente diagnosticados <10 a.	D	x	0.75	
<b>G</b>	No. Casos TB pulmonar clínicamente diagnosticados (-) ≥10 a.	D	x	0.25	
<b>H</b>	No. Casos TB Extrapulmonar	C	x	0.17	
<b>I</b>	<b>TB Todas las Formas</b>	E	+	H	
I	Contactos esperados	I	x	5	
J	Contactos con TBC	J	x	0.03	
K	Contactos con quimioprofilaxis.	J	x	0.05	
L	Consulta Médica	I+K	x	3	
M	Consulta Enfermería	I+K	x	3	
N	Visita Domiciliaria	I+K	x	2	
O	No. Baciloscopía de Diagnósticas.	B	x	3	
P	No. Baciloscopias de Contactos	J x 3	x	0.03	
Q	No. Baciloscopias de Control	C+J	x	6	
R	No de Consejerías	I	x	5	
<b>OBSERVACIONES</b>					

Fuente: PNTYER/OPS-OMS, 2009.

Sobre esta base de cálculo, se realizan evaluaciones operativas en las cinco regiones del país para conocer el cumplimiento de metas en cuanto a detección de sintomáticos respiratorios y captación de casos de TB. Los resultados para el año 2013 se muestran en el siguiente cuadro.

<sup>11</sup>Norma Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. PNTYER/MINSAL 2013

Tabla 5. Resultados de la evaluación regional en cuanto a la detección de SR y captación de casos de TB BK+ y sus brechas (Enero/diciembre 2013).

<i>EVALUACIONES REGIONALES DE PNT ENERO A DICIEMBRE 2013</i>						
REGION	DETECCION DE SR		PORCENT. %	DETECCION DE BK +		PORCENT. %
	PROGRAM	REALIZADO		PROGRAM	REALIZADO	
PARACENTRAL	14068	11731	83.4%	421	155	37.1
ORIENTAL	18408	13949	76%	550	229	42%
OCCIDENTAL	22710	17004	74.9%	682	249	36
CENTRAL	8,903	8,168	92%	263	103	39
METROPOLITANA	15,398	9,680	63%	288	322	112%
TOTAL NIVEL NACIONAL	79,477	60,532	76%	2,204	1,058	48%

Como se refleja en la tabla anterior, la detección de SR en las regiones oriental, occidental, y principalmente en la región metropolitana es marcadamente baja, de acuerdo a la meta programada, de igual manera el porcentaje de detección de casos BK+ es muy baja en todas las regiones, a excepción de la metropolitana en donde no obstante cumplirse solo el 63% de la meta de detección de sintomáticos respiratorios, la detección de BK(+) es mayor que la meta propuesta (112%) lo que muestra un alto índice de positividad, en dicha región, que es necesario investigar.

Esta evaluación por regiones da paso a formular intervenciones detalladas en los respectivos municipios a intervenir en cada una de las regiones de acuerdo al **Análisis Diferenciado por Municipios para Categorización de las Intervenciones**, (como se muestra más adelante).



## V. RETOS PARA LA PREVENCIÓN, EL CONTROL Y LA PRE ELIMINACIÓN DE LA TB COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN EL SALVADOR

Posterior al análisis de situación epidemiológica y programática de la TB, la evaluación de medio término del PEN ELS 2008 – 2015 y los resultados de las mesas de trabajo de los talleres regionales multisectoriales se identificó que existe una serie de condiciones en el país que establecen retos importantes para la prevención, el control avanzado y la Pre Eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública, para el caso:

- **Alta demanda de atención a TB, TB/VIH y TB-MDR**, impulsada por el proceso de reforma de salud, que hace necesario generar nuevos modelos de gestión, para dotar a los establecimientos de mejor infraestructura, equipos, insumos, materiales y aumentar los recursos humanos debidamente capacitados así como implementar un sistema de referencia y retorno que incluya el traslado y envío de muestras de los establecimientos a los laboratorios de referencia.
- **El personal de salud es altamente expuesto a la TB**, por lo que es necesario mejorar ambientes de trabajo (ventilación natural y mecánica), dotar de equipos e insumos de bioseguridad y estandarizar procedimientos para evitar la enfermedad dentro del personal.
- **Limitado acompañamiento de autoridades** locales, de organizaciones de la sociedad civil y de las mismas comunidades en actividades de control de la Tuberculosis.
- **Un bajo crecimiento económico y débil cultura tributaria**, que no permite contar con recursos suficientes para prevención y control de la TB, por lo que la gestión política y la abogacía de actores claves en la respuesta a la TB en el país, es indispensable para lograr superar este reto. Aunque el gasto público en salud se ha incrementado, el PNTYER no cuenta con un presupuesto suficiente para las actividades de prevención y control de la TB.
- **Desastres naturales y frecuentes epidemias** (Dengue, Chickungunya e Insuficiencia Renal Crónica, entre otras) desvían la atención, los recursos humanos y financieros, lo que conlleva la modificación de la planificación de las acciones programáticas de la TB.
- **Altos índices de violencia** que establecen barreras de acceso para el personal de salud a las comunidades como de los usuarios a los establecimientos de salud. Se espera que el abordaje de esta problemática por las autoridades competentes mitigue esta situación.
- **Fragmentación y segmentación del sistema de salud** que genera duplicidad de esfuerzos para lo cual es necesario una amplia coordinación y fortalecimiento de estrategias como el APP.

### Sistema de información

El Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias es el responsable de la Vigilancia Epidemiológica de la Tuberculosis en El Salvador; para ello cuenta, con un sistema de registro nacional constituido por instrumentos denominados PCT los cuales han sido adaptados al país retomando los instrumentos internacionales estandarizados por la OMS.

El sistema de información del PNTYER cuenta con definiciones operativas de caso para el adecuado llenado de los instrumentos de registro y recolección de datos, así como también; con indicadores epidemiológicos y operativos para la elaboración de informes, reportes y boletines con la información epidemiológica y operativa del Programa. En la Norma Técnica para la Prevención y Control de la Tuberculosis oficializada por el Diario Oficial con fecha 4 de junio de 2014, tomo 403

número 102, está regulado el sistema de registro e información, en el Capítulo XIII artículos del 71 al 73 de la siguiente forma:

## **Registro de casos y Declaración Obligatoria**

### **Sistema de registro**

Art. 71.- El registro de los casos índice, casos de tuberculosis y contactos, sospechosos de tuberculosis y de todas las variables de declaración obligatoria, se debe realizar conforme a lo establecido por el Sistema de Registro del MINSAL, a través del Sistema Único de Información en Salud, considerando los criterios de ingreso y egreso.

### **Sistema de información**

Art. 72.- Es obligatorio para todos los proveedores de salud públicos y privados, el llenado del formulario para notificación de enfermedades objeto de vigilancia establecida por el Nivel Superior del MINSAL.

### **Declaración obligatoria**

Art. 73.- En caso de tuberculosis meníngea en niños o niñas hasta los cinco años, es de notificación obligatoria e inmediata al Programa Nacional de Tuberculosis del MINSAL.

Las fuentes de información primaria son los establecimientos de salud del nivel local del Ministerio de Salud, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Centros Penales y Sanidad Militar y otros, quienes participan en la definición de las diferentes variables que incluye el sistema de información nacional de TB.

Todas estas instituciones notifican/informan las actividades de investigación de sintomáticos respiratorios, detección y seguimiento de casos y contactos a los diferentes Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI) según área geográfica correspondiente. Es en los SIBASIS donde se concentra toda la información de los establecimientos del sector salud, para luego ser enviada a sus respectivas Direcciones Regionales de Salud, quienes a su vez son los responsables de enviar la información a Nivel Central para su consolidación, depuración, verificación y su respectivo análisis. Esta es la base de evidencia para la toma de decisiones sobre aquellas metas y/o indicadores no alcanzados para así determinar estrategias a implementar para mejorar los resultados obtenidos.

El equipo técnico del PNTYER realiza visitas de monitoreo y supervisión en los diferentes niveles (regional, SIBASI y establecimientos de salud) para dar seguimiento a la operativización del programa e identificar oportunamente las inconsistencias que puedan presentarse en la información recopilada como parte del control de calidad.

Es de vital importancia para el PNTYER modernizar tecnológicamente el sistema de información de tuberculosis en cuanto a la captura y registro de los datos, procesamiento, generación de reportes y análisis de la información. Haciéndose necesario la creación del sistema de información de tuberculosis en tiempo real, que incluya todas las variables de declaración obligatoria (género, comorbilidades, proveedores de salud, seguimiento de cohorte, tipo de población/factores de riesgos, etc.) el cual deberá ser integrado al Sistema Único de Información en Salud (SUIS) del MINSAL.

Con la creación de éste sistema las diferentes instituciones proveedoras de servicios de salud podrán acceder a éste a través de una cuenta de usuario y contraseña para el registro y análisis de la información a corto plazo

También se hace necesario el equipamiento/fortalecimiento de aquellos establecimientos de salud y SIBASI que no cuentan con los recursos necesarios para implementar el sistema de información innovador que se pretende diseñar e implementar a mediano plazo, tales recursos son: equipos de cómputo completo (computadoras, impresores y UPS) para el registro de datos, seguimiento de casos con tuberculosis y todas las variables de declaración obligatoria a nivel nacional y mundial.

## Tecnologías e insumos médicos

Aún existen limitantes para brindar acceso más amplio a las tecnologías para el abordaje integral de la TB, de la coinfección TB/VIH y de la TB-MDR.

En cuanto a insumos médicos, aún persisten las dificultades para establecer y negociar precios; la valoración de la calidad de productos prioritarios; para un eficiente y ágil sistema de suministro y distribución; y para lograr un uso racional de medicamentos, insumos de salud y equipos.

## Aspectos financieros

En los cuadros 4 y 5, se presenta cuantificada la brecha financiera entre los recursos disponibles y las necesidades reales, calculadas a partir del costeo de todas las actividades requeridas en un programa nacional de control de la Tuberculosis para el periodo 2013-2015. La brecha para esos dos años es de aproximado de 14 millones de dólares.

Cuadro 5. Estimaciones de inversión y brechas presupuestarias hasta el año 2015.

Resumen de costos con inflación	2013	2014	2015	Total
<b>Tasa de inflación:</b>	10%	10%	10%	
1.2 Mejora del diagnóstico	\$ 862,158	\$ 797,148	\$ 863,038	\$ 8637,621
1.3 Apoyo a los pacientes	\$ 437,210	\$ 424,706	\$ 412,416	\$ 3639,605
1.4 Medicamentos de primera línea, suministro y gestión	\$ 126,789	\$ 126,225	\$ 127,016	\$ 1033,020
1.5.1 M&E	\$ 80,350	\$ 129,850	\$ 80,350	\$ 844,029
1.5.2 Gestión rutinaria del programa y actividades de supervisión	\$ 710,555	\$ 720,962	\$ 1287,729	\$ 6402,731
1.5.3.1 DRH: Personal del PNT	\$ 1333,154	\$ 1333,154	\$ 1333,154	\$ 9992,030
1.5.3.2 DRH: Asistencia técnica internacional	\$ 20,900	\$ 19,800	\$ 48,400	\$ 238,700
1.5.3.3 DRH: Capacitación	\$ 2179,004	\$ 2161,343	\$ 2172,470	\$ 14171,510
2.1 Actividades de colaboración TB/VIH	\$ 2327,352	\$ 2327,950	\$ 2334,076	\$ 17974,755
2.2 TB-MR	\$ 344,424	\$ 341,346	\$ 286,577	\$ 2572,153
2.3.1 Grupos de riesgo	\$ 26,180	\$ 29,700	\$ 36,630	\$ 196,680
2.3.2 Control de la infección	\$ 162,690	\$ 162,690	\$ 190,190	\$ 1623,545
2.3.3 TB infantil	\$ 83,545	\$ 83,545	\$ 83,545	\$ 666,435
<b>Resumen de costos con inflación</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Total</b>
3.2 PAL	\$ 1179,327	\$ 1185,848	\$ 1179,327	\$ 9454,176
4.1/4.2 PPM/ISTC	\$ 54,918	\$ 50,408	\$ 55,578	\$ 671,952
5.1 ACSM	\$ 333,237	\$ 315,637	\$ 388,237	\$ 2639,388
5.2 Participación de la comunidad	\$ 166,546	\$ 161,040	\$ 162,547	\$ 1303,852
6.1 Investigaciones operacionales	\$ 39,600	\$ 79,200	\$ 12,100	\$ 447,700
Otros	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Uso general de los servicios de salud	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Hospitalización	\$ 118,724	\$ 114,517	\$ 110,397	\$ 1018,335
Visitas de pacientes ambulatorios	\$ 263,756	\$ 253,660	\$ 243,770	\$ 2221,587
Costos totales para el control de la TB	\$ 10850,416	\$ 10818,727	\$ 11407,546	\$ 85749,805

Fuente: Budget Planning OMS 2012

Cuadro 5. Brechas financieras para el periodo correspondiente a los años 2014 a 2015

Resumen Fuentes de Financiamiento	2014	2015
Gobierno Central	\$4,956,906.00	\$4,905,495.00
Gobierno intermedio/municipal	\$3,278.00	\$3,278.00
Fondo Mundial	\$993,577.00	\$798,766.00
Otras subvenciones*	\$185,698.00	\$0.00
TOTAL	\$6,139,459.00	\$5,707,539.00
Inversión real requerida	\$10,808,727.00	\$11,407,549.00
Brecha de financiamiento anual	\$4,679,268.00	\$5,700.007.00

\*Proyecto Back Up-GIZ

### Brechas programáticas.

A nivel programático también se han encontrado algunos retos importantes, ya que retomando la evaluación anual del PNTYER, realizada el año 2013 en las 5 regiones del país, se identificaron brechas importantes, en la búsqueda y detección de casos. Estos mismos hallazgos fueron además puntualizados por los participantes en los talleres realizados en el proceso de diálogo nacional. Los señalamientos abarcaron a las regiones y sus municipios. Los aportes fueron:

- Diagnóstico tardío de los pacientes con baciloscopia positiva. En la mayoría de los casos diagnosticados, el resultado de la baciloscopías (++ y +++).
- Alta brecha de detección de sintomáticos respiratorios y casos de TB en el primer nivel de atención.
- Alta carga de TB en centros penitenciarios y personas con VIH.
- Alto porcentaje de fallecidos en la cohorte de casos de TB/VIH.
- Limitado uso del Cultivo Ogawa Kudoh.
- Limitada indicación del Gene Xpert MTB Rif para el diagnóstico precoz en grupos vulnerable.
- Vigilancia de la fármacorresistencia.
- Poca participación de proveedores de Servicios de Salud Privados.
- Insuficiente participación de las municipalidades y organizaciones de base comunitaria.
- Limitada capacidad instalada, tanto en infraestructura, equipos y recursos humanos en la red de laboratorio de los diferentes niveles de atención.
- Dificultades logísticas para el transporte de muestras del nivel comunitario a los laboratorios de referencia.
- Limitada aplicación de las medidas de control de infecciones por escases de recursos.
- El sistema de información no contempla la desagregación de los indicadores por género, para el caso de los sintomáticos respiratorios.

Así mismo, los resultados por región hasta el nivel de municipios en las mesas de trabajo en los talleres multisectoriales, con llevó a:

## **ANÁLISIS DIFERENCIADO POR MUNICIPIOS PARA LA CATEGORIZACIÓN DE LAS INTERVENCIONES:**

El análisis de la información programática llevada a nivel de regiones y municipios, reveló las brechas de detección de S.R. y de casos de Tuberculosis, así como las causas específicas que los condicionan, manifestadas por diferencias socioeconómicas, demográficas, de capacidad instalada, epidemiológicas y de cobertura de los servicios de salud. Los resultados obtenidos por los servicios de salud en cada una de las regiones sanitarias, obligan a abordajes diferenciados en sus intervenciones, tanto en aspectos técnicos como financieros.

Con el propósito de categorizar los 262 municipios del país según la magnitud de la brecha de investigación de SR y captación de casos de TB, y las variables condicionantes de esto, se construyó una tabla dinámica con 48 variables. (Ver documento técnico en anexo 4).

Para algunas de estas variables se establecieron rangos de ponderación (brecha de SR y casos detectados, densidad poblacional, índice de pobreza, capacidad instalada) y se procedió a agrupar los municipios en categorías según magnitud de brecha.

**Lo anterior permitió clasificar a los municipios en 3 categorías según cuadro siguiente:**

<b>Brecha Alta,</b>	<b>65 municipios</b>
<b>Brecha Moderada</b>	<b>172 municipios</b>
<b>Brecha baja</b>	<b>25 municipios</b>

Para la priorización de municipios clasificados de Brecha Alta, se utilizaron las siguientes variables:

1. Municipios con la más alta brecha de investigación de Sintomáticos Respiratorios. (brecha por arriba del 70%)
2. Puntaje de acuerdo a su densidad poblacional. (Densidad: <100=0; <500=3; <1000=5; <2000=8 puntos)
3. Puntaje de acuerdo al índice de pobreza:

Extrema Baja	<b>3</b>
Extrema Moderada	<b>5</b>
Extrema Alta	<b>8</b>
Extrema Severa	<b>10</b>

4. Se estableció como criterio de exclusión que el municipio contara con una población menor a 5,000 habitantes.

Para la Priorización de municipios que pueden ser incluidos en la Brecha Moderada, se incluirán todos aquellos municipios que no cumplan con los criterios contenidos en las categorías 1 y 3.

Para la Priorización de municipios que pueden ser incluidos en la Brecha baja para iniciar el control avanzado, se utilizó las siguientes variables:

1. Municipios con la más alta investigación de sintomáticos respiratorios igual o mayor de 70% y baja brecha de investigación.
2. Puntaje de acuerdo a la densidad poblacional.
3. Puntaje de acuerdo al índice de pobreza.
4. Tasa de incidencia igual o menor a 24 x 100,000 hab.
5. Curación de casos de TB arriba del 85%
6. Clasificación del municipio por Índice de pobreza: pobreza extrema moderada - pobreza extrema baja.

La clasificación de los municipios por categoría se muestra en el anexo 5.

### **Estrategias de intervención en municipios, según categoría:**

#### **1. Estrategia para intervenciones diferenciadas en municipios de Brecha Alta (Cumple criterios de priorización y con brecha de SR no investigado por arriba del 70%)**

El propósito final de esta estrategia es priorizar y ordenar la ejecución de las intervenciones generales del programa, junto con actores, sectores, organizaciones e instituciones involucradas en el control de la TB, dada la naturaleza multisectorial del plan.

Se operativizará a través de las Direcciones Regionales de Salud del MINSAL, en coordinación con las diferentes instituciones proveedoras de servicios de salud y sociedad civil; de igual manera se realizarán las propuestas e intervenciones para el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud.

Al hacer **Intervenciones diferenciadas en Municipios priorizados**, pronosticamos que se incrementará la incidencia de casos y se necesitarán más recursos técnicos y financieros, con la premisa de que en estos municipios no hay recursos humanos suficientes y capacidad instalada en la comunidad, las intervenciones requerirán un trabajo fuerte con la sociedad civil, municipalidades y otros actores, a fin de que trabajando con estos se disminuya de manera sostenida la brecha encontrada en la actualidad.

### **Las acciones específicas por categoría serán las siguientes:**

**En los municipios de brecha alta, se priorizan 65 Municipios con mayor brecha de detección de casos**, en estos "Municipios de alta prioridad", se cuenta con una población total de **1, 581,500 habitantes**, en los cuales se concentra el **77.8%** de la brecha de detección en el país.

### **Las acciones a realizar son las siguientes:**

1. Realizar investigaciones operacionales en las que se identifique la causa de las brechas y las intervenciones más costo efectivas para disminuirlas.
2. Incrementar la búsqueda pasiva y activa de sintomáticos respiratorios y la detección de casos con los equipos de las Unidades Comunitarias de Salud familiar, ECOS Familiares, promotores de salud, equipos de salud de las municipalidades, otros proveedores de salud y actores intervinientes para mejorar las determinantes sociales de la salud.

3. Implementar acciones de búsquedas de casos en la población general y en grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad (PVS, PPL, DM, entre otros).
4. Implementar acciones de búsquedas de casos de TB a través de la Iniciativa AITER/PAL.
5. Asignar recursos, insumos y equipo necesario, para el diagnóstico oportuno de casos, incluyendo el envío de muestras desde el nivel comunitario hasta los laboratorios de referencia, así como para el seguimiento de contactos y estudios en poblaciones de mayor riesgo.
6. Seguimiento del 100% de los contactos de casos TB diagnosticados.
7. Desarrollar actividades de abogacía, formación de RRHH, actualización de conocimientos clínicos y programáticos, con los diferentes proveedores de salud.
8. Desarrollar actividades para el fortalecimiento e involucramiento de las municipalidades en la lucha contra la TB, con las que se establecerán acuerdos y convenios a través de COMURES<sup>12</sup>, definiendo una planificación local específica.
9. Involucrar a otros proveedores de salud en la búsqueda de casos a través de la identificación y referencia de SR para la detección temprana de casos, a través de la firma de convenios o cartas de entendimiento por medio de la iniciativa APP.
10. Incrementar la movilización comunitaria para aumentar la detección precoz de casos con la participación activa y directa de la sociedad civil, ONG's, pretendiendo que ésta se responsabilice de la identificación, referencia del sintomático respiratorio en áreas geográficas y poblaciones específicas.
11. Mantener un programa de supervisión monitoreo y evaluación en campo para vigilar el cumplimiento de indicadores y el logro de metas y objetivos establecidos en el plan, para los 65 municipios priorizados.

En 39 de los 65 municipios existen 46 laboratorios, siendo necesario fortalecer a 26 municipios (en donde no hay laboratorio, 40%) con medios de transporte para trasladar las muestras a los laboratorios de referencia correspondientes; así también cuentan con tres hospitales, pero en ninguno se hace cultivo BAAR.

**Brecha moderada: 172 Municipios que cuentan con brecha de SR no investigado entre el 30% al 70%.**

1. Mantener la búsqueda pasiva y activa de sintomáticos respiratorios para la detección de casos priorizando los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad.
2. Seguimiento del 100% de contactos de los casos de tuberculosis.
3. Incluir e involucrar a las municipalidades y a la comunidad misma en la lucha contra la TB, a fin de hacer una prioridad el control de esta enfermedad con el propósito de pasar a categoría 3.
4. Desarrollar actividades para el fortalecimiento e involucramiento de las municipalidades en la lucha contra la TB, con las que se establecerán acuerdos y

---

<sup>12</sup> COMURES: Corporación de municipalidades del El Salvador.



convenios a través de COMURES<sup>13</sup>, definiendo una planificación local específica, principalmente en los municipios con una brecha por arriba del 50% de detección.

5. Involucrar por medio de la iniciativa APP a otros proveedores de salud en la búsqueda de casos a través de la identificación y referencia de SR para la detección temprana de casos, a través de la firma de convenios o cartas de entendimiento principalmente en los municipios con una brecha por arriba del 50% de detección
6. Incrementar la movilización comunitaria para aumentar la detección precoz de casos con la participación activa y directa de la sociedad civil, ONG´s, pretendiendo que esta se responsabilice de la identificación y referencia del sintomático respiratorio en áreas geográficas y poblaciones específicas.
7. Mejorar la búsqueda de casos de TB, en todos los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas a través de la estrategia PAL y en otras poblaciones como (personas con diabetes, HTA, Enfermedad Renal Crónica y otras personas con enfermedades Inmuno competentes) en los servicios de salud principalmente hospitalarios; y en la comunidad, por otros proveedores de salud comunitarios.
8. Mantener la formación continua de los recursos del SNS (ISSS, ISBM, FOSALUD, entre otros), con el propósito de no descuidar la captación temprana del sospechoso de TB
9. Entrenamiento en campo para mantener los logros alcanzados.
10. Realizar investigaciones operacionales para identificar causas de las brechas e intervenirles.
11. Monitoreo y evaluación
12. Aplicación de la iniciativa para el control de la TB en grandes ciudades (OPS/OMS)

Con relación a la Red de laboratorios, en los municipios de prioridad 2, hay 22 laboratorios en 16 municipios. En 3 de ellos se hace cultivo BAAR por OK y 1 a través de LJ. Sin embargo en 9 (36%) municipios de los 25 no tienen laboratorio.

