

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO

DOCUMENTO DE PROYECTO**Bolivia PROYECTO BOL/ 00118214****Título del Proyecto:** "Fortalecimiento de Control a la Tuberculosis en Bolivia"**Número del Proyecto:** 00118214**Asociado en la Implementación:** Ministerio de Salud – Programa Nacional de control de Tuberculosis**Fecha de Inicio:** 01 de enero de 2020**Fecha de finalización:** 31 de diciembre de 2022**Fecha de reunión del Comité Local de Revisión del Proyecto (LPAC):** _____**Breve Descripción**

El Proyecto de Fortalecimiento de Control a la Tuberculosis en Bolivia 2020 -2022, está enmarcado en la Estrategia Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, cuyo objetivo es: Disminuir la alta carga de la tuberculosis y sus determinantes sociales, mediante esfuerzos articulados entre niveles de gestión multisectorial y sociedad civil, respetando los derechos humanos, para mejorar la calidad de vida de los afectados y la población en general.

El presente proyecto pretende contribuir al alcance de este objetivo con intervenciones que prioricen los municipios de muy alta carga y alta carga, sin descuidar aquellos de moderada y baja carga en el marco de la respuesta a la Tuberculosis en Bolivia. Los resultados que se busca lograr son:

1. Reducir la incidencia de la tuberculosis en todas sus formas en 13,3% al 2022 en relación con la línea de base.
2. Reducir la carga de Tuberculosis en todas sus formas con la oferta de servicios de atención, detección de casos, diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis.
3. Reducir la carga de TB MDR con el fortalecimiento de la oferta de servicios de atención TB MDR, el diagnóstico temprano, detección de casos, garantizando tratamiento y su seguimiento.

La meta del proyecto es: Reducir la incidencia de la tuberculosis en todas sus formas en 1.5 % al 2022.

Es importante mencionar que este proyecto asume las adquisiciones del proyecto "BOLIVIA LIBRE DE TUBERCULOSIS", en tal sentido el único número válido para tramites de la Aduana Nacional es el Award 44296, o cualquier otro tramite que se requiera realizar.

Efectos a los que contribuye el proyecto (MECNUD/CPD, RPD o

Efecto (UNDAF) 1. 1 Incrementado el acceso a servicios de calidad, sostenibles, asequibles e igualitarios en educación, salud, agua, saneamiento y promoción de higiene.

CPD: Output 1.5 Aumento de la capacidad de los programas nacionales (salud) y de sus grupos de interés para adoptar medidas eficaces de prevención, diagnóstico y tratamiento de la malaria y la tuberculosis

Output 1.6. Las partes interesadas del programa nacional implementan un sistema de información integral y oportuno de conformidad con las políticas nacionales y en el marco del Sistema Nacional de Información de Salud (SUIS).

Indicador de Género: GEN 2

Total, de recursos requeridos:	5,648,949.00	
Total, de recursos asignados:	TRAC PNUD:	
	Donante:	5,648,949.00
	Gobierno:	
	En especie:	00.00
No financiado:		

Acordado por (firmas):

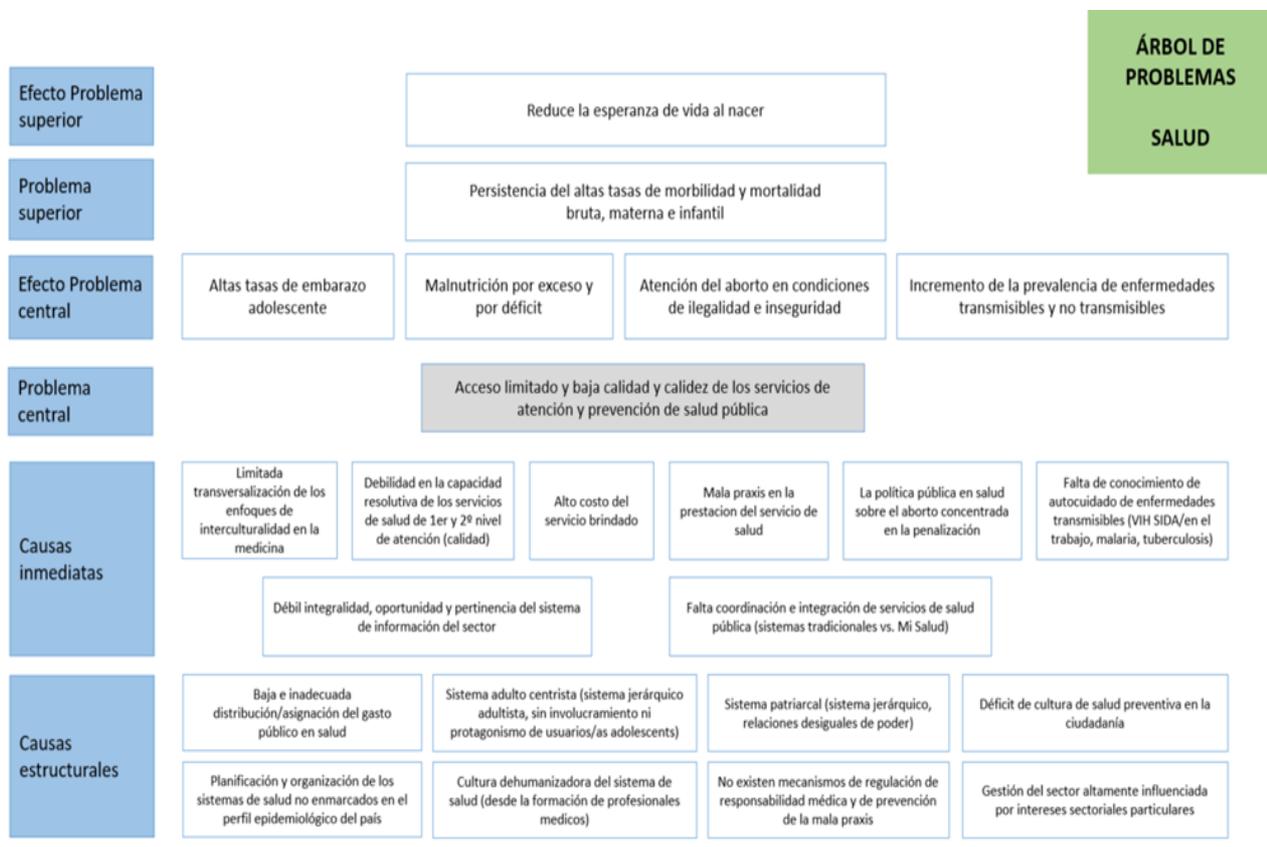
MINISTERIO DE SALUD	PNUD
Aclaración:  Dr. Anibal Cruz, Ministro de Salud	Aclaración: 
Fecha: 30 de marzo de 2020	Fecha:

I. DESAFÍOS DE DESARROLLO

En el marco del Plan de Desarrollo Económico y Social (2016-2020), Pilar 3: Salud, Educación y Deporte, eje central es la formación de un ser humano integral, definiendo como rol del Estado proveer salud integral y universal para alcanzar ese propósito. En ese marco, se propone que al año 2020 se logren avances significativos en el acceso universal a la salud, de manera que se garantice a todas las bolivianas y bolivianos acceso a un servicio de salud con calidad, universal e integrando la salud convencional con la ancestral, garantizando a la vez que los recursos humanos estén altamente comprometidos y tengan las destrezas y capacidades necesarias. En ese marco, el PNUD, en ejercicio de sus mandatos, prevé aportar a la implementación de un modelo de gestión y de fortalecimiento de capacidades en el sector salud, que fortalezca la atención de Enfermedades Transmisibles durante el período 2020 – 2022.

El aporte de PNUD está centrado en temas de prevención y control de los programas de Tuberculosis, VIH y Malaria, en línea con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: que establece “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, objetivo que el Fondo Mundial apoya con recursos complementarios a países en desarrollo, como es el caso de Bolivia.

En este sentido, la estructura de análisis de problemas presentado a continuación pretende dar cuenta de los principales desafíos del sector salud en general, por tanto, algunos de sus componentes adquieren características diferentes para enfermedades transmisibles y no transmisibles. El análisis muestra que el problema principal identificado para el sector es el “acceso limitado y baja calidad de los servicios de atención y prevención de Salud Pública, que ocasiona efectos, como el incremento en la prevalencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles entre otras”.



La estructura de análisis de problemas, a nivel de causas estructurales identifica de manera clara que aún debe ajustarse el modelo de Planificación, Organización y Financiamiento para atender de manera efectiva y eficiente las nuevas características del perfil epidemiológico de enfermedades transmisibles y no transmisibles, dados los avances ya alcanzados y las experiencias acumuladas.

Las causas inmediatas que explican el problema central del sector salud están fuertemente relacionadas con la débil capacidad técnica tanto para el diseño de respuestas acordes a los diferentes perfiles epidemiológicos como en sentido de los conocimientos especializados que demanda la implementación de las soluciones identificadas; un modelo de gestión financiera insuficiente y con una elevada politización de las decisiones sobre la asignación de recursos así como un déficit en el modelo de gestión y gobernanza del sector. En esto descansa precisamente el aporte que la experiencia de PNUD puede brindar a la identificación e implementación de soluciones para el sector, delimitado naturalmente por la disponibilidad de recursos y el alcance de mandatos.

Bajo estas premisas, el PNUD conjuntamente socios como el Fondo Mundial han reflexionado sobre el ámbito específico de su aporte al sector, habiendo definido como límite temático de su actuación el trabajo para la reducción de la Tuberculosis.

Esquema del problema y definición de resultados.

Es importante resaltar que Bolivia, asume los compromisos de gestión de los Objetivos de Desarrollo del Sostenible (ODS), en el marco del Plan Sectorial de Desarrollo y que están bajo el liderazgo de la Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales (UDAPE) y conformado por el Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Instituto Nacional de Estadística, Viceministerio de Ciencia y Tecnología, Viceministerio de Presupuesto y Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE).

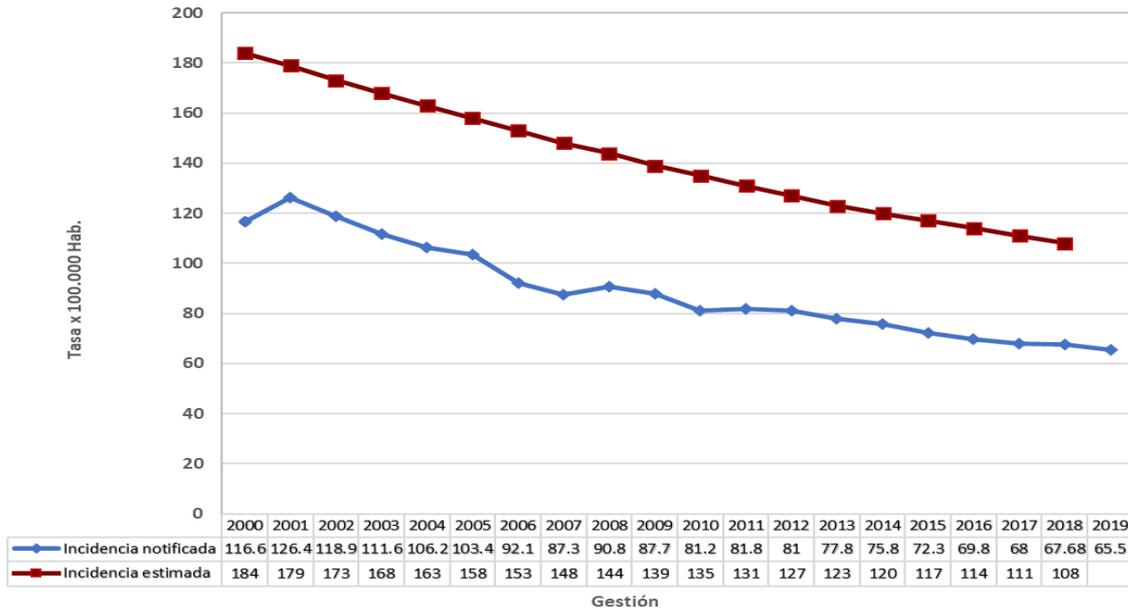
Bajo este contexto, y dada la identificación del problema central descrito y la delimitación del alcance del aporte del PNUD al sector salud, corresponde ahora identificar los límites de su mandato en la temática, los cuales están dados por La Nota Conceptual del proyecto, (Anexo 1) la misma responde al Plan Nacional de Control de la Tuberculosis (Anexo 2) y el Plan Estratégico extendido el país (Anexo 3) el cual contiene un análisis específico de la situación epidemiológica de la Tuberculosis en base el Perfil epidemiológico Bolivia (Anexo 4) y datos actualizados al 2019 (Programa Nacional de lucha contra La Tuberculosis) que se describe a continuación:

Análisis epidemiológico de la Tuberculosis en Bolivia

1. Tuberculosis Sensible

La incidencia notificada por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) en el periodo del 2001 al 2010 ha descendido de 3,7 % por año, con una desaceleración de la disminución de 2,2% por año en el periodo 2010-2019. La brecha entre la incidencia estimada por la OMS y la notificada por el PNCT es de 27 puntos de incidencia entre el 2000 y 2018 (Gráfico 1)

Gráfico 1. Tasa de incidencia notificada y estimada de TB TSF x 100.000 habitantes. Bolivia 2000 – 2019

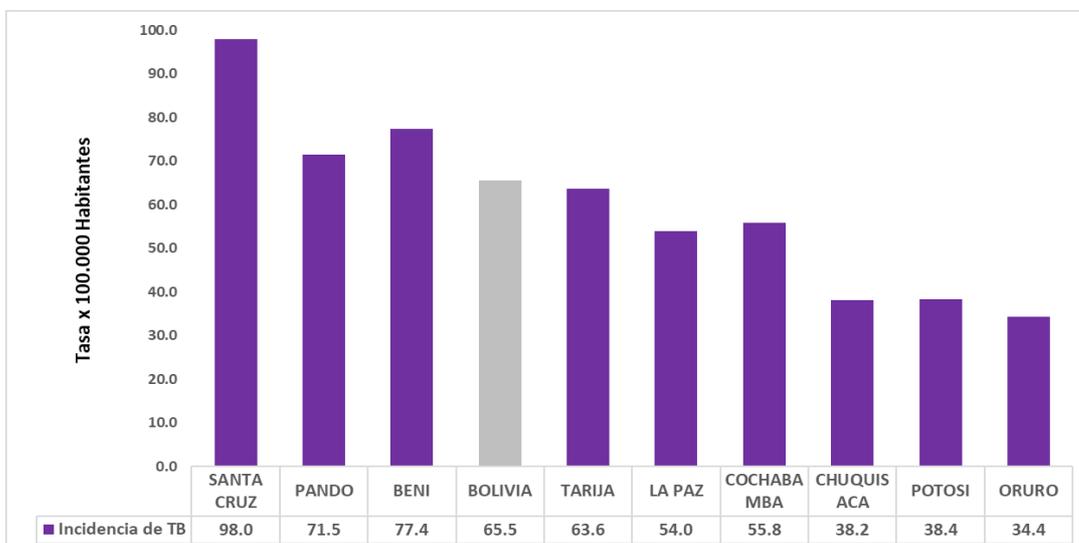


Fuente. Programa Nacional Tuberculosis.

Según datos del PNCT, en el año 2019 se reportaron 7.636 casos de TB en todas las formas (TBTF), de los cuales el 96.98% (7.406) eran casos de TB nuevos más recaídas. El 77% (5.894) de los casos nuevos más recaídas eran casos de TBP; La tasa de incidencia notificada de TB fue de 65.5 por 100.000 habitantes.

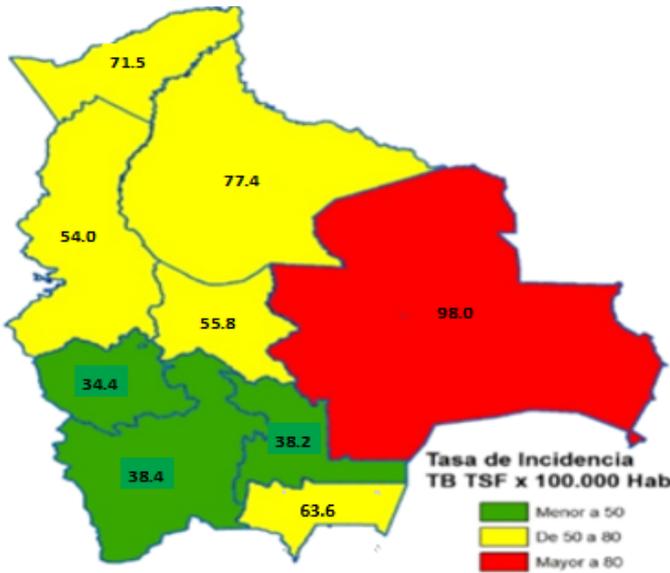
Las tasas de incidencia de TB-TF más elevadas se observan en los departamentos de Santa Cruz, Pando y Beni; (Gráfico 2); pero la mayor cantidad de casos se concentran en 3 departamentos: Santa Cruz (41,7%), La Paz (22,4%) y Cochabamba (14.9%), los cuales notifican el 79% de los casos del país (Gráfico 3).

Gráfico 2. Tasa de incidencia notificada de TB TSF x 100.000 habitantes por Departamentos. Bolivia 2019



Fuente. Programa Nacional Tuberculosis.

Gráfico 3. Estratificación de las tasas de incidencia notificada de TB TSF por departamentos. Bolivia, 2019.



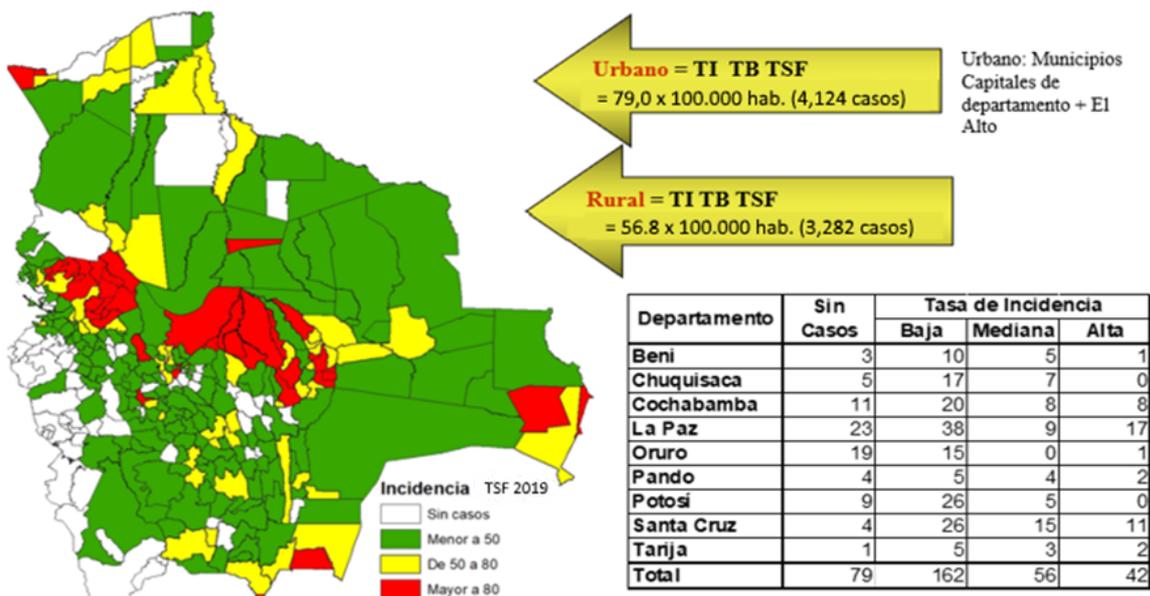
DEPARTAMENTO	Porcentaje de aporte de casos nuevos y recaídas de TB TSF
PANDO	1.4%
ORURO	2.5%
CHUQUISACA	3.2%
POTOSÍ	4.6%
TARIJA	4.8%
BENI	4.9%
COCHABAMBA	14.9%
LA PAZ	21.0%
SANTA CRUZ	42.7%

Fuente. Programa Nacional Tuberculosis.

Al analizar las tasas de incidencia de TBTF por municipios, se identificó 42 municipios con tasa >80/100.000 habitantes, los cuales concentran el 56,4% de los casos de la totalidad de casos de TB; 11 municipios de los mismos pertenecen a los departamentos de Cochabamba, La Paz, y Santa Cruz, y tienen incidencia >200 casos/100.000 habitantes. (Gráfico 4).

La distribución de las tasas de incidencia por zona urbana y rural, definiéndose como urbano, a la población de los municipios capitales de los departamentos, identifica que la TB es más un fenómeno urbano que rural con una incidencia de 1.4 veces mayor en zonas urbana que en rurales.

Gráfico 4. Estratificación por carga de TB TSF por municipios y tasas de incidencia urbano, rural. Bolivia 2019



Fuente. Programa Nacional Tuberculosis

2. Tuberculosis Drogoresistente (DR)

El diagnóstico y control de la TB resistente a medicamentos, tanto de la TB mono y polirresistente, la multidrogoresistente (TB-MDR)¹ y la TB extensamente resistente (TB-MDR/XDR)² es bacteriológico. El diagnóstico de la TB-MDR/XDR se efectúa con la aplicación de pruebas de sensibilidad y resistencia a drogas (PSD) de 1era y 2da línea. El 100% de enfermos con TB (nuevos y previamente tratados) debe contar con resultados de PSD de 1era línea y en casos de TB-MDR, con PSD a medicamentos de 2da línea.

En el 2009 el PNCT realizaba sistemáticamente PSD al 100% de los casos de TB previamente tratados, actividad que disminuyó a partir del 2012. La aplicación de las PSD en pacientes nuevos ha sido aplicada a partir del 2013, llegando solo a cubrir al 14% de los mismos en el 2016. Es a partir del segundo semestre del 2017 que con el uso de nuevos métodos moleculares Gene Xpert hay un aumento progresivo en la cobertura de ambas poblaciones (Casos de TB nuevos y previamente tratados) (grafica 5).

Grafica5. Porcentaje de casos de TB nuevos y previamente tratados con PSD a medicamentos de 1era línea. Bolivia 2006 – 2019



Fuente. Programa Nacional Tuberculosis

De total de los casos de TB-MDR diagnosticados, no todos iniciaron tratamiento con medicamentos de 2da línea, sin embargo, a partir del 2013 la cobertura de tratamiento de estos enfermos ha ido en aumento llegando al 93% en el 2019 (grafica 5).

¹ TB-MDR: casos de TB que son resistentes al menos a la isoniacida y rifampicina.

² TB-XDR: casos de TB-MDR pero que presenta además resistencia a cualquier fluoroquinolona y al menos uno de los 3 medicamentos inyectables de 2da línea (capreomicina, kanamicina y amikacina).

Grafica 6. Número y porcentaje de casos de TB MDR diagnosticados por laboratorio y que inician tratamiento. Bolivia 2006 – 2019



El perfil epidemiológico resalta la importancia de dar respuesta a:

- Transición demográfica: creciente urbanización (incremento de la migración interna), migrantes de áreas rurales y semi-rurales a ciudades donde se asientan en barrios marginales de ciudades. Además, el envejecimiento de la población delata un importante aumento de las tasas de incidencia de TB en este sector, con connotaciones epidemiológicas como la transmisión del M. tuberculosis intergeneracional.
- Transición epidemiológica: incremento de enfermedades crónicas no transmisibles y de la prevalencia de la infección VIH en la población general.
- Brechas programáticas: Brechas de manejo programático de la TB-MDR/XDR; de la coinfección TB/VIH. Población donde se están perdiendo casos, control de contactos.
- Estructura y funcionamiento de la Red de Laboratorios de TB que no responde a las necesidades actuales del PNCT.
- Brechas de género: Cómo estas afectan en el comportamiento de la Tuberculosis en Bolivia.
- Brechas en el acceso a establecimientos de salud.
- Débil participación de la Sociedad en respuesta a la TB.
- Sistema de información: No se cuenta con un sistema nominal y sistema de información en línea.

Las acciones del Proyecto, que están alineadas al Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020, elaborado en el marco de proceso de diálogo participativo y constructivo, están orientadas a dar respuesta y contribuir con el logro de las metas de la Estrategia "Fin de la TB", para lo cual es fundamental el abordaje de las brechas existentes, que permitirá incidir en los indicadores estratégicos de la lucha contra las enfermedades transmisibles, contribuyendo así a los efectos del UNDAF (1.1) CPD (1.5; 1.6) y el Gen2.

Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020

El Proyecto "Fortalecimiento de Control a la Tuberculosis en Bolivia" contribuye al logro de la propuesta Nacional. Este Plan ha establecido la necesidad de fortalecer las intervenciones desde una perspectiva multisectorial con una participación activa de los actores involucrados con responsabilidades definidas, en la respuesta nacional, generando prácticas colaborativas y facilitadoras contemplando los elementos siguientes:

- Un plan con enfoque multisectorial, articulado interna y externamente.
- Un plan que cuente con el respaldo jurídico necesario con competencias definidas en cada nivel de gestión en el marco de las autonomías.
- Un plan que incorpore de manera transversal los principios de derechos humanos, interculturalidad, género y generacional.
- Un plan solvente, con metas realistas, con una estructura técnica y financiera, con un presupuesto suficiente en función a las necesidades de recursos.
- Un plan concebido dentro del modelo de gestión compartida, SAFCI, en base a los principios de interculturalidad, intersectorialidad, integralidad y participación comunitaria

Así mismo se debe fortalecer:

- 1) El acceso al diagnóstico de la Tuberculosis, de manera de reducir las brechas de casos estimados por la Organización Panamericana de Salud - OPS y la notificación actual del sistema información nacional.
- 2) Detectar y manejar adecuadamente a los casos Reacciones Adversas a fármacos Antituberculosos - RAFA en los establecimientos de salud.
- 3) Diagnosticar y tratar de manera oportuna a los pacientes TB-DR, contando con una red de laboratorios fortalecida para realizar el cultivo y aislamiento de micobacterias de acuerdo a métodos bacteriológicos rápidos y de biología molecular.

Tomando en cuenta estos aspectos se han establecido los siguientes objetivos estratégicos:

Visión

El Estado Plurinacional de Bolivia libre de Tuberculosis

Misión

El estado plurinacional de Bolivia controla la Tuberculosis, mediante acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos e investigación, en beneficio de los afectados y la población en general reconociendo el derecho, la atención y gestión participativa en salud, en base a prácticas eficientes, eficaces y sostenibles.

Es en este sentido el desarrollo de los objetivos estratégicos, líneas de acción y las actividades con sus tareas estarán destinadas a contribuir a:

Objetivo

Disminuir la alta carga de tuberculosis y sus determinantes sociales, mediante esfuerzos articulados entre niveles de gestión multisectorial y Sociedad Civil, respetando los derechos humanos, para mejorar la calidad de vida de los afectados y la población en general.

II. ESTRATEGIA

La estrategia del PNUD para la implementación del Proyecto “Fortalecimiento de control a la Tuberculosis en Bolivia está alineada a los productos (UNDAF) *1. 1 Incrementado el acceso a servicios de calidad, sostenibles, asequibles e igualitarios en educación, salud, agua, saneamiento y promoción de higiene. CPD 1.5 Aumento de la capacidad de los programas nacionales (salud) y de sus grupos de interés para adoptar medidas eficaces de prevención, diagnóstico y tratamiento de la malaria y la tuberculosis y al producto 1.6. Las partes interesadas del programa nacional implementan un sistema de información integral y oportuno de conformidad con las políticas nacionales y en el marco del Sistema Nacional de Información de Salud (SUIS).*

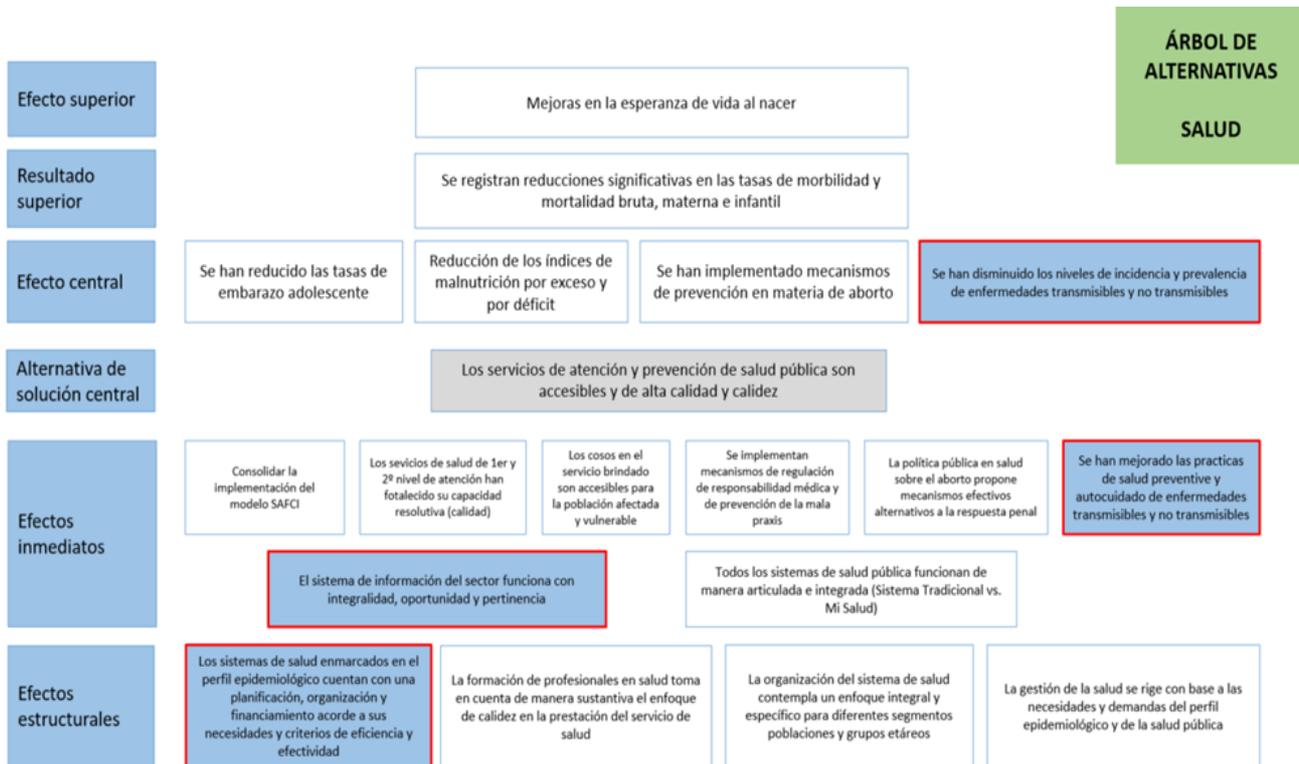
La problemática identificada tiene como marco sustantivo la formulación de una estrategia que permita su atención al Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), liderado por el Ministerio de Salud y cuya cobertura comprende todas las regiones del país, teniendo como propósito central permitir que los servicios de salud de 1er y 2do nivel entreguen prestaciones con capacidad resolutive, de manera que garanticen que la población afectada y vulnerable tenga acceso pleno.

El Modelo y su relación con la estructura de objetivos, permite la identificación de una ruta posible de afectación positiva a la problemática del tema de la Tuberculosis que además corresponde a los mandatos y capacidades de PNUD. Estos elementos constituyen por tanto parámetros para la formulación de la estrategia del Proyecto tal como se observa en el Gráfico siguiente. La ruta del cambio muestra que una combinación como la propuesta permite considerar cuatro niveles sustantivos de Estructura de Resultados. Destaca el trabajo en los ámbitos de modelo de gestión, sistemas de información, capacidades técnicas y cambios culturales y a partir de la atención de esos componentes lograr impactar en la incidencia y prevalencia de la Tuberculosis.

El trabajo con la población en general es fundamental en tanto enfermedades transmisibles como la Tuberculosis demandan la construcción de una agenda de atención cotidiana toda vez que comprende la mejora de prácticas de salud preventiva y de autocuidado de las personas afectadas y vulnerables, lo cual a su vez propone al Estado el desafío de contar con información del sector de manera continua, integral, oportuna y con pertinencia, haciendo necesaria la articulación e integración de los diversos sistemas de salud pública existentes. Lo anterior, demuestra la vinculación entre los componentes identificados y la importancia de atender la dimensión institucional – organizacional, social y de gestión de políticas públicas.

En ello precisamente descansa el justificativo del involucramiento de PNUD en un ámbito que resulta fundamental para aportar el desarrollo social y a la vez dar cumplimiento a sus mandatos de aporte a los ODS, que en este caso particular reflejan efectos esperados en reducción de la pobreza (ODS1), salud y bienestar (ODS3), instituciones sólidas (ODS16) y alianzas (ODS17).

En este entendido para los Efectos del UNDAF 2018-2022, Desarrollo social inclusivo hacia un ser humano integral – Efecto 1.1, “Incrementado el acceso de calidad, sostenible, asequible y equitativo a los servicios de educación, salud, protección integral, agua, saneamiento y promoción de higiene bajo un enfoque de género, derechos humanos e interculturalidad” y los Output 1.5 y 1.6 del CPD, se tiene la siguiente Estructura de Resultados en salud, en el cual se pretende la disminución de los niveles de incidencia y prevalencia de enfermedades no transmisibles y transmisibles, en este caso específico de la Tuberculosis.



Las experiencias de PNUD hacen posible atender los componentes descritos en la Estructura de Resultados (recuadro rojo) en salud, que a la vez demandan el concurso de una serie de actores que han sido socios estratégicos de larga data como son el Ministerio de Salud – Programas Nacionales de Salud, Servicios Departamentales de Salud, Coordinaciones de Red y Establecimientos de Salud, organismos multilaterales y bilaterales que brindan apoyo técnico, administrativo y financiero al Sistema de Salud así como Ministerios relacionados con la temática de Salud (Economía y Finanzas, Defensoría del Pueblo, Educación, Deportes, Defensa, Presidencia), resalta también la relación positiva y de confianza que se tiene con organizaciones civiles (Afectados - ASPACONT y Vulnerables – Consejos Sociales de Salud), el Mecanismo de Coordinación País, y otros.

Cada uno de los puntos desarrollados tiene que ver con un ámbito de intervención específico, los cuales estructuran a su vez los componentes del Proyecto, que tienen que ver con:

- **Multidimensionalidad.**

PNUD combina diferentes capacidades en la aplicación de un enfoque multidimensional, tanto en lo temático como en la participación de varios actores que están relacionados con las diferentes dimensiones de la problemática de salud, para un abordaje holístico.

- **Reducción de brechas de financiamiento.**

PNUD y otras agencias del sistema, así como aliados tradicionales como las instituciones financieras internacionales, constituyen un valor agregado para la construcción de estrategias de cierre de brechas de financiamiento, sustantivas para dar sostenibilidad a los resultados que puedan generarse a partir del Proyecto.

Otro aspecto a resaltar resulta de la transparencia en el manejo de recursos que brinda el rol ejecutor del PNUD sobre todo en tanto los componentes identificados para la estrategia del Proyecto, comprenden además la adquisición internacional de equipamiento, bienes y suministros, contratación de investigaciones y estudios y otros aspectos que a la vez exceden la capacidad institucional de municipios sobre todo “pequeños” y en los cuales se deben implementar las actividades del Proyecto. Lo anterior se potencia aún más con la utilización de la red internacional de administración de los proyectos del Fondo Mundial por

BPPS. Lo descrito da cuenta de las ventajas competitiva que el rol de ejecutor de PNUD representaría para dar respuesta a las problemáticas identificadas.

- **Acción multinivel.**

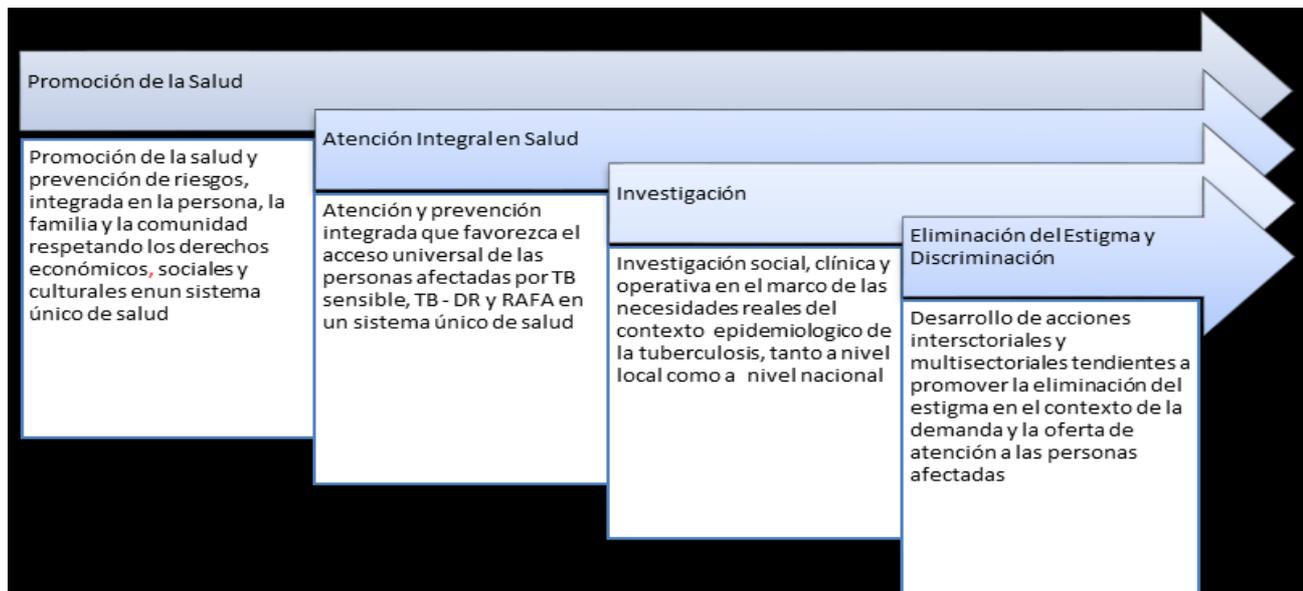
La poca claridad sobre la delimitación competencial entre entes territoriales y la acción gubernamental hacen que el rol de PNUD en la articulación multinivel sea sustantivo toda vez que no tiene un interés específico en el ejercicio competencial y más bien aporta a dar claridad a los roles desde una perspectiva netamente técnica y siendo reconocido como actor imparcial. Ello no obstante demanda que el diseño del Proyecto contemple una estrategia de institucionalización de esta separación de roles competenciales y su ejercicio para garantizar la continuidad y sostenibilidad del Proyecto.

- **Gestión de Conocimiento.**

La capitalización de las experiencias, buenas prácticas y lecciones aprendidas resultantes del trabajo del PNUD durante los últimos años de trabajo específico en Malaria y Tuberculosis permiten generar propuestas basadas en la experiencia de campo y por tanto brindan mayores oportunidades de acierto.

Al interior de PNUD y del SNU en general, se cuenta con amplia experiencia en diferentes temáticas, desde la valiosa experiencia de OPS/OMS, UNICEF, UNFPA y otras, hasta la estrecha coordinación con programas y proyectos afines como GEF-Amazonía/ Forestal, Desarrollo Humano, Autonomías Indígenas y Territorialización de ODS, permiten dar insumos desde otros enfoques y saberes a la gestión del Proyecto y por tanto brinda mayor capacidad de respuesta a temáticas relacionadas no necesariamente específicas a la dimensión médica del proyecto.

Es importante mencionar que el Plan Estratégico Nacional "Programa Nacional de Tuberculosis" define un esquema de objetivos estratégicos en torno al objetivo general que se pueden resumir en 4 grandes ejes de trabajo o pilares que conforman el enfoque estratégico, para dar respuesta a los problemas identificados, y al ser parte de una política de gobierno, constituye un marco de referencia vinculante para cualquier intervención en la temática y por tanto para la formulación de la estrategia del Proyecto. Lo cual garantiza alineamiento del Proyecto con las políticas nacionales y responde por tanto a los mandatos del UNDAF y del PDES 2016 - 2020.



Fuente: Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016 - 2020

Estrategia de Intervención del Proyecto

CAMBIO DESEADO

**Carga de la
Tuberculosis
Reducida.**

¿Cuál es el cambio sostenible y justo que deseo generar en mi contexto?

- Reducida la incidencia de la tuberculosis en todas sus formas en 13,3% al 2022 en relación a la línea de base.
- Carga de Tuberculosis en todas sus formas reducida con la oferta de servicios de atención, detección de casos, diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis.
- Carga de TB MDR reducida a través de servicios de atención TB MDR fortalecidos, con el diagnóstico temprano, detección de casos, garantizado el tratamiento y seguimiento.

ELEMENTOS DEL CAMBIO

¿Cuáles son las Áreas Estratégicas que sostienen ese cambio deseado?

➤ Enfoque clásico empírico-positivista puede no ser tan comprensivo y holístico, pero su praxis ha sido históricamente evidente, como en la identificación de la eficacia de un sistema de atención en salud en Tuberculosis con buenas prácticas preventivas, diagnóstico temprano fortalecido en tres pilares fundamentales (Infraestructura adecuada – Tecnología apropiada – Recursos Humanos Calificado), tratamiento oportuno y un sistema de información fortalecido; impactos potencialmente extensibles al ser implementados de forma más amplia y eficientemente en los diferentes niveles de atención en salud de todo el territorio nacional. Lo anterior no quiere decir que esta aproximación no sea perfectible y que amerite complementarse e incluso superarse como teoría y modelo del fenómeno, sino que, intrínsecamente, es eficiente y que además debe evaluarse considerando que el éxito de un paradigma en el control de la enfermedad no depende solamente de la validez de las teorías que la estudian, sino de la existencia de **voluntad política, factibilidad técnica, contexto social y disponibilidad de recursos**, relacionadas directamente con los niveles de pobreza de un país. (*Determinantes sociales de la tuberculosis... ¿Aportes de la Medicina Social Latinoamericana?*).

¿Quiénes son los actores estratégicos que pueden contribuir al cambio deseado?

- Programas de Tuberculosis en sus diferentes niveles de gestión y atención;
- Agencias de cooperación técnica Multi y Bilaterales, que trabajan en el tema de Tuberculosis.
- Sociedad Civil de Tuberculosis (Población Vulnerable representada por los Consejos Sociales de Salud y Población afectada representada por ASPACONT)
- Gobiernos Municipales, Gobiernos Departamentales y Estado Central; Mecanismo de Coordinación País, GRUS, BID, Organismos Multi y Bilaterales.

CONDICIONES ESTRATÉGICAS (Niveles de cambio corto/mediano/largo plazo)

Primer Orden – Operativo:

- a) Cumplimiento de protocolos para garantizar el diagnóstico rápido y tratamiento oportuno de calidad.
- b) Cumplimiento del Manual de Normas técnicas en Tuberculosis, guías protocolos y Manuales.
- c) Monitoreo de metas y objetivos del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis
- d) Plan de desarrollo de Capacidades Multinivel.

Segundo Orden – Epistemológico:

- a) Cambio en el esquema de tratamiento de la TB MDR del convencional al acortado que impacte en el éxito del tratamiento, y reducción de RAFAS.
- b) Impacto del uso de tecnología molecular (Gene Xpert, LPA, MGIT) para un diagnóstico rápido y un tratamiento oportuno.

Ambos relacionados con la disminución de la carga de la Tuberculosis.

Tercer Orden – Ontológico:

- a) Cambio de la matriz de ingresos de la poblaciones vulnerables y afectadas de Tuberculosis, por concepto de la relación Ingreso, Salud y medio ambiente.

RUTA DE CAMBIO

¿Qué condiciones son imprescindibles que existan para llegar a ese cambio deseado?

- voluntad política, factibilidad técnica, contexto social y disponibilidad de recursos

¿Cómo visualizaríamos esas condiciones desde un enfoque de Logro de Resultados Estratégicos?

- **Voluntad política:** Políticas Nacionales dirigidas al cumplimiento de la Estrategia Nacional de Tuberculosis bajo un proceso participativo permanente e inclusivo.
- **Factibilidad técnica:** Capacidad resolutive de calidad en relación a los servicios de diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis.
- **Contexto social:** Cambio de conducta (Estrategia comunicacional) en relación a la Búsqueda de Diagnóstico y tratamiento oportuno, Adherencia al tratamiento antituberculoso sensible y resistente.
- **Disponibilidad de recursos:** Asignación de recursos para el manejo integral de la Tuberculosis.

¿Qué condiciones son simultáneas y cuáles tienen que darse de forma secuencial?

La voluntad política y el contexto social son condiciones que pueden darse de manera simultánea; en sentido contrario, la factibilidad técnica depende previamente de la disponibilidad de recursos.

CONDICIONES SOSTENIBLES

¿Qué acciones (y con qué individuos, organizaciones e instituciones) vamos a impulsar para generar condiciones sostenibles y sostenidas para avanzar en nuestra Ruta de Cambio?

ACCIONES	ACTORES
<p>Construcción de Capacidades para la mejora de las prácticas preventivas de atención de la salud en Tuberculosis.</p> <p>Fortalecimiento del sistema de información.</p> <p>Cumplimiento de normas.</p> <p>(Sostenible)</p>	<p>MINSA - Programas de Tuberculosis en sus diferentes niveles de gestión y atención;</p>
<p>Cambio conductual en relación a tres objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Búsqueda de Diagnóstico y tratamiento oportuno. ✓ Adherencia al tratamiento. ✓ Reconocimiento oportuno de las RAFAS. <p>(Sostenible)</p>	<p>Sociedad Civil (vulnerables y afectados por Tuberculosis) y otras organizaciones que apoyan al control de la tuberculosis.</p>
<p>Abogacía para lograr el compromiso político a las intervenciones integrales.</p> <p>(Sostenida)</p>	<p>Gobiernos Municipales, Gobiernos Departamentales y Estado Central; Mecanismo de Coordinación País, GRUS, BID, Organismos Multi y Bilaterales.</p>

INDICADORES

¿Quién determina qué es lo que hay que observar para saber si hemos logrado los cambios deseados?

- ✓ El Fondo Mundial – UDAPE.

¿Cómo sabemos que hemos logrado nuestros objetivos?

- ✓ Se ha establecido un marco de desempeño que contempla indicadores de impacto, resultado y proceso que son medidos de manera periódica por el Fondo Mundial

¿Qué señales de cambio observamos que nos permiten saber que las condiciones planteadas en un inicio ya están teniendo lugar actualmente?

- ✓ Asignación de recursos al Plan de Sostenibilidad del Fondo Mundial.
- ✓ Actualización del Plan Estratégico.
- ✓ El sistema de monitoreo del plan estratégico.

APRENDIZAJE PARA EL CAMBIO

¿Cuáles son los supuestos (de partida y de proceso) sobre los que se sustenta nuestra Lógica de Cambio?

- ✓ El análisis epidemiológico de la situación de la TB en Bolivia

¿Con quiénes los hemos compartido y argumentado?

- ✓ Programas de Tuberculosis en sus diferentes niveles de gestión y atención;
- ✓ Sociedad civil (Población vulnerable y afectada)
- ✓ Fondo Mundial.

	<p>¿Quién ha participado en la construcción y diseño de nuestra Teoría de Cambio?</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ha existido un proceso participativo en la construcción de la estrategia nacional y un dialogo país para la priorización de actividades a incluirse en el proyecto. <p>¿De qué manera vamos a recoger las evidencias que indican el cambio?</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ UDAPE – INE (Encuesta de hogares) <p>¿Con quién y cómo vamos a compartir esas evidencias?</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Programas de Tuberculosis Nacional y Departamentales en sus diferentes niveles de gestión y atención; ✓ Sociedad civil (Población vulnerables y afectadas) ✓ Fondo Mundial <p>¿Cómo esas evidencias nos permiten aprender individual y organizacionalmente y ser mutuamente responsables de nuestras acciones?</p> <p>El proyecto tiene previsto una memoria que resuma y evidencia las lecciones aprendidas y las buenas prácticas de este proyecto, para la capitalización del conocimiento.</p>
--	--

III. RESULTADOS Y ALIANZAS

RESULTADOS ESPERADOS

El Proyecto "Fortalecimiento de Control a la Tuberculosis en Bolivia" alineado con el Plan de Control de la Tuberculosis en Bolivia espera los siguientes resultados:

Carga de la tuberculosis Reducida
↑
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reducida la incidencia de la tuberculosis en todas sus formas en 13,3% al 2022 en relación con la línea de base. ▪ Carga de Tuberculosis en todas sus formas reducida con la oferta de servicios de atención, detección de casos, diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis. ▪ Carga de TB MDR reducida a través de servicios de atención TB MDR fortalecidos, con el diagnóstico temprano, detección de casos, garantizado el tratamiento y seguimiento.

Estos contribuirán a los resultados del árbol de alternativas del Sector de Salud de país.

Disminuido los niveles de incidencia y prevalencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles
↑
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los servicios de atención y prevención de salud pública son accesibles y de alta calidad y calidez ▪ Se ha mejorado las prácticas de salud preventiva y autocuidado de enfermedades transmisibles y no transmisibles. ▪ El Sistema de Información del sector funciona con integralidad, oportunidad y pertinencia.

- Los sistemas de salud enmarcados en el perfil epidemiológico cuentan con una planificación, organización y financiamiento acorde a sus necesidades y criterios de eficiencia y efectividad.

Que finalmente tendrán el resultado e impacto esperado para los efectos UNDAF1.1 y el CPD Output 1.5 -1.6

Incrementado el acceso a servicios de calidad, sostenibles, asequibles e igualitarios en educación, salud, agua, saneamiento y promoción de higiene



- Aumentada la capacidad de los programas nacionales (salud) y de sus grupos de interés para adoptar medidas eficaces de prevención, diagnóstico y tratamiento de la malaria y la tuberculosis.
- Las partes interesadas del programa nacional implementan un sistema de información integral y oportuno de conformidad con las políticas nacionales y en el marco del Sistema Nacional de Información de Salud (SUIS).

La tabla presentada a continuación, identifica los resultados y productos definidos para la cadena de impacto del Proyecto, que corresponden al CPD y por tanto recupera los indicadores a nivel de resultados según producto y la línea de base, según disponibilidad de datos

Resultado (árbol de alternativas)	Producto CPD	Indicador Outcome	Indicador	Base	Meta
Los servicios de atención y prevención de salud pública son accesibles y de alta calidad y calidez.	Actores institucionales y sociales del programa han desarrollado capacidades e implementa de manera efectiva acciones de prevención y atención de enfermedades transmisibles.	1. Incidencia de casos de enfermedades transmisibles.	Índice de Parasitosis Anual (IPA) de Malaria (por mil habitantes) UDAPE - SIVyCOM Porcentaje de pacientes con tuberculosis curados del total de pacientes notificados. UDAPE.	1. 1.6 (2014) 2. 84% (2013)	1. 0.77 (2018) 2. 85% (2019)
	Actores institucionales del programa implementan un sistema de información integral y oportuno acorde a las políticas nacionales y en el marco del SUIS (Sistema Único de Información en Salud).		Porcentaje de Establecimientos del Ministerio Salud que reportan información completa y continua al Sistema Único de Información en Salud (SUIS). PDES El porcentaje de implementación del SUIS.		1. 90% (2020)
	Actores institucionales y sociales del programa implementan de manera efectiva las estrategias de sostenibilidad definidas para la prestación de sus servicios en sus diferentes niveles.		Número de Programas que implementan estrategias de sostenibilidad según criterios definidos.		
	Los prestadores de salud seleccionados implementan de manera gradual el modelo de gestión hospitalaria que responde a las necesidades.		Número de Prestadores de Salud que implementan el modelo de gestión hospitalaria, con base a sus necesidades.		

Fuente: Matriz de Resultados CPD, PNUD (2018-2022)

Acciones Estratégicas:

Las acciones estratégicas que se describen a continuación están orientadas a dar respuesta y contribuir con el logro de los resultados esperados mediante el abordaje de brechas descritas en la formulación de la problemática.

En cada módulo se identifica el objetivo al cual deberán aportar las actividades de manera que sea posible verificar su consistencia, la brecha identificada y las intervenciones para su cumplimiento.

Módulo 1	
Orientado a mejorar sustancialmente la tasa de detección de casos de TB con la búsqueda intensiva de los casos presuntivos de TB, diagnóstico, tratamiento oportuno, seguimiento de casos de TB y control de contactos. Las intervenciones están dirigidas a dar cumplimiento a las recomendaciones de la visita de Evaluación y Asistencia Técnica del Manejo Clínico-Programático de la Tuberculosis Resistente a Medicamentos y del Informe de perfil epidemiológico de TB.	
Brecha	Intervención
Importante brecha entre el número de casos nuevos de TB estimados por la OMS y la notificación de casos por parte del PNCT debido a debilidades de acceso de la población a los servicios de salud, a la poca capacidad resolutoria de los servicios de salud, algoritmo diagnóstico con baja sensibilidad, problemas en el sistema de notificación de casos o en la sobreestimación realizada por la OMS.	<p>Político – estratégicas: incidencia con actores clave en los diferentes niveles (nacional, departamental, municipal) para asegurar el abordaje de la TB en el marco de la implementación del SUS; la estabilidad laboral del RRHH capacitado para asegurar una óptima respuesta a la TB; la articulación y coordinación de las acciones de prevención en TB con los programas de salud existentes, establecimiento de un plan de trabajo coordinado y articulado con la sociedad civil.</p> <p>Intervenciones técnico – operativas: Mejora en la identificación y tratamiento de los casos a través de acciones orientadas a mejorar la detección en los diferentes niveles (central, departamental y municipal): lo que incluye la coordinación de los establecimientos de salud para la búsqueda intensiva de casos, la aplicación de los nuevos algoritmos e implementación de los nuevos métodos diagnósticos, incluyendo el GeneXpert (para el diagnóstico de la TB-sensible en municipios de alta incidencia, la radiografía, y la búsqueda activa de contactos.</p> <p>Para el abordaje de esta debilidad, se realizarán actividades diferenciadas en los municipios conforme a su carga.</p>

	<p>Incidencia Alta (42 municipios): Reuniones de planificación departamental y a nivel de los establecimientos para la implementación de las actividades de prevención y control de la TB, TB-VIH y TB-DR, abordaje de las comorbilidades y la TB en el niño/a, incluyendo la articulación con sociedad civil para el trabajo coordinado.</p> <p>Elaboración de Guías e Implementación de los ciclos cortos de atención de calidad en los establecimientos de salud de los municipios de alta carga.</p> <p>Implementación de estrategia de Grandes ciudades.</p> <p>Supervisión y monitoreo continuo de las intervenciones.</p> <p>Incidencia Moderada y Baja: Reuniones de planificación departamental y a nivel de los establecimientos para la implementación de las actividades de prevención y control de la TB, TB-VIH y TB-DR, abordaje de las comorbilidades y la TB en el niño/a, incluyendo la articulación con sociedad civil para el trabajo coordinado.</p> <p>Supervisión de las coordinaciones de red dos veces al año y reunión anual de evaluación departamental.</p> <p>Municipios silenciosos: investigaciones operativas.</p>
<p>Existen poblaciones en donde no se está identificando casos y los casos se están perdiendo</p>	<p>Reuniones con actores clave para la definición y abordaje estratégico en las poblaciones donde no se está identificando casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Con Federación Nacional de Mineros de Bolivia, Federación de Cooperativas Mineras para el abordaje en mineros; ▪ Sociedad Civil, ONG's, casas de acogida, hogares de ancianos, Sociedad Boliviana de Geriátrica para el abordaje en el adulto mayor ▪ Sociedad Boliviana de Pediatría y Atención Primaria en Salud para el abordaje de la TB en niños y niñas.
<p>Población PPL</p> <p>Elevada incidencia en los centros penitenciarios (15 veces superior a la</p>	<p>Acciones de Abogacía e incidencia con el Ministerio de Gobierno y Justicia, y centros penitenciarios orientado a la mejora de la calidad de vida salud penitenciaria (alimentación que</p>

<p>observada en la población general).</p> <p>Los centros penitenciarios no cuentan con una adecuada infraestructura para albergar al número de PPL, siendo la población de reclusos superior a la capacidad de los penales, lo cual produce hacinamiento favorecido por el retraso en la sentencia de los PPL (70% sin sentencia).</p> <p>Dificultades en el seguimiento de los PPL que salen en libertad.</p> <p>Insuficiente personal de salud para la atención en Centros Penitenciarios.</p> <p>Si bien la búsqueda del caso presuntivo de TB está organizada, requiere ser fortalecida.</p> <p>Alto grado de transmisibilidad de la enfermedad al interior de los centros penitenciarios: 90% de los casos son TBP BK (+).</p>	<p>incluya todos los requerimientos nutricionales, ventilación), atención a la salud (infraestructura, equipamiento, dotación de insumos básicos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes) a través del convenio interministerial entre el Ministerio de Salud y Ministerio de Gobierno (anexo 14 - Convenio interministerial entre el Ministerio de Salud y Ministerio de Gobierno).</p> <p>Revisión y ajuste de la estrategia de abordaje de la TB en PPL, incluyendo la evaluación al ingreso de las PPL a los centros penitenciarios, optimización del diagnóstico con la utilización del GeneXpert como primera línea de diagnóstico y la radiografía.</p> <p>Formación de promotores voluntarios/as y motivación e incentivos para promotores y personal de salud, de manera a apoyar la identificación de SR.</p> <p>Acciones de ACMS: Ferias de salud Inter programáticas, orientada a acciones de ACMS y detección de casos</p> <p>Reuniones de autoayuda mensual en Palmasola, Montero, San Pedro de La Paz, el Abra, San Antonio, San Sebastián, Villa Bush, Mocoví, Morros. Incluir a las carceletas según incidencia.</p> <p>Supervisiones para evaluar la implementación de la prevención y control de la TB en centros penitenciarios.</p> <p>Reunión nacional anual de evaluación de CP.</p>
<p>Sociedad civil</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de definición de roles y funciones de ASPACONT en la Prevención y Control de TB y de la interacción con el PNCT y los PDCT. ▪ Deficiente conocimiento de los miembros de ASPACONT en el abordaje de las personas afectadas en la educación, información, acompañamiento, vigilancia, abogacía, movilización comunitaria y social para lograr el compromiso político a nivel distrital y departamental. 	<p>En esta intervención se desarrollarán actividades de prevención, fortalecimiento de la sociedad civil y organizaciones de afectados, así como la participación comunitaria. Para ello se elaboró un análisis de brechas, prioridades e intervenciones.</p> <p>Las actividades de la OSCTB incluyen: i) Abogacía e incidencia en Políticas Públicas de TB, ii) Fortalecimiento de las capacidades de gestión y organización de las OSCTB (capacitaciones y guías de autoayuda) e iii) Intervenciones con poblaciones afectadas por TB para que culminen el tratamiento.</p> <p>Además, se realizará reuniones de coordinación para definir la articulación de las actividades de</p>

	<p>las OSCTB con los establecimientos de salud, de manera que el trabajo y actividades coordinadas y vinculadas entre sí y con un área de influencia definida.</p>
<p>MÓDULO 2: TRATAMIENTO DE LA TB-DR</p>	
<p>Las intervenciones propuestas están orientadas a disminuir la brecha de casos estimados y notificados de TB-DR a través del fortalecimiento de la capacidad diagnóstica. En este módulo se abordarán las debilidades identificadas, implementando las recomendaciones de la Misión de Evaluación del rGLC:</p>	
<p>Brecha</p>	<p>Intervenciones</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Persisten brechas importantes en el diagnóstico: TBMDR (+/- 150 casos no detectados de acuerdo con la estimación OMS), con una importante sub-notificación de la TB-S y TB-MDR en < de 14 años. ▪ Las normas de vigilancia de la TB-DR no se aplican adecuadamente. ▪ Falta de liderazgo del LRN como cabeza de la Red Nacional de Laboratorios de TB. ▪ La Red Nacional de Laboratorios carece de condiciones mínimas de Bioseguridad (infraestructura, planta física, certificación de CSB). ▪ Red Nacional de Laboratorios con recursos humanos insuficientes. ▪ No se han realizado supervisiones del LRN a los LRD en 2 años. ▪ Deficiente sistema de transporte de muestras hacia los laboratorios de la Red. ▪ El sistema de información no permite un análisis nominal. ▪ No existe un Sistema de CC sistemático en la Red de laboratorios (interno y externo). 	<p>Intervención 1 - Detección de casos y Diagnóstico</p> <p>Se implementan intervenciones orientadas a optimizar el diagnóstico de la TB y TB-DR a través del fortalecimiento del LRN y la Red Nacional de Laboratorios para garantizar su actualización con nuevas tecnologías de diagnóstico de TB y asegurar el cumplimiento de las funciones que le competen al LNR como parte del PNCT.</p> <p>Para ello se elaborará un Plan de expansión de la Red de Laboratorios y fortalecimiento de la gestión del LRN, donde se incluyen las brechas que no fueron cubiertas con la NC vigente y que fueron identificadas en el diagnóstico de necesidades (anexo 11 - Diagnóstico de Necesidades de fortalecimiento de Laboratorio), que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fortalecimiento de la Red de Laboratorios, mejoras en la bioseguridad y capacitación de RRHH. ▪ Certificación anual de cabinas de flujo laminar, de manera a asegurar el cumplimiento bajo de normas de bioseguridad. ▪ Establecimiento de una red de transporte de muestra con la adquisición de 3 vehículos para La Paz, Cochabamba y Santacruz y motocicletas para los demás departamentos, de manera a asegurar el diagnóstico precoz de la TB y TB- DR y que

	<p>las muestras para GeneXpert y cultivo lleguen en mejores condiciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adquisición de nueva tecnología para el diagnóstico rápido: se adquirirán equipos de GeneXpert de manera a empezar la transición del diagnóstico de la baciloscopia al GeneXpert de la TB sensible y expandir el diagnóstico rápido de la TB-DR. ▪ Elaboración e implementación de un plan de recomendaciones de CCI por el LNR para toda la red de LDR que incluya la calidad de los nuevos métodos. ▪ Establecer e implementar un Sistema de CC sistemático en la Red de Laboratorios utilizando la metodología LQAS.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se usan dosis fijas combinadas de los cuatro fármacos anti-TB para el tratamiento de la TB-S con riesgo de contribuir a la aparición de la TB-MDR. ▪ El esquema de tratamiento de la TB-DR no se encuentra alineado con las nuevas recomendaciones de OMS. ▪ Existe un importante abandono de tratamiento en aquellos pacientes con TB-DR 	<p>Intervención 2 - Tratamiento:</p> <p>Orientado a garantizar el tratamiento oportuno y actualizar de forma permanente las guías de TB-MDR e introducir los nuevos medicamentos de acuerdo con las nuevas normativas de OMS a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión y ajuste de las normas de TB-DR. • Diagnóstico de necesidades para la transición al tratamiento acortado TB DR/MDR. • Adquisición de drogas de 2da línea (62% para el año 1, 53% para el año 2 y 42% para el año 3 incluido en la NC). • Soporte nutricional de los pacientes con TB-DR. • Reuniones mensuales de los Comités Nacionales y Departamentales para revisión de expedientes. • Seguimiento y supervisión continúa al RRHH. • Contratación de Recursos Humanos para el manejo del componente TB- DR (punto focal para La Paz, Cochabamba, Santa Cruz). • Reunión de evaluación nacional de TB – DR. • Elaboración, validación y capacitación para la aplicación de la ficha para la detección de riesgo de pérdida de seguimiento de pacientes con TB- DR para identificar los factores de riesgo, barreras socioeconómicas y culturales para el apoyo a través de los grupos de autoayuda. • Articulación con actores claves (nutricionistas, trabajadores sociales,

	psicólogos/as, sociedad civil) para mejorar la adherencia al tratamiento.
<p>El 3,3 % (254/7.583) y el 9% (5/55) (2017) de pacientes que reciben tratamiento de primera línea y segunda línea, respectivamente, presentan reacciones colaterales, por lo que algunos de los mismos requieren atención especializada en centros de referencia (anexo 16 - Informe de RAFAs – PNCT).</p>	<p>Intervención 3 - Acceso universal y gratuito para pacientes con RAFAs a medicamentos de 1ª y 2ª línea.</p> <p>Se pretende fortalecer las acciones para la atención integral, tratamiento y seguimiento de RAFAs por nivel de complejidad en los establecimientos de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Talleres de capacitación al personal de salud de hospitales de 2do y 3er nivel para el manejo de RAFAs. • Apoyo económico para pacientes con RAFAs: pago de exámenes de gabinete, medicamentos complementarios y hospitalización • Sistematización de los resultados de la Investigación Operativa de RAFAs para identificar factores y condiciones de riesgo, impresión y socialización del documento.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ No hay disponibilidad de camas con condiciones adecuadas de control de infecciones para la hospitalización de pacientes TB-MDR en malas condiciones de salud o con complicaciones del tratamiento de la TB-MDR. ▪ No existe implementación de medidas de control de infecciones en hospitales y Centros de Salud. 	<p>Intervención 4: Control de Infecciones</p> <p>Se pretende implementar las actividades de control de infecciones de TB en el marco del Plan Nacional de Control de Infecciones a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reuniones de coordinación con la Dirección de Redes de Salud para la implementación del Plan de Control de Infecciones en los establecimientos de salud, tomando en cuenta las recomendaciones y siguiendo las directrices técnicas de OMS y recomendaciones del rGLC. • Elaboración, validación y aplicación de un instrumento de supervisión. • Capacitación del RRHH • Mejorar en infraestructura y medidas de control de infecciones: Adquisición de equipamiento para verificar flujos de aire, compra extractores, UV y filtros purificadores de aire • Compra de equipos de protección personal (respiradores N95 y barbijos).
MÓDULO 3: TB – VIH	
Se buscará que las acciones colaborativas garanticen: el acceso a la prueba rápida de VIH,	

Tratamiento ARV y antituberculoso, Profilaxis con Isoniacida y Cotrimoxazol y gestión colaborativa que ha permitido el trabajo coordinado entre el Programa Nacional de Tuberculosis y Programa de ITS/VIH/SIDA/HV.