En esta categoría se encuentran ubicados algunos de los municipios trabajados en la ronda 9 del Fondo Mundial, también se encuentran las Ciudades de San Salvador, Santa Ana San Miguel y Sonsonate, en las que se aplicará la iniciativa de control en la TB para grandes ciudades

La tuberculosis, principalmente en el área metropolitana de San Salvador, presenta uno de los grandes problemas por existir una mayor densidad poblacional, característico de todos los países latinoamericanos, ya que en el año 2013 fueron investigados 2,617 sintomáticos respiratorios, diagnosticando un total de 259 casos nuevos de tuberculosis en todas sus formas, de los cuales el 69.8% fueron a predominio masculino es decir 181 casos, predominando en las edades de 25 a 34 años.

En estos casos el componente social es un componente altamente predominante (alcoholismo, drogadicción, violencia, marginalidad, etc.), debido a que las condiciones sociales son más desfavorables y existe población en situación de mayor riesgo que conlleva a un número elevado de casos de tuberculosis.

---

<sup>13</sup> COMURES: Corporación de municipalidades del El Salvador.



La aplicación de este marco de trabajo será la primera experiencia en el país de un abordaje programático, sistemático, integral e intersectorial del control de la TB en ciudades, principalmente en el área metropolitana de San Salvador, en el cual se coordinará con diferentes actores y sectores.

Las etapas y actividades incluyen en su abordaje los principales determinantes sociales de salud que promueven y exacerbaban la epidemia de la TB, especialmente en poblaciones especiales de las grandes ciudades identificando comunidades de mayor riesgo, y locales como albergues, asilos de ancianos, comedores y dormitorios públicos, con la finalidad de detectar la TB en estos grupos de individuos y garantizar su curación y manejo integral. Durante el proceso de su implementación y evaluación se espera que surjan necesidades de cambio o ajustes en las etapas y actividades del mismo.

### **Las principales actividades en la estrategia de control de la tuberculosis para grandes ciudades son:**

- **Fortalecer el compromiso político, la protección social del enfermo con TB, los DDHH de poblaciones pobres y marginales**
  - Incorporar el trabajo **intersectorial para el control** de la TB introducir la TB en los programas de protección social: Educación, ISSS, Secretaría de Integración Social, Ministerio de Gobernación (Policía Nacional Civil), Alcaldías, Sector Privado, entre otros.
  - Coordinación intersectorial ONG s, aseguradores y prestadores para garantizar el acceso a servicios sociales y de salud.
  
- **Mejorar la calidad de atención**
  - Implementación de la estrategia Post 2015
  - Incorporar todos los proveedores de salud y fortalecer red de laboratorios: MINSAL, ISSS, BM, COSAM, Sector Privado, clínicas municipales.
  - Seguimiento a la referencia y retorno de pacientes que se han trasladado a otras instituciones del sistema de salud
  - Intervenciones de Vigilancia en Salud Pública y control de infecciones.
  
- **Incrementar la detección de casos de TB bajo el “Marco de trabajo control de la TB en grandes ciudades”**
  - Realizar un mapeo epidemiológico de la situación de la TB de las ciudades e
  - Identificar poblaciones a riesgo
  - Poblaciones especiales: indígenas, PPL, mujeres, niños, en dormitorios
  - públicos, albergues, asilos, comedores públicos, mercados e indigentes.
  
- **Fortalecer la atención integral de todo enfermo con TB:**
  - Atención integral de la TB/VIH-12 actividades de colaboración-
  - Acelerar expansión del manejo programático de la TB-MDR
  - Atención integral de la TB/DM
  - Disminuir la carga de TB entre las personas con DM
  - Prevenir y Controlar la DM entre las personas con TB
  - Atención integral de la TB y otras comorbilidades (tabaco, salud mental)
  
- **Fortalecer la participación de la comunidad en el control de la tuberculosis.**

**Se pretende la implementación como un plan piloto principalmente en el municipio de San Salvador, siguiendo los siguientes pasos:**

- A. Levantamiento de línea de base: Caracterización de la población, mapeo de proveedores de salud, número de albergues, asilos, comedores y dormitorios públicos, identificación de poblaciones con mayor riesgo, concentración de personas indigentes, centros penitenciarios, barreras de acceso, análisis de actores e intersectoriales en salud, articulación intersectorial.
- B. Resultados obtenidos en la fase de levantamiento de la línea de base deben ser presentados y analizados a profundidad con los actores del nivel nacional y local para el diseño del plan de implementación.
- C. La implementación debe respetar el objetivo primario de fortalecer las actividades de prevención y control de TB a través de la participación intersectorial y el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

**Brecha baja: 25 Municipios con baja brecha de detección y mejores indicadores de control de la TB. Brecha de SR no investigado menor al 30%.**

- 1. Reforzar estrategias para conservar los logros a fin de que al 2020, identificar los municipios que actualmente se encuentran en control avanzado, al menos que el 50% de ellos pasen a la fase de Pre Eliminación incipiente de la TB con la participación y concurso de las municipalidades y la comunidad, haciendo más efectiva la lucha contra la TB.
- 2. Contar con los insumos y equipo necesario para el diagnóstico oportuno de casos.
- 3. Mantener las acciones de supervisión en campo, monitoreo del cumplimiento de indicadores y realizar evaluaciones programáticas
- 4. Certificar a los municipios que cumplan los criterios para pasar a fase de pre eliminación con apoyo de OPS/OMS.
- 5. Establecer reconocimientos e incentivos públicos a los municipios que pasen de control avanzado a Pre Eliminación.

**Estrategia de intervención en Municipios priorizados para el Control Avanzado y la Pre Eliminación de la Tuberculosis como problema de Salud Pública.**

Esta estrategia de intervención está diseñada para identificar aquellos municipios que puedan ser intervenidos para lograr el Control Avanzado y la Pre Eliminación de la Tuberculosis como problema de Salud Pública.

Este esfuerzo de eliminación concertado y muy ambicioso, pretende lograr mediante una intervención concentrada y en un plazo de tiempo limitado, beneficios sostenidos a largo plazo.

Los avances logrados por el país en el control de la Tuberculosis basado en su capacidad instalada, las herramientas normativas vigente y el conocimiento de la situación epidemiológica de la TB permiten asumir este reto en municipios cuidadosamente seleccionados. En este sentido, El Salvador debe dedicar sus esfuerzos en cumplir con los criterios de aplicabilidad de la estrategia de Pre Eliminación de la TB definidos por la OMS, los cuales se muestran en el siguiente cuadro:

## **Etapas que OMS establece para el control avanzado, la pre eliminación y la eliminación de la Tuberculosis como problema de salud pública.**

Etapas	Fases	Metas epidemiológicas
1. Control avanzado	Control avanzado	Incidencia TBTF 24 – 20 por 100.000 hab.
	Pre-eliminación	Incidencia TBTF 19 – 15 por 100.000 hab.
2. Pre-eliminación	Incipiente	Incidencia TBTF 19 – 15 por 100.000 hab.
	En progreso	Incidencia TBTF 14 – 10 por 100.000 hab.
	Avanzada	Incidencia TBTF 9 – 5 por 100.000 hab.
3. Eliminación	Umbral de eliminación	Incidencia TBTF 5 - 1 por 100.000 hab.
	Avanzada	Incidencia TBTF 9 - 1 por 1 millón hab.
	Eliminación	Incidencia TBTF <1 por 1 millón habitantes.

**Países: CAN, CUB, COR, URU, CHI, USA**  
**Sub-nacional: MEX, ELS, COL**

### **PLAN DE ELIMINACION**

- 1. Compromiso político:** control de la TB en todo el SS –ACU; ↑recursos económicos y RRHH
- 2. ↑ Calidad de atención:** dx y tto oportuno y poblaciones a riesgo
- 3. Terapia preventiva**
- 4. ↑ vigilancia epidemiológica**
- 5. Fortalecer la red de lab:** nuevos métodos dx, epidem molecular
- 6. Vigilancia y tto de TB-MDR, TB/VIH, TB/DM,....**
- 7. CI:** SS y poblaciones congregadas
- 8. Incorporación comunidad y todos los actores**
- 9. M&E e investigación operativa**

Estos municipios, serán evaluados en un ejercicio de priorización específico, considerando las siguientes variables:

1. Carga de enfermedad- tasa menor al 24 x 100,000 hab
2. Detección del SR por arriba del 70%
3. Resultados epidemiológicos de los últimos 5 años
4. Con porcentaje de curación arriba del 85%
5. Uso adecuado de métodos diagnósticos
6. Infraestructura sanitaria
7. Control de calidad.

Se identifica de manera preliminar municipios que de acuerdo a los criterios anteriormente identificados se encuentran ya con una incidencia de casos entre 20 y 24 x 100, 000 hab. y en etapa de Pre Eliminación (incipiente) entre 15 a 19 por 100,000 habitantes. En estos municipios se realizaran acciones intensivas y priorizadas, contando con la participación de actores sociales claves.

En todas las etapas debe favorecerse las investigaciones operacionales y epidemiológicas, propiciando el intercambio de experiencias entre los actores locales y las diferentes regiones sanitarias.

Los municipios preliminarmente identificados considerando los criterios anteriores son 25 con una población de 690.967 habitantes. Ver anexo 5

## VI. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA NACIONAL MULTISECTORIAL PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN EL SALVADOR 2016-2020

### 6.1 OBJETIVOS DEL PLAN

#### Objetivo General:

Detectar precozmente la tuberculosis, disminuir la mortalidad e iniciar el proceso de Control Avanzado y la Pre Eliminación de la TB como problema de salud pública en municipios seleccionados aplicando la estrategia Post 2015 de la OMS a nivel nacional, con el apoyo e involucramiento multisectorial.

#### Objetivos específicos:

1. Diagnosticar y tratar precozmente la TB, TB/VIH, TB-MDR y comorbilidades, incluyendo el acceso universal a pruebas de sensibilidad; tamizaje sistemático de los contactos y grupos de alto riesgo, con enfoque centrado en la persona, la familia, la comunidad y sus determinantes sociales, con involucramiento multisectorial.
2. Generar suficiente compromiso político de las autoridades y de las comunidades, municipalidades, organizaciones de la sociedad civil y los proveedores de salud públicos y privados
3. Fortalecer el marco normativo y logístico para mejorar la gestión, asegurar calidad de medicamentos y su uso racional.
4. Iniciar el proceso de control avanzado y pre Eliminación de la Tuberculosis como problema de Salud Pública en municipios priorizados.
5. Fortalecer la investigación e implementar un sistema inteligente de información, para optimizar la aplicación de intervenciones, toma de decisiones basada en evidencias, diseño de nuevas estrategias, así como promover las innovaciones en la lucha contra la TB.
6. Desarrollar el Centro Regional de formación, capacitación y excelencia en buenas prácticas de control de la TB El Salvador.

### 6.2 ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan es de aplicación nacional y de estricto cumplimiento tanto a nivel central del Ministerio de Salud, así como en los diferentes niveles de atención de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud (RIISS) del Sistema Nacional de Salud, estratificando las intervenciones según la categorización de los municipios.

El PENM TB 2016-2020 servirá de referencia a otras instituciones de la sociedad civil, nacionales y extranjeras, instituciones públicas, autónomas y privadas del sector salud, representantes sectoriales, afectados por la enfermedad y comunitarios involucrados en la lucha contra la TB e incluye a las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, y las relacionadas con la educación formal y no formal, así como a las instancias de investigación en salud pública del país.

### 6.3 PRINCIPIOS RECTORES Y ENFOQUES DEL PLAN

#### Derechos Humanos

Compromiso de respetar y proteger los Derechos Humanos de todas las personas en los aspectos individuales, políticos, sociales, económicos y culturales, construyéndose así una estructura ético-jurídica con principios fundamentales de justicia, equidad, igualdad, libertad y dignidad personal entre otros.

### **Equidad**

La equidad implica disminuir las diferencias evitables e injustas al mínimo posible, recibir atención en función de la necesidad, independiente de su condición económica social y cultural.

### **Honestidad**

Es una cualidad del comportamiento de las personas. Este valor es indispensable para que las relaciones humanas se desenvuelvan en un ambiente de confianza y armonía, pues genera credibilidad y confianza en las personas y en los servicios de salud.

### **Ética**

Se entiende a la ética como una ciencia que se encarga de la moral de los actos humanos exclusivamente, y que los califica como buenos y malos a condición de que sean libres, voluntarios y consientes.

### **Respeto**

Es una de las bases en la que se sustenta la ética. El respeto es aceptar y comprender tal como son los demás. Es la consideración de que alguien o incluso algo tienen un valor por sí mismo y se establece como reciprocidad o respeto mutuo.

### **Responsabilidad**

La responsabilidad es un valor que está en la conciencia de la persona, que le permite flexionar, administrar, orientar y valorar las consecuencias de sus actos, siempre en el plano de lo moral.

### **Compromiso**

Es una promesa o declaración de principios donde se establecen acuerdos en el cual cada una de las partes asume la obligación de cumplir.

### **Cooperación**

Es el trabajo en común de un grupo o equipo de personas para alcanzar un objetivo compartido, usando métodos comunes al grupo, en lugar de trabajar de forma separada.

### **Confidencialidad**

Es un principio ético que garantiza que la información de las personas es accesible ~~o~~ para aquellos autorizados a tener acceso.

### **Humanización**

Es la acción y efecto de fomentar que las personas hagan el bien. Incluye también la aceptación de grupos sociales "vulnerables", con dificultades para la integración, por parte del resto de la sociedad. La aceptación de estos sectores humaniza a la sociedad en general.

### **Sensibilidad**

Es el valor que nos hace despertar hacia la realidad, descubriendo todo aquello que afecta en mayor o menor grado el desarrollo personal, familiar y social.

### **Solidaridad**

Acciones que favorecen el desarrollo de los individuos y las naciones, está fundada principalmente en la igualdad universal que une a todas las personas. Esta igualdad es una derivación directa e innegable de la verdadera dignidad del ser humano, que pertenece a la realidad intrínseca de la persona, sin importar su raza, edad, sexo, credo, nacionalidad o preferencia política.

**Gratuidad:** Significa el derecho de toda la población a recibir atención en los servicios de salud del sistema público sin tener que pagar por los servicios recibidos.

**Participación social:** La política de salud hace de la participación social uno de sus valores básicos, a la vez que es una de las prioridades del MINSAL para el quinquenio. La política de participación social que se propone está alineada y contenida en los Lineamientos Estratégicos de la Política de Participación Ciudadana del Programa de Gobierno 2009-2014.

### **Enfoque del plan**

Durante el período 2016-2020 se intensificarán los esfuerzos nacionales hacia la atención y prevención integrada de la TB, TB/VIH y TB-MDR, centrada en la persona, en el curso de vida, fomentando el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, en las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad; Se hará el abordaje integral de las enfermedades respiratorias; y se establecerán políticas audaces y el fortalecimiento de los sistemas de soporte.

El enfoque multisectorial del plan conlleva el establecer un abordaje integral y descentralizado, con una alta participación de la sociedad civil y las municipalidades, basado en el irrestricto cumplimiento de los Derechos Humanos, la transversalización del enfoque de género y la reducción del estigma y discriminación.

### **Multisectorial**

El trabajo Multisectorial promueve la organización con los diferentes sectores del país, buscando generar una verdadera participación ciudadana. La Multisectorialidad es una estrategia de intervención conjunta y coordinada de las organizaciones de diversos sectores, utilizando todas las sinergias locales, reforzando las actividades e interacciones entre organizaciones, instituciones y la sociedad civil.

La introducción del concepto de vinculación entre acciones (enfoque integrado y multisectorial) pretende: a) hacer más coherente las intervenciones e innovaciones del PENMTB 2016-2020 mediante la articulación de las acciones y los proyectos institucionales, organizaciones, sectoriales y comunitarios, b) utilizar todas las sinergias locales, reforzando las actividades e interacciones entre organizaciones, instituciones y agentes de las regiones sanitarias del país.

### **Familiar/comunitario**

Conjunto de acciones de salud integrada que realiza un equipo de salud con la participación activa de la familia y la comunidad.

Es uno de los componentes fundamentales para la ejecución del PENM TB, comprende acciones que el personal de los establecimientos de salud realiza en las comunidades, en coordinación con los agentes de salud y otros líderes de la comunidad.

### **Riesgo**

Implica la probabilidad que incremente la aparición de consecuencias adversas para la salud, el proyecto debido, la supervivencia personal y de otros. El enfoque de riesgo asume que a mayor conocimiento sobre los eventos negativos, mayor posibilidad de actuar sobre ellos con anticipación para prevenirlos.

## **Sostenibilidad**

Aplicación y desarrollo de acciones de probada eficacia para incidir en la salud de la población, fortalecer el control y la lucha contra la TB dentro de los servicios de salud, de acuerdo a los modelos de atención integrales e integradas de servicios de salud, mediante actividades de comunicación, información y educación sanitaria para mejorar la búsqueda de sintomáticos respiratorios y su atención. Es decir procesos que sean continuos y con una corresponsabilidad con la familia y participación de la comunidad.

## **6.4 FUNDAMENTACIÓN ESTRATÉGICA**

**El PENMTB 2016-2020 tiene como fundamentación estratégica:**

### **6.4.1 Propósito**

Mejorar el nivel de salud de la población salvadoreña, mediante la modernización y el desarrollo de intervenciones multisectoriales, tendientes a la atención integral e integrada de la salud de las personas, la familia y la comunidad, disminución de los riesgos y daños así como el impacto socio económico de la Tuberculosis en el marco de la reforma de salud.

### **6.4.2 Misión**

Disminuir el riesgo de la transmisión de la Tuberculosis, reduciendo su incidencia, prevalencia, mortalidad, a través del fortalecimiento de la promoción, prevención y la atención eficaz y oportuna; seguimiento del paciente y sus contactos en el marco de la Estrategia Post 2015 de la OMS, facilitando para ello el acceso y uso de los servicios de salud en coordinación y cooperación multisectorial, involucrando a todos los sectores de la población, a fin de iniciar un proceso de Control Avanzado y Pre Eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública.

### **6.4.3 Visión**

El Salvador libre de Tuberculosis como problema de salud pública.

### **6.4.4 Metas:**

Considerando la tendencia de la morbimortalidad de los últimos 10 años y haciendo una proyección de ésta hacia los próximos 5 años; se han planeado las siguientes metas:

1. Detectar por lo menos el 90% de los Sintomáticos Respiratorios priorizando los municipios que presentan mayor brecha de detección,
2. Detectar por lo menos el 90% de los casos de Tuberculosis priorizando los municipios que presentan mayor brecha de detección,
3. Curar arriba del 90% de los casos de TB pulmonar bacteriología positiva,
4. Lograr que el 100% de las instituciones proveedoras del Sistema Nacional de Salud apliquen el abordaje integral de enfermedades respiratorias AITER/PAL al menos en los municipios priorizados.
5. Disminuir la tasa de mortalidad por TB en el país de 0.5 x 100,000 hab. a 0.4 x 100,000 hab. (reducción del 20%).



6. Disminuir el porcentaje de fallecidos por la coinfección TB/VIH en 5 puntos porcentuales con relación al 2012 (19%).
7. Operativizar la Estrategia "Post 2015" en el 100% de los servicios del Sistema Nacional de Salud y CP y organizaciones de la sociedad civil.
8. Detectar al menos el 90% de los casos confirmados bacteriológicamente de tuberculosis farmacorresistente (tuberculosis resistente a la rifampicina y/o tuberculosis multirresistente) notificados al programa nacional de tuberculosis.
9. Tratar al menos el 100% de los casos confirmados bacteriológicamente de tuberculosis farmacorresistente (tuberculosis resistente a la rifampicina y/o tuberculosis multirresistente) notificados al programa nacional de tuberculosis
10. Alcanzar una tasa de incidencia de TB entre el 20 al 24 x 100,000 hab. en al menos el 50% de los municipios priorizados para el Control Avanzado.
11. Alcanzar una tasa de incidencia de TB entre el 19 al 15 x 100,000 hab. en al menos el 50% de municipios clasificados en pre-eliminación.
12. Lograr un éxito de tratamiento del 100% de los casos de TB farmacorresistente.

Una de las metas de la Estrategia post 2015 es la reducción de la incidencia de TB, sin embargo, aunque en el objetivo del PENMTB se menciona que se reducirá la incidencia, nos encontramos con la evidencia de que el país en los últimos 3 años ha experimentado un incremento en la incidencia de casos nuevos de TB de 30.5 en el año 2011 a 34.6/100.000 hab en el 2013.

Sin embargo, este incremento de la incidencia es debido al esfuerzo que se plantea en el PENMTB de aumentar la búsqueda de SR y la detección de casos con participación multisectorial. En conclusión el planteamiento estratégico a mediano plaza del plan de TB es de detectar más casos TB pulmonares y garantizar su curación con la finalidad de que al final del período en mención alcancemos una meseta o una disminución de la incidencia.

#### **6.4.5 Indicadores de impacto o trazadores:**

1. Tasa de incidencia de casos notificados de de tuberculosis todas las formas, confirmada bacteriológicamente y con diagnóstico clínico, (casos nuevos y recaídas) a nivel nacional Reportada por sexo y edad por 100 mil habitantes.
2. Tasa de éxito de tratamiento (casos nuevos y recaídas tratados por TB) en mujeres y hombres,
3. Número y porcentaje de casos confirmados de TB-MR que reciben tratamiento según las directrices internacionales. en mujeres y hombres
4. Tasa de éxito en el tratamiento de los casos confirmados de TB-MDR en mujeres y hombres.
5. Disminuir el porcentaje de fallecidos por la coinfección TB/VIH.

**El país ha determinado que para medir el impacto del plan estratégico se evaluarán 5 indicadores trazadores, los cuales se describen a continuación.**



## 1. INCIDENCIA DE CASOS DE TUBERCULOSIS.

La OMS para el año 2012 estimó para El Salvador una tasa de prevalencia mínima de 12 por 100,000 y una máxima de 68 por 100,000 (4,300 casos de TB todas las formas). Al hacer un cálculo diferenciado por municipios para el año 2013, estos se clasificaron de acuerdo a: su densidad poblacional, nivel de pobreza, brecha de detección de sintomáticos respiratorios y casos diagnosticados.

Obteniendo para el año 2,013 un número de 65 municipios que presentaban una tasa de 13.2 X 100,000, con una mayor brecha de detección de sintomáticos respiratorios y de casos diagnosticados; 172 municipios que presentaron una detección de sintomáticos arriba del 75% y una tasa de incidencia de casos arriba de la estimada (46 X 100,000) y 25 municipios que tenían una detección mayor al 70 % de sintomáticos respiratorios programados y una tasa menor a 16.3 por 100,000 habitantes.