Las actividades de este módulo serán implementadas a través del Comité Nacional de Coinfección TB-VIH (conformado en el año 2008). Este Comité coordina, norma y supervisa las actividades colaborativas en Bolivia a nivel nacional. Además, existen 9 comités departamentales de coinfección TB-VIH que están a cargo de dar seguimiento a las acciones planteadas por el Comité Nacional y son operativizadas por los Centros de Referencia Departamental de VIH (CDVIR), los Centros de Referencia Regional de VIH (CRVIR) y la Red de Servicios de Salud que oferta la atención de tuberculosis.

Las actividades colaborativas de ambos Programas toman como referencia la "Política de OMS sobre las actividades de colaboración TB/VIH". Este documento ha permitido que se desarrolle un Plan de Acción Nacional de Co-infección TB/VIH cuyos objetivos, indicadores, metas y líneas estratégicas se reflejan en los planes departamentales.

Brechas	Intervenciones
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificultades en la articulación para la implementación de las actividades colaborativas TB-VIH. ▪ No se alcanza el 100% de pruebas rápidas de VIH a todo paciente con TB debido que conocen su estado serológico o rechazan esta prueba voluntaria ▪ No todos los pacientes coinfectados reciben ARV y TPC. ▪ La identificación de la TB en el PVV no está eficientemente implementada. ▪ La TPI no se implementa de manera rutinaria a las PVS en que se descartó la TB 	<p>Reuniones periódicas de coordinación del Comité de actividades colaborativas TB-VIH con el objetivo de coordinar las acciones normativas y operativas a nivel nacional y departamental:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taller de evaluación, diagnóstico y actualización del Comité Nacional para analizar la situación de la implementación de las actividades colaborativas en cada departamento del país y actualizar el Plan de Acción Nacional de coinfección TB-VIH para su seguimiento y aplicación. • Reuniones trimestrales de análisis y visitas de seguimiento a nivel departamental. • Elaboración y socialización de circulares para la implementación de las actividades colaborativas TB-VIH en todos los establecimientos de salud. • Reuniones de monitoreo de la implementación de las actividades colaborativas TB-VIH para el análisis de indicadores de TB-VIH. • Visitas de seguimiento del nivel departamental a los establecimientos de salud. • Coordinación, seguimiento, monitoreo y evaluación de actividades colaborativas TB-VIH tanto con el programa de TB y VIH como con otros actores departamentales y

	<p>municipales. Esta evaluación pretende la identificación de lecciones aprendidas, debilidades, fortalezas que permitirá ajustarlo y replicarlo en otros establecimientos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reuniones con el equipo de salud para la implementación de los ciclos cortos de mejora continua de la calidad (módulo 1) en municipios con alta incidencia de TB para revisión y análisis de los pacientes bajo tratamiento TB-VIH en el marco de las reuniones mensuales de gestión en cada establecimiento de salud.
Módulo 4: Sistema de Información	
<p>Orientado a la implementación de un sistema de información en línea que se encuentre integrado, alineado, con interoperabilidad, articulación, integración y consolidación con el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) conforme a al Manual de Normas, procesos y procedimientos para el desarrollo de sistemas informáticos para la gestión de información en salud del SNIS – VE y que permita el análisis de la información y la toma de decisiones.</p>	
BRECHAS	INTERVENCIONES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se tiene información fidedigna del número de muertes por TB en el país debido a debilidades en la implementación del sistema de registros vitales. ▪ No se cuenta con un sistema nominal de registro. ▪ Baja implementación del sistema en línea (SIRETB). ▪ Alta rotación de RRHH capacitados a nivel nacional, regional, distrital y local. ▪ El PNCT no cuenta con servicio de internet. ▪ No se cuenta con servidores adecuados para la implementación del SNISS. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acciones de abogacía con autoridades ministeriales y departamentales, red de servicios para sensibilizar a autoridades en la necesidad de implementar el sistema de registro nominal de Tuberculosis en el marco de los compromisos internacionales asumidos. ▪ Reuniones de coordinación con autoridades ministeriales para asegurar la implementación del sistema de monitoreo por niveles de complejidad. ▪ Revisión, ajuste, validación, impresión e implementación de la Guía de M&E para ser implementado en la red departamental. ▪ Consultoría y taller para la Elaboración de instrumentos de M&E del PNCT y de la Red Nacional de Laboratorios ▪ Implementación progresiva del sistema de registro nominal de Tuberculosis que incluye la Base nominal del LRN: capacitación, monitoreo y soporte técnico. ▪ Contratación de servicio de internet para nivel central y departamental. ▪ Revisión e impresión de los formularios de recolección de la información.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementación progresiva del sistema de información en línea. <p>Adquisición de equipos de computadoras. En el año 2022 se pretende adquirir equipos de computadoras para el recambio de las actuales, necesidad identificada en el Informe de Necesidades de Fortalecimiento del Sistema de Información, fundamentado en el diagnóstico de necesidades de Fortalecimiento del Sistema de Información)</p>
--	---

RECURSOS REQUERIDOS POR MÓDULO PARA LOGRAR LOS RESULTADOS ESPERADOS

Estructura de costos (Expresado en dólares americanos 00/100)

Module	y1	Y2	Y3	TOTAL PROJECT	%
MDR-TB	697,083.93	669,596.87	668,910.57	2,035,591.37	36%
Program management	627,759.92	657,195.22	669,768.54	1,954,723.69	35%
RSSH: Health management information systems and M&E	76,469.77	30,219.53	37,155.36	143,844.66	3%
TB care and prevention	537,605.37	480,686.43	496,497.48	1,514,789.28	27%
Total general	1,938,918.99	1,837,698.05	1,872,331.96	5,648,949.00	100%

RECURSOS REQUERIDOS POR CATEGORÍA PARA LOGRAR LOS RESULTADOS ESPERADOS

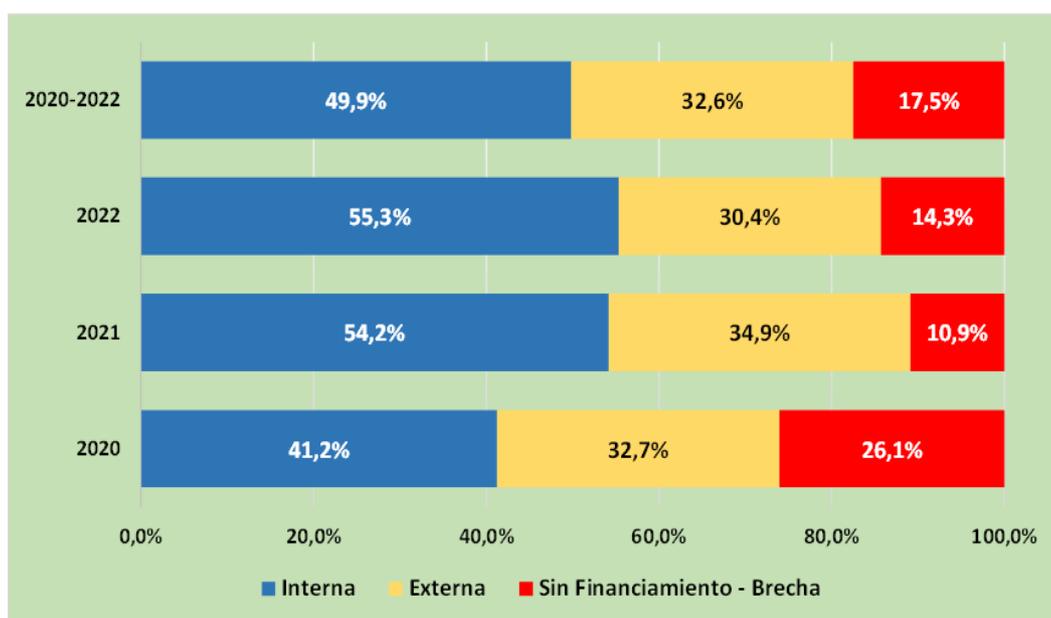
Estructura de costos (Expresado en dólares americanos 00/100)

Categoría	y1	Y2	Y3	TOTAL PROJECT	%
ADMINISTRACIÓN	260,267.38	205,138.81	208,444.83	673,851.02	12%
ADQUISICIONES	776,503.65	668,106.72	791,401.32	2,236,011.69	40%
CAPACITACIÓN	387,697.06	364,461.53	272,564.30	1,024,722.89	18%
RRHH	378,053.61	462,805.86	464,400.43	1,305,259.90	23%
SUPERVISIÓN	136,397.29	137,185.13	135,521.07	409,103.49	7%
Total general	1,938,918.99	1,837,698.05	1,872,331.96	5,648,949.00	100%

RECURSOS REQUERIDOS - INVERSIÓN PROYECTO, GASTOS GENERALES Y ADMINISTRATIVO**Estructura de costos****(Expresado en dólares americanos 00/100)**

			MONTO USD	%
INVERSIÓN PROYECTO			3,817,833.19	68%
GASTOS GENERALES Y ADMINISTRATIVOS (2020-2022)			1,831,115.81	32%
	RRHH	1,305,259.90	71%	
	ADMINISTRACIÓN	156,298.49	9%	
	GMS 7%	369,557.41	20%	
TOTAL PROYECTO			5,648,949.00	100%

En el siguiente cuadro se puede observar el comportamiento de financiamiento de la Nota Conceptual Nueva que asciende a \$us 17,3 millones para el nuevo periodo de asignación (2020-2022), las fuentes internas corresponden al 49,9% (\$us 8,6 millones); las fuentes externas, al 32,6% (\$us 5,6 millones); y el restante 17,5% (\$us 3 millones) es la brecha de financiamiento.

ESCENARIO NC 2020 -2022

Fuente. Nota Conceptual Proyecto Fortalecimiento de control a la tuberculosis en Bolivia.

Alianzas

La complejidad de la problemática exige realizar una serie de alianzas estratégicas con diferentes actores que permitan alcanzar el conjunto de los resultados esperados. Por consiguiente, se requiere también un mapa complejo de implementación del Proyecto delimitando aspectos importantes a considerar y que se grafica a continuación.

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO



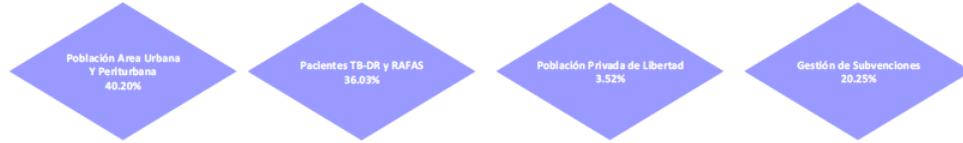
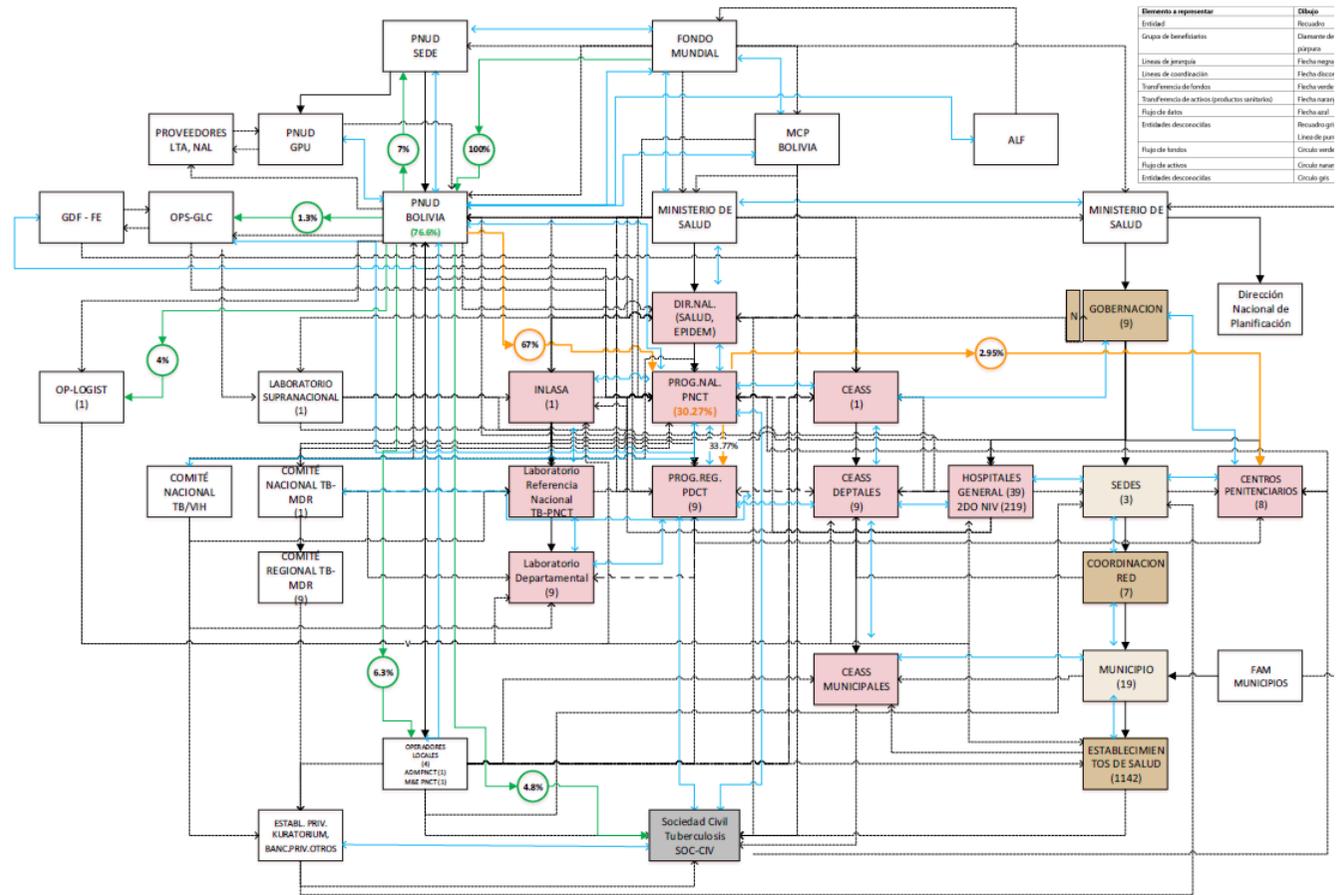
Mapa de Implementación

MODULE	TOTAL	%
MDR-TB	2,035,591	36.0%
Program management	1,954,724	34.6%
RSHH: Health management information systems and M&E	143,845	2.5%
TB care and prevention	1,514,789	26.9%
Total general	5,648,949	100.0%

SR	TOTAL	%
Ministry of Health	4,367,110	77.3%
OPS-GLC	75,000	1.3%
TB Civil Society	271,314	4.8%
United Nations Development Programme	925,465	16.0%
Total general	5,648,949	100.0%

COST CATEGORY	TOTAL	%
1.1 Salaries - program management	841,749	14.9%
1.2 Salaries - outreach workers, medical staff and other service providers	378,759	6.7%
2.1 Training related per diems/transport/other costs	762,209	13.5%
2.2 Technical assistance-related per diems/transport/other costs	2,484	0.0%
2.3 Supervision/journeys/data collection related per diems/transport/other costs	298,084	5.3%
2.4 Meeting/Advocacy related per diems/transport/other costs	198,112	3.5%
3.1 Technical Assistance Fees/Consultants	179,580	3.2%
3.3 External audit fees	84,752	1.5%
3.4 Other external professional services	50,000	0.9%
4.2 Anti-tuberculosis medicines	671,513	11.9%
5.6 Laboratory reagents	197,852	3.5%
5.8 Other consumables	50,668	0.9%
6.4 TB Molecular Test equipment	418,914	7.4%
6.5 Maintenance and service costs for health equipment	63,102	1.1%
6.6 Other health equipment	82,377	1.5%
7.2 Freight and insurance costs (Health products)	93,455	1.7%
7.4 In-country distribution costs	130,394	2.3%
9.1 IT - Computers, computer equipment, Software and applications	141,365	2.5%
9.2 Vehicles	79,425	1.4%
9.3 Other non-health equipment	69,373	1.2%
9.4 Maintenance and service costs non-health equipment	15,157	0.3%
10.1 Printed materials (forms, books, guidelines, brochure, leaflets...)	95,769	1.7%
10.3 Promotional Material (t-shirts, mugs, pins...) and other CMP costs	15,809	0.3%
11.0 Indirect and Overhead Costs	369,557	6.5%
11.1 Office related costs	31,298	0.6%
11.4 Other PA costs	212,823	3.8%
12.2 Food and care packages	80,074	1.4%
12.5 Other LSCTP costs	34,084	0.6%
Total general	5,648,949	100.0%

TUBERCULOSIS



PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO

Riesgos y Supuestos

Si bien la propuesta del proyecto en términos de objetivos y metas tiene el respaldo técnico y operativo necesario, existen factores políticos, administrativos y otros que amenazan la ejecución y gestión de desempeño hacia la consolidación del control de la Tuberculosis.

Riesgos Políticos:

El principal riesgo político está asociado a que este año 2020 la coyuntura nacional está marcada por un gobierno de transición, que llevará a cabo un nuevo proceso electoral en el país; el mismo podría dificultar la operativización del proyecto. Para esta situación se plantea la remisión oficial de los planes operativos al Ministerio de Salud (Plan de RRHH, Plan de Adquisiciones, Plan de M&E y Plan de Capacitaciones) para su ejecución inmediata y así no depender de notas de solicitud para cada actividad y por tanto disminuir al máximo la demanda de las máximas autoridades al Proyecto y a su vez "salir de su radar" para evitar la tentación de politización de las acciones del Proyecto.

Se identifican a su vez dos problemas estructurales, cuya gestión desde el Proyecto no es posible debido a su naturaleza, historia y los intereses en disputa:

1. Conflictos por delimitación territorial y las diferencias con los pueblos indígenas (sobreposición de derechos), que el Estado aún no resuelve (Ej. límites municipales que dividen el hábitat de pueblos indígenas, superposición de concesiones y derechos comunitarios).
2. No aplicabilidad de la Ley Marco de Autonomías y Descentralización, toda vez que los Gobiernos Autónomos Departamentales, en ejercicio de sus competencias, deben incorporar recursos financieros para la atención de la salud y otras necesidades regionales y locales, dentro de ello, los recursos financieros para asegurar la sostenibilidad y continuidad de las acciones de promoción, prevención, control y vigilancia de la Tuberculosis, lo cual aún no sucede debido a su escala presupuestaria e institucional.

Riesgos Programáticos:

El incumplimiento de las actividades en los tiempos programados según POA. Como medida de prevención a estas dificultades se prevé lo mencionado en el punto anterior sobre el envío de planes operativos y el acompañamiento técnico periódico para el monitoreo en la ejecución tanto programática como financiera a través de los oficiales del RP y del equipo de monitoreo estratégico del MCP. El bajo cumplimiento de metas en los indicadores comprometidos. Para mitigar el riesgo, se estará asegurando el monitoreo sistemático del cumplimiento de indicadores. También se harán coordinaciones con agencias de cooperación expertas en el tema, para garantizar el fortalecimiento técnico necesario.

Riesgos financieros:

El retraso de la firma del convenio entre el Ministerio de Salud y el PNUD que a su vez producirá el retraso operativo del proyecto al no tener la disponibilidad de efectivo y su manejo en cumplimiento con el POPP.

Para mitigar el riesgo se desarrollará acciones conjuntas con el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis y la Sociedad Civil para el seguimiento al proceso de firma del convenio y evitar procesos burocráticos. A su vez se realizará la planificación operativa - financiera y el seguimiento de los planes de

trabajo, aplicando acciones necesarias para su cumplimiento, además se hará verificaciones de soportes de rendiciones de cuentas, se valora la objetividad, calidad y elegibilidad de los gastos reportados la rendición de cuentas, apegándose a las normas y procedimientos, para garantizar que la ejecución se esté realizando en las actividades aprobadas.

Riesgos de Gobernanza:

Conflictos internos de liderazgos entre los implementadores de organizaciones de la sociedad civil y Programa Nacional de Vigilancia y Control de la Tuberculosis. Para prevenir esto, se conformará un comité nacional con cada uno de los representantes y cooperación internacional e invitara al MCP y se realizaran sesiones de evaluación y seguimiento periódicas.

El comité técnico de apoyo a la implementación de la nota conceptual se constituirá en una instancia que facilite la implementación de la subvención.

Referente a las medidas de control de la ejecución de los fondos, el RP dispondrá de un equipo operativo en campo mediante Puntos Focales Regionales que supervisan sistemáticamente la implementación del proyecto y que están en constante actualización según perfil laboral.

El PNCT establecerán convenios con los subreceptores compromisos de cumplimiento de las normas de la subvención. También se realizará inducción y capacitación al personal de los SR,

Se diseñará un plan de mejora para cada visita técnica y se realizará seguimiento continuo al cumplimiento de estas a través de los oficiales de campo existentes en departamentos del país. Mediante las verificaciones de soportes de rendiciones de cuentas, se valora la objetividad, calidad y elegibilidad de los gastos reportados la rendición de cuentas, apegándose a las normas y procedimientos, para garantizar que la ejecución se esté realizando en las actividades aprobadas.

Se definirán un número de tareas de acuerdo con la capacidad de los SR, asegurando el acompañamiento técnico a través de los oficiales del RP.

Riesgos de Implementación:

Baja capacidad en la gestión técnica y financiera del proyecto, por parte de los SR, relacionados con la calificación y número de RRHH administrativo y técnico. Para mitigar esta circunstancia se está considerando que para la selección de los implementadores un criterio será que disponga de una cantidad mínima de personal calificado con experiencia administrativa y técnica. Se realizará evaluaciones administrativas y técnicas de parte del RP de forma sistemática, considerando estos criterios como parte de la evaluación del desempeño del SR.

Falta de compromiso de los Implementadores en la aplicación de las intervenciones establecidas en la subvención. Para mitigar esta problemática se realizar el monitoreo in situ con los diferentes actores los que sirven como intercambio de experiencia, además en acompañamiento constante del equipo del RP contribuirá de forma positiva en la mitigación este riesgo.

Riesgos sanitarios: (Pandemias)

Paralización del Proyecto y su implementación, por la aparición de fenómeno imprevisibles pero recurrentes como son las epidemias y/o pandemias que pueden repercutir en la salud de los seres humanos y su bienestar económico.

Para mitigar este riesgo se fortalecerá el conocimiento y la capacidad del personal institucional para la Gestión integral de riesgos sanitarios en situaciones de emergencia.

Se hará evaluaciones apropiadas y oportunas del riesgo emergente en la coyuntura, que permitirá tomar decisiones respaldadas por datos probatorios en los niveles nacional, subnacional y local.

Se realizará la vinculación e integración de los actores claves del proyecto para la respuesta y continuación del Proyecto en situaciones de emergencia para el cumplimiento, ajuste y seguimiento a los planes de trabajo.

En la siguiente tabla muestra posibles riesgos en el flujo interno del proyecto y las correspondientes acciones de mitigación.

Posible Debilidad	Nivel de riesgo	Riesgo	Mitigación
Retraso del desembolso.	Alto	Riesgo Financiero, que incide en la implementación, ejecución del proyecto. Retrasa el desarrollo del proyecto y actividades e impacta en los indicadores.	Flujos de solicitud de fondos y desembolsos deben estar definidos, con tiempos y responsables. Desarrollo de acciones conjuntas para evitar los procesos burocráticos. Actualizar en las normas y procedimientos administrativos establecidos
Gestión de Insumos	Alto	Deficiencia de almacenamiento del CEASS	Actualización de las Guías de Gestión de suministros. Desarrollar planes de Adquisición que tomen en cuenta los periodos largos de reabastecimiento en zonas de intervención. Así mismo se preverá reservas suficientes de stock de insumos y medicamentos en PDCT, para que la distribución sea más ágil hacia zonas menos accesibles.
Incumplimiento del flujo de información.	Alto.	Datos incompletos, duplicados o retrasados.	Mejorar la supervisión de las actividades de compilación y consolidación de datos.
Adquisición de insumos	Mediano	No contar con los insumos en cantidad, calidad y de forma oportuna	Planes de Adquisición que toman en cuenta los periodos largos de reabastecimiento, prever reservas suficientes de stock de insumos y medicamentos para su distribución.
Recursos Humanos	Alto	Recursos Humanos Estratégicos dependientes de financiamiento externos	El Ministerio de Salud a través de PNCT plantea en la presente propuesta, un proceso de absorción de RRHH.
Inestabilidad de recursos humanos	Mediano	Deficiencia de recursos humanos por alta rotación	Acciones de abogacía con los Servicios departamentales de salud para garantizar la permanencia del RRHH capacitado. Fortalecer a la unidad de Redes de Salud para desarrollo de inducción y capacitación en situ del personal nuevo.

Participación de las Partes Involucradas

La presente propuesta cumple con los principios de ONUSIDA (MIPA- Mayor Involucramiento de las personas (Afectadas), así como los requisitos de elegibilidad pues se encuentra enfocada a poblaciones priorizadas y a intervenciones de mayor repercusión. El 50% del presupuesto orientado a estas poblaciones; de manera a seguir optimizando la implementación de las acciones para la respuesta a la TB en Bolivia.

La participación de las partes interesadas y su involucramiento está definida en el mapa de implementación. (Remitirse mapa de implementación en el acápite de Alianzas).

El grupo objetivo del proyecto está definido atendiendo las brechas determinadas en la problemática:

- Municipios priorizados: La población de los 42 municipios del país con una alta incidencia de TB y 56 municipios con mediana incidencia de TB y municipios sin notificación de casos serán abordados con acciones de abogacía e incidencia con actores clave en los diferentes niveles (nacional, departamental, municipal – Mapa de implementación)
 - Se proponen intervenciones diferenciadas orientadas a mejorar la detección de casos y tratamiento oportuno a través del Fortalecimiento de la gestión del Laboratorio Nacional de Tuberculosis y redes de laboratorios, orientadas a optimizar el diagnóstico oportuno de la TB y TB – DR.
 - Incorporación de un nuevo sistema de información, para lo cual se está trabajando en la elaboración de un software que permitirá contar con el registro completo, control y seguimiento de casos de Tuberculosis.
- Abordaje de la TB en poblaciones donde se pueden estar perdiendo los casos (niños/as, poblaciones con limitado acceso a servicios de salud: indígenas, habitantes de barrios marginales de ciudades, cuarteles, adultos mayores, control de contactos, factores como la diabetes, el alcoholismo, tabaquismo, VIH y otras enfermedades inmunodepresoras, mujeres embarazadas, mineros, etc.). Entre los actores clave para la definición y abordaje estratégico están Federación Nacional de Mineros de Bolivia, Federación de Cooperativas Mineras, Casas de acogida, hogares de ancianos, Sociedad Boliviana de Geriatria Sociedad Boliviana de Pediatría y Atención Primaria en Salud y un actor muy importante es la abogacía y trabajo de la Sociedad Civil, a través de ASPACONT y Consejos de Salud
 - Definición de estrategias diferenciadas con algoritmos que incluyan a cada una de estas poblaciones y el diagnóstico a través de la radiografía y métodos moleculares con pruebas de Diagnóstico Rápido (GeneXpert).
- Personas privadas de Libertad: Bolivia cuenta con una población de 17,946 PPL, distribuidas en 15 Centros penitenciarios y 32 carceletas.
 - Las acciones serán enfocadas mediante Abogacía e incidencia con el Ministerio de Gobierno, Ministerio de Justicia, y centros penitenciarios orientado a la mejora de la calidad de vida en todos los CP, pero prioritariamente en los Centros Penitenciarios con mayor incidencia de TB como ser Palmasola en Santa Cruz y en el centro penitenciario de la Paz, a través del Fortalecimiento del abordaje de la TB, con algoritmos diagnóstico a través de la radiografía y métodos moleculares con pruebas de Diagnóstico Rápido (GeneXpert).

- Coinfección TB-VIH: El actor fundamental es el Comité Nacional de Coinfección TB-VIH (Conformado el 2008) y los 9 comités Departamentales que coordinan, norma y supervisa acciones de abogacía e incidencia de la organización social, el trabajo en comunidad con apoyo de la sociedad civil y las alianzas estratégicas para lograr la protección social a los afectados y el trabajo de los establecimientos de salud para la atención de los casos de TB en pacientes con VIH y viceversa.
- Las acciones están enfocadas a fortalecer las actividades colaborativas TB-VIH que garanticen: el acceso a la prueba rápida de VIH, Tratamiento ARV y antituberculoso, Profilaxis con Isoniacida y Cotrimoxazol y gestión colaborativa.

Cooperación Sur-Sur y Triangular (CSS/CTr)

Se tiene cooperación estrecha con el laboratorio Supranacional de Santiago de Chile, así como el Comité de Luz Verde quienes supervisan anualmente los Laboratorios Nacionales y los tratamientos Multidrogo-Resistente.

Conocimiento

- Uno de los productos a seguir desarrollando por el proyecto es la capacidad diagnóstica de métodos moleculares (GeneXpert, LPA, MGIT) para incrementar la detección de casos de Tuberculosis sensible y Tuberculosis con resistencia a fármacos. La generación de conocimiento hace que a través de experiencias internacionales de capacitadores se cree suficiente masa crítica en el país para que en los laboratorios nacionales y departamentales se puedan plasmar capacitadores y se replique actualizaciones a todo el personal.
- Desarrollo de capacidades en Tuberculosis Drogoresistente, para la transición del esquema alargado al esquema acortado, por recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS)
- Se tiene previsto la actualización de manuales, normativa, bases de datos nominales de los pacientes de TB y TB-MDR, productos destinados a los medios de comunicación, trabajo al interior de los recintos penitenciarios donde la incidencia de TB es más relevante.

Estas buenas prácticas y/u experiencias dentro del desarrollo de la implementación del proyecto serán documentadas y revisadas por instancias nacionales e internacionales (OPS/OMS), para fortalecer la estrategia de implementación y proponer un nuevo proyecto al Fondo Mundial en el plan de continuidad de la estrategia en función de sus resultados obtenidos

Sostenibilidad y Escalamiento

- En el marco de la Política de Sostenibilidad, Transición y Cofinanciamiento del Fondo Mundial, El Estado Plurinacional de Bolivia desarrolla un Plan Nacional de Transición hacia la Sostenibilidad 2018 – 2022, buscando asegurar la sostenibilidad financiera y programática de las respuestas al VIH, Tuberculosis y la Malaria una vez se haya retirado el apoyo del Fondo Mundial.

Este plan permitirá fortalecer y monitorear las capacidades locales asegurando la apropiación nacional como parte de la sostenibilidad:

Plan de Transición

Propone reducir la dependencia de recursos externos, mantener los logros alcanzados hasta la fecha a través del apoyo del Fondo Mundial y otras fuentes de financiación, y el aumento sostenible en la respuesta en términos de promoción, prevención y atención al VIH, la Tuberculosis y la Malaria en el país.

- El presente plan de transición fue elaborado de manera participativa con los miembros del MCP Bolivia el 27 de noviembre de 2017 en la Ciudad de La Paz, (*Anexo No. 1*). La discusión, priorización y elaboración se basó en los resultados de la Evaluación para la transición del Fondo Mundial del Estado Plurinacional de Bolivia, la cual se llevó a cabo entre los meses de septiembre a noviembre del mismo año; Anexo No. 2 Evaluación para la transición del Estado Plurinacional de Bolivia 2017.
- El Plan de Transición es coherente con los objetivos y estrategias de los Planes Estratégicos Nacionales: Plan Estratégico Multisectorial de Respuesta Nacional al VIH/Sida 2013-2018, Plan Nacional de Control de la TB 2016-2020, y el Plan Estratégico Programa Nacional de Vigilancia y Control de Malaria 2015-2019; así como con las políticas nacionales relacionadas y con Estrategia de Sostenibilidad para la Respuesta al VIH/Sida.

El Plan de Transición está estructurado en las siguientes áreas priorizadas y objetivos estratégicos para las tres respuestas:

Áreas priorizadas	Objetivos Estratégicos
1. Financiamiento estratégico e intersectorial para las actividades priorizadas en los planes de respuesta nacionales.	Garantizar de manera estratégica integral e intersectorial el financiamiento para actividades priorizadas en las Respuestas Nacionales para Malaria, Malaria y VIH/SIDA, en el marco de competencias de los tres niveles del estado.
2. Información estratégica, oportuna, de calidad y disponible para la toma de decisiones.	Disponer de información estratégica oportuna y de calidad, para la toma de decisiones y la incidencia política.
3. Disponibilidad permanente, oportuna y de calidad de medicamentos, insumos y reactivos	Garantizar la disponibilidad permanente, oportuna y de calidad, de medicamentos, insumos, reactivos y equipos para Malaria, Malaria y VIH/SIDA, en el punto de atención de los usuarios.
4. Sociedad Civil sostenible, articulada con el Estado y con participación efectiva en la respuesta	Garantizar la participación efectiva de las OSC, en Malaria, Tuberculosis y VIH/SIDA articuladas al Estado.

El Fondo Mundial propone la transición para Bolivia con un horizonte del 2025, año en el que dejará de financiar a los programas de Malaria, TB y VIH.

IV. GESTIÓN DEL PROYECTO

La intervención del proyecto es a gran escala y contempla los 9 departamentos del país, donde se pueden observar las siguientes unidades:

- Un Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (La Paz)
- Un Laboratorio de Referencia Nacional – INLASA (La Paz).
- Nueve Programas Departamentales de Control de la Tuberculosis.
- Nueve Laboratorios Departamentales de Control de la Tuberculosis.
- Una organización social por parte de vulnerables (Consejos sociales de Salud); y una organización social por parte de los afectados (ASPACONT- Asociación de Pacientes con Tuberculosis).

Para el 2020 se ha pensado también contar con 4 operadores Locales en ayuda al Programa de Tuberculosis. Distribuidos de la siguiente manera:

- Uno para el Departamento de Santa Cruz.
- Uno para el Departamento de Cochabamba.
- Uno para los departamentos de La Paz – Oruro – Tarija
- Uno para los departamentos de Chuquisaca - Potosí

Para los departamentos de Beni y Pando se operará directamente con los administradores de los Programas Departamentales desde la oficina central del PNUD en La Paz.

Gestión efectiva del proyecto:

1. El proyecto se llevará a cabo bajo la modalidad de Ejecución Directa (DIM) porque los recursos provienen del Fondo Mundial.
2. El PNUD en este proyecto tiene bajo su responsabilidad de toda la administración, adquisición de bienes y servicios, la firma de contratos y solicitudes de pago, a fin de lograr mayor eficiencia en la ejecución del proyecto.
3. El PNUD como responsable de la administración de los recursos del Proyecto responderá a las reglas y regulaciones establecidas en la organización.
4. La administración de los fondos del proyecto se realizará mediante la modalidad de pagos directos por parte de la oficina del PNUD — Bolivia. Con relación a los aspectos operativos, contrataciones y pagos durante la ejecución del proyecto se seguirán los procedimientos PNUD relativos al sistema contable y la auditoría establecidos para la administración de sus proyectos.
5. El PNUD podrá aplicar mecanismos y procedimientos que promuevan un manejo y administración descentralizado del proyecto.
6. La UAP dentro del PNUD establecerá la comunicación y coordinación directa y exclusiva para la gestión y operativización efectiva del proyecto con el Ministerio de Salud, la OPS/OMS y otros actores.
7. El Fondo Mundial realizará los desembolsos de los costos compartidos de acuerdo a sus normas, para el financiamiento del presente proyecto.
8. Por la administración provista dentro del proyecto el PNUD recibirá un monto equivalente al 7% de los recursos efectivamente utilizados, conforme al mandato de la Junta Ejecutiva del PNUD.
9. Los recursos generados por las diferencias de tipo de cambio emergentes de los desembolsos de costos compartidos serán utilizados en las actividades del Proyecto.

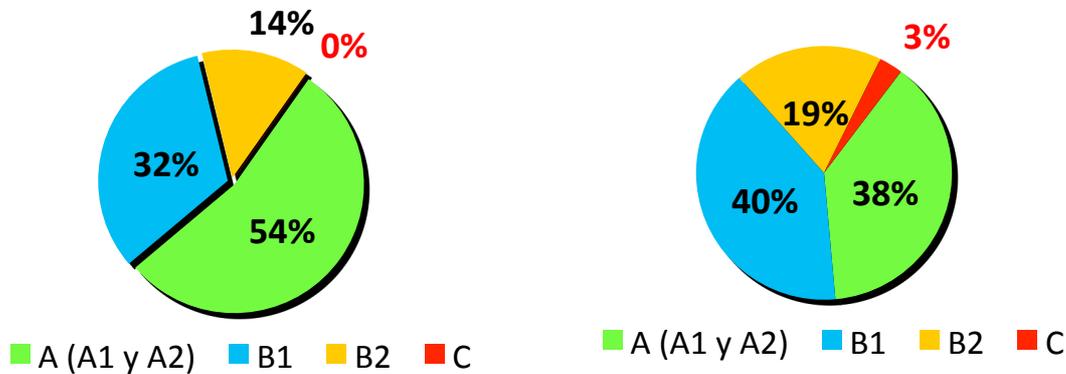
10. Los gastos provenientes de la contratación de publicaciones y otros gastos de administración de la licitación serán utilizados en las actividades del proyecto.
11. Los recursos financieros generados a partir de la venta de pliegos serán depositados a la cuenta del proyecto para que en caso de necesidad sean utilizados en actividades propias del proyecto
12. Los procesos de adquisición y/o contratación se realizarán conforme al Plan de Adquisiciones aprobado en el proyecto por el Fondo Mundial.
13. El PNUD realizará el seguimiento al cumplimiento de las cláusulas estipuladas en los contratos firmados con los proveedores y procesan los pagos, y es el Ministerio de Salud mediante el Programa Nacional de control de la Tuberculosis (PNCT) quien deberá dar el visto bueno a la recepción de bienes y/o servicios; las observaciones o cambios necesarios deberán ser resueltos antes de la entrega definitiva.
14. Durante la vida del proyecto el PNUD entregará en propiedad y en forma definitiva los equipos y maquinarias adquiridas en el marco del proyecto para su operación, mantenimiento e inventariación del Ministerio de Salud mediante el Programa Nacional de Tuberculosis.
15. Durante la vida del proyecto, la UAP-PNUD en coordinación con la unidad de Programas del PNUD prepararan para la revisión de la Autoridad Local del Fondo (ALF) en forma semestral el informe técnico (PUDR) que incluye lo siguiente:
 - a. Informe Técnico del Proyecto.
 - b. Informe Financiero del Proyecto.
 - c. Inventario de Activos del Proyecto entregado al Ministerio de Salud mediante el Programa Nacional de Tuberculosis.
 - d. Los documentos de los procesos de contratación y de los procesos de ejecución se mantendrán en originales en el PNUD y en la UAP para cualquier revisión por la auditoría externa de la Oficina de Auditoría e Investigación de la Sede del PNUD.
 - e. Las solicitudes de pagos directos y documentación financiera-contable se mantendrán en originales en el PNUD y en la UAP para cualquier revisión por la auditoría externa de la Oficina de Auditoría e Investigación de la Sede del PNUD.
16. A la finalización del proyecto, el PNUD entregará al Fondo Mundial
 - a. Informe Técnico Final del Proyecto.
 - b. Informe Financiero Final del Proyecto.
 - c. Inventario de Activos del Proyecto entregado al Ministerio de Salud mediante el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.
 - d. Comprobante de depósito por reembolsos de costos compartidos, si corresponde.
17. Arreglos de Auditoría: Para el proyecto de Tuberculosis se prevé llevar a cabo un proceso de auditoría cada cuatro años debido a que el país está en la banda de riesgo intermedio, próxima auditoría por parte de OAI será en la gestión 2020.

Eficiencia y Efectividad de los Costos

PNUD garantiza un alto rendimiento de las donaciones del Fondo Mundial que gestiona. De las 48 donaciones gestionadas por el PNUD, el 54% están clasificadas como A1 o A2 por el Fondo Mundial. El resto son calificados con B1, con la excepción de cinco donaciones que actualmente enfrentan dificultades y la calificación B2. Ningún subsidio del PNUD está clasificado C.

Convenios administrados por PNUD

Convenios que no son administrados por PNUD



Resultados de las donaciones administradas por el PNUD hasta la fecha incluyen contribuir a salvar 2,2 millones de vidas. Otros puntos destacados incluyen:

Para VIH/SIDA:

- ✓ Actualmente 2,2 millones de personas en tratamiento ARV
- ✓ 1 de cada 5 personas que reciben tratamiento contra el VIH en todo el mundo a través de donaciones administradas por el PNUD
- ✓ 28 millones de personas que han recibido consejería VIH & pruebas
- ✓ 587 millones de condones distribuidos

Para Malaria:

- ✓ 75 millones de casos de malaria tratados a través de donaciones que apoya el PNUD
- ✓ 47 millones de mosquiteros distribuidos
- ✓ 5 países han disminuido la incidencia de malaria en un 75%

Para Tuberculosis:

- ✓ 750.000 casos de tuberculosis detectados/ y con tratamiento a través de donaciones administradas por el PNUD.
- ✓ 10 países con tasa de detección de casos de TB 2015 superando la meta mundial del 70%

La ventaja comparativa del PNUD en el apoyo de:

- ✓ Presencia y capacidad operativa a nivel nacional y regional
- ✓ Capacidad Institucional bien establecida para apoyar la ejecución de las donaciones, con equipo de soporte dedicado en la Sede del PNUD (HQ), niveles regionales y niveles locales del país donde se opera.
- ✓ Los mejores sistemas de gestión para la administración de donaciones del Fondo Mundial con inigualable valor por su dinero en el desafiante entorno operativo.
- ✓ Experiencia Multi-país en la implementación de donaciones del Fondo Mundial en una amplia variedad de ajustes y entornos.

- ✓ Experiencia Institucional y mandato en la esfera del desarrollo de la capacidad y la buena gobernanza.
- ✓ Sólidos marcos de control y gestión de riesgos con medidas adicionales hechas a la medida para las donaciones del Fondo Mundial.
- ✓ Establecimiento claro de la forma de operación, el marco legal y el administrativo a través de acuerdos con los países en los que se opera (soporte a través del convenio marco de NN.UU. con el país de residencia).
- ✓ Capacidad para comprometer a la sociedad civil como subreceptor en países donde los marcos legales pueden ser un obstáculo.
- ✓ Acceso directo a los conocimientos técnicos de Naciones Unidas y todas las agencias.
- ✓ Adquisiciones eficientes y competitivas en asociación directa con UNICEF, UNFPA a través de convenios de largo plazo (LTA) con proveedores, así como el mejor valor por el dinero a través de las adquisiciones globales (GPU).
- ✓ Negociación de la Gestión de exoneración tributaria para los países donde es Receptor Principal. Caso Bolivia no "reembolsable" y "reembolsable" – Ley 617 para el territorio boliviano.

El tipo de servicio de apoyo directo a ser previsto es el siguiente:

				MONTO USD	%
INVERSIÓN PROYECTO				3,817,833.19	68%
GASTOS GENERALES Y ADMINISTRATIVOS (2020-2022)				1,831,115.81	32%
	RRHH	1,305,259.90	71%		
	ADMINISTRACIÓN	156,298.49	9%		
	GMS 7%	369,557.41	20%		
TOTAL PROYECTO				5,648,949.00	100%

Efecto previsto conforme lo establecido en el MANUD / Marco de Resultados y Recursos del Programa de País [o Global/Regional]:³											
Efecto (UNDAF) 1 Incrementado el acceso de calidad, sostenible e igualitario a los servicios de educación, salud, protección social integral, agua, saneamiento y promoción de higiene.											
Indicadores de Efecto según lo establecido en el Marco de Resultados y Recursos del Programa de País [o Global/Regional], incluidos las metas y la línea de base: Tasa de incidencia tuberculosis (por 100.000 habitantes). Línea de Base año 2018: 67.2 x 100.000 habitantes. Meta 2020: 70.33 x 100.00. habitantes											
Producto (s) aplicable (s) del Plan Estratégico (SP) del PNUD:											
Indicador 1.1.2. Porcentaje de avance en la implementación de un sistema de monitoreo del Plan de Desarrollo Económico y Social											
Indicador 1.2.1. Número de planes de desarrollo subnacionales que abordan la reducción de la pobreza, la seguridad ciudadana y el desarrollo productivo desde un enfoque multidimensional											
Título del Proyecto y Número de Proyecto en Atlas: FORTALECIMIENTO DE CONTROL A LA TUBERCULOSIS EN BOLIVIA / Project ID: 00118214											
PRODUCTOS ESPERADOS	INDICADORES DE PRODUCTO ⁴	FUENTE DE DATOS	LINEA BASE		METAS (según frecuencia de recopilación de datos)						METODOLOGÍA/ RIESGOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS
			Valor	Año	Año 2020	Año 2021	Año 2022	Año	Año	FINAL	
Output 1 <i>TB care and prevention</i>	TCP 1: Number of notified cases of all forms of TB (i.e. bacteriologically confirmed + clinically diagnosed) includes new and relapse cases	R&R TB system, quarterly reports	7597	2018	8,182	8,382	8,162				*Reporte del sistema de vigilancia del Programa Nacional de TB
	TCP 2: Treatment-success rate-all forms: Percentage of all forms of TB cases (i.e. bacteriologically confirmed plus clinically diagnosed) successfully treated (cured plus treatment completed) among all forms of TB cases registered for treatment during a specified period, includes new and relapse cases.	R&R TB system, quarterly reports	82.4%	2018	88%	88%	90%				*Reporte del sistema de vigilancia del Programa Nacional de TB

³ La información para esta tabla se extrae del PRODOC del Proyecto.

⁴ It is recommended that projects use output indicators from the Strategic Plan IRRF, as relevant, in addition to project-specific results indicators. Indicators should be disaggregated by sex or for other target groups where relevant.

V. MARCO DE RESULTADOS⁵

PRODUCTOS ESPERADOS	INDICADORES DE PRODUCTO ⁴	FUENTE DE DATOS	LINEA BASE		METAS (según frecuencia de recopilación de datos)						METODOLOGÍA RIESGOS DE L RECOLECCIÓN DATOS	
			Valor	Año	Año 2020	Año 2021	Año 2022	Año	Año ...	FINAL		
Output 2: MDR-TB	MDR TB-6: Percentage of TB patients with DST result for at least Rifampicin among the total number of notified (new and retreatment) cases in the same year	R&R TB system, quarterly reports	63%	2018	80%	85%	90%					<i>*Reporte del sistema de vigilancia del Programa Nacional de TB</i>
	MDR TB-2: Number of TB cases with RR-TB and/or MDR-TB notified	R&R TB system, quarterly reports	110	2018	153	162	171					<i>*Reporte del sistema de vigilancia del Programa Nacional de TB</i>

⁵ El PNUD publica su información sobre proyectos (indicadores, líneas de base, metas y resultados) para cumplir con las normas de la Iniciativa Internacional para la Transparencia de la Ayuda (IATI). Es necesario asegurarse de que los indicadores sean S.M.A.R.T. (Específicos, M Alcanzables, Relevantes y con Plazos Establecidos), cuenten con líneas de base precisas y metas sostenidas por evidencia y datos confiables, y evitar abreviaturas para que los lectores externos comprendan los resultados del proyecto.

	MDR TB-3: Number of cases with RR-TB and/or MDR-TB that began second-line treatment	R&R TB system, quarterly reports	80% (88/110)	2018	89% (138/153)						<i>*Reporte del sistema de vigilancia del Programa Nacional de TB</i>
--	---	----------------------------------	-----------------	------	------------------	--	--	--	--	--	---

Metodología y riesgo de recolección

La generación del dato en el sistema de información se origina en el establecimiento de Salud, desde donde es enviada al establecimiento de salud cabecera de Municipio para posteriormente enviarla a la Red de Salud correspondiente, en la cual se realiza la revisión y consolidación de la información conjuntamente otros establecimientos de Salud para remitirse al Programa Regional de Control de Tuberculosis respectivo.

De la misma manera, en la regional se realiza la consolidación y revisión de la información de las otras Redes que pertenecen a la misma para finalmente enviarse al Programa Nacional de Control de Tuberculosis – PNCT.

En el PNCT se verifica y consolida toda la información recibida de las distintas regionales para el reporte final del Sistema de Vigilancia del país.



Fuente: Plan de Monitoreo y Evaluación Tuberculosis

Actualmente, este proceso de información se realiza de forma manual y su envío es realizado físicamente, lo que constituye un riesgo en la obtención del dato final. Es importante puntualizar que con la implementación del proyecto, se está desarrollando un software en el cual se tendrán procesos con diferentes pasos de transcripción y consolidación de la información: Cabecera de Municipio, gerencias de red, a nivel Regional o Departamental y finalmente el nivel Nacional, PNUD.

Bajo este nuevo software, es importante puntualizar que los niveles de análisis de la información, tendrán que ser también estandarizados con esquemas prácticos y simples, con el fin de que el personal en su conjunto pueda lograr un nivel adecuado de interpretación y análisis de los datos y se concentre en los aspectos más importantes

VI. MONITOREO Y EVALUACIÓN

De conformidad con las políticas y los procedimientos de programación del PNUD, el proyecto se monitoreará a través de los siguientes planes de monitoreo y evaluación.

Plan de Monitoreo y evaluación

Actividad de Monitoreo	Objetivo	Frecuencia	Medidas a Seguir	Asociados (si fuese conjunto)	Costo (si lo hubiese)
Seguimiento del progreso en el logro de los resultados	1. Implementación del GeneXpert <ol style="list-style-type: none"> GeneXpert implementado y funcionando 20 personas capacitadas en el uso del GeneXpert para diagnóstico de TB-MDR 2. Grupo poblacional definido para el diagnóstico de TB y la Drogorresistencia con uso del GeneXpert: <ol style="list-style-type: none"> 100% pacientes VIH con TB presuntiva. 100% de contactos de pacientes DR con TB presuntiva. 100% de pacientes previamente tratados. 100% de SR con resultado de BK negativa. 100% Casos Nuevos BK positiva. 100% menores de 15 años. 100% Paciente con sospecha TB meníngea. 100% de personal de Salud con TB presuntiva. 100% de pacientes con sospecha de TB extrapulmonar definidos por protocolo. 100% de paciente con sospecha de TB meníngea. 	Revisión trimestral en el Plan de Trabajo, y reporte al financiador y Sede del PNUD de manera anual	La gerencia del proyecto analizará cualquier demora que afecte el avance esperado del proyecto.	Ministerio de Salud – Programa Nacional de control de la Tuberculosis	Dentro del presupuesto de Monitoreo del Programa de Tuberculosis y del PNUD
Monitoreo y Gestión del Riesgo	Identificar riesgos específicos que pueden comprometer el logro de los resultados previstos. Identificar y monitorear medidas de gestión del riesgo mediante un registro de riesgos. Ello incluye medidas de monitoreo y planes que se pueden haber exigido	Trimestralmente	La gerencia del proyecto identificará los riesgos y tomará medidas para controlarlos. Se mantendrá un registro	Ministerio de Salud – Programa Nacional de control de la Tuberculosis	Dentro del presupuesto de Monitoreo del Programa de

	según los Estándares Sociales y Ambientales del PNUD. Las auditorías se realizarán conforme a la política de auditoría del PNUD para gestionar el riesgo financiero.		activo para el seguimiento de los riesgos identificados y las medidas tomadas.		Tuberculosis y del PNUD
Aprendizaje	Se captarán en forma periódica los conocimientos, las buenas prácticas y las lecciones aprendidas de otros proyectos y asociados en la implementación y se integrarán al presente proyecto.	Al menos una vez por año	El equipo del proyecto capta las lecciones relevantes que se utilizarán para tomar decisiones gerenciales debidamente informadas.	Ministerio de Salud – Programa Nacional de control de la Tuberculosis	Dentro del presupuesto de Monitoreo del Programa de Tuberculosis y del PNUD
Aseguramiento de Calidad Anual del Proyecto	Se evaluará la calidad del proyecto conforme a los estándares de calidad del PNUD a fin de identificar sus fortalezas y debilidades e informar a la gerencia para apoyar la toma de decisiones que facilite las mejoras relevantes.	Anual	La gerencia del proyecto revisará las fortalezas y debilidades que se utilizarán para la toma de decisiones informadas a fin de mejorar el desempeño del proyecto	Ministerio de Salud – Programa Nacional de control de la Tuberculosis	Dentro del presupuesto de Monitoreo del Programa de Tuberculosis y del PNUD
Revisar y Efectuar Correcciones en el curso de acción	Revisión interna de datos y evidencia a partir de todas las acciones de monitoreo para asegurar la toma de decisiones informadas.	Al menos una vez por año	La Junta Directiva del Proyecto debatirá los datos de desempeño, riesgos, lecciones y calidad que se utilizarán para corregir el curso de acción.	Ministerio de Salud – Programa Nacional de control de la Tuberculosis. Mecanismo de Coordinación País.	Dentro del presupuesto de Monitoreo del Programa de Tuberculosis y del PNUD
Informe Anual del Proyecto	<ol style="list-style-type: none"> 1. PUDR – Informe de progreso & Solicitud de Desembolso, Informe al Financiador. 2. Tablero de Mando – Informe de progreso del proyecto dimensión programática y financiera. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anual y al finalizar el proyecto (Informe Final) 2. Semestral 	Coordinación para el llenado de maquetas provistas por el Fondo Mundial, con la Sede del PNUD (NY, Ginebra)	Ministerio de Salud – Programa Nacional de control de la Tuberculosis. Mecanismo de Coordinación País.	Dentro del presupuesto de Monitoreo del Programa de Tuberculosis y del PNUD

<p>Revisión del Proyecto (Junta Directiva del Proyecto)</p>	<p>El mecanismo de gobernanza del proyecto (es decir, la Junta Directiva del Proyecto) efectuará revisiones periódicas del proyecto para evaluar su desempeño y revisar el Plan de Trabajo Plurianual, a fin de asegurar una elaboración del presupuesto realista durante la vida del proyecto. En el transcurso del último año del proyecto, la Junta Directiva realizará una revisión final del proyecto para captar las lecciones aprendidas y debatir aquellas oportunidades para escalar y socializar los resultados del proyecto y las lecciones aprendidas con los actores relevantes.</p>	<p>Al menos una vez por año)</p>	<p>La Junta Directiva del Proyecto debatirá toda inquietud referente a la calidad o a un progreso más lento de lo esperado y acordará medidas de gestión para abordar las cuestiones identificadas.</p>	<p>Ministerio de Salud – Programa Nacional de control de la Tuberculosis</p>	<p>Dentro del presupuesto de Monitoreo del Programa de Tuberculosis y del PNUD</p>
--	---	----------------------------------	---	--	--

VII. PLAN DE TRABAJO PLURIANUAL⁶⁷

⁶ En la decisión DP/2010/32 de la Junta Ejecutiva del PNUD se definen los costos y clasificaciones para la efectividad de los costos del programa y el desarrollo a ser cargados al proyecto.