Usando la tendencia de crecimiento poblacional, y colocándole una meta de tasa de incidencia diferenciada por población de la siguiente forma:

- 25 municipios que ingresarían a control avanzado, estimándoles una tasa de incidencia 24 por 100,000 como meta.
- 172 municipios con menor brecha de detección de sintomáticos e incidencia mayor de la estimada, se le estimará la meta de 46.08 por 100,000; manteniéndoles lo que se ha alcanzado para el 2013.
- 65 Municipios de mayor brecha, se les estimará una tasa de incidencia de 33.8 por 100,000 como meta. (tasa de incidencia de casos de TB del país)

Se ha realizado la estimación de casos esperados por año, se ha definido la meta de casos a detectar, de acuerdo a la capacidad instalada y la estrategia propuesta, se ha definido la meta en porcentajes y la incidencia meta a detectar por cada año de ejecución del plan, tal como se muestra en el siguiente cuadro:

### ESTIMACIÓN DE CASOS ESPERADOS, METAS E INCIDENCIA POR 100,000 HABITANTES DE NIVEL NACIONAL. AÑOS 2016-2020

	2016		2017		2018		2019		2020	
	Poblacion	Casos Esperados	Poblacion	Casos Esperados	Poblacion	Casos Esperados	Poblacion	Casos Esperados	Poblacion	Casos Esperados
Municipios	6412028		6456715		6503218		6551472		6601411	
Brecha Baja (25)	705323.08	169.277539	710238.65	170.457276	715353.98	171.684955	720661.92	172.958861	726155.21	174.27725
Brecha Intermedia (172)	4103697.92	1890.984	4132297.6	1904.16273	4162059.52	1917.87703	4192942.08	1932.10771	4224903.04	1946.83532
Brecha alta (65)	1603007	541.816366	1614178.75	545.592418	1625804.5	549.521921	1637868	553.599384	1650352.75	557.81923
Total de Casos Esperados		2602		2620		2639		2659		2679
Meta en %		87		89		90		90		90
Meta Casos a detectar		2264		2332		2375		2393		2679
Incidencia Meta/100000		35.3		36.1		36.5		36.5		36.5

## 2. TASA DE ÉXITO DE TRATAMIENTO

Se ha definido la meta de casos de TB todas las formas a detectar **basado en el 65% de la carga de TB bacteriológicamente pulmonar positivo del año 2013** y de estos los casos bacteriológicamente confirmados, estimando el éxito de tratamiento en un 93% para cada año, tal como se muestra en el siguiente cuadro:

	2016	2017	2018	2019	2020
<b>META CASOS A DETECTAR TODAS LAS FORMAS</b>	2264	2332	2375	2393	2411
<b>CASOS BACTERIOLOGICAMENTE CONFIRMADOS</b>	1471	1416	1544	1556	1567
<b>ÉXITO DE TRATAMIENTO</b>	1324	1364	1389	1400	1410
<b>ÉXITO DE TRATAMIENTO EN %</b>	93%	93%	93%	93%	93%

## 3. TASA DE ÉXITO DE TRATAMIENTO EN MUJERES Y HOMBRES, CASOS NUEVOS TRATADOS POR TB.

Se ha definido la meta de casos de todas las formas a detectar y de estos los casos bacteriológicamente confirmados, estimando el éxito de tratamiento en un 90% para cada año, tal como se muestra en el siguiente cuadro:

	2016	2017	2018	2019	2020
<b>META CASOS A DETECTAR TODAS LAS FORMAS</b>	2264	2332	2375	2393	2679
<b>CASOS BACTERIOLOGICAMENTE CONFIRMADOS</b>	1471	1416	1544	1556	1567
<b>ÉXITO DE TRATAMIENTO</b>	1285	1324	1364	1389	1400
<b>ÉXITO DE TRATAMIENTO EN %</b>	90%	90%	90%	90%	90%

**4. NUMERO Y PORCENTAJE DE CASOS CONFIRMADOS EN MUJERES Y HOMBRES DE TB-MDR QUE RECIBEN TRATAMIENTO SEGÚN LAS DIRECTRICES INTERNACIONALES.**

De acuerdo a la notificación de casos del país, se propone la siguiente meta de detección:

	2016	2017	2018	2019	2020
<b>CASOS ESTIMADOS OMS CON BASE A PREVALENCIA</b>	20	20	19	19	19
<b>META DE DETECCION DE PAIS</b>	14	16	17	17	17
<b>META DE DETECCION DE PAIS EN %</b>	70%	80%	90%	90%	90%

**5. TASA DE ÉXITO EN EL TRATAMIENTO DE LOS CASOS CONFIRMADOS DE TB-MDR EN HOMBRES Y MUJERES.**

La tasa de éxito de tratamiento se ha estimado en el 100% de los casos que se presenten:

	2016	2017	2018	2019	2020
<b>META DE DETECCION DE PAIS</b>	14	16	17	17	17
<b>TASA DE ÉXITO TX CASOS TB MDR</b>	100%	100%	100%	100%	100%

**6. DISMINUIR EL PORCENTAJE DE FALLECIDOS POR LA COINFECCION TB/VIH**

	2016	2017	2018	2019	2020
<b>META DE DETECCION DE PAIS</b>	10	10	11	11	11
<b>PORCENTAJE DE FALLECIDOS POR LA COINFECCION TB/VIH</b>	19	19	19	19	18

El detalle de los Indicadores de proceso y de resultado del plan serán elaborados y validados en el Plan de Monitoreo y Evaluación del PNMTB 2015-2020

#### 6.4.6 Grandes Estrategias del Plan

El PENM TB 2016-2020 está fundamentado en la estrategia post 2015 propuesta por la OMS y articula los requerimientos identificados a través de un exhaustivo análisis de brechas, así como los aportes de los diferentes actores y sectores participantes en el proceso de diálogo nacional que permitió una amplia participación de actores y sectores involucrados en la lucha contra la TB y promovió una fuerte coalición con las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades

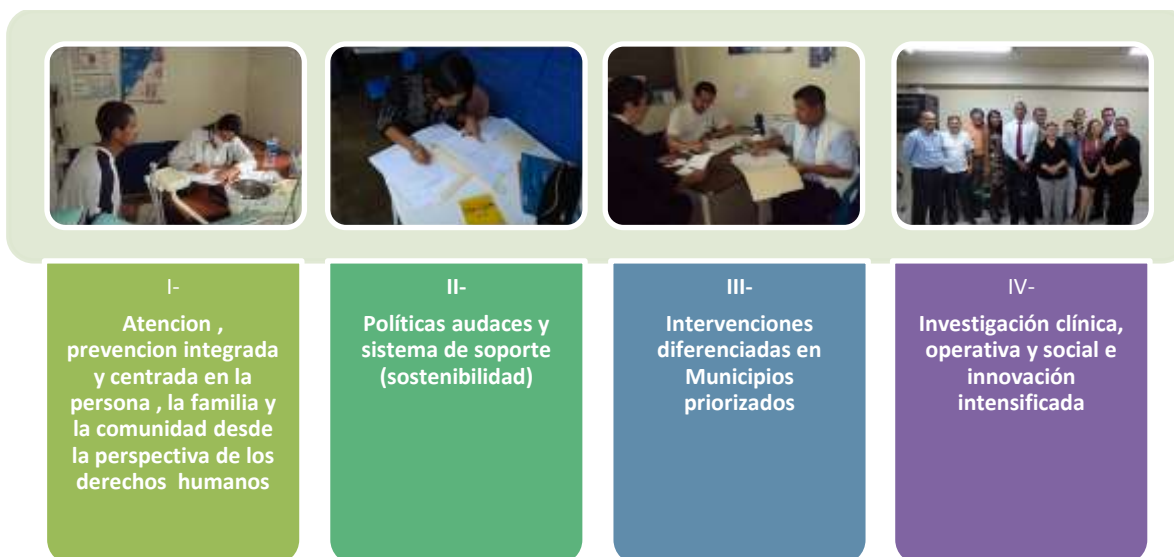
La sociedad civil y comunidades deberán tener una participación activa en la implementación del Plan, para lo cual se deberá facilitar los espacios específicos y bien definidos en la planificación, el diseño de los programas, la prestación, el seguimiento de los servicios, la información, la educación, el apoyo a los pacientes y a sus familias, la investigación y las actividades de promoción. Para ello se prevé crear una coalición sólida que ayude a las personas a acceder a una atención de calidad y a demandar mejores servicios, así como impulsar una mayor actuación sobre los determinantes de la tuberculosis.

Por otra parte también es importante destacar que las políticas y estrategias utilizadas para elaborar la respuesta nacional contienen un sólido enfoque de derechos humanos, ética, equidad de género y calidad.

Un enfoque multidisciplinario y multisectorial es imprescindible para aplicar los componentes del PENMTB 2016-2020. La responsabilidad de la implementación recae no solo en el MINSAL, sino también en otros ministerios del sistema de protección social universal (SPSU). El compromiso y la rectoría de los niveles más altos del gobierno serán imprescindibles para propiciar la adopción de medidas por parte de estos ministerios.

Ello debería provocar la obtención de recursos suficientes y la responsabilidad con respecto a fortalecer la atención clínica óptima e integrada; la protección a la persona y su familia contra los gastos de carácter catastrófico por causa de la enfermedad; intervenciones sociales orientadas a disminuir la vulnerabilidad ante la enfermedad; la protección y el fomento de los derechos humanos.

#### 6.4.7 Enfoque Estratégico del Plan está fundamentado en el desarrollo de 4 pilares:



El presente PENMTB 2016-2020, la mayoría de las estrategias están descritas como listas de actividades, ya que el mayor desglose que detallan actividades y tareas específicas serán consignadas en los planes operativos de vigencia anual lo que permitirán una evaluación exhaustiva de la pertinencia técnica.

Cada uno de estos Componentes contiene una serie de objetivos estratégicos, los cuales se presentan a continuación:

#### **PILAR 1:**

#### **Atención, prevención integrada y centrada en la persona, la familia y la comunidad desde la perspectiva de los derechos humanos.**

##### **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**

1. Diagnosticar precozmente la TB, TB-MDR, incluyendo el acceso universal a pruebas de sensibilidad; tamizaje sistemático de los contactos y grupos de alto riesgo
2. Proporcionar tratamiento oportuno a las personas con TB y drogo resistencia a TB centrado en los derechos humanos de la persona incluyendo a la familia y su soporte integral
3. Fortalecer el abordaje integral de enfermedades respiratorias (AITER/PAL)
4. Fortalecer las actividades de colaboración TB/VIH, el manejo de co-morbilidades y el control de infecciones.
5. Implementar el plan nacional de control de infecciones de la tuberculosis en la RIISS
6. Proporcionar atención integral para las personas en alto riesgo y grupos vulnerables.

#### **PILAR 2:**

#### **Políticas audaces y sistema de soporte (sostenibilidad)**

##### **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**

1. Generar compromiso político a más alto nivel y multisectorial con recursos adecuados para la atención y prevención de TB
2. Lograr el compromiso de las comunidades, municipalidades, organizaciones de la sociedad civil y los proveedores de atención públicos y privados para la respuesta y el abordaje integral de la tuberculosis
3. Fortalecer el marco normativo y logístico para la notificación de casos, registros vitales, calidad de los medicamentos y su uso racional, así como denuncia de la violación de los derechos humanos de los pacientes con TB.
4. Implementar estrategias de abogacía, comunicación y movilización social para el cambio de comportamiento en la población y la participación social, fomento al respeto de los DDHH y disminución del estigma y la discriminación.
5. Fomentar acciones sobre los determinantes sociales de la TB a través de la acción multisectorial.

#### **PILAR 3:**

#### **Intervenciones diferenciadas en Municipios priorizados**

##### **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**

1. Implementar estrategias diferenciadas en municipios priorizados de acuerdo a brechas de búsqueda, detección, cobertura de servicios de salud, pobreza y densidad poblacional para la prevención y el control de la tuberculosis.
2. Iniciar el proceso de control avanzado y pre Eliminación de la Tuberculosis como problema de Salud Pública con la implementación de una estrategia de intervención en municipios priorizados.

#### **PILAR 4:**

#### **Investigación clínica, operativa y social e innovación intensificada**

## OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

1. Fortalecer la investigación clínica, operativa y social; así como la asistencia técnica para optimizar la aplicación de intervenciones, la toma de decisiones y el diseño de nuevas estrategias innovadoras
2. Desarrollar el Centro Regional de formación, capacitación y excelencia en buenas prácticas de control de la TB El Salvador.
3. Implementar un sistema de información electrónico de TB innovador
4. Fortalecer la investigación clínica, operativa y social, para optimizar la aplicación de intervenciones, la toma de decisiones y el diseño de nuevas estrategias innovadoras.
5. Desarrollar el Centro Regional de formación, capacitación y excelencia en buenas prácticas de control de la TB El Salvador.
6. Implementar un sistema de información electrónico de TB innovador.

## DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS DE LOS PILARES DEL PENMTB 2016 – 2020.

### 1. ATENCIÓN Y PREVENCIÓN INTEGRADA Y CENTRADA EN LA PERSONA, LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS

**Mejora de la calidad de atención** será uno de los ejes centrales del PENMTB, por lo que esta intervención promoverá la homogenización de los mecanismos ya existentes en el PNTYER para la evaluación periódica del trabajo de cada una de las regiones/SIBASI, definiendo para ello los criterios y estándares generales que deben ser aplicados por el colectivo sanitario, es decir esta intervención establecerá criterios de acreditación de los establecimientos de salud de las regiones/SIBASI, con el objeto de incentivar y motivar que el proceso de Pre Eliminación de la TB se lleve gradualmente y de manera sostenida, alcanzando las metas con un nivel de calidad óptimo.

En este proceso es necesario incorporar la evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud para el control de la TB, complementando de este modo las diferentes vertientes de la garantía de calidad asistencial.

#### 1.1 Diagnóstico temprano de la tuberculosis, incluido el acceso universal a las pruebas de sensibilidad y el tamizaje sistemático de contactos y grupos de alto riesgo

**Detección temprana de la tuberculosis.** Para alcanzar el acceso universal al diagnóstico temprano y exacto de la tuberculosis, será preciso fortalecer y ampliar la red de diagnóstico con un sistema de envío, traslado y entrega de resultados de muestras, acceso fácil a las nuevas pruebas moleculares; facilitar información y comunicación que estimule a las personas con síntomas de tuberculosis a solicitar atención; lograr la participación de los proveedores de servicios de salud públicos y privados; eliminar las barreras (geográficas, económicas y tecnológicas) que impiden a las personas buscar atención.

Estimular la detección del SR en mujeres aprovechando incluso sus visitas rutinarias a sus controles médicos. Realizar el tamizaje sistemático en grupos vulnerables, a través de la búsqueda activa de SR, personas con enfermedades de las vías respiratorias bajas y comorbilidades en toda la red de servicios de salud principalmente a nivel hospitalario.

**Detectar todos los casos de tuberculosis farmacorresistente,** es imprescindible para avanzar en la atención y el control de la enfermedad en el país. Para este propósito se fortalecerá la vigilancia de los pacientes antes tratados con el 100% de auditorías y con la fármaco vigilancia a la resistencia de medicamentos de primera y segunda línea, también con la expansión de pruebas diagnósticas moleculares para TB principalmente en los grupos vulnerables .y desarrollando las capacidades técnicas de los recursos

**Fortalecer el tamizaje sistemático de la tuberculosis en determinados grupos vulnerables.** La no detección de la TB en grupos vulnerables genera altos costos de oportunidad por lo que, para

mejorar la detección temprana de casos se realizará el mapeo de grupos de alto riesgo y la implementación de estrategias de detección activa de la enfermedad en municipios priorizados de acuerdo a las brechas de detección de casos. (Tamizaje sistemático a través de búsqueda activa, uso de pruebas de laboratorio Gene Xpert, Rayos X)

Los grupos prioritarios para esta intervención serán los contactos de personas con TB, especialmente los menores de 10 años, las personas con VIH, Diabetes Mellitus, población con enfermedades pulmonares crónicas: asma, EPOC, enfermedad crónica de vías respiratorias bajas, personas inmunosuprimidas, con IRC, tabaquistas, los trabajadores de salud expuestos y población Privada de Libertad (PL) y esta última por su alta incidencia de casos, además de acciones de prevención y el control de la TB, TB/VIH y TB-MDR, se harán mejoras y adecuaciones en la infraestructura para el aislamiento y el control de infecciones.

El abordaje para el trabajo en las comunidades se realizará bajo varios mecanismos:

1. Participación de ECOS comunitarios básicos y especializados a través de los promotores específicos, en aquellos municipios en donde estos han sido destacados.
2. A través de cartas acuerdos con ONG's (subreceptores) en coordinación con las UCSF, en los lugares en donde no existan ECOS
3. A través de memorándum de entendimiento firmados con la Corporación de Municipalidades de El Salvador (COMURES)

El rol de las municipalidades puede desarrollarse tanto en municipios con o sin ECOS.

Se ha planificado establecer incentivos con base en buenos resultados, entendidos estos como reconocimiento al municipio que más reduzca la brecha, reconocimiento a la Región que más acorte sus brechas de detección de casos, así como a la menor mortalidad entre otros. Estos reconocimientos se brindaran por cumplimiento de metas

## **1.2 Proporcionar tratamiento a las personas con tuberculosis, incluido la drogorresistencia con el soporte centrado en la persona en el curso de vida**

**Tratar todas las formas de tuberculosis sensibles a los medicamentos.** Este enfoque permitirá fortalecer los servicios para el tratamiento apropiado de todas las formas de TB en el curso de vida. El tratamiento será estandarizado, gratuito y estrictamente supervisado, universal, libre de prácticas y actitudes de discriminación con soporte para garantizar la adherencia al tratamiento con grupos de autoayuda, consejería de pares y especializados. Las poblaciones afectadas y los grupos de alto riesgo recibirán una atención oportuna de la comorbilidad con miras a acelerar la disminución de la tasa de letalidad.

**Tratar todos los casos de tuberculosis Drogo resistente.** La farmacoresistencia plantea una gran amenaza al progreso mundial de la atención y prevención de la tuberculosis. Se calcula que en el mundo un 4% de los casos nuevos y un 20% de los pacientes en quienes se repite el tratamiento padecen tuberculosis multirresistente.

Brindar acceso universal a los servicios contra la tuberculosis farmacoresistente exigirá una rápida ampliación de los servicios de laboratorio y gestión programática. Los nuevos modelos de tratamiento centrado en la persona habrán de concebirse y adaptarse a entornos y circunstancias diversos, lo cual hace necesario la ampliación de los servicios para el tratamiento de la tuberculosis farmacoresistente aplicando políticas audaces e inversiones para eliminar los obstáculos que dificultan el acceso a los servicios de salud (Geográficas, económicas y tecnológicas) y la cadena logística de medicamentos e insumos.



Es muy importante que los prestadores que tratan la tuberculosis farmacorresistente reciban capacitación y formación continua para que puedan aplicar las normas internacionales en su práctica profesional, condición que ha sido incorporada en el presente plan.

Así mismo es necesario el abastecimiento oportuno de los medicamentos para el tratamiento de la farmacoresistencia y sus efectos adversos garantizando la calidad de los mismos.

**Incorporar el apoyo centrado en la persona en tratamiento de la tuberculosis.** La atención y el apoyo centrados en la persona, dirigidos a satisfacer sus necesidades educativas, emocionales y materiales, son fundamentales en la implementación del PENMTB. La supervisión humanizada del tratamiento de las personas reviste una importancia decisiva; para que las personas tomen sus medicamentos en forma regular, terminen se curen y eviten el surgimiento de farmacoresistencia.

La supervisión y el apoyo centrados en la persona deben reconocer y abordar los factores que propicien la interrupción del tratamiento; mitigar el estigma y la discriminación. Se plantea que el apoyo a la persona debe ir más allá de los establecimientos de salud y llegar al hogar de los pacientes, la familia, el lugar de trabajo y la comunidad. Además, es fundamental ocuparse de cualquier secuela de la tuberculosis, posterior a la curación.

**Abordar el problema de la tuberculosis infantil.** La tuberculosis es una causa importante de morbilidad y mortalidad en los niños y los servicios de la salud de la RISS debe tener presente que:

- a. La TB en niños tiene menor incidencia que en el adulto, es de evolución insidiosa, presenta sintomatología clínica específica y hay poca probabilidad de recuperar el bacilo, por tanto el diagnóstico resulta difícil.
- b. La TB primaria o primo infección es más frecuente que la reinfección.
- c. En general, durante los primeros cinco años de vida, el niño con TB es poco bacilar por lo que no es trasmisor de la enfermedad, conforme aumenta la edad puede ser bacilífero e integrarse a la cadena de transmisión.
- d. Los niños por lo general son contactos de casos de TB en todas sus formas en adultos y deben investigarse siguiendo los criterios de diagnóstico.

Para el abordaje de la TB en menores de 10 años, se fortalecerá la evaluación conjunta y sistemática de todos los criterios diagnósticos: clínico, epidemiológico (contacto), tuberculina (PPD), radiológico, anatomopatológico, microbiológico (baciloscopía y cultivo de esputo, aspirado gástrico y otras muestras), así como, introducir nuevos métodos para la recolección de muestras como es test de la cuerda en tres establecimientos pilotos a nivel nacional en niños mayores de 4 años. También se fortalecerá el uso de material educativo dirigido al personal de salud y la comunidad.

**1.3 Fortalecer el abordaje integral de enfermedades respiratorias (AITER/PAL).** La iniciativa PAL que introduce acciones estandarizadas de atención de enfermedades respiratorias en la red de servicios de salud incluyendo hospitales debe fortalecerse para mejorar la detección y calidad del diagnóstico de la tuberculosis, Enfermedades de las vías respiratorias bajas (asma, EPOC), personas tabaquistas, entre otras.

Esta iniciativa se expandirá al 100% de los establecimientos del MINSAL, ISSS y clínicas médicas de los centros penitenciarios. Se brindara apoyo para la gestión de recursos e insumos para dicha estrategia.

**1.4 Fortalecer las actividades de integración contra la tuberculosis y la infección por el VIH, el manejo de comorbilidades y el control de infecciones**



### **Fortalecer la integración de los programas de tuberculosis y VIH/Sida.**

La meta global de las actividades colaborativas de los programas de tuberculosis y VIH/Sida es disminuir la carga de ambas enfermedades en las personas que tienen riesgo de padecerlas o que ya las padecen a fin de disminuir el riesgo de mortalidad y sufrimiento humano.

La tuberculosis asociada con la infección por el VIH representa alrededor de una cuarta parte de las defunciones por tuberculosis y una cuarta parte de las causadas por el sida. Todas las personas con Tuberculosis e infectados por el VIH deben ser tratados con antirretrovirales de dosis fija, la investigación de TB en toda persona con VIH así como la investigación de VIH en todo paciente TB.

### **Tratar al mismo tiempo la tuberculosis, la comorbilidad asociada y las enfermedades no transmisibles.**

Varias enfermedades no transmisibles y otros problemas de salud como la diabetes mellitus, la desnutrición, el hábito de fumar, el consumo nocivo de alcohol y el consumo de drogas psicotrópicas, así como una variedad de trastornos y tratamientos inmunodepresores, son factores de riesgo de contraer tuberculosis.

Las personas con morbilidad asociada pueden presentar resultados desfavorables aun con tratamiento antituberculoso y elevar la mortalidad. Por lo tanto, toda persona con una enfermedad crónica no transmisible deberá investigársele TB como parte de una atención clínica básica y coordinada.

Por lo que este Plan establece la realización de tamizaje a las personas con Diabéticas, HTA, Enfermedad Crónica de Vías Respiratorias bajas, Insuficiencia Renal Crónica y Cáncer, considerando su perfil epidemiológico y su comportamiento en los últimos años.

### **Control de Infecciones:**

En general, las infecciones asociadas a la atención de la salud pueden afectar a los pacientes, a los trabajadores de salud e inclusive a los visitantes.

Pueden presentarse en hospitales de alta y baja complejidad, en centros de salud del primer nivel de atención, o en sitios de congregación de personas, como centros penales, albergues para personas de escasos recursos, asilo de ancianos y cuarteles militares, entre otros.

Cuando se compara el riesgo de transmisión del M. tuberculosis a nivel hospitalario con el nivel comunitario, el primero es varias veces mayor; y esto es de mayor magnitud cuando se compara el riesgo de transmisión en el centro penitenciario, con el nivel comunitario. Últimamente se ha puesto atención a la transmisión de infecciones, sobre todo de tuberculosis, al interior de las viviendas de los pacientes.

En el presente plan se incorpora el control de infecciones a fin de implementar intervenciones de gestión, administrativas, ambientales y personales las cuales deben formar parte de las normas y lineamientos del manejo de las enfermedades infecciosas en todos los niveles de atención, lugares de congregación, hogares de pacientes y comunidad, con participación de la sociedad civil de forma intersectorial, así como de las normas relacionadas con la construcción de infraestructura sanitaria y organización interna de los establecimientos salud, lo que permitirá disminuir el riesgo y la carga de TB en los trabajadores de salud, los familiares de las personas que asisten a los servicios de salud y visitantes de centros de congregación.