⁷ Los cambios al presupuesto del proyecto que afectan el alcance (productos), fechas de finalización, o costos totales estimados del proyecto exigen una revisión formal del presupuesto que debe ser firmada por la Junta Directiva. En otros casos, el/la gerente de programa del PNUD podrá ser el único en firmar la revisión siempre que los otros firmantes no tengan objeciones. Por ejemplo, podrá aplicarse este procedimiento cuando el objetivo de la revisión sea simplemente reprogramar actividades para otros años.

PRODUCTOS ESPERADOS	ACTIVIDADES PREVISTAS	PRESUPUESTO PREVISTO POR AÑO				RESPONSABLE	PRESUPUESTO PREVISTO			
		A1	A2	A3	A4		Fuente de Financiamiento	Descripción del Presupuesto	Monto USD	
Atención y prevención de tuberculosis.	11	Dos supervisiones anuales al nivel nacional al departamental	6,848.58	6,960.56	7,076.20		MINSA	FONDO MUNDIAL	SUPERVISIÓN	20,885.34
	12	Una supervisión anual departamental a la coordinación de red	19,201.03	19,442.70	19,680.57		MINSA	FONDO MUNDIAL	SUPERVISIÓN	58,324.29
	13	Una supervisión anual de la coord de red al Establecimiento de Salud	18,517.93	18,678.38	18,844.07		MINSA	FONDO MUNDIAL	SUPERVISIÓN	56,040.39
	14	Supervisión del nivel nacional a Establecimientos de Salud por muestreo en Municipios de Alta carga	1,295.20	1,337.58	1,381.35		MINSA	FONDO MUNDIAL	SUPERVISIÓN	4,014.13
	15	Fortalecimiento del diagnóstico de TB-DR con métodos rápidos (Equipamiento e insumos)	30,026.08	190,774.81	198,112.96		MINSA	FONDO MUNDIAL	ADQUISICIONES	418,913.85
	18	Mantenimiento de equipos de diagnóstico rápido.	20,000.00	20,000.00	23,101.56		MINSA	FONDO MUNDIAL	ADQUISICIONES	63,101.56
	28	Capacitación de equipos de diagnóstico	-	8,366.37	-		MINSA	FONDO MUNDIAL	CAPACITACIÓN	8,366.37
	31	Reuniones mensuales de auto ayuda	59,634.64	59,634.64	59,634.64		MINSA	FONDO MUNDIAL	CAPACITACIÓN	178,903.93
	63	Reunión técnica del comité Nacional interprogramático de coinfección TB/VIH (análisis de información, seguimiento a planes de trabajo)	1,875.09	1,929.44	1,985.57		MINSA	FONDO MUNDIAL	CAPACITACIÓN	5,790.10
	64	Reunión Ampliada del Comité Nacional y los comités interprogramáticos departamentales de coinfección TB/VIH (evaluación de planes de trabajo y análisis de	9,846.84	10,011.38	10,181.30		MINSA	FONDO MUNDIAL	CAPACITACIÓN	30,039.52
	66	Reunión del Comité Interprogramático de Coinfección TB-VIH (compatibilización de información) Regionales	1,878.65	1,940.12	2,003.60		MINSA	FONDO MUNDIAL	CAPACITACIÓN	5,822.36
	77	Pago de transporte para personal de salud que realiza transferencia de pacientes con Tuberculosis que salen en Libertad	804.69	831.02	858.21		MINSA	FONDO MUNDIAL	SUPERVISIÓN	2,493.93
	83	Realización de Ferias de Salud en Recintos	9,909.56	10,233.80	10,568.65		MINSA	FONDO MUNDIAL	CAPACITACIÓN	30,712.00
	85	Formación de Promotores en Salud en PPL	9,686.02	9,918.87	10,159.33		MINSA	FONDO MUNDIAL	CAPACITACIÓN	29,764.22
	86	Reuniones de Auto Ayuda para pacientes PPL	10,997.48	11,357.32	11,728.93		MINSA	FONDO MUNDIAL	CAPACITACIÓN	34,083.73
	87	Compra de mochilas y poleras para promotores en PPL	5,555.40	-	5,924.89		MINSA	FONDO MUNDIAL	ADQUISICIONES	11,480.28
	96	Reunión de evaluación de TB en Recintos	11,410.48	11,727.78	12,055.46		MINSA	FONDO MUNDIAL	CAPACITACIÓN	35,193.73
114	Certificación de cabinas de bioseguridad	13,751.62	13,751.62	13,751.62		MINSA	FONDO MUNDIAL	ADQUISICIONES	41,254.85	
150	Taller de actualización y validación de la Guía de Autoayuda para pacientes.	7,470.77	-	-		MINSA	FONDO MUNDIAL	CAPACITACIÓN	7,470.77	
151	Impresión y socialización de la Guía de Autoayuda	10,013.97	-	-		MINSA	FONDO MUNDIAL	ADQUISICIONES	10,013.97	

PRODUCTOS ESPERADOS	ACTIVIDADES PREVISTAS	PRESUPUESTO PREVISTO POR AÑO				RESPONSABLE	PRESUPUESTO PREVISTO			
		A1	A2	A3	A4		Fuente de Financiamiento	Descripción del Presupuesto	Monto USD	
Atención y prevención de tuberculosis.	152	Taller de actualización y validación de la Guía de promotores de salud.	4,851.03	-	-		MINSA	FONDO MUNDIAL	CAPACITACIÓN	4,851.03
	153	Impresión y socialización de la Guía de promotores de salud	15,974.66	-	-		MINSA	FONDO MUNDIAL	ADQUISICIONES	15,974.66
	154	Impresión de formularios y libros modificados de acuerdo a la nueva normativa	20,906.81	21,590.88	22,297.33		MINSA	FONDO MUNDIAL	ADQUISICIONES	64,795.02
	155	Fortalecimiento del diagnóstico de TB-DR con métodos rápidos (Equipamiento e insumos,	27,050.28	32,586.85	33,817.49		MINSA	FONDO MUNDIAL	ADQUISICIONES	93,454.62
	156	Transporte de muestras (Equipamiento)	79,425.11	-	-			FONDO MUNDIAL	ADQUISICIONES	79,425.11
	158	Fortalecimiento del diagnóstico de TB-DR con métodos rápidos (Equipamiento e insumos)	82,376.79	-	-		MINSA	FONDO MUNDIAL	ADQUISICIONES	82,376.79
	159	Fortalecimiento del diagnóstico de TB-DR con métodos rápidos (Equipamiento e insumos)	224.00	231.33	238.90			FONDO MUNDIAL	ADQUISICIONES	694.23
	164	Evaluación del modelo de atención TB/VIH	-	-	10,986.70			FONDO MUNDIAL	ADQUISICIONES	10,986.70
	166	Reunión anual con instancias nacionales de salud	5,786.88	5,888.65	5,993.74		MINSA	FONDO MUNDIAL	CAPACITACIÓN	17,669.27
	167	Reunión anual con instancias departamentales de	2,446.68	2,463.68	2,481.23		MINSA	FONDO MUNDIAL	CAPACITACIÓN	7,391.59
	168	Reunión anual con instancias municipales de salud	4,553.40	4,599.67	4,647.46		MINSA	FONDO MUNDIAL	CAPACITACIÓN	13,800.53
	169	Formación de líderes sociales en TB	11,229.55	-	-		MINSA	FONDO MUNDIAL	CAPACITACIÓN	11,229.55
	170	Reforzar capacidades de liderazgo, participación y control social	7,615.25	-	-		MINSA	FONDO MUNDIAL	CAPACITACIÓN	7,615.25
	171	Material promocional e informativo para las OSCTB	4,985.43	-	-		MINSA	FONDO MUNDIAL	ADQUISICIONES	4,985.43
	172	Consultoría de asistencia técnica y operativa	3,744.56	3,744.56	3,744.56		MINSA	FONDO MUNDIAL	ADQUISICIONES	11,233.69
	173	Gastos de comunicación	3,076.72	3,076.72	3,076.72		MINSA	FONDO MUNDIAL	ADMINISTRACIÓN	9,230.16
	174	Pares que visitarían personas con tratamiento de TB	2,164.44	-	2,164.44		MINSA	FONDO MUNDIAL	CAPACITACIÓN	4,328.88
	175	Materiales de apoyo para capacitadores pares	4,985.43	-	-		MINSA	FONDO MUNDIAL	ADQUISICIONES	4,985.43
	176	Mantenimiento de Automóviles y Motocicletas	5,757.41	5,945.79	-		MINSA	FONDO MUNDIAL	ADMINISTRACIÓN	11,703.20
	177	Gasolina transporte de muestras (Vehículos & Motocicletas)	1,726.93	1,726.93	-		MINSA	FONDO MUNDIAL	ADMINISTRACIÓN	3,453.87
281	Capacitación GeneXpert - Experto Internacional	-	1,934.99	-		MINSA	FONDO MUNDIAL	CAPACITACIÓN	1,934.99	
SUBTOTAL		537,605.37	480,686.43	496,497.48	-				1,514,789.28	

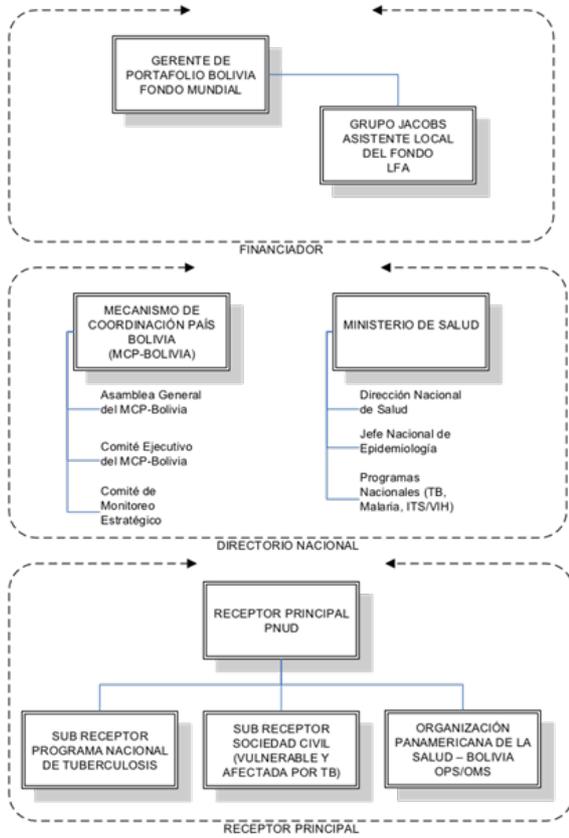
PRODUCTOS ESPERADOS	ACTIVIDADES PREVISTAS	PRESUPUESTO PREVISTO POR AÑO				RESPONSABLE	PRESUPUESTO PREVISTO			
		A1	A2	A3	A4		Fuente de Financiamiento	Descripción del Presupuesto	Monto USD	
TB MDR	29	Reunión de evaluación nacional de TB-DR (9 departamento)	-	14,570.41	-		MINSa	FONDO MUNDIAL	CAPACITACIÓN	14,570.41
	33	Compra de insumos y reactivos para baciloscopia y cultivo	80,793.25	61,931.76	54,327.04		MINSa	FONDO MUNDIAL	ADQUISICIONES	197,052.05
	34	Capacitación a miembros del Comité nacional, departamental y puntos focales de TB-DR/RAFA con facilitador internacional.	-	33,225.90	-		MINSa	FONDO MUNDIAL	CAPACITACIÓN	33,225.90
	39	Supervisión del laboratorio del nivel central al departamental	6,848.58	6,960.56	7,076.20		MINSa	FONDO MUNDIAL	SUPERVISIÓN	20,885.34
	40	Supervisión del laboratorio del nivel departamental al local	26,734.21	26,850.10	26,969.78		MINSa	FONDO MUNDIAL	SUPERVISIÓN	80,554.08
	42	Material de bioseguridad (pijama, gorra, guantes y zapatos)	3,233.68	3,339.48	3,448.75		MINSa	FONDO MUNDIAL	ADQUISICIONES	10,021.91
	43	Capacitación baciloscopia	75,523.05	76,501.61	77,512.19		MINSa	FONDO MUNDIAL	CAPACITACIÓN	229,536.84
	44	Capacitación cultivo	30,733.36	31,514.75	32,321.70		MINSa	FONDO MUNDIAL	CAPACITACIÓN	94,569.82
	46	Transporte de muestras (Courier)	8,046.94	8,310.23	8,582.14		MINSa	FONDO MUNDIAL	ADQUISICIONES	24,939.31
	47	Compra de material de bioseguridad para Centros de referencia para la atención de pacientes TB-DR/RAFA (4000 mascarilla n95 y 5 dólares), lámparas ultravioleta 100, extractor de aire 10	11,877.05	12,633.94	13,265.63		MINSa	FONDO MUNDIAL	ADQUISICIONES	37,776.62
	48	Adecuación de Centros de referencia para la atención de pacientes TB-DR/RAFA (Extractor aire, lámpara ultravioleta, aire acondicionado, basureros, lo atienden 6 personas)	-	20,880.39	-		MINSa	FONDO MUNDIAL	ADQUISICIONES	20,880.39
	72	Medicamentos de segunda línea	232,574.57	217,899.26	196,900.31		MINSa	FONDO MUNDIAL	ADQUISICIONES	647,374.14
	75	Medicamentos de categoría quinta	7,788.80	8,043.65	8,306.84		MINSa	FONDO MUNDIAL	ADQUISICIONES	24,139.29
	78	Reuniones de revisión de expedientes clínicos TB-DR/RAFA (12 ordinarias y 3 o más extraordinarias)	16,720.30	17,267.38	17,832.37		MINSa	FONDO MUNDIAL	CAPACITACIÓN	51,820.06
	79	Seguimiento a la vigilancia de la TB-DR en los 9 departamentos	9,344.75	9,482.36	9,624.46		MINSa	FONDO MUNDIAL	SUPERVISIÓN	28,451.57
	91	Apoyo con suplementos nutricionales para pacientes TB-DR durante el tratamiento	18,212.90	17,035.98	15,419.25		MINSa	FONDO MUNDIAL	ADQUISICIONES	50,668.13
	97	Taller de actualización al personal de salud en la nueva normativa e instrumentos	51,452.43	-	-		MINSa	FONDO MUNDIAL	CAPACITACIÓN	51,452.43
	108	Fortalecimiento del Programa de control de Tuberculosis (Equipamiento)	-	-	141,364.75		MINSa	FONDO MUNDIAL	ADQUISICIONES	141,364.75
	109	Pago por servicios de atención especializada médica, exámenes de gabinete, medicamentos complementarios y/o hospitalización para pacientes TB-DR/RAFA	28,226.24	27,521.05	24,326.81		MINSa	FONDO MUNDIAL	SUPERVISIÓN	80,074.09
161	Consultoría para el plan de transición al tratamiento acortado para DR-MDR	50,503.59	-	-		MINSa	FONDO MUNDIAL	ADQUISICIONES	50,503.59	
341	Capacitación a miembros del Comité nacional, departamental y puntos focales de TB-DR/RAFA con facilitador internacional (La Unión)	-	40,276.08	-		MINSa	FONDO MUNDIAL	CAPACITACIÓN	40,276.08	
471	Compra de material de bioseguridad para Centros de referencia para la atención de pacientes TB-DR/RAFA (4000 mascarilla n95 y 5 dólares), lámparas ultravioleta 100, extractor de aire 10	131.66	140.25	147.26		MINSa	FONDO MUNDIAL	ADQUISICIONES	419.18	
721	Medicamentos de segunda línea	35,915.90	32,774.53	28,901.28		MINSa	FONDO MUNDIAL	ADQUISICIONES	97,591.71	
751	Medicamentos de categoría quinta	2,422.67	2,437.21	2,583.81		MINSa	FONDO MUNDIAL	ADQUISICIONES	7,443.68	
SUBTOTAL		697,083.93	669,596.87	668,910.57	-				2,035,591.37	

PRODUCTOS ESPERADOS	ACTIVIDADES PREVISTAS		PRESUPUESTO PREVISTO POR AÑO				RESPONSABLE	PRESUPUESTO PREVISTO		
			A1	A2	A3	A4		Fuente de Financiamiento	Descripción del Presupuesto	Monto USD
FSS Seguimiento y evaluación	49	Evaluación nacional del Programa de Tuberculosis con participación de Organizaciones que apoyan al control de la Tuberculosis	10,909.88	11,098.69	11,293.69		MINSA	FONDO MUNDIAL	CAPACITACIÓN	33,302.26
	50	Seguimiento a la implementación del SIN-TB	18,576.09	19,120.84	19,683.41		MINSA	FONDO MUNDIAL	SUPERVISIÓN	57,380.34
	106	Capacitación en el Sistema de Información	29,663.07	-	-		MINSA	FONDO MUNDIAL	CAPACITACIÓN	29,663.07
	157	Taller de actualización y validación de la guía de monitoreo y evaluación	11,338.23	-	-		MINSA	FONDO MUNDIAL	CAPACITACIÓN	11,338.23
	165	Estudio de Gasto TB	5,982.51	-	6,178.26		MINSA	FONDO MUNDIAL	ADQUISICIONES	12,160.77
SUBTOTAL			76,469.77	30,219.53	37,155.36	-				143,844.66

PRODUCTOS ESPERADOS	ACTIVIDADES PREVISTAS		PRESUPUESTO PREVISTO POR AÑO				RESPONSABLE	PRESUPUESTO PREVISTO		
			A1	A2	A3	A4		Fuente de Financiamiento	Descripción del Presupuesto	Monto USD
Gestión de Programa	56	Personal técnico, operativo y administrativo del Receptor Principal	-	84,752.24	-		MINSA	FONDO MUNDIAL	RRHH	84,752.24
	57	Administración RP	7,977.73	7,977.73	15,343.02		MINSA	FONDO MUNDIAL	ADMINISTRACIÓN	31,298.49
	59	Personal técnico, operativo y administrativo del Receptor Principal	132,754.32	132,754.32	219,101.14		MINSA	FONDO MUNDIAL	RRHH	484,609.78
	61	Seguros de equipos	39,883.41	41,188.39	42,536.08		MINSA	FONDO MUNDIAL	ADMINISTRACIÓN	123,607.88
	68	Servicios básicos, generales y membresías del PNCT (Pago al GLC)	25,000.00	25,000.00	25,000.00		MINSA	FONDO MUNDIAL	ADMINISTRACIÓN	75,000.00
	69	Programa Nacional y Departamental - Personal de Gestión	119,046.44	119,046.44	119,046.44		MINSA	FONDO MUNDIAL	RRHH	357,139.33
	70	Personal técnico, operativo y administrativo del PDCT	126,252.85	126,252.85	126,252.85				RRHH	378,758.55
178	Direct Costs for Capacity Development (CD) and Transition to national PR	50,000.00	-	-		MINSA	FONDO MUNDIAL	ADMINISTRACIÓN	50,000.00	
SUBTOTAL			500,914.76	536,971.98	547,279.54					1,585,166.28
Costo de Apoyo (GMS)	60	GMS 7%	126,845.17	120,223.24	122,489.01		MINSA	FONDO MUNDIAL	ADMINISTRACIÓN	369,557.41
TOTAL			1,938,918.99	1,837,698.05	1,872,331.96	-				5,648,949.00

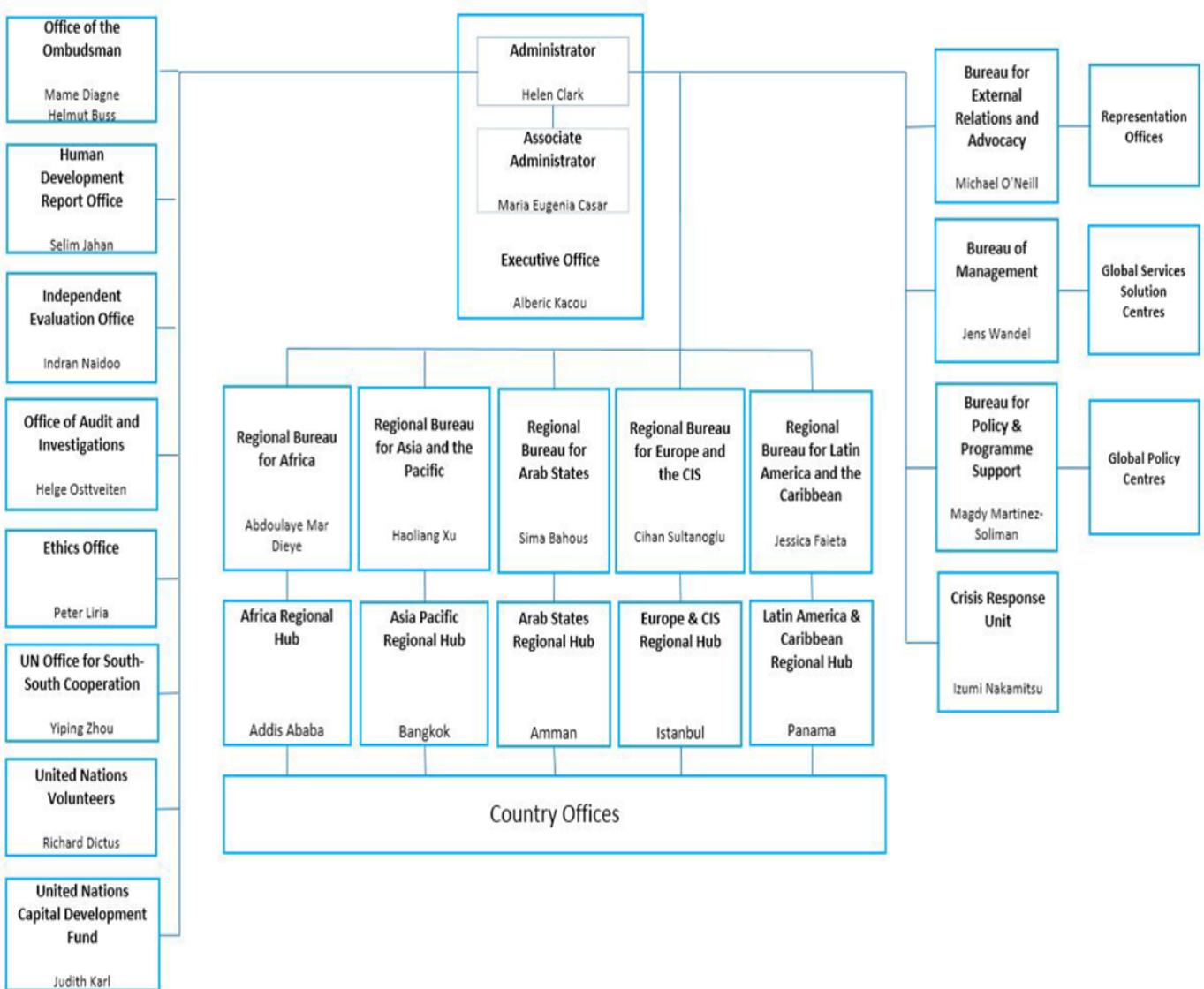
VIII. ARREGLOS DE GESTIÓN Y GOBERNANZA

EQUIPO DE GESTION DEL PROYECTO

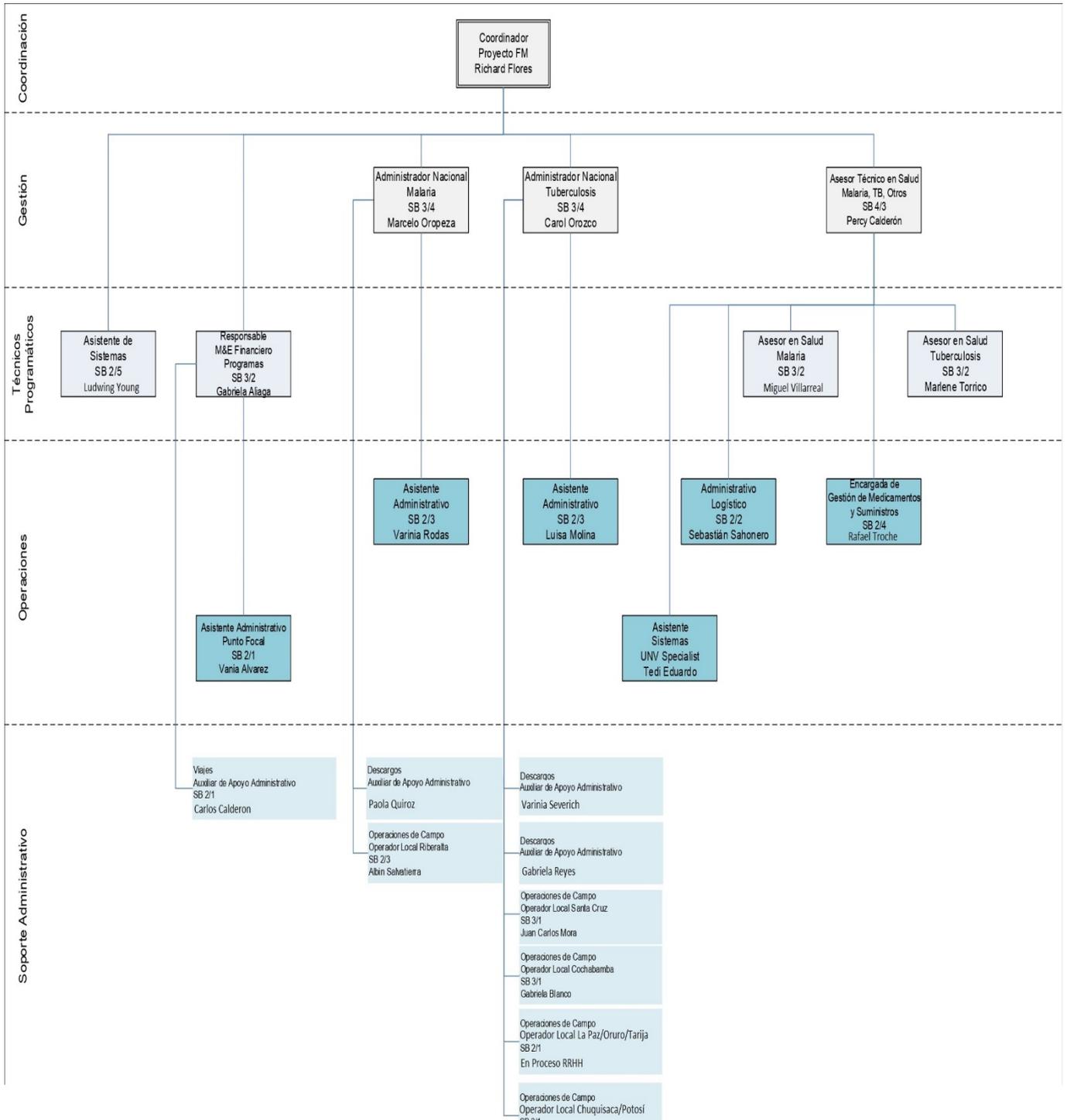


GOBERNANZA – PROYECTOS DEL FONDO MUNDIAL EN BOLIVIA		
FINANCIADOR	DIRECTORIO NACIONAL	RECEPTOR PRINCIPAL
<p>APROBACIÓN DE PROPUUESTAS</p> <p>FIRMA DE CONVENIOS EN FORMATOS DEL FONDO MUNDIAL</p> <p>REVISIÓN DE LAS IMPLEMENTACIONES DE MANERA ANUAL</p> <p>APROBACIÓN DE SOLICITUDES DE DESEMBOLOSOS</p> <p>REVISIONES GENERALES Y SUSTANTIVAS DE FORMA ANUAL O A REQUERIMIENTO DEL MCP, PR, SR O SSR</p> <p>APROBACIÓN DE SOLICITUDES DE REFORMULACIÓN, VERIFICACIÓN DE TRIGGERS</p> <p>BRINDAR LAS DIRECTRICES Y/O NORMATIVAS PARA LA APLICACIÓN A SUBVENCIÓNES, GESTIÓN DE SUBVENCIÓNES O CIERRE DE LAS MISMAS</p>	<p>APROBACIÓN DE PROPUUESTAS Y PRESUPUESTOS PRESENTADOS POR LOS COMITÉS DE ELABORACIÓN DE LAS NOTAS CONCEPTUALES</p> <p>PRESENTACIÓN DE PROPUUESTAS ANTE EL FONDO MUNDIAL</p> <p>MONITOREO ESTRATÉGICO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS PROPUUESTAS</p> <p>NOMBRAMIENTO DE RECEPTORES PRINCIPALES</p> <p>CONTROL SOCIAL DE LAS IMPLEMENTACIONES</p> <p>MANTENIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE ELEGIBILIDAD ANTE EL FONDO MUNDIAL</p> <p>APROBACIÓN DE REVISIONES SUSTANTIVAS EN LAS PROPUUESTAS EN EJECUCIÓN</p> <p>MANTENIMIENTO DE LAS RELACIONES POLÍTICAS DENTRO DEL MECANISMO GOBIERNO, FF.AA, ORGANIZACIONES RELIGIOSAS, SOCIEDAD CIVIL, ORGANISMOS MULTILATERALES Y BILATERALES</p> <p>LLEVAR A CABO ELECCIONES TRANSPARENTES PARA LOS MIEMBROS DE LA ASAMBLEA DEL MCP-B</p> <p>LLEVAR A CABO LAS REUNIONES EXTRAORDINARIAS Y ORDINARIAS DEL MCP-B</p> <p>EVALUACIÓN DE LAS IMPLEMENTACIONES POR PARTE DE LOS RFP</p> <p>EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL RECEPTOR PRINCIPAL</p>	<p>APOYAR EN EL DISEÑO DE LAS PROPUUESTAS A PRESENTARSE AL FM</p> <p>ANÁLISIS Y APROBACIÓN NEGOCIACIÓN DE LA SUBVENCIÓN</p> <p>Ejecución Implementación del proyecto (DM)</p> <p>Contratación de SR</p> <p>Adquisición de bienes, medicamentos, insumos, reactivos, materiales y servicios</p> <p>Transferencias de efectivo a los SR's</p> <p>Auditorías s SR's</p> <p>Auditoría interna (DAI)</p> <p>Revisiones presupuestarias anuales con los SR's</p> <p>Presentación de revisiones presupuestarias anuales al FM – coordinada con los SR's – revisiones generales. Para revisiones sustantivas primero debe aprobar el MCP-B antes de enviar al FM</p> <p>Presentaciones de avances programáticos y financieros al Comité de Monitoreo del MCP-Bolivia</p> <p>Responsabilidad sobre los bienes que se adquiere y que están en custodia de los SR's</p> <p>Responsabilidad sobre los materiales, insumos, reactivos que son adquiridos por el FM hasta el usuario final</p> <p>Seguros sobre los bienes y suministros</p> <p>CIERRE DE PROYECTO</p> <p>EVALUACIÓN EX-POST RENOVACIÓN DE LA SUBVENCIÓN</p>

EQUIPO DE GESTIÓN DEL PROYECTO – UNDP (BPPS – CO)



ORGANIGRAMA PROYECTOS FONDO MUNDIAL



IX. CONTEXTO LEGAL

[NOTA: Seleccione una opción entre las cláusulas modelo según aplique. Elimine todas las otras opciones de su documento.]

Opción a. En aquellos casos en que el país haya firmado el Acuerdo Básico de Asistencia - Standard Basic Assistance Agreement (SBAA)

Este Documento de Proyecto constituirá el instrumento al que se hace referencia en el Artículo I del Acuerdo Básico de Asistencia firmado el (fecha) entre el Gobierno de (país) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Toda referencia que se haga en el Acuerdo SBAA a la “Agencia de Ejecución” se interpretará como una referencia al “Asociado en la Implementación”.

Este proyecto será implementado por [Nombre del Organismo] (“Asociado en la Implementación”) que será el encargado de implementar el proyecto de conformidad con sus reglamentaciones, reglas, prácticas y procedimientos financieros siempre y cuando no viole principio alguno de las Reglas y Regulaciones Financieras del PNUD. Cuando la gobernanza financiera de un Asociado en la implementación no proporcione la orientación requerida para garantizar la mejor relación calidad-precio, imparcialidad, integridad, transparencia y competencia internacional efectiva, se aplicará la gobernanza financiera del PNUD.

X. GESTIÓN DE RIESGOS**Opción b. PNUD (DIM)**

1. El PNUD como Asociado en la Implementación cumplirá con las políticas, procedimientos y prácticas del Sistema de Gestión de Seguridad de las Naciones Unidas (UNSMS por sus siglas en inglés).
2. El PNUD como Asociado en la Implementación realizará todos los esfuerzos que resulten razonables a fin de asegurar que ninguno de [los fondos del proyecto]⁸ [fondos del PNUD recibidos conforme al Documento de Proyecto]⁹ se utilicen para brindar asistencia a personas o entidades vinculadas con el terrorismo, y que los receptores de los fondos provistos por el PNUD en el marco del presente proyecto no aparezcan en la lista del Comité del Consejo de Seguridad, creado por Resolución 1267 del año 1999. Este listado puede consultarse en http://www.un.org/sc/committees/1267/aq_sanctions_list.shtml. Esta disposición debe incluirse en todos los subcontratos y subacuerdos firmados en el marco del presente Documento de Proyecto.
3. Se reforzará la sostenibilidad social y ambiental a través de la aplicación de los Estándares Sociales y Ambientales del PNUD (<http://www.PNUD.org/ses>), y del Mecanismo de Rendición de Cuentas (<http://www.PNUD.org/secu-srm>).
4. PNUD como Asociado en la Implementación: (a) realizará las actividades relacionadas con el proyecto y programa en conformidad con los Estándares y Ambientales del PNUD; (b) implementará el plan de gestión o mitigación para que el proyecto o programa cumpla con dichos estándares; y (c) participará de un modo constructivo y oportuno para abordar cualquier inquietud o queja planteada

⁸ Texto a ser utilizado cuando el PNUD es el Asociado en la Implementación.

⁹ Texto a ser utilizado cuando el Asociado en la Implementación sea Naciones Unidas, un Fondo/Programa de las Naciones Unidas o una agencia especializada.

a través del Mecanismo de Rendición de Cuentas. El PNUD se asegurará de que los organismos y otras partes interesadas estén debidamente informados de la existencia del Mecanismo de Rendición de Cuentas y puedan acceder al mismo.

5. En la implementación de las actividades bajo este Documento de Proyecto, el PNUD, como el Asociado en la Implementación, manejará cualquier denuncia de explotación y abuso sexual (EAS) y acoso sexual (AS) de acuerdo con sus regulaciones, reglas, políticas y procedimientos.
6. Todos los firmantes del Documento de Proyecto colaborarán de buena fe en los ejercicios destinados a evaluar los compromisos del programa o proyecto, o el cumplimiento con los Estándares Sociales y Ambientales del PNUD. Ello incluye el acceso a sitios del proyecto, personal relevante, información y documentación.
7. El PNUD como Asociado en la Implementación velará que las obligaciones siguientes sean vinculantes para cada parte responsable, subcontratista y sub-beneficiario:
 - a) De conformidad con el Artículo III de la SBAA [*o las Disposiciones Suplementarias del Documento de Proyecto*], cada parte responsable, subcontratista y sub-beneficiario tendrá la responsabilidad de la seguridad y protección de cada parte responsable, subcontratista y sub-beneficiario, de su personal, de su propiedad, y de los bienes del PNUD que se encuentren en su custodia. Con este fin, cada parte responsable, subcontratista y sub-beneficiario:
 - i) Instrumentará un plan de seguridad adecuado y sostendrá dicho plan, teniendo en cuenta la situación de seguridad del país en el que se desarrolla el proyecto;
 - ii) Asumirá todos los riesgos y responsabilidades relacionados con la seguridad de la parte responsable, del subcontratista y del sub-beneficiario y la plena implementación del plan de seguridad.
 - b) El PNUD se reserva el derecho de verificar si dicho plan está en vigor y de sugerir modificaciones al plan cuando sea necesario. El incumplimiento de mantener e implementar un plan de seguridad apropiado como se requiere en este documento se considerará un incumplimiento de las obligaciones de la parte responsable, subcontratista y sub-receptor bajo este Documento de Proyecto.
 - c) En el desempeño de las actividades bajo este Proyecto, el PNUD como el Asociado en la Implementación, asegurará, con respecto a las actividades de cualquiera de sus partes responsables, sub-receptores y otras entidades involucradas en el Proyecto, ya sea como contratistas o subcontratistas, su personal y cualquier persona que preste servicios para ellos, que esas entidades cuenten con procedimientos, procesos y políticas adecuadas y apropiadas para prevenir y/o abordar la EAS y el AS.
 - d) Cada parte responsable, subcontratista y sub-beneficiario adoptará las medidas apropiadas para evitar el uso indebido de fondos, fraude o corrupción por parte de sus funcionarios, consultores, subcontratistas y sub-receptores en la ejecución del proyecto o programa o utilizando los fondos del PNUD. Garantizará que sus políticas de gestión financiera, lucha contra la corrupción y lucha contra el fraude se apliquen y se apliquen a todos los fondos recibidos de o por conducto del PNUD.
 - e) Los requisitos de los siguientes documentos, vigentes en el momento de la firma del Documento de Proyecto, se aplican a cada parte responsable, subcontratista y sub-beneficiario: (a) Política del PNUD

sobre Fraude y otras Prácticas Corruptas y (b) Directrices de la Oficina de Auditoría e Investigaciones del PNUD. Cada parte responsable, subcontratista y sub-beneficiario acepta los requisitos de los documentos anteriores, los cuales son parte integral de este Documento de Proyecto y están disponibles en línea en www.undp.org.

- f) En caso de que se requiera una investigación, el PNUD realizará las investigaciones relacionadas con cualquier aspecto de los proyectos y programas del PNUD. Cada parte responsable, subcontratista y sub-beneficiario proporcionará su plena cooperación, incluida la puesta a disposición del personal, la documentación pertinente y el acceso a sus locales (y de sus consultores, partes responsables, subcontratistas y subadjudicatarios), en las condiciones razonables que sean necesarias para los fines de una investigación. En caso de que haya una limitación en el cumplimiento de esta obligación, el PNUD consultará con la parte responsable, subcontratista y sub-beneficiario para encontrar una solución.
- g) Cada parte responsable, subcontratista y sub-beneficiario mantendrá informado al PNUD, como Asociado en la Implementación, de manera inmediata de cualquier incidencia de uso inapropiado de fondos, o alegación creíble de fraude o corrupción con la debida confidencialidad.

Cuando la parte responsable, subcontratista y sub-beneficiario sepa que un proyecto o actividad del PNUD, en su totalidad o en parte, es objeto de investigación por presunto fraude o corrupción, cada parte responsable, subcontratista y sub-beneficiario informará al Representante Residente / Jefe de Oficina del PNUD, quien informará prontamente a la Oficina de Auditoría e Investigaciones del PNUD (OAI). Cada parte responsable, subcontratista y sub-beneficiario proporcionará actualizaciones periódicas al jefe del PNUD en el país y la OAI del estado y las acciones relacionadas con dicha investigación.

- h) *Elija una de las tres opciones siguientes:*

Opción 1: El PNUD tendrá derecho a un reembolso por parte de la parte responsable, subcontratista o sub-beneficiario de los fondos que hayan sido utilizados de manera inapropiada, incluyendo fraude o corrupción, o pagados de otra manera que no sean los términos y condiciones del Documento del Proyecto. Dicho monto puede ser deducido por el PNUD de cualquier pago debido al de la parte responsable, subcontratista o sub-beneficiario bajo este o cualquier otro acuerdo. La recuperación de esa cantidad por el PNUD no disminuirá o limitará las obligaciones de la parte responsable, subcontratista o sub-beneficiario bajo este Documento de Proyecto.

Opción 3: El PNUD tendrá derecho a un reembolso por parte de la parte responsable, subcontratista o sub-beneficiario de los fondos que hayan sido utilizados de manera inapropiada, incluyendo fraude o corrupción, o pagados de otra manera que no sean los términos y condiciones del Documento del Proyecto. Dicho monto puede ser deducido por el PNUD de cualquier pago debido a la parte responsable, subcontratista o sub-beneficiario bajo este o cualquier otro acuerdo.

Cuando dichos fondos no hayan sido reembolsados al PNUD, la parte responsable, subcontratista o sub-beneficiario está conforme con que los donantes del PNUD (incluido el Gobierno), cuya financiación sea la fuente, en su totalidad o en parte, de los fondos destinados a las actividades previstas en el presente Documento de Proyecto, podrán solicitar recurso a la parte responsable, subcontratista o sub-beneficiario para la recuperación de cualesquiera fondos determinados por el PNUD que hayan sido utilizados de manera inapropiada, incluso mediante fraude o corrupción, o que hayan sido pagados de otra manera que no sea conforme a los términos y condiciones del Documento del Proyecto.

Nota: El término "Documento del Proyecto", tal como se utiliza en esta cláusula, se considerará que incluye cualquier acuerdo subsidiario pertinente posterior al Documento del Proyecto, incluyendo aquellos con las partes responsables, subcontratistas y sub-receptores.

- i) Cada contrato emitido por la parte responsable, subcontratista o sub-beneficiario en relación con el presente Documento de Proyecto incluirá una cláusula declarando que, en relación con el proceso de selección o en la ejecución del contrato, no se han dado, recibido o prometido ningún honorario, gratificación, descuento, regalo, comisión u otro pago que no sean los mostrados en la propuesta, y que el receptor de fondos cooperará con todas y cada una de las investigaciones y auditorías posteriores al pago.
- j) En caso de que el PNUD se refiera a las autoridades nacionales pertinentes para que se adopten las medidas legales apropiadas en relación con cualquier presunto incumplimiento relacionado con el proyecto, el Gobierno velará por que las autoridades nacionales pertinentes investiguen activamente las mismas y adopten las medidas legales adecuadas contra todas las personas que hayan participado en el proyecto, recuperará y devolverá los fondos recuperados al PNUD.
- k) Cada parte responsable, subcontratista y sub-beneficiario se asegurará de que todas sus obligaciones establecidas en esta sección titulada "Gestión de Riesgos" se traspasan a cada parte responsable, subcontratista y sub-beneficiario y que todas las cláusulas bajo esta sección tituladas "Cláusulas Estándar de Gestión de Riesgos" se incluyen, *mutatis mutandis*, en todos los subcontratos o subacuerdos celebrados con posterioridad al presente Documento de Proyecto.

XI. ANEXOS

1. Informe de Calidad del Proyecto

2. Modelo de Diagnóstico Social y Ambiental [español], lo que incluye otras Evaluaciones Sociales y Ambientales o los Planes de Gestión, según resulte relevante. *(NOTA: No se exige un Diagnóstico Social y Ambiental en aquellos proyectos en los que el PNUD actúa solamente como Agente Administrativo y/o en aquellos proyectos que únicamente comprenden informes, coordinación de eventos, capacitaciones, talleres, reuniones, conferencias, preparación de material de comunicación, fortalecimiento de las capacidades de los asociados para participar en negociaciones y conferencias internacionales, coordinación de alianzas y gestión de redes, o proyectos globales/regionales sin actividades a nivel de país).*

3. Análisis de Riesgo: Utilice el modelo de Registro de Riesgos (Risk Log template). Refiérase a la Descripción del Registro del Riesgo (Deliverable Description of the Risk Log) para obtener instrucciones al respecto.

4. Evaluación de Capacidades: Resultados de las evaluaciones de capacidades del Asociado en la Implementación (incluida la Micro Evaluación del Método Armonizado de Transferencias en Efectivo - HACT)

5. Términos de Referencia de la Junta Directiva del Proyecto y de las principales posiciones gerenciales.

Del Proyecto:

- 1. Nota conceptual - FundingRequest_ProgramContinuation _ 13.02.2019**
- 2. Plan Nacional de Control de la Tuberculosis 2016-2020**
- 3. Plan estratégico Extensión 2020 -2022 v1**
- 4. Perfil Epidemiológico Tuberculosis**



FORMULARIO DE SOLICITUD DE CONTINUACIÓN DE PROGRAMA

Los abajo firmantes, el Presidente, el Representante de la Sociedad Civil y el Representante de las Poblaciones Clave del Mecanismo de Coordinación de País (MCP) de **BOLIVIA**, tras un diálogo de país inclusivo en el MCP en el que han participado miembros de la sociedad civil, las poblaciones clave, las comunidades y otras partes interesadas pertinentes, y de conformidad con los requisitos de elegibilidad del MCP¹, adoptamos la siguiente decisión (*sírvase elegir una opción*):

Solicitarla continuación de programa

- Solicitamos prolongar por un período adicional de tres años la ejecución de la subvención **BOL-T-UNDP** del Fondo Mundial para **TUBERCULOSIS**, conservando básicamente las mismas metas, objetivos estratégicos e intervenciones programáticas que la subvención vigente². Lo hacemos en el entendimiento de que no se han producido cambios sustanciales³ en el alcance y la escala del enfoque estratégico, los enfoques y la solidez desde el punto de vista técnico, y el potencial para lograr la repercusión mediante las inversiones en el programa de enfermedad, tal como se indica en la autoevaluación del solicitante adjunta.
- Entendemos que, como parte de la evaluación para la continuación de Programa, es necesario señalar las oportunidades para introducir ajustes programáticos durante la reprogramación, como corresponda, y que la reprogramación de las subvenciones pueda llevarse a cabo en cualquier momento durante el ciclo de vida de la subvención para asegurar que el Programa esté en vías de lograr los resultados previstos y de conseguir la máxima repercusión. Notificaremos inmediatamente al Fondo Mundial los cambios que puedan producirse en el futuro y requieran una reprogramación sustancial.
- Además, el MCP entiende que el Panel de Revisión Técnica (PRT) deberá validar la pertinencia de la solicitud en lo que respecta a su enfoque estratégico y su solidez técnica y confirmar que los objetivos del Programa tienen el potencial de conseguir la máxima repercusión con los recursos disponibles.

Presentar una solicitud de financiamiento (revisión adaptada o completa) puesto que, en vista del resultado de la autoevaluación del solicitante, no corresponde aplicar el enfoque de continuación de programa.

Lugar y fecha:

Presidente del MCP

Representante de la Sociedad Civil en el MCP

Representante de las poblaciones clave en el MCP

AUTOEVALUACIÓN DEL SOLICITANTE PARA FUNDAMENTAR LA CONTINUACIÓN DE PROGRAMA

¹La Secretaría del Fondo Mundial puede pedir al MCP que aporte documentación adicional para demostrar que la solicitud se ha elaborado mediante procesos consultivos en los que han participado activamente las poblaciones clave y vulnerables; y que se han aplicado criterios transparentes para retener al RP actual o seleccionar uno nuevo. Si la Secretaría del Fondo Mundial determina, basándose en la documentación presentada por el MCP, que se han incumplido los requisitos de elegibilidad 1 y/o 2 (según corresponda), se reserva el derecho a aplazar la firma de la subvención hasta que se hayan cumplido dichos requisitos. Sírvase consultar el anexo 1 y las [Directrices y requisitos para los mecanismos de coordinación de país](#).

²El nuevo programa correspondiente al período 2017-2019 básicamente continuará con el mismo programa, intervenciones y actividades de la subvención en curso.

³Sírvase consultar la Nota de Política Operativa del Fondo Mundial sobre [reprogramaciones durante la ejecución de la subvención](#).



La autoevaluación del solicitante es el mecanismo mediante el cual los solicitantes exponen las razones para continuar con las subvenciones vigentes del Fondo Mundial con miras a lograr los objetivos del programa y conseguir la máxima repercusión empleando los recursos disponibles. Mediante la evaluación para la continuación de programa deberían determinarse los ajustes programáticos que será necesario realizar durante la reprogramación, teniendo en cuenta que puede llevarse a cabo una revisión de las subvenciones en cualquier punto del ciclo de la subvención para asegurar que el programa está en vías de conseguir los resultados previstos y la máxima repercusión.

Los solicitantes deberán responder de forma sucinta a cada cuestión y demostrar cómo las inversiones actuales responden a la necesidad del país para maximizar la repercusión. Se les recomienda encarecidamente adjuntar los documentos y pruebas que justifiquen sus respuestas. Para confirmar el carácter integrador del proceso, la autoevaluación deberá enviarse junto con el anexo 1.

Si en cualquiera de las siguientes cuestiones el solicitante indicara que se ha producido un cambio sustancial, deberá explicar si éste tendrá una repercusión inmediata en la programación (es decir, requerirá una revisión adaptada o completa) o si, por el contrario, podrá abordarse en una fase posterior (a saber, mediante una reprogramación durante el período de ejecución de la subvención).

INFORMACIÓN RESUMIDA			
Solicitante	MCP DE BOLIVIA		
Componente	TUBERCULOSIS	Monto de financiamiento según la distribución del programa	SU\$ 5.648.949
Receptor Principal	PNUD		
Fecha prevista de inicio de la subvención	2020	Fecha prevista de finalización de la subvención	2022
Monto de financiamiento solicitado para la continuación de programa	SU\$ 5.648.949	Solicitud priorizada por encima del monto asignado⁴	

⁴Se recomienda a los solicitantes invitados a presentar una solicitud de Continuación de Programas que también presenten una solicitud priorizada por encima del monto asignado. Para la Continuación de Programas, la solicitud priorizada por encima del monto asignado es un anexo separado y puede obtenerse a través de la [página web](#) del Fondo Mundial, o por medio de su Gerente de Portafolio. Los solicitantes pueden presentar su solicitud priorizada sobre el monto asignado junto con la solicitud de Continuación de Programa o durante la preparación de la subvención o durante su implementación. Para más información por favor vea las *Instrucciones para la Solicitud de Continuación de Programa*.

1. Información actualizada sobre el contexto epidemiológico

¿Se ha producido algún cambio relevante en el contexto epidemiológico del país con respecto a la solicitud de financiamiento anterior (p.ej., cambios importantes en las tendencias en incidencia/tasas de notificación o prevalencia, factores clave de las epidemias, comportamientos emergentes de alto riesgo, resistencia a los medicamentos y los insecticidas o cobertura de las intervenciones en la población general o en poblaciones clave específicas en función de las últimas encuestas u otras fuentes de datos)?

 Sí

 No

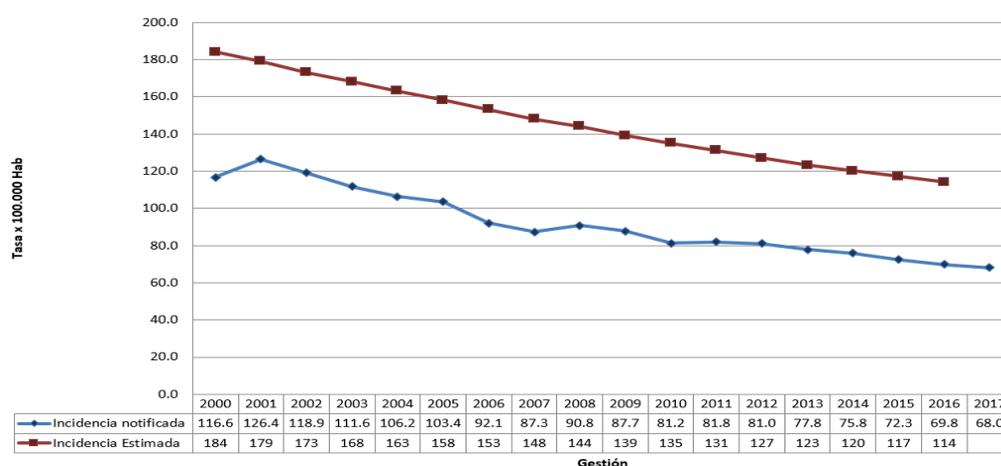
R: NO.

No hubo un cambio relevante en el contexto epidemiológico de la TB en el país. La incidencia notificada por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) en el periodo del 2001 al 2010 ha descendido de 3,7 % por año, con una desaceleración de la disminución de 2,3% por año en el periodo 2010-2017 (gráfico 1). La brecha entre la incidencia estimada por la OMS y la notificada por el PNCT es de 23 puntos de incidencia entre el 2000 y 2016. La mortalidad estimada (OMS) es de 10/100.000, con una disminución de 3,1% anual en el periodo del 2000-2016 (50 % en 16 años).

Según datos del PNCT, en el año 2017 se reportaron 7.658 casos nuevos de TB en todas las formas (TBTF), de los cuales el 98,9% (7.576) eran casos de TB nuevos más recaídas. El 77% (5.834) de los casos nuevos más recaídas eran casos de TBP; el 92% (5.367), casos de TB pulmonar BAAR (+). La tasa de incidencia notificada de TB fue de 69,3 por 100.000 habitantes y la de TB BK (+) de 48,6 por 100.000 habitantes.

En el gráfico 1 se observa la incidencia notificada y la estimada. Puede verificarse que existe una tendencia a la disminución de las brechas de casos de TBTF; sin embargo, al 2017, la brecha es aún de 4.342 casos y con una fluctuación entre 4.000 a 5.000 casos no notificados en el periodo 2000-2016, poniendo en evidencia falencias, ya sea en el acceso de la población a los servicios de salud, a la poca capacidad resolutoria de los servicios de salud, algoritmo diagnóstico con baja sensibilidad, problemas en el sistema de notificación de casos o en la sobreestimación realizada por la OMS.

**Gráfico 1. Tasa de incidencia notificada y estimada de TB TSF x 100.000 habitantes
Bolivia 2000 – 2016**

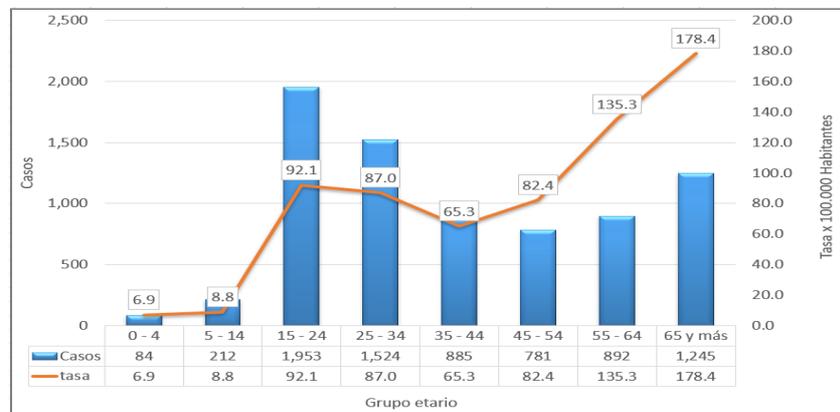


Las tasas de incidencia de TB-TF más elevadas se observan en los departamentos de Santa Cruz, Pando y Beni; pero la mayor cantidad de casos se concentran en 3 departamentos: Santa Cruz (41,7%), La Paz (22,4%) y Cochabamba (14,9%), los cuales notifican el 79% de los casos del país. Al analizar las tasas de incidencia de TBTF por municipios, se identificó 42 municipios con tasa >80/100.000 habitantes, los cuales concentran el 56,4% de los casos de la totalidad de casos de TB; 11 municipios de los mismos pertenecen a los

departamentos de Cochabamba, La Paz, y Santa Cruz, y tienen incidencia >200 casos/100.000 habitantes. La incidencia más alta registrada en el país fue de 609 casos x 100.000 habitantes en el municipio de Tipuani, departamento de La Paz, el cual cuenta con una población de 6.246 habitantes, muchos ellos se dedican a la explotación minera.

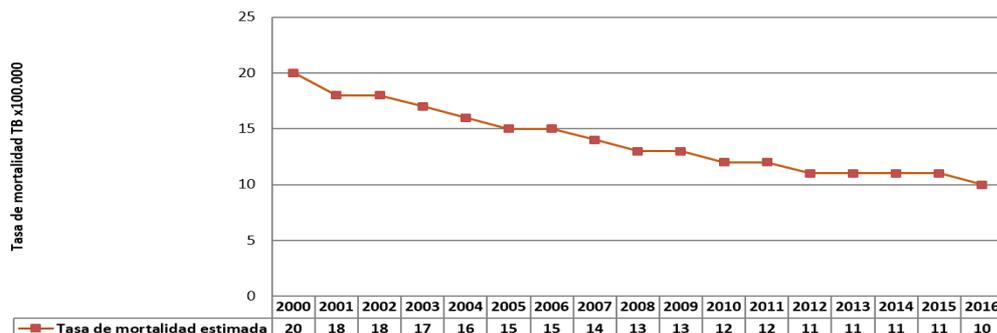
El 46% de los casos de TBTF reportados corresponden a los grupos etarios de 15 a 34 años; el 16,5%, a personas de 65 o más años. El 62% de los casos de TB se produjeron en el sexo masculino; el 38%, en el femenino con una razón de 1,7 hombres por 1 mujer. En 2007, la tasa de incidencia por grupos etarios muestra que en la población de 15 a 34 años es 1,3 veces mayor respecto a la media nacional y 2 a 3 veces en los grupos etarios de 55 a 64 años y en mayores de 65 años (gráfico 2). Estos datos identifican que la TB es una epidemia que afecta preferentemente a la población en edad reproductiva y productiva, y fundamentalmente a los adultos mayores.

**Gráfico 2. Tasa de incidencia de TB TSF por grupo de etario
Bolivia 2017**



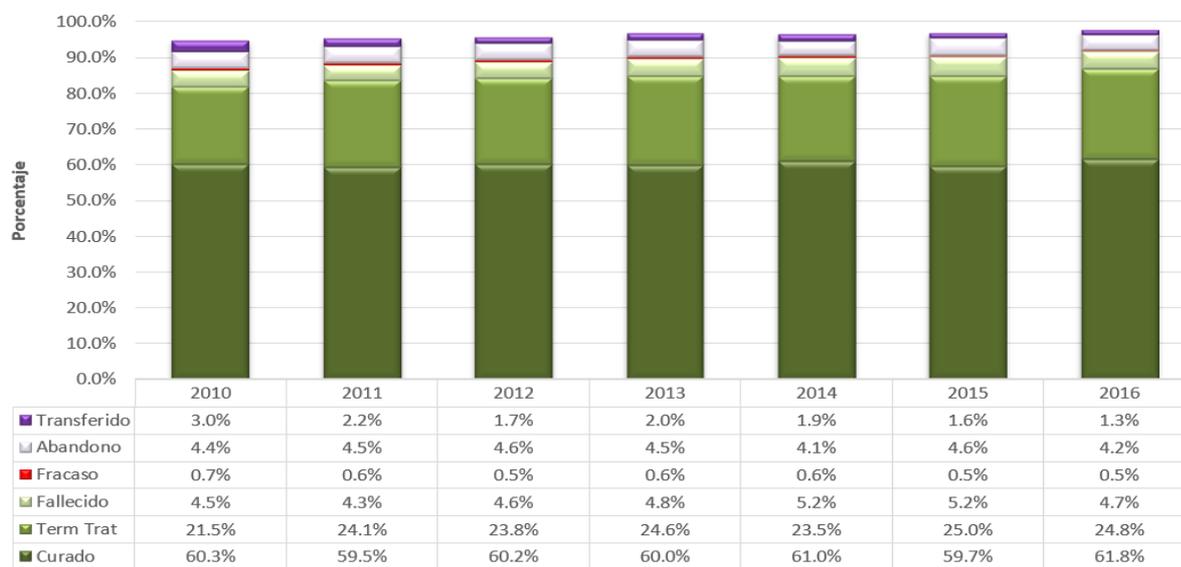
Bolivia no cuenta con una información fidedigna del número de muertes por TB en el país debido a debilidades en la implementación del sistema de registros vitales. Este análisis se efectúa en función de las estimaciones de la OMS. Asimismo, no cuenta con datos desagregados por edad y sexo, y comorbilidades debido a que las mencionadas variables no están incluidas en el sistema de registro. Para 2017, se estimó que la mortalidad fue 10 casos por 100.000 habitantes, con una disminución de 3,1% anual en el periodo del 2000-2016, que corresponde a una disminución del 50% en 16 años (gráfico 3). La letalidad calculada de acuerdo con estimaciones del número de casos y muertes por TB, en el periodo del 2000 al 2016, ha fluctuado del 10% al 8%, pudiendo ser 4 veces superior en enfermos de TB coinfectados con el VIH.

**Gráfico 3. Tasa estimada de mortalidad por TB
Bolivia 2000 – 2016**



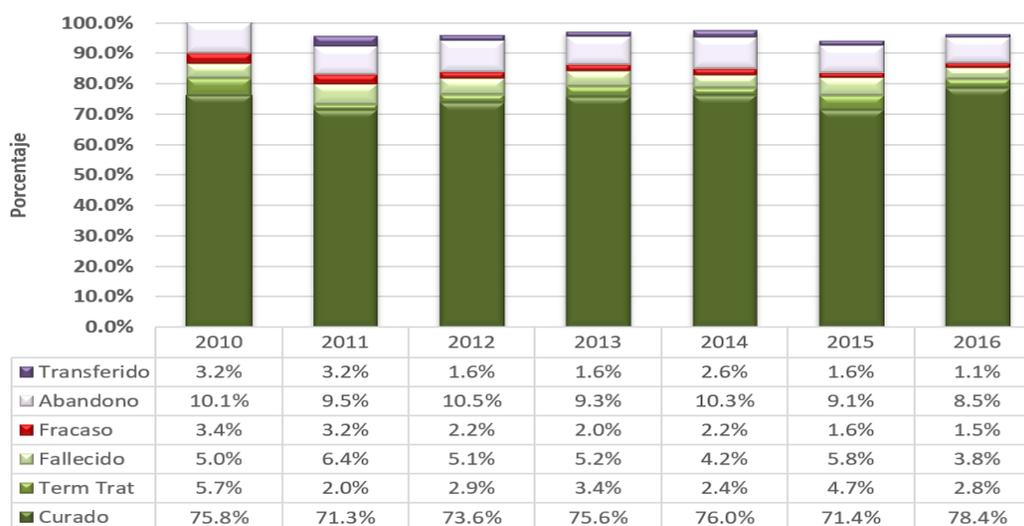
Si bien la evaluación de los resultados de tratamiento de la cohorte de casos nuevos de TB muestra un incremento del tratamiento exitoso (curados + términos de tratamiento) del 81,8% al 86,6% (2010 al 2016), se observa un 4,7% (337) de fallecidos y 4,2% (301) de abandonos, en el año 2016 (gráfico 4).

**Gráfico 4. Resultados del tratamiento de casos nuevos de TB
Bolivia 2010 - 2016**



En la cohorte de casos de TBP BK+ previamente tratados, en el periodo de análisis, el tratamiento exitoso fue del 81%, con porcentajes elevados de abandonos 8,5% (45), incremento de los fallecidos 3,8% (20) y fracasos al tratamiento 1,5% (8) respecto con la cohorte de casos nuevos (gráfico 5).

**Gráfico 5. Resultados de tratamiento de casos previamente tratados de TBP+
Bolivia 2010 - 2016**



Si bien el número de casos de TB-MDR diagnosticados se incrementó más de 3 veces entre 2006 y 2010, por lo cual se explica el incremento de la aplicación de las PSD, especialmente en casos previamente tratados y posiblemente al diagnóstico de casos TB-MDR prevalentes de años previos, persiste una brecha de TB-DR entre estimados y notificados, que entre los años 2013 y 2017 representa alrededor de 718 casos de TB-MDR no diagnosticados que corresponden, aproximadamente, a 180 casos por año.

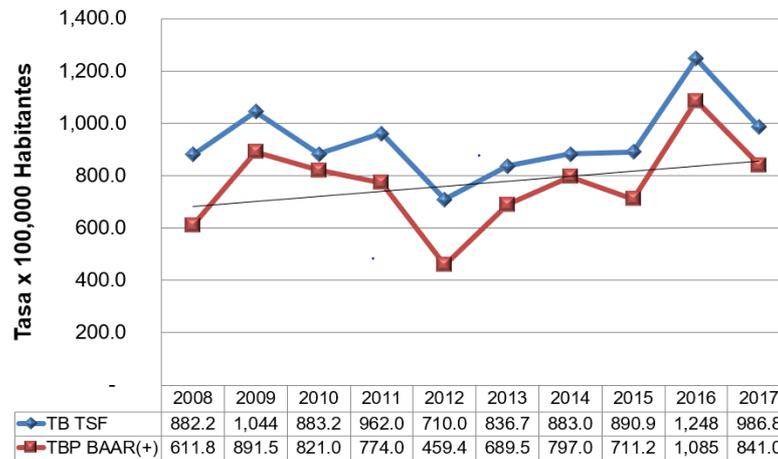
En cuanto a la coinfección TB-VIH, en 2017, el 80% de casos de TB cuentan con prueba VIH, de los cuales el 4,3% presentó coinfección. La cobertura del TARV fue del 66%. El Tratamiento Preventivo con Isoniazida (TPI) se realizó en promedio a un menor de 5 años por cada 3 pacientes; en PVV, la cobertura es extremadamente baja (7%) durante el año 2017, lo cual podría deberse a las debilidades en la implementación de las actividades colaborativas TB-VIH y principalmente en las dificultades en el correcto registro de la información. En Ivirgarzama, Cochabamba, se ha estado trabajando en actividades colaborativas TB-VIH, para la detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y la sistematización de la información de TB-VIH, cuyos resultados deberán ser evaluados (anexo 1- Acta Proyecto Ivirgarzama).

Por otro lado, el PNCT no cuenta aún con datos de TB-Diabetes, pero en el manual de normas técnicas de tuberculosis incluyó el capítulo de comorbilidades y ha iniciado la coordinación a nivel central y en los diferentes departamentos para su implementación.

En Bolivia existen 61 centros penitenciarios, con una capacidad de albergue de cerca de 6.000 personas privadas de libertad (PPL), siendo la población total de PPL para el año 2016 de 17.949 (tasa de encarcelamiento de 156 PPL por 100.000 habitantes y ocupación de 253.9% de su capacidad). El 8,2% de las PPL correspondían al sexo femenino y el 12,9% a jóvenes y menores. El 69,9% de las PPL, en el 2016, no tenían sentencia ejecutoriada.

La población privada de libertad, en general, está representada por grupos marginados de la sociedad, como minorías étnicas, personas clave de mayor riesgo de exposición al VIH, personas con trastornos mentales, pobres y habitantes de la calle, todos ellos con alto riesgo de desarrollar la TB. A esto se suma las condiciones de vida precarias en las prisiones de Bolivia, donde las instalaciones son insuficientes para alojar a las PPL, la mayoría de ellas carecen de ventilación adecuada, higiene y saneamiento básico. La alimentación en general no cubre las necesidades nutricionales de las PPL y la atención de salud presenta serias limitaciones en personal de salud, infraestructura, equipamiento y dotación de insumos básicos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades prevalentes como es la TB. Todas estas condiciones facilitan la transmisión del *M. tuberculosis* y el desarrollo de la enfermedad en este contexto, con tasas de incidencia de 987 casos por 100.000 en el 2017 (1% de las PPL está enfermo con TB).

Gráfico 6. Tasa de incidencia notificada de TB TSF y TBP(+) en Centros Penitenciarios Bolivia, 2008 – 2017



Las tasas de curación de tratamiento de la cohorte de TBP+ en PPL fluctuó de 85 a 96,4%, poniendo en evidencia un trabajo eficiente por parte de los Programas de Control de la TB en prisiones.

Como se mencionó previamente, no hubo cambios relevantes en la situación epidemiológica, por lo que se considera que se debe dar continuidad a la NC 2016 – 2019 priorizando las acciones enmarcadas en:

- **Transición demográfica:** creciente urbanización (incremento de la migración interna), migrantes de áreas rurales y semi-rurales a ciudades donde se asientan en barrios marginales de ciudades. Además, el envejecimiento de la población delata un importante aumento de las tasas de incidencia de TB en este sector, con connotaciones epidemiológicas como la transmisión del *M. tuberculosis* intergeneracional.
- **Transición epidemiológica:** incremento de enfermedades crónicas no transmisibles y de la prevalencia de la infección VIH en la población general.
- **Brechas programáticas:** i) número de casos nuevos de TB estimados (OMS) y notificados; ii) existen poblaciones donde se están perdiendo casos (ver anexo 2); iii) manejo programático de la TB-MDR/XDR y de la coinfección TB/VIH.
- La estructura y funcionamiento de la Red de Laboratorios de TB requiere ser fortalecida para dar respuesta a las necesidades actuales del PNCT.

(Anexo 2 - Informe del Perfil epidemiológico de la TB en Bolivia)

2. Revisión y actualización de las políticas y estrategias nacionales

¿Se han adoptado nuevos enfoques en el marco de la política o estrategia nacional del programa de enfermedad (p.ej., directrices relativas a la realización de pruebas y tratamiento del VIH, regímenes de tratamiento más cortos para los casos de tuberculosis multirresistente, la transición en las intervenciones del control de la malaria hacia la fase preliminar de eliminación de la enfermedad, o un aumento del papel que desempeña el sector privado)?

Sí
 No

R: NO.

El enfoque estratégico del abordaje de la TB, la TB – DR y la coinfección TB-VIH, no ha cambiado desde la última subvención del Fondo Mundial. Sin embargo, teniendo en cuenta las brechas, tanto en TB como TB –

MDR; las debilidades y recomendaciones del perfil epidemiológico de la TB en Bolivia y del informe de la Misión del rGLC, así como las nuevas Guías de tratamiento de la TB-DR de la OMS (Rapid Communication: Key changes to treatment of multidrug- and rifampicin-resistant tuberculosis (MDR/RR-TB) - Agosto – 2018), se actualizaron y ajustaron algunos aspectos orientados al logro de las metas (anexo 2 - Informe del Perfil epidemiológico de la TB en Bolivia; anexo 3 - Plan Nacional de Control de la TB 2016-2020; anexo 4 - Guía Técnica del Manejo de la TB-DR; anexo 5 - Guía Práctica del Manejo de TB-VIH; y anexo 6 - Informe de la Misión del rGLC 2018).

El informe del perfil epidemiológico resalta la importancia de dar respuesta a:

- La transición poblacional: observándose un incremento de poblaciones migrantes de áreas rurales y semi-rurales a ciudades donde se asientan en barrios marginales de ciudades favoreciendo una vulnerabilidad social extrema. Además, el envejecimiento de la población conlleva a un importante aumento de las tasas de incidencia de TB en este sector
- La transición epidemiológica: el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, el alcoholismo, el tabaquismo y el incremento de la prevalencia de la infección VIH en la población general.
- A las brechas programáticas:
 - a. Entre el número de casos nuevos de TB estimados por la OMS y la notificación de casos por parte del PNCT.
 - b. Poblaciones donde se están perdiendo casos: población infantil, casos de TBP – BK(-), poblaciones pobres con limitado acceso a servicios de salud (indígenas, habitantes de barrios marginales de ciudades, cuarteles, poblaciones en las que no se tiene información- ejemplo, diabéticos) y adultos mayores.
 - c. Control de contactos ampliando el círculo de investigación de contactos.
 - d. Poblaciones especiales como mujeres embarazadas, mineros (silicosis) y otras.
- Brechas de manejo programático de la TB-MDR/XDR.
- Brechas de manejo programático de la coinfección TB/VIH.
- Estructura y funcionamiento de la Red de Laboratorios de TB que no responde a las necesidades actuales del PNCT.
- Brechas de género: Si bien en Bolivia se registra mayor incidencia de casos de Tuberculosis en varones, de acuerdo con los informes emitidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE), se observan diferencias significativas de género en el área laboral y de pobreza. La inserción de las mujeres en el mercado de trabajo es menor comparado a la de los hombres, lo cual genera un mayor grado de pobreza en las mismas. El trabajo de las mujeres del área rural está bajo una organización familiar y comunitaria. Por su parte, en el área urbana, la condición laboral de las mujeres está caracterizada por trabajos por cuenta propia. En el indicador tasa global de participación (TGP), se observa que la participación femenina en el mercado de trabajo, al desagregar por intervalos de edad, muestra una brecha de género que alcanza en promedio a 18,7% (2007); reflejando la asimetría laboral respecto con las mujeres. En cuanto a la remuneración percibida en el sector privado (2017), las mujeres perciben entre 7,8% a 30% menos en cargos ya sean profesionales (gerentes, administrativos) u obreros y entre 41 a 47% menos en cargos profesionales altamente especializados e intelectuales. El problema de pobreza observado desde una perspectiva de género muestra que los patrones sociales tradicionales todavía mantienen cierta desigualdad entre hombres y mujeres. La desigualdad de

género se ve reflejada en la imposibilidad de generar ingresos a las mujeres para acceder a ciertos servicios o beneficios que les permita tener una mejor calidad de vida. Por otro lado, la emigración en mujeres es de 4,2% más, probablemente en busca de oportunidades de trabajo. Otro aspecto importante constituye la violencia física y psicológica hacia las mujeres presentando proporciones mayores a la de los hombres, tanto en el área urbana como rural. Es por esta razón que se considera necesario complementar esta información a través de una investigación que pueda precisar cómo afectan estas brechas de género en el comportamiento de la Tuberculosis en Bolivia (anexo 7 - INE Salario, remuneración y empleo del sector privado 2012 – 2017; anexo 8 - INE Hombres y mujeres de Bolivia en cifras).

- Brechas en el acceso a establecimientos de salud: Bolivia tiene brechas en el acceso a la salud. Si bien el programa Mi Salud estableció alrededor de 2.700 consultorios gestionados con organizaciones territoriales de base, incrementando el acceso a la salud de 27,9% (algún tipo de cobertura) en 2005 a alrededor de 65,7%. Asimismo, las brechas en el acceso pueden observarse en la atención prenatal, observándose que el 11% y 23,5 de las mujeres que residen en el área urbana y rural, respectivamente, no han tenido atención prenatal (anexo 9 - Gestión de salud en Bolivia; anexo 10 - Encuesta demográfica y de Salud - EDSA 2016).
- Sociedad civil: débil participación de las OSC en la respuesta a la TB e interacción con el PNCT y los PDCT, falta de definición de roles y funciones de las OSC. Deficiente conocimiento de los miembros de la OSC en el abordaje de las personas afectadas en la educación, información acompañamiento, vigilancia, abogacía, movilización comunitaria y social para lograr el compromiso político a nivel distrital y departamental.

Sistema de información: existen brechas en información: no se cuenta con registro nominal y sistema de información en línea,

De esta forma, las acciones propuestas en la NC están orientadas a dar respuesta y contribuir con el logro de las metas de la Estrategia Fin de la TB, para lo cual es fundamental el abordaje de las brechas existentes.

Para definir el abordaje y las intervenciones, se tuvo en cuenta las recomendaciones emanadas del informe del Perfil Epidemiológico y la evaluación del rGLC.

Atendiendo a las brechas mencionadas en la sección, se pretende estratificar las intervenciones conforme con la incidencia de la TB en: i) intervenciones en municipios de alta incidencia, ii) intervenciones en municipios de mediana y baja incidencia e iii) intervenciones en municipios sin notificación de casos. Asimismo, las intervenciones están orientadas a dar respuesta a la transición poblacional, epidemiológica, a disminuir las brechas y a fortalecer la estructura y funcionamiento de la Red de Laboratorios de TB.

Incluyen los aspectos que deben ser priorizados:

- Abordaje de la TB en poblaciones donde se pueden estar perdiendo los casos (niños/as, poblaciones con limitado acceso a servicios de salud: indígenas, habitantes de barrios marginales de ciudades, cuarteles, adultos mayores, control de contactos, factores como la diabetes, el alcoholismo, tabaquismo, VIH y otras enfermedades inmunodepresoras, mujeres embarazadas, mineros, etc.) con objeto de disminuir la brecha de casos y para lo cual será necesario la definición de estrategias diferenciadas con algoritmos que incluyan el diagnóstico a través de la radiografía y métodos moleculares con pruebas de Diagnóstico Rápido (GeneXpert).
- Fortalecimiento del abordaje de la TB en centros penitenciarios, con algoritmos diagnóstico a través de la radiografía y métodos moleculares con pruebas de Diagnóstico Rápido (GeneXpert),
- .

- Fortalecimiento de la sociedad civil y organizaciones de afectados, se incorporan actividades para dar respuesta a las debilidades identificadas en el Informe AMPG (RECOMENDACIÓN 3) y el Informe del Perfil Epidemiológico de Bolivia. Se incluye capacitación de los miembros de las OSC de los 9 departamentos del país, así como la coordinación y articulación de las actividades de las OSCTB con los establecimientos de salud, de manera que el trabajo y actividades coordinadas y vinculadas entre sí y con un área de influencia definida, Se buscará que las OSC apoyen al personal de salud en la identificación de sospechosos de TB, la adherencia al tratamiento y la implementación del DOTS comunitario, lo cual contribuirá a mejorar la eficiencia en el sistema de salud y asegurará la participación de todos los sectores gubernamentales y la sociedad civil, orientado al logro de un mayor impacto en el control de la TB. Por otro lado, los miembros de las OSC también recibirán capacitación en liderazgo, participación y control social, a través de la implementación de un programa de formación de líderes de las OSCTB, de manera a que los mismos puedan realizar acciones de incidencia/abogacía a nivel nacional, departamental y municipal, para garantizar su incidencia en políticas públicas, incluyendo acciones específicas orientadas a abordar el estigma y discriminación y asegurar sus servicios y actividades después de que el FM haya retirado el financiamiento.
- **Fortalecimiento y expansión de la Red de laboratorios:** a través de la expansión del diagnóstico molecular con pruebas de Diagnóstico Rápido (GeneXpert), conforme a las recomendaciones tanto para el diagnóstico de la TB sensible como TB – DR (Anexo 2 - Informe del Perfil epidemiológico de la TB en Bolivia; anexo 6 - Informe de la Misión del rGLC; y anexo 11 - Diagnóstico de necesidades de fortalecimiento de Laboratorio).
- Incorporación del nuevo esquema de tratamiento de TB-DR, teniendo en cuenta la comunicación rápida de Agosto de 2018 (Rapid Communication: Key changes to treatment of multidrug- and rifampicin-resistant tuberculosis (MDR/RR-TB) y las nuevas guías que se espera sean lanzadas finalizando el 2018 o empezando el 2019.
- Implementación de un sistema de información en línea que se encuentre integrado, alineado, con interoperabilidad, articulación, integración y consolidación con el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) conforme a al Manual de Normas, procesos y procedimientos para el desarrollo de sistemas informáticos para la gestión de información en salud del SNIS – VE,

Estos aspectos están sustentados en las guías de TB recientemente revisadas y ajustadas, donde se incluyó TB infantil, TB y comorbilidades, Control de Infecciones (2017) y algoritmo diagnóstico adecuado a las técnicas de diagnóstico incorporadas (2018) (anexo 12 - Manual de Normas Técnicas de Tuberculosis).

3. Invertir para maximizar la repercusión y acabar con las epidemias

En vista de las pruebas disponibles y de la información aportada por los asociados técnicos y las partes interesadas clave, ¿sigue siendo pertinente el programa actual? ¿Está avanzando y está en vías de lograr, en términos generales, los resultados y la repercusión previstos? Justifique por qué conviene continuar con las metas, los objetivos estratégicos y las intervenciones clave. Cuando proceda, explique cuáles son los principales desafíos y las medidas de mitigación que se hayan adoptado.

 Sí

 No

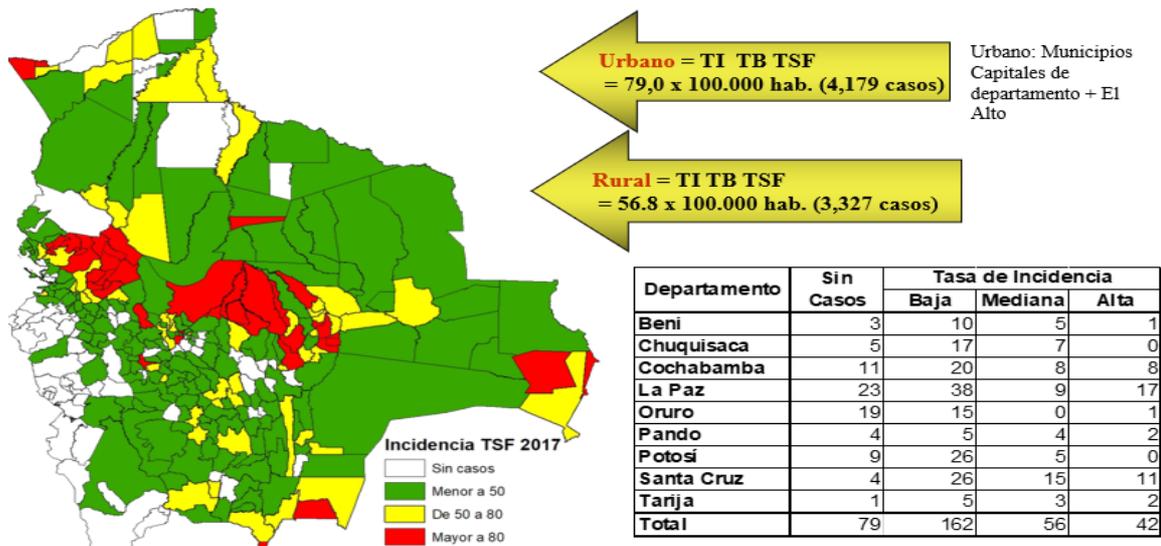
R: SÍ

El análisis de la situación epidemiológica de TB ha permitido identificar avances, así como desafíos que deben ser abordados en la NC 2020 – 2022. Las intervenciones de la NC 2016– 2019 fueron revisadas y priorizadas

para dar respuesta a las deficiencias programáticas, las desigualdades en el abordaje de la TB y derechos humanos, identificados en la visita del rGLC y el análisis epidemiológico.

Las intervenciones serán realizadas conforme con la incidencia de la TB en Bolivia, para lo cual se estratificaron los municipios en: incidencia alta (42 municipios), incidencia baja y mediana (241) y municipios sin notificación, como se observa en el Mapa 1.

Mapa 1. Estratificación por carga de TB TSF por municipios y tasas de incidencia urbano, rural Bolivia 2017



En el marco del análisis consideramos que se debe dar continuidad a la presente Nota Conceptual tomando en cuenta las brechas y debilidades identificadas, orientadas a fortalecer la respuesta a la TB, con intervenciones específicas en 4 módulos. Las intervenciones de los 4 módulos fueron identificadas en el taller de consulta de con actores clave realizado el 7-11-18 (anexo 13 - Informe Taller de consulta).

Los objetivos de la presente Nota Conceptual son:

1. Reducir la incidencia de la tuberculosis en todas sus formas en 13,3% al 2022 en relación a la línea de base.
2. Ofertar servicios de atención, detección de casos, diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis, para reducir la carga de Tuberculosis en todas sus formas.
3. Fortalecer la oferta de servicios de atención TB MDR, con el diagnóstico temprano, detección de casos, garantizando tratamiento y seguimiento; para reducir la carga de TB MDR.

Así mismo se incorpora un indicador de impacto:

TBI-2: Tasa de incidencia de la tuberculosis (por cada 100.000 habitantes), teniendo en cuenta que las acciones de la presente NC, están orientadas a incrementar y optimizar la detección de casos de TB, a través de búsqueda de casos en poblaciones clave (PVS, PPL, niños, adultos mayores, mineros, diabéticos) con

acciones estratégicas diferenciadas; incorporando algoritmos diagnósticos diferenciados, diagnóstico radiológico y métodos moleculares rápidos.

Módulo 1	
<p>Orientado a mejorar sustancialmente la tasa de detección de casos de TB con la búsqueda intensiva de los casos presuntivos de TB, diagnóstico, tratamiento oportuno, seguimiento de casos de TB y control de contactos. Las intervenciones están dirigidas a dar cumplimiento a las recomendaciones de la visita de Evaluación y Asistencia Técnica del Manejo Clínico-Programático de la Tuberculosis Resistente a Medicamentos y del Informe de perfil epidemiológico de TB.</p>	
Brecha	Intervención
<p>Importante brecha entre el número de casos nuevos de TB estimados por la OMS y la notificación de casos por parte del PNCT debido a debilidades de acceso de la población a los servicios de salud, a la poca capacidad resolutive de los servicios de salud, algoritmo diagnóstico con baja sensibilidad, problemas en el sistema de notificación de casos o en la sobreestimación realizada por la OMS.</p> <p>Por otro lado, el Informe AMPG ha identificado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En relación a los ciclos cortos de calidad de atención, no está totalmente financiado y no se identificó una política de mejora continua de la calidad en la respuesta a la tuberculosis. ▪ La fragmentación en el manejo de medicamentos y suministros contra la tuberculosis, la cual tiene varios actores. ▪ alta rotación de personal capacitado y calificado en TB. ▪ No todos los RRHHH contratados por el FM se encuentran incluidos en el TGN. 	<p>Político – estratégicas: acciones de abogacía e incidencia con actores clave en los diferentes niveles (nacional, departamental, municipal) para asegurar el óptimo abordaje de la TB, para lo cual se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La alineación y definición clara de las actividades del PNCT al Sistema Universal de Salud (RECOMENDACIÓN 6 del Informe AMPG), teniendo en cuenta que éste implementa la Estrategia Fin de la TB, cuyos principios están basados en la coalición sólida de las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades, la protección y promoción de los derechos humanos, la ética y la equidad. Para ello, el PNCT buscará coordinar todas sus actividades en el marco del SUS, desde la detección de casos, diagnóstico, tratamiento, suministro de medicamentos en el marco del en el sistema único de suministro (conforme a la RECOMENDACIÓN 4 del Informe AMPG), seguimiento y registro de la información, para lo cual incidirá en la estabilidad laboral del RRHH capacitado en TB (conforme a la RECOMENDACIÓN 2 del Informe AMPG). ▪ La implementación de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, en el marco de SUS, que permita la sostenibilidad del RRHH capacitado y especializado en todos los niveles de atención; la definición de roles y competencias del RRHH por nivel de atención. (RECOMENDACIÓN 2, del Informe AMPG); ▪ Incluir en el TGN a los recursos humanos actualmente financiado por el FM, orientado a mantener y sostener las actividades una vez retirado el financiamiento del mismo (RECOMENDACIÓN 2, del Informe AMPG); ▪ Asegurar la implementación de un sistema único de suministro, para lo cual el PNCT deberá trabajar y coordinar con el Ministerio la

	<p>consolidación y organización de la cadena única de suministro (RECOMENDACIÓN 4, del Informe AMPG);</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incluir en el presupuesto departamental y municipal recursos humanos y financieros para la implementación operativa de los ciclos cortos de atención en mejora continua de la calidad en la respuesta a la tuberculosis en todos los niveles y la estrategia Grandes ciudades ▪ Coordinación de las acciones de prevención en TB con los programas de salud existentes, establecimiento de un plan de trabajo coordinado y articulado con la sociedad civil. ▪ Por otro lado, se revisará y extenderá el Plan Estratégico Nacional de TB, en el que se incluirán los ciclos cortos de atención en mejora continua de la calidad en la respuesta a la tuberculosis con un presupuesto operativo asignado (Informe AMPG, RECOMENDACIÓN 7). <p>Intervenciones técnico – operativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contratación de asistencia técnica para la evaluación de la situación actual de recursos humanos (Informe AMPG, RECOMENDACIÓN 2). ▪ Mejora en la identificación y tratamiento de los casos a través de acciones orientadas a mejorar la detección en los diferentes niveles (central, departamental y municipal): lo que incluye la coordinación de los establecimientos de salud para la búsqueda intensiva de casos, la aplicación de los nuevos algoritmos e implementación de los nuevos métodos diagnósticos, incluyendo el GeneXpert (para el diagnóstico de la TB-sensible en municipios de alta incidencia, la radiografía, y la búsqueda activa de contactos. <p>Para el abordaje de esta debilidad, se realizarán actividades diferenciadas en los municipios conforme a su carga.</p> <p>Incidencia Alta (42 municipios): Reuniones de planificación departamental y a nivel de los establecimientos para la implementación de las actividades de prevención y control de la TB, TB-VIH y TB-DR, abordaje de las comorbilidades y la</p>
--	---

	<p>TB en el niño/a, incluyendo la articulación con sociedad civil para el trabajo coordinado.</p> <p>Conforme a la RECOMENDACIÓN 7 del Informe AMPG, se fortalecerá la implementación de los ciclos cortos de atención en calidad inicialmente en los municipios de alta carga, con el fin de regular y establecer directrices con un presupuesto definido, para ello se elaboran las Guías de Implementación de los ciclos cortos de atención de calidad en los establecimientos de salud de inicialmente en los municipios de alta carga.</p> <p>Implementación de estrategia de Grandes ciudades.</p> <p>Supervisión y monitoreo continuo de las intervenciones.</p> <p>Incidencia Moderada y Baja: Reuniones de planificación departamental y a nivel de los establecimientos para la implementación de las actividades de prevención y control de la TB, TB-VIH y TB-DR, abordaje de las comorbilidades y la TB en el niño/a, incluyendo la implementación de los ciclos de atención en mejora continua de la calidad en la respuesta a la tuberculosis y la articulación con sociedad civil para el trabajo coordinado.</p> <p>Supervisión de las coordinaciones de red dos veces al año y reunión anual de evaluación departamental.</p> <p>Municipios silenciosos: investigaciones operativas.</p>
<p>Existen poblaciones en donde no se está identificando casos y los casos se están perdiendo</p>	<p>Reuniones con actores clave para la definición y abordaje estratégico en las poblaciones donde no se está identificando casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Con Federación Nacional de Mineros de Bolivia, Federación de Cooperativas Mineras para el abordaje en mineros; ▪ Sociedad Civil, ONG's, casas de acogida, hogares de ancianos, Sociedad Boliviana de Geriatría para el abordaje en el adulto mayor

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sociedad Boliviana de Pediatría y Atención Primaria en Salud para el abordaje de la TB en niños y niñas.
<p>Población PPL</p> <p>Elevada incidencia en los centros penitenciarios (15 veces superior a la observada en la población general).</p> <p>Los centros penitenciarios no cuentan con una adecuada infraestructura para albergar al número de PPL, siendo la población de reclusos superior a la capacidad de los penales, lo cual produce hacinamiento favorecido por el retraso en la sentencia de los PPL (70% sin sentencia).</p> <p>Dificultades en el seguimiento de los PPL que salen en libertad.</p> <p>Insuficiente personal de salud para la atención en Centros Penitenciarios.</p> <p>Si bien la búsqueda del caso presuntivo de TB está organizada, requiere ser fortalecida.</p> <p>Alto grado de transmisibilidad de la enfermedad al interior de los centros penitenciarios: 90% de los casos son TBP BK (+).</p>	<p>Acciones de Abogacía e incidencia con el Ministerio de Gobierno y Justicia, y centros penitenciarios orientado a la mejora de la calidad de vida salud penitenciaria (alimentación que incluya todos los requerimientos nutricionales, ventilación), atención a la salud (infraestructura, equipamiento, dotación de insumos básicos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes) a través del convenio interministerial entre el Ministerio de Salud y Ministerio de Gobierno (anexo 14 - Convenio interministerial entre el Ministerio de Salud y Ministerio de Gobierno).</p> <p>Revisión y ajuste de la estrategia de abordaje de la TB en PPL, incluyendo la evaluación al ingreso de las PPL a los centros penitenciarios, optimización del diagnóstico con la utilización del GeneXpert como primera línea de diagnóstico y la radiografía.</p> <p>Formación de promotores voluntarios/as y motivación e incentivos para promotores y personal de salud, de manera a apoyar la identificación de SR.</p> <p>Acciones de ACMS: Ferias de salud interprogramáticas, orientada a acciones de ACMS y detección de casos</p> <p>Reuniones de autoayuda mensual en Palmasola, Montero, San Pedro de La Paz, el Abra, San Antonio, San Sebastián, Villa Bush, Mocovi, Morros. Incluir a las carceletas según incidencia.</p> <p>Supervisiones para evaluar la implementación de la prevención y control de la TB en centros penitenciarios.</p> <p>Reunión nacional anual de evaluación de CP.</p>
<p>Sociedad civil</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los servicios y actividades proporcionados por las OSC no están garantizados después de que el FM haya retirado el financiamiento. ▪ Falta de definición de roles y funciones de ASPACONT en la Prevención y Control de TB y de la interacción con el PNCT y los PDCT. 	<p>En esta intervención se desarrollarán actividades orientadas a dar respuesta a las debilidades identificadas en el Informe AMPG (RECOMENDACIÓN 3) y en el Informe del Perfil epidemiológico de Bolivia. Se incluyen actividades de capacitación para las OSC de los 9</p>



<p>▪ Deficiente conocimiento de los miembros de ASPACONT en el abordaje de las personas afectadas en la educación, información, acompañamiento, vigilancia, abogacía, movilización comunitaria y social para lograr el compromiso político a nivel distrital y departamental.</p>	<p>departamentos. Las capacitaciones incluirán conocimientos sobre TB y fundamentalmente, capacitación en liderazgo, participación y control social, a través de la implementación de un programa de formación de líderes de las OSCTB, de manera a que los mismos puedan realizar acciones de incidencia/abogacía a nivel nacional, departamental y municipal, para garantizar su incidencia en políticas públicas, incluyendo acciones específicas orientadas a abordar el estigma y discriminación y asegurar sus servicios y actividades después de que el FM haya retirado el financiamiento. Además, se incluye actividades de prevención, fortalecimiento de la sociedad civil y organizaciones de afectados, así como la participación comunitaria. Para ello se elaboró un análisis de las prioridades e intervenciones (anexo 15 - Análisis de brechas e intervenciones NC).</p> <p>Otras actividades incluidas son: i) Abogacía e incidencia en Políticas Públicas de TB, ii) Fortalecimiento de las capacidades de gestión y organización de las OSCTB (capacitaciones y guías de autoayuda) e iii) Intervenciones con poblaciones afectadas por TB para que culminen el tratamiento, iv) la coordinación y articulación de las actividades de las OSCTB con los establecimientos de salud, de manera que el trabajo y actividades coordinadas y vinculadas entre sí y con un área de influencia definida, buscando el apoyo de las OSC en la identificación de sospechosos de TB, la adherencia al tratamiento y la implementación del DOTS comunitario, lo cual contribuirá a mejorar la eficiencia en el sistema de salud y asegurará la participación de todos los sectores gubernamentales y la sociedad civil, orientado al logro de un mayor impacto en el control de la TB</p>
<p>MÓDULO 2: TRATAMIENTO DE LA TB-DR</p>	
<p>Las intervenciones propuestas están orientadas a disminuir la brecha de casos estimados y notificados de TB-DR a través del fortalecimiento de la capacidad diagnóstica. En este módulo se abordarán las debilidades identificadas, implementando las recomendaciones de la Misión de Evaluación del rGLC:</p>	

Brecha	Intervenciones
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Persisten brechas importantes en el diagnóstico: TBMDR (+/- 150 casos no detectados de acuerdo con la estimación OMS), con una importante sub-notificación de la TB-S y TB-MDR en < de 14 años. ▪ Las normas de vigilancia de la TB-DR no se aplican adecuadamente. ▪ Falta de liderazgo del LRN como cabeza de la Red Nacional de Laboratorios de TB. ▪ La Red Nacional de Laboratorios carece de condiciones mínimas de Bioseguridad (infraestructura, planta física, certificación de CSB). ▪ Red Nacional de Laboratorios con recursos humanos insuficientes. ▪ No se han realizado supervisiones del LRN a los LRD en 2 años. ▪ Deficiente sistema de transporte de muestras hacia los laboratorios de la Red. ▪ El sistema de información no permite un análisis nominal. ▪ No existe un Sistema de CC sistemático en la Red de laboratorios (interno y externo). 	<p>Intervención 1 - Detección de casos y Diagnóstico</p> <p>Se implementan intervenciones orientadas a optimizar el diagnóstico de la TB y TB-DR a través del fortalecimiento del LRN y la Red Nacional de Laboratorios para garantizar su actualización con nuevas tecnologías de diagnóstico de TB y asegurar el cumplimiento de las funciones que le competen al LNR como parte del PNCT.</p> <p>Para ello se elaborará un Plan de expansión de la Red de Laboratorios y fortalecimiento de la gestión del LRN, donde se incluyen las brechas que no fueron cubiertas con la NC vigente y que fueron identificadas en el diagnóstico de necesidades (anexo 11 - Diagnóstico de Necesidades de fortalecimiento de Laboratorio), que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fortalecimiento de la Red de Laboratorios, mejoras en la bioseguridad y capacitación de RRHH. ▪ Certificación anual de cabinas de flujo laminar, de manera a asegurar el cumplimiento bajo de normas de bioseguridad. ▪ Establecimiento de una red de transporte de muestra con la adquisición de 3 vehículos para La Paz, Cochabamba y Santacruz y motocicletas para los demás departamentos, de manera a asegurar el diagnóstico precoz de la TB y TB- DR y que las muestras para GeneXpert y cultivo lleguen en mejores condiciones. ▪ Adquisición de nueva tecnología para el diagnóstico rápido: se adquirirán equipos de GeneXpert de manera a empezar la transición del diagnóstico de la baciloscopía al GeneXpert de la TB sensible y expandir el diagnóstico rápido de la TB-DR. ▪ Elaboración e implementación de un plan de recomendaciones de CCI por el LNR para toda la red de LDR que incluya la calidad de los nuevos métodos.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer e implementar un Sistema de CC sistemático en la Red de Laboratorios utilizando la metodología LQAS.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se usan dosis fijas combinadas de los cuatro fármacos anti-TB para el tratamiento de la TB-S con riesgo de contribuir a la aparición de la TB-MDR. ▪ El esquema de tratamiento de la TB-DR no se encuentra alineado con las nuevas recomendaciones de OMS. ▪ Existe un importante abandono de tratamiento en aquellos pacientes con TB-DR 	<p>Intervención 2 - Tratamiento:</p> <p>Orientado a garantizar el tratamiento oportuno y actualizar de forma permanente las guías de TB-MDR e introducir los nuevos medicamentos de acuerdo con las nuevas normativas de OMS a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión y ajuste de las normas de TB-DR. • Diagnóstico de necesidades para la transición al tratamiento acortado TB DR/MDR. • Adquisición de drogas de 2da línea (62% para el año 1, 53% para el año 2 y 42% para el año 3 incluido en la NC). • Soporte nutricional de los pacientes con TB-DR. • Reuniones mensuales de los Comités Nacionales y Departamentales para revisión de expedientes. • Seguimiento y supervisión continua al RRHH. • Contratación de Recursos Humanos para el manejo del componente TB- DR (punto focal para La Paz, Cochabamba, Santa Cruz). • Reunión de evaluación nacional de TB – DR. • Elaboración, validación y capacitación para la aplicación de la ficha para la detección de riesgo de pérdida de seguimiento de pacientes con TB-DR para identificar los factores de riesgo, barreras socioeconómicas y culturales para el apoyo a través de los grupos de autoayuda. • Articulación con actores claves (nutricionistas, trabajadores sociales, psicólogos/as, sociedad civil) para mejorar la adherencia al tratamiento.
<p>El 3,3 % (254/7.583) y el 9% (5/55) (2017) de pacientes que reciben tratamiento de primera línea y segunda línea, respectivamente, presentan reacciones colaterales, por lo que algunos de los mismos requieren atención especializada en centros de referencia (anexo 16 - Informe de RAFAs – PNCT).</p>	<p>Intervención 3 - Acceso universal y gratuito para pacientes con RAFAs a medicamentos de 1ª y 2ª línea.</p> <p>Se pretende fortalecer las acciones para la atención integral, tratamiento y seguimiento de RAFAs por</p>

	<p>nivel de complejidad en los establecimientos de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Talleres de capacitación al personal de salud de hospitales de 2do y 3er nivel para el manejo de RAFAs. • Apoyo económico para pacientes con RAFAs: pago de exámenes de gabinete, medicamentos complementarios y hospitalización • Sistematización de los resultados de la Investigación Operativa de RAFAs para identificar factores y condiciones de riesgo, impresión y socialización del documento.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ No hay disponibilidad de camas con condiciones adecuadas de control de infecciones para la hospitalización de pacientes TB-MDR en malas condiciones de salud o con complicaciones del tratamiento de la TB-MDR. ▪ No existe implementación de medidas de control de infecciones en hospitales y Centros de Salud. 	<p>Intervención 4: Control de Infecciones</p> <p>Se pretende implementar las actividades de control de infecciones de TB en el marco del Plan Nacional de Control de Infecciones a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reuniones de coordinación con la Dirección de Redes de Salud para la implementación del Plan de Control de Infecciones en los establecimientos de salud, tomando en cuenta las recomendaciones y siguiendo las directrices técnicas de OMS y recomendaciones del rGLC. • Elaboración, validación y aplicación de un instrumento de supervisión. • Capacitación del RRHH • Mejorar en infraestructura y medidas de control de infecciones: Adquisición de equipamiento para verificar flujos de aire, compra extractores, UV y filtros purificadores de aire • Compra de equipos de protección personal (respiradores N95 y barbijos).
MÓDULO 3: TB – VIH	
<p>Se buscará que las acciones colaborativas garanticen: el acceso a la prueba rápida de VIH, Tratamiento ARV y antituberculoso, Profilaxis con Isoniacida y Cotrimoxazol y gestión colaborativa que ha permitido el trabajo coordinado entre el Programa Nacional de Tuberculosis y Programa de ITS/VIH/SIDA/HV.</p> <p>Las actividades de este módulo serán implementadas a través del Comité Nacional de Coinfección TB-VIH (conformado en el año 2008). Este Comité coordina, norma y supervisa las actividades colaborativas en Bolivia a nivel nacional. Además, existen 9 comités departamentales de coinfección TB-VIH que están a cargo de dar seguimiento a las acciones planteadas por el Comité Nacional y son operativizadas por los Centros de Referencia Departamental de VIH (CDVIR), los Centros de</p>	

Referencia Regional de VIH (CRVIR) y la Red de Servicios de Salud que oferta la atención de tuberculosis.

Las actividades colaborativas de ambos Programas toman como referencia la “Política de OMS sobre las actividades de colaboración TB/VIH”. Este documento ha permitido que se desarrolle un Plan de Acción Nacional de Co-infección TB/VIH cuyos objetivos, indicadores, metas y líneas estratégicas se reflejan en los planes departamentales.

Brechas

- Dificultades en la articulación para la implementación de las actividades colaborativas TB-VIH.
- No se alcanza el 100% de pruebas rápidas de VIH a todo paciente con TB debido que conocen su estado serológico o rechazan esta prueba voluntaria
- No todos los pacientes coinfectados reciben ARV y TPC.
- La identificación de la TB en el PVV no está eficientemente implementada.
- La TPI no se implementa de manera rutinaria a las PVS en que se descartó la TB

Intervenciones

- Reuniones periódicas de coordinación del Comité de actividades colaborativas TB-VIH con el objetivo de coordinar las acciones normativas y operativas a nivel nacional y departamental:
- Taller de evaluación, diagnóstico y actualización del Comité Nacional para analizar la situación de la implementación de las actividades colaborativas en cada departamento del país y actualizar el Plan de Acción Nacional de co-infección TB-VIH para su seguimiento y aplicación.
 - Reuniones trimestrales de análisis y visitas de seguimiento a nivel departamental.
 - Elaboración y socialización de circulares para la implementación de las actividades colaborativas TB-VIH en todos los establecimientos de salud.
 - Reuniones de monitoreo de la implementación de las actividades colaborativas TB-VIH para el análisis de indicadores de TB-VIH.
 - Visitas de seguimiento del nivel departamental a los establecimientos de salud.
 - Coordinación, seguimiento, monitoreo y evaluación de actividades colaborativas TB-VIH tanto con el programa de TB y VIH como con otros actores departamentales y municipales. Esta evaluación pretende la identificación de lecciones aprendidas, debilidades, fortalezas que permitirá ajustarlo y replicarlo en otros establecimientos.
 - Reuniones con el equipo de salud para la implementación de los ciclos cortos de mejora continua de la calidad (módulo 1) en municipios con alta incidencia de TB para revisión y análisis de los pacientes bajo tratamiento TB-VIH en el

	marco de las reuniones mensuales de gestión en cada establecimiento de salud
Módulo 4: Sistema de Información	
Orientado a la implementación de un sistema de información en línea que se encuentre integrado, alineado, con interoperabilidad, articulado, y en consolidación con el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) conforme a al Manual de Normas, procesos y procedimientos para el desarrollo de sistemas informáticos para la gestión de información en salud del SNIS – VE y con acceso a todos los actores, conforme a la RECOMENDACIÓN 5 del Informe AMPG (ANEXO 18 - Manual de Normas, procesos y procedimientos para el desarrollo de sistemas informáticos para la gestión de información en salud del SNIS – VE) y que permita el análisis de la información y la toma de decisiones.	
BRECHAS	INTERVENCIONES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe una necesidad urgente de diseñar e implementar un sistema de información integrado que responda a las necesidades actuales y futuras del PNCT. ▪ No se tiene información fidedigna del número de muertes por TB en el país debido a debilidades en la implementación del sistema de registros vitales. ▪ No se cuenta con un sistema nominal de registro. ▪ Baja implementación del sistema en línea (SIRETB). ▪ Alta rotación de RRHH capacitados a nivel nacional, regional, distrital y local. ▪ El PNCT no cuenta con servicio de internet. ▪ No se cuenta con servidores adecuados para la implementación del SNISS. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acciones de abogacía/incidencia con autoridades ministeriales y departamentales, red de servicios para sensibilizar a autoridades en la necesidad de implementar el sistema de registro nominal de Tuberculosis en el marco de los compromisos internacionales asumidos y que permita garantizar la sostenibilidad de las intervenciones financiadas por el FM ▪ Implementación de un sistema de información en línea, integrado (servicios médicos, datos de laboratorio, determinantes ambientales, sociales y de comportamiento de la salud (información sobre grupos vulnerables en particular: PPL, con coinfección TB / VIH, co-morbilidades). (RECOMENDACIÓN 5 del Informe AMPG) ▪ Reuniones de coordinación con autoridades ministeriales para asegurar la implementación del sistema de monitoreo por niveles de complejidad. ▪ Revisión, ajuste, validación, impresión e implementación de la Guía de M&E para ser implementado en la red departamental, para ello se realizará análisis de los instrumentos actuales de recolección de información, y en base a ese análisis, se pretende desarrollar un sistema que permita la toma de decisiones a tiempo en todos los niveles de atención (centros de salud, laboratorios, hospitales de referencia) y por todos los niveles de gestión (local, autoridades departamentales y nacionales (RECOMENDACIÓN 5 del Informe AMPG) ▪ Consultoría y taller para la Elaboración de instrumentos de M&E del PNCT y de la Red Nacional de Laboratorios ▪ Implementación progresiva del sistema de registro nominal de Tuberculosis que incluye la Base nominal del LRN: capacitación, monitoreo y soporte técnico. ▪ Contratación de servicio de internet para nivel central y departamental.



	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión e impresión de los formularios de recolección de la información. ▪ Implementación progresiva del sistema de información en línea. ▪ Adquisición de equipos de computadoras. En el año 2022 se pretende adquirir equipos de computadoras para el recambio de las actuales, necesidad identificada en el Informe de Necesidades de Fortalecimiento del Sistema de Información (Anexo 17 – diagnóstico de necesidades de Fortalecimiento del Sistema de Información)
--	---

4. Armonización con los objetivos 2 y 3 de la Estrategia del Fondo Mundial 2017-2022

Objetivo 2: Crear sistemas para la salud resistentes y sostenibles

¿Se aplica en el marco de la subvención vigente un enfoque adecuado a las inversiones en sistemas de salud resistentes y sostenibles (SSRS)? Si fuera necesario introducir cambios en las inversiones destinadas a SSRS (para maximizar la repercusión en la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil y en otras áreas), explique cómo y cuándo deberían abordarse dichos cambios.

Sí
 No

R: SÍ.

Bolivia se encuentra abocada a la implementación del Sistema Universal de Salud (SUS) a partir de 2019 con el objetivo de lograr una salud universal, lo cual contribuirá a optimizar el abordaje de la TB (ANEXO 24). El SUS será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno. En el marco del SUS se contempla tanto la política de desarrollo de recursos humanos para la salud como la consolidación de un Sistema Nacional Único de Suministro.

El Sistema Nacional Único de Suministro se establece como marco normativo de la administración de medicamentos e insumos en todo el Sistema Público de Salud, Seguro Social y establecimientos privados según corresponda, con el fin de desarrollar la gestión del suministro, garantizar la disponibilidad de medicamentos eficaces, seguros, de calidad, a precios razonables, en los servicios de salud y atender las prestaciones demandadas por los usuarios en los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.

El PNCT, junto con los Programas de Malaria, VIH, la mesa de medicamentos del SUS, AGEMED (Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnologías en Salud) y CEASS (Central de Abastecimiento y Suministros de Salud), se encuentran participando activamente en el proyecto conjunto Fondo Mundial /OPS, *Mejoramiento de las cadenas de suministro nacionales para promover la independencia técnica y la sostenibilidad a largo plazo: Un enfoque regional*. Este proyecto se está ejecutando entre agosto de 2018 y julio de 2021 y entre otras actividades: incluye el mapeo de la situación actual de la gestión de suministros, la elaboración de un Plan de mejoramiento de acuerdo a esa situación actual, así como la medición de indicadores clave de línea base y posterior a la implementación del plan (anexo 18: Diagnóstico de Necesidades de Sistemas de Información). El PNCT realizará acciones de incidencia para asegurar la incorporación de los medicamentos e insumos de TB en el sistema único de suministro, para ello trabajará y coordinará las actividades con el Ministerio para la efectiva consolidación y organización de la cadena única de suministro (RECOMENDACIÓN 4, del Informe AMPG);

La Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud (RHUS) aprobada mediante Resolución Ministerial N° 1233 (ANEXO 23) y un Plan Estratégico Decenal de la Política de Desarrollo de RHUS, se encuentran en implementación en el marco del SUS y plantean una reorientación de la formación de recursos humanos, conforme a los principios de sustentan las políticas nacionales. El PNCT La implementación de la Política de

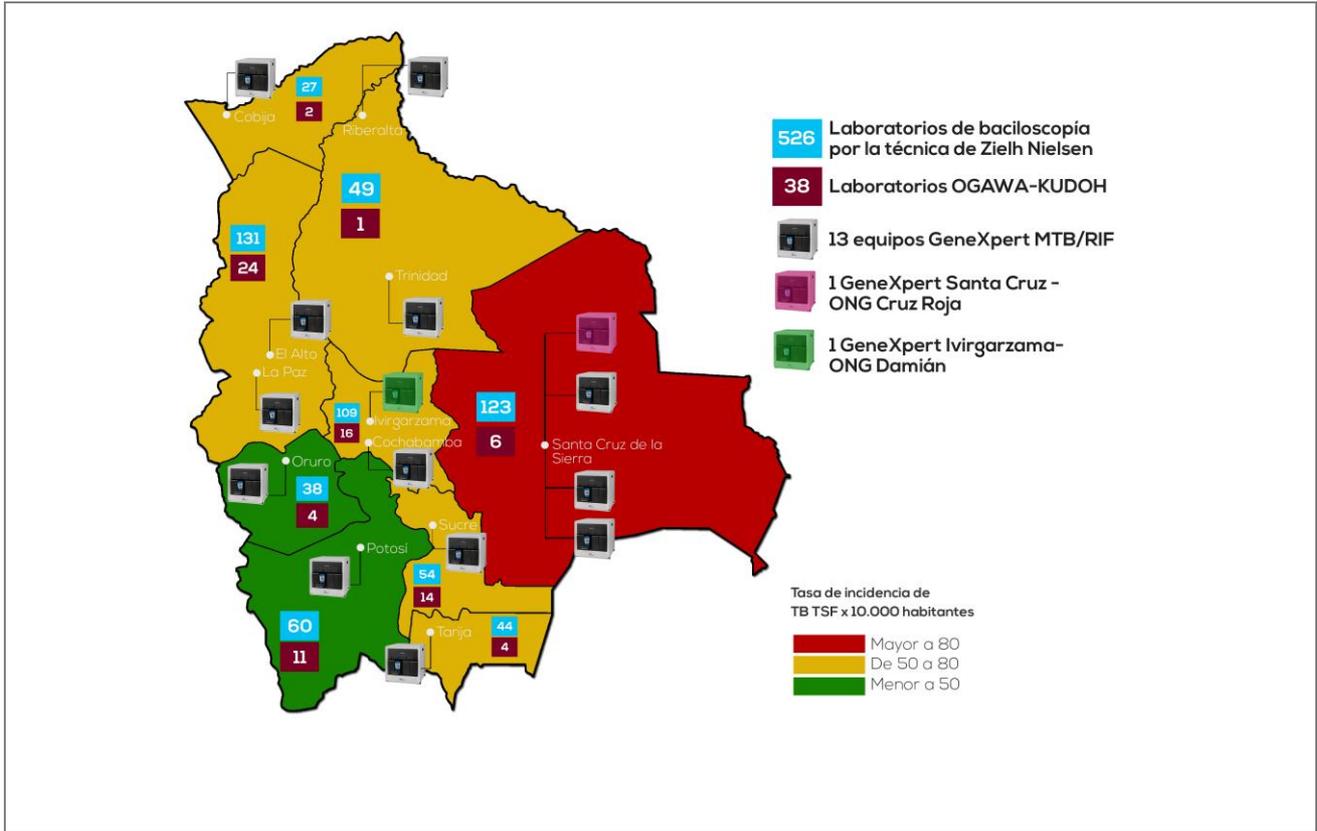
Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, en el marco de SUS, que permita la sostenibilidad del RRHH capacitado y especializado en todos los niveles de atención; la definición de roles y competencias del RRHH por nivel de atención (RECOMENDACIÓN 2, del Informe AMPG). Además, se realizará acciones de incidencia para incluir en el TGN a los recursos humanos actualmente financiado por el FM, orientado a mantener y sostener las actividades una vez retirado el financiamiento del mismo (RECOMENDACIÓN 2, del Informe AMPG).

El SUS contribuirá a una respuesta a la TB estructurada y sostenida, por lo que el PNCT buscará asegurar la alineación de las actividades del PNCT al Sistema Universal de Salud, para garantizar el acceso a los servicios de salud para la toda la población, incluyendo la población entre 5 y 59 años que actualmente no está cubierta por la normativa vigente. (RECOMENDACIÓN 6 del Informe AMPG). Las actividades del PNCT estarán alineadas al Sistema Universal de Salud, en el marco de la implementación de la Estrategia Fin de la TB, cuyos principios están basados en la coalición sólida de las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades, la protección y promoción de los derechos humanos, la ética y la equidad. Para ello, el PNCT buscará coordinar todas sus actividades en el marco del SUS, desde la detección de casos, diagnóstico, tratamiento, suministro de medicamentos en el marco del en el sistema único de suministro (conforme a la RECOMENDACIÓN 4 del Informe AMPG), seguimiento y registro de la información, para lo cual incidirá en la estabilidad laboral del RRHH capacitado en TB (conforme a la RECOMENDACIÓN 2 del Informe AMPG).

El sistema de información del PNCT será diseñado de manera articulada, integrada y consolidada, permitiendo la interoperatividad con los sistemas vigentes de producción de servicio desplegados por el Ministerio de Salud (SOAPS-SICE, SALMI) y con el SNIS (cuyo equipamiento fue financiado por el BID), conforme al Manual de Normas, procesos y procedimientos para el desarrollo de sistemas informáticos para la gestión de información en salud del SNIS – VE (anexo 17 - Manual de Normas, procesos y procedimientos para el desarrollo de sistemas informáticos para la gestión de información en salud del SNIS – VE; anexo 19 plan de Trabajo Sistemas de Información).

En cuanto a la red de diagnóstico de la TB: la propuesta pretende fortalecerla y mejorar el acceso al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la TB a través de abordajes diferenciados en las poblaciones con limitación en el acceso a la red de servicios de salud (indígenas, habitantes de barrios marginales de ciudades, centros mineros en los que no se tiene información, cuarteles, niños/as, PPL, ancianos que constituyen poblaciones donde existe un sub-diagnóstico y donde se estarían perdiendo casos de TB). Se evaluará el trabajo conjunto TB -VIH implementado en Cochabamba, para verificar la factibilidad de replicarlo. Se revisarán y ajustarán los algoritmos diagnósticos incorporando el diagnóstico radiográfico, se incorporará los métodos moleculares de diagnóstico rápido (GeneXpert) de manera a utilizar progresivamente esta tecnología como primera línea del diagnóstico de la TB sensible (conforme a las normativas internacionales), para diagnóstico rápido de la TB-DR y el VIH, inicialmente en municipios de mayor incidencia (mapa 2). Además, se pretende implementar un sistema de transporte para lo cual se adquirirán vehículos y motocicletas de manera a contribuir al diagnóstico oportuno y de calidad tanto en TB como TB-DR y TB-VIH.

Mapa 2. Red de Laboratorios de baciloscopia, cultivo y GeneXpert



Objetivo 3: Promover y proteger los derechos humanos y la igualdad de género

¿Es necesario intensificar o modificar las iniciativas dirigidas a abordar los obstáculos relacionados con los derechos humanos y el género en el acceso a los servicios y a asegurar el enfoque adecuado de las intervenciones destinadas a las poblaciones clave y vulnerables? Si fuera necesario introducir cambios, explique cómo y cuándo deberían abordarse.

Sí
 No

R: SÍ

El análisis epidemiológico, así como la consulta con poblaciones clave y vulnerables, permitió identificar la necesidad de intensificar las iniciativas dirigidas a abordar los obstáculos relacionados con los derechos humanos y género en el acceso a los servicios, y a asegurar el enfoque adecuado de las intervenciones destinadas a las poblaciones clave y vulnerables.

La nota conceptual abordará las siguientes poblaciones:

Poblaciones donde se estarían perdiendo casos de TB: consideradas poblaciones con limitado acceso a servicios de salud como ser indígenas, habitantes de barrios marginales de ciudades, cuarteles, niños/as, mineros, adulto mayor. **Población privada de Libertad:** donde se identificaron numerosas debilidades mencionadas previamente lo cual no permite un acceso a la salud y atención en salud, y favorecen la transmisión del *M. tuberculosis* y el desarrollo de la enfermedad en este contexto, con tasas de incidencia de 987 casos por 100.000 en el 2017 (1% de las PPL está enfermo con TB). Esta situación será abordada a través de acciones de abogacía de manera a mejorar la calidad de vida y acceso a la salud como fue descrito previamente.

PVVS: Bolivia aprobó la ley para la prevención del VIH/SIDA, de los Derechos Humanos y asistencia integral multidisciplinaria para las personas que viven con VIH/SIDA N° 3729 el 8 de agosto del 2008 con Reglamentación N° 045 en el 7 febrero del 2009, orientada a abordar los Derechos Humanos de las PVVS, así como la Ley 045 del 8 de octubre del 2010 “Ley contra el racismo y toda forma de discriminación” (anexo 20 - Ley de VIH/SIDA; anexo 21 - Ley contra el racismo y toda forma de discriminación).