La reglamentación apropiada es indispensable para el control efectivo de la infección en los servicios de asistencia sanitaria y otros entornos donde el riesgo de transmisión sea elevado, por lo que este plan contempla la elaboración de lineamiento técnicos para el abordaje del control de infecciones.

La implementación del Control de Infecciones-TB (CI/TB) en el país, se desarrollarán en los siguientes escenarios:

- a. Nacional y sub-nacional  
Contar con un plan nacional de control de infecciones de tuberculosis con actividades que impulsen la planificación de intervenciones generales en las que se incluyan las medidas de precauciones por vías respiratorias, adecuaciones de infraestructura sanitaria, flujogramas de accesos en todos los ámbitos y espacios de los procesos de la atención sanitaria.
- b. Establecimientos de salud  
Establecer el uso adecuado de los ambientes de atención a pacientes, así como, su diseño, remodelación o construcción apropiada, considerando las precauciones estándar y aquellas que según los mecanismos de transmisión de microorganismos en los establecimientos de salud son consideradas prioritarias según la autoridad sanitaria.
- c. Sitios de congregación  
Planificar, organizar, implementar y evaluar, las actividades de CI-TB en centros penales, centros intermedios (PPL no penalizadas) y Centros de readaptación de menores (ISNAS), a fin de que las personas privadas de libertad no se conviertan por el alto riesgo en focos transmisores de la enfermedad al interior y/o al exterior de estos.
- d. Hogares de pacientes con TB y su entorno  
Establecer acciones estratégicas de precaución a fin de disminuir el riesgo de transmisión del M. tuberculosis al interior de las viviendas de los pacientes, sus contactos y su entorno con la participación de la comunidad y de la sociedad civil.

### **1.5 Proporcionar tratamiento preventivo con Isoniacida a los grupos de alto riesgo.**

Solamente a los contactos de TB menores de 10 años y las personas infectadas por VIH previo descarte de la tuberculosis se le manejará con TPI monitoreándolas de forma estrecha y a las personas con Diabetes Mellitus, privados de libertad y los trabajadores expuestos, serán investigados tal como lo establece la norma nacional, para descartar la tuberculosis activa, y de no padecer la enfermedad se le brindará atención integral preventiva.

Continuar la vacunación con BCG en todo recién nacido. La vacuna BCG (bacilo de Calmette-Guérin) previene las formas diseminadas de la enfermedad, en particular la meningitis tuberculosa y la miliar, que en los lactantes y niños pequeños se acompañan de una gran mortalidad. Con todo, su eficacia contra la tuberculosis pulmonar, que varía según los grupos de población, es apenas del 50%.

Mientras no se obtengan vacunas más eficaces, la vacunación con BCG al poco tiempo de nacer debe continuar en todos los recién nacidos; quedan eximidas las personas infectadas por el VIH que viven en lugares donde la prevalencia de tuberculosis es alta.

Por otra parte se fortalecerá a las organizaciones de la sociedad civil que trabajan con PEMAR para la realización de intervenciones para la promoción, prevención y control de la TB y la Coinfección VIH/TB a nivel comunitario.

## **2. POLÍTICAS AUDACES Y SISTEMAS DE SOPORTE (SOSTENIBILIDAD)**

### **2.1 Generar compromiso político y recursos suficientes para la atención y prevención de La tuberculosis**

### **Elaborar planes estratégicos nacionales ambiciosos.**

La ampliación y la sostenibilidad de las intervenciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la tuberculosis exigirán desarrollar las siguientes acciones:

- Compromiso político de alto nivel con la asignación recursos económicos y humanos necesarios.
- Capacitación y supervisión continúa del personal, las cuales son fundamentales para la sostenibilidad de las actividades de promoción, prevención y atención de la tuberculosis.
- La coordinación central bajo la rectoría del MINSAL.

En tal sentido, se tomaron en cuenta las características epidemiológicas de la tuberculosis, la estructura y las funciones del sistema de salud, los mecanismos de compras y suministro, la disponibilidad de recursos, las políticas de regulación, los vínculos con el Sistema de Protección Social Universal, el papel que desempeñan las comunidades, las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado; así como, la coordinación con las partes interesadas, lo cual posteriormente se ejecutará a través de planes operativos anuales.

El PENMTB es un Plan ambicioso, integrador, que involucra a todos los proveedores de servicios de salud y la sociedad civil en el marco de la reforma de salud del país, el cual incorporar cinco planes secundarios bien definidos: un plan estratégico, un plan de presupuesto, un plan de monitoreo y evaluación, un plan operativo y un plan de asistencia técnica.

## **2.2 Lograr el compromiso de las comunidades, las organizaciones de la sociedad civil y todos los prestadores de atención públicos y privados**

**Envolver a la comunidad y la sociedad civil.** Una respuesta firme para detener la epidemia de tuberculosis exigirá establecer alianzas perdurables entre el sector salud, la sociedad civil y entre el primero y la comunidad. Los miembros de la comunidad que están bien informados pueden identificar oportunamente a las personas presuntamente enfermas de tuberculosis, remitirlas para el diagnóstico, apoyarlas durante el tratamiento y ayudarlas a mitigar el estigma y la discriminación.

Las organizaciones de la sociedad civil y la comunidad poseen capacidades específicas y la respuesta nacional a la Tuberculosis debe aprovecharlas.

Se pretende incorporar a las ONG`s, a fin de que atiendan a los grupos vulnerables, movilizar a la comunidad de implementar estrategias de Comunicación, Educación e Información, con el propósito de superar la brecha de detección y tratamiento oportunos de personas con TB, TB/VIH y otras comorbilidades; utilizando modelos de atención integral e integrado en salud centrado en la persona, la familia y la comunidad, atendiendo las determinantes de la tuberculosis. La sociedad civil tendrá un rol central en la formulación de políticas, planificación y vigilancia periódica de la ejecución del PENM.

Una estrategia fundamental considerada en este plan es el involucramiento de las municipalidades a través de sus consejos municipales, Corporación de Municipalidades de El Salvador (COMURES) y el Instituto de Desarrollo Municipal ISDEM, así como el fundamentar acciones integrales con la participación activa de la sociedad civil a través de los comités intersectoriales municipales de protección civil, asegurando que esta se responsabilice y cuente con los recursos necesarios para el trabajo con poblaciones específicas. Así como la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD) y Comisión Nacional Contra el VIH/Sida (CONASIDA).

**La participación social** generalmente tiende a proteger la salud y a evitar los factores que implican riesgo de enfermar, hasta el alcance de sus posibilidades.

Además de la perspectiva de sensibilización y participación individual que promueve las intervenciones en Información, Educación y Comunicación (IEC), se contempla fortalecer la participación comunitaria, como una contribución de los ciudadanos para el desarrollo de acciones sanitarias establecidos desde los servicios o desde sus propias organizaciones comunitarias.

La creación de estos espacios de participación, es una expresión de la concepción de que la Pre Eliminación de la Tuberculosis es algo que trasciende a la mera organización de los servicios y que la participación comunitaria es un requisito necesario y condición de éxito para el buen desempeño del proceso de Pre Eliminación de la TB como problema de salud pública

Viabilizar la participación (representantes sociales y municipalidades) en las acciones de este plan, constituyen pasos que favorecerán el desarrollo de una mayor capacidad de los ciudadanos, para participar de modo más informado, comprometido, voluntario y responsable en las tareas de Pre Eliminación de la TB.

Se fortalecerán o se crearán espacios de participación en estos niveles tomando en cuenta aquellas estructuras ya existentes que promueven de alguna manera la participación de la sociedad civil (CISALUD a nivel nacional, COMURES reuniones de RIISS, mesas departamentales, comités intersectoriales a nivel municipal, Foro Nacional de Salud entre otros.

Es importante además destacar que los aportes de la sociedad civil expresados en el Dialogo de País específicamente en el objetivo estratégico: **“Lograr el compromiso de las comunidades, municipalidades, organizaciones de la sociedad civil y los proveedores de atención públicos y privados”** están orientados a crear estrategias para fortalecer el tejido organizativo que permita contar con liderazgo comunitario empoderados de sus derechos y responsabilidades, fortalecer procesos de análisis e identificación de las determinantes sociales de la salud que afectan a la población y que determinan su salud- enfermedad, garantizar la información adecuada a toda la comunidad, en especial a los grupos de riesgo, sobre la prevención, infección, sintomatología y tratamiento de la TB, esto a través de procesos educativos constantes, asimismo se plantea crear en estos espacios de participación intervenciones u estrategias a partir de la dinámica propia de cada municipio de manera coordinada con el sector salud con el objetivo de fortalecer la organización comunitaria, promover el desarrollo de iniciativas a nivel comunitario y generar capacidades de gestión a nivel local.

Esto significa contar a nivel de los municipios priorizados con un equipo de trabajo que facilite la participación de la comunidad en los espacios existentes o la creación de estos espacios, así mismo desarrollar procesos educativos, reflexivos y de análisis con las comunidades respecto a las determinantes sociales de salud que inciden en la Tuberculosis. Además diseñar estrategias orientadas a la prevención y control de la Tuberculosis.

Adicionalmente, deberá de generarse condiciones para facilitar la incidencia en todos los niveles y procesos de contraloría social desde la sociedad civil.

### **Ampliar los enfoques público privado y promover las normas internacionales de tratamiento de la tuberculosis.**

El PNTYER pretende ampliar los enfoques público-privados específicos de cada región sanitaria del país, con acciones de coordinación para el diagnóstico y tratamiento oportuno con clínicas municipales, hospitales privados, ISSS, ISBM, COSAM y asociaciones médicas. La colaboración estrecha con las asociaciones de profesionales de la salud será fundamental para tal efecto

**La Coordinación Multisectorial.** Fortalecerá siempre, la coordinación entre las instituciones del sector salud, así como con otros sectores. Esto, obliga a reconocer el cambio que es preciso promover desde todos los sectores implicados; es decir, incrementar el dinamismo, el interés, la presencia y efectividad de la acción interinstitucional e intersectorial y la participación de la comunidad, factores que a su vez determinan la viabilidad y eficacia del Plan.

Por esta razón el PNTYER ha considerado mantener la iniciativa Alianza Publico-Público y Público-Privado, para incorporar a todos los proveedores de salud en las políticas de control de la TB. En la planificación estratégica y operativa de este plan se han definido ya, actividades específicas que serán ejecutadas a través de la participación multisectorial.

**La participación de los profesionales de la salud.** Los cambios que impulsará este proceso en el modelo de atención integral a las personas con tuberculosis para asegurar la eficiencia del TAES, implicará no solo la participación de los usuarios para que esto suceda, sino que también de los técnicos y profesionales de la salud que laboran en los servicios de salud, así como aquellos que son miembros de las sociedades médicas científicas, en este caso la Sociedad Médica de Neumología, medicina interna y pediatría.

Esta consideración, se ha hecho con el objeto de aprovechar los conocimientos y la experiencia de los trabajadores de la salud en el campo del control y la Pre Eliminación de la Tuberculosis desde diferentes perspectivas (epidemiología, servicios de salud, clínica, bacteriológica, psicosocial, entre otros) y porque además serán fundamentalmente estos mismos los responsables de la instrumentalización de los objetivos y metas epidemiológicas y operativas.

### **2.3 Fortalecer los marcos normativos para la notificación de casos, registros vitales, calidad de medicamentos y su uso racional**

**Marcos de reglamentación:** el PNTYER se propone realizar un proceso de actualización del marco normativo y regulatorio para el control y la lucha contra la TB, y dado el carácter multisectorial del PENMTB se estarán realizando capacitaciones y actualizaciones a todos los actores, organizaciones, instituciones y sectores involucrados en la operatividad del presente plan.

**Calidad de medicamentos y su uso racional:** Se fortalecerá la gestión logística de medicamentos e insumos requeridos para una provisión eficiente de los servicios de salud, haciendo uso de herramientas e instrumentos técnicos administrativos que apoyen al recurso humano en su operación local. Además, se proporcionará apoyo logístico a la gestión de abastecimiento del Nivel Superior, Regional y los hospitales, velando por mantener adecuados niveles de existencia; basado en la planificación, almacenamiento y distribución efectiva.

### **2.4 Fomentar acciones sobre los determinante sociales de la TB a través de la acción multisectorial.**

Se buscare con la participación multisectorial a través de la Comisión intersectorial de salud, el Comité Interinstitucional del Sistema de Protección Social Universal, y principalmente la participación de las municipalidades y la sociedad civil el diseño de estrategias que permitan el abordaje de los determinantes sociales que inciden en la prevalencia de la enfermedad, el soporte social para las personas en tratamiento, la vigilancia rutinaria en las poblaciones móviles y de manera permanente en los grupos de alto riesgo social. Se han definido en la planificación estratégica acciones específicas que serán ejecutadas a través de la acción multisectorial.

En El Salvador, el sistema de protección social universal (SPSU) está diseñado para que las personas con mayor vulnerabilidad accedan a los servicios y los programas orientados a protegerlas, de igual forma busca aliviar la pobreza complementando las acciones sectoriales para atender las necesidades especiales a lo largo del ciclo de vida.

Este sistema contempla intervenciones que permiten ampliar las capacidades básicas y promover la igualdad de oportunidades de las personas, las familias y las comunidades. Los principales programas del SPSU son:

- a. Programa vaso de leche,
- b. Programa de salud y alimentación escolar,
- c. Programa de apoyo temporal al ingreso.
- d. Programa ciudad mujer
- e. Programa nuestros mayores derechos (Adulto mayor).
- f. Programa de comunidades solidarias urbanas y rurales.
- g. Programa de agricultura familiar/seguridad alimentaria

#### h. Acceso y mejoramiento de vivienda

El PENMTB, contempla coordinar, establecer acuerdos y convenios específicos, con el SPSU a través del comité intersectorial a fin de gestionar la incorporación a las personas afectadas por la TB como beneficiarios de los programas mencionados anteriormente en los municipios priorizados por el SPSU.

### **3. INTERVENCIONES DIFERENCIADAS EN MUNICIPIOS PRIORIZADOS**

#### **3.1 Implementar una estrategia para intervenciones diferenciadas en Municipios priorizados de acuerdo a brechas de búsqueda, detección, cobertura de servicios de salud, pobreza y densidad poblacional para la prevención y control de la tuberculosis y desarrollo del SNS.**

En el país, para el año 2013 se esperaba la detección de un total de 2,901 casos de TB de todas las formas, pero solamente se detectó un total de 2,176 casos, lo que implica una brecha en la detección del 25%.

El análisis detallado de esta información ya desagregada por municipios, reveló que el comportamiento de estos presentaba amplias variaciones, que se correspondían con las diferencias y desigualdades en términos de vulnerabilidad a la Tuberculosis, manifestadas por diferencias de acceso a servicios de salud, condiciones socioeconómicas, demográficas, epidemiológicas y diferencias en capacidad instalada (dotación de recursos y acceso a pruebas de laboratorio, entre otras), lo que requiere intervenciones diferenciadas en el abordaje, tanto en su apoyo técnico como en el financiero.

Todo lo anterior ha llevado a generar una nueva propuesta de intervenciones diferenciadas con el fin de organizar estratégicamente las acciones para el control de la Tuberculosis en los municipios que presentan una mayor brecha en la detección de casos en el país, clasificando a estos municipios como "Municipios de alta prioridad".

Se agruparon en esta primera categoría 65 municipios que suman una población de 1,581,500 habitantes y que concentran el 77.8% de la brecha de detección en el país. Ver anexo 5

Como ya se ha destacado el propósito de esta estratificación es implementar una estrategia selectiva para el abordaje de las brechas encontradas, a fin de priorizar y ordenar la ejecución sistemática de las intervenciones generales del programa, y de todos los actores, sectores, organizaciones e instituciones involucradas en el mismo.

Las acciones estarán enmarcadas en los pilares de la Estrategia Post 2015 recomendada por la OMS.

#### **3.2. Municipios con baja brecha de detección y mejores indicadores de control de la TB**

En términos generales los resultados del PNTYER han sido satisfactorios según el análisis epidemiológico y operacional realizado que ha permitido identificar municipios que llenan requisitos para impulsar en ellos intervenciones específicas para el control avanzado y la pre-eliminación de Tuberculosis como problema de Salud Pública. En estos se pretende reducir la incidencia de la enfermedad tuberculosa en todas sus formas de 20 x 100,000 habitantes para el 2016 a menos de 10 por 100,000 habitantes para el 2020.

Para alcanzar el nivel de pre-eliminación en estos municipios, se propone desarrollar una serie de etapas y metas, adaptando las estrategias a la situación específica de cada municipio. Dado que esta es una nueva experiencia para el país, las intervenciones se apegarán a las etapas que establece la OMS.



Para la implementación de las acciones de pre eliminación se elaborara un plan operativo para el control avanzado y pre eliminación de la TB como problema de salud pública en municipios focalizados. La meta es que a finales de 2020 al menos el 50% de ellos pasen a la fase de pre eliminación incipiente de la TB. Estos municipios serán evaluados considerando las variables siguientes:

1. Carga de enfermedad
2. Brechas de detección
3. Resultados epidemiológicos de los últimos 5 años
4. Tasa de curación
5. Uso adecuado de métodos diagnósticos
6. Infraestructura sanitaria
7. Control de calidad.
8. Prevalencia TB/VIH

Los municipios preliminarmente identificados considerando los criterios anteriores son 25 con una población de 690,967 habitantes. (Anexo 5)

Es importante destacar que para los municipios clasificados como Prioridad moderada (Municipios que cuentan con Brecha de SR no investigado entre el 30% al 70% de brecha de detección de casos se mantendrá la búsqueda pasiva y activa de sintomáticos respiratorios para la detección de casos, priorizando los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad, se mantendrá el seguimiento del 100% de contactos de los casos de tuberculosis.

Se involucrara fuertemente a las municipalidades y a la comunidad misma en la lucha contra la TB, a fin de hacer una prioridad el control de esta enfermedad con el propósito de pasar a categoría 3, a través de acuerdos y convenios a través de COMURES.

Se involucrara a otros proveedores de salud en la búsqueda de casos a través de la captura y referencia de SR para la detección temprana de casos, a través de la firma de convenios o cartas de entendimiento a través de la iniciativa APP principalmente en los municipios con una brecha por arriba del 50% de detección, así como mejorar la búsqueda de casos de TB, en todos los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas a través de la estrategia PAL y en otras poblaciones como (personas con diabetes, HTA, Enfermedad Renal Crónica y con enfermedades inmunocompetentes) en los servicios de salud principalmente hospitalarios y en la comunidad por otros proveedores de salud comunitarios.

En cuanto al desarrollo de los recursos humanos como ya se ha destacado se mantendrá la formación continua de los recursos del SNS (ISSS, ISBM, FOSALUD, entre otros), con el propósito de no descuidar la captación temprana del sospechoso de TB, así como el entrenamiento en campo para mantener los logros alcanzados.

#### **4. INVESTIGACION CLINICA, OPERATIVA Y SOCIAL E INNOVACIÓN INTENSIFICADA**

**4.1 Fortalecer la investigación clínica, operativa y social;** así como la asistencia técnica para optimizar las intervenciones, la toma de decisiones y el diseño de estrategias innovadoras. Se promoverán técnicas y modelos de prestación de servicios nuevos e innovadores para lograr las metas propuestas. Para ello habrá que intensificar las investigaciones, desde las investigaciones fundamentales que impulsen el logro de innovaciones para mejorar los medios de diagnóstico, los medicamentos, hasta las investigaciones operacionales y sobre el sistema de salud que mejoren el desempeño programático actual e introduzcan estrategias e intervenciones novedosas basadas en instrumentos nuevos.

Adicionalmente es importante destacar que el PNTYER considera dentro del trabajo de medición y evaluación, la realización de estudios especiales, como la Medición de Gastos en Tuberculosis (2015), causas directas e indirectas de mortalidad (2015), uso de vitamina C como coadyuvante en la negativización temprana de bacilíferos (2015), caracterización de la tuberculosis en personal de salud (2016). Estos estudios serán dos programados de acuerdo a lo establecido en los planes nacionales.

Para el desarrollo de los recursos humanos en los diferentes niveles de atención de salud y la sociedad civil, se requerirá asistencia técnica en diferentes temáticas, entre ellas:

- Control de Infecciones
- Nuevas técnicas de Laboratorio
- Investigación operativa, clínica y científica
- Género.
- Estigma y discriminación
- Derechos humanos

**4.2 Evaluación tecnológica.** El continuo y rápido incremento del conocimiento médico, la diversidad de medios de diagnóstico y de alternativas terapéuticas, el costo económico de las mismas y por último los inconvenientes y los riesgos potenciales para los usuarios, deben ser valorados de forma integral (perspectiva sanitaria, social, económica y ética) a la hora de seleccionar las innovaciones tecnológicas en términos de efectividad y eficiencia para apoyar los esfuerzos de eliminación de la TB.

En este sentido al apoyo y la experticia de los organismos de cooperación, es sustantivo, ya que puede participar conjuntamente con el PNTYER y las Autoridades de Salud en la valoración previa de la necesidad de la incorporación tecnológica, el análisis del costo/efectividad y costo/beneficio, ubicación y acceso, adquisición, así como del uso apropiado de la misma una vez efectuada la adquisición.

Para poner de relieve la necesidad de robustecer las investigaciones sobre la tuberculosis y catalizar la realización de nuevas actividades se ha elaborado una agenda nacional de investigaciones sobre la tuberculosis. En esta se exponen las áreas prioritarias para realizar inversiones científicas en el futuro en la gama entera de las áreas de investigación.

Ofrece un marco para la realización de investigaciones orientadas hacia los resultados; siendo necesario también categorizar las actividades que se lleven a cabo en los diversos ámbitos de la investigación, para efectuar el seguimiento.

Emprender investigaciones para eliminar la tuberculosis exigirá un planteamiento multidimensional conformado por las partes interesadas, en particular los científicos, expertos en salud pública, gestores de los programas de tuberculosis, asociados en la financiación, formula-dores de políticas y representantes de la sociedad civil. Las necesidades clínicas y programáticas, no solo facilitarán la realización de investigaciones orientadas a la salud pública y encaminada al desarrollo de nuevos instrumentos y estrategias sino que también propiciará la integración con los programas existentes.

El PNTYER debe constituir una referencia adicional para la definición de las áreas socio-sanitarias prioritarias de ser investigadas en el país. Se pretende instituir con este proceso de Pre Eliminación de la TB una política de investigación coherente con las necesidades, potenciando la investigación de calidad en las áreas clínicas, epidemiológicas, tecnológicas y de gestión, relacionadas con el problema de la TB.

Es importante que la tuberculosis se convierta en un dominio clave de investigación en el marco de la agenda nacional de investigaciones sanitaria.



**4.3 Centro Regional de Excelencia y Capacitación en TB en EL Salvador**, con este centro se pretende mantener y fortalecer la formación de recursos humanos, a través de la realización de los cursos internacionales de TB, la implementación de Diplomados, Maestría en TB, Coinfección TB/VIH y TB y Grupos Vulnerables; mantener el espacio demostrativo práctico, que incluye las visitas de campo, rotaciones, desarrollo de los sitios demostrativos, así como el apoyo al desarrollo de la investigación operacional.

El proceso continuo de incorporación de nuevos conocimientos y técnicas sanitarias para contribuir a la Pre Eliminación de la TB, la creciente sensibilización sobre aspectos de promoción de la salud, protección específica, búsqueda activa de casos, aplicación TAES, métodos diagnósticos y vigilancia epidemiológica, demandarán el diseño de líneas de formación y actualización coherentes con estas tendencias.

Para ello habrán de conjugarse las necesidades sentidas por los profesionales y los técnicos, con aquellas previstas por el PNTYER; así como la incorporación de las escuelas formadoras de recursos humanos en salud de pregrado y posgrado, en el desarrollo de la curricular, cursos Diplomados o maestrías; bajo un plan de asistencia técnica de doble vía con toda la región.

#### **4.4 Sistema de información innovador**

Se pretende a corto plazo el fortalecimiento del sistema de información y el monitoreo del desempeño del sistema de salud con especial énfasis a la enfermedad a través de la recopilación y el análisis de datos de todo el sector.