Sin embargo, aún con la Ley de SIDA y la Ley contra el racismo y toda forma de discriminación, en Bolivia se observa aún discriminación hacía las personas con VIH o Sida, principalmente debido a la falta de información, manifestada por actitudes de rechazo y exclusión en el ámbito social, familiar, recreativo, laboral, educativo, e incluso institucional. Así el estudio de estigma y discriminación, elaborado por el Programa de VIH ha demostrado que el 18% de las PVVS refirió ser expulsada de una reunión social actividad social; 4,2% fue expulsada de actividades religiosas, 20% fue excluida de actividades familiares; 53% percibió que murmuran sobre ella; 32% recibió algún tipo de acoso o amenaza verbal; 20% recibió acoso o amenaza física; y 22% recibió alguna agresión física en los últimos 12 meses. La población de personas trans, seguida por la de HSH, es la más afectada por el estigma y la discriminación en estos ámbitos. Estas actitudes observadas en Bolivia constituyen una de las principales barreras de acceso al sistema de salud que contribuyen a la pérdida de detección y diagnóstico de los casos de TB, en esta población. Por otro lado, a la fecha el PNCT está en proceso de finalizar un estudio de estigma y discriminación en TB que contribuirá en la identificación de las barreras en esta área (anexo 22 – Plan de Trabajo Estigma y Discriminación).

Género: En Bolivia se observa desigualdades de género teniendo en cuenta que el varón cuenta con mejores ingresos, menor grado de pobreza y más posibilidad de movilización en contraposición a las mujeres, cuya posibilidad de movilización se reduce debido a que, en su mayoría, tienen la responsabilidad del cuidado de los niños/as del hogar, lo cual afecta directamente en el acceso a la salud y a los establecimientos de salud, lo cual podría contribuir a la pérdida del diagnóstico de los casos de TB.



Acceso a la salud: Bolivia tiene brechas en el acceso a la salud. Solo el 65,7% tiene acceso a establecimientos de salud (algún tipo de cobertura) (anexo 9 - Gestión de Salud en Bolivia).

Las estrategias específicas y prioritarias se identificaron a través del trabajo coordinado con la misma población vulnerable, y están orientadas al desarrollo de estrategias de información adecuadas a los contextos geográficos, sociales, culturales a través de medios masivos y medios alternativos de comunicación, así como la óptima implementación del Plan de Comunicación, con materiales de comunicación para la prevención y control de la TB, TB-DR, TB – VIH, el estigma y la discriminación desde un enfoque de género.

Tanto los obstáculos en DDHH, las brechas en género y brechas en el acceso a la salud serán abordado a través de:

- Acciones de incidencia político estratégicas: orientadas a dar respuesta a las debilidades identificadas en el Informe AMPG (RECOMENDACIÓN 3) y en el Informe del Perfil epidemiológico de Bolivia. Para ello se elaboró un Plan de fortalecimiento de la sociedad civil y organizaciones de afectados, que incluye actividades de capacitación para las OSC de los 9 departamentos. Las capacitaciones están fundamentalmente orientadas a optimizar el liderazgo, la participación y el control social, de manera a que los mismos puedan realizar acciones de incidencia/abogacía a nivel nacional, departamental y municipal, para garantizar su incidencia en políticas públicas, incluyendo acciones específicas orientadas a abordar el estigma y discriminación, asegurar sus servicios y actividades después de que el FM haya retirado el financiamiento, así como asegurar el abordaje de la TB en el marco de la implementación del SUS; la articulación y coordinación de las acciones de prevención en TB con los programas de salud existentes, establecimiento de un plan de trabajo coordinado y articulado con la sociedad civil. Asimismo, se trabajará en el fortalecimiento de las capacidades de gestión y organización de las OSCTB, de manera a lograr una mayor participación en la respuesta a la enfermedad y en consecuencia contribuir en el control de la TB.
- Acciones operativas: abordaje estratégico en población vulnerable y donde se están perdiendo los casos, priorización del abordaje en municipios con incidencia elevada, expansión del diagnóstico rápido, incorporación de la radiografía en los algoritmos diagnósticos, la búsqueda activa de casos a través de la investigación de contactos, fortalecimiento de la red de diagnóstico, implementación de un sistema de transporte de muestras, diagnóstico y tratamiento precoz de la TB-DR, fortalecimiento de las actividades colaborativas TB-VIH y un sistema de información en línea. Coordinación con las OSCTB, de manera a lograr acciones de prevención y control de TB coordinadas y vinculadas entre sí y con un área de influencia definida.

Algunas de las intervenciones se iniciarán en el 2019 y serán intensificadas con la continuación de la presente NC 2020 - 2022.

5. Eficacia de los enfoques de ejecución

¿Pueden lograrse los objetivos del programa y la repercusión prevista mediante los arreglos de ejecución actuales (incluidos el RP y los principales subreceptores)? Si fuera necesario introducir cambios importantes en los arreglos de ejecución, explique cómo y cuándo deberían abordarse dichos cambios.

Sí
 No

R: SÍ.



El financiamiento solicitado se plantea como continuidad del proyecto existente. No existen duplicidades ya que el presente requerimiento está orientado a continuar y fortalecer actividades específicas de la nota de continuidad vigente.

Los objetivos del Programa y la repercusión prevista podrán alcanzarse pues la priorización de las intervenciones y las actividades son producto de las recomendaciones del Informe epidemiológico y de la Misión del rGLC que están orientadas a abordar las debilidades identificadas.

Además, la NC se encuentra directamente coordinada y relacionada con el SUS próximo a incorporarse en el país, así como con el programa de VIH en el aspecto de coinfección TB/VIH y con el Programa ENTs, orientado a la sostenibilidad de las intervenciones, la no duplicidad de esfuerzos, de recursos y generación de sinergia que será traducido a través de la disminución de la incidencia de Tuberculosis, disminución de la mortalidad con Tuberculosis con un enfoque de acceso universal y de derechos humanos.

La ejecución de los objetivos de proyecto la viene realizando el PNUD: Dado el comportamiento de implementación, se da continuidad al PNUD Bolivia para ser el receptor principal de la nueva asignación.

Con respecto a los sub receptores, son tres: Ministerio de Salud, Sociedad Civil y OPS.

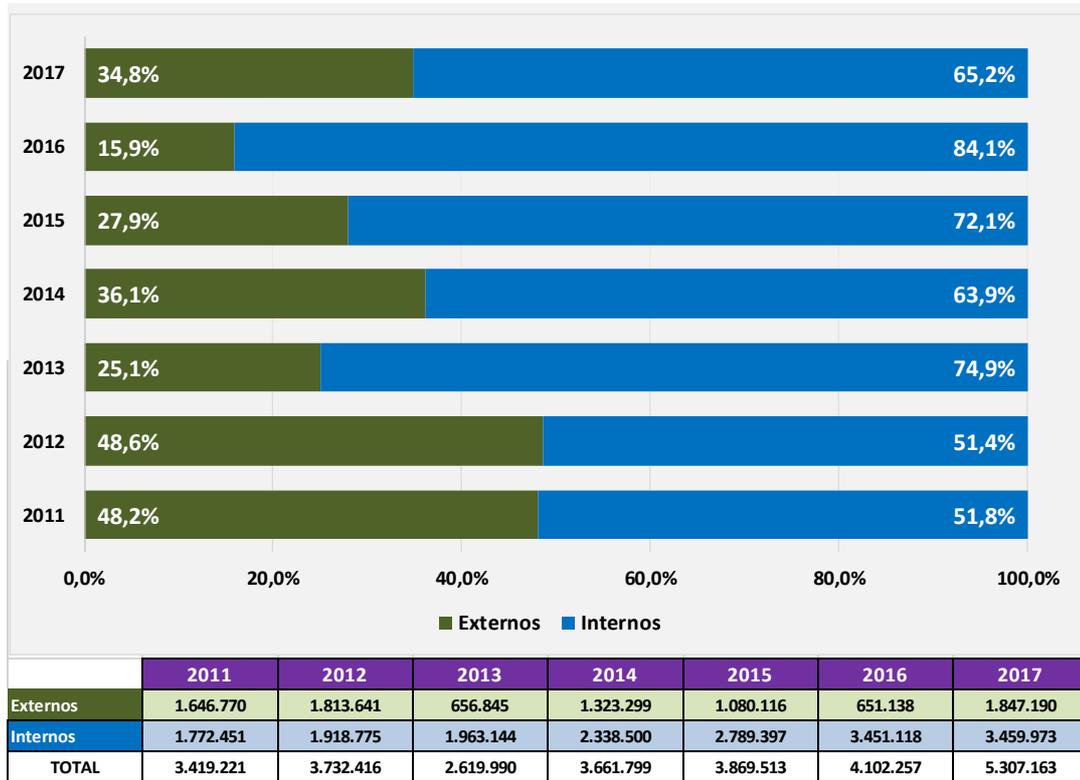
6. Panorama de financiamiento

¿Se ha producido algún cambio en el financiamiento nacional o internacional (p.ej., a consecuencia de la retirada de un donante importante o de un aumento significativo de la asignación o financiamiento nacional) que repercuta de forma considerable en la sostenibilidad o la disponibilidad de los fondos destinados a intervenciones programáticas? En caso afirmativo, describa el efecto de estos cambios en la capacidad del país para cumplir sus compromisos de cofinanciamiento (anteriormente conocidos como "voluntad de pago") para el actual período de ejecución de la subvención y si dichos cambios afectarán a su capacidad para cumplir y materializar los futuros requisitos de cofinanciamiento en la próxima fase de ejecución.

Sí
 No

R: SÍ. A continuación, se realiza un detalle de los antecedentes en relación al gasto, los efectos y la capacidad del país para cumplir el cofinanciamiento.

Antecedentes. De acuerdo con la información recopilada y procesada en los estudios de medición de gasto en tuberculosis, los recursos destinados para combatir esta enfermedad en Bolivia para el periodo 2011-2017 habría alcanzado un monto estimado de \$us 26,7 millones, de los cuales el 66,2% (\$us 17,6 millones) corresponde a las fuentes internas y el restante 33,8% (\$us 9 millones) a las fuentes externas. Es importante mencionar que el promedio del gasto en tuberculosis anualmente es de \$us 3,8 millones, el mismo que representa al 0,013% del PIB y el 0,17 % del Gasto Total en Salud en promedio para este periodo.

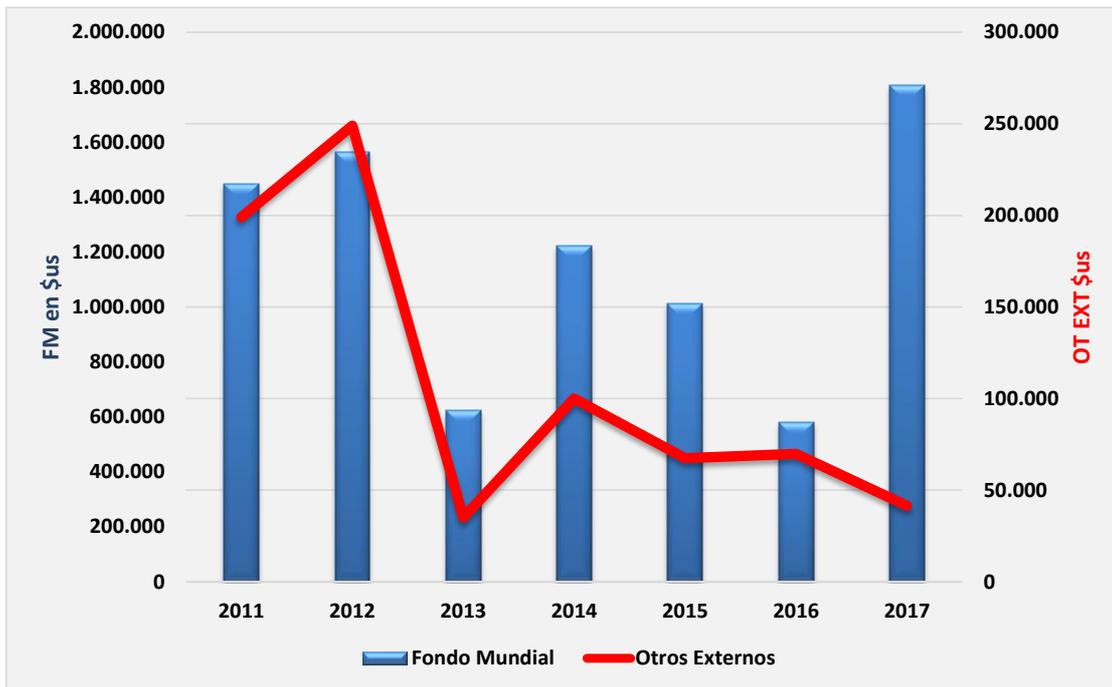
Gráfico 7.1 Gasto en Tuberculosis por Fuente de Financiamiento (% y \$us)


Fuente: Elaboración propia con información de MEGA TB 2015-2017 y gasto en tuberculosis 2011-2014.

De acuerdo a la Gráfico 7.1 la gestión donde se presentó un mayor gasto fue el 2017 con \$us 5,3 millones y en contrapartida la gestión donde se presenta un menor gasto ejecutado es el 2013 con \$us 2,6 millones; en ambos casos se debe a la asignación mayor y menor de recursos en los años respectivos por parte del Fondo Mundial.

Fuentes Externas. Las fuentes de financiamiento externas están compuestas por recursos provenientes de organismos internacionales a través del crédito y donación, en Bolivia estos recursos para el periodo 2011-2017 fueron de donación y correspondieron en 91,6% a recursos provenientes del Fondo Mundial y el restante 8,4% a recursos provenientes de 6 organismos financiadores como son la OPS, PNUD, UNICEF, DAHW, Kuratorium y HIPC II. A continuación, se describirán brevemente estas fuentes de financiamiento externas:

- En el Gráfico 7.2 se observa que el gasto proveniente del Fondo Mundial a través de los receptores principales PROSALUD y PNUD presentan una tendencia cíclica, esto se debe principalmente al proceso de asignación de recursos por parte de este organismo financiador. El promedio de gasto en el periodo 2011-2017 asciende a \$us 1.2 millones, siendo la gestión 2017 la que presenta un mayor gasto con \$us 1,8 millones aproximadamente.
- En el Gráfico 7.2 se observa que el gasto proveniente de otros organismos financiadores externos presentan una reducción en su tendencia de \$us 199 mil en el 2011 a \$us 41 mil el 2017, esto se debe principalmente que debido a los indicadores de crecimiento económico del país los organismos internacionales fueron reduciendo su cooperación financiera.

Gráfico 7.2 Gasto en Tuberculosis por organismo financiador externo (% y \$us)


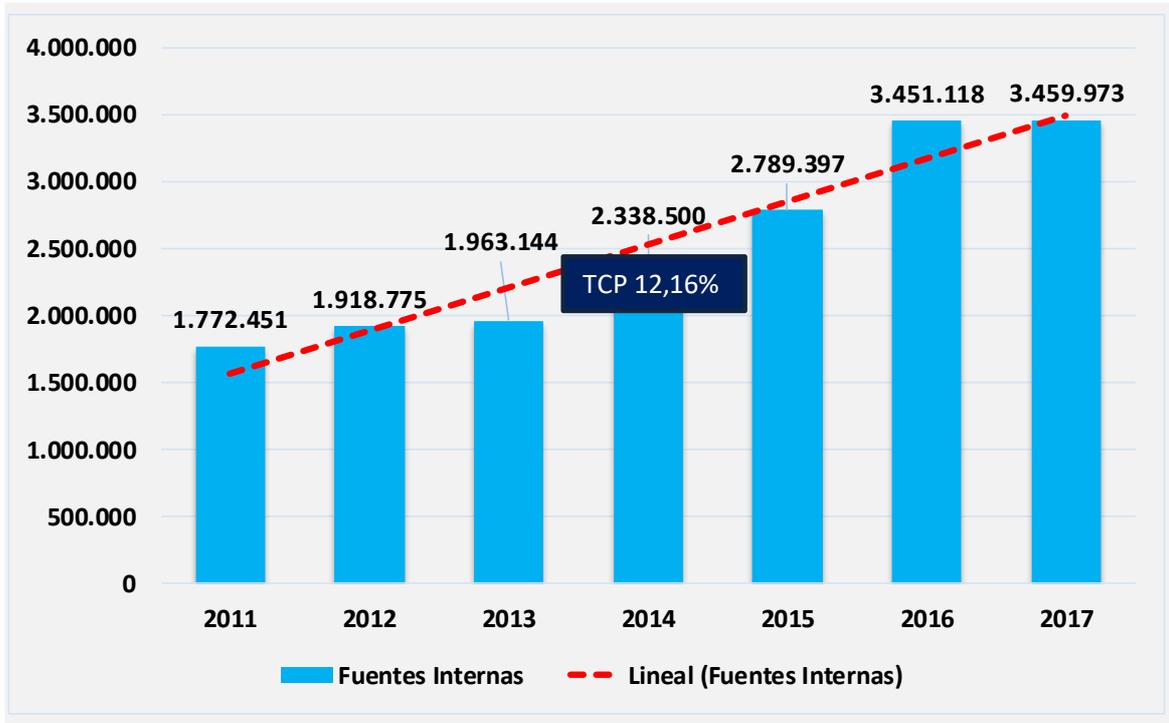
Fuente: Elaboración propia con información de MEGA TB 2015-2017 y gasto en tuberculosis 2011-2014.

Fuentes Internas. Las fuentes de financiamiento internas para el periodo 2011-2017 correspondieron a los recursos inscritos en el Presupuesto General del Estado (PGE), el mismo se encuentra integrado por las transferencias de ingresos del nivel central, así como también las transferencias de ingresos de los niveles departamentales y municipales. Como se observa en el Gráfico 7.3 el gasto de tuberculosis fue aumentando gradualmente a una tasa de crecimiento promedio de 12,16%, es decir de \$us 1,7 millones el 2011 a \$us 3,4 millones el 2017. A continuación, se describirán brevemente estas fuentes de financiamiento internas.

- Las transferencias de ingresos del nivel central corresponden principalmente al gasto que ejecuta el Ministerio de Salud a través del Programa Nacional Contra la Tuberculosis y las transferencias a los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) por concepto de cancelación de planillas correspondientes a los recursos humanos. El promedio de gasto de tuberculosis en el periodo 2011-2017 asciende a \$us 832 mil, siendo la gestión 2016 la que presenta un mayor gasto con \$us 1.1 millones. Es importante mencionar que la tasa de crecimiento promedio relacionado con esta transferencia alcanza a 7,3%.
- Las transferencias de ingresos del gobierno local corresponden principalmente al gasto que ejecuta tanto los gobiernos departamentales como los gobiernos municipales en actividades relacionadas con la Tuberculosis y que son identificados en su estructura programática. El promedio de gasto en el periodo 2011-2017 asciende a \$us 1,4 millones siendo la gestión 2017 la que presenta un mayor gasto con \$us 1,9 millón. Es importante mencionar que la tasa de crecimiento promedio relacionado con esta transferencia alcanza a 10,9%.
- Las transferencias de la seguridad social de corto plazo tiene un gasto promedio de \$us 97 mil para el periodo 2011-2017; es importante mencionar que estas transferencias corresponden al gasto en recursos humanos al realizar el servicio.
- Por otro lado, a partir del reciente estudio MEGA TB se pudo obtener información de los organismos financiadores internos privados, los cuales para el periodo 2015-2017 presentan un gasto promedio

anual de \$us 318 mil provenientes de los hogares, recursos propios de la Cruz Roja Boliviana filial Santa Cruz y otras instituciones sin fines de lucro; esta última se refiere principalmente al gasto en recursos humanos que se da en el momento de realizar el servicio en sus instalaciones.

Gráfico 7.3 Gasto en Tuberculosis por organismo financiador interno (% y \$us)



Fuente: Elaboración propia con información de MEGA TB 2015-2017 y gasto en tuberculosis 2011-2016.

Con respecto a la pregunta del panorama de financiamiento indicar que por lo expuesto anteriormente Bolivia ha presentado un incremento en el gasto de tuberculosis de 12,7% en promedio anual con recursos internos, siendo los de mayor importancia los últimos dos años. Es importante señalar que este incremento se debió principalmente a un aumento en los presupuestos de los gobiernos departamentales y municipales donde la enfermedad está presente.

Por otro lado, los recursos externos, específicamente los provenientes del Fondo Mundial siguen siendo los de mayor importancia dentro del panorama de financiamiento, los mismos se utilizan para llevar a cabo intervenciones programáticas. En el caso de otros organismos de financiamiento que transfieran o realicen algún gasto en tuberculosis los de mayor importancia es el Kuratorium y OPS.

Compromisos de cofinanciamiento. En esta sección se identificará el panorama del compromiso de cofinanciamiento actual y el previsto para la nueva asignación de del Fondo Mundial.

- **Actual Compromiso.** El Estado Plurinacional de Bolivia a través del Ministerio de Salud se comprometió con el Fondo Mundial de aumentar el presupuesto de los tres programas en \$us 3 millones para el periodo referente a la nueva subvención que contempla el periodo 2017-2019, es decir aproximadamente \$us 1 millón para el Programa Nacional Contra la Tuberculosis. En el caso de Tuberculosis la inversión asciende a \$us 1,4 millones que representa el 143% de lo comprometido, el mismo es destinado a la compra de productos químicos/farmacéuticos, reactivos e insumos de laboratorio (Ver Cuadro 7.1). Es importante mencionar que a partir de la gestión 2019 el presupuesto del Ministerio de Salud asignado al Programa Nacional Contra la Tuberculosis se incrementará de \$us 1,1 millones a \$us 1,8 millones, es decir existe un incremento adicional del 63,6%. Por otro lado

es importante mencionar que los Gobiernos Departamentales (Oruro, Potosí, Tarija Chuquisaca y Pando) inscribieron recursos de contraparte para la construcción y/o remodelación de los laboratorios de Tuberculosis en el 2019. Por todo lo descrito anteriormente el actual compromiso que se tenía se cumplió.

Cuadro 7.1 Actual compromiso con el Fondo Mundial (% y \$us)

Detalle	Año Base 2016	2017	2018	2019	Meta 2017-2019
Gasto Tuberculosis - Fuentes Internas	3.451.118				
Presupuesto Fuentes Internas		3.567.560	3.700.987	4.553.297	
Incremento relación al año base		116.442	249.869	1.102.179	1.468.490
Compromiso de cofinanciamiento					1.030.000
Porcentaje de cumplimiento					143%

Fuente: Elaboración propia con información de MEGA TB 2015-2017 y unidad de presupuestos del MS.

- **Nuevo Compromiso.** En el Gráfico 7.4 se puede observar el incremento del presupuesto asignado al Programa Nacional contra la Tuberculosis por parte del Ministerio de Salud para el periodo 2009-2019, el mismo tiene un incremento de Bs. 8.2 millones, siendo que a partir de la gestión 2019 el incremento con respecto al año anterior es del 63,6% lo cual garantiza y da sostenibilidad a la compra de medicamentos, insumos y reactivos; este esfuerzo nacional a través del Ministerio de Salud asegura Bs. 14,7 millones adicionales para el periodo 2020-2022, lo cual estaría cubriendo una parte de la brecha generada por la reducción del Fondo Mundial. Es decir que el nuevo compromiso para los próximos tres años tendría una asignación interna adicional de \$us 2,1 millones por parte del Ministerio de Salud al Programa Nacional Contra la Tuberculosis.

Gráfico 7.4 Tendencia del presupuesto del MS en TB (Bs.)



Fuente: Elaboración propia con información del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas

¿Ha disminuido considerablemente la asignación del Fondo Mundial para el componente de enfermedad que recibirá su país en el período 2020-2022 en comparación con el nivel de gasto de las subvenciones vigentes⁵? En caso afirmativo, explique cómo se espera mantener o aumentar el alcance del programa y qué otras fuentes de financiamiento se utilizarán para mantener o aumentar el nivel de cobertura actual.

 Sí

 No

R: SÍ.

Antecedentes. Para la nueva asignación 2020 – 2022, los recursos del Fondo Mundial se han reducido para Bolivia en un 40,7% para las tres enfermedades de \$us 31,4 millones a \$us 18,6 millones. En el caso de la Tuberculosis, la reducción de recursos fue de 47,2%, es decir, tuvo una disminución de \$us 10,6 millones a \$us 5,6 millones, esto repercute en la brecha de financiamiento.

Cuadro 7.2. Nueva asignación del Fondo Mundial para Bolivia (\$us)

Componente	Nueva asignación	Periodo Subvención	Asignación corriente	Reducción
VIH/SIDA	9.175.449	2019-2021	9.280.902	1,1%
Tuberculosis	5.648.949	2020-2022	10.693.443	47,2%
Malaria	3.807.860	2019-2021	11.442.642	66,7%
Total	18.632.258		31.416.987	40,7%

Fuente: Elaboración propia con información del Fondo Mundial.

En el caso de Tuberculosis esta brecha en el financiamiento podría causar problemas en la ejecución del Programa Nacional de Tuberculosis, por lo tanto se realizó un análisis de la situación actual de la tuberculosis considerando el Plan Nacional de Control de Tuberculosis, el cual fue extendido por dos años adicionales. A continuación se revisará el Plan Nacional de Control de Tuberculosis y posteriormente se analizará la nota conceptual actual y de la nueva asignación.

Plan Nacional de Control de Tuberculosis en Bolivia Extendido

En 2015, el PNCT realizó y aprobó el Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia para el periodo 2016-2020. Para la presente solicitud de financiamiento, el mismo se extendió hasta 2022 con un monto de \$us 50.9 millones para el periodo de siete años. Es importante mencionar que el Plan tiene como objetivo principal disminuir la alta carga de tuberculosis y sus determinantes sociales, mediante esfuerzos articulados entre niveles de gestión multisectorial y sociedad civil, respetando los derechos humanos, para mejorar la calidad de vida de los afectados y la población en general. Para cumplir con este cometido, el Plan presenta los siguientes objetivos específicos:

- ✓ **Objetivo 1:** Fortalecer las acciones de prevención de riesgos y promoción de la salud en la población en general y poblaciones de mayor vulnerabilidad, respetando las diferencias de género, generacionales, diversidades culturales, sociales y sexuales, fomentando prácticas que favorezcan el cuidado de la salud (\$us 4,2 millones y representa el 8,4% del presupuesto total).

⁵El monto asignado para el período 2017-2019 representa el 70% o menos del nivel de gasto de los últimos tres años en el marco de la subvención vigente, que se calcula multiplicando por tres el gasto registrado durante el último año.

- ✓ **Objetivo 2:** Fortalecer el acceso universal, con equidad, de la población en general y las poblaciones de mayor vulnerabilidad a un diagnóstico oportuno, un tratamiento con calidad y calidez previniendo el abandono del tratamiento y promoviendo una curación efectiva (\$us15,8 millones y representa el 31.2% del presupuesto total).
- ✓ **Objetivo 3:** Fortalecer la atención integral de Tuberculosis drogo resistente (TB-DR) y Reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFA) (\$us 8,6 millones y representa el 17% del presupuesto total).
- ✓ **Objetivo 4:** Desarrollar acciones colaborativas eficaces y eficientes, con los programas de VIH y Enfermedades no Transmisibles (\$us 5.3 millones y representa el 10.4% del presupuesto total).
- ✓ **Objetivo 5:** Desarrollar estudios, investigaciones y evaluaciones de acuerdo con el contexto social y perfil epidemiológico de la tuberculosis en el país (\$us 2,2 millones y representa el 4,4% del presupuesto total).
- ✓ **Objetivo 6:** Desarrollar estrategias innovadoras en el control de la tuberculosis con énfasis en la eliminación del estigma y discriminación (\$us 1,2 millones y representa el 2,4% del presupuesto total).
- ✓ **Gestión de Programas:** Corresponde a actividades relacionadas con el funcionamiento técnico, operativo y administrativo del Programa. Dentro de este objetivo se encuentran los Recursos Humanos del nivel central (Programa Nacional e INLASA), departamental, los gastos administrativos del Programa Nacional, así como también del nivel departamental (\$us 13,3 millones y representa el 26,2% del presupuesto total).

Cuadro 7.3 Presupuesto del Plan Nacional de Control de Tuberculosis Extendido (\$us)

OBJETIVOS	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2016-2022	%
Prevención de riesgos y promoción de la salud	517.659	832.943	796.203	573.557	542.372	491.712	4.212.070	7.966.515	14,6%
Acceso universal al diagnóstico oportuno	2.137.150	2.951.636	2.239.380	2.386.740	2.416.252	1.766.276	1.974.003	15.871.436	29,1%
Atención integral de TB-DR y RAFAs	803.414	1.413.691	1.097.846	1.442.979	1.712.007	1.073.782	1.038.273	8.581.992	15,7%
Acciones colaborativas con VIH y ENT	250.549	1.025.876	897.208	1.096.291	225.569	971.000	857.655	5.324.148	9,8%
Desarrollar estudios, investigaciones y evaluaciones	210.699	982.977	579.147	406.875	24.318	18.917	25.732	2.248.665	4,1%
Estrategias de eliminación de estigma y discriminación	211.989	204.666	214.900	225.645	134.132	109.714	115.279	1.216.326	2,2%
Gestión Programas	1.774.461	1.856.925	1.943.513	2.034.430	1.817.530	1.961.999	1.938.415	13.327.272	24,4%
Total PEM	5.905.921	9.268.714	7.768.197	8.166.517	6.872.180	6.393.400	10.161.427	54.536.355	100%

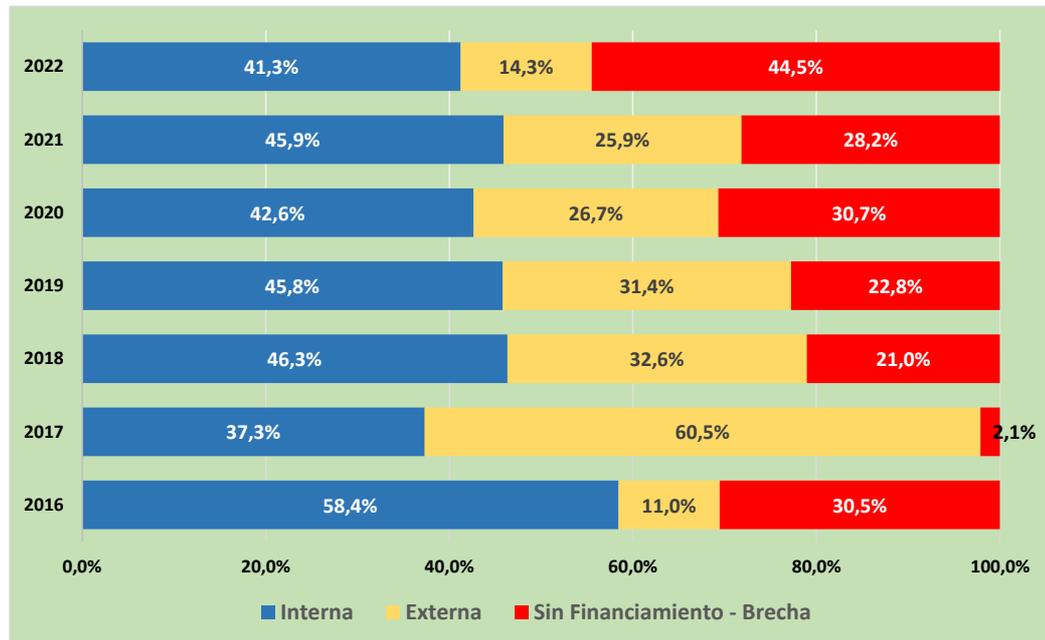
Fuente: Elaboración propia con información del Plan Nacional de Control de Tuberculosis (2016-2020).

Considerando el Plan Nacional Extendido por fuente de financiamiento, se tiene que para el periodo de 2016-2022, las fuentes internas corresponden al 45,8% del total, seguido por las fuentes externas con el 32%; el restante 22,2% no tiene financiamiento, es decir, la brecha.

Se puede observar en el Gráfico 7.5 que la gestión 2016 presenta la menor fuente externa de la serie con el 11%, al contrario de la fuente que es el mayor con el 58,4%; lo mismo sucede con la brecha financiera que para esta gestión es de 30,5%. Es importante mencionar que el porcentaje de la fuente externa es menor debido a que el Fondo Mundial a través del receptor principal PROSALUD estaba ejecutando recursos de la extensión.

En el caso de las brechas de financiamiento también tienen un incremento de 21% el 2018 a 29,1% el 2022.

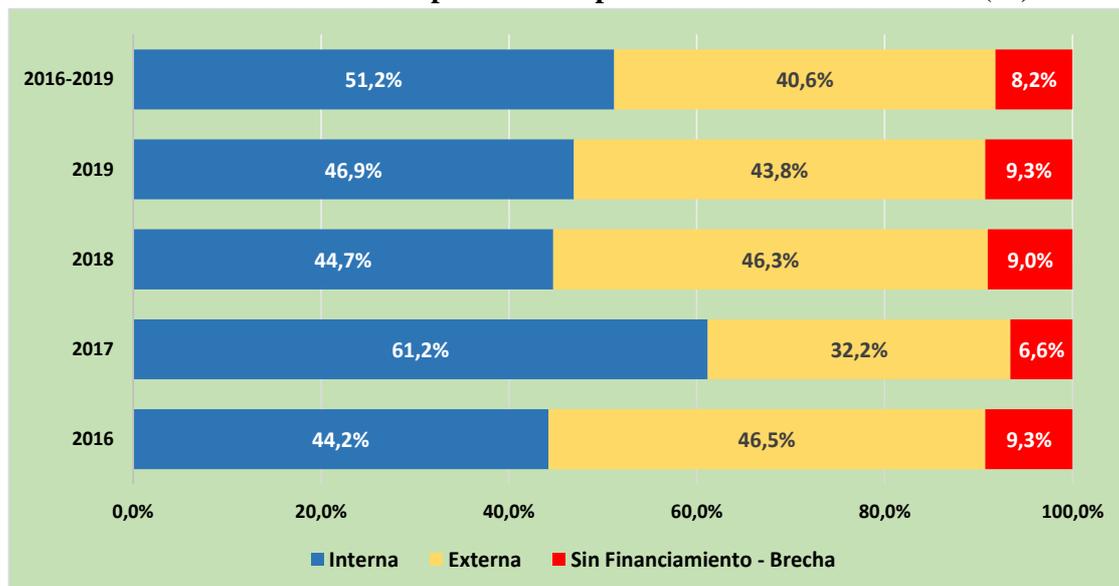
Gráfico 7.5 Plan Extendido por Fuente de Financiamiento (%)



Fuente: Elaboración propia con información del Plan Nacional de Control de Tuberculosis (2016-2020), MEGA TB (2015-2017), RP-PNUD y MS.

Escenario NC Actual: En el Gráfico 7.6 podemos observar el comportamiento de financiamiento de la Nota Conceptual actual, en el que para el periodo de asignación, las fuentes internas corresponden al 51,2%; las fuentes externas, al 40,6%; y el restante 8,2% es la brecha de financiamiento.

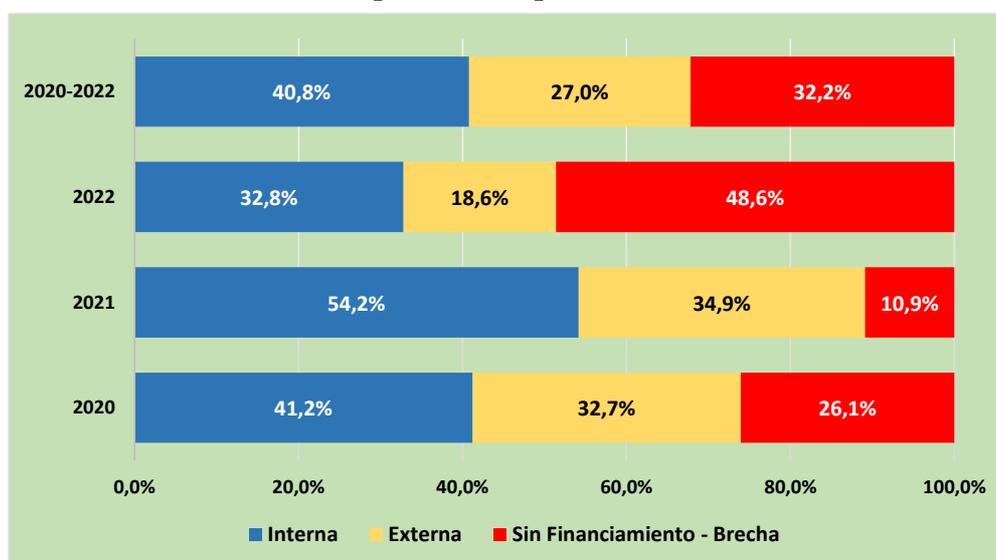
Gráfico 7.6. Nota Conceptual Actual por Fuente de Financiamiento (%)



Fuente: Elaboración propia con información de la NC (2016-2019).

Escenario NC Nueva: En el gráfico 7.7, se puede observar el comportamiento de financiamiento de la Nota Conceptual Nueva, que asciende a \$us 17,3 millones para el nuevo periodo de asignación (2020-2022), las fuentes internas corresponden al 49,9% (\$us 8,6 millones); las fuentes externas, al 32,6% (\$us 5,6 millones); y el restante 17,5% (\$us 3 millones) es la brecha de financiamiento, dentro de esta última se encuentra la demanda de calidad no financiada con \$us 1,7 millones (Ver Cuadro 7.7).

Gráfico 7.7. Nota Conceptual Nueva por Fuente de Financiamiento (%)



Fuente: Elaboración propia con información del Plan Nacional (2016-2020), MEGA TB (2015-2017), RP-PNUD y MINSAL.

La nueva asignación del Fondo Mundial para el periodo 2020-2022 en el componente Tuberculosis ([Cuadro 7.4](#)), asciende a \$us 5,6 millones, de los cuales el 34,2% (\$us 1,9 millones) apoyará al módulo denominado Atención y prevención de tuberculosis, seguido con el 30% (\$us 1,6 millones) para Paquete TB-MR, 29,8% (\$us 1,6 millones) para Gestión de programas y el restante 6% se distribuye entre el módulo Seguimiento y Evaluación con el 3,4% (\$us 191 mil) y el restante 2,6% (\$us 146 mil) para Tuberculosis/VIH.

Cuadro 7.4 Presupuesto de la NC Nueva por Módulo (\$us)

Módulo	2020	2021	2022	Total	%
Atencion y prevencion de tuberculosis	954.418	570.824	405.780	1.931.022	34,2%
FSS - Seguimiento y evaluacion	51.010	96.507	44.388	191.905	3,4%
Gestion de programas	501.403	595.790	585.369	1.682.562	29,8%
Paquete para TB-MR	513.441	529.386	654.626	1.697.453	30,0%
Tuberculosis/VIH	27.811	78.311	39.885	146.007	2,6%
Total general	2.048.084	1.870.818	1.730.047	5.648.949	100%

Fuente: Elaboración propia con información del Plan Nacional (2016-2020), MEGA TB (2015-2017), RP-PNUD y MINSAL.

En el Cuadro 7.5 podemos observar el presupuesto de la nueva asignación del Fondo Mundial para el periodo 2020-2020 distribuida por objeto del gasto, donde los costos relacionados con viajes representan el 27,3% (\$us 1,5 millones), seguido por los Recursos Humanos 16,6% (\$us 995 mil), equipamiento sanitario con el 13,7% (\$us 773 mil), productos farmacéuticos con el 11,3% (\$us 639 mil), costos de administración del programa con el 10,9% (\$us 615 mil) y el restante 19,2% (\$us 1 millón) se distribuyen en los demás costos.

Cuadro 7.5. Presupuesto de la NC Nueva por objeto del gasto (\$us)

Descripción	2020	2021	2022	Total	%
1.0 Recursos Humanos (RRHH)	305.919	313.157	376.799	995.875	17,6%
2.0 Costos relacionados con viajes	392.311	617.133	531.449	1.540.892	27,3%
3.0 Servicios profesionales externos (SPE)	74.643	102.992	35.207	212.842	3,8%
4.0 Productos sanitarios: productos farmacéuticos	228.932	216.615	194.170	639.717	11,3%
5.0 Productos sanitarios: productos no farmacéuticos	96.848	76.815	67.913	241.576	4,3%
6.0 Productos sanitarios: equipamiento	493.140	237.005	43.646	773.791	13,7%
7.0 Costos relacionados con la Gestión de Adquisiciones y Suministros (GAS)	8.070	8.335	8.607	25.012	0,4%
9.0 Equipamiento no sanitario	95.000		141.778	236.778	4,2%
10.0 Material de comunicación y publicaciones	91.589	38.086	56.898	186.573	3,3%
11.0 Costos de administración del programa	203.570	200.718	211.656	615.944	10,9%
12.0 Apoyo económico a clientes y grupos de población meta	58.062	59.962	61.924	179.949	3,2%
Total general	2.048.084	1.870.818	1.730.047	5.648.949	100%

Fuente: Elaboración propia con información del Plan Nacional (2016-2020), MEGA TB (2015-2017), RP-PNUD y MINSAL

En el Cuadro 7.6 se observa el presupuesto de la nueva asignación del Fondo Mundial para el periodo 2020-2022 distribuida por Entidad Ejecutora, donde el Ministerio de Salud es la entidad que presenta un mayor presupuesto con el 81% (\$us 4,5 millones), seguido por el Receptor Principal que es el PNUD con el 12,5% (\$us 708 mil), la Sociedad Civil con el 5,1% (\$us 285 mil) y finalmente la Organización Panamericana de la Salud con el 1,4% (\$us 79 mil).

Cuadro 7.6 Presupuesto de la NC Nueva por entidad Ejecutora (\$us)

Entidad Ejecutora	2020	2021	2022	Total	%
MINSAL	1.697.503	1.544.553	1.333.226	4.575.283	81,0%
OPS	25.631	26.470	27.336	79.437	1,4%
SOC_CIV	110.413	85.259	90.063	285.735	5,1%
UNDP	214.536	214.536	279.422	708.494	12,5%
Total general	2.048.084	1.870.818	1.730.047	5.648.949	100%

Fuente: Elaboración propia con información del Plan Nacional (2016-2020), MEGA TB (2015-2017), RP-PNUD y MINSAL

A continuación se describirán las actividades a ser financiadas con la nueva asignación del Fondo Mundial para el periodo 2020-2022 (Ver Cuadro 7.7).



Cuadro 7.7 Actividades a ser financiadas con la nueva asignación



MÓDULO	ACTIVIDADES	TOTAL \$US
Atencion y prevención de tuberculosis	Actualización del convenio interministerial entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Gobierno.	256
	Actualización, revision e impresión de los formularios de registro, cuadernos, reportes, utilizados para el levantamiento de la información.	6.589
	Capacitación de equipos de diagnostico rapido Gene Xpert	17.093
	Compra de mochilas y poleras para promotores en PPL	8.648
	Consultoria de asistencia técnica y operativa	12.600
	Formación de líderes sociales en TB	4.000
	Formacion de Promotores en Salud en PPL	22.935
	Fortalecer el sistema de supervisiones capacitantes por niveles de atencion y gestion (Coordinacion de red a establecimiento de salud)	87.023
	Fortalecer el sistema de supervisiones capacitantes por niveles de atencion y gestion (departamental a coordinacion de red)	58.212
	Fortalecer el sistema de supervisiones capacitantes por niveles de atencion y gestion (Nivel nacional a establecimiento de salud por muestreo)	15.855
	Fortalecer el sistema de supervisiones capacitantes por niveles de atencion y gestion (nivel nacional al departamental)	37.836
	Fortalecimiento del diagnostico de TB-DR con metodos rapidos (MGIT)	690.730
	Gastos de comunicación	9.257
	Impresión de formularios y libros modificados de acuerdo a la nueva normativa	110.622
	Impresión y socializacion de la Guia de Autoayuda	16.152
	Impresión y socialización de la Guia de promotores de salud	16.152
	Mantenimiento de equipos de diagnostico rapido (MGIT)	13.751
	Material promocional e informativo para las OSCTB	5.000
	Materiales de apoyo para capacitadores pares	5.000
	Pares que visitarían personas con tratamiento de TB	30.000
	Realizacion de Ferias de Salud en Recintos Penitenciarios	83.023
	Reforzar capacidades de liderazgo, participación y control social	18.300
	Relevamiento y evaluacion de tecnologías para la red nacional de laboratorios de TB	41.375
	Reunion anual con instancias departamentales de salud	10.000
	Reunion anual con instancias municipales de salud	9.000
	Reunion anual con instancias nacionales de salud	12.500
	Reunion de evaluacion de TB en Recintos Penitenciarios.	131.875
	Reuniones de Auto Ayuda para pacientes PPL	9.871
	Reuniones mensuales de autoayuda de pacientes y familiares en primer nivel	170.078
	Taller de actualizacion en la normativa a personal de salud a nivel departamental y municipal.	165.473
Taller de actualizacion y validacion de la Guia de Autoayuda para pacientes.	7.618	
Taller de actualizacion y validacion de la Guia de promotores de salud.	6.695	
Transporte de muestras (Equipamiento)	95.000	
Transporte para personal de salud que realiza transferencia de pacientes con Tuberculosis que salen en Libertad	2.501	
FSS - Seguimiento y evaluacion	Capacitación en el Plan y Guía de Monitoreo y Evaluación.	8.889
	Capacitacion en el Sistema de Informacion	27.329
	Capacitación para el llenado correcto del sistema de registro, recolección de datos, procesamiento y análisis de información, verificación de los consolidados de datos, que incorpore el cruce de información para asegurar la consistencia de los datos.	41.444
	Estudio de Gasto TB	12.196
	Evaluacion nacional del Programa de Tuberculosis con participacion de Organizaciones que apoyan al control de la Tuberculosis	27.433
	Seguimiento a la implementacion del Sistema de Informacion	60.804
Taller de actualización y validación de la guía de monitoreo y evaluación	13.810	
Gestion de programas	Auditoria	85.000
	Gastos Generales	369.557
	Planificacion y Administracion del RP	28.723
	Programa Nacional y Departamental - Personal de Gestion	355.305
	Programa Nacional y Departamental - Personal de Salud	330.356
	Recursos Humanos Receptor Principal	310.214
	Seguros	123.969
Transferencia de Recursos al GLC	79.437	

MÓDULO	ACTIVIDADES	TOTAL \$US
Paquete para TB-MR	Adquisición Medicamentos de segunda línea	595.213
	Apoyo con suplementos nutricionales para pacientes TB-DR, durante el tratamiento.	43.947
	Capacitación a miembros del Comité nacional, departamental y puntos focales de TB-DR/RAFA con facilitador internacional.	30.836
	Capacitación baciloscopia (Tipo pasantía en los laboratorios departamentales)	128.443
	Compra de insumos y reactivos para cultivo	197.628
	Compra de material de bioseguridad para Centros de referencia para la atención de pacientes TB-DR/RAFA	38.317
	Consultoría para el plan de transición al tratamiento acortado para DR-MDR	50.651
	Fortalecimiento del Programa de control de Tuberculosis (Equipamiento)	141.778
	Material de bioseguridad (pijama, gorra, guantes y zapatones)	10.051
	Medicamentos de quinta línea	44.504
	Plan de expansión realización del TSyR a todo caso TB BAAR(+) nuevo y retratado: Equipo, instalación y basurero	20.941
	Reunión de evaluación nacional de TB-DR	13.807
	Reuniones de revisión	62.162
	Supervisión a la vigilancia de la TB-DR de la Nacional a los 9 departamentos	21.330
	Supervisión del laboratorio del nivel central al departamental	178.426
	Taller de actualización al personal de salud en la nueva normativa e instrumentos de TB-DR y RAFA	94.405
Transporte de muestras (Courier)	25.012	
Tuberculosis/VIH	Evaluación del modelo de atención TB/VIH	11.019
	Fortalecimiento por los Comités departamentales de confección TB/VIH al personal de salud que brinda atención, por medio del Taller de Capacitación en el manejo de la Guía Práctica de Coinfección TB/VIH	47.092
	Implementar modelo de atención TB/VIH (Ivirgarzama)	5.774
	Implementar modelo de atención TB/VIH (Montero)	5.774
	Reunión Ampliada del Comité Nacional y los comités interprogramáticos departamentales de confección TB/VIH (evaluación de planes de trabajo y análisis de información)	29.000
	Reunión del Comité Interprogramático de Coinfección TB-VIH (compatibilización de información) Regionales	43.545
	Reunión técnica del comité Nacional interprogramático de Coinfección TB/VIH (análisis de información, seguimiento a planes de trabajo)	3.804
Total general		5.648.949

Demanda de calidad no financiada. Dada la reducción de la asignación a Tuberculosis, la demanda de calidad no financiada relacionada con la nota conceptual 2020-2022 asciende a \$us 1.7 millones.

Cuadro 7.87. Demanda de calidad no financiada (\$us)

Módulo	Costo \$us	
Atención y prevención de tuberculosis	797.873	
Módulo	Costo \$US	Posible Financiamiento
Atención y prevención de tuberculosis	856.605	
Adquisición de transportadores de muestra	6.680	MGOB
Fortalecimiento del diagnóstico de TB-DR con métodos rápidos (Equipamiento e insumos)	763.216	OTROS
Reuniones mensuales de autoayuda de pacientes y familiares en primer nivel.	86.709	GAM
Gestión de programas	148.656	
Personal técnico, operativo y administrativo del PDCT	148.656	GAD
Paquete para TB-MR	780.062	
Fortalecimiento y equipamiento de la red de laboratorios	780.062	GAD-MS
TOTAL	1.785.323	

Fuente: Elaboración propia con información del Fondo Mundial

Considerando las competencias nacionales, departamentales y municipales descritas en la Ley 031 (Ley Marco de Autonomías y Descentralización) se tiene las posibles fuentes de financiamiento a las actividades identificadas en la demanda de calidad no financiada:

Adquisición de transportadoras de muestras. Esta actividad está relacionado al transporte de muestras de los centros penitenciarios del país, por tal motivo la dependencia de los mismos se encuentra establecida por el Ministerio de Gobierno (MGOB) y por ende esta sería la posible fuente de financiamiento.

Fortalecimiento del diagnóstico de TB-DR con métodos rápidos. Dada la característica de esta actividad no se considera a los tres niveles del Estado, por tal motivo la fuente de financiamiento sería otros (donación bilateral y/o multilateral)

Reuniones mensuales de autoayuda de pacientes y familiares en primer nivel. Considerando que esta actividad se llevará a cabo en el primer nivel de atención la posible fuente de financiamiento sería los Gobiernos Autónomos Municipales (GAM).

Personal técnico, operativo y administrativo del PDCT. Considerando la característica de esta actividad la posible fuente de financiamiento es los Gobiernos Autónomos Departamentales (GAD).

Fortalecimiento y equipamiento de la red de laboratorios. En esta actividad se debe diferenciar el laboratorio nacional y los laboratorios regionales, por tal motivo el fortalecimiento del laboratorio nacional lo tendría que realizar el Ministerio de Salud (MS) y el fortalecimiento de los laboratorios regionales los GAD.

Como se pudo observar tanto la adquisición de transportadores de muestra, como el fortalecimiento del diagnóstico de TB-DR con métodos rápido (equipamiento) y la red de laboratorios son realizados una sola vez, es decir no son costos recurrentes, por tal motivo la priorización de estos deben ser considerados por el Fondo Mundial si existiese la posibilidad de contar con una mayor financiamiento encima de lo asignado

La Nueva NC y el Plan de Transición. El Plan de Transición para el componente de Tuberculosis asciende a \$us 1,1 millones para el periodo del 2018-2022, de los cuales el 40% (\$us 464 mil) corresponde al objetivo de información estratégica para la toma de decisiones, seguido por la disponibilidad oportuna del medicamento con el 27,5% (\$us 319 mil), la participación activa de las OSC con el 25,8% (\$us 300 mil) y finalmente el objetivo relacionado con actividades relacionadas a la obtención del financiamiento a través de propuestas técnicas y abogacía con el 6,7% (\$us 77 mil).

Cuadro 7.8. Plan de Transición para el componente Tuberculosis (\$us)

COD	Objetivo Estratégico	2018	2019	2020	2021	2022	Total	%
O1	Garantizar de manera integral e intersectorialmente el financiamiento para actividades priorizadas por las Respuestas Nacionales para Tuberculosis, en el marco de competencias de los tres niveles del estado	25.392	9.846	8.756	29.460	4.429	77.882	6,7%
O2	Disponer de información estratégica oportuna y de calidad, para la toma de decisiones y la incidencia política	6.494	170.314	107.408	73.841	106.590	464.647	40,0%
O3	Garantizar la disponibilidad permanente, oportuna y de calidad, de medicamentos, insumos, reactivos y equipos para Tuberculosis en el punto de atención de los usuarios	5.335	20.778	135.078	115.991	42.639	319.822	27,5%
O4	Garantizar la participación efectiva de las OSC, en Tuberculosis articuladas al Estado	8.864	65.233	67.172	98.446	60.587	300.302	25,8%
Total		46.084	266.171	318.415	317.738	214.245	1.162.653	100%
		4,0%	22,9%	27,4%	27,3%	18,4%		

Fuente: Elaboración propia con información del Plan Nacional de Transición (2018-2022).

Es importante mencionar que la Nueva NC contempla varias actividades relacionadas con el Plan Nacional de Transición, las cuales son identificadas en el Cuadro 7.9; es importante mencionar que las actividades relacionadas al Plan Nacional de Transición ascienden a \$us 245 mil y representa el 21,1% del total. Por otro lado las actividades relacionadas con la Nota Conceptual asciende a \$us 353 mil correspondiente al 6,3 % del total.

Cuadro 7.9. Actividades Relacionadas Plan de Transición y NC (\$us)

Objetivo	Actividades Plan de Transición	Actividades Nota Conceptual - FM		
O1	Estudio de financiamiento y gasto para tuberculosis	7.779	Estudio de Gasto TB	12.196
	Elaborar escenarios de financiamiento para tuberculosis	381		
	Estudio de gasto de bolsillo	2.724		
O3	Análisis de información Tuberculosis	29.059	Evaluación nacional del Programa de Tuberculosis con participación de Organizaciones que apoyan al control de la Tuberculosis	27.433
O3	Capacitación al personal de salud para la recolección de la información	36.840	Capacitación para el llenado correcto del sistema de registro, recolección de datos, procesamiento y análisis de información, verificación de los consolidados de datos, que incorpore el cruce de información para asegurar la consistencia de los datos.	41.444
O4	Capacitación de las OSC - Tuberculosis	18.095	Reforzar capacidades de liderazgo, participación y control social	18.300
O4	Sistematización de experiencias de las OSC en adherencia tratamiento - Tuberculosis	10.506	Material promocional e informativo para las OSC/TB	5.000
			Materiales de apoyo para capacitadores pares	5.000
O4	Apoyo de las OSC a los establecimientos en estrategias adherencia tratamiento - Tuberculosis	12.234	Pares que visitarían personas con tratamiento de TB	30.000
O4	Consultoría para la elaboración de propuestas técnicas OSC - Tuberculosis	5.721	Consultoría de asistencia técnica y operativa	12.600
	Consultoría para el diseño de planes de fortalecimiento de las OSC - Tuberculosis	3.677		
	Consultoría para el desarrollo de estrategias adherencia tratamiento - Tuberculosis	3.814		
O4	Desplazamiento de OSC a espacios de análisis - Tuberculosis	31.731	Reunion anual con instancias departamentales de salud	10.000
			Reunion anual con instancias municipales de salud	9.000
			Reunion anual con instancias nacionales de salud	12.500
O4	Gestiones de los servicios de salud con el apoyo de las OSC - Tuberculosis	38.078	Reuniones mensuales	170.078
	Desplazamiento de OSC en actividades realizadas por servicios salud - Tuberculosis	44.424		
		245.064		353.551

Fuente: Elaboración propia con información del Plan Nacional de Transición (2018-2022) y Nota Conceptual.



Cambios sustanciales previstos que requieren una reprogramación de la subvención

Indique las fechas en que se llevarán a cabo las evaluaciones o revisiones del programa y el PEN y se recabarán los resultados de las encuestas y cualquier otra información pertinente que deba tenerse en cuenta si llegara a plantearse la necesidad de una reprogramación sustancial⁶a partir de ahora y hasta la fecha prevista de finalización de las nuevas subvenciones:

Documentos, evaluaciones, encuestas y cualquier otra información pertinente	Disponibilidad prevista (mes/año)	¿Cree que será necesario llevar a cabo una reprogramación sustancial en esa fecha? (S/N)
<i>Comentario: La evaluación del PEN está en función a lo establecido por el Programa Nacional contra la Tuberculosis.</i>		
Evaluación anual de la implementación de la NC	Enero 2021 Enero 2022	Podría ser necesario, sujeto a las metas alcanzadas
<i>(Inserte tantas líneas como sea necesario)</i>		

Nota: todas las solicitudes de financiamiento y las subvenciones resultantes deben cumplir y aplicar el enfoque de solicitud⁷ y los requisitos de cofinanciamiento definidos en la Política de Sostenibilidad, Transición y Cofinanciamiento⁸.

⁶Sírvase consultar la Nota de Política Operativa del Fondo Mundial sobre [reprogramaciones durante la ejecución de la subvención](#).

⁷ Esto implica facilitar intervenciones que respondan a las poblaciones clave y vulnerables y a las barreras y vulnerabilidades relacionadas con los derechos humanos y el género en todos los países, con independencia de su nivel de ingresos.

⁸[Política de Sostenibilidad, Transición y Cofinanciamiento](#), GF/B35/04.



Anexo 23: Inclusión y participación de las poblaciones clave⁹

Inclusión y participación de las poblaciones clave en el proceso de elaboración de la solicitud para la continuación de programa (para más información sobre los programas de malaria, véase la nota a pie de página¹⁰)	
¿Ha sido inclusivo el proceso de elaboración de esta propuesta? ¿Ha tenido en cuenta las opiniones de los representantes de las poblaciones clave y vulnerables, especialmente de aquellas a las que va dirigido el programa?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se ha informado a los representantes de las poblaciones clave y vulnerables acerca del monto de asignación disponible?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso de haberse producido cambios en el contexto de la ejecución (preguntas 1, 2 y 5) o un aumento o reducción de la asignación, ¿se ha consultado con los representantes de las poblaciones clave y vulnerables cómo mitigar los riesgos que tales cambios pueden suponer para la calidad y la sostenibilidad del programa?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se han tenido en cuenta durante el proceso de evaluación las aportaciones de los representantes de las poblaciones clave y vulnerables sobre la calidad, el contenido y la ejecución del programa actual?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>El Programa Nacional de Control Tuberculosis ha establecido una ruta crítica para la elaboración de la presente Nota conceptual, en la misma a establecidos algunos puntos importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conformación de un Comité ampliado y técnico de la elaboración de la Nota Conceptual, con amplia participación de representantes de la sociedad civil, (poblaciones vulnerables y afectadas); sociedades científicas, OPS, PNUD, etc. (Anexo – 24 Actas de reuniones) ➤ Reuniones periódicas de coordinación para presentar el avance de la elaboración de la Nota Conceptual. ➤ Se brindo asistencia técnica a las organizaciones de la sociedad civil (poblaciones afectadas y vulnerables) para el análisis de las brechas de financiamiento del Plan de Fortalecimiento de la Sociedad Civil (Anexo – 25 Plan de Desarrollo de Capacidades de TB – Anexo 26 – Informe del Proceso de Priorización de la Sociedad Civil), para la priorización de actividades que han sido serán incluidas en la actual propuesta. ➤ Diálogo de País inclusivo con amplia participación de los Programas Departamentales, red nacional de laboratorios de tuberculosis, sociedad civil ((poblaciones afectadas y vulnerables); sociedades científicas, OPS, PNUD; Programa Nacional VIH , en la misma se ha realizado la presentación y el análisis a detalle de la Nota Conceptual y la misma que fue aprobada(Anexo- 27 Dialogo País) 	

⁹El Fondo Mundial define las poblaciones clave como grupos que se ven afectados en mayor medida por una de las enfermedades y cuyo acceso a los servicios es limitado. Incluye asimismo a grupos que son criminalizados o marginados de otra manera. Por ejemplo, en el contexto del VIH, entre las poblaciones clave figuran: los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, los trabajadores del sexo, los usuarios de drogas inyectables y las personas que viven con el VIH. El Fondo Mundial reconoce también a las poblaciones vulnerables, que son aquellas que sufren mayores vulnerabilidades en un contexto determinado, por ejemplo, los adolescentes, las mujeres y las niñas, los mineros y las personas con discapacidades. Para consultar la definición completa, visite el siguiente enlace al [sitio web](#) del Fondo Mundial.

¹⁰En el caso de los programas de malaria en los que no estén representadas en el MCP las organizaciones comunitarias o de la sociedad civil dedicadas a esta enfermedad, el solicitante deberá indicar en su respuesta si se ha informado y consultado a estas organizaciones.



Anexos

Anexo 1- Acta proyecto Ivirgarzama

Anexo 2 - Informe del Perfil epidemiológico de la TB en Bolivia

Anexo 3 - Plan Nacional de Control de la TB 2016-2020

Anexo 4 - Guía Técnica del Manejo de la TB-DR

Anexo 5 - Guía Práctica del Manejo de TB-VIH

Anexo 6 – Informe de la Misión del rGLC

Anexo 7 – INE Salario, remuneración y empleo del sector privado 2012 – 2017

Anexo 8 - INE - Hombres y mujeres de Bolivia en cifras

Anexo 9 - Gestión de salud en Bolivia

https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=1999:gestion-de-la-salud-en-bolivia&Itemid=481

Anexo 10 - Encuesta demográfica y de Salud - EDSA 2016

Anexo 11 - Diagnóstico de Necesidades de Fortalecimiento de Laboratorio

Anexo 12 - Manual de Normas Técnicas de Tuberculosis

Anexo 13 - Informe Taller de consulta

Anexo 14 - Convenio interministerial entre el Ministerio de Salud y Ministerio de Gobierno

Anexo 15 - Análisis de brechas e intervenciones NC

Anexo 16 - Informe de RAFAs – PNCT

Anexo 17 - Manual de Normas, procesos y procedimientos para el desarrollo de sistemas informáticos para la gestión de información en salud del SNIS – VE

Anexo 18 - Diagnóstico de necesidades del Sistema de Información

Anexo 19 – Plan de trabajo sistemas de Información

Anexo 20 – Ley 3729 de VIH/SIDA

Anexo 21- Ley 045 contra el racismo y toda forma de discriminación

Anexo 22 – Plan de trabajo Estigma y Discriminación

Anexo 23 - Inclusión y participación de las poblaciones clave

Anexo 24 – Acta de Reuniones Comité de Elaboración de la Nota Conceptual

Anexo 25 - Plan de Desarrollo de Capacidades de TB

Anexo 26 – Informe del Proceso de Priorización de la Sociedad Civil

Anexo 27 – Acta Dialogo País



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA



PLAN NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN BOLIVIA 2016 - 2020

PUBLICACION
424

Serie: Documentos Técnico Normativos

La Paz - Bolivia
2017



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

PLAN NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN BOLIVIA 2016 - 2020



Serie: Documentos Técnico Normativos

La Paz - Bolivia
2017

Ficha Bibliográfica

BO WF200 M665p No.424 2016	Bolivia. Ministerio de Salud. Dirección General de Servicios de Salud. Programa Nacional de Control de Tuberculosis y Lepra. Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016 - 2020./ Ministerio de Salud. La Paz Quatro hermanos, 2017. 94p. : ilus. (Serie: Documentos Técnico-Normativos No. 424) Deposito legal: 4-1-92-17 P.O. I. PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD II. TUBERCULOSIS III. ESTADÍSTICAS DE SALUD IV. CONTROL DE LA TUBERCULOSIS V. SERVICIOS DE SALUD VI. BOLIVIA I. t. 2. Serie
--	--

Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016 – 2020.
Programa Nacional de Control de Tuberculosis/UE/DGSS, Edificio Victor – 3er piso calle Fernando Guachalla N° 342 – Telefono/fax N° 591 – 2 – 2442403, www.minsalud.gob.bo

R.M: 1321 de 30 de diciembre de 2016.

Depósito Legal: 4-1-92-17 P.O.

Elaboración:

- Programa Nacional de Control de Tuberculosis y Lepra (Anexo Editorial).

Sistematización y edición:

- Programa Nacional de Control de Tuberculosis y Lepra

Revisión y aprobación:

- Dr. Denis Mosqueira Salas

Diseño y diagramación:

- Ing. Carlos Alberto Ayala Luna

Comité Técnico de Revisión de Publicaciones / DGPS / MS.

Comité de Identidad Institucional y Publicaciones:

- Dr. Alvaro Terrazas
- Dr. Elias Huanca Q.
- Dra. Miriam Nogales R.
- Lic. Eduardo Humerez F.
- Sr. Miguel Carcamo P.
- Dra. Diana Noya P.
- Dr. Edisson Rodriguez F.
- Lic. Patricia Daza B.

La Paz, Programa Nacional de Control de Tuberculosis – Unidad de Epidemiología – Dirección General de Servicios de Salud – Comité de Identidad Institucional y Publicaciones - Viceministerio de Salud y Promoción – Ministerio de Salud, 2017.

© Ministerio de Salud 2017

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia, se autoriza su reproducción total o parcial, siempre que los fines no sean de lucro, a condición de citar la fuente y la propiedad.

Impreso en Bolivia.

MINISTERIO DE SALUD

AUTORIDADES NACIONALES

Dra. Ariana Campero Nava
MINISTRA DE SALUD

Dr. Álvaro Terrazas Peláez
VICEMINISTRO DE SALUD
Y PROMOCIÓN

Sr. Germán Mamani Huallpa
VICEMINISTRO DE MEDICINA
TRADICIONAL
E INTERCULTURALIDAD

Dr. Rodolfo Rocabado Benavides
DIRECTOR GENERAL
DE SERVICIOS DE SALUD

Dr. Adolfo Zárate Cabello
JEFE a.i. UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA

PRESENTACIÓN

La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, en el actual proceso de cambio está dirigida a lograr para todos los bolivianos y bolivianas el acceso a un sistema de salud universal solidario e intercultural, en el marco estratégico y de priorización de Metas, Resultados y Acciones a ser desarrolladas en el tercer periodo del gobierno de la Revolución Democrática Cultural descritos en el Plan de Desarrollo Económico y Social, para Vivir Bien (PDES 2016-2020).

El PDES 2016-2020 se constituye en el eje sobre el cual giran las políticas sectoriales, que se refleja en el Plan Sectorial de Desarrollo Integral del sector salud 2016-2020, que proponen el control y la eliminación de las enfermedades transmisibles.

El Ministerio de Salud a través del Programa Nacional de Control de Tuberculosis, al identificar a la tuberculosis como un problema crónico, de carácter multifactorial en sus determinantes y causante de altas tasas de morbilidad y mortalidad especialmente en poblaciones pobres y desprotegidas (en el marco de la estrategia mundial TB Post 2015 "**Fin a la Tuberculosis**"), presenta el Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016 - 2020, como instrumento normativo que regule en su aplicación a todos los niveles de gestión del sector salud del Estado Plurinacional de Bolivia.

El Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020 refleja la visión, misión, los objetivos y lineamientos estratégicos, para contribuir al ordenamiento de los recursos técnicos-financieros, medición de avances y una toma de decisiones oportuna en los niveles de gestión descentralizados del Estado Plurinacional de Bolivia con el fin de controlar esta enfermedad.

Dra. Ariana Campero Nava
MINISTRA DE SALUD

RESOLUCIÓN MINISTERIAL



Estado Plurinacional de Bolivia
Ministerio de Salud

Resolución Ministerial Nº 1321

30 DIC 2016

VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que, el Parágrafo I del Artículo 35, de la Constitución Política del Estado, señala que el Estado en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

Que, en el Artículo 36, parágrafo II de la Constitución Política del Estado se establece que el Estado regulará, vigilará y controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud mediante la ley.

Que, el Artículo 37 de la norma precitada, establece que el Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera y se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Que, el Numeral 1 del Parágrafo I del Artículo 81 de la Ley N° 031, Ley Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Ibáñez", de 19 de julio de 2010, dispone que de acuerdo a la competencia del Numeral 17 del Parágrafo II del Artículo 298 y la competencia concurrente del Numeral 2 del Parágrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado, el nivel central del Estado tendrá la competencia de elaborar la política nacional de salud y las normas nacionales que regulen el funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y prácticas relacionados con la salud.

Que, el Numeral 22 del Parágrafo I del Artículo 14 del Decreto Supremo N° 29894, de 07 de febrero de 2009, determina como atribución de las Ministras y los Ministros del Órgano Ejecutivo, en el marco de las competencias asignadas al nivel central en la Constitución Política del Estado, de emitir las resoluciones ministeriales.

Que, el Inciso b) del Artículo 90 del Decreto Supremo N° 29894, señala como atribución de la Ministra(o) de Salud y Deporte, actual Ministra(o) de Salud en el marco de las competencias asignadas al nivel central por la Constitución Política del Estado, de regular, planificar, controlar y conducir el Sistema Nacional de Salud, conformado por los sectores de seguridad social a corto plazo, público y privado con o sin fines de lucro y medicina tradicional.

Que, el Inciso d), del Artículo 90 del Decreto Supremo N° 29894, señala como atribución de la Ministra de Salud y Deportes, de garantizar la salud de la población a través de su promoción, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación.

Que, el Decreto Supremo N° 1868 del 22 de enero de 2014, tiene por objeto modificar el D.S. N° 29894 Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional, y en su Artículo 10 parágrafos III, IV sustituye la denominación de Ministerio de Salud y Deportes por "Ministerio de Salud", también el de Ministra (o) de Salud y Deportes por "Ministra(o) de Salud".

Que, mediante Informe Interno MS/VMysP/DGSS/UE/PNCT/II/29/2016 de 11 de mayo de 2017, elaborado por el Profesional Técnico del Programa Nacional de Control de Tuberculosis, Dr. Niko Rosales Sejas, complementado por el Informe Técnico remitido con la Nota Interna MS/VMysP/DGSS/UE/PNCT/NI/873/2016 de 30 de diciembre de 2016, establecen la viabilidad técnica para la aprobación del "Plan Nacional de Control de la





Estado Plurinacional de Bolivia
Ministerio de Salud

Tuberculosis en Bolivia 2016-2020"

Que, mediante Acta de Reunión de 7 de diciembre de 2016, el Comité de Coordinación Técnica – COCOTEC, aprueba el documento "Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020".

Que, el Informe Legal MS/DGAJ/UAJU/2711/2016 de 30 de diciembre de 2016, concluye que la aprobación del "Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020", no contraviene la normativa vigente y recomienda la emisión de la Resolución Ministerial correspondiente.

PORTANTO:

La **Ministra de Salud**, en uso de las atribuciones que le confiere el Decreto Supremo N° 29894 de 07 de febrero de 2009, de Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional.

RESUELVE:

ARTÍCULO ÚNICO.- Aprobar el documento "Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020" y autorizar la impresión, aplicación y publicación a nivel nacional conforme al texto adjunto en anexo que forma parte integrante e indisoluble de la presente Resolución Ministerial.

El Programa Nacional de Control de Tuberculosis del Ministerio de Salud, queda encargado del estricto cumplimiento y ejecución de la presente Resolución.

Regístrese, comuníquese y archívese.

Ministerio de Salud
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD

Consejo de Grande Excmo
VICEMINISTRA DE SALUD
Y PROMOCIÓN
MINISTERIO DE SALUD

Dra. Arizna Larrosa Nova
MINISTRA DE SALUD
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA



RAVL/VAAN/ABC
RE: PRACT-66287-VMSyP
Adj. 10 indicado

Glosario de términos y abreviaciones

AIOC	Autonomía Indígena Originario Campesina
ARV	Antiretroviral
ASPACONT	Asociación de pacientes y ex pacientes Contra la Tuberculosis
BAAR	Bacilo Acido Alcohol Resistente
BK	Baciloscopia
CEASS	Central de Abastecimiento de Suministros en Salud
CNIDA	Comité Nacional de Integración Docente Asistencial
CNPV	Censo Nacional de Población y Vivienda
DOTS	Directly Observed Treatment Supervised (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado)
DSL	Drogas de Segunda Línea
E&D	Estigma y discriminación
ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ES	Establecimiento de Salud
IC	Intervalo de Confianza
INE	Instituto Nacional de Estadística
IPA	Indice de Parasitosis Anual
LMAD	Ley Marco de Autonomías y descentralización
MCP	Mecanismo de Coordinación País.
MS	Ministerio de Salud
MyE	Monitoreo y Evaluación
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
PDCT	Programa Departamental de Control de Tuberculosis
PEI	Plan Estratégico Institucional
PDES	Plan de Desarrollo Económico y Social

PIB	Producto Interno Bruto
PNC-TB	Plan Nacional de Control de la Tuberculosis
PNSI	Programa Nacional de Salud Intercultural
PMP	Planes de Mediano Plazo
PNCT	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
PN ITS/VIH/Sida/HV	Programa Nacional ITS/VIH/Sida/Hepatitis viral
PPL	Persona Privada de Libertad
PPM	Iniciativa Público – Público y Público – Privada
PSDI	Plan Sectorial de Desarrollo Integral
PSyR	Prueba de Sensibilidad y Resistencia
PVC	Pacientes en Situación Calle
PVV	Personas que Viven con VIH
RAFA	Reacciones Adversas a Fármacos Antituberculosos
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SR	Sintomático Respiratorio
TB	Tuberculosis
TB – DR	Tuberculosis Drogorresistente
TB TSF	Tuberculosis en Todas sus Formas
TBP	Tuberculosis Pulmonar
TBP BAAR (-)	Tuberculosis Pulmonar con baciloscopía negativa
TBP BAAR (+)	Tuberculosis Pulmonar con baciloscopía positiva
TD	Toma de Decisiones
TGN	Tesoro General de la Nación
UDAPE	Unidad de Análisis de Políticas Económicas
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

INTRODUCCIÓN

El Estado Plurinacional de Bolivia, ha ido generando un proceso de transformación social en los últimos años, bajo el paradigma del Vivir Bien, mejorando la calidad de vida y el acceso a la salud, en un modelo inclusivo orientado por la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), estos cambios han generado un efecto importante en el control de la tuberculosis logrando una reducción gradual de la incidencia de la tuberculosis en todas sus formas desde 112,6 por cien mil habitantes el año 2002, hasta 67 por cien mil habitantes el año 2015; no obstante la tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública importante tanto a nivel Mundial como a nivel Nacional afectando principalmente a poblaciones de mayor vulnerabilidad económica y social.

El contexto epidemiológico actual de la tuberculosis plantea la necesidad de fortalecer las estrategias implementadas desde una mirada intersectorial que permita actuar no solo sobre la atención del paciente sino también en la promoción de la salud y los determinantes sociales de la tuberculosis con una amplia participación de los actores involucrados incorporando al sector público, al sector privado y la sociedad civil organizada.

La elaboración del plan, ha contemplado el análisis de las principales brechas, mediante un proceso de diálogo participativo y constructivo, mediante el desarrollo de mesas de trabajo y la conformación de una comisión técnica que ha permitido presentar un marco estratégico coherente con la configuración de la epidemia y la política de salud, estableciendo una estructura lógica de resultados con metas audaces que implican superar una serie de desafíos para lograr la reducción de la carga de tuberculosis en el país y lograr en un futuro deseado la erradicación de esta enfermedad como un problema de salud pública.

El Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020 ha sido desarrollado de manera concertada con las diferentes instancias involucradas, concibiéndose los lineamientos presentados como un conjunto integrado de esfuerzos para garantizar el derecho a la salud, respetando los derechos humanos, con enfoque intercultural, definiéndose como elementos constitutivos: a) la promoción de la salud y prevención de riesgos; b) la atención integral de la tuberculosis desde el diagnóstico hasta la curación, tomando

en cuenta la tuberculosis sensible, la drogorresistencia, las reacciones adversas a los fármacos antituberculosos y las principales comorbilidades asociadas con la tuberculosis; c) intensificación de la investigación científica; d) la implementación de estrategias innovadoras para el control de la tuberculosis eliminando toda forma de estigma y discriminación.

El Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020 es un modelo de gestión por resultados, estructurado en seis capítulos, contiene 6 objetivos estratégicos estructurados desde la política SAFCI. Constituye el instrumento indicativo a nivel Nacional que orienta las intervenciones en el nuevo escenario económico, social y político, planteando estrategias articuladas participativamente con los actores involucrados de acuerdo con la demanda social y el comportamiento y evolución de la epidemia en el país.

PRESENTACIÓN**RESOLUCIÓN MINISTERIAL****Introducción****CAPÍTULO I****CONTEXTO NACIONAL DE LA SALUD EN EL ESTADO****PLURINACIONAL DE BOLIVIA** 7

1.1 Contexto Socioeconómico 7

1.2 Contexto Macroeconómico 8

1.3 Contexto Sociodemográfico 9

1.4 La visión del Desarrollo y la Política de Salud 10

CAPÍTULO II**ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA TUBERCULOSIS****PLURINACIONAL DE BOLIVIA** 15

2.1 Situación de la tuberculosis en Bolivia..... 16

2.2 Progreso de los objetivos del milenio 35

CAPÍTULO III**MARCO ESTRATÉGICO DEL PLAN NACIONAL DE CONTROL****DE LA TUBERCULOSIS EN BOLIVIA 2016 - 2020** 39

3.1 Principales resultados del Plan Estratégico 2008-2015 ... 40

3.2 Determinantes de la Tuberculosis 43

3.3 Principales Desafíos en el Control de la Tuberculosis 44

3.4 Gestión Social Participativa 46

3.5 Ámbito Geográfico y Temporal..... 46

CAPÍTULO IV**VISIÓN, MISIÓN, OBJETIVOS GENERAL Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS****DEL PLAN NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN****BOLIVIA 2016 - 2020**..... 47

4.1 Objetivos Estratégicos..... 48

4.2 Modelo conceptual 49

4.3 Lineamientos estratégicos 50

• Objetivo estratégico 1 51

• Objetivo estratégico 2 54

• Objetivo estratégico 3	58
• Objetivo estratégico 4	60
• Objetivo estratégico 5	62
• Objetivo estratégico 6	63
4.4 La estrategia Mundial y la estrategia Nacional	64

CAPÍTULO V

PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN BOLIVIA 2016-2020

5.1 Objetivos.....	69
5.2 Marco conceptual: Monitoreo y Evaluación del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020.....	70
5.3 Definición de Indicadores.....	73
• Matriz Operacional de Indicadores.....	74
5.4 Sistema de información	89
5.5 Implementación del Plan de Monitoreo y Evaluación	91

CAPÍTULO VI

PRESUPUESTO POR OBJETIVO ESTRATÉGICO, RESULTADO ESPERADO Y LÍNEA ESTRATÉGICA

Anexo I

Proceso Consultivo en la Formulación del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020.....	97
--	----

Anexo II

Anexo Editorial.....	107
----------------------	-----

Anexo III

Bibliografía	111
--------------------	-----

CAPÍTULO I

CONTEXTO NACIONAL DE LA SALUD EN EL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

La Constitución Política del Estado define en su artículo primero, que “Bolivia, se constituye en un Estado Unitario Social de Derecho Plurinacional Comunitario libre, independiente, soberano, democrático, intercultural, descentralizado y con autonomías. Bolivia se funda en la pluralidad y el pluralismo político, económico, jurídico y lingüístico, dentro del proceso integrador del país.

El Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV), realizado el año 2012, registró una población de 10.059.856 con un crecimiento poblacional de 1,71% anual con relación al Censo 2001.

La distribución de la población por edad y sexo concentra 31,4% de la población en el grupo menor de 15 años, encontrándose todavía una estructura por edad joven.

La población se distribuye en una extensión de 1.098.581 Km², lo que determina una densidad poblacional de 9 personas por kilómetro cuadrado, distinguiéndose tres pisos ecológicos definidos: Altiplano 28%, Valle 13% y Llano 59% del territorio nacional.

Política y administrativamente se divide en 9 departamentos, 112 provincias y 339 municipios, encontrándose que aproximadamente 70% de la población se encuentra en los departamentos del eje central del país: La Paz (27,0%), Santa Cruz (26,4%) y Cochabamba (17,5%).

La población es predominantemente urbana con una proporción de 67,5% distribuida en las ciudades capitales, y ciudades intermedias. La economía boliviana, descansa principalmente en actividades relacionadas con hidrocarburos, minería y agricultura, que representan cerca de 3/4 del PIB por actividad económica.

1.1 Contexto Socioeconómico

En los últimos años el Estado Plurinacional de Bolivia ha logrado avances importantes en el desarrollo productivo comunitario, me-

Porando las condiciones de vida de las bolivianas y bolivianos en el marco del "Vivir Bien", que han repercutido en una disminución importante de los niveles de pobreza.

Para el año 2013 el porcentaje de población en situación de extrema pobreza fue de 18,8% registrando una disminución mayor a 20 puntos porcentuales con respecto al año 1996.

Los logros han sido producto de una transformación en las políticas sociales, acompañada de un contexto macroeconómico favorable.

1.2 Contexto Macroeconómico

- Para el año 2013, el valor del PIB a precios de mercado superó los 30.824 millones de USD, lo que significa un PIB per cápita aproximado de US\$ 3.000 por persona (Fuente: Estudio Cuentas de Salud. Ministerio de Salud). El crecimiento económico anual para este año superó el 6%, manteniendo una tendencia creciente, que ha permitido una mejor redistribución del ingreso.
- El gasto total en salud para 2013 asciende a Bs. 10.054 millones (Fuente: Estudio Cuentas de Salud. Ministerio de Salud), registrando un incremento de más de 250% respecto al año 2005 y representando, aproximadamente 6.1% del PIB.
- Para el año 2014 la inversión pública supera los 4.500 millones de USD, recibándose más de 2.000 millones de USD de inversión extranjera directa bruta.
- La expansión de la economía permitió mejorar los niveles salariales aumento en 3,8 veces más con respecto al año 2005, aumentando de 440 Bs. a 1.656 Bs. entre 2005 y 2014.
- La tasa de desempleo abierto en área urbana alcanzó a 4,02% en el año 2.013. La tasa global de participación de la población en el mercado de trabajo para el mismo año asciende a 58,5%, registrando 68,1% en hombres y 49,7% en mujeres.
- En los últimos años se ha conseguido un proceso de estabilización de precios con una tasa de inflación que no ha superado el 6%.
- La balanza comercial ha registrado un saldo favorable, gracias al incremento de los volúmenes de producción y un contexto favorable de los precios internacionales.

1.3 Contexto Sociodemográfico

- La esperanza de vida al nacer, según estimaciones del INE, alcanza a los 69 años.
- Según la ENDSA 2008, la tasa global de fecundidad observada (TGF) es 3,5 hijos por mujer, en área urbana es de 2,8 hijos por mujer y en área rural 4,9 hijos por mujer.
- En adolescentes de 15 a 19 años la tasa específica de fecundidad es de 88 nacimientos por mil mujeres, de acuerdo con la ENDSA 2008.
- Según el Censo 2012:
 - El 94,9% de la población de 15 años y más sabe leer y escribir. La tasa de alfabetismo en mujeres es de 92,3% y en hombres 97,6%.
 - El 24,2% de la población de 19 años y más alcanzó un nivel de educación superior.
 - El 69,1% de las mujeres atendieron su último parto en un establecimiento de salud, registrándose una cobertura de 81,3% en área urbana y en área rural de 69,1%.
 - La cobertura de vacuna pentavalente alcanza a 89,4% de niños y niñas menores de 1 año.
 - El 46,8% de la población boliviana prefiere auto-medicarse cuando enfrenta un problema de salud y 44,8% recurre a soluciones caseras.
 - El consumo promedio de leche es de 55,4 litros por año.
 - La cobertura de agua potable en los hogares es de 85,2% y la cobertura de energía eléctrica es del 85,4%.
 - Entre todas las viviendas el 75,5% están equipadas con aparato de radio, 66,5% con televisor, 65,1% con teléfono fijo o celular y 23,6% con equipo de computación.

En el cuadro siguiente se describe el estado general de la salud y sus determinantes, en el marco de los objetivos de desarrollo del milenio.

Cuadro No. 1

Bolivia: Indicadores seleccionados de la situación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Descripción	Indicador	Año
Esperanza de vida al nacer	69 [años]	2013
Tasa de mortalidad infantil	48,6 [por mil nacidos vivos]	2011
Cobertura de tercera dosis de la vacuna pentavalente	78 %	2012
Cobertura de parto institucional	73 %	2011
Índice de Parasitosis Anual (IPA)	2,1 [por mil nacidos vivos]	2012
Prevalencia de SIDA	83,4 [por millón de habitantes]	2012
Porcentaje de pacientes con TB curados del total de notificados	84,2 %	2012
Tasa de alfabetismo en la población de 15 a 24 años	99,5 %	2012
Tasa de término a 6° de primaria	90,0 %	2011
Porcentaje de población con acceso a agua potable	78,9 %	2012
Porcentaje de población con acceso a servicios de saneamiento básico	49,8 %	2012

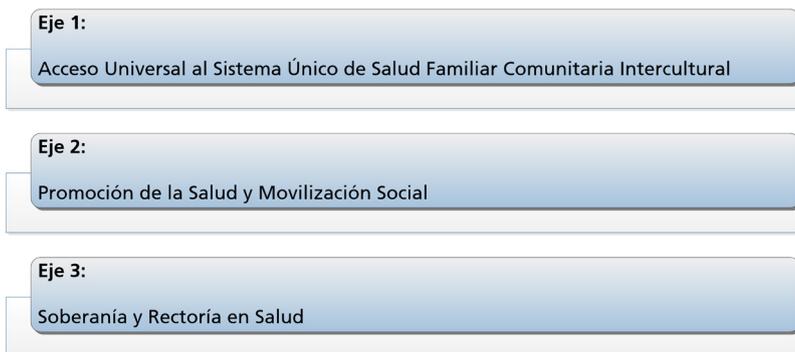
Fuente: Séptimo Informe de Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, UDAPE – 2013

1.4 La Visión de Desarrollo y la Política de Salud

El Plan de Desarrollo Económico Social aprobado mediante Ley N° 786 de 9 de Marzo de 2016 tiene como principal objetivo la erradicación de la extrema y moderada pobreza, plantea como una de las estrategias la: Transformación del modelo de atención y reorganización de las Redes de Salud que respondan al Sistema Único de Salud con personal que presten servicios de calidad y con enfoque cultural y como acción estratégica: Construcción y equipamiento de establecimientos de salud de primer, segundo, tercer y Cuarto Nivel de atención en salud, previendo recursos necesarios para tal efecto.

De acuerdo con la constitución política del Estado, “El sistema de salud es único e incluye la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos”. La política de salud promueve el acceso universal y tiene como objetivo la construcción de un modelo social, económico y estatal basado en la diversidad y lo plurinacional.

La estructura programática de la política de salud se edifica en tres ejes definidos en el Plan de Desarrollo Sectorial 2010-2020 “Hacia la Salud Universal”, que determina el accionar de las diferentes estrategias de respuesta a los problemas de salud:



Los ejes planteados tienen como propósito la consolidación del derecho a la salud a partir de la construcción y desarrollo del sistema único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), con acceso universal y gratuito priorizando la promoción de la salud, la participación y control social, de esta forma contribuir al Vivir Bien y la erradicación de la pobreza e inequidad.

La SAFCI “es la política de salud del Estado Plurinacional de Bolivia, se constituye en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer la salud; complementa y articula recíprocamente al personal de salud y médicos tradicionales de las Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesinos con la persona, familia, comunidad, madre tierra y cosmos, en base a sus organizaciones en la Gestión Participativa y Control Social y la Atención Integral Intercultural de la Salud”¹

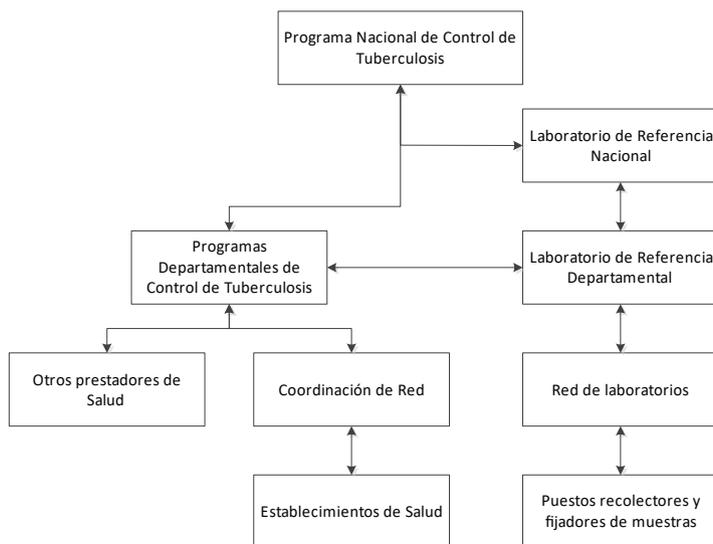
¹ Ministerio de Salud. “Salud Familiar Comunitaria Intercultural”. La Paz – Bolivia, 2013.

En este escenario la salud es concebida como un proceso multidimensional que responde a una serie de factores y determinantes² como los estilos de vida de la población y la interacción con el medio ambiente, por lo tanto la solución a los problemas de salud involucra acciones multisectoriales integrales que trasciendan la sola atención sanitaria.

La promoción de la salud es un proceso político de movilización social, intersectorial, transformador de los determinantes de la salud que se realiza en corresponsabilidad entre la población organizada, las autoridades, el sector salud y otros sectores.

La política SAFCI busca la transformación de los factores educativos, vivienda y servicios básicos, producción y otros para generar protección de la salud.

Modelo de atención en salud



² Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las diferencias e inequidades en el acceso y en el estado de salud de las personas. Los determinantes pueden ser biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. La casi totalidad de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos factores de tipo biológico. La incidencia de unos sobre otros es tal que no pueden disociarse, a no ser que se quiera tender al reduccionismo simplista que no conduce a parte alguna.

La atención de la tuberculosis se rige por 4 líneas fuerza: 1) cobertura, 2) calidad y calidez, 3) eficacia y 4) eficiencia, que definen su proceso administrativo de a) planificación y programación, b) organización y coordinación, c) ejecución, supervisión y seguimiento y d) control y evaluación, articuladas por un principio rector del Programa Nacional de Control de Tuberculosis y que es operativizado mediante los programas departamentales y laboratorios, cuyas acciones concretas se articulan en los establecimientos de salud.

CAPÍTULO II

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA TUBERCULOSIS A NIVEL MUNDIAL Y NACIONAL

La tuberculosis es causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que generalmente afecta a los pulmones, es curable y se puede prevenir; no obstante de acuerdo con la OPS/OMS constituye la segunda causa mundial de mortalidad, causada por un agente infeccioso, después del SIDA, a nivel mundial, además es una de las cinco causas principales de muerte en las mujeres entre 15 y 44 años.

En las personas que viven con VIH, la tuberculosis es la causa principal de muerte causando una cuarta parte de las defunciones en este grupo poblacional.

Para el año 2013 se registra que 9 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,5 millones murieron por esta enfermedad. Más del 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos. Se estima también para el mismo año que 550.000 niños enfermaron de tuberculosis y 80.000 niños seronegativos murieron de tuberculosis. Se calcula que 480.000 personas desarrollaron tuberculosis multirresistente a nivel mundial en 2013. La tuberculosis es una pandemia que se presenta en todo el mundo, aunque el mayor número de casos el 2013 ocurrió en Asia Sudoriental y en regiones del Pacífico Occidental, a la que correspondió el 56% de los casos nuevos en el mundo. No obstante, ese mismo año África tuvo la mayor tasa de incidencia, más de 280 casos por 100.000 habitantes.

En 2013, alrededor del 80% de los casos de tuberculosis se presentaron en 22 países. En algunos países se está produciendo una disminución considerable de los casos, pero en otros el número de casos están descendiendo muy lentamente. Brasil y China, por ejemplo, se cuentan entre los 22 países donde se observó un descenso sostenido de los casos de tuberculosis en los últimos 20 años.

La región de las Américas para el año 2013 representó el 3% de la carga mundial de tuberculosis, notificándose 219.000 casos nuevos con una tasa de incidencia de 23 casos por cien mil habitantes

frente a una estimación de 29 casos por cien mil habitantes. Asumiéndose una brecha de detección de 60.000 casos respecto a las estimaciones.

En la región Brasil, Perú, México y Haití concentran 61% de los casos de tuberculosis.

En la gestión 2013 la cobertura de prueba de VIH en pacientes con tuberculosis fue de 57%. Del total de pacientes con tuberculosis que se hicieron una prueba de VIH 16% dio un resultado positivo. Con respecto a la cobertura de tratamiento el 77% de los casos TB-VIH recibieron terapia antirretroviral y 64% tratamiento para la tuberculosis.

De acuerdo a la OPS/OMS para el 2013 se estimó 6.911 casos de tuberculosis multidrogorresistente, la notificación para la misma gestión alcanzó a 3.366 casos (49 % de la estimación), reportándose que el 90% de los casos notificados habría iniciado el tratamiento correspondiente.

16

2.1 Situación de la tuberculosis en Bolivia

Aunque es complejo determinar el inicio de la epidemia en el país, es posible encontrar una visibilización del problema durante la guerra del Chaco (1932-1935), desde entonces se ha producido una expansión de casos, alcanzando el año 2013 8.327 casos nuevos lo que representa una tasa de incidencia de 54 personas con tuberculosis por cada 100 mil habitantes. La tuberculosis pulmonar, BAAR (+) es la de mayor concentración en el país representando el 72% de los casos nuevos notificados para el 2014.

En el Estado Plurinacional de Bolivia, la tuberculosis afecta a la población en general, aunque existen poblaciones de mayor vulnerabilidad como es el caso de las personas que viven con VIH/SIDA (PVV), población privada de libertad (PPL), población indígena originaria campesina, población en situación de calle (PVC), fuerzas armadas, entre otros.

Bolivia ha dado grandes pasos en la lucha contra la tuberculosis, principalmente en los últimos años reduciendo la incidencia bajo el liderazgo del Ministerio de Salud a través del Programa Nacional de Control de Tuberculosis y los Programas Departamentales logrando

fortalecer las actividades de seguimiento a los pacientes para que puedan concluir su tratamiento, desarrollando alianzas estratégicas con Organizaciones Sociales y representantes de Pueblos Indígena Originario Campesinos. Se han generado sinergias positivas con la sociedad civil, para articular estrategias participativas, capacitando a ex-pacientes, principalmente de la Asociación de Pacientes contra la Tuberculosis (ASPACONT) como promotores de salud que cooperan en el seguimiento y las actividades informativas sobre la tuberculosis.

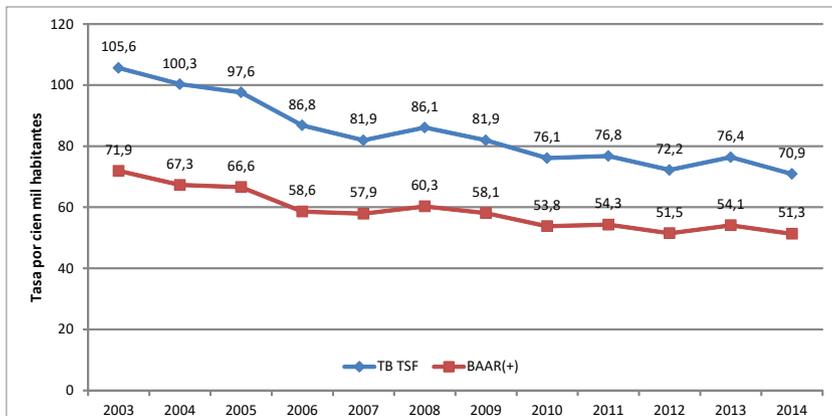
Incidencia de tuberculosis

Se ha registrado una tendencia decreciente en la tasa de incidencia de la tuberculosis en todas sus formas (TB TSF) en 3,2% promedio anual, desde 105,6 por cien mil habitantes el 2003 hasta 70,9 por cien mil habitantes el año 2014. La incidencia de la tuberculosis pulmonar BAAR (+) muestra también una tendencia descendente en 2,8% promedio anual.

Aunque estos indicadores muestren una evolución favorable, no se puede asumir el control de la enfermedad, debido a la subnotificación, la alta carga bacilar al momento del diagnóstico y la captación tardía de estos pacientes.

Gráfico 1

Tasas de incidencia de TB TSF y TBP BAAR (+). Bolivia 2003 – 2014

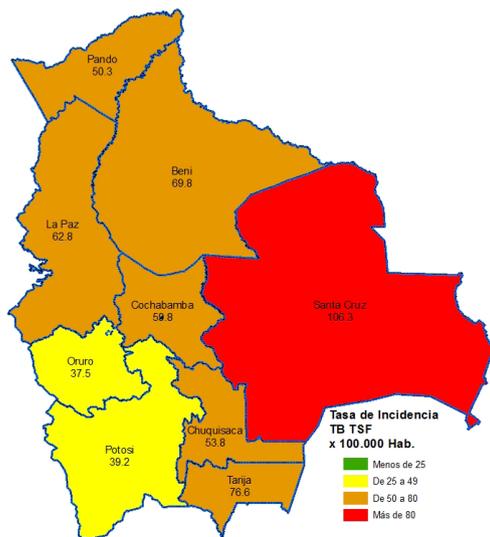


Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

³ Las tasas de incidencia del 2014, han sido calculadas tomando en cuenta las estimaciones poblacionales realizadas a partir de los resultados del Censo 2012.

La distribución geográfica de la incidencia notificada de TB TSF no es homogénea, de tal manera que en el año 2014, el Departamento de Santa Cruz notificó una tasa de TB muy alta (>80 casos/100.000); los Departamentos de Pando, Beni, La Paz, Cochabamba, Chuquisaca y Tarija presentan incidencia alta (50 – 80/100.000) y las regiones de Potosí y Oruro presentan niveles de incidencia moderada (25 - 49 casos/100.000) (Mapa 1).

Mapa 1
Incidencia notificada de TB TSF por departamentos.
Bolivia 2014



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Si bien para el 2014 las tasas de incidencia más elevadas se encuentran en los Departamentos de Santa Cruz, Tarija y Beni, en los dos últimos Departamentos la elevada incidencia es dada por la baja densidad de población, con una menor cantidad de casos en números absolutos. Por otra parte, los Departamentos de La Paz y Cochabamba tienen tasas más altas junto con Santa Cruz representando el 78,4% de la carga de enfermedad del país, correspondiendo el 39,6% de los casos reportados al Departamento de Santa Cruz. (Tabla 1).

Tabla 1
Número de casos e incidencia TB TSF por Departamentos.
Bolivia 2014

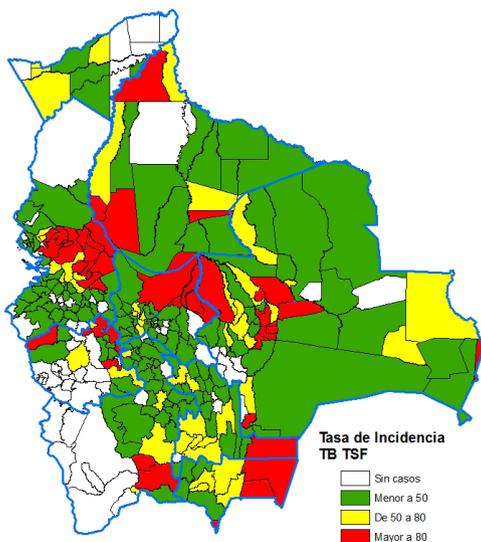
Departamento	Población	Casos TB TSF		Tasa de incidencia
		n	%	
LA PAZ	2.887.075	1.814	24,0	62,8
ORURO	525.099	197	2,6	37,5
POTOSI	879.204	345	4,6	39,2
COCHABAMBA	1.871.452	1.119	14,8	59,8
CHUQUISACA	617.174	332	4,4	53,8
TARIJA	513.389	393	5,2	76,6
SANTA CRUZ	2.822.385	3.000	39,6	106,3
BENI	448.227	313	4,1	69,8
PANDO	117.356	59	0,8	50,3
TOTAL	10.681.361	7.572	100	70,9

Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Del total de 339 municipios del país, 261 (77,4%) notificaron casos de tuberculosis en el año 2014. En 82 municipios la tasa de incidencia es baja (<25 casos por 100.000 habitantes), en 79 la incidencia es moderada (25 – 49 casos por 100.000 habitantes), en 54 municipios la incidencia es alta (50 a 79 casos por 100.000 habitantes) y 46 municipios del país registran una tasa de incidencia muy alta (>80 casos por 100.000 habitantes). Los Departamentos con mayor número de municipios con incidencia muy alta) son La Paz (15 municipios), Santa Cruz (11 municipios) y Cochabamba (5 municipios). Un total de 76 municipios no han notificado casos de TB en el 2014, la mayoría de los cuales se encuentran en La Paz (20), Oruro (19), Potosí, (10) y Santa Cruz (8). (Tabla 2).

Mapa 2

Tasa de incidencia de tuberculosis TB TSF por municipios. Bolivia 2014



20

Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

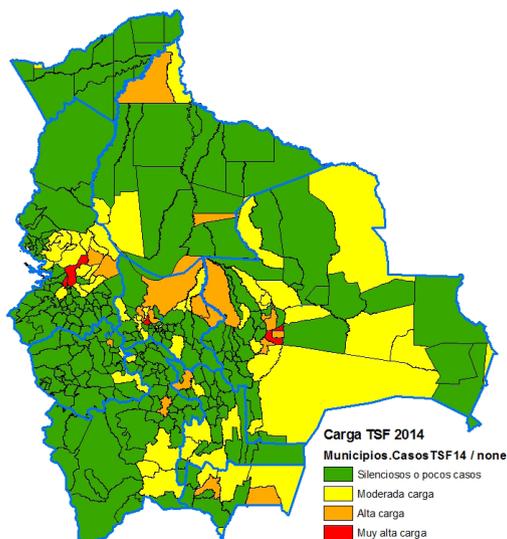
Tabla 2
Número de Municipios por Departamento según incidencia TB TSF.
Bolivia 2014

Departamento	Incidencia				
	Sin notificación	Baja (< 25)	Moderada (25 - 50)	Alta (50 - 80)	Muy alta (> 80)
LA PAZ	20	24	18	8	15
ORURO	19	6	2	3	5
POTOSI	10	11	13	4	2
COCHABAMBA	7	15	13	7	5
CHUQUISACA	3	9	8	8	1
TARIJA	0	2	2	4	3
SANTA CRUZ	8	9	15	13	11
BENI	2	5	5	3	4
PANDO	7	1	3	4	0
TOTAL	76	82	79	54	46

Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Por otro lado, se ha estratificado a los municipios según carga de enfermedad en muy alta (>300 casos de TB TSF), alta (50 a 300 casos de TB TSF), moderada (10 a 49 casos de TB TSF) y baja (<10 casos), conforme se observa en el Mapa 3 y la Tabla 3. Cabe resaltar que en los municipios de alta carga se notifican el 56% (243/432) de las recaídas, el 55,5% (10/18) y 73, 26% (74/101) de los abandonos en pacientes en categoría de retratados.

Mapa 3
Carga de TB TSF por Municipios. Bolivia 2014



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Tabla 3
Número de Municipios por Departamentos según carga de enfermedad (TB TSF). Bolivia 2014

Departamento	Carga de Enfermedad			
	Muy alta (> 300) casos	Alta (50 a 300) casos	Moderada (10 a 49) casos	Baja (< 10) casos
TOTAL DE MUNICIPIOS	4	19	60	254
LA PAZ	2	2	16	66
ORURO	0	1	2	32
POTOSI	0	1	4	35
COCHABAMBA	1	5	11	30
CHUQUISACA	0	1	5	23
TARIJA	0	2	4	5
SANTA CRUZ	1	5	15	35
BENI	0	2	3	14
PANDO	0	0	1	14

Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

En cuanto al área de residencia no se encuentran grandes diferencias en las tasas de incidencia, aunque probablemente se trate de un problema de sub notificación en el contexto rural. Para el año 2014 se notificaron 4.237 casos, TB TSF en el área urbana⁴ lo que significa una incidencia de 56,98 por cien mil habitantes; mientras que en área rural se tiene una notificación de 3.333 casos que implica una tasa de incidencia de 44,02 por cien mil habitantes.

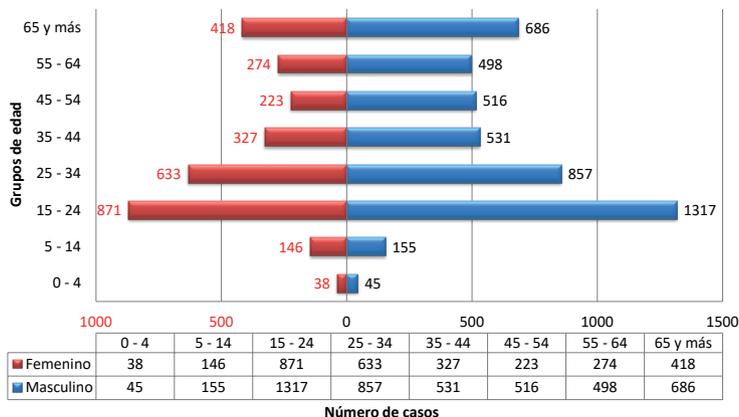
La distribución de casos por edad y sexo muestra que existe un mayor impacto en la población de 15 a 34 años lo que evidencia que el contagio de la enfermedad se inicia a edades tempranas, además de ser predominantemente masculina, existe una razón de 1,6 hombres por una mujer. El impacto social de la tuberculosis se manifiesta con mayor fuerza en la población en edad de trabajar, potencialmente activa en la economía del país.

Para poder asumir un control efectivo de la enfermedad, lo que se espera es que el grupo afectado este comprendido en las etapas

⁴ Para la estimación de la incidencia urbana se consideran a los municipios capitales de departamento y la ciudad de El Alto.

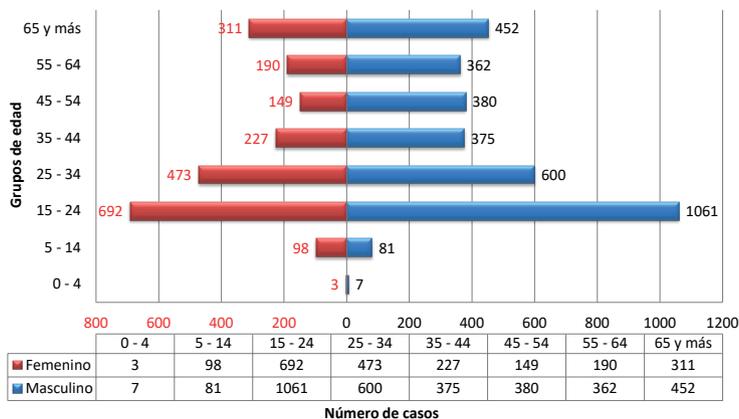
finales de la vida ya que este grupo es más propenso a sufrir desnutrición por cualquier causa, además de la comorbilidad de enfermedades crónicas y la posibilidad de haber tenido tuberculosis. Todo lo anterior constituye factores de riesgo presentes en este grupo que los hace más susceptibles a padecer esta enfermedad.

Gráfico 2
Número de casos nuevos de TB TSF por grupo de edad y sexo.
Bolivia 2014



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Gráfico 3
Número de casos nuevos de TBP BAAR (+) por grupo de edad y sexo.
Bolivia 2014



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Al analizar los casos de TB en niños, observamos que el 77,4 % (305/394) de los casos se observaron en el grupo de 5 a 14 años. En cuanto a las formas de TB TSF en esta población el 76,6% (302/394) son pulmonares, el 48 % fueron BAAR (+) y el 23,4% fueron formas extra-pulmonares (Tabla 4).

Tabla 4
Formas de TB en niños. Bolivia 2014

Formas	N	%
TB TSF	394	100
TBP	302	76,6
TBP BAAR (+)	189	48,0
TBP BAAR (-)	113	37%
TB – EP	92	23,4

Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

24

El 57.6% (227/394) de los casos de TB TSF en niños fueron diagnosticados en el Departamento de Santa Cruz. De éstos el 60,6% de los casos fueron TBP y el 47,8% extrapulmonares. (Tabla 5).

Tabla 5
Formas de TB en niños según Departamentos. Bolivia 2014

DEPARTAMENTO	TB TSF		TBP		TBP BK(+)		TB - EP	
	n	%	n	%	n	%	n	%
LA PAZ	53	13.5	32	10.6	28	14.8	21	22.8
ORURO	5	1.3	3	1.0	3	1.6	2	2.2
POTOSÍ	9	2.3	5	1.7	2	1.1	4	4.3
COCHABAMBA	44	11.2	34	11.3	23	12.2	10	10.9
CHUQUISACA	31	7.9	27	8.9	2	1.1	4	4.3
TARIJA	13	3.3	11	3.6	9	4.8	2	2.2
SANTA CRUZ	227	57.6	183	60.6	117	61.9	44	47.8
BENI	11	2.8	6	2.0	5	2.6	5	5.4
PANDO	1	0.3	1	0.3	0	0.0	0	0.0
TOTAL	394	100	302	100	189	100	92	100

Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

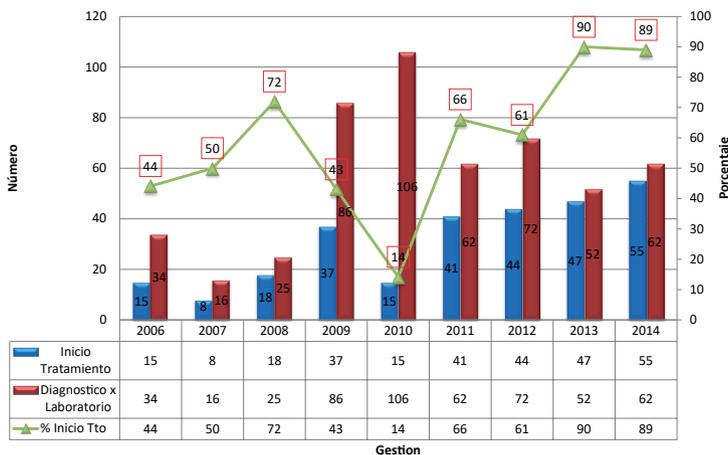
Tuberculosis Drogoresistente

El año 2014 Bolivia notificó 62 casos de TB-DR (RR/MDR-TB), de los cuales 55 casos son TB-MDR. Los departamentos de mayor carga de TB-MDR son: Santa Cruz, Cochabamba y La Paz que en conjunto notifican el 85% de los casos.

Ahora bien, no todos los pacientes diagnosticados iniciaron tratamiento, existiendo una brecha entre el diagnóstico e inicio de tratamiento, siendo múltiples las causas que van desde el tiempo de demora para obtener los resultados del cultivo, la PSyR, así como la negación del paciente para el inicio de tratamiento.

Con referencia a los casos TB-MDR diagnosticados y notificados que iniciaron tratamiento, se observa un incremento sustancial a partir del año 2006 de los cuales iniciaron tratamiento el 44% (15/34) y al 2014 un 88% (55/62).

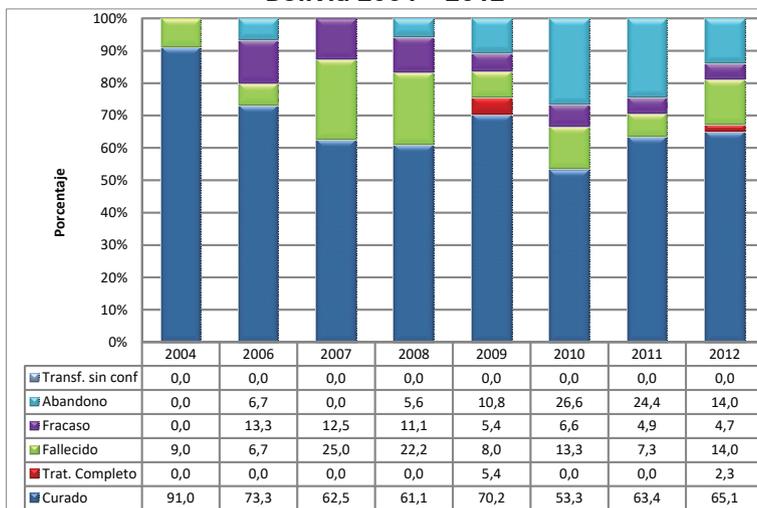
Gráfico 4
Número y porcentaje de pacientes TB-MDR que inician tratamiento, número de pacientes TB MDR reportados por laboratorio.
Bolivia 2006 – 2014



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

En la cohorte de tratamiento del año 2012 el éxito de tratamiento de los casos TB-MDR fue de 65%, es decir no se alcanza la meta de curación de 75%, afectado por el elevado número de casos de abandonos (14%) y fallecidos (14%).

Gráfico 5
Resultados de tratamiento de pacientes TB-MDR.
Bolivia 2004 – 2012



26

Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Por otro lado, se ha identificado 2 casos de TB XDR, confirmados bacteriológicamente con PSyR en el Laboratorio de Referencia Nacional.

La situación de la TB-DR representa un importante desafío y gran prioridad en el control de la TB en Bolivia, especialmente en los Departamentos de mayor carga (Santa Cruz, Cochabamba y La Paz), por las connotaciones negativas en la transmisión de bacilos resistentes y las consecuencias en los pacientes, la familia, sociedad, además de la eficacia de los sistemas de salud.

Situación Operacional del Control de la Tuberculosis

Bolivia identifica el 85% (90.969/106.814) de los sintomáticos respiratorios esperados (SRE), siendo los Departamentos con mayor brecha de identificación: La Paz, Cochabamba, Potosí y Oruro (Tabla 9).

Se identifica el 51,3% de los casos de TBP BAAR (+) esperados, siendo los Departamentos con mayor brecha de detección La Paz, Cochabamba, Potosí y Santa Cruz (Tabla 10), situación requiere un análisis profundo, teniendo en cuenta que el 74% (56/76) de los municipios silenciosos están situados en los Departamentos de la La

Paz, Cochabamba, Potosí y Oruro.

Tabla 6
Número de SR esperados e Identificados por Departamento.
Bolivia 2014

Departamento	SR esperados	SR Identificados	Brecha	Porcentaje brecha
BENI	4.482	3.527	955	21%
COCHABAMBA	18.715	12.978	5.737	31%
CHUQUISACA	6.172	7.984	--	0%
LA PAZ	28.871	19.895	8.976	31%
ORURO	5.250	3.793	1.457	28%
PANDO	1.174	1.167	7	1%
POTOSÍ	8.792	7.132	1.660	19%
SANTA CRUZ	28.224	28.631	--	0%
TARIJA	5.134	5.862	--	0%
TOTAL	106.814	90.969	18.792	18%

Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Tabla 7
Número de casos de TBP BAAR (+) esperados e Identificados por Departamento. Bolivia 2014

Departamento	TBPBAAR(+) esperados	TBP BAAR(+) Identificados	Brecha	Porcentaje brecha
BENI	448	255	193	43%
COCHABAMBA	1.871	812	1.059	56%
CHUQUISACA	617	249	368	59%
LA PAZ	2.887	1.177	1.710	59%
ORURO	525	105	420	80%
PANDO	117	49	68	58%
POTOSÍ	879	205	674	76%
SANTA CRUZ	2.822	2.343	479	16%
TARIJA	513	291	222	43%
TOTAL	10.679	5.486	5.193	48%

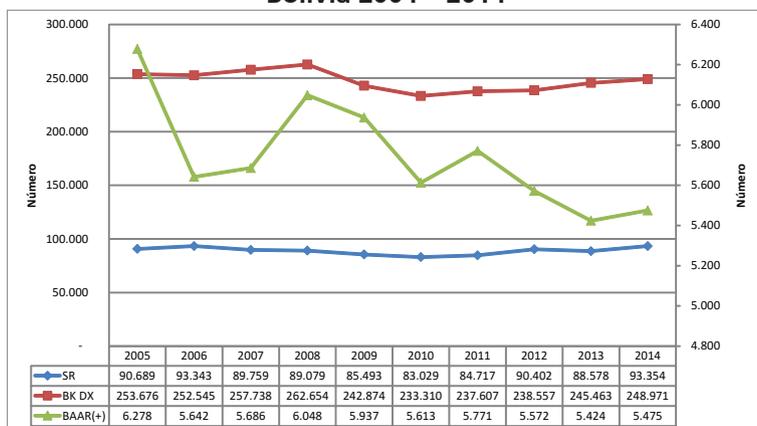
Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

La detección de SR y baciloscopías diagnósticas efectuadas entre el 2004 al 2014 se ha mantenido estable, con mínimas variaciones anuales. En el periodo 2004 – 2014, se examinan 17,1 SR por cada caso de TBP BAAR (+) en el mismo periodo el número de baciloscopías por Sintomático Respiratorio fue de 2,7.

Si bien el número de SR identificados (periodo 2004 – 2014) no está lejos de lo estimado (1% de la población que vive en el área de influencia de cada establecimiento de salud), la tendencia del número de casos de TBP BAAR (+) en general acompañó a las variaciones de SR identificados. Esta situación podría explicarse por la dificultad en la identificación del Sintomático Respiratorio en consulta externa del primer nivel de atención, a esto se suma que los pacientes acuden a los hospitales de tercer nivel de referencia departamental en los que no se notifican los SR captados, repercutiendo en la programación establecida.

28

Gráfico 6
Número de SR, baciloscopías diagnósticas y TBP BAAR (+).
Bolivia 2004 – 2014



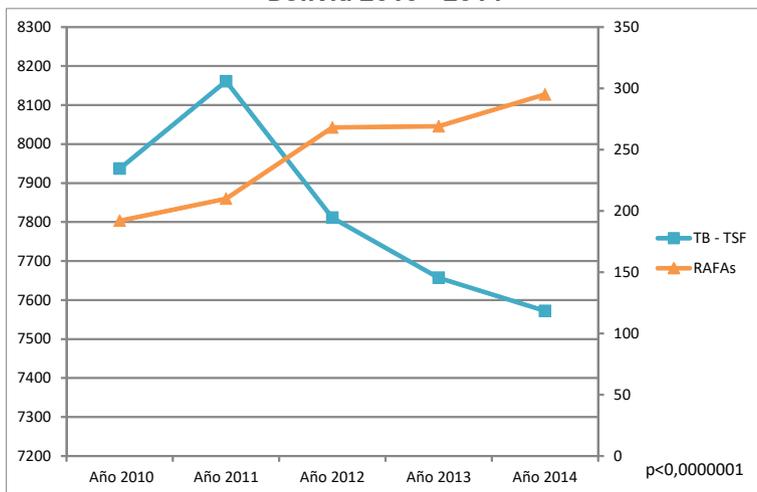
Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Reacciones Adversas a Fármacos Antituberculosos (RAFA)

En los últimos 5 años se han notificado Reacciones Adversas a Medicamentos Antituberculosos (RAFA), las cuales mostraron un incremento significativo ($p < 0,0000001$) entre el año 2010 (2,4%) y el 2014 (3,8%) como se observa en el Gráfico 4, resultado de una mejora en la notificación, la implementación de una guía para la

detección y manejo de las reacciones adversas a fármacos antituberculosos en el año 2011 y a la designación de los puntos focales en los departamentos.