Todos los proveedores, que generan información en prevención y control de la TB accederán al sistema en línea para reportar sus datos desagregados, en persona, tiempo y lugar, por edad y sexo contenidos en los registros establecidos para tal fin.

La información constituye el elemento básico imprescindible para las actividades de planificación, gestión, evaluación e investigación del PNTYER para el proceso de Pre Eliminación y vigilancia epidemiológica.

La necesidad por parte del PNTYER de captar los aspectos diferenciales de cada área sanitaria para evaluar el proceso y los resultados de su implementación, nos obliga a garantizar la calidad de la misma. El reto consiste en organizar un sistema de información inteligente que permita la vigilancia epidemiológica y la planificación de manera más efectiva y así mismo, la evaluación e investigación con distintos niveles de desagregación.

#### **6.5 CUADROS DE PLANIFICACION**

A continuación se detallan los cuadros de la Planificación Estratégica:

**PILAR 1:****ATENCIÓN Y PREVENCIÓN INTEGRADA Y CENTRADA EN EL PACIENTE, FAMILIA Y COMUNIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS.****META 1-Detectar por lo menos el 90% de los Sintomáticos Respiratorios priorizando los municipios que presentan mayor brecha de detección.****META 2- Detectar por lo menos el 90% de los casos de Tuberculosis priorizando los municipios que presentan mayor brecha de detección.****META 5-Disminuir la tasa de mortalidad por TB en el país de 0.5 x 100,000 hab. a 0.4 x 100,000 hab. (Reducción del 20%).****META 8-Detectar al menos el 90% de los casos confirmados bacteriológicamente de tuberculosis farmacorresistente (tuberculosis resistente a la rifampicina y/o tuberculosis multirresistente) notificados al programa nacional de tuberculosis.**

<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	<b>LÍNEAS DE ACCIÓN</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>TIEMPOS DE EJECUCIÓN</b>	<b>RESPONSABLES/ PARTICIPANTES</b>	<b>MUNICIPIOS A LOS QUE VA DIRIGIDO</b>
I. Diagnosticar precozmente la TB, TB-MDR incluyendo el acceso universal a pruebas de sensibilidad, tamizaje sistemático de los contactos y grupos de alto riesgo.	1.1 Detección oportuna de la tuberculosis, TB/VIH y TB-MDR	1.1.1 Búsqueda Activa de SR en la comunidad	5 años	MINSAL	Categoría I , grupos de alto riesgo y mayor vulnerabilidad, población municipios de control avanzado
		1.1.2 Ampliar y equipar la red de diagnóstico de tuberculosis, con acceso a cultivo, microscopia y pruebas moleculares.			
		1.1.3 Actualización de recursos humanos en técnicas de diagnósticos	5 años	MINSAL E ISSS	Categoría I , grupos de alto riesgo, y control avanzado
		1.1.4 Dotación de insumos de oficina y equipos informáticos para los centros de referencia de control de calidad de baciloscopías y cultivo.	5 años	MINSAL E ISSS	Categoría I , grupos de alto riesgo, Categoría II y control avanzado
		1.1.5 Evaluar los resultados de la red de laboratorios clínicos del sistema nacional de salud que incluya control de calidad de baciloscopías y cultivos.	5 años	MINSAL E ISSS	Categoría (I,II,III) grupos de alto riesgo, y control avanzado
		1.1.6 Control de calidad de las pruebas diagnósticas, de tipificación y sensibilidad de forma anual a laboratorio supra nacional.	5 años	MINSAL	Categoría I y grupos de alto riesgo

		1.1.7 Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos utilizados para el diagnóstico de la tuberculosis.	5 años	MINSAL	I,II,III
		1.1.8 Ejecución de medidas de bioseguridad en la red de laboratorios clínicos que hacen diagnóstico de	3 años	MINSAL	
		1.1.9 Adquisición de equipos, suministros e insumos necesarios para el diagnóstico de la tuberculosis, TB/VIH y TB-MDR.	5 años	MINSAL	I y grupos de alto riesgo (I,II,III)
		1.1.10 Implementación de la red de recolección y transporte de muestras de esputo para diagnóstico de TB. dentro de las RISS	año 1, 2,3	MINSAL/PNTYER	I y grupos de alto riesgo (I,II,III)
		1.1.11 Readequación en la infraestructura de laboratorios que recibirán muestras de esputo dentro de la RISS	5 años	MINSAL/PNTYER	I y grupos de alto riesgo (I,II,III)
		1.1.12 Ampliar la cobertura en control de calidad de baciloscopías de los laboratorio de sanidad militar e ISRI como parte de laboratorios clínicos del SNS	A partir del Año 2	MINSAL /ISRI Y SANIDAD MILITAR	Nacional
		1.1.13 Ampliar la detección de casos de tuberculosis a través de los equipos comunitarios de salud familiar, comités de salud municipales, ADESCOS y Líderes comunitarios, clínicas empresariales y ONG,	5 años	MINSAL	I y grupos de alto riesgo (I,II,III)

	1.1.14 Diagnóstico de la tuberculosis resistente utilizando gene-Xpert en poblaciones de riesgo con sospecha de MDR/TB	5 años	MINSAL, ISSS	Fronteras, poblaciones contactos MDR, Privados de Libertad, personas con antecedentes de tratamientos previos, entre otros
	1.1.15 Compra de placas de rayos X para diagnóstico de TB en grupos vulnerables (personas privadas de libertad con diabetes, EPOC, IRC, HTA, asma, tabaquismo entre otros).	5 años	PNTYER/Centros penales	grupos de alto riesgo (I,II,III)
	1.1.16 implementar incentivos al cumplimiento del tratamiento metas de detección de casos de TB para el personal de salud	5 años	MINSAL	
	1.1.17 Fortalecer el diagnóstico clínico, epidemiológico (contacto), tuberculina (PPD), radiológico, anatomopatológico, microbiológico (baciloscopia y cultivo de esputo, aspirado gástrico y otras muestras).	5 años	MINSAL/PNTYER	
	1.1.18 Realizar estudio de capacidad instalada en la red de laboratorios del MINSAL	Año 1	MINSAL/PNTYER	
	1.1.19 Estudio de contactos mayores y menores de 10 años de edad de casos de tuberculosis, todas las formas.	5 Años	MINSAL, ISSS, CP, BM, SANIDAD MILITAR, Otros.	I y grupos de alto riesgo (I,II,III)

**PILAR 1:  
ATENCIÓN Y PREVENCIÓN INTEGRADA Y CENTRADA EN EL PACIENTE, FAMILIA Y COMUNIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS.**

**META 3 : Curar arriba del 90% de los casos de TB pulmonar bacteriología positiva**  
**META 9: Tratar al menos el 100% de los casos confirmados bacteriológicamente de tuberculosis farmacorresistente( tuberculosis resistente a la rifampicina y/o tuberculosis multirresistente) notificados al programa nacional de tuberculosis**  
**META12: lograr un éxito de tratamiento del 100% de los casos de TB farmacorresistente.**

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	LÍNEA DE ACCIÓN	ACTIVIDADES	TIEMPOS DE EJECUCIÓN	RESPONSABLES/ PARTICIPANTES	MUNICIPIOS A LOS QUE VA DIRIGIDO
<b>II. Proporcionar tratamiento oportuno a las personas con TB y drogo resistencia a TB centrado en los derechos humanos de la persona incluyendo a la familia y su soporte integral</b>	1.2 Tratar todas las personas con tuberculosis todas las formas sensibles a los medicamentos de primera línea con esquemas estandarizados estrictamente supervisados	1.2.1 Gestionar el abastecimiento de medicamentos de primera línea para todas las personas diagnosticados con TB de todas las formas	5 años	MINSAL e ISSS	
		1.2.2 Dar tratamiento estandarizado estrictamente supervisado a todas las personas diagnosticadas con tuberculosis			
		1.2.3 Monitoreo clínico, microbiológico, y por imágenes según norma de la evolución de la enfermedad			
		1.2.4 Brindar a los pacientes y la familia soporte emocional (consejería) para continuar el tratamiento			
		1.2.5 Apoyo social al derecho habiente del ISSS.			
		1.2.6 Jornada de actualización para personal de salud en la implementación del TAES comunitario incorporando derechos humanos.			

		1.2.7 Identificación y capacitación continua en el TAES comunitario a líderes y lideresas, ONG y clínicas municipales incorporando derechos humanos			
	1.3 Prevenir y controlar la multidrogoresistencia a fármacos antituberculosos (MDR/TB), a través de la participación multisectorial de salud.	1.3.1 Mantener la vigilancia de la MDR en las 5 Regiones de Salud en coordinación con las instituciones proveedoras de salud.			
		1.3.2 Gestionar la compra de medicamentos de segunda línea.			
		1.3.3 Proveer el Tratamiento Estrictamente Supervisado a los pacientes TB farmacorresistente y sus efectos secundarios.			
	1.4 Abordar el problema de la tuberculosis infantil	1.4.1 Mantener la cobertura de vacunación con BCG por arriba del 90% hasta no tener una nueva vacuna.			
		1.4.2 Diseñar e imprimir material educativo en Tb infantil dirigido al personal de salud.			

	1.5 Incorporar el apoyo centrado en la persona en tratamiento de la tuberculosis	1.5.1 Desarrollo de jornadas sobre cambios de comportamiento con personal de salud para brindar a las personas afectadas un servicio de salud con calidad y calidez, libre de prácticas y actitudes de estigma y discriminación			
		1.5.2 Compra de equipo e insumos para áreas de rehabilitación pulmonar	primer año		
		1.5.3 Gestionar la impresión de Material educativo y de seguimiento del paciente	Cada dos años		



**PILAR I.  
ATENCIÓN Y PREVENCIÓN INTEGRADA Y CENTRADA EN EL PACIENTE, FAMILIA Y COMUNIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS.**

**META 4:  
Lograr que el 100% de las instituciones proveedoras del sistema nacional de salud apliquen el abordaje integral de enfermedades respiratorias AITER/PAL al menos en los municipios priorizados**

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	LINEAS DE ACCION	ACTIVIDADES	TIEMPOS DE EJECUCION	RESPONSABLES/ PARTICIPANTES	MUNICIPIOS A LOS QUE VA DIRIGIDO
III. Fortalecer el abordaje integral de enfermedades respiratorias (AITER-PAL)	1.6 Abordaje integral de la iniciativa Enfoque Práctico de Salud Pulmonar (AITER/ PAL)	1.6.1. Creación de grupos regionales PAL para incorporar estrategias en AIEPI, grupos de manejo de tabaco, Asma, etc.	Año 2016	PNTYER	
		1.6.2 Diagnostico de la TB en personas con Enfermedades Respiratorias crónicas (Asma, EPOC, Neumonía, personas tabaquistas) en la RIISS.	Semestral y anual	PNTYER	
		1.6.3 Elaboración y actualización de lineamientos, material educativo, libro de registro y afiches de la iniciativa PAL	Año 2017		
		1.6.4 Gestionar la compra de insumos para el abordaje integral de las enfermedades respiratorias (Compra de medidores de pico flujo)	Años 2016 y 2018	PNTYER	
		1.6.5 Capacitar al personal de salud de todos los establecimientos de la RIISS en los nuevos lineamientos de PAL	Años 2017 y 2020	PNTYER	
		1.6.6 Formar facilitadores para el monitoreo y supervisión de PAL	Años 2016 y 2020	PNTYER	
		1.6.7 Capacitar al personal de salud de hospitales en Espirometría como apoyo a PAL	Años 2016 y 2020	PNTYER	
		1.6.8 Monitoreo, supervisión y evaluación nacional así como capacitación de la iniciativa PAL	Años 2016 y 2020	PNTYER	

**PILAR I.  
ATENCIÓN Y PREVENCIÓN INTEGRADA Y CENTRADA EN EL PACIENTE, FAMILIA Y COMUNIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS**

**META 6: Disminuir el porcentaje de fallecidos por la coinfección TB/VIH en cinco puntos porcentuales con relación al 2012 (19%)**

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	LÍNEAS DE ACCIÓN	ACTIVIDADES	TIEMPOS DE EJECUCIÓN	RESPONSABLES/PARTICIPANTES	MUNICIPIOS A LOS QUE VA DIRIGIDO
IV. Fortalecer las actividades de colaboración TB/VIH, el manejo de las comorbilidades y el control de infecciones.	1.7 Implementar y/o fortalecer las actividades de integración entre los Programas de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias e ITS/VIH/sida	1.7.1 Fortalecer el funcionamiento del comité nacional multisectorial de coinfección TB/VIH para la atención integrada de los usuarios y los comités subnacionales.	Primer año	Los Programas de TB e ITS/VIH (MINSAL), SNS, Ministerio de Justicia y Seguridad Pública (MJSP), comunidad y sociedad civil.	
		1.7.2 Poner en agenda el tema de coinfección TB/VIH en las reuniones de consejo de gestión de la RIISS	anual	Direcciones Regionales de Salud	
		1.7.3 Actualización, impresión y socialización del documento de la Estrategia Nacional para fortalecer la integración e Implementación de Actividades Colaborativas TB/VIH.		Programa Nacional de Tuberculosis y VIH	
		1.7.4 Monitoreo y evaluación de las actividades colaborativas TB/VIH		Programa Nacional de Tuberculosis y VIH	

		1.7.5 Facilitar el acceso a la atención integral de las personas con coinfección TB/VIH mediante la descentralización gradual y progresiva al 100% de los Hospitales y las UCSF Especializadas o en algunas UCSF Cabezas de Micro red	5 años	Programa Nacional de Tuberculosis y VIH	
		1.7.6 Intensificar en la RIISS búsqueda activa y sistemática de casos de TB en personas con VIH para proporcionar un tratamiento para la TB de forma oportuna	5 años	Programa Nacional de Tuberculosis y VIH	
		1.7.7 Proporcionar la prevención de la TB con TPI y el TARV temprano con dosis fija de forma universal.		Programa Nacional de Tuberculosis y VIH	
	1.8 Fortalecer la implementación de las tres I's en el SNS para reducir la carga de TB en personas con VIH e iniciar tempranamente el tratamiento antirretroviral.	1.8.1 Impresión de material educativo para facilitar las intervenciones de prevención del VIH en los pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de TB		Programa Nacional de Tuberculosis y VIH	
		1.8.2 Proporcionar TMP/SMX (TPC) a pacientes coinfectados TB/VIH.		Programa Nacional de Tuberculosis y VIH	
	1.9 Reducir la carga de VIH en pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de TB	1.9.1 Proporcionar TARV a pacientes coinfectados TB/VIH		Programa Nacional de Tuberculosis y VIH	
		1.9.2 Promoción de la participación de la comunidad y las organizaciones civiles en el trabajo integrado TB/VIH		Programa Nacional de Tuberculosis y VIH	

**PILAR I.  
ATENCIÓN Y PREVENCIÓN INTEGRADA Y CENTRADA EN EL PACIENTE, FAMILIA Y COMUNIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS**

**META 7: Operativizar la Estrategia Post 2015 en el 100% de los servicios del sistema nacional de salud y Centros Penales y organizaciones de la sociedad civil**

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	LINEAS DE ACCION		ACTIVIDADES	TIEMPOS DE EJECUCION	RESPONSABLES/ PARTICIPANTES	MUNICIPIOS A LOS QUE VA DIRIGIDO
<b>V. IMPLEMENTAR EL PLAN NACIONAL DE CONTROL DE INFECCIONES DE LA TUBERCULOSIS EN LAS RIISS</b>	1.10 Implementar el control de infecciones)		1.10.1 Realizar un diagnóstico de factores de riesgo en la transmisión de la tuberculosis y del control de infecciones en los servicios de salud a nivel nacional.	Año 1	MINSAL, instituciones proveedoras de servicios de salud	
			1.10.2 Elaborar el plan nacional de control de infecciones de la tuberculosis	Año 1	PNTYER, Dirección de 1° nivel de atención, Dirección de Hospitales, Dirección de Enfermedades Infecciones	
		1.10.3 Adecuación de áreas para el control de infecciones de la tuberculosis, identificadas según diagnóstico de cada institución en las tres categorías (administrativa, ambiental e individual)	5 años	PNTYER, Jefaturas de instituciones		
		1.10.4 Adecuar, remodelar y equipar el Laboratorio Nacional de Referencia en la Sección de Tuberculosis del MINSAL.	Año 1	PNTYER		

		1.10.5 Reuniones del comité de Control de infecciones	5 años	PNTYER, Jefaturas de instituciones		
		1.10.6 Capacitar al personal multidisciplinario de salud a nivel nacional, en el control de infecciones de la tuberculosis	5 años	PNTYER, Jefaturas de instituciones		
		1.10.7 Monitoreo y evaluación del plan de control de infecciones de la tuberculosis	Año 1	PNTYER		
		1.10.8 Equipamiento y adecuación e insumos básicos para el control de infecciones en centros penales	3 años	PNTYER		
		1.10.9 Remodelación y adecuación de áreas del laboratorio Nacional de referencia para el control de infecciones	1 año	PNTYER		
		1.10.10 Remodelación y adecuación de áreas de 15 laboratorios de hospitales	1 año	PNTYER		
	1.11 Vigilancia epidemiológica de la tuberculosis en trabajadores de salud		1.11.1 Diagnostico de la TB en trabajadores de salud del MINSAL y otros trabajadores de salud	5 años	PNTYER, Dirección de primer nivel de atención, Dirección de Hospitales, Dirección de Enfermedades Infecciones	

1.12 Control de infección de tuberculosis en sitios de congregación.	1.12.1 Detección y referencia del sintomático respiratorio y soporte emocional a personas en tratamiento de TB y sus familiares	5 años	Comités de control de infecciones asociadas a la atención sanitaria(IAAS) Epidemiólogos, directores y jefaturas de las instituciones
	1.12.2 Readequación de áreas de aislamiento en 25 Centros Penales, exclusivamente para el aislamiento de los PL que son casos de TB. (Control de Infecciones en Sistema Penitenciario).	Años 1 y 2	MINSAL PNTYER/ MINISTERIO DE JUSTICIA Y SEGURIDAD PUBLICA.
	1.12.3 Elaborar material educativo sobre control de infección de Tuberculosis, para las familias.	5 años	PNTYER

**PILAR I.  
ATENCIÓN Y PREVENCIÓN INTEGRADA Y CENTRADA EN EL PACIENTE, FAMILIA Y COMUNIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS**

**META 7 :Operativizar la Estrategia Post 2015 en el 100% de los servicios del sistema nacional de salud y CP y organizaciones de la sociedad civil**

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	LÍNEAS DE ACCIÓN	ACTIVIDADES	TIEMPOS DE EJECUCION	RESPONSABLES / PARTICIPANTES	MUNICIPIOS A LOS QUE VA DIRIGIDO
<b>VI. Proveer atención Integral para las personas en alto riesgo y grupos vulnerables</b>	1.13 Atención Integral para las personas en alto riesgo y grupos vulnerables	1.13.1 Desarrollo de jornadas de capacitación con ONG's que trabajan con PEMAR en prevención y control de TB y Coinfección TB/Vih.	5 años	PNTYER Representantes ONG's	
		1.13.2 Fortalecimiento a las actividades de detección en población infantil pertenecientes al ISNA (11 Centros de acogimiento a nivel nacional).			
		1.13.3 Incorporar a los centros de rehabilitación de alcohólicos y con problemas de drogodependencia en las actividades de control de la tuberculosis.	5 años	PNTYER - Referentes de los Centros de Rehabilitación	
		1.13.4 Realizar actividades de control de TB en zonas fronterizas para la captación, tratamiento y o referencia de casos, en coordinación con las oficinas Sanitarias internacional de FOSALUD.	5 años	PNTYER- OSI	
		1.13.5 Ofertar servicios para el Descarte de TB en población inmigrante que ingresa por trabajos temporales al país.	5 años	PNTYER - OSI	



		1.13.6 Diagnostico precoz de la TB en personas con diabetes, HTA y de diabetes en personas con TB.	5 años	PNTYER, ASADI	
		1.13.7 Implementar la detección, control, tratamiento de TB y Coinfección TB/VIH a la población que solicita atención en las clínicas VICITS	5 AÑOS	PNT/ PNVIH-SIDA - Clínicas VICITS. OTROS prestadores de Servicios de Salud no PNT	
	1.14 Atención integral en TB a población de bartolinas, centros penitenciarios, centros de readaptación de menores, Cuerpos Uniformados, ISNA, asilos y centros de congregación a nivel nacional.	1.14.1. Fortalecimiento y equipamiento de áreas TAES en 27 clínicas del Sistema Penitenciario (INCLUYE 19 DGCP, 2 DGCI, 4 ISNA Y 2 GRANJAS PENITENCIARIAS).	Año 1 y 2	MINSAL PNTYER/ Unidad Medica Odontológica DGCP MINSAL PNTYER/ DGCI PNTYER/ISNA	
		1.14.2. Promover la creación de una legislación de respaldo para que se cumpla el aislamiento según normativa, en PL con TB bacteriología positiva	5 años	Ministerio de Justicia y seguridad Pública, Corte Suprema de Justicia, PDHH e ISNA.	
		1.14.3 Formación de comisiones de PL afectados por TB en 19 Centros Penitenciarios y 2 centros de readaptación de menores del país.	5 años	MINSAL PNTYER DGCP, DGCI y Población PL afectada.	