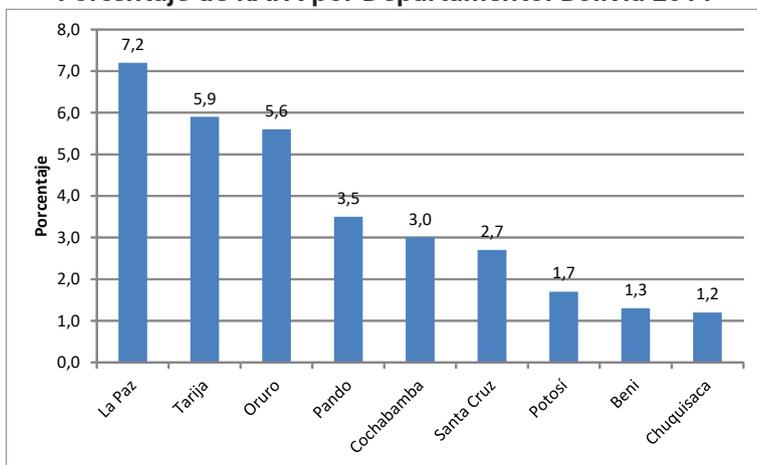
Gráfico 7
Número de casos de TB TSF y RAFA a primera línea gestión.
Bolivia 2010 - 2014



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Con el actual tratamiento antituberculoso en base a Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida, Etambutol y Estreptomina, se espera hasta un 3% que presenten reacción adversa a fármacos antituberculosos; siendo por lo general los medicamentos antituberculosos de primera línea bien tolerados, sin embargo para la gestión 2014 los Departamentos de La Paz, Tarija, Oruro y Pando sobrepasaron el umbral de espera de acuerdo a la relación de los casos RAFA notificados entre el total de tuberculosis todas sus formas.

Gráfico 8
Porcentaje de RAFA por Departamento. Bolivia 2014



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

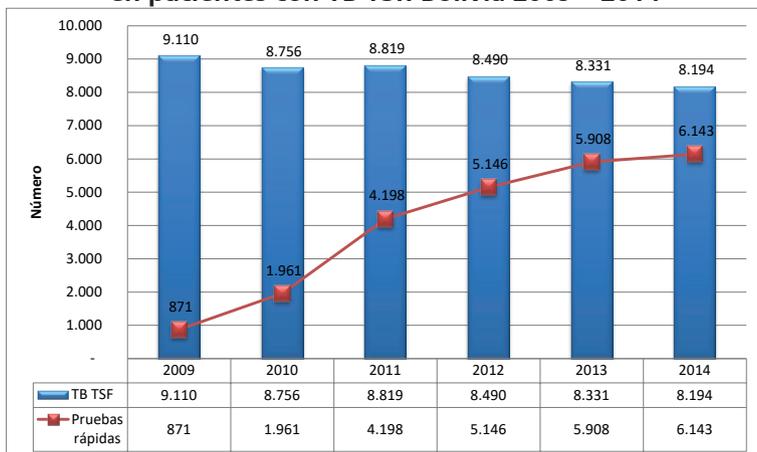
Coinfección TB/VIH

La epidemia VIH en Bolivia es concentrada, con una prevalencia estimada en población general de 0,4 (Estimaciones y Proyecciones 2014, EPP – Spectrum) y en algunas poblaciones de riesgo es de 11,60% en población gay, bisexual, población trans y HSH (SEMVBO 2008). Un estudio más reciente mostró una prevalencia de 19,7% en mujeres trans (EPV – TRANS, 2010).

Desde el inicio de la epidemia a marzo del 2013, se han registrado 11.042 casos de VIH/SIDA, de las cuales el 80% corresponden a infección por VIH y 20% a casos de SIDA. La mayor prevalencia de casos se ha registrado en Santa Cruz, Cochabamba y La Paz.

En el 2014 se tiene registrado la realización de la prueba de VIH al 74,9% de los pacientes con TB. Si bien la cobertura no alcanza la meta de 100% la misma se incrementó considerablemente puesto que en el año 2009, alcanzaba solo el 9.6%.

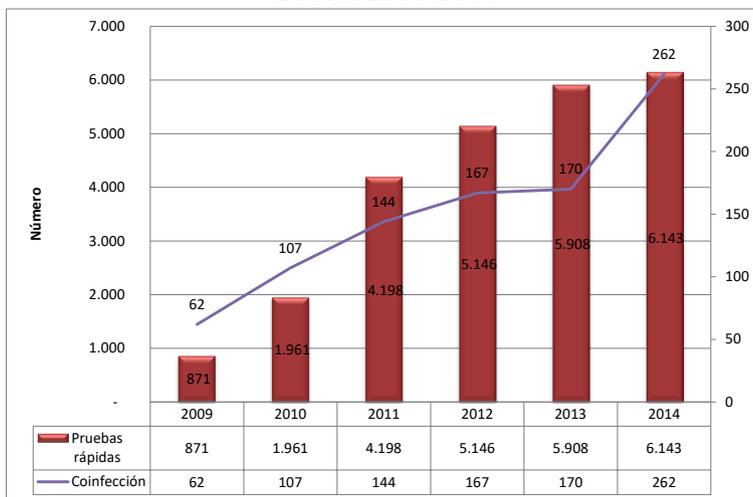
Gráfico 9
Número de casos de TB TSF y pruebas rápidas de VIH en pacientes con TB TSF. Bolivia 2009 – 2014



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Así como se incrementó la oferta de prueba rápida para VIH en pacientes con tuberculosis también aumentó los casos de coinfección TB/VIH de 62 casos para el 2009 a 262 para el 2014. Gráfico N° 7.

Gráfico 10
Número de casos de TB TSF y de casos de Coinfección TB/VIH. Bolivia 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

En el año 2013, el 2,9% de los pacientes con TB resultaron positivos para el VIH; ese mismo año 18% estaban en Terapia preventiva con Cotrimoxazol (TPC) y 82% con terapia antiretroviral (TARV) y no se registraron pacientes con terapia preventiva con Isoniacida (TPI). Los Programas de VIH y Tuberculosis en Bolivia cuentan con un Comité Nacional de Coordinación Interprogramática de TB/VIH-SIDA, cuyo trabajo conjunto e integrado ha logrado grandes avances para el control de la Coinfección TB/VIH en Bolivia.

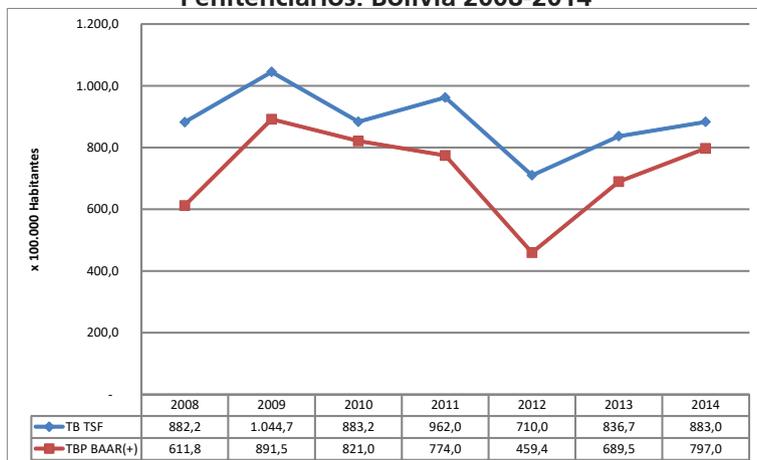
Personas Privadas de Libertad

Según datos del Informe sobre el Ejercicio de los Derechos Humanos en el Estado Plurinacional de Bolivia, Defensoría del Pueblo, para la gestión 2013 se reporta 14.770 personas privadas de libertad, los cuales se encuentran distribuidos en 19 cárceles y 56 carceletas.

El 79,4% de las personas privadas de libertad se encuentran en detención preventiva, solo el 20,6% tienen sentencia, las capacidades para albergar a las PPL esta por encima de lo permitido, lo cual favorece al hacinamiento. La población carcelaria fluctuante es de 12.122 PPL, con una incidencia de TB TSF de 882,9 casos por 100.000 habitantes y una tasa de incidencia de 796 por 100.000 habitantes de TBP BAAR (+)

32

Gráfico 11
Tasa de incidencia notificada de TB TSF y TBP BAAR (+) Centros Penitenciarios. Bolivia 2008-2014



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Las cárceles con mayor carga de enfermedad, mayor población y condiciones de hacinamiento son: Palmasola y Montero del Departamento de Santa Cruz; San Pedro, Centro de Orientación Femenina de Miraflores y Centro de Orientación Femenina de Obrajes del Departamento de la Paz; Mocoví del Departamento de Beni; El Abra, San Sebastián Varones y San Antonio del Departamento de Cochabamba, con una población de 9.575, que en el 2014 reportaron 98 casos, lo que hace una incidencia de 1023,5 casos por 100.000 habitantes.

Los Centros Penitenciarios con mayor incidencia de Tuberculosis: son Mocovi del Departamento de Beni (3935,2/100.000 hab.), Montero de Santa Cruz (3.125/100.000 hab.), San Antonio del Departamento de Cochabamba (1415/100.000 hab.) y Palmasola del Departamento de Santa Cruz (1236,7/100000 hab.).

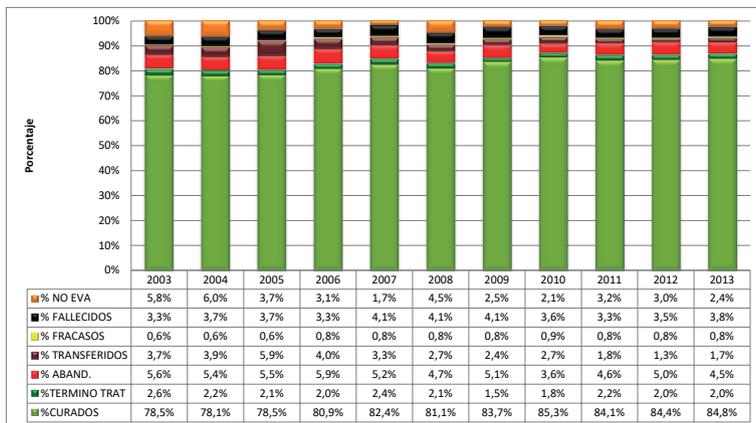
La elevada incidencia de la TB TSF en la PPL, es 11,3 veces superior a la observada en población general. Por otro lado, los casos nuevos TB BAAR (+) representan el 90.2% de los casos notificados en el 2014, lo que demuestra un alto grado de transmisibilidad de la enfermedad al interior de los Centros Penitenciarios.

33

Análisis de Cohorte

Los gráficos siguientes resumen la situación de la TBP BAAR (+) para la cohorte I del periodo 2003 hasta la gestión 2013, según se observa la tasa de curación muestra una tendencia ascendente de 78,5% a 84.4%; mientras que la tasa de abandonos tiene una tendencia estacionaria con un promedio del 5% por encima de los niveles de aceptación referencial, como consecuencia de factores socioeconómicos.

Gráfico 12
Cohorte casos nuevos TBP BAAR (+) notificados.
Bolivia 2003 – 2013

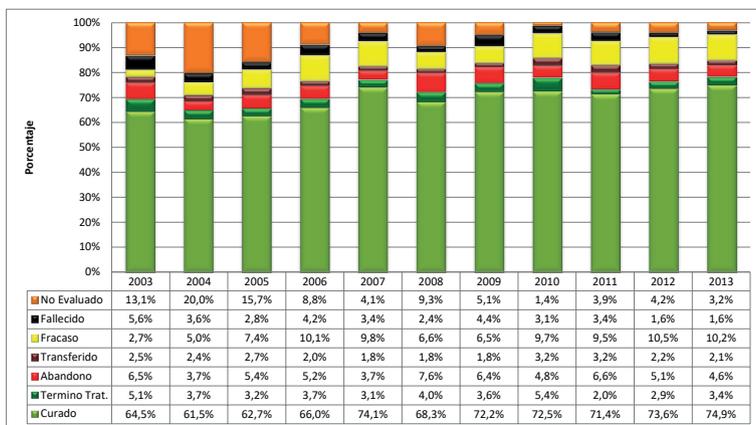


Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

34

En los pacientes previamente tratados, entre los años 2003 y 2013 se observa una tendencia creciente en el porcentaje de curación de 64,5% a 73,8%, un descenso de la tasa de fallecidos de 5,6% a 4,5% y un incrementándose la tasa de abandonos de 6,5% a 10%.

Gráfico 13
Cohorte casos previamente tratados TBP BAAR (+) notificados.
Bolivia 2003- 2012



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

2.2 Progreso de los objetivos del milenio

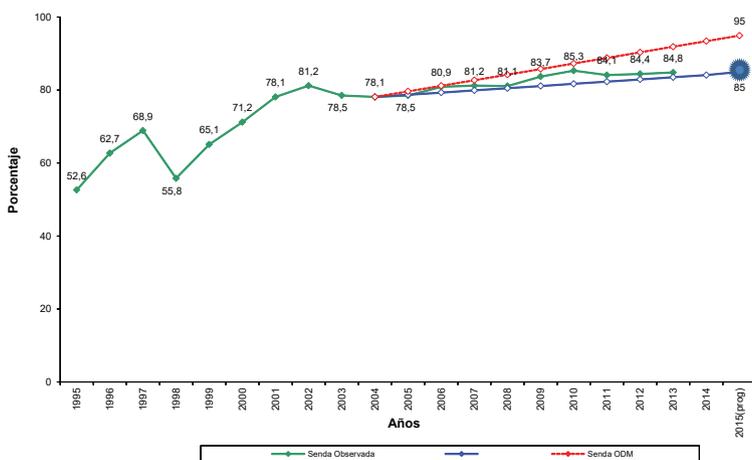
En los últimos años se han producido grandes avances en la lucha contra la tuberculosis, a nivel mundial, regional y nacional; no obstante aún sigue siendo un importante problema de salud pública y una de las principales causas de mortalidad, que se acentúa por la coinfección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la pobreza, la falta de acceso a servicios de salud de calidad, y el debilitamiento de los programas de control de tuberculosis.

El Estado Plurinacional de Bolivia, tiene 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio, el objetivo 6 es "Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades", e incluye el Objetivo 6 C: "Detener y comenzar la incidencia de TB al 2015 en relación a 1990" que se mide con el indicador "Disminuir la prevalencia y mortalidad en 50% al 2.015 respecto a 1.990".

En la gestión 2013, del total de casos nuevos de Tuberculosis Pulmonar BAAR(+) se registra una tasa de curación de 84,4% respecto al total de casos notificados.

35

Gráfica 14
Evolución del porcentaje de casos curados de tuberculosis pulmonar BAAR (+) del total notificados. Bolivia 1995-2013



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

En la gestión 2013, 3.7% de los pacientes fallecieron, la tendencia del porcentaje de pacientes fallecidos durante el tratamiento permanece casi invariable en las gestiones, no pudiéndose llegar a la meta del 2%, esto debido principalmente a que los pacientes ingresados en tratamiento llegan en estadios avanzados de la enfermedad, y con otras patologías asociadas (silicosis, diabetes, etc.) Bolivia alcanzó la meta del indicador de prevalencia con una reducción de la misma en 50% al comparar los datos del año 1990 con los del 2013. Asimismo, Bolivia alcanzó la meta de mortalidad con una reducción de la misma en 50% en el mismo periodo de comparación.

No se ha logrado cumplir con la meta de porcentaje de abandono del 3%, llegándose a un promedio de 4,4% de casos nuevos de TBP BAAR (+) que abandonaron el tratamiento, esto refuerza la necesidad de fortalecer el seguimiento a estos pacientes para controlar el desarrollo de resistencia a fármacos de primera línea.

36

La tendencia de las tasas de incidencia notificadas de TBP BAAR (+), TBP BAAR (-), es decreciente desde la gestión 2004, atendiendo a la disminución de la vigilancia de la TB en los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención y no así a la disminución de la enfermedad en la población ya que los pacientes TBP BAAR (+) presentan diagnóstico tardío al momento de su detección (dos y tres cruces).

A Nivel Nacional Santa Cruz es el departamento con más alta incidencia con una tasa de 85.3 x 100.000 habitantes, seguido por Beni con 58.3 por 100.000 habitantes y Tarija con 58.1 x 100.000 habitantes, el resto de los Departamentos presentan tasas inferiores a 50 casos x 100.000 habitantes.

De acuerdo con el análisis de los progresos en torno a los Objetivos del Milenio, se identifican los siguientes factores obstaculizadores en el logro de las metas definidas para el control de la tuberculosis:

- Factores socio-económicos, culturales y hábitos de conducta inadecuada en los pacientes que dificulta el cumplimiento del tratamiento.
- Dificultades en la captación oportuna de los pacientes (diagnóstico en estadios avanzados de la enfermedad).
- Dificultad geográfica para el acceso de los pacientes a Estable-

cimientos de Salud.

- Sistema de salud debilitado:
 - Insuficientes recursos humanos.
 - Alta rotación de personal (contratos eventuales).
 - Insuficientes recursos económicos para actualización del recurso humano en la normativa de Tuberculosis.
 - Insuficientes recursos económicos para el seguimiento del paciente, en el marco de la estrategia DOTS.
 - Débil coordinación entre el Laboratorio Departamental de Tuberculosis y Programa Departamental y viceversa, para atender necesidades de infraestructura, recursos humanos, equipamiento, supervisión y capacitación.

CAPÍTULO III

MARCO ESTRATÉGICO DEL PLAN NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN BOLIVIA 2016- 2020

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa crónica, que aún presenta una elevada morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Su curación requiere el cumplimiento de un tratamiento de 6 a 9 meses y su control a nivel comunitario exige la revisión de los contactos con la finalidad de diagnosticar y tratar precozmente a infectados o enfermos. La tuberculosis es una enfermedad vinculada con la pobreza, por lo que constituye una de las principales áreas de intervención de la política de salud.

En la 65ª Asamblea Mundial de Salud en mayo 2012, los Estados miembros y otros solicitaron a la OMS desarrollar una estrategia y objetivos nuevos para después del 2015 y presentarlos a los Estados Miembros en la 67ª Asamblea Mundial de la Salud en 2014, en la cual se definió la Estrategia Mundial TB Post 2015, cuya visión es “un mundo libre de tuberculosis” con cero muertes, cero enfermedad y cero sufrimiento debido a la tuberculosis. La estrategia TB post 2015, se edifica sobre los siguientes pilares: 1) atención y prevención integrada a la TB centrada en el paciente, 2) políticas audaces y sistema de soporte, y 3) investigación e innovación intensificadas. Estos pilares, definen como meta poner fin a la epidemia mundial de TB proponiéndose un 95% de reducción de las muertes por TB (comparadas al 2015) y 90% de reducción de la tasa de incidencia de TB (< 10/100.000) al 2035. En Bolivia la tasa de incidencia de tuberculosis es superior a 50 casos por cada 100.000 habitantes. En los últimos años, se han dado pasos importantes en las políticas de salud, iniciando un proceso de transición a un nuevo modelo. La participación social ha sido un componente fundamental para generar cambios en la política social con fuertes impactos en el sector educativo y con avances importantes en el sector salud.

La respuesta nacional y el abordaje de la problemática de tuberculosis, demandan esfuerzos y acciones conjuntas de diferentes sectores y actores, lo que significa un alto grado de participación, consenso, compromiso y responsabilidad de las instancias gubernamentales y no gubernamentales. Las acciones intersectoriales para disminuir la incidencia de la tuberculosis son un conjunto de acciones desa-

rolladas desde la política pública articuladas a la estructura social en el marco de la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia y el respeto a los derechos humanos.

3.1 Principales resultados del Plan Estratégico 2008-2015

El año 2008 en el marco de las políticas de salud y los lineamientos del Plan de Desarrollo del Sector Salud 2006-2010, orientado a “mejorar la calidad de vida y salud de los bolivianos” y contribuir a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se definió el Plan Estratégico de Control de Tuberculosis en Bolivia 2008-2015, aprobado por Resolución Ministerial Nro. 542, 29 de junio 2008, que instruye al PNCT, su implementación y cumplimiento como decisión política fundamental. El Plan 2008-2015, se edificó sobre la Política SAFCI, el Plan Regional de Control de la TB para las Américas y el Plan Global “Alto a la Tuberculosis”.

El Plan Estratégico 2008-2015 ha sido estructurado fundamentalmente como un plan vinculado a las funciones del PNCT, que se planteó como visión que “la tuberculosis no representará un problema de salud pública”, siendo la misión definida “vigilar y controlar la tuberculosis brindando atención integral con calidad, equidad y eficiencia a la población en general”. Las metas definidas en el Plan Estratégico fueron adoptadas esencialmente a partir de los lineamientos de la estrategia “Alto a la Tuberculosis”:

- Detectar el 70% de casos estimados de TBP BAAR (+).
- Tratar exitosamente al 85% de los mismos.
- Reducir a la mitad la prevalencia y mortalidad por TB al 2015 con respecto a 1990.
- Eliminar la TB como problema de salud pública para el 2015.

Hacia la conclusión del Plan 2008-2015 y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, frente a un escenario de políticas orientadas al aseguramiento universal y la sostenibilidad, se determinó la necesidad de replantear las estrategias y reevaluar los objetivos en el contexto del estado de situación de las intervenciones, relacionadas con el Plan 2008-2015, para tal efecto se han contemplado 4 perspectivas de análisis:

- **Perspectiva de valor público:** El PNCT se encuentra posicionado en el sistema de salud, sin embargo su accionar está en gran

medida limitado a su estructura programática, con un moderado relacionamiento con otros programas de salud y con sectores encontrándose temas pendientes en la promoción de la salud y la prevención de riesgos.

- **Perspectiva de procesos:** El Plan Estratégico 2008-2015 no presenta una clara relación causa-efecto y medio-fin, lo que ha dificultado establecer un sistema de información de los indicadores limitando la posibilidad de medir efectos e impactos atribuibles a la implementación del Plan.
- **Perspectiva financiera:** A lo largo de los años de vigencia del Plan se han ejecutado una serie de actividades definidas en el mismo; sin embargo no necesariamente se encuentran vinculadas a los objetivos por lo que no se estructura un encadenamiento entre presupuesto, actividades, procesos y resultados.
- **Perspectiva de criterios:** El Plan Estratégico 2008-2015 guarda coherencia con los Planes nacionales, regionales y se vincula con otros Planes del sector salud, en la medida que ha sido edificado en el marco del "Vivir Bien"; no obstante se debe tomar en cuenta el marco de la política de salud considerando el nuevo escenario de las autonomías.

Principales resultados de la evaluación del Plan Estratégico 2008-2015:

- Alcance de curación en 84%, para el año 2012, en pacientes TB BAAR (+) bajo DOTS, debido al reforzamiento de las actividades en los niveles operativos departamentales.
- Implementación de las actividades de colaboración TB/VIH, ampliando la cobertura de oferta de prueba de VIH a pacientes con TB, alcanzando más de 5.000 personas para el año 2013. En esta misma línea se ha logrado mejorar las acciones colaborativas mediante planes de trabajo conjuntos, aunque faltan compatibilizar esfuerzos para mejorar la atención de la coinfección TB/VIH.
- Fortalecimiento de la vigilancia de epidemiológica, prevención y atención de la TB-DR bajo normas, alcanzando una cobertura de 80,4% en pacientes curados al año 2013.
- Ampliación de la vigilancia y control de la tuberculosis en personas privados de libertad con una cobertura de 94,2% en pacientes TBP BAAR (+) curados. En esta línea no existe evidencia de un alcance específico en otras poblaciones vulnerables como la población indígena, migrantes y fuerzas armadas.
- Fortalecimiento a la Red Nacional de Laboratorios con base en

estándares internacionales de calidad, alcanzado a 67% de la red el año 2013, frente a una meta del 100%.

- Implementación de la estrategia de Atención Integral de TB y Enfermedades Respiratorias (AITER/ASPA), en 143 de 251 municipios priorizados para el año 2013, con una cobertura de 57%. A nivel de establecimientos de salud esta cobertura alcanza a 28,6% también para el año 2013.
- Implementación de la iniciativa Público-Público y Público-Privada (PPM) bajo las normas del PNCT, incorporando a 212 de 554 de proveedores de salud incorporados y aplicando normas nacionales de TB, lo que representa una cobertura de 38,3% para el año 2013.
- Aplicación de estrategia de abogacía, comunicación, movilización social y participación comunitaria que para el 2008 habría implicado un 78,6% de personas que poseen conocimientos correctos acerca de la tuberculosis (transmisión, tratamiento, prevención), posterior a ese año no se cuenta con mayor evidencia al respecto.
- Respecto al diseño y ejecución de investigaciones operativas, clínicas y epidemiológicas de TB, sólo se ha logrado realizar estudios, siendo esta línea una de las que mayor fortalecimiento requiere.

42

Entre las principales debilidades en la formulación del Plan Estratégico 2008-2015 se identificaron:

- Un proceso de programa, débilmente articulado a la estrategia "Alto a la tuberculosis", con una frágil estructura estratégica que no permite identificar la disposición lógica de las intervenciones propuestas.
- Una débil definición del mandato social y su participación.
- No se encuentra claridad entre las asignaciones y necesidades de recursos, ocasionando ser complejo establecer indicadores de efectividad e impacto.

Elementos para fortalecer las intervenciones del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020

Las cifras muestran que en Bolivia la tuberculosis constituye todavía un problema de salud pública, con una alta carga de la enfermedad en los departamentos del eje central.

Este escenario ha establecido la necesidad de fortalecer las intervenciones desde una perspectiva multisectorial con una participación activa de los actores involucrados con responsabilidades definidas, en la respuesta nacional, generando prácticas colaborativas y facilitadoras contemplando los elementos siguientes:

- Un plan con enfoque multisectorial, articulado interna y externamente.
- Un plan que cuente con el respaldo jurídico necesario con competencias definidas en cada nivel de gestión en el marco de las autonomías.
- Un plan que incorpore de manera transversal los principios de derechos humanos, interculturalidad, género y generacional.
- Un plan solvente, con metas realistas, con una estructura técnica y financiera, con un presupuesto suficiente en función a las necesidades de recursos.
- Un plan concebido dentro del modelo de gestión compartida, SAFCI, en base a los principios de interculturalidad, intersectorialidad, integralidad y participación comunitaria.

3.2 Determinantes de la Tuberculosis

El éxito de las estrategias propuestas descansa en el desarrollo de sinergias que favorezcan una evolución adecuada de los determinantes socioeconómicos de la tuberculosis en particular y de la salud en general. Esto supone mejorar las condiciones de vida, logrando reducir gradualmente la pobreza mejorando tanto el nivel de ingreso como cerrando las brechas de las carencias de educación, salud, vivienda y servicios básicos. Se plantean como retos y desafíos, para la coordinación con otros sectores de desarrollo:

- Mejorar el estado nutricional de la población en general y de las personas afectadas con tuberculosis, mejorando tanto la cantidad como la calidad de alimentación, lo cual supone superar las barreras de inseguridad alimentaria, mejorar la diversidad de alimentos, mejorando los sistemas de producción y abastecimiento tanto en los contextos urbanos como rurales. La mejora de la nutrición tiene que ver con acciones directas que permitan superar los niveles de pobreza, brindar la orientación nutricional correspondiente en la familia, la comunidad y el centro de salud y fortalecer el apoyo de la familia y la comunidad, en el marco de la promoción de la salud.

- Mejorar las condiciones de habitabilidad, mediante programas de vivienda social que logren reducir el hacinamiento en el que viven muchos de los hogares bolivianos, además se debe lograr el acceso universal a los servicios básicos, como métodos de prevención de los contagios.
- Mejorar las condiciones educativas de la población, siendo un determinante directo del acceso a la salud, se deben fortalecer las estrategias que eviten la deserción escolar, promover que las personas alcancen mayores niveles de escolaridad cerrando las brechas hombre-mujer y urbano-rural.
- Incluir en la currícula educativa, temas transversales de promoción de la salud y prevención de riesgos de la tuberculosis en un modelo integral que abarque la problemática general de la prevención y atención de enfermedades.

3.3 Principales Desafíos en el Control de la Tuberculosis

En la Promoción de la Salud y la Prevención de Riesgos:

- Responsabilidad del equipo de salud para la proyección comunitaria.
- Promover el respeto, aceptación y valoración de sentires de conocimientos y prácticas.
- Fortalecer la complementariedad con la medicina tradicional.
- Fortalecer la adecuación intercultural en la atención de salud.
- Planificar la gestión en salud con la estructura social.

En la Atención Integral de Salud:

- Contar con una Red de Establecimientos de Salud y Laboratorios con recurso humano sensibilizado y capacitado, adecuadamente equipados, según niveles de complejidad, de forma que pueda lograrse una atención integral, en un modelo de gestión desconcentrado y definido según las competencias autonómicas del nivel Municipal, Departamental y Nacional.
- Fortalecer continuamente la atención integral, implementando prácticas exitosas e innovadoras en el tratamiento médico para mejorar la calidad de la atención.
- Fortalecer el sistema logístico de suministro de insumos y reactivos para la Red de Laboratorios y los medicamentos necesarios para la Red de Establecimientos de Salud.
- Sensibilizar al entorno familiar y la comunidad acerca de la problemática de la tuberculosis y la drogoresistencia para lograr una atención y curación integral libre de estigma y discrimina-

ción.

- Detectar y manejar adecuadamente a los casos RAFA en los establecimientos de salud.
- Diagnosticar y tratar de manera oportuna a los pacientes TB-DR, contando con una red de laboratorios fortalecida para realizar el cultivo y aislamiento de micobacterias de acuerdo a métodos bacteriológicos oficiales certificados.
- Lograr que la atención de la TB-DR y RAFA sea incluida en las prestaciones del Seguro Integral de Salud.
- Fortalecer y ampliar el sistema colaborativo continuo, intersectorial, que defina responsabilidades claras entre los diferentes programas involucrados para lograr una gestión eficiente de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en las personas afectadas por otras enfermedades, según el contexto de la epidemia.
- Fortalecer el sistema de información que permita una vigilancia efectiva en la integralidad de la red de servicios articulado al SNIS, para sentar las bases que logren un abordaje integral de la problemática, generando información estratégica para la toma de decisiones.

45

En el Desarrollo de Estudios e Investigaciones:

- Definir una agenda de investigaciones de manera participativa con enfoque en la promoción y prevención de acuerdo al contexto de la epidemia, que incluya temas necesarios y precisos que sirvan para identificar situaciones explícitas y permitan tomar decisiones a nivel local y nacional.
- Promover la formación de expertas y expertos en investigación social, clínica e investigaciones operativas que permitan generar evidencia sólida y respuestas efectivas a la problemática de la tuberculosis.

En la Lucha Contra el Estigma y Discriminación:

- Desarrollar acciones que fomenten las oportunidades y estabilidad educativa, estabilidad laboral y estabilidad social de las personas afectadas por la tuberculosis.
- Promover el ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas afectadas tanto en la población general como en las poblaciones de mayor vulnerabilidad.
- Promover prácticas y actitudes de respeto y aceptación hacia las personas con tuberculosis.

3.4 Gestión Social Participativa

El Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020 es un instrumento estructurado a partir de la demanda social, orientado a lograr un impacto en la población general y población afectada, que define objetivos y resultados en un tiempo definido, con compromisos y responsabilidades claras de los diferentes sectores y actores involucrados en la respuesta nacional a la tuberculosis, contemplando a las siguientes instancias:

- Instituciones del Sector Público: Salud, Educación, Justicia, Autonomías, representaciones de salud de las gobernaciones departamentales y representación de los gobiernos municipales.
- Cooperación para el desarrollo: Receptor Principal del Fondo Mundial, OPS/OMS.
- Organizaciones de personas afectadas por la tuberculosis.
- Organizaciones de la Sociedad Civil.
- Instituciones académicas.
- Estructura social de salud.
- Otras instituciones y representaciones.

46

3.5 Ámbito geográfico y temporal

El Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020 es de aplicación Nacional y se constituye como un instrumento orientador para la definición de los Planes Estratégicos Institucionales (PEI) y Planes de Mediano Plazo (PMP) de las instituciones sectoriales nacionales y locales involucradas en la respuesta nacional a la tuberculosis, de acuerdo con la evolución de dicha respuesta el Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020 podrá ser ajustado según la evidencia generada y los avances en las diferentes áreas de intervención, principalmente en cuanto a los indicadores definidos para cada uno de los niveles de objetivos.

Dada la heterogeneidad del país, el impacto de la tuberculosis es diferente en los ámbitos Departamentales y Municipales, en este marco el El Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020 priorizará estrategias y acciones tomando en cuenta a la carga de tuberculosis definida por la enfermedad en los 339 municipios del país, considerando también los determinantes demográficos y socioeconómicos a nivel municipal, descritos en el Anexo 4.

CAPÍTULO IV

VISIÓN, MISIÓN, OBJETIVOS Y LINEAMIENTOS DEL PLAN NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN BOLIVIA 2016 - 2020

MISIÓN

El Estado Plurinacional de Bolivia controla la Tuberculosis, mediante acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos e investigación, en beneficio de los afectados y la población en general reconociendo el derecho, la atención y gestión participativa en salud, en base a prácticas eficientes, eficaces y sostenibles.

VISIÓN

Toda la población en el territorio boliviano, conoce y ejerce plenamente su derecho a la salud; cumple sus responsabilidades con la salud de la familia/comunidad y accede gratuitamente a servicios de salud integral, intercultural y de calidad.

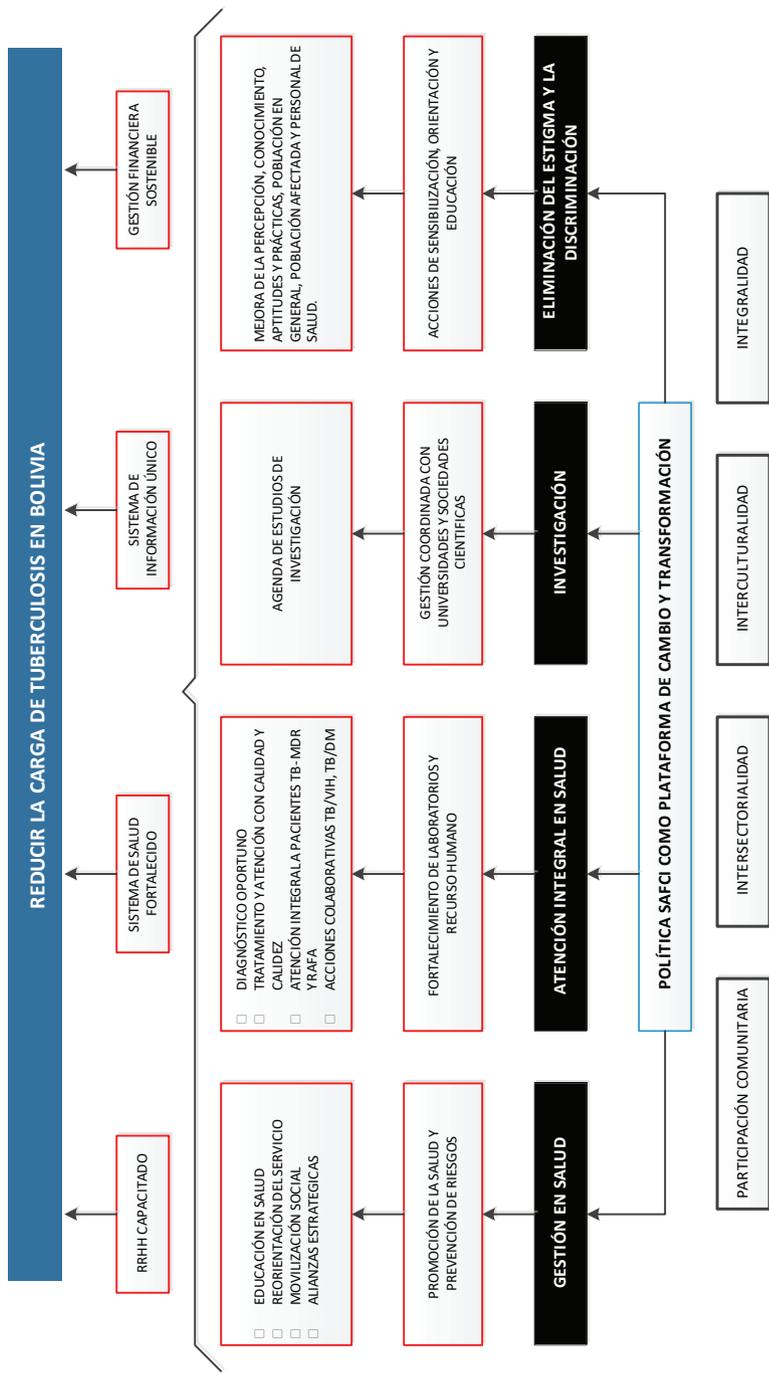
OBJETIVO GENERAL

Disminuir la alta carga de la tuberculosis y sus determinantes sociales, mediante esfuerzos articulados entre niveles de gestión multisectorial y sociedad civil, respetando los derechos humanos, para mejorar la calidad de vida de los afectados y la población en general.

4.1 Objetivos Estratégicos

OE1	Fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos en la población en general y poblaciones de mayor vulnerabilidad, con el objeto de identificar la determinación social del proceso salud - enfermedad (las transversales o inequidades en salud como género, violencia, salud ambiental, interculturalidad, discriminación en todas sus formas) y abordarla para su transformación, fomentando prácticas que favorezcan el cuidado de la salud.
OE2	Fortalecer el acceso universal con equidad de la población en general y las poblaciones de mayor vulnerabilidad a un diagnóstico oportuno, un tratamiento con calidad y calidez previniendo el abandono del tratamiento y promoviendo una curación efectiva.
OE3	Fortalecer la atención integral de: <ol style="list-style-type: none"> 1. Tuberculosis drogorresistente (TB-DR). 2. Reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFA).
OE4	Desarrollar acciones colaborativas eficaces y eficientes, con los programas de VIH y Enfermedades no Transmisibles.
OE5	Desarrollar estudios, investigaciones y evaluaciones, de acuerdo con el contexto social y perfil epidemiológico de la tuberculosis en el país.
OE6	Desarrollar estrategias innovadoras en el control de la tuberculosis con énfasis en la eliminación del estigma y discriminación.

4.2 Modelo Conceptual



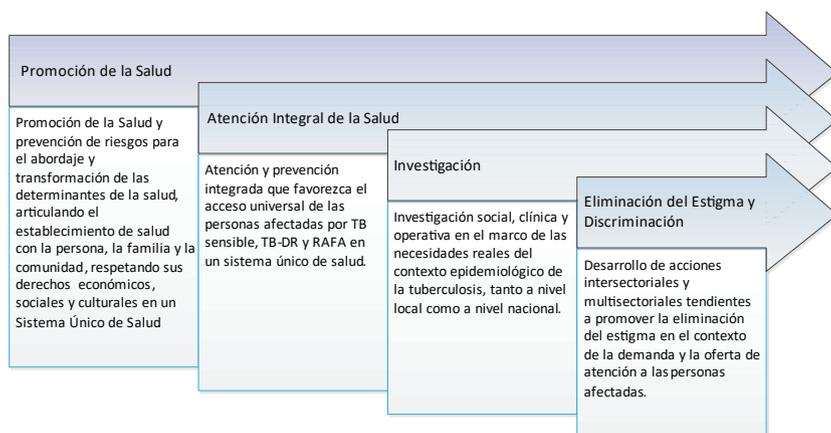
4.3 Lineamientos Estratégicos

Los lineamientos descritos a continuación son estructurados a partir de la articulación de la demanda social de la población afectada, las poblaciones vulnerables y la población en general y de acuerdo con las características de la oferta de servicios de salud y el entorno o ambiente propicio para el desarrollo de las acciones multisectoriales, siendo que las acciones no son de responsabilidad exclusiva del Ministerio de Salud sino que recae en las diferentes instancias de estado del sector Público y no Público involucradas con la protección social que actúan sobre los determinantes sociales de la salud, de esta forma se debe favorecer la asignación suficiente y eficiente de recursos para lograr una respuesta sostenida y sostenible.

Las estrategias y sus lineamientos de acción implican de manera transversal el enfoque de género y el respeto a los derechos humanos, fomentando las corresponsabilidades tanto de la demanda como de la oferta garantizando de esta forma una respuesta multidisciplinaria, multiactorial y multisectorial.

50

Los seis objetivos estratégicos definidos en torno al objetivo general se pueden resumir en 4 grandes ejes de trabajo o pilares que conforman el enfoque estratégico, de acuerdo con el modelo conceptual de la respuesta nacional, descrito en el esquema anterior:



El Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020, tiene un carácter macro, esto supone que el desglose específico de tareas deben ser estructurados en los planes operativos departamentales, municipales y planes institucionales de las diferentes instancias involucradas, en función a los objetivos estratégicos descritos a continuación y de acuerdo con el contexto geográfico y poblacional de cada región, según el marco competencial definido por la Ley Marco de Autonomías, estableciéndose que la promoción y la prevención descansan en el trabajo individual, familiar, comunitario; y el diagnóstico, atención, tratamiento y curación involucra a los Programas Departamentales de control de Tuberculosis en todos los niveles de atención.

La investigación responde a un trabajo multidisciplinario liderizado por el Programa Nacional Control de Tuberculosis en coordinación con los niveles departamentales y locales. El modelo de gestión social, establecido en la política SAFCI, y que son conformados en los niveles descentralizados, son los encargados de contribuir en el seguimiento y cumplimiento en el ámbito de su nivel de competencia.

51

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1

Fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos en la población en general y poblaciones de mayor vulnerabilidad, con el objeto de identificar la determinación social del proceso salud-enfermedad (las transversales o inequidades en salud como género, violencia, salud ambiental, interculturalidad, discriminación social en todas sus formas) y abordarla para su transformación, fomentando prácticas que favorezcan el cuidado de la salud.

Resultados esperados	Lineamientos estratégicos	Líneas de acción/trabajo
Población en general con conocimientos adecuados de la tuberculosis.	Promoción de la salud y prevención de riesgos, con enfoque de derechos y participación comunitaria, a nivel local, Municipal, Departamental y Nacional, incluyendo la normativa técnica y legal en tuberculosis.	Desarrollar estrategias de educación en salud y movilización social, adecuadas a los contextos geográficos, sociales y culturales, y de informal y Nacional, a través de medios alternativos y masivos de comunicación.

Adherencia de la Población con TB al tratamiento.

Fortalecimiento de las estrategias para favorecer la adherencia al tratamiento de la tuberculosis.

Desarrollar actividades de difusión, socialización y educación de la normativa vigente con énfasis en la promoción y prevención además del diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis a través de los Establecimientos de Salud.

Desarrollar eventos de sensibilización, educación y movilización, para la promoción de hábitos saludables en la población a través de los Establecimientos de Salud.

Desarrollar eventos continuos de capacitación y actualización a pacientes, ex pacientes y personal de salud en el componente DOTS comunitario. Desarrollar reuniones de autoayuda de pacientes y familiares en primer nivel.

Concertar convenios con universidades e instituciones formadoras de recursos humanos que se involucren y coadyuven en el manejo de la población afectada con tuberculosis.

Promotores de salud, coadyuvan en el control de la TB.

Formación de promotores de salud con una visión integral que coadyuven en el control de la tuberculosis.

Desarrollar programas de formación y capacitación de promotores de salud a nivel local y municipal.

Matriz de Indicadores y Metas: Promoción de la Salud y Prevención de Riesgos

Resultados esperados	Indicadores	Metas al año 2020
Población en general con conocimientos adecuados de la tuberculosis.	<p>Proporción de población en general que tienen conocimientos acerca de la tuberculosis.</p> <p>Proporción de Organizaciones Sociales (estructura social en salud) articuladas al establecimiento de salud en actividades planificadas.</p>	<p>80% de la población en general movilizada con conocimientos promocionales y preventivos de la tuberculosis, con atención al grupo de 15 a 49 años.</p>
Adherencia de la población con TB al tratamiento.	<p>Número de reuniones de autoayuda en Establecimientos de Salud con más de 10 pacientes en tratamiento.</p> <p>Porcentaje de instituciones formadoras de recursos humanos en salud que cumplen los resultados establecidos en los convenios.</p>	<p>Reuniones mensuales de autoayuda en Establecimientos de Salud con más de 10 pacientes en tratamiento.</p> <p>Al menos el 50% de las instituciones alcanzan los resultados previstos.</p>
Promotores de salud, coadyuvan en el control de la TB.	<p>Porcentaje de promotores de salud formados con una visión integral de la TB, que reportan información de manera trimestral al Programa de Control de Tuberculosis y desarrollan sesiones educativas.</p>	<p>40% de los promotores formados informan al Programa de Control de Tuberculosis a través del conducto regular establecido por el Ministerio de Salud.</p>

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2

Fortalecer el acceso universal, con equidad, de la población en general y las poblaciones de mayor vulnerabilidad a un diagnóstico oportuno, un tratamiento con calidad y calidez previniendo el abandono del tratamiento y promoviendo una curación efectiva.

Resultados esperados	Lineamientos estratégicos	Líneas de acción/trabajo
Población afectada por TB curados.	Fortalecimiento de la oferta de servicios que garanticen el tratamiento completo y gratuito para el control y curación de la tuberculosis, considerando las diferencias por municipios según carga de TB (alta, mediana, baja).	<p>Fortalecimiento del manejo integral de los pacientes con Tuberculosis</p> <p>Fortalecimiento de la gestión departamental, municipal y local</p> <p>Implementar normas de Bioseguridad en los servicios DOTS.</p> <p>Fortalecer el sistema logístico de medicamentos (abastecimiento, almacenamiento y distribución) según la normativa vigente, asegurando el uso racional de los medicamentos.</p> <p>Desarrollar abogacía e incidencia política a favor del incremento sostenido de recursos para el fortalecimiento de la atención en salud y la incorporación de las prestaciones de atención de la TB en el Seguro Integral de Salud (SIS).</p>

Personas privadas de libertad reciben atención integral para el diagnóstico y curación de la TB.

Fortalecimiento de la oferta de servicios en los Centros Penitenciarios para garantizar el control de la tuberculosis de manera continua y sostenible.

Establecer alianzas y acciones de incidencia con el Ministerio de Gobierno y centros penitenciarios para el abordaje de la TB en cárceles.

Aplicar las normas y protocolos de atención de la TB en los centros penitenciarios.

Implementar el sistema de vigilancia epidemiológica en centros penitenciarios, para obtener información diferenciada en la población privada de libertad.

Establecimientos de todo el sistema de salud No Público realizan la atención integral de pacientes con TB.

Fortalecimiento de la implementación de las políticas del PNCT en el sector No Público bajo la rectoría del Ministerio de Salud.

Incorporar a todos los componentes del sistema de salud a las acciones de tuberculosis por ser prioridad nacional, según el contexto epidemiológico a nivel municipal.

Desarrollar sinergias de trabajo con todos los prestadores de servicios de salud para el fortalecimiento de la aplicación de la normativa de Tuberculosis.

Red de laboratorios con capacidad instalada para el diagnóstico bacteriológico de la TB.

Fortalecimiento de la Red de Laboratorios a nivel Nacional.

Garantizar el acceso a la baciloscopía y cultivo para el diagnóstico de TB sensible.

Fortalecer el sistema de control de calidad en la red de laboratorios de tuberculosis.

Establecimientos de Salud aplican el Sistema Informativo de TB integrado al Sistema Nacional de información en Salud.

Fortalecimiento del sistema único de información.

Implementar un sistema estandarizado para la captación, sistematización y análisis de la información para la toma de decisiones estratégicas en respuesta a la tuberculosis en cada nivel de atención.

Monitoreo y Evaluación.

Fortalecer el sistema de supervisión capacitante por niveles de atención y gestión.

Matriz de Indicadores y Metas:

Resultados esperados	Indicadores	Metas al año 2020
Población afectada por TB curados.	Porcentaje de TB notificados con respecto a los estimados.	88% o más de los casos TB estimados.
	Porcentaje de TB con éxito de tratamiento.	85% o más de los casos TB con éxito de tratamiento.
	Porcentaje de TBP curados.	85% o más de los casos TBP curados.
	Porcentaje de personal de salud que atienden casos de tuberculosis con valoración clínica, laboratorio para tuberculosis.	25% del personal de salud que atiende casos de TB con valoración clínica laboratorio para tuberculosis.
	Número de Coordinaciones de Red que reportan desabastecimiento de medicamentos por más de 15 días.	Coordinaciones de red no reportan desabastecimiento de medicamentos.
	Número de municipios que reportan casos de TB, que incorporan presupuesto en sus POAs Institucionales para actividades de TB.	10% de los municipios incorporan presupuesto.

Personas privadas de libertad reciben atención integral para el diagnóstico, tratamiento y curación de la TB.	Porcentaje de TB notificados en población privada de libertad con respecto a los programados.	88% o más de los casos TB programados.
	Porcentaje de TB con éxito de tratamiento en población privada de libertad.	85% o más de los casos TB con éxito de tratamiento.
	Porcentaje de TBP curados en población privada de libertad.	85% o más de los casos TBP curados.
Establecimientos de todo el sistema de salud no público realizan la atención integral de pacientes con TB.	Número de Establecimientos de Salud No Públicos incorporados al Programa de Control de Tuberculosis (se incluyen médicos tradicionales).	50% de Establecimientos de Salud No Públicos incorporados al Programa de Control de Tuberculosis.
	Número de casos de TB notificados por Establecimientos de Salud No Públicos.	50% de Establecimientos de Salud No Públicos que notifican al Programa de tuberculosis y al SNIS.
Red de laboratorios con capacidad instalada para el diagnóstico bacteriológico de la TB.	Número de laboratorios de baciloscopía con control de calidad externo.	100% de laboratorios de baciloscopía con control de calidad externo.
	Número de laboratorios de cultivo con control de calidad externo.	100% de laboratorios de cultivo con control de calidad externo.
	Número de laboratorios no Públicos incorporados al Programa de Control de Tuberculosis.	50% de laboratorios No Públicos incorporados al Programa de Control de Tuberculosis.
	Número de laboratorios que realizan PSyR con control de calidad externo.	100% de laboratorios que realizan PSyR con control de calidad externo.
Establecimientos de Salud aplican el Sistema Informático de TB integrado al Sistema Nacional de Información en Salud.	Porcentaje de Establecimientos de Salud que aplican el sistema informático de TB.	70% de Establecimientos de Salud aplican el sistema informático de TB.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3

Fortalecer la atención integral de :

1. La tuberculosis drogorresistente (TB-DR).
2. Las reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFA).

Resultados esperados	Líneas de acción/trabajo	Lineamientos estratégicos
Casos TB-DR	<p>Sensibilizar e informar al personal de salud de todos los establecimientos del país acerca de la TB-DR.</p> <p>Garantizar el acceso al cultivo y a la prueba de sensibilidad y resistencia de las muestras que precisen dichos exámenes.</p> <p>Incorporar la atención de casos de TB-DR en el Sistema Integral de Salud.</p> <p>Garantizar el acceso al tratamiento, seguimiento de los pacientes TB-DR con calidad y calidez.</p>	<p>Diagnóstico oportuno de la TB-DR.</p> <p>Acceso universal y gratuito para el control y curación de la TB-DR.</p>
Casos RAFA	<p>Incorporar la atención de casos de pacientes con RAFA en el Sistema Integral de Salud.</p> <p>Garantizar el manejo adecuado de los pacientes que presentan RAFA con calidad y calidez.</p>	<p>Acceso universal y gratuito para la atención de los pacientes con reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFA).</p>

Matriz de Indicadores y Metas:

Resultados esperados	Indicadores	Metas al año 2020
Casos TB-DR cu- radados.	Porcentaje de pacientes TB-MDR diagnosticados de los estimados en casos retratados.	80% de pacientes TB-MDR diagnosticados de los estimados.
	Porcentaje de pacientes TB-MDR diagnosticados de los estimados en casos nuevos (nuevos y recaídas).	80% de pacientes TB-MDR diagnosticados de los estimados.
	Número de casos previamente tratados con resultado de PSyR.	100% de pacientes retratados con PSyR.
	Porcentaje de pacientes TB-MDR con conversión bacteriológica al 6° mes de tratamiento.	100% de pacientes con conversión bacteriológica al 6° mes de tratamiento.
	Porcentaje de casos de TB-MDR que han iniciado un tratamiento de segunda línea del total de diagnosticados.	95% de pacientes TB-MDR han iniciado un tratamiento.
	Porcentaje de TB-MDR con éxito de tratamiento.	75% o más de los casos TB-MDR con éxito de tratamiento.
Casos RAFA re- sueltos.	Porcentaje de pacientes con RAFA con condición de egreso conocido.	60% o más de las RAFA con condición de egreso conocido.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 4

Desarrollar acciones colaborativas, eficaces y eficientes, con los programas de VIH y enfermedades no transmisibles.

Resultados esperados	Lineamientos estratégicos	Líneas de acción/trabajo
Población afectada por comorbilidades asociadas a la TB con tratamiento adecuado.	Fortalecimiento de los Comités de Coordinación Interprogramático de TB/VIH Nacional y Departamentales.	Unificar criterios técnico-programáticos. Unificar la información de la Coinfección TB/VIH.
	Diagnóstico y tratamiento oportuno de Coinfección TB/VIH.	Ampliar la oferta de prueba rápida de VIH en pacientes con TB. Garantizar la atención de la Coinfección TB/VIH. Garantizar la Terapia Preventiva con Isoniacida a Personas con VIH.
	Conformación de comités interprogramáticos TB-Enfermedades no transmisibles; TB-Discapacidad y otros.	Promover reuniones entre los responsables de los programas con involucramiento activo de la sociedad civil y personal especializado multidisciplinario (endocrinólogos, neumólogos, nefrólogos) relacionado con las comorbilidades. Implementar la oferta de la prueba rápida de Glucemia a pacientes con TB. Conformar comités colaborativos con responsabilidades eficaces y eficientes. Desarrollar planes de trabajo anuales, de acuerdo la situación de la comorbilidad.

Matriz de Indicadores y Metas:

Resultados esperados	Indicadores	Metas al año 2020
Población afectada por comorbilidades asociadas a la TB con tratamiento adecuado.	Número de reuniones de los Comités de Coordinación Interprogramáticos de TB/VIH Nacional y Departamentales.	4 reuniones por año de los Comités de Coordinación Interprogramáticos de TB/VIH Nacional y Departamentales.
	Porcentaje de pacientes con TB que se realizan la prueba rápida de VIH.	95% de pacientes con TB que se realizan la prueba rápida de VIH.
	Porcentaje de casos coinfectados TB/VIH a quienes se suministra terapia antirretroviral (TARV) ⁵ .	90% de los casos de coinfección TB/VIH reciben terapia antirretroviral.
	Porcentaje de casos coinfectados TB/VIH con éxito de tratamiento para Tuberculosis.	85% de casos coinfectados TB/VIH con éxito de tratamiento para Tuberculosis.
	Porcentaje de PVV elegibles con Terapia Preventiva con Isoniacida.	50% de PVV elegibles con Terapia Preventiva con Isoniacida.
	Número de Comités Interprogramáticos (TB-Diabetes conformados y con planes elaborados y desarrollados).	1 Comité Nacional y 9 Departamentales con planes elaborados y desarrollados.
	Porcentaje de pacientes con TB que se realizan la prueba de Glucemia.	30% de pacientes con TB se realizan la prueba de Glucemia.

⁵ Indicador conjunto TB-VIH

OBJETIVO ESTRATÉGICO 5

Desarrollar estudios, investigaciones y evaluaciones, de acuerdo con el contexto social y perfil epidemiológico de la tuberculosis en el país.

Resultados esperados	Lineamientos estratégicos	Líneas de acción/trabajo
<p>Estudios, investigaciones y evaluaciones desarrolladas de acuerdo al contexto social y epidemiológico de la tuberculosis en el País.</p>	<p>Desarrollo de investigaciones integrales, participativas y multidisciplinarias, con enfoque en la promoción, prevención, innovación que abarquen aspectos sociales y culturales, articulados con la medicina Tradicional.</p>	<p>Desarrollar una agenda nacional de estudios de investigación y evaluación, involucrando a diferentes instancias académicas, colegiadas, profesionales, de la sociedad civil, asociaciones de pacientes y otros interesados en TB.</p> <p>Constituir a un grupo de expertos multidisciplinarios de investigadores en salud, que generen propuestas en la temática de TB.</p> <p>Coordinar con el Comité Nacional de Integración Docente Asistencial Intercultural (CNIDAIC) para promover investigaciones conjuntas entre universidades y PNCT.</p> <p>Elaborar un protocolo de investigación de conocimiento, aptitud y percepción de la TB en la comunidad, por grupo poblacional.</p>
	<p>Elaboración de un protocolo de investigación cualitativo que permita conocer cuáles son los conocimientos y percepciones en relación con la TB; por grupo poblacional (población en general, personal de salud, personas afectadas por TB, familiares de pacientes, etc.).</p>	

Matriz de Indicadores y Metas:

Resultados esperados	Indicadores	Metas al año 2020
Estudios, investigaciones y evaluaciones desarrolladas de acuerdo al contexto social y epidemiológico de la tuberculosis en el País.	Número de estudios, investigaciones y evaluaciones concluidas cuyos resultados han sido adecuadamente difundidos y socializados. Estudio CAP realizado.	Al menos una investigación concluida por año. Estudio CAP difundido.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 6

Desarrollar estrategias innovadoras en el control de la tuberculosis con énfasis en la eliminación del estigma y discriminación .

Resultados esperados	Lineamientos estratégicos	Líneas de acción/trabajo
Población en general del Estado Plurinacional de Bolivia con una adecuada percepción de la tuberculosis, libres de estigma y discriminación.	Desarrollo de acciones estratégicas sectoriales y multidisciplinarias sobre la problemática de la TB y en particular en contra del estigma y la discriminación en la población en general. Desarrollo de acciones estratégicas sectoriales y multidisciplinarias en contra del estigma y la discriminación en los servicios de salud.	Elaborar estrategias a Nivel Nacional y Departamental de IEC dirigida a la población en general, tomando en cuenta el contexto social y cultural de cada región. Desarrollar acciones de sensibilización, orientación o educación por medio de agentes de salud y/o educadores pares de manera continua en el nivel local y comunitario. Desarrollar planes de capacitación al recurso humano que trabaja en el sector salud sobre la atención con calidad y calidez con enfoque de género, generacional e intercultural.

Mejora de la percepción, conocimiento, actitudes y prácticas en la población afectada por TB.

Promover la difusión de la “Carta del paciente” de derechos y deberes, en los establecimientos de la red de servicios de salud públicos y no públicos.

Matriz de Indicadores y Metas:

Resultados esperados	Indicadores	Metas al año 2020
Población en general del Estado Plurinacional de Bolivia con una adecuada percepción de la tuberculosis, libres de estigma y discriminación.	Porcentaje de personas con percepción adecuada de la tuberculosis (manifiestan aceptación hacia las personas afectadas por la TB).	Más de 60% de la población tiene una percepción adecuada de la tuberculosis.
	Porcentaje de pacientes con conocimientos de la carta del paciente.	100% de pacientes con conocimiento de la carta del paciente.

64

4.3 La Estrategia Mundial y la Estrategia Nacional

La estrategia mundial TB-Post 2015 propone lograr un mundo libre de tuberculosis, definiendo tres pilares de fundamentales para intensificar la lucha contra esta enfermedad:

- Pilar 1** Atención y prevención integrada de la TB centrada en el paciente.
- Pilar 2** Políticas audaces y sistemas de soporte.
- Pilar 3** Investigación e innovación intensificada.

En este contexto, la agenda patriótica 2025 de Bolivia, propone que “el 100 % de las bolivianas y bolivianos cuentan con servicios de salud”. Los jóvenes, las niñas y niños, las abuelas y abuelos, las madres gestantes, todas las bolivianas y bolivianos gozan con alegría y felicidad de una atención de salud permanente y adecuada a sus requerimientos y necesidades. El acceso a los servicios de salud es un derecho humano que se cumple plenamente en Bolivia, bajo este principio se propone un país libre de tuberculosis, que permita el control integral de la tuberculosis actuando sobre sus determinantes sociales.