		1.14.4 Desarrollo de jornadas de actualización en normativa y lineamientos de prevención y control de la tuberculosis a personal multidisciplinario de salud que labora en 27 clínicas del sistema penitenciario.	5 Años	MINSAL PNTYER/ DGCP, DGCI E ISNA	
		1.14.5 Desarrollo de jornadas de capacitación y sensibilización en personal de seguridad que labora en 27 centros penales y bartolinas, para que colaboren en la identificación de SR	5 Años	MINSAL PNTYER/ Ministerio de Justicia y seguridad pública. ISNA.	
		1.14.6 Implementar la estrategia TAES con sus 6 componentes en los servicios de salud de los cuerpos uniformados,	5 Años	MINSAL PNTYER/ Ministerio de Justicia y seguridad pública.	
		1.14.7 Monitoreo del cumplimiento de los acuerdos establecidos en los convenios firmados entre MINSAL/Ministerio de Justicia y Seguridad Pública en la implementación de las actividades de la estrategia TAES	5 Años	MINSAL PNTYER/ Ministerio de Justicia y seguridad pública.	
		1.14.8 Elaboración y dotación de material educativo en prevención, control y tratamiento de la TB dirigido a PPL y con enfoque de derechos humanos		MINSAL PNTYER/ Unidad Médica Odontológica DGCP MINSAL PNTYER/ DGCI ISNA	

**PILAR 2 .  
POLITICAS AUDACES Y SISTEMA DE SOPORTE (SOSTENIBILIDAD)**

**META 7: Operativizar la estrategia post 2015 en el 100% de los servicios del sistema nacional de salud y CP y organizaciones de la sociedad civil**

OBJETIVOESTRATÉGICOS	LÍNEAS DE ACCIÓN	ACTIVIDADES	TIEMPOS DE EJECUCION	RESPONSABLES/ PARTICIPANTES	MUNICIPIOS A LOS QUE VA DIRIGIDO
I. Generar compromiso político a más alto nivel y multisectorial con recursos adecuados para la atención y prevención de la TB.	2.1 Coordinar acciones políticas a nivel multisectorial para la atención y prevención de la TB.	2.1.1 Elaboración del plan anual operativo del MINSAL en coordinación con otros proveedores de servicios de salud y organizaciones de la sociedad civil (OSC).	5 años	MINSAL / Instituciones públicas y privadas proveedoras de servicios de salud.	
		2.1.2 Gestionar convenios y acuerdos a nivel multisectorial para generar compromisos políticos de alto nivel; promoviendo su participación en la asignación de recursos económicos y humanos para la atención y prevención de la TB.			
		2.1.3 Monitorear y evaluar semestralmente el cumplimiento del plan anual operativo del MINSAL en coordinación con otros proveedores de servicios de salud y organizaciones de la sociedad civil.			
		2.1.4 Reuniones de seguimiento anual de convenios y acuerdos políticos celebrados.	5 años	MINSAL / Instituciones públicas y privadas proveedoras de servicios de salud.	
III Fortalecer el marco normativo y logístico para la notificación de casos, registros vitales, calidad de los medicamentos su uso racionales así como denuncia de la violación de los derechos	2.3 Fortalecimiento y actualización del marco normativo y regulatorio para el control y la prevención de la TB	2.3.1 Actualización e impresión del marco normativo y regulatorio para el control y la prevención de la tuberculosis de acuerdo a lineamientos e indicaciones de la Organización Mundial de la Salud.	Cada 2 años	MINSAL / Instituciones públicas y privadas proveedoras de servicios de salud y OSC	

<b>humanos de los pacientes con TB</b>	con la participación Multisectorial	2.3.2 Socialización de documentos normativos y regulatorios para el control y la prevención de la tuberculosis a nivel multisectorial.	Cada 2 años	MINSAL/PNTYER	
	2.4 Implementar mecanismos que garanticen la acción multisectorial en los procesos de planificación, ejecución y evaluación/ sostenibilidad de las actividades de TB.	2.4.1 Incorporar en la comisión intersectorial de Salud (CISALUD) el seguimiento a las actividades de atención y prevención de la TB multisectoriales.  2.3.2 Incorporar mecanismos que garanticen la participación de OSC en la implementación del plan	5 años	MINSAL/PNTYER y Multisectorialidad	
	2.5 Capacitar recurso humano multisectorial para el control de la Tuberculosis incluyendo ONG's y Sociedad Civil.	2.5.1 Establecimiento y/o fortalecimiento de alianzas con Instituciones formadoras de RR HH, a través de convenios	5 años	PNTYER/Autoridades Universitarias, SNS	
		2.5.2 Monitoreo y seguimiento a instituciones formadoras de recursos humanos en salud, al cumplimiento de las acciones del convenio.	5 años	Comité de Docencia/PNTYER	
		2.5.3 Implementación de un Plan Integral de actualización del Recurso Humano prestador de servicios en todo el SNS, en el control y la prevención de la TB a través de la dirección de Desarrollo de Recursos Humanos.	Año 1	PNTYER/Recurso Humano del SNS	
		2.5.4 Fortalecimiento del Centro de Excelencia Regional para el Control de la TB	5 años	PNTYER/Recurso Humano del SNS	

**PILAR 2 .  
POLITICAS AUDACES Y SISTEMA DE SOPORTE (SOSTENIBILIDAD)**

**META 7: Operativizar la estrategia post 2015 en el 100% de los servicios del sistema nacional de salud y CP y organizaciones de la sociedad civil**

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	LINEAS DE ACCION	ACTIVIDADES	TIEMPOS DE EJECUCION	RESPONSABLES/P ARTICIPANTES	MUNICIPIOS A LOS QUE VA DIRIGIDO
II. Obtener el compromiso de las comunidades, municipalidades, organizaciones de la sociedad civil y proveedores de salud públicos y privados para la respuesta y el abordaje integral de la TB.	2.6 Fortalecimiento de las alianzas estratégicas y APP	2.6.1 Consultoría para el levantamiento del censo nacional de proveedores no PNT públicos y privados.	Año 1	MINSAL	
		2.6.2 Coordinación con proveedores no PNT públicos y privados a través de reuniones periódicas, en los diferentes niveles, para seguimiento de las actividades de control de la TB.	5 años	MINSAL y proveedores de salud no PNT Públicos y privados	
		2.6.3 Jornadas educativas y de monitoreo y evaluación de las actividades realizadas por las diferentes instituciones proveedoras de salud, públicas y privadas	5 años	MINSAL y proveedores de salud no PNT	
		2.6.4 Establecimiento de convenios y cartas compromiso entre instituciones públicas y privadas , con gremiales, con grupos de trabajadores, con asociaciones médicas, Junta de Vigilancia, otros	5 años	MINSAL y proveedores no PNT	
		2.6.5 Firma de carta compromiso con diferentes proveedores	2 años	MINSAL y Proveedores no PNT	
		2.6.6 Proveer a las instituciones no PNT públicas y privadas de insumos y materiales (materiales educativos, de registro, otros) para que identifiquen sintomáticos respiratorios	5 años	MINSAL en los diferentes niveles en coordinación con las instituciones no PNT	

		2.6.7 Establecer un sistema de referencia de las personas sintomáticas respiratorias, entre proveedores No PNT públicos y privados y establecimientos de salud del MINSAL y la comunidad	5 años	Todas las Instituciones	
		2.6.8 Desarrollo de actividades educativas informativas por cada institución proveedora de salud, a su población objetivo.	5 años	Todas las instituciones proveedoras de salud públicas y privadas	
		2.6.9 Identificación y capacitación en TB a líderes y lideresas en las diferentes instituciones proveedoras de salud, públicas y privadas	Cada año	Responsables del programa de TB de las diferentes instituciones	
		2.6.10 Promover la participación de los comités intersectoriales municipales, en el control de la TB. A nivel nacional	Durante 5 años	MINSAL, Municipalidades, Instituciones proveedoras de salud	
<b>IV. Ejecutar estrategias de abogacía, comunicación y movilización social para el cambio de comportamiento en la población y la participación social, fomento al respeto de los DDHH y disminución del estigma y la discriminación</b>	2.7 Diseñar e implementar el plan multisectorial de ACMS	2.7.1 Diseño y operativización del Plan Nacional Multisectorial de ACMS y socializarlo con personal del MINSAL y con otras instituciones proveedoras de servicios de salud.	Año 1	MINSAL en coordinación con todas las Instituciones proveedoras de salud	
		2.7.2 Diseño y ejecución de campaña informativa a través de medios de comunicación colectiva: Promover derechos y deberes de las personas con TB., Reducción de estigma y discriminación. Por ejemplo “hablemos de vida”.	5 años	MINSAL en coordinación con todas las instituciones proveedoras de salud y medios de comunicación.	

		2.7.3 Diseñar y ejecutar estudio de Conocimientos Actitudes y Prácticas (CAP's) con la población	Primero año y quinto año	MINSAL en coordinación con todas las instituciones proveedoras de salud	
		2.7.4 Monitorear, supervisar y evaluar la ejecución del Plan de ACMS de forma semestral y anual.	Semestral y Anual durante los 5 años	MINSAL en coordinación con todas las instituciones proveedoras de salud	
		2.7.5 Conmemoración del Día Mundial de Lucha contra la Tuberculosis"	<b>5 años</b>	MINSAL en coordinación con todas las instituciones proveedoras de salud y organizaciones de la sociedad civil	
		2.7.6 Organización y seguimiento de los comités de afectados por TB, a nivel de SIBASI, empoderándolos de sus derechos y deberes para ejercer contraloría social.	5 años	MINSAL en coordinación con todas las instituciones proveedoras de salud	

**PILAR 2 .  
POLITICAS AUDACES Y SISTEMA DE SOPORTE (SOSTENIBILIDAD)**

**META 7: Operativizar la estrategia post 2015 en el 100% de los servicios del sistema nacional de salud y CP y organizaciones de la sociedad civil**

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	LINEAS DE ACCIÓN	ACTIVIDADES	TIEMPOS DE EJECUCIÓN	RESPONSABLES/PARTICIPANTES	MUNICIPIOS A LOS QUE VA DIRIGIDO
<b>V. Promover acciones sobre los determinantes sociales de la TB a través de la acción multisectorial</b>	2.8 Abordaje de los determinantes sociales de la salud y la tuberculosis	2.8.1 Gestionar soporte nutricional a los pacientes afectados por TB con desnutrición	5 años	MINSAL, ISSS, Centros Penales, Sanidad Militar, Bienestar Magisterial y otros proveedores NO PNT.	
	2.9 Incorporación de otros actores en el apoyo de la protección social para los grupos vulnerables y afectados	2.9 1. Creación de convenios con las Organizaciones Gubernamentales y No Gubernamentales que apoyan a las poblaciones vulnerables a Tuberculosis: ASADI, Alcohólicos Anónimos, Asociaciones que apoyan al pacientes con Cáncer, entre otros Inmunosuprimibles.	5 años	Responsables: Equipo técnico PNTYER / Participantes: ONG's y Asociaciones que trabajan con personas con problemas inmunosupresión o metabólico.	
		2.9.2 Gestionar con el MINED la inclusión de los contenidos de TB en los programas de estudio del nivel básico de educación	5 años	MINSAL y MINED	



**PILAR 3:  
INTERVENCIONES DIFERENCIADAS EN MUNICIPIOS PRIORIZADOS**

**META 10 :Alcanzar una tasa de incidencia de TB entre 20 a 24 por 100,000 en al menos el 50% de los municipios priorizados para el control avanzado**

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	LINEAS DE ACCION	ACTIVIDADES	TIEMPOS DE EJECUCIÓN	RESPONSABLES/PARTICIPANTES	MUNICIPIOS A LOS QUE VA DIRIGIDO
<b>I. Implementar Intervenciones diferenciadas en Municipios priorizados de acuerdo a brechas de búsqueda, detección, cobertura de servicios de salud, pobreza y densidad poblacional para la prevención y control de la tuberculosis</b>	3.1 Ejecución de Intervenciones diferenciadas en 65 Municipios priorizados por brechas de detección de casos.	3.1.1 Realizar un diagnóstico a fin de Identificar las causas por las que la existe baja detección de casos en los servicios de salud de la RIISS	6 meses	MINSAL Proveedores de salud Organizaciones de la sociedad civil	
		3.1.2 Incrementar la búsqueda pasiva y activa de sintomáticos respiratorios y contactos para la detección de casos con los establecimientos de salud de la RIISS, equipos de salud de las de las alcaldías municipales, otros proveedores de salud y actores relacionados con las determinantes sociales de la salud( trabajo, educación, organizaciones basadas en la fe, entre otros)	anual	MINSAL Proveedores de salud Organizaciones de la sociedad civil	
		3.1.3 Implementar acciones de búsquedas de casos en la población general, incluyendo grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad, (PVS. PPL, DM, entre otros) que pertenezcan o procedan de estos municipios priorizados.	anual	MINSAL Proveedores de salud Organizaciones de la sociedad civil	
		3.1.4 Implementar acciones de búsquedas de casos de TB a través de la Iniciativa AITER/PAL	anual	MINSAL Proveedores de salud Organizaciones de la sociedad civil	

	3.1.5 Asignar recursos, insumos y equipo necesario tanto para el diagnóstico oportuno de casos, incluyendo el envío de muestras desde el nivel comunitario hasta los laboratorios, así como para el seguimiento de contactos y estudios en poblaciones de mayor riesgo.	2 años	MINSAL Proveedores de salud Organizaciones de la sociedad civil	
	3.1.6 Desarrollar actividades de abogacía, formación de RRHH, actualización de conocimientos clínicos y programáticos, con los diferentes proveedores de salud	anual	MINSAL Proveedores de salud Organizaciones de la sociedad civil	
	3.1.7 Desarrollar actividades para el fortalecimiento e involucramiento de las municipalidades en la lucha contra la TB.	anual	MINSAL Proveedores de salud Organizaciones de la sociedad civil	
	3.1.8 Involucrar a otros proveedores de salud en la búsqueda de casos a través de la captura y referencia de SR para la detección temprana de casos a través de la firma de convenios con cartas de entendimiento por medio de la iniciativa APP	anual	MINSAL Proveedores de salud Organizaciones de la sociedad civil	
	3.1.9 Incrementar la movilización comunitaria para aumentar la detección precoz de casos con la participación de la sociedad civil, ONG's, asegurando que esta se responsabilice de la captura, referencia del sintomático respiratorio en áreas geográficas y poblaciones específicas.	anual	MINSAL ISSS ISBM ISRI Sanidad Militar Proveedores de salud Organizaciones de la sociedad civil	

		3.1.10 Realizar investigaciones operacionales en las que se identifique la causa de las brechas y que intervenciones son las más costo efectivas para disminuir las brechas de detección en estas.	Anual	MINSAL Proveedores de salud Organizaciones de la sociedad civil	
		3.1.11 Mantener un programa de supervisión monitoreo y evaluación en campo con el propósito de vigilar el cumplimiento de indicadores y el logro de metas y objetivos establecidos por el plan en los 65 municipios priorizados.	Anual	MINSAL Proveedores de salud Organizaciones de la sociedad civil	

**PILAR 3:  
INTERVENCIONES DIFERENCIADAS EN MUNICIPIOS PRIORIZADOS**

**META 11 : Alcanzar una tasa de incidencia de TB entre el 19 al 15 x 100,000 hab. en al menos el 50% de municipios clasificados en pre-eliminación.**

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	LINEAS DE ACCION	ACTIVIDADES	TIEMPOS DE EJECUCIÓN	RESPONSABLES/PARTICIPANTES	MUNICIPIOS A LOS QUE VA DIRIGIDO
<b>II. Iniciar el proceso de control avanzado y Pre eliminación de la TB como problema de Salud Pública, con la implementación de una estrategia de intervención en municipios priorizados</b>	3.2 Control avanzado y Pre-eliminación de la TB en al menos 26 municipios priorizados en El Salvador	3.2.1 Realizar un estudio a nivel de los municipios, para la actualización y verificación de condiciones para el control avanzado y/o la Pre Eliminación de la TB.	6 meses	PNTYER/ Organización Panamericana de la Salud	
		3.2.2 Diseñar y ejecutar un Plan integral para el control avanzado y la Pre-eliminación de la TB.	3 meses	PNTYER/ Organización Panamericana de la Salud	
		3.2.3 Lograr el compromiso político para fortalecer el control de la TB, a través de la dotación de recursos financieros y humanos.	2016-2020	PNTYER/ Organización Panamericana de la Salud	
		3.2.4 Fortalecimiento de la coordinación Multisectorial a través de las alianzas estratégicas y APP.	2 años	PNTYER/ Organización Panamericana de la Salud	
		3.2.5 Fortalecimiento de las habilidades técnicas, clínicas y gerenciales para el control de la TB en el personal de salud, municipal y de instituciones y organizaciones en los municipios.	3 años	PNTYER/ Organización Panamericana de la Salud	
		3.2.6 Implementar un plan de gestión integral de la calidad de atención, diagnóstico y tratamiento oportuno a poblaciones en riesgo.	5 años	PNTYER/OPS	

	3.2.7 Establecer y Operativizar un plan de investigaciones operativas locales.	5 años	PNTYER/ Organización Panamericana de la Salud	
	3.2.8 Fortalecer la red de laboratorios.	2 años	PNTYER/ Organización Panamericana de la Salud	
	3.2.9 Mantener la vigilancia y tratamiento de TB-MDR, TB/VIH, TB/DM.	5 años	PNTYER/ Organización Panamericana de la Salud	
	3.2.10 Establecer y ejecutar el plan de control de infecciones para servicios de salud y poblaciones congregadas	5 años	PNTYER/ Organización Panamericana de la Salud	
	3.2.11 Aplicación de un estricto plan de Monitoreo y Evaluación a la ejecución de actividades programadas en los Servicios de salud para el control y prevención de la TB	5 años	PNTYER/ Organización Panamericana de la Salud	

**PILAR 4.  
INVESTIGACIÓN CLÍNICA, OPERATIVA Y SOCIAL DE IN E INNOVACIÓN INTENSIFICADA**

**METAS 7:  
Operativizar la Estrategia post 2015 en el 100% de los servicios del sistema nacional de salud y centros penales**

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	LINEAS DE ACCIÓN	ACTIVIDADES	TIEMPOS DE EJECUCIÓN	RESPONSABLES/PARTICIPANTES	MUNICIPIOS A LOS QUE VA DIRIGIDO
<b>I. fortalecer la investigación clínica, operativa y social; así como la asistencia técnica para optimizar las intervenciones, la toma de decisiones y el diseño de estrategias innovadoras.</b>	4.1 investigación técnica científica en áreas temáticas de interés en los diferentes niveles del sector salud según Agenda Nacional de Investigación en Salud en componente de TB	4.1.1 Socializar a instituciones que realizan las investigaciones en salud, las líneas de interés desarrolladas por el comité Nacional para la investigación	De forma anual del 2016 al 2020	INS/PNTYER y Comité Científico	
		4.1.2 Establecer un Plan y agenda de investigaciones por el Comité Científico de apoyo al PNTYER en coordinación con el Instituto Nacional de Salud e instituciones académicas	De forma anual del 2016 al 2020	Comité Científico/PNTYER	
		4.1.3 Incorporar metodologías innovadoras de investigación en las Instituciones que realizan investigaciones en salud.	De forma anual del 2016 al 2020	Comité Científico y PNTYER/Instituciones Formadoras	
		4.1.4 Realización de investigaciones operativas a nivel de regiones de salud, incentivando su divulgación y/o publicación.	Dos anuales por Región del 2016 al 2020	Comité Científico/SNS e Instituciones Formadoras	

<b>II. Desarrollar el Centro Regional de Formación, Capacitación y Excelencia en buenas prácticas de control de la TB El Salvador</b>	4.2 Implementación del Centro Regional de formación y capacitación en tuberculosis	4.2.1 Desarrollo de infraestructura y equipamiento	1 año	PNTYER/ Organización Panamericana de la Salud/Centro Regional de formación	
		4.2.2 Diseño y ejecución de dos diplomados anuales	5 años		
		4.2.3 Ejecución de dos pasantías por año	5 años		
		4.2.4 Ejecución de al menos dos investigaciones anuales del 2016 al 2020	5 años		
		4.2.5 Ejecución de seis pasantías para el intercambio de experiencias: 3 nacionales y 3 internacionales	5 años		
<b>III. Implementar un sistema de información electrónico de TB innovador</b>	4.3 Desarrollar un Sistema de Información electrónico en tiempo real	4.3.1 Diseñar un sistema de información electrónico en tiempo real que permita registrar la información en forma oportuna de todos los proveedores de servicios de salud del SNS integrado al SUIIS que permita la desagregación de información			
		4.3.2 Capacitación del personal de salud para Implementar el Sistema de Información de TB, TB/VIH y TB-DR en la RIIS			
		4.3.3 Gestionar la compra de equipo e insumos informáticos para la implantación del SIISTB en la RIIS			
		4.3.4 Monitoreo y evaluación de la implementación del SIISTB			

## VII. MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN

El Monitoreo, supervisión y evaluación se fundamentan en las líneas estratégicas contempladas dentro del marco de la Estrategia Mundial POST 2015”, objetivos y metas definidas en este plan.

El Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias es el responsable del monitoreo, supervisión y evaluación de la vigilancia epidemiológica de la Tuberculosis en El Salvador. Para ello cuenta, con un sistema de registro nacional constituido por once instrumentos denominados PCT los cuales han sido adaptados a nivel nacional, retomando los instrumentos internacionales.

Se cuenta con definiciones operativas de caso para el adecuado llenado de los instrumentos, así como; indicadores epidemiológicos y operativos del Programa. Las fuentes de información primaria son los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública (PNT), Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Centros Penales y Sanidad Militar (proveedores de salud No PNT públicos) y No PNT privados como hospitales privados, clínicas privados, clínicas ONG's, clínicas municipales y de organizaciones basadas en la fé, los cuales reportaran los casos de tuberculosis a los diferentes Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI) en donde se concentra toda la información del sector, para luego ser informada según nivel jerárquico a las Direcciones Regionales de Salud correspondientes, quienes la envían al Nivel Central para su consolidación, depuración y análisis; una vez realizado el análisis de la información se elaboran los informes de detección de casos y resultados del tratamiento a pacientes con tuberculosis, pero dada la naturaleza multisectorial del PENMTB se establecerán mecanismos que permitan ampliar la información a todos los actores y sectores participantes en la lucha contra la TB, quienes operativizan el presente plan.

El monitoreo y evaluación de la información es retomada por la gerencia del PNTYER para caracterizar a las regiones, SIBASI y municipios sobre la situación epidemiología de la tuberculosis en base a indicadores de impacto tales como: incidencia, mortalidad y prevalencia de dicha enfermedad. El seguimiento e cada indicador es cada 6 meses y de forma anual en la evaluación sistematizada del programa y finalmente al final del quinquenio.

La información y acciones implementadas a nivel nacional le permiten a la gerencia gestionar con las agencias de cooperación la gestión y redirección de los fondos para lograr el cumplimiento de metas e indicadores.

Además el Programa realiza monitoreo y supervisión a los diferentes niveles (regional y SIBASI) y servicios de salud para dar seguimiento a la operativización del programa e identificar oportunamente las inconsistencias que puedan presentarse en la información.

En el MINSAL se ha considerado como de vital importancia en la construcción del sistema único de monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica para satisfacer la información de las instituciones del sector involucrado por lo que se ha establecido el:

- Monitoreo del entorno y operativización del Programa
- Vigilancia epidemiológica de la tuberculosis.
- Monitoreo de la calidad de la atención de los servicios de salud
- Estudio de los conocimientos, actitudes y prácticas de la población con relación a la tuberculosis.

En cuanto al monitoreo del entorno del programa, la recopilación de datos sobre los insumos, medicamentos, presupuesto y apoyo financiero podrán servir para el análisis de la situación y los cambios relacionados con el entorno del plan y su operativización.



Asimismo; el monitoreo de los indicadores del programa, relacionados con el comportamiento de la tuberculosis a nivel país nos dan las pautas y estrategias necesarias para lograr nuestras metas según las poblaciones objetivos y grupos priorizados en el plan.

Las encuestas periódicas y sistemáticas en los servicios de salud y el monitoreo por los técnicos del programa dentro de su plan operativo anual proveerán la información sobre la calidad de atención prestada a los pacientes con tuberculosis en los servicios de salud.

### **La importancia del monitoreo, la vigilancia y la evaluación del PENMTB 2016-2020**

El sistema de monitoreo, supervisión y evaluación del PENMTB, nos sirve para determinar si se están logrando los objetivos y los resultados esperados, con los criterios de pertinencia, eficiencia, eficacia, impacto y sostenibilidad o es necesario modificar o reorientar algún aspecto de la ejecución. Asimismo para ayudar a calcular y distribuir los recursos necesarios para obtener resultados óptimos en lo posible.

También ayudará a calcular y distribuir los recursos necesarios de modo que se obtengan los mejores resultados posibles. Las funciones de la vigilancia, el monitoreo y la evaluación son distintas aunque se superponen, nos proveen la información que ayuda a determinar la relación entre las actividades, los recursos del Programa y las metas propuestas a lograr.

Asimismo, obtenemos información de la calidad de la atención en los servicios de salud así como con la utilización de encuestas periódicas en los servicios públicos y de otras instituciones que presten servicios relacionados con la tuberculosis la satisfacción de los usuarios.

Para el logro de las metas, se hace prioritario el sostenimiento del PENMTB que incluye los insumos, los recursos humanos, financiamiento, abastecimiento de medicamentos y sistemas de distribución de éstos y otros productos esenciales, como pruebas diagnosticas, servicios de calidad, personal capacitado, material informativo y otros.

Cuando estos productos están bien definidos y lleguen al público al cual estaban destinados, el programa probablemente logre efecto o resultados positivos a corto plazo. Este impacto se refleja en una disminución del número de nuevos casos de tuberculosis o en la reducción de la mortalidad por esta.

El proceso de monitoreo y supervisión del PENMTB será permanente con visitas a los establecimientos de salud por los diferentes niveles de atención (I, II y III) de todos los actores, instituciones y sectores participantes; éste será directo e indirecto, este último se desarrollará a través del sistema de registro e información mensual y trimestral del PCT y el control de calidad de las baciloscopías, las actividades de supervisión directa se realizará con guías normalizadas de supervisión y con cronograma previamente elaborado y coordinado con el equipo de nivel central y con todos los involucrados.

La implementación del PENMTB se hará, a través de planes anuales operativos con evaluaciones semestrales a nivel nacional, trimestral por SIBASI y Región, y de forma mensual con los niveles locales.

Las evaluaciones se desarrollarán con indicadores epidemiológicos y operacionales estandarizados previamente definidos, con la finalidad de medir la eficacia de las intervenciones realizadas.

El programa también solicitará evaluaciones externas a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ya otras organizaciones de carácter internacional que se vinculen con esta temática como La Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (LA UNIÓN)

La recolección de la información de datos, análisis y toma de decisiones estará bajo la responsabilidad de los equipos técnicos de tuberculosis en los diferentes niveles: local, SIBASI, Regional y Central.

Las Fuentes de verificación y su interpretación serán clave y para lo cual se utilizan:

- Los Informes de recolección de datos epidemiológicos y operaciones
- Los Informes de las visitas de monitoreo a los diferentes niveles
- Resultados de estudios de investigación, tanto operacional como epidemiológica
- Los Informes de reuniones y talleres referentes a: Centros penitenciarios, Coinfección TB/VIH, Instituciones formadoras de recursos humanos en Salud, APP, PAL, reuniones de la red de laboratorio y de enfermería.
- Informes de las visitas de evaluación externa por OPS/OMS

El propósito final del monitoreo, supervisión y evaluación es el de proveer lineamientos de monitoreo y evaluación que visualicen el avance en las metas globales del Plan Estratégico Nacional Multisectorial para el Control de la Tuberculosis, logradas por instituciones gubernamentales, no gubernamentales, y otros actores que trabajan en la lucha contra la tuberculosis así como el cumplimiento de los indicadores de impacto del plan.

**Los fines específicos son los de:**

- Estandarizar lineamientos: guía de monitoreo y evaluación para los equipos técnicos involucrados de los sectores en la respuesta nacional de la lucha contra la tuberculosis.
- Evaluar y fortalecer el monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica a lo largo del tiempo a medida que se amplíen las intervenciones para reducir la incidencia de la morbilidad y mortalidad por tuberculosis.
- Medir el impacto directo e indirecto de los lineamientos de la guía de monitoreo y evaluación de actividades realizadas en el sector salud en la lucha contra la tuberculosis.

**Con el objeto de tener los siguientes resultados:**

- Datos fidedignos, reales, confiables y oportunos.
- Contar con parámetros que puedan medir el avance de las metas estimadas en el PENMTB.
- Personal operativo de las instituciones del sector salud capacitados en la aplicación de los lineamientos de la guía de monitoreo y evaluación.

Es importante dentro del monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica contar con datos oportunos y reales para las instituciones del sector tales como:

- Monitoreo y evaluación del cumplimiento del Plan estratégico Nacional
- Monitoreo del entorno y operativización del programa
- Vigilancia epidemiológica de la tuberculosis.
- Monitoreo de la calidad de la atención de los servicios de salud
- Estudio de los conocimientos, actitudes y prácticas de la población con relación a la tuberculosis.

En cuanto al **Monitoreo y evaluación del cumplimiento del PENMTB**, este estará a cargo del PNTYER y del Comité Multisectorial para la lucha y el control de la TB en El Salvador. Los resultados serán compartidos con las autoridades sanitarias nacionales y el comité técnico asesor nacional, así como con los subcomités de expertos en las líneas estratégicas correspondientes, y con todos los actores, instituciones, organizaciones y sectores involucrados en la ejecución del PENMTB.

## VIII. COSTEO Y FINANCIAMIENTO

El Programa de Tuberculosis para garantizar el cumplimiento de los compromisos del PENM 2016-2020 solicitara a los diferentes establecimientos de salud a nivel nacional, todos los requerimientos necesarios para el funcionamiento del programa del año fiscal siguiente y con esta información, presenta a la Unidad Financiera Institucional el detalle de funcionamiento del programa de nivel nacional.

La Unidad Financiera institucional, prioriza y evalúa los compromisos gubernamentales y las necesidades, las cuales las consensa con el Programa para incluirlas en el presupuesto que se presenta en el Ministerio de Hacienda.

Los reportes serán generados por rubro presupuestarios del Sistema Financiero del estado (SAFI) sistema confiable y transparente de las finanzas públicas, el cual brinda informes de manera mensual y posterior al cierre contable (a más tardar 15 días del siguiente mes) así también puede generar informes trimestrales, semestral y anual).

En este sistema se registran todas las transacciones de los gastos de Gobierno y de otros financiadores. Estos gastos se respaldan con documentación que transparentan los diferentes procesos tales como: factura, recibos, hojas de kilometrajes de recorrido de vehículos, gasto de combustible del programa, vehículos asignados, reportes de monitoreo realizados, planillas de salarios, reportes de mantenimientos realizados a los vehículos del programa etc. esto dependiendo el gasto y/o actividad que se realice.

El mecanismo de reportes de los diferentes actores como son: ISSS, Centros Penales, Bienestar Magisterial y Sanidad Militar que igualmente utilizan el Sistema Financiero del estado (SAFI) antes que también registran sus gastos con los mismos rubros presupuestarios y que pueden evidenciar los gastos para el programa de tuberculosis con facturas y otros.

Toda la información financiera es fiable y las únicas limitantes que el Sistema SAFI posee es que no registra sus erogaciones por programa si no por institución, pero que esto no limita identificar a través del programa lo que ha solicitado y autorizado gestionar para fines de la respuesta propiamente para el programa y que se cuenta con toda la documentación que evidencia los bienes y servicios adquiridos y para los fines han sido utilizados.

Con las ONGs y sectores privados se les elaborara un modelo de reporte para que de sus contabilidades, brinden la información financiera ejecutada para la TB.

El Ministerio como ente rector de la salud en el país, desarrolla reuniones de coordinación para el compromiso de todos los entes involucrados en la respuesta a la TB para la entrega de reportes financieros de gastos de TB de manera trimestral; así como también al igual se realizaran reuniones de seguimiento técnico y financiero de los diferentes actores para el cumplimiento de compromisos.

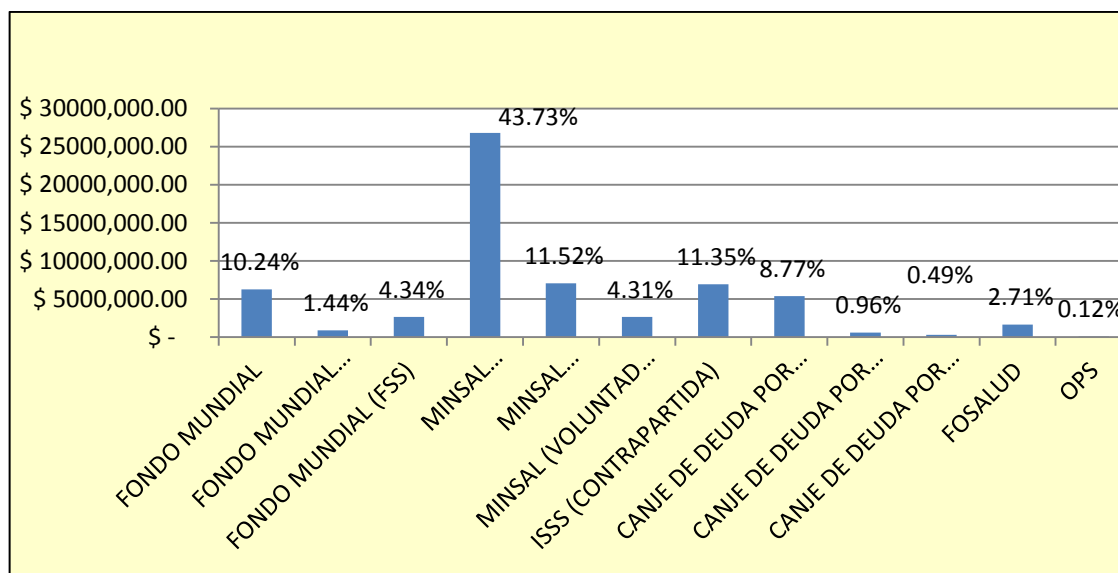
### **TABLAS DE COSTOS DEL PLAN ESTRATEGICO NACIONAL MULTISECTORIAL DEL CONTROL DE LA TUBRCULOSIS 2016-2020.**

El costeo del PENMTB se realizó con base a la proyección de costos de cada uno de los pilares, objetivos estratégicos y a cada una de las actividades propuestas.

La estimación financiera de la ejecución total del Plan Estratégico Nacional Multisectorial asciende a la cantidad de \$ 61,277,456.03, el cual está distribuido por Pilares, Rubro Presupuestario SAFI, Metas y por Entidades Financiadoras.

El presupuesto total del plan estratégico distribuido por entidad financiadora presenta al MINSAL con el mayor porcentaje de financiamiento, que es el 59.56%, seguido por el Fondo Mundial, Fosalud y OPS.

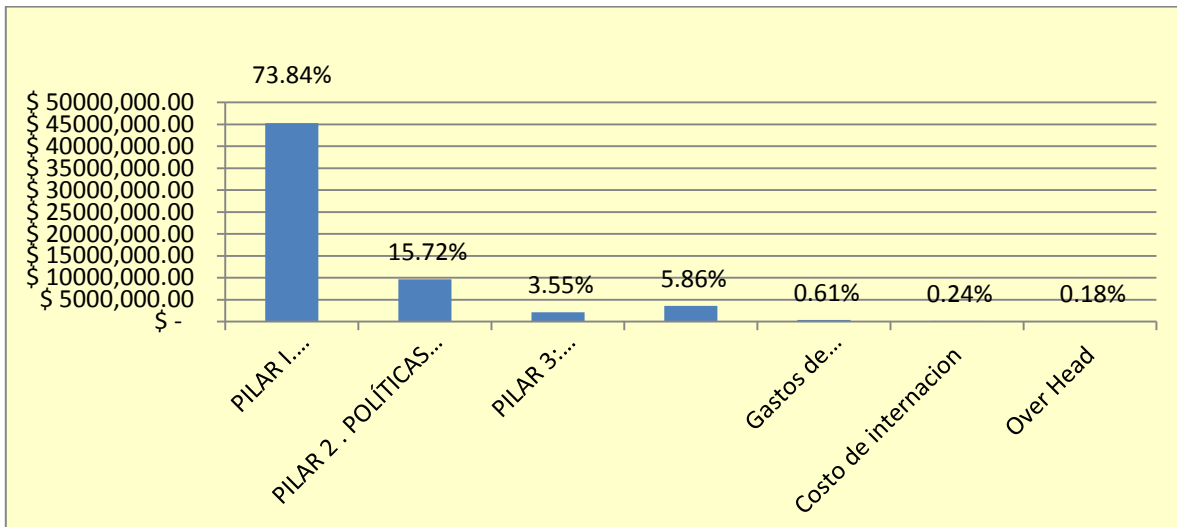
### PRESUPUESTO POR ENTIDAD FINANCIADORA



ENTIDAD	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL 5 AÑOS	PORCENTAJE
FONDO MUNDIAL	\$ 2,672,165.76	\$ 2,303,236.72	\$ 1,298,733.72	\$ -	\$ -	\$ 6,274,136.20	10.24%
FONDO MUNDIAL (COMUNIDAD)	\$ 294,830.00	\$ 294,830.00	\$ 294,830.00	\$ -	\$ -	\$ 884,490.00	1.44%
FONDO MUNDIAL (FSS)	\$ 1,004,683.20	\$ 1,242,737.36	\$ 411,807.53	\$ -	\$ -	\$ 2,659,228.09	4.34%
MINSAL (CONTRAPARTIDA)	\$ 5,835,834.74	\$ 5,163,525.44	\$ 5,351,461.01	\$ 5,259,088.10	\$ 5,188,010.84	\$ 26,797,920.13	43.73%
MINSAL (CONTRAPARTIDA) COMUNITARIA	\$ 1,412,000.00	\$ 1,412,000.00	\$ 1,412,000.00	\$ 1,412,000.00	\$ 1,412,000.00	\$ 7,060,000.00	11.52%
MINSAL (VOLUNTAD DE PAGO)	\$ 440,858.18	\$ 605,684.79	\$ 620,480.09	\$ 630,193.28	\$ 344,329.89	\$ 2,641,546.23	4.31%
ISSS (CONTRAPARTIDA)	\$ 1,489,313.49	\$ 1,377,313.49	\$ 1,363,313.49	\$ 1,363,313.49	\$ 1,363,313.49	\$ 6,956,567.43	11.35%
CANJE DE DEUDA POR SALUD	\$ 806,000.00	\$ 906,000.00	\$ 1,006,000.00	\$ 1,757,629.79	\$ 898,169.79	\$ 5,373,799.58	8.77%
CANJE DE DEUDA POR SALUD (COMUNIDAD)	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 294,830.00	\$ 294,830.00	\$ 589,660.00	0.96%
CANJE DE DEUDA POR SALUD (FSS)	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 151,400.00	\$ 151,400.00	\$ 302,800.00	0.49%
FOSALUD	\$ 325,110.31	\$ 332,985.07	\$ 326,860.75	\$ 334,737.34	\$ 342,614.88	\$ 1,662,308.36	2.71%

El presupuesto total del plan estratégico distribuido en cuatro pilares fundamentales, presenta que el primer pilar es el que contiene el porcentaje de 73.84% para la atención y prevención de las personas la familia y la comunidad, el segundo pilar le da respuesta a la políticas audaces cuenta con el porcentaje de 15.72% y el tercer y cuarto pilar cuentan con el 3.55% y 5.86% respectivamente siendo estos los que dan respuestas a los municipios , casos , investigaciones, e innovaciones intensificadas.

## PRESUPUESTO POR PILARES

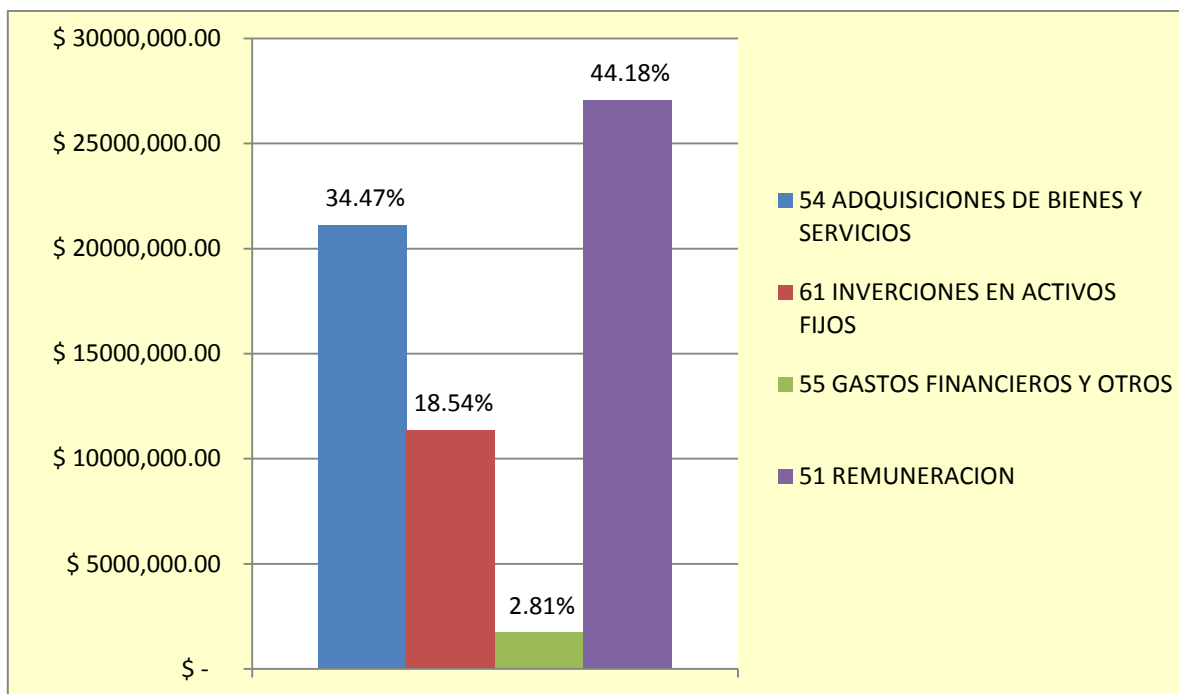


PILARES	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL 5 AÑOS	PORCENTAJE
PILAR 1. PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRADA DE LA TB CENTRADA EN LA PERSONA, LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD.	\$ 10,626,755.35	\$ 10,036,023.27	\$ 9,053,622.11	\$ 8,146,578.18	\$ 7,384,244.23	\$ 45,247,223.13	73.84%
PILAR 2. POLÍTICAS AUDACES Y SISTEMA DE SOPORTE (sostenibilidad)	\$ 1,791,504.57	\$ 1,781,106.38	\$ 2,001,653.01	\$ 2,153,554.81	\$ 1,907,472.12	\$ 9,635,290.90	15.72%
PILAR 3. INTERVENCIONES DIFERENCIADAS EN MUNICIPIOS PRIORIZADOS	\$ 468,073.00	\$ 439,170.50	\$ 421,752.75	\$ 423,933.23	\$ 423,826.75	\$ 2,176,756.22	3.55%
PILAR 4. INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN INTENSIFICADA	\$ 1,188,996.00	\$ 1,237,626.00	\$ 464,072.00	\$ 449,072.00	\$ 249,072.00	\$ 3,588,838.00	5.86%
Gastos de admon/PNTYER/UCP/UFE	\$ 131,870.76	\$ 74,646.72	\$ 74,646.72	\$ 45,053.79	\$ 45,053.79	\$ 371,271.78	0.61%
Costo de internacion	\$ 50,000.00	\$ 50,000.00	\$ 50,000.00	\$ -	\$ -	\$ 150,000.00	0.24%
Over Head	\$ 38,596.00	\$ 34,740.00	\$ 34,740.00	\$ -	\$ -	\$ 108,076.00	0.18%
<b>TOTALES</b>	<b>\$ 14,295,795.68</b>	<b>\$ 13,653,312.87</b>	<b>\$ 12,100,486.59</b>	<b>\$ 11,218,192.00</b>	<b>\$ 10,009,668.89</b>	<b>\$ 61,277,456.03</b>	<b>100.00%</b>

Bajo las normas establecidas en el sistema de administración financiera integrado (SAFI) en lo referente al subsistema presupuesto se puede apreciar con claridad todas las variables que identifican un presupuesto consistente congruente en el tiempo y que refleja datos realistas y concretos en materia de ingresos y gastos apegados a las condiciones actuales de cada ejercicio presupuestario. El presupuesto total del Plan Estratégico Nacional Multisectorial haciendo a la cantidad de \$ 61, 277,456.03, alcanzando el 44.18% del rubro presupuestario de remuneraciones, las cuales estará siendo financiado por fondos del gobierno.

### RUBRO PRESUPUESTARIO SAFI

CODIGO PRESUPUESTARIO	DESCRIPCION	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL 5 AÑOS	PORCENTAJE
54	ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS	\$ 4,921,645.11	\$ 4,097,306.33	\$ 4,297,663.25	\$ 3,910,874.39	\$ 3,893,387.45	\$ 21,120,876.53	34.47%
61	INVERSIONES EN ACTIVOS FIJOS	\$ 3,827,383.20	\$ 3,890,537.36	\$ 2,001,807.53	\$ 1,351,400.00	\$ 291,400.00	\$ 11,362,528.09	18.54%
55	GASTOS FINANCIEROS Y OTROS	\$ 344,213.76	\$ 344,213.76	\$ 344,213.76	\$ 344,213.76	\$ 344,213.76	\$ 1,721,068.80	2.81%
51	REMUNERACION	\$ 5,202,553.61	\$ 5,321,255.42	\$ 5,456,802.05	\$ 5,611,703.85	\$ 5,480,667.67	\$ 27,072,982.61	44.18%
	TOTAL	\$ 14,295,795.68	\$ 13,653,312.87	\$ 12,100,486.59	\$ 11,218,192.00	\$ 10,009,668.89	\$ 61,277,456.03	100.00%



En relación al presupuesto por metas, en los 4 pilares la meta 1 es la que contiene el mayor financiamiento.

## PRESUPUESTO POR METAS

METAS		2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL 5 AÑOS
PILAR I. PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRADA DE LA TB CENTRADA EN LA PERSONA, LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD.	META 1- Detectar por lo menos el 90% de los casos de Tuberculosis prioritariamente en los municipios que presentan mayor brecha de detección de casos.	\$ 4,467,183.21	\$ 3,529,197.13	\$ 3,357,211.05	\$ 3,070,728.97	\$ 2,524,438.89	\$ 16,948,759.23
	META 2: Lograr el 90% o más de curación a pacientes nuevos de TB Pulmonar Bacteriológicamente positivos integrando un trabajo multisectorial.	\$ 2,295,856.90	\$ 2,704,634.90	\$ 2,240,276.90	\$ 2,216,540.90	\$ 2,247,886.90	\$ 11,705,196.50
	META 3: Lograr que el 100% de las instituciones proveedoras del Sistema Nacional de Salud apliquen el abordaje integral de enfermedades respiratorias AITER/PAL al menos en los municipios priorizados.	\$ 2,148,617.79	\$ 1,916,178.63	\$ 1,875,240.38	\$ 1,759,503.06	\$ 1,767,066.68	\$ 9,466,606.54
	META 4: Disminuir la tasa de mortalidad de TB/VIH en un 5% con relación al 2012.	\$ 130,841.00	\$ 71,360.00	\$ 113,441.00	\$ 67,760.00	\$ 87,760.00	\$ 471,162.00
	META 5: 65% de establecimientos de la red del MINSAL y otras instituciones del sector salud aplicando medidas de control de infecciones	\$ 1,134,835.20	\$ 1,457,331.36	\$ 1,110,131.53	\$ 674,724.00	\$ 399,724.00	\$ 4,776,746.09
	META 6: detectar el 90 % de casos bacteriología positiva en personas de alto riesgo y grupos vulnerables	\$ 449,421.25	\$ 357,321.25	\$ 357,321.25	\$ 357,321.25	\$ 357,367.76	\$ 1,878,752.76
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>\$ 10,626,755.35</b>	<b>\$ 10,036,023.27</b>	<b>\$ 9,053,622.11</b>	<b>\$ 8,146,578.18</b>	<b>\$ 7,384,244.23</b>	<b>\$ 45,247,223.13</b>
PILAR 2 . POLÍTICAS AUDACES Y SISTEMA DE SOPORTE (sostenibilidad)	META 1: 60% de las instituciones proveedoras de servicios de salud, gubernamentales y no gubernamentales participando en la atención y prevención de la TB	\$ 1,169,669.57	\$ 1,318,371.38	\$ 1,423,918.01	\$ 1,590,819.81	\$ 1,429,737.12	\$ 6,932,515.90
	META 2: Incrementar en un 25% la participación de las instituciones públicas y un 10 % de las privadas en el control de la TB.	\$ 167,210.00	\$ 167,210.00	\$ 167,210.00	\$ 167,210.00	\$ 167,210.00	\$ 836,050.00
	META 3 : Implementación del 100% de actividades del Plan Nacional Multisectorial de ACMS	\$ 377,085.00	\$ 217,985.00	\$ 332,985.00	\$ 317,985.00	\$ 232,985.00	\$ 1,479,025.00
	META 4: Vigilancia epidemiológica de la TB en el 100 % de la población con riesgo social con enfoque de determinantes sociales.	\$ 77,540.00	\$ 77,540.00	\$ 77,540.00	\$ 77,540.00	\$ 77,540.00	\$ 387,700.00
<b>TOTALES</b>	<b>0</b>	<b>\$ 1,791,504.57</b>	<b>\$ 1,781,106.38</b>	<b>\$ 2,001,653.01</b>	<b>\$ 2,153,554.81</b>	<b>\$ 1,907,472.12</b>	<b>\$ 9,635,290.90</b>
PILAR 3: INTERVENCIÓNES DIFERENCIADAS EN MUNICIPIOS PRIORIZADOS	META 1 : Detección de al menos el 90% de los casos de Tuberculosis en los municipios que presentan mayor brecha de detección de casos.	\$ 403,183.00	\$ 392,530.50	\$ 384,012.75	\$ 385,643.23	\$ 384,436.75	\$ 1,949,806.22
	META 2: Alcanzar una tasa de incidencia de TB entre el 20 al 24 x 100,000 hab. para los municipios con Control Avanzado en al menos en el 50% de los municipios identificados/ 3. Alcanzar una tasa de incidencia de TB entre el 19 al 15 x 100,000 hab. p	\$ 64,890.00	\$ 46,640.00	\$ 37,740.00	\$ 38,290.00	\$ 39,390.00	\$ 226,950.00
<b>TOTALES</b>	<b>0</b>	<b>\$ 468,073.00</b>	<b>\$ 439,170.50</b>	<b>\$ 421,752.75</b>	<b>\$ 423,933.23</b>	<b>\$ 423,826.75</b>	<b>\$ 2,176,756.22</b>
PILAR 4. INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN INTENSIFICADA	META 1: 5 investigaciones por año (1 por región), según áreas temáticas de interés definidas por PNTYER	\$ 1,188,996.00	\$ 1,237,626.00	\$ 464,072.00	\$ 449,072.00	\$ 249,072.00	\$ 3,588,838.00
	Gastos de admon/PNTYER/UCP/UFE	\$ 131,870.76	\$ 74,646.72	\$ 74,646.72	\$ 45,053.79	\$ 45,053.79	\$ 371,271.78
	Costo de internacion	\$ 50,000.00	\$ 50,000.00	\$ 50,000.00	\$ -	\$ -	\$ 150,000.00
	Over Head	\$ 38,596.00	\$ 34,740.00	\$ 34,740.00	\$ -	\$ -	\$ 108,076.00
	<b>TOTAL</b>	<b>\$ 88,596.00</b>	<b>\$ 84,740.00</b>	<b>\$ 84,740.00</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ 258,076.00</b>
		\$ 14,163,924.92	\$ 13,578,666.15	\$ 12,025,839.87	\$ 11,173,138.21	\$ 9,964,615.10	\$ 61,277,456.03

## IX. BIBLIOGRAFIA

1. Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015 Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud
2. Situación Epidemiológica de la Tuberculosis en El Salvador 2012-2013, PNTYER, Ministerio de Salud Pública.
3. Plan Estratégico "Construyendo La Esperanza" 2009 -2015. Ministerio de Salud
4. Encuesta de Salud Familiar 2007 (FESAL)
5. Ministerio de Economía, Dirección General de Estadística y Censo (2007), "Estadísticas Demográficas/Proyecciones". El Salvador
6. Ministerio de Economía, Censo Nacional de población y vivienda 2007
7. Política nacional de desarrollo de recursos humanos en salud del Ministerio de salud.
8. Planeación y presupuesto para el control de la TB. OMS – Stop TB
9. Informe de Labores 2013 – 2014. Ministerio de Salud.
10. Política de participación social en salud
11. Estrategia Comunitaria para la prevención y control de la Tuberculosis.
12. Ley de igualdad, equidad y erradicación de la discriminación contra las mujeres.
13. Sistematización de Talleres de trabajo.
14. Evaluación intermedia del PEN 2008-2015 PNTYER 2008-2015. PNTYER/PNUD 2013



## X. ANEXOS

ANEXO 1. Instituciones, organizaciones, sectores y actores participantes en la elaboración del PENMTB 2016-2020.

ANEXO 2. Presupuesto

ANEXO 3. Tabla de brechas programáticas.

ANEXO 4. Tabla dinámica

ANEXO 5. Clasificación de los municipios por categoría

ANEXO 6. Instituciones asistentes a los talleres para el diálogo de país.

ANEXO 7. Distribución de RH por disciplinas, género y nivel de atención, MINSAL 2014

ANEXO 8. Criterios para incluir los derechos humanos.

ANEXO 9. Evaluación Intermedia del PEN 2008-2015 PNTYER /PNUD 2013

## **ANEXO 1:**

### **INSTITUCIONES, ORGANIZACIONES, SECTORES, Y ACTORES PARTICIPANTES EN EL LA ELABORACIÓN DEL PENM TB 2016-2020**

1. Mecanismo de Coordinación de País, (MCP-ES)
2. Organismos Gubernamentales:
  - Ministerio de Salud.
  - Dirección de Centros Penales,
  - Hospital Militar,
  - Instituto Salvadoreño del Seguro Social,
  - Instituto de Bienestar Magisterial
  - Ministerio de Trabajo
  - Ministerio de Educación
  - FOSALUD
  - Instituto Nacional de Investigación
  - Ciudad Mujer
  - Instituto Salvadoreño de la Niñez y la Adolescencia
  - Consejo Nacional de la Judicatura
  - Hospital Militar
  - Policía Nacional Civil
  - Corte Suprema de Justicia
  - Procuraduría de Derechos Humanos
  - COSAM
  - ISDEMU
  - ISRI
3. Organismos de Cooperación Internacional:
  - PNUD,
  - OPS/OMS
  - USAID
  - GIZ
  - ONUSIDA
4. ONG´s
  - Asociación Demográfica Salvadoreña
  - FUNDASIDA
  - Patronato Nacional Antituberculoso
  - Asociación Nacional de Personas Positivas Vida Nueva
  - Fundación Seraphin
  - Asociación Promotora de la Salud
  - Asociación Salvadoreña de Derechos Humanos. Entre Amigos
  - Coordinadora Nacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA
  - Organización de Trabajadoras del Sexo de El Salvador
  - Coordinadora Nacional de la Mujer Salvadoreña
  - Visión Mundial
  - Fundación Huellas
  - Fraternidad Gay sin Fronteras
  - Médicos del Mundo
  - Plan El Salvador
5. Sector Educativo:

Universidad de El Salvador  
Universidad Evangélica de El Salvador  
Universidad Dr. José Matías Delgado  
IEPROES  
UNAB  
Comité de Docencia.

6. Personas afectadas por la Tuberculosis.
7. Representantes de las Alcaldías Municipales
8. Asociaciones Médicas:
  - Asociación de Medicina Interna
  - Asociación de Infectología
  - Asociación de Neumología
9. Representantes Comunitarios.

## ANEXO 4

### TABLA DINAMICA

Para facilitar el análisis de la situación de la TB y con el propósito de categorizar los 262 municipios del país según la magnitud de la brecha de detección de SR y casos de TB, y las variables condicionantes de esto, se construyó una tabla dinámica con 32 variables. Para algunas de estas variables se establecieron rangos de ponderación (brecha de SR y casos detectados, índice de pobreza y población y se procedió a agruparlos municipios en categorías según magnitud de brecha.

En el primer tercio de la tabla se consignaron los datos por Departamento, municipios, población por municipio, densidad poblacional, correspondiendo estos datos a la información oficial proporcionada por DIGESTIC, además se incluyó la clasificación de pobreza, de acuerdo al Mapa de Pobreza Flacso/FISDL 2005, las entidades proveedoras que realizan notificación de casos, y el total de consultas del MINSAL del año 2013 en niños mayores de 10 años para estimar el número de sintomáticos respiratorios, según la normativa de programación del PENTYER en el país.

Departamento según Procedencia del Px.	Municipio de procedencia del Px. Fuente: PNTYER	Poblacion por municipio 2013	Densidad Poblacional	Clasificación de Pobreza	Clasificación de Pobreza (ponderación)	MINSAL	FOSALUD	BSS	ISBM	CENTROS PENALES	COSAM	PNC	SECTOR PRIVADO	ONG	ALCALDIAS	COMUNIDAD	Total de consultas MINSAL primera vez en el año mayor de 10 años
--	---	------------------------------	----------------------	--------------------------	--	--------	---------	-----	------	-----------------	-------	-----	----------------	-----	-----------	-----------	--

Se utilizó el índice de pobreza consignado en el mapa de pobreza de El Salvador, el cual es vigente y de carácter oficial, dado a que este incluye los datos referidos al Índice de Marginalidad Municipal, proporción de viviendas con agua, cañerías, electricidad, condiciones de hacinamiento, tipo y construcción de vivienda, condiciones de salud, educación, ingresos y acceso a oportunidades de desarrollo. (<http://www.fisd.gov.sv/temas-543/programas-sociales/pati/itemlist/tag/indice%20de%20marginalidad>). De acuerdo a ONU el índice de pobreza refleja mejor el nivel de privación en comparación al índice de desarrollo humano.

No se incluye la variable de mortalidad como criterio de priorización, ya que lo registrado en el SIMMOW con el código CIE-10, solamente 26 municipios reportan entre 1 a 2 fallecimientos para un total de 33 muerte por Tb en el país, el cual representa apenas el 10% del total de municipios del país, de acuerdo a datos proporcionados por el SIMMOW del año 2013.

No existe un dato oficial sobre la distribución y situación de la violencia a nivel municipal, por lo que este dato no fue utilizado en el mecanismo de priorización, aun cuando el país es reconocido como uno de los primero países con más violencia a nivel mundial.

En el segundo segmento de la tabla se consigna el total de casos de TB pulmonar reportados por MINSAL, ISSS y CP, así como el total de casos de TB extra pulmonar, además se incluyó el total de recaídas reportadas por todas las instituciones, el total de casos de TB de todas las formas y

en todas las edades, el total de SR programados según fórmula establecida en la norma nacional, el total de SR investigados, total de SR investigados tanto positivos como negativos.

Total casos de TB pulmonar Bk+	Total casos de TB pulmonar Bk+	Total casos de TB pulmonar Bk+	Total casos de TB pulmonar Bk-	Total casos de TB pulmonar Bk-	Total casos de TB pulmonar Bk-	Total casos de TB extrapulmonar	Total casos de TB extrapulmonar	Total casos de TB extrapulmonar	Total de Recaidas todas las instituciones	Total de casos Tb todas las formas todas instituciones y todas las edades (dato por PNTYER)	Total de síntomas repitatorios programados según fórmula de norma	Total SR investigados (Positivos + Negativos)	Total SR investigados positivos	Total SR investigados negativos
MINSAL	ISSS	CENTRO PENAL	MINSAL	ISSS	CENTRO PENAL	MINSAL	ISSS	CENTRO PENAL						

Y en el tercio final de la tabla se adicióno los casos de TB pulmonar Bk+, casos de TB extra pulmonar programados, y se estimó la Brecha de SR no investigados en términos porcentuales, porcentaje de brecha de casos no detectados, el número de casos de VIH/Sida y se estimó el índice de priorización para intervenir incluyendo o no a Centros penales

Casos de TB Pulmonar Bk+ programados (Con el 3% del total de SR programados )	Casos de TB Pulmonar Bk- programados (Con el 30% de los pulmonares Bk+)	Casos de TB extrapulmonar programados (Con el 0.17% de los pulmonares Bk+)	Brecha de SR no investigados (%)	Nueva brecha de SR no captados (ponderacion)	Porcentaje de brecha de casos de TB todas las formas no detectados	Nueva brecha de casos TB no detectados (ponderación)	Casos de VIH/SIDA todas las edades 2013	Nuevo indice de priorizacion de mayor a menor para intervenir, EJERCICIO CON CENTROS PENALES
---	---	--	----------------------------------	--	--	--	---	--

## ANEXO 5.

### Municipios priorizados por alta brecha de detección de sintomáticos respiratorios (categoría 1)

Departamento	Municipio	Población por municipio 2013	Departamento	Municipio	Población por municipio 2013
Ahuachapán	ATIQUIZAYA AH	33,579	Morazan	MEANGUERA MO	8,813
Ahuachapán	SAN LORENZO AH	9,606	Morazan	JOCORO MO	11,330
Ahuachapán	GUAYMANGO AH	19,775	Morazan	DELICIAS DE CONCEPCION MO	5,853
Ahuachapán	TACUBA AH	31,209	Morazan	OSICALA MO	10,375
Cabañas	GUACOTECTI CA	6,576	San Miguel	SAN LUIS DE LA REINA SM	5,744
Cabañas	DOLORES CA	6,868	San Miguel	SAN JORGE SM	9,782
Chalatenango	SAN IGNACIO CH	9,515	San Miguel	CHINAMECA SM	23,270
Chalatenango	NOMBRE DE JESUS CH	4,637	San Miguel	MONCAGUA SM	25,518
Chalatenango	TEJUTIA CH	14,628	San Salvador	TONACATEPEQUE SS	121,303
Chalatenango	SANTA RITA CH	6,614	San Salvador	AYUTUXTEPEQUE SS	42,919
Chalatenango	AGUA CALIENTE CH	8,689	San Salvador	CUSCATANCINGO SS	78,141
Chalatenango	LA PALMA CH	13,379	San Salvador	SAN MARCOS SS	70,262
Chalatenango	EL PARAISO CH	12,078	San Salvador	SAN MARTIN SS	91,467
Cuscatlán	SAN BARTOLOME PERULAP	9,082	San Salvador	SANTO TOMAS SS	28,706
Cuscatlán	EL CARMEN CU	14,888	San Salvador	SANTIAGO TEXACUANGOS SS	21,802
La Libertad	TALNIQUE LL	9,160	San Salvador	AGUILARES SS	23,553
La Libertad	COLON LL	117,546	San Salvador	EL PAISNAL SS	15,080
La Libertad	SAN JUAN OPICO LL	83,285	San Vicente	SANTA CLARA SV	5,571
La Libertad	PUERTO LA LIBERTAD LL	39,589	San Vicente	SAN LORENZO SV	6,524
La Libertad	COMASAGUA LL	12,839	San Vicente	APASTEPEQUE SV	19,838
La Libertad	CHILTIUPAN LL	11,796	San Vicente	SAN ESTEBAN CATARINA SV	5,925
La Paz	SAN RAFAEL OBRAJUELO LP	10,440	Santa Ana	EL PORVENIR SA	9,155
La Paz	SAN PEDRO NONUALCO LP	9,312	Santa Ana	METAPAN SA	64,760
La Unión	LISLIQUE LU	15,091	Sonsonate	ARMENIA SO	35,948
La Unión	CONCHAGUA LU	43,455	Sonsonate	SAN JULIAN SO	19,790
La Unión	ANAMOROS LU	15,891	Usulután	SAN AGUSTIN US	6,326
La Unión	NUEVA ESPARTA LU	10,300	Usulután	ESTANZUELAS US	9,333
La Unión	SANTA ROSA DE LIMA LU	31,006	Usulután	SANTA ELENA US	18,363
La Unión	SAN ALEJO LU	18,241	Usulután	JIQUILISCO US	50,386
La Unión	PASAQUINA LU	17,312	Usulután	PUERTO EL TRIUNFO US	18,691
Morazan	SAN SIMON MO	12,198	Usulután	JUCUARAN US	13,571
Morazan	GUATAJIAGUA MO	13,488	Usulután	MERCEDES UMAÑA US	14,005
Morazan	<b>COBANTO MO</b>	<b>17,324</b>			

**Municipios priorizados para el control avanzado y o pre eliminación (categoría 3)**

Nº	Departamento	Municipio	Población por municipio 2013
1	LA LIBERTAD	ANTIGUO CUSCATLAN LL	39,688
2	LA PAZ	CUYULTITAN LP	6,129
3	AHUACHAPÁN	APANECA AH	8,350
4	CABAÑAS	SENSUNTEPEQUE CA	44,092
5	MORAZÁN	YOLOAIQUIN MO	4,092
6	CUSCATLÁN	SAN JOSE GUAYABAL CU	9,354
7	USULUTÁN	SAN BUENAVENTURA US	4,881
8	SAN SALVADOR	PANCHIMALCO SS	46,141
9	AHUACHAPÁN	AHUACHAPAN AH	116,948
10	CUSCATLÁN	SAN RAFAEL CEDROS CU	19,724
11	SANTA ANA	TEXISTEPEQUE SA	18,504
12	USULUTÁN	EREGUAYQUIN US	6,332
13	SONSONATE	JUAYUA SO	25,467
14	CUSCATLÁN	SAN RAMON CU	6,988
15	CUSCATLÁN	SANTA CRUZ MICHAPA CU	13,755
16	LA PAZ	SAN FRANCISCO CHINAMECA LP	7,686
17	SAN MIGUEL	NUEVA GUADALUPE SM	10,155
18	LA PAZ	SAN JUAN NONUALCO LP	18,041
19	LA LIBERTAD	SANTA TECLA LL	134,285
20	SONSONATE	NAHUILINGO SO	50,818
21	CUSCATLÁN	SUCHITOTO CU	24,541
22	USULUTÁN	SANTIAGO DE MARIA US	19,311
23	LA PAZ	SANTIAGO NONUALCO LP	41,528
24	AHUACHAPÁN	TURIN AH	9,915
25	MORAZÁN	PERQUIN MO	3,610

**ANEXO 6. Instituciones y asistentes a los talleres para el diálogo de país**

<b>PARTICIPACION MULTISECTORIAL</b>		
<b>No. de Talleres</b>	<b>No. Instituciones participantes</b>	<b>No. Asistentes</b>
<b>Reuniones: Construcción de la viabilidad técnica y política para el diseño del PENM TB 2016-2020</b>	47 Instituciones participantes: MINSAL, ISSS, Instituciones Gubernamentales, ONG´s, Agencias de Cooperación.	78
<b>6 Talleres de consulta nacional y 5 talleres de consulta regional.</b>	69 instituciones participantes: MINSAL, ISSS, Instituciones Gubernamentales, ONG´s, Agencias de Cooperación, municipalidades, voluntarios y personas afectadas por la Tuberculosis	466
<b>1 Taller preliminar de validación.</b>	8 instituciones y dependencias del MINSAL, MINSAL, ISSS, Instituciones Gubernamentales y Agencias de Cooperación	56
<b>1 Taller de análisis financiero</b>	4 Instituciones Gubernamentales	25
<b>1 Segundo Taller de validación</b>	20 Instituciones participantes: MINSAL, ISSS, Instituciones Gubernamentales, ONG´s, Agencias de Cooperación	60
<b>Total: 5 reuniones y 14 talleres</b>	69 instituciones y organizaciones	685

**Nota: La lista de organizaciones participantes se muestran en el anexo 1.**



**ANEXO 7. DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS HUMANOS POR DISCIPLINAS, GÉNERO Y NIVEL DE TENCIÓN, MINSAL 2014**

No.	DISCIPLINAS	HOSPITALES		REGIONES		SECRETARIA		TOTAL
		F	M	F	M	F	M	
1	Administrativos	2,237	1,807	1,262	1,362	341	443	7,452
2	Anestesiastas	214	159	0	0	0	0	373
3	Atención al Medio Ambiente	7	18	171	644	3	7	850
4	Auxiliares de Enfermería	2,516	267	1,116	128	0	0	4,027
5	Enfermeras	1,917	93	1,073	88	17	1	3,189
6	Estudiantes de Odontología en SS	0	0	96	42	0	0	138
7	Fisioterapistas	97	10	35	8	0	0	150
8	Laboratorio Clínico	444	148	265	62	70	26	1,015
9	Médicos en Servicio Social	3	1	302	192	0	0	498
10	Médicos Especialistas	660	1,152	150	150	9	7	2,128
11	Médicos Generales y Residentes	611	851	724	776	50	45	3,057
12	Odontólogos	34	22	297	122	5	1	481
13	Paramédicos/Técnicos en Salud	1,359	602	523	114	21	12	2,631
14	Practicantes Internos	264	208	1	0	0	0	473
15	Promotores de Salud	118	20	1,660	1,834	3	0	3,635
16	Química y Farmacia	12	5	29	8	28	13	95
<b>TOTALES</b>		<b>10,493</b>	<b>5,363</b>	<b>7,704</b>	<b>5,530</b>	<b>547</b>	<b>555</b>	<b>30,192</b>
		<b>15,856 (52.51%)</b>		<b>13,234 (43.83%)</b>		<b>1,102 (3.65%)</b>		<b>30,192 (100%)</b>

Fuente: Unidad de Administración de Recursos Humanos, MINSAL, 2013.

## ANEXO 8. CRITERIOS PARA INCLUIR LOS DERECHOS HUMANOS

Criterio	Lineamiento del fondo
<b>Intervención centrada en la persona.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervención centrada en la gente y el cambio en la calidad del servicio brindado en la gente.</li> <li>• Intervención centrada en los grupos con múltiples vulneraciones (sexo, edad, zona de residencia, pobreza, etc.) o con múltiples enfermedades (TB – VIH), (TB-MR)</li> </ul>
<b>Personas como sujetos de derechos y no meros beneficiarios/as</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer participar a los grupos claves como asociados igualitarios</li> <li>• Empoderar a individuos y comunidad – Consultar a representantes de grupos vulnerables claves (tratamiento, apoyo social, sensibilización, movilización social, etc.)</li> <li>• Individuos y comunidad cuenten con herramientas para participar y reclamar derechos específicos.</li> </ul>
<b>Incidir en las causas estructurales que dificultan la plena realización de los derechos humanos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratar los factores socioeconómicos y de otra índole que determina la tuberculosis</li> <li>• Crear un entorno jurídico y político favorable (inversión, políticas y servicios especiales)</li> </ul>
<b>Supresión de obstáculos para el acceso a los derechos humanos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliar el acceso a servicios de calidad</li> <li>• Eliminar barreras de acceso a servicios de salud de grupos minoritarios o excluidos.</li> <li>• Identificar los obstáculos jurídicos, estructurales y sociales a servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de calidad de esta enfermedad.</li> <li>• Mejorar la eficacia de las intervenciones.</li> <li>• Tomar en cuenta la opinión, conocimientos y experiencias de personas afectadas o vulnerables.</li> <li>• Pensar en contar con mecanismos transfronterizos y transnacionales de servicios.</li> </ul>
<b>Eliminar cualquier manifestación de discriminación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asegurar que las intervenciones no vulneren en forma alguna los derechos humanos</li> <li>• No prohibir la entrada de extranjeros o deportar migrantes indocumentados antes de haber concluido su tratamiento de la tuberculosis.</li> <li>• No permitir actos de discriminación; no exponerle a otros riesgos; mantener la confidencialidad; acceso a la información; no realizar ningún servicio sin su consentimiento.</li> <li>• Brindar asistencia jurídica para población que sufre discriminación, asociada a acceso a la atención sanitaria, confidencialidad, privacidad y el consentimiento informado.</li> <li>• Acceso equitativo de mujeres y niñas.</li> </ul>

<b>Estudios profundizan el estado de situación de los derechos humanos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer la base empírica que facilite la programación óptima sobre poblaciones, necesidades y programas. Esta debe programarse desde el inicio para servir en las etapas posteriores.</li> <li>• Los estudios que se llevarán a cabo incluyen análisis sobre el contexto de tuberculosis y la afectación a los derechos humanos de las persona.</li> <li>• Visibilizar poblaciones específicas más vulneradas donde deben focalizarse políticas y leyes.</li> <li>• Vincular a la PDDH.</li> </ul>
<b>Mejora de la calidad de los servicios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar el suministro irregular de medicamentos.</li> <li>• Acceso inadecuado a la atención de calidad, el tratamiento o el aislamiento obligatorio y la incapacidad para completar el tratamiento.</li> <li>• Uso de tratamientos apropiados.</li> <li>• No recibir tratamientos forzados u obligatorios.</li> <li>• Considerar los tratamientos con base comunitaria.</li> <li>• Asegurar excelentes tasas de finalización del tratamiento.</li> <li>• Vincular los servicios a otras intervenciones que mejoren el acceso o atención a los derechos humanos en forma gratuita.</li> <li>• Sondear colaboraciones intersectoriales (legisladores, ONG, justicia, economía, trabajo, etc.)</li> <li>• Crear un plan de asistencia técnica en materia de derechos humanos y equidad de género.</li> <li>• Tipos de intervenciones:</li> <li>• Leyes y políticas.</li> <li>• Formación y desarrollo de capacidades.</li> </ul>
<b>Supervisar los avances</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluir actividades de supervisión del avance en políticas o leyes.</li> <li>• Incluir la presentación de informes de la PDDH, asociaciones de pacientes u otros; información sobre quejas de pacientes.</li> <li>• Elaborar y aplicar mecanismos de responsabilidad</li> </ul>
<b>Check list</b>	<p>Como integramos el enfoque de género en todo el ciclo de la subvención. Asegurar la participar en la elaboración y supervisión de las notas conceptuales.</p> <p>Pensar en contar con mecanismos transfronterizos y transnacionales de servicios</p>