Los objetivos definidos en el Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020, armonizan con el objetivo general de la agenda patriótica y los componentes de la estrategia TB-Post 2015, según se describe en el esquema siguiente:



El Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020, ha sido estructurado como una articulación de la demanda social construida de acuerdo con el contexto y situación epidemiológica nacional, sin perder el rumbo de las metas mundiales, de esta forma los resultados esperados encuentran puntos comunes con los componentes de los pilares de la Estrategia TB-Post 2015, según se observa en la matriz siguiente:

Objetivo Estratégico/ Resultado esperado del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020	Puntos comunes	Pilares y Componentes de la Estrategia TB-Post 2015
Atención integral de la salud: <ul style="list-style-type: none"> • Población afectada por TB curada. • Población privada de libertad recibe atención integral para el diagnósti- 	La atención integral de la salud, define un modelo vinculado con un sistema único de salud tendiente al acceso oportuno de las	Atención y prevención integrada centrada en el paciente: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico precoz de la TB incluyendo las pruebas de sensibilidad a los medicamentos;

- co, tratamiento y curación de la TB.
 - Establecimientos de todo el sistema de salud realizan la atención integral de pacientes con TB.
 - Red de laboratorios con capacidad instalada para el diagnóstico bacteriológico de la TB.
 - Red de laboratorios y establecimientos incorporados al sistema de información integrado al SNIS.
 - Casos TB-DR curados.
 - Casos RAFA resueltos.
 - Población afectada por comorbilidades asociadas a la TB con tratamiento adecuado.
- personas diagnosticadas con TB, para lo cual es preciso contar con una red integral de servicios fortalecida capaz de generar una respuesta sostenible a la demanda de atención de la tuberculosis en todos sus formas, la TB-DR, las RAFA y las comorbilidades, principalmente la coinfección TB/VIH.
- tamizaje sistemático de los contactos y grupos de alto riesgo.
 - Diagnóstico precoz de la TB utilizando las pruebas de sensibilidad a los medicamentos; tamizaje sistemático de los contactos y grupos de alto riesgo.
 - Tratamiento de las personas con TB incluido la drogoresistencia a TB, con el soporte centrado en el paciente.
 - Actividades de colaboración TB/VIH y manejo de las comorbilidades.
 - El tratamiento preventivo para las personas en alto riesgo y la vacunación contra la TB.

Promoción de la salud y eliminación del estigma y discriminación:

- Población en general con conocimientos adecuados de la tuberculosis.
 - Adherencia de la Población con TB al tratamiento.
 - Promotores de salud, coadyuvan en el control de la TB.
- La promoción de la salud implica el accionar sobre los determinantes sociales de la TB, con un alto nivel de participación de la sociedad articulada en la estructura social de la salud, que involucra además la incidencia política y la abogacía para una asignación

Políticas audaces y sistema de soporte:

- Compromiso político con recursos adecuados para la atención y prevención de la TB.
- Compromiso de las comunidades, las organizaciones de la sociedad civil y todos los proveedores de atención en Salud Públicos y Privados.

- Población en general y organizaciones sociales del Estado Plurinacional de Bolivia con un adecuado conocimiento de la TB, libres de estigmatización y discriminación, articulados al establecimiento de salud.
- de recursos que fomenta las prácticas sostenibles, sin embargo es necesario remarcar que estas acciones trascienden la sola mirada del control de la TB por lo que suponen una articulación multisectorial tendiente a mejorar la salud en general.
- Política de cobertura universal de salud; marco normativo para la notificación de casos, registros vitales, calidad de los medicamentos, su uso racional y el control de infecciones.
- Protección social, la reducción de la pobreza y abordaje a los determinantes de la TB.

Estudios e investigaciones:

- Estudios, investigaciones y evaluaciones priorizadas y desarrolladas de acuerdo al contexto social y epidemiológico de la tuberculosis
- La evidencia es necesaria para fortalecer las investigaciones, lo que define la necesidad de establecer una agenda nacional de investigaciones y evaluaciones que respondan a la realidad nacional y que permitan mejorar las intervenciones para lograr resultados de alto impacto.

Investigación e Innovación Intensificada:

- Descubrimiento, desarrollo y rápida adopción de nuevas herramientas y estrategias de intervención.
- Investigación para optimizar la ejecución y el impacto, promover las innovaciones.

El elemento transversal entre la estrategia mundial y la estrategia nacional es el acceso universal que busca la eliminación de la tuberculosis, intensificando todos los esfuerzos en un modelo de atención integral en el marco del respeto a los derechos económicos, sociales y culturales.

CAPÍTULO V

PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN BOLIVIA 2016-2020

El Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020 tiene indicadores y metas definidos en el marco estratégico, los cuales son necesarios monitorear y evaluar para identificar y seleccionar la información que posibilite la toma de decisiones, aplicar medidas correctivas y evaluar lecciones aprendidas.

Este plan se concibe sobre la base del Plan de Monitoreo y Evaluación para el Programa Nacional de Control de Tuberculosis (2014) que establece el marco referencial del sistema de información existente a nivel nacional y departamental, municipal y local. Está orientado a la definición de un sistema diseñado para realizar el seguimiento de las metas y objetivos del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020, además de guardar coherencia y aportar al cumplimiento de los compromisos internacionales asumidos como País.

5.1 Objetivos

Objetivo general

Establecer los mecanismos para garantizar la producción de información estratégica, oportuna y confiable que permita determinar el cumplimiento de las metas y objetivos del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020, asegurando que la información generada permita orientar la toma de decisiones gerenciales operativas y monitorear la respuesta nacional a la tuberculosis, desde el accionar de los diferentes actores involucrados.

Objetivos específicos

- Producir información completa, confiable y oportuna a nivel nacional a través del PNCT dependiente del Ministerio de Salud, para la toma de decisiones en la respuesta nacional a la tuberculosis.
- Generar información estratégica, de acuerdo a los indicadores definidos, para realizar el monitoreo y establecer las pautas de

evaluación del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020.

- Definir las bases conceptuales para la evaluación del cumplimiento de los indicadores de impacto relacionados con la reducción de la carga de la tuberculosis y el nivel de involucramiento efectivo de los actores involucrados en la respuesta nacional a la tuberculosis.

5.2 Marco Conceptual: Monitoreo y Evaluación del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020

El Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020 es un modelo de gestión por resultados, que considera la complejidad de monitorear por una parte la detección, diagnóstico, seguimiento laboratorial y el seguimiento del tratamiento hasta su conclusión con varias drogas durante un período prolongado. Por otra parte se contempla la articulación multisectorial y multiactorial relacionada con la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la eliminación del estigma y discriminación.

70

Entenderemos al monitoreo como un proceso continuo y sistemático que permite verificar la eficiencia y la eficacia del plan realizando un seguimiento rutinario de los elementos claves de desempeño, habitualmente recursos, procesos y resultados; mediante el mantenimiento de registros, informes periódicos alimentados por los sistemas de vigilancia, la observación en los Establecimientos de Salud y eventualmente encuestas y estudios específicos. Permite identificar logros y debilidades y en consecuencia recomendar medidas correctivas para optimizar los resultados esperados.

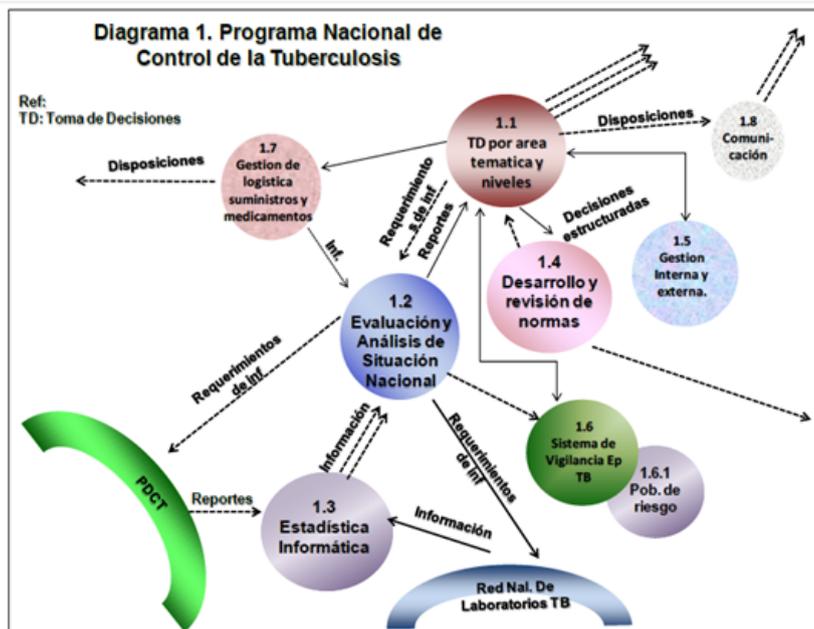
La evaluación es un proceso integral de investigación y análisis de cambios permanentes a mediano y largo plazo, ocasionado de forma directa o indirecta por un proyecto, la población y las organizaciones involucradas.

La evaluación busca determinar en forma sistemática y objetiva la pertinencia, rendimiento y éxito de la implementación del plan durante su ejecución y su finalización, por tanto es un procedimiento valorativo que se puede dar durante o después de la ejecución del proyecto.

El relacionamiento entre el monitoreo y evaluación, corresponde a una estructura causal que se encadena mediante una lógica de objetivos, esto quiere decir que un conjunto de actividades (procesos), conducirán a un conjunto de productos (resultados) que a su vez determinaran el logro de cambios a largo plazo (impactos). El modelo de vinculación entre los diferentes indicadores se describe en el esquema siguiente:

Evaluación	Impacto/Efecto	Logros y contribuciones de planes, programas y proyectos al cumplimiento del objetivo general en materia de desarrollo humano, calidad de vida y bienestar de la comunidad. En este caso relacionado con la disminución de la carga de la tuberculosis.
Monitoreo	Resultados	Reflejan los resultados concretos de las actividades desarrolladas a partir de insumos disponibles y de los procesos que contribuyen al cumplimiento de los propósitos establecidos en cada objetivo general o específico. En este caso tiene que ver con los resultados derivados de las estrategias de promoción de la salud y prevención de riesgos, la atención integral de la tuberculosis, el desarrollo de estudios e investigaciones y la eliminación del estigma y discriminación. En este modelo de gestión, además, se definen una serie de productos por objetivo, para el logro de los resultados propuestos.
	Procesos	Conjunto de actividades, realizadas mediante la asignación de insumos para el logro de los resultados, corresponde al conjunto de líneas de acción/desarrolladas para cada uno de los lineamientos estratégicos que permitirán alcanzar los objetivos correspondientes.

El sistema de Monitoreo y Evaluación responde a un enfoque sistémico desarrollado en el nivel central, es decir en el PNCT, que articula las diferentes estructuras de información según su inter relacionamiento con otras instancias del sector salud así como con las instancias externas que supone la multisectorialidad.



5.3. Definición de Indicadores

El Monitoreo y la Evaluación se conciben como procesos complementarios y dependientes entre sí. Para realizar el monitoreo de los procesos y los resultados, se ha seleccionado la información requerida para dar cuenta de los logros propuestos en el Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020 (de impacto, resultado/producto y procesos/cobertura), definidos por cada objetivo estratégico, incluyendo indicadores de proceso relevantes para la respuesta nacional a la tuberculosis.

A continuación se listan los indicadores de impacto, resultado/producto, proceso/cobertura definidos para el monitoreo del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020:

Indicadores de Impacto

1. Tasa de incidencia de casos notificados de TB por edad y sexo.
2. Tasa de letalidad
3. Tasa de mortalidad por tuberculosis⁶.

⁶ La medición de mortalidad corresponde a las estimaciones realizadas por OPS/OMS, de acuerdo con los modelos epidemiológicos desarrollados para la región de las Américas.

Matriz Operacional de indicadores Objetivo Estratégico 1

RESULTADO	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	INDICADORES DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META AL 2020	FUENTE	MEDICIÓN	RESPONSABLE
Población en general con conocimientos adecuados de la tuberculosis.	Promoción de la Salud y prevención de riesgos con enfoque de derechos y participación comunitaria, a nivel local, municipal, departamental y nacional, incluyendo la normativa técnica y legal en tuberculosis.	Proporción de población en general que tienen conocimientos acerca de la tuberculosis. Proporción de Organizaciones Sociales (estructura social en salud) articuladas a establecimiento de salud en actividades planificadas.	74,5% al año 2008	80% de población general con conocimientos promocionales y preventivos de la tuberculosis, con atención al grupo de 15 a 49 años.	ENDSA	Quinquenal	Ministerio de Salud
Adherencia de la Población con TB al tratamiento.	Fortalecimiento de las estrategias para favorecer la adherencia al tratamiento de la tuberculosis.	Número de reuniones de autoayuda en Establecimientos de Salud con más de 10 pacientes en tratamiento.	SLB	Reuniones mensuales de autoayuda en Establecimientos de Salud con más de 10 pacientes en tratamiento.	Planilla de asistencia y refrigerio	anual	Sociedad Civil

			Porcentaje de ins- tituciones forma- doras de recursos humanos en sa- lud que cumplen los resultados es- tablecidos en los convenios.	SLB	Al menos el 50% de las instituciones alcanzan los resultados pre- vistas.	Regis- tros del PNCT	Anual	PNCT
Promo- tores de salud, coadyu- van en el con- trol de la TB.	Formación de promotores de salud con una vi- sión integral que coadyuven en el control de la tu- berculosis.	Porcentaje de pro- motores de salud formados con una visión integral de la TB y que repor- tan información de manera trimes- tral al Programa de Control de Tu- berculosis y desa- rollan sesiones educativas.	SLB	40% de los promotores formados in- forman al Programa de Control de Tu- berculosis a través del con- ducto regular establecido por el Ministe- rio de Salud.	Regis- tros del PNCT	Anual	Sociedad Civil	

Objetivo Estratégico 2

RESULTADO	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	INDICADORES DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META AL 2020	FUENTE	MEDICIÓN	RESPONSABLE
Población afectada por TB curados.	Fortalecimiento de la oferta de servicios que garanticen el tratamiento completo y gratuito para el control y curación de la tuberculosis, considerando las diferencias por municipios según carga de TB (alta, mediana, baja).	Porcentaje de TB notificados con respecto a los estimados.	62%, para el año 2014	88% o más de los casos TB estimados.	Registros del PNCT y reporte OPS/OMS	Anual	PNCT PDCT
		Porcentaje de TB con éxito de tratamiento.	81,9% al 2013	85% o más de los casos TB con éxito de tratamiento.	Registros del PNCT y reporte OPS/OMS	Anual	PNCT PDCT
		Porcentaje de TBP curados.	84,8% al 2013	85% o más de los casos TBP curados.	Registros del PNCT	Anual	PNCT PDCT
		Porcentaje de personal de salud que atienden casos de tuberculosis con valoración clínica y Laboratorial para tuberculosis.	SLB	25% del personal de salud que atiende casos de TB con valoración clínica Laboratorial para TB.	Registros del PNCT	Anual	PNCT PDCT

RESULTADO	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	INDICADORES DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META AL 2020	FUENTE	MEDICIÓN	RESPONSABLE
		Número de Coordinaciones de Red que reportan desabastecimiento de medicamentos por más de 15 días.	SLB	Coordinaciones de Red no reportan desabastecimiento de medicamentos.	Registros del PNCT	Anual	PNCT PDCT
		Número de municipios que reportan casos de TB, que incorporan presupuesto en sus POAs Institucionales para actividades de TB.	SLB	10% de los municipios incorporan presupuesto.	POAs Municipales	Anual	PNCT PDCT
		Porcentaje de TB notificados en población privada de libertad con respecto a los programados.	SLB	88% o más de los casos TB programados.	Registros del PNCT	Anual	Min. Gobierno PNCT PDCT

<p>P e r - s o n a s p r i v a - d a s d e l i b e r t a d r e c i b e n a t e n c i ó n i n t e g r a l p a r a e l d i a g n ó s - t i c o , t r a - t a m i e n - t o y c u r a c i ó n d e l a T B .</p>	<p>Fortalecimiento de la oferta de servicios en los Centros Penitenciarios para garantizar el control de la tuberculosis de manera continua y sostenible.</p>	<p>Porcentaje de TB con éxito de tratamiento en población privada de libertad.</p>	<p>SLB</p>	<p>85% o más de los casos TB con éxito de tratamiento.</p>	<p>R e g i s - t r o s d e l P N C T</p>	<p>Anual</p>	<p>Min. no PNCT PDCT</p>
		<p>Porcentaje de TBP BAAR(+) curados, en población privada de libertad.</p>	<p>SLB</p>	<p>85% o más de los casos TBP curados.</p>	<p>R e g i s - t r o s d e l P N C T</p>	<p>Anual</p>	<p>Min. no PNCT PDCT</p>
		<p>Número de Establecimientos de Salud No Públicos incorporados al Programa de Control de Tuberculosis (se incluyen los médicos tradicionales).</p>	<p>SLB</p>	<p>50% de Establecimientos de Salud No Públicos incorporados al Programa de Control de Tuberculosis.</p>	<p>R e g i s - t r o s d e l P N C T</p>	<p>ANUAL</p>	<p>PDCT PNCT PNSI</p>

Establecimientos de todo el sistema de salud Público realizan la atención integral de pacientes con TB.	Fortalecimiento de la implementación de las políticas del PNCT en el sector No Público bajo la rectoría del Ministerio de Salud.	Número de casos de TB notificados por Establecimientos de Salud No Públicos.	SLB	50% de los Establecimientos de Salud No Públicos que notifican al Programa de Control de Tuberculosis y al SNIS.	Registros del PNCT	ANUAL	PDCT PNCT
Red de Laboratorios con capacidad instalada para el diagnóstico bacteriológico de la TB.	Fortalecimiento de la Red de Laboratorios a Nivel Nacional.	Número de laboratorios de baciología con control de calidad externo.	SLB	100% de laboratorios de baciología con control de calidad externo.	Registros del PNCT	SEMESTRAL	PDCT PNCT
		Número de laboratorios de cultivo con control de calidad externo.	SLB	100% de laboratorios de cultivo con control de calidad externo.	Registros del PNCT	SEMESTRAL	PDCT PNCT

		Número de laboratorios No Públicos incorporados al PNCT.	SLB	50% de laboratorios No Públicos incorporados al PNCT.	Registros del PNCT	ANUAL	PDCT PNCT
		Número de laboratorios que realizan PSyR con control de calidad externo.	SLB	100% de laboratorios que realizan PSyR con control de calidad externo.	Registros del PNCT	ANUAL	PDCT PNCT
Establecimientos de salud aplican el Sistema Informático de TB integrado al Sistema Nacional de Información en Salud.	Fortalecimiento del sistema único de información.	Porcentaje de Establecimientos de Salud que aplican el sistema informático de TB.	2%	70% de Establecimientos de Salud aplican el sistema informático de TB.	Registro en sistema	ANUAL	PDCT PNCT

Objetivo Estratégico 3

RESULTADO	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	INDICADORES DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META AL 2020	FUENTE	MEDICIÓN	RESPONSABLE
Casos TB-DR curados.	Diagnóstico oportuno de la TB-DR.	Porcentaje de pacientes TB-MDR diagnosticados de los estimados en casos retratados.	43,5% para el año 2014	80% de pacientes TB-MDR diagnosticados de los estimados.	REGISTROS DE L PNCT	ANUAL	PDCT PNCT
		Porcentaje de pacientes TB-MDR diagnosticados de los estimados en casos nuevos (nuevo y recaídas).	25% para el año 2014	80% de pacientes TB-MDR diagnosticados de los estimados.	REGISTROS DE L PNCT	ANUAL	PDCT PNCT
	Acceso universal y gratuito para el control y curación de la TB-DR	Número de casos previamente tratados con resultado de PSyR.	45% para el año 2014	100% de pacientes re-tratados con PSyR.	REGISTROS DE L PNCT	ANUAL	PDCT PNCT
		Porcentaje de pacientes TB-MDR con conversión bacteriológica al 6° mes de tratamiento.	80% para el año 2012	100% de pacientes con conversión bacteriológica al 6° mes de tratamiento.	REGISTROS DE L PNCT	TRIMESTRAL	PDCT PNCT

			Porcentaje de casos de TB-MDR que han iniciado un tratamiento de segunda línea del total de diagnosticados.	89% para el año 2014	95% de pacientes MDR han iniciado un tratamiento.	REGISTROS TRIMESTRAL	PDCT PNCT
			Porcentaje de TB-MDR con éxito de tratamiento.	67,4 para el año 2012	75% o más de los casos TB-MDR con éxito de tratamiento.	REGISTROS ANUAL	PDCT PNCT
Casos RAFA resueltos.	Acceso universal y gratuito para la atención de los pacientes con reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFA).		Porcentaje de pacientes con RAFA con condición de egreso conocido.	5LB	60% o más de las RAFA con condición de egreso conocido.	REGISTROS ANUAL	PDCT PNCT

Objetivo Estratégico 4

RESULTADO	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	INDICADORES DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META AL 2020	FUENTE	MEDICIÓN	RESPONSABLE
Población afectada por comorbilidades asociadas a la TB con tratamiento adecuado.	Fortalecimiento de los Comités de Coordinación Interprogramático de TB/VIH Nacional y Departamentales.	Número de reuniones de los Comités de Coordinación Interprogramáticos de TB/VIH Nacional y Departamentales.	2 reuniones para el 2014	4 reuniones por año de los Comités de Coordinación Interprogramáticos de TB/VIH Nacional y Departamentales.	Acta de comités colaborativos	Anual	Comité TB-VIH
	Diagnóstico y tratamiento oportuno de Coinfección TB/VIH.	Porcentaje de pacientes con TB que se realizan la prueba rápida de VIH.	70% para el año 2014	95% de pacientes con TB que se realizan la prueba rápida de VIH.	REGISTRO DEL PNCT	Anual	PDCT PNCT
		Porcentaje de casos coinfectados TB/VIH a quienes se suministra terapia antirretroviral (TARV)[1]	57% para el año 2014	90% de los casos de coinfección TB/VIH reciben terapia antirretroviral			PN ITS/VIH/ SIDA - HV

		Porcentaje de casos coinfectados TB/VIH con éxito de tratamiento para Tuberculosis.	SLB	85% de casos coinfectados TB/VIH con éxito de tratamiento para Tuberculosis.	REGISTRO DEL PNC	Anual	PDCT PNC
		Porcentaje de PVV elegibles con Terapia Preventiva con Isoniacida.	10%	50% de PVV elegibles con Terapia Preventiva con Isoniacida.	REGISTRO DEL PNC	Anual	CDVIR PDCT PNC
	Conformación de comités inter-programáticos TB-Enfermedades no transmisibles; TB-Discapacidad y otros.	Número de Comités Inter-programáticos (TB-Diabetes conformados y con planes elaborados y desarrollados).	SLB	1 comité Nacional y 9 Departamentales con planes elaborados y desarrollados.	Acta de conformación, planes de acción	Anual	PNC ENT
		Porcentaje de pacientes con TB que se realizan la prueba de Glucemia.	SLB	30% de pacientes con TB se realizan la prueba de Glucemia.	REGISTRO DEL PNC	Anual	ENT PDCT PNC

Objetivo Estratégico 5

RESULTADO	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	INDICADORES DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META AL 2020	FUENTE	MEDICIÓN	RESPONSABLE
Estudios, investigaciones y evaluaciones desarrolladas de acuerdo al contexto social y epidemiológico de la tuberculosis en el País.	Desarrollo de investigaciones integrales, participativas y multidisciplinarias, con enfoque en la promoción, prevención, innovación que abarquen aspectos sociales y culturales, articulados con la medicina Tradicional.	Número de estudios, investigaciones concluidas cuyos resultados han sido adecuadamente difundidos y socializados.	SLB	Al menos una investigación concluida por año.	Resoluciones Ministeriales de Publicación de Estudios - Estudios impresos	Anual	PNCT PNSI

	Elaboración de un protocolo de investigación cualitativo que permita conocer cuáles son los conocimientos y percepciones en relación con la TB; por grupo poblacional (población en general, personal de salud, personas afectadas por TB, familiares de pacientes, etc.).	Estudio CAP realizado.	SLB	Estudio CAP difundido.	Estudio impreso	Quinquenal	PNCT Sociedad Civil
--	--	------------------------	-----	------------------------	-----------------	------------	------------------------

Objetivo Estratégico 6

RESULTADO	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	INDICADORES DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META AL 2020	FUENTE	MEDICIÓN	RESPONSABLE
Población en general del Estado plurinacional de Bolivia con una adecuada percepción de la tuberculosis, libre de estigma y discriminación.	Desarrollo de acciones estratégicas sectoriales y multidisciplinarias sobre la problemática de la TB y en particular en contra del estigma y la discriminación en la población en general. Desarrollo de acciones estratégicas sectoriales y multidisciplinarias en contra del estigma y la discriminación en los servicios de salud.	Porcentaje de personas con percepción adecuada de la tuberculosis (manifiestan aceptación hacia las personas afectadas por la TB).	SLB	Más de 60% de la población tiene una percepción adecuada de la tuberculosis.	ENDSA CAP	Quinquenal	Ministerio de Salud

	Mejora de la percepción, conocimiento, actitudes y prácticas en la población afectada por TB.	Porcentaje de pacientes con conocimientos de la carta del paciente.	SLB	100% de pacientes con conocimiento de la carta del paciente.	REGISTROS DE L P NCT	ANUAL O QUINQUENAL	Sociedad Civil PDCT PNCT
--	---	---	-----	--	----------------------	--------------------	--------------------------------

5.4 Sistema de Información

El Sistema de Información, se define como la integralidad de procedimientos e instrumentos destinados a: 1) la captación, 2) sistematización, 3) consolidación, 4) uso, y 5) retroalimentación de la información, relacionada con la producción de datos vinculados con el monitoreo y la evaluación de la respuesta nacional a la tuberculosis. El sistema debe asegurar la calidad, confiabilidad y oportunidad de la información estratégica para la toma de decisiones en todos los niveles de las instancias involucradas con el Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020.

Estructura del Sistema de Información

La respuesta nacional, se organiza desde el liderazgo del Ministerio de Salud a través del Programa Nacional de Control de Tuberculosis y los Programas Departamentales de Control de Tuberculosis, que permiten la convergencia de las acciones de la Red de Laboratorios, el CEASS, otras instancias programáticas (VIH, diabetes, nutrición, salud renal, etc.); el relacionamiento con otros sectores de desarrollo y la alineación del trabajo con la sociedad civil (estructura social en salud, organizaciones, asociaciones y fundaciones) y la cooperación para el desarrollo.

Los Programas Departamentales de Control de Tuberculosis tienen la función esencial de atender a la población en general para coordinar el ciclo de atención con los Establecimientos de Salud, de acuerdo con el marco normativo definido por el PNCT.

De acuerdo con el Plan de Monitoreo y Evaluación para el PNCT, se definen las funciones de monitoreo en el Nivel Nacional y Departamental, considerando que el Establecimiento de Salud es la unidad primaria de información:

Funciones en el Nivel Nacional:

- Gestionar la efectiva aplicación e implementación de la vigilancia epidemiológica y el sistema de Monitoreo y Evaluación en los diferentes niveles de gestión, en el marco de la estructura definida por el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS).
- Asegurar la logística efectiva y oportuna de los instrumentos definidos para la vigilancia y el sistema de Monitoreo y Evaluación.

- Recopilar, sistematizar, consolidar y analizar la información para su socialización y retroalimentación correspondiente con las instancias competentes.
- Supervisar y monitorear la calidad de la información de los Programas Departamentales de Control de Tuberculosis.
- Realizar la retroalimentación a los Programas Departamentales de Control de Tuberculosis proponiendo estrategias para mejorar el ciclo de la información, en función a los análisis de información.
- Capacitar sobre la implementación del Sistema de Monitoreo y Evaluación en coordinación con el SNIS al personal de salud de los Programas Departamentales de Control de Tuberculosis a través de las supervisiones.
- Elaborar reportes de información, de forma regular y periódica, para su socialización correspondiente.
- Promover el análisis situacional y análisis de la información en salud en los diferentes niveles de gestión.

90

Funciones en el Nivel Departamental:

- Coordinar la captación primaria de la información con las redes de salud y los establecimientos correspondientes, la red de laboratorios en el ámbito geográfico de su competencia.
- Realizar la revisión y verificación de la calidad de los datos de las redes y servicios de salud, de manera regular y periódica (trimestral).
- Promover espacios para el desarrollo de los Comités de Análisis de Información en Salud, por lo menos dos veces por año.
- Desarrollar estrategias de solución frente a “situaciones de alarma” que pudieran ser detectadas durante el análisis de información.
- Elaborar reportes de información y boletines periódicamente, para su socialización en las instancias competentes.
- Elaborar el Informe Anual de Evaluación.

Flujo de Información

El ciclo de la información es un proceso continuo constituido por una serie de procedimientos dispuestos en formas secuenciales y vinculadas sistémicamente: 1) registro de los datos (captación), 2) sistematización y consolidación, normalmente traducida en indicadores, 3) análisis tanto por los operadores de salud como los to-

madores de decisiones y 4) retroalimentación correspondiente. De manera general este ciclo se describe en el siguiente flujo :



Los instrumentos utilizados son:

- Captación
 - Sistematización
 - Consolidación
- Informe de notificación mensual** que a su vez consolida los datos de los libros de registro de pacientes, sintomáticos respiratorios, registro de baciloscopías, la ficha de quimioprofilaxis, ficha de tratamiento (contactos), formulario de registro de pruebas rápidas de VIH en pacientes con TB y la información de Coinfección TB/VIH.
 - Informe de tratamiento de cohorte**
 - Informe mensual de laboratorio**
 - Libro de Tuberculosis Drogorresistente y libro de cultivo.**
 - Otros registros de información**, principalmente VIH, poblaciones vulnerables y otros documentos (informes de supervisión, convenios, estudios e investigaciones).

5.5 Implementación del Plan de Monitoreo y Evaluación

La implementación del Plan de Monitoreo y Evaluación del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020, será articulado a las funciones de vigilancia, monitoreo y evaluación del PNCT, que se encargará de realizar el plan operativo que incluya las actividades de base para la estructuración conjunta del Plan Nacional y su Plan de Monitoreo y Evaluación, estableciendo como prioridades: 1) estandarización de instrumentos y protocolos de monitoreo y supervisión, 2) programación de la implementación del software del sistema de información integrado al SNIS, 3) la definición de protocolos básicos para los estudios e investigaciones, y 4) el plan de capacitaciones.

El área de monitoreo y evaluación del PNCT, se estructura operativamente con los PDCT, la red de laboratorios y organizaciones de la Sociedad Civil, de acuerdo al nivel de reporte del indicador, esta área es responsable de coordinar y ejecutar la implementación del Plan de Monitoreo y Evaluación, siendo sus funciones principales:

1. Supervisar el cumplimiento del ciclo de la información en los diferentes niveles de flujo definidos para los indicadores del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020 y otros indicadores propios del PNCT, además de la coordinación respectiva con el SNIS.
2. Revisar, sistematizar, consolidar y analizar la información generada por las instancias departamentales y otras instancias nacionales vinculadas con las acciones multisectoriales involucradas con el control de la tuberculosis.
3. Realizar el control de calidad de la información, mediante el seguimiento y supervisión de cada una de las fases que conforman el ciclo de la información.
4. Desarrollar un Plan Operativo de Actividades para la estandarización de instrumentos, protocolos de vigilancia, monitoreo y evaluación, así como la implementación del software del sistema de información en coordinación con el SNIS, con la correspondiente programación del desarrollo de capacidades en los diferentes niveles que conforman el flujo de información.
5. Revisar periódicamente los objetivos, metas e indicadores según la configuración de la epidemia y la agenda nacional en salud, cuando sea necesario, para el ajuste correspondiente del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020.
6. Propiciar espacios de análisis de información con las instancias involucradas en la formulación y ejecución del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020.
7. Estructurar los procesos básicos para el desarrollo de las evaluaciones de medio término y evaluación final del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020.

CAPÍTULO VI

PRESUPUESTO POR OBJETIVO ESTRATÉGICO, RESULTADO ESPERADO Y LÍNEA ESTRATÉGICA Expresado en \$US

OE	RE	Lineamientos estratégicos	2016	2017	2018	2019	2020
OE 1	R1_1	Promoción de la salud y prevención de riesgos, con enfoque de género, enfoque de derechos y participación comunitaria, a nivel local, Municipal, Departamental y Nacional, incluyendo la normativa técnica y legal en tuberculosis.	118.200	120.218	127.672	135.588	143.994
	R1_2	Fortalecimiento de las estrategias para favorecer la al tratamiento de la tuberculosis.	31.000	22.302	23.685	25.153	26.713
	R1_3	Formación de promotores de salud con una visión integral que coadyuven en el control de la tuberculosis.	38.500	40.887	43.422	46.114	48.973
OE 2	R2_1	Fortalecimiento de la oferta de servicios que garanticen el tratamiento completo y gratuito para el control y curación de la tuberculosis, considerando las diferencias por municipios según carga de TB (alta, mediana, baja).	1.058.000	1.112.976	1.181.981	1.255.263	1.333.090
	R2_2	Fortalecimiento de la oferta de servicios en los centros penitenciarios para garantizar el control de la tuberculosis de manera continua y sostenible.	158.700	166.946	177.297	188.289	199.964

OE	RE	Lineamientos estratégicos	2016	2017	2018	2019	2020
	R2_3	Fortalecimiento de la implementación de las políticas del PNCT en el sector No Público bajo la rectoría del Ministerio de Salud.	4.200	4.460	4.737	5.031	5.343
	R2_4	Fortalecimiento de la Red de Laboratorios a Nivel Nacional.	353.200	375.098	398.355	423.052	449.282
	R2_5	Fortalecimiento del sistema único de información.	229.174	243.383	258.473	274.498	291.517
		Diagnóstico oportuno de la TB-DR.	121.000	128.502	136.469	144.930	153.916
OE 3	R3_1	Acceso universal y gratuito para el control y curación de la TB-DR.	1.701.000	1.806.462	1.918.463	2.037.407	2.163.727
	R3_2	Acceso universal y gratuito para la atención de los pacientes con reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFA).	241.000	255.942	271.810	288.663	306.560
		Fortalecimiento de los comités de Coordinación Interprogramático de TB/VIH Nacional y Departamentales.	3.270	499	530	563	598
OE 4	R4_1	Diagnóstico y tratamiento oportuno de Coinfección TB/VIH.	1.030.000	1.093.860	1.161.679	1.233.703	1.310.193
		Conformación de comités interprogramáticos TB-Enfermedades no transmisibles; TB-Discapacidad y otros.	18.020	8.730	9.271	9.846	10.456

OE	RE	Lineamientos estratégicos	2016	2017	2018	2019	2020
OE 5	R5_1	Desarrollo de investigaciones integrales, participativas y multidisciplinarias, con enfoque en la promoción, prevención, innovación que abarquen aspectos sociales y culturales, articulados con la medicina Tradicional.	6.150	2.283	2.425	2.575	2.735
		Elaboración de un protocolo de investigación cualitativo que permita conocer cuáles son los conocimientos y percepciones en relación con la TB; por grupo poblacional (población en general, personal de salud, personas afectadas por TB, familiares de pacientes, etc.).	2.250	266	282	299	318
OE 6	R6_1	Desarrollo de acciones estratégicas sectoriales y multidisciplinarias sobre la problemática de la TB y en particular en contra del estigma y la discriminación en la población en general.	113.900	115.652	122.822	10.400	138.524
		Desarrollo de acciones estratégicas sectoriales y multidisciplinarias en contra del estigma y la discriminación en los servicios de salud.	22.000	23.364	24.813	26.351	27.985
		Mejora de la percepción, conocimiento, actitudes y prácticas en la población afectada por TB.	10.400	11.045	11.730	12.457	13.229

ANEXO I

PROCESO CONSULTIVO EN LA FORMULACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN BOLIVIA 2016-2020

1. Marco institucional

El Plan de Desarrollo Económico y Social en el marco del Desarrollo Integral para Vivir Bien (PDES, 2016 - 2020) del Estado Plurinacional de Bolivia, se constituye en el marco estratégico y de priorización de Metas, Resultados y Acciones a ser desarrolladas en el tercer periodo del gobierno de la Revolución Democrática Cultural, mismo que se elabora sobre la base de la Agenda Patriótica 2025 y el Programa de Gobierno 2015 - 2020.

Con la Agenda Patriótica 2025 y el PDES, se llegará al Bicentenario de Bolivia con un país transformado y listo para avanzar en el siglo XXI como uno de los más grandes del continente, grande en felicidad y armonía, en complementariedad y solidaridad, en riqueza espiritual y social, sin exclusiones y con igualdad.

Para avanzar hacia la salud universal se establece el Pilar 3 **“Salud, Educación y Deporte”** el cual aborda dimensiones fundamentales para la vida como la salud, la educación y el deporte, siendo parte esencial para la formación de un ser humano integral.

El PDES 2016-2020 se constituye en el eje sobre el cual giran las políticas sectoriales, que se refleja en el Plan Sectorial de Desarrollo Integral del sector salud 2016-2020, que proponen los siguientes objetivos estratégicos:

- “OE1. Se ha mejorado la situación de salud de la población”.
- “OE2. Se ha implementado el Sistema Único de Salud (SUS) familiar Comunitario Intercultural”.
- “OE 3. Se ha fortalecido la Rectoría de la Autoridad Sanitaria”.
- “OE 4: La población ejerce sus derechos y obligaciones en salud”.
- “OE 5: Se han disminuido las Brechas de Recursos Humanos en salud”.
- “OE 6. Se ha mejorado el estado nutricional de la población”.
- “OE 7: Se ha instalado el Complejo Industrial Farmacéutico”.

- “OE 8: La población boliviana tiene acceso a terapias ancestrales y productos naturales tradicionales en el Sistema Único de Salud.”
- “OE 9: Gestión”.

El Ministerio de Salud como cabeza de sector tiene el rol de promover el cumplimiento de estos objetivos definiendo normas, acuerdos de cooperación y principalmente lineamientos de políticas concertadas de manera intersectorial con una amplia participación social. Busca garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud, la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, la construcción del Sistema Único de Salud en el marco de la política sanitaria de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, erradicando la pobreza e inequidad para Vivir Bien.

1.1 Antecedentes institucionales del Programa Nacional de Control de Tuberculosis

98

De acuerdo con las referencias realizadas en el Plan Estratégico de Control de la Tuberculosis en Bolivia, 2008-2015, se encuentra que uno de los hitos más importantes en el país data del periodo de la guerra del Chaco (Bolivia-Paraguay), durante el cual la tuberculosis se habría expandido hacia poblaciones indígenas y habría sido una de las causas más importantes de la mortalidad en el periodo de la postguerra, la llegada masiva de soldados con tuberculosis a las ciudades determinó la creación casi obligada de hospitales de atención especializada, a partir del cual se fueron generando acciones importantes para la consolidación de una estructura nacional de lucha contra la tuberculosis:

- El 23 de mayo de 1935, en el período de gobierno de José Luis Tejada Sorzano (1934-1936) se crea el Departamento Nacional de Lucha Contra la Tuberculosis.
- En 1938 firmado el Tratado de Paz con Paraguay se crea el Ministerio de Higiene y Salubridad, el 28 de agosto de ese año, incluye en sus departamentos técnicos a la Dirección de Lucha Antituberculosa y Antileprosa, implementándose los dispensarios antituberculosos, servicios de rayos X y laboratorios.
- En 1956 el Departamento Nacional de Tuberculosis incluye servicios de epidemiología, control, supervisión y vacunación BCG, posteriormente pasa a convertirse en el Servicio Nacional de Tuberculosis.

- El año 1962 con 4 hospitales broncopulmonares y unidades de bronco neumología en algunos departamentos se fortalece el Programa Nacional de Control de Tuberculosis, con asesoría de la OPS/OMS, basado en el Plan y Programa Cooperativo para el Control de la Tuberculosis.
- En 1971 se editan las primeras Normas de Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis que incluyen procedimientos de control, organización de la información, análisis y actividades de supervisión y mejoras sustanciales en la quimioterapia.
- El año 1982, en el que el país retorna a la democracia, se realizó el primer Día Mundial de lucha contra la tuberculosis, patrocinado por la OPS/OMS y la Unión Internacional Contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias (UICTER). El Programa Nacional de Control de Tuberculosis se integra a la atención primaria de salud, con un avance importante en el control de la enfermedad.
- En 1999 se edita una nueva edición del Manual de Normas Técnicas que incluye el Sistema de Registro e Información. Ese mismo año se formula el Plan Quinquenal 1999-2004 que sirvió de base para definir un sistema de gestión por objetivos.
- Entre 2004 y 2007, en una coyuntura política compleja, el Programa Nacional de Control de Tuberculosis, desarrolla Planes Operativos Regionales, con metas hacia el 2015, basadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- El año 2008, se establece como desafío eliminar la tuberculosis como problema de salud pública planteando una serie de estrategias basadas en los lineamientos de "Stop TB", formulando el Plan Estratégico para el Control de la Tuberculosis en Bolivia 2008-2015. Durante este periodo se ha ido fortaleciendo la participación social entendiendo que la lucha contra la tuberculosis demanda acciones integrales desde diferentes instancias sectoriales que actúen sobre los determinantes sociales de la enfermedad.

A esta serie cronológica es importante indicar que la evolución terapéutica, incorporada de manera gradual ha marcado el rumbo de las acciones en la lucha contra la tuberculosis. Es así que desde el descubrimiento de la estreptomocina en 1944 que se extendió hasta 1970 como un esquema de monoterapia, se ha ido mejorando el tratamiento con la incorporación de la isoniazida, el ácido paraamino salicílico (PAS), el Etambutol y la thiazina hacia 1971. La inclusión de rifampicina y pirazinamida en 1986 acortando el tratamiento

de 12 a 7 meses. Desde julio del 2008 el cambio del esquema I para casos nuevos que acortó el tratamiento a 6 meses.

En el modelo actual de gestión y en el marco de la política SAFCI, la respuesta nacional a la tuberculosis es liderada por el Ministerio de Salud, cuyo accionar se estructura desde el Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PNCT) que funciona al interior de la Unidad de Epidemiología dependiente de la Dirección General de Servicios de Salud que a su vez se encuentra orgánicamente articulada al Viceministerio de Salud.

El Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PNCT) tiene esencialmente un enfoque preventivo y una función normativa. Las normas se ejecutan en todos los establecimientos de salud del país a través de los Programas Departamentales de Control de Tuberculosis (PDCT), las prestaciones de diagnóstico y tratamiento están garantizadas por el Estado Plurinacional de Bolivia, que actualmente se encuentra asistido por recursos del Tesoro General de la Nación y del Fondo Mundial (Apoyo a VIH, TB y Malaria).

100

Los antecedentes de planificación se remontan al Plan Quinquenal 1999-2004 y el Plan Estratégico 2008-2015, sobre el cual se definieron una serie de estrategias y acciones, muchas de las cuales permitieron fortalecer el control de la tuberculosis en el país y otras no lograron materializarse principalmente por factores programáticos tanto financieros como técnicos.

1.2 El Proceso de Formulación del Plan Nacional de Control de Tuberculosis en Bolivia 2016-2020

El Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020, tiene como propósito esencial consolidar estrategias y acciones eficaces para lograr reducir la carga de la tuberculosis en el país, fortaleciendo las acciones desarrolladas hasta la fecha y enfrentando los nuevos desafíos de manera multisectorial.

Promueve mejorar la salud de las personas para el Vivir Bien, en corresponsabilidad con los diferentes sectores y actores involucrados en la promoción de la salud, la prevención de riesgos, la atención integral en salud, fomentando la investigación participativa en un escenario libre de exclusión social y libre de toda forma de estigma y discriminación.

El segundo semestre del año 2014 el PNCT conjuntamente con sus organizaciones aliadas; Asociación de Pacientes Contra la Tuberculosis (ASPACONT), Comité Nacional TB-DR/RAFA, el Mecanismo de Coordinación de País (MCP-B), Comité Nacional Asesor de Tuberculosis, expertos en la temática de tuberculosis, con el apoyo de la OPS/OMS y el receptor principal del Fondo Mundial, inicia el proceso de formulación del plan proponiendo un desarrollo inclusivo, participativo y multisectorial (sector público, sector privado, organizaciones de la sociedad civil, personas afectadas por la tuberculosis y cooperación para el desarrollo) con el objeto de estructurar un conjunto de estrategias legítimas que respondan a la demanda social en el contexto epidemiológico en el que se encuentra el país.

1.3 Proceso Participativo para la Formulación del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020.

Se encuentra enmarcado en el acceso universal “salud para todos” que se estructura mediante un trabajo participativo y concertado con la sociedad, estructurado multisectorialmente bajo un modelo de gestión de calidad por resultados, fundamentando la previsión anticipada de logros y en la asignación de responsabilidades entre las diferentes instancias involucradas.

La multisectorialidad involucra el compromiso y la definición de responsabilidades con los diferentes sectores de desarrollo social⁷ y los actores comprometidos en tales instancias sectoriales.

Con el objeto de garantizar el proceso inclusivo de formulación se desarrollaron consultas nacionales a través de mesas de trabajo mediante un dialogo de país con actores claves tanto locales como nacionales durante los meses de octubre y diciembre de 2014, con una amplia participación tanto del sector público, como de las organizaciones sociales, tomando en cuenta el Decreto Supremo N° 29601, “**MODELO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO INTERCULTURAL**” que en su artículo 3, describe los siguientes principios: 1) La participación comunitaria, 2) Intersectorialidad, 3) Interculturalidad, e 4) integralidad.

⁷ Según la configuración de la inversión pública en el país los sectores de desarrollo social son: salud, educación, vivienda y servicios básicos, medio ambiente y empleo siendo el tema de justicia e igualdad de oportunidades un componente transversal en los diferentes sectores de trabajo.

Participación comunitaria

- Es la capacidad de las comunidades urbanas y rurales en la identificación, priorización, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos de desarrollo integral comunitario en salud, en los diferentes niveles de gestión para consolidar una visión nacional, de acuerdo con intereses colectivos y no sectoriales o corporativos.

Intersectorialidad

- Es la intervención coordinada entre la población y los diferentes sectores (salud, educación, saneamiento básico, producción, vivienda, alimentación), con el fin de actuar sobre las determinantes socioeconómicas de la salud en base a alianzas estratégicas y programáticas, dinamizando iniciativas conjuntas en el tratamiento de las problemáticas y necesidades identificadas.

Interculturalidad

- Es el desarrollo de procesos de articulación, complementariedad entre diferentes medicinas (académica, indígena originaria y campesina y otros) a partir del diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud .

Integralidad

- Es la capacidad del servicio de salud para concebir el proceso salud enfermedad como una totalidad, que contempla la persona y su relación con la familia, la comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual con el fin de implementar procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y recuperación de manera eficiente y eficaz .

102

El dialogo participativo fue estructurado en dos talleres nacionales multisectoriales y cinco reuniones de trabajo de la comisión técnica, conformada por el PNCT, Hospital Los Andes, INLASA, MCP-B, Plataforma de Derechos Humanos, ASPACONT, OPS/OMS y el R.P. del Fondo Mundial (PROSALUD). Los principales resultados del dialogo nacional son:

1. Identificación de la demanda social, para la priorización de las necesidades en el marco del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia, como respuesta a la problemática de la tuberculosis del País.
2. Identificación de las potencialidades y limitaciones de los diferentes actores para responder efectivamente a la problemática de la tuberculosis, con responsabilidades definidas.
3. Identificación de brechas en la promoción de la salud, prevención de riesgos, diagnóstico, tratamiento y curación, según las

características de cada región tomando en cuenta las diferencias culturales, de género y generacionales.

4. Determinación del marco estratégico desde una perspectiva social: visión, misión, objetivo general, objetivos estratégicos, e indicadores de impacto en función de la política de salud y el abordaje de la agenda 2025.
5. Determinación de las líneas de acción por objetivo estratégico con la delimitación de responsabilidades para la ejecución de las actividades propuestas.
6. Validación general del plan según los objetivos estratégicos definidos en el dialogo nacional.

2. Principios y Aspectos Transversales del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016 - 2020

Las diferentes acciones de respuesta a la tuberculosis demandan la articulación de las realidades de los diferentes determinantes sociales de la salud que inciden en la evolución de la enfermedad y por lo tanto son factores críticos para su control, por lo que el respeto a los derechos humanos es una condición general para el desarrollo de las estrategias que además debe contemplar el enfoque de género, la problemática del estigma y discriminación conjuntamente la sostenibilidad y multisectorialidad.

103

Derechos Humanos	
	<ul style="list-style-type: none"> • El respeto a los derechos humanos en los aspectos individuales, políticos, sociales, económicos y culturales en un entorno jurídico-ético es fundamental para lograr acciones efectivas en salud que permitan reducir el riesgo y la vulnerabilidad a la tuberculosis, fomentando la eliminación de la exclusión social, el estigma y la discriminación relacionados. • El Plan Nacional de Control de Tuberculosis, incorpora de manera transversal el enfoque de género y la inclusión de las diversidades culturales, género y generacionales según el contexto de las diferentes poblaciones vulnerables y la población general, mediante la movilización comunitaria, procurando el acceso universal al diagnóstico, tratamiento y una línea de trabajo específico para la eliminación del estigma y discriminación.

Enfoque de Promoción de la Salud

- El enfoque de Promoción de la Salud tiene como objetivo articular la estructura social de salud y el establecimiento de salud con el propósito de identificar la determinación social del proceso salud-enfermedad (las transversales o inequidades en salud como género, violencia, salud ambiental, interculturalidad, discriminación social) y abordarla para su transformación, a través de sus medios: Educación para la Vida, Reorientación del Servicio, Alianzas Estratégicas y Movilización Social.
- El Plan Nacional de Control de la Tuberculosis define estrategias que permitan la igualdad de oportunidades de acceso para hombres y mujeres en todos los grupos de edad, considerando el reconocimiento de sus necesidades según sus contextos geográficos y culturales.

Sostenibilidad y multisectorialidad

- La respuesta a los problema de la salud en general y la tuberculosis necesariamente debe superar el enfoque asistencialista, integrando los esfuerzos del sector salud con otras instancias como educación, vivienda, servicios básicos, etc. que permitan actuar sobre los determinantes sociales de la salud, además esta articulación concertada debe garantizar la asignación de recursos y responsabilidades para generar sinergias que permitan articular una respuesta sostenible.

Modelo social comunitario de desarrollo

- El Estado Plurinacional de Bolivia, ha ido implementando una serie de reformas en el marco del modelo económico social productivo, que ha permitido generar una base económica fundamental para iniciar una serie de transformaciones que han ido mejorando los indicadores de pobreza y el desarrollo humano.
- El modelo económico impulsa el funcionamiento del Estado que dirige la economía, transfiere los excedentes de los sectores estratégicos a los sectores generadores de ingreso y empleo, articulando las diversas formas de organización económica existentes (estatal, comunitaria, social, cooperativa y privada), bajo los principios de

	<p>complementariedad, reciprocidad, solidaridad, redistribución, igualdad, seguridad jurídica, sustentabilidad, equilibrio, justicia y transparencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El modelo implementado actúa sinérgicamente para cerrar las brechas de acceso a los servicios públicos, priorizando la educación y la salud, impulsando el acceso a los servicios básicos y la vivienda social, incidiendo directamente en la eliminación gradual y constante de la pobreza, lo que permite reducir las necesidades básicas insatisfechas en salud.
--	---

3. Marco Jurídico

La multisectorialidad trasciende la sola actuación del sector salud, de acuerdo con la política SAFCI se debe buscar una acción directa sobre los determinantes socioeconómicos de la salud, lo cual supone establecer competencias definidas según los diferentes niveles de gestión. En este contexto la Ley Marco de Autonomías y Descentralización da un marco general y regula aspectos específicos para la aplicación ordenada y progresiva de las autonomías en el país.

La Ley Marco de Autonomías y Descentralización establece las siguientes funciones:

- La autonomía Departamental impulsará el desarrollo económico y social en su jurisdicción.
- La autonomía Municipal impulsará el desarrollo económico local y humano a través de la prestación de servicios públicos a la población, así como coadyuvará al desarrollo rural.
- La autonomía Regional promoverá el desarrollo económico y social en su jurisdicción mediante la reglamentación de las políticas públicas departamentales en la región en el marco de sus competencias conferidas.
- La autonomía Indígena Originario Campesina (AIOC) impulsará el desarrollo integral como naciones y pueblos, así como la gestión de su territorio.

La Ley Marco de Autonomías y Descentralización, define una estructura competencial que permite a las diferentes autonomías el accionar sobre sus propias demandas y necesidades sociales:

- Las competencias privativas son competencias indelegables e intransferibles del Estado Nacional, por su carácter estratégico y de interés colectivo.
- Las competencias exclusivas recaen en un solo nivel de gobierno, éstas pueden ser delegables o transferibles solo en sus facultades reglamentarias y ejecutivas.
- Las competencias concurrentes son competencias sujetas a una legislación básica nacional, correspondiendo a los gobiernos autónomos la reglamentación y la ejecución.
- Las competencias compartidas son aquellas en las que la legislación básica nacional se reserva al Estado y la legislación de desarrollo corresponde a los niveles subnacionales, así como la reglamentación, ejecución, administración y operación.

En este escenario, el nivel central tiene esencialmente un rol regulador y normativo de la política de salud y la promoción de sinergias con los otros sectores de desarrollo de acuerdo con sus competencias privativas.

106

En el nivel Departamental: una primera competencia es la formulación y aprobación del Plan Departamental de Salud, acreditar los servicios de salud, garantizar la provisión de los servicios de salud en coordinación con las autonomías municipales y AIOC, planificar la estructuración de las redes de salud funcionales y de calidad en el marco de la política SAFCI, fortalecer el desarrollo de recursos humanos, promover la participación y control social en salud, ejecutar los programas epidemiológicos, elaborar programas y proyectos de promoción y prevención, proporcionar la infraestructura adecuada en el tercer nivel de atención, monitorear el desempeño del personal de salud, ejecutar la vigilancia y control sanitario y la ejecución de los programas nacionales de protección social en su jurisdicción territorial.

En los niveles municipales y AIOC: formular y aprobar los planes de salud municipales, implementar el sistema único de salud, crear la instancia máxima de gestión local de salud, ejecutar el componente de atención con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dotar la infraestructura adecuada para el funcionamiento del sistema único de salud, monitorear el desempeño del personal de salud, ejecutar la vigilancia y control sanitario y la ejecución de los programas nacionales de protección social en su jurisdicción territorial.

ANEXO II

1. ANEXO EDITORIAL

Equipo técnico de elaboración, revisión y validación del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020

Revisión Técnica

Dr. Denis Mosqueira Salas	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
Dra. Magna Olarte Huaman	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
Dra. Carmen Arraya Gironda	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
Dra. Miriam Wilcarani Ala	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
Dr. Rolando Terrazas	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
Ing. Carlos Alberto Ayala L.	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
Biotec. Freddy Ergueta I.	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
Dr. Juan Carlos Mollinedo	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
Dr. Niko Rosales	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
Lic. Claudia Ruiz Cardenas	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
Lic. Renan Torrico Meruvia	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
Dr. Maycol Arana Alvarez	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
Dra. Mirtha Camacho Prado	Instituto de Laboratorios de Salud (INLASA)

Representaciones del sector salud que Participaron en el Proceso Consultivo

Dr. Roberto Machaca	Viceministerio de Medicina Tradicional
Dr. Lucio Escobar	Viceministerio de Medicina Tradicional
Dra. Miriam Nogales	Dirección General de Planificación del Ministerio de Salud
Lic. Alicia Quispe M.	Unidad de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud
Lic. Carmen Lira	Unidad de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud

Dra. Silvia Alcón Herrera	Instituto Nacional de Laboratorios de Salud (INLASA)
Dr. Luis Calderon	Instituto Nacional de Laboratorios de Salud (INLASA)
Dra. Bertha Moscoso	Servicio Departamental de Salud Chuquisaca
Dr. Jhonny Camacho	Servicio Departamental de Salud Chuquisaca
Dr. Roberto Amusquivar	Servicio Departamental de Salud Oruro
Dr. Efrain Vallejo	Servicio Departamental de Salud Cochabamba
Dr. Robert Leonardo Ríos	Servicio Departamental de Salud Pando (C.S. Mapajo)
Dr. José Urizacari	Comité Nacional TB-MDR
Dra. Adela Casal	Comité Nacional TB-MDR
Dr. Jaime Ordoñez	Comité Nacional TB-MDR
Dr. Antonio López López	Comité Departamental TB-MDR Cochabamba
Dra. María Gloria Agreda	Comité Departamental TB-MDR Santa Cruz
Dr. Oscar Laime Ríos	Programa Departamental de Control de Tuberculosis Chuquisaca
Lic. Rosmery Avendaño	Programa Departamental de Control de Tuberculosis La Paz
Dr. Amilcar Apaza M.	Programa Departamental de Control de Tuberculosis Cochabamba
Dr. Edgar Villarte	Programa Departamental de Control de Tuberculosis Oruro
Dra. Mónica Castro M.	Programa Departamental de Control de Tuberculosis Oruro
Dra. Marcela Bernal	Programa Departamental de Control de Tuberculosis Potosí
Dr. Marcelo Magne Ruiz	Programa Departamental de Control de Tuberculosis Tarija
Lic. Rosario Ruiz C.	Programa Departamental de Control de Tuberculosis Santa Cruz
Lic. Nancy Titichoca	Programa Departamental de Control de Tuberculosis Santa Cruz
Lic. Rosario Vásquez L.	Programa Departamental de Control de Tuberculosis Beni
Dr. Rafael Paz Mamani	Programa Departamental de Control de Tuberculosis Pando

Otras Instancias Sectoriales e Intersectoriales

Dra. Rosmery Carvallo	Instituto de Gastroenterología Boliviano-Japonés (IGBJ)
Dr. Rodrigo Quiroz Ll.	Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES)
Dr. Victor Marquez.	Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES)
Dr. Jaime Pardo	Caja Nacional de Salud (CNS)
Dr. Fidel Choque	Policía Boliviana
Lic. Alejandro Giacoman	Representante Migración
Jorge Luis Aguilar Gutiérrez	Universidad Pública de El Alto

Representaciones de la Sociedad Civil

Eva Limachi	Asociación de Pacientes con Tuberculosis (ASPACONT)
Dr. Oscar Lanza V.	Plataforma de Salud, Justicia y Desarrollo
Carola Urquiza	Confederación de Pueblos Indígenas de Bolivia (CIDOB)
Felipa Churqui Chura	Confederación Nacional de Mujeres Campesinas Indígenas Originarias de Bolivia "Bartolina Sisa" (CNMCIOB "BS")
Freddy Barrientos	Coordinadora de Pueblos Étnicos de Santa Cruz (CPESC – CIDOB)
Emeterio Ilusaca Yujra	Consejo Nacional de Ayllus y Marcas del Qullasuyu (CONAMAQ)
Julio Kapatique	Consejo Nacional de Ayllus y Marcas del Qullasuyu (CONAMAQ)
Angela Riveros Quispe	Ejecutivos Amautas
Florencio Tarqui	Ejecutivos Amautas
Sr. Wilfredo Troche	Consejo Social Nacional de Salud

Cooperación para el Desarrollo

Dra. Roxana Salamanca	Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)
Dr. Héctor Pérez	Receptor Principal del Fondo Mundial, PROSA-LUD
Dr. Armando Marica	Receptor Principal del Fondo Mundial, PROSA-LUD
Dra. Silvia Morales	Mecanismo de Coordinación de País – Bolivia (MCP-B)

Coordinador General

Lic. Jorge Luis Medrano LI.	Consultor para la elaboración del PNC-TB, 2016-2020
-----------------------------	---

ANEXO III

BIBLIOGRAFÍA

1. Bolivia: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE) – MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES “Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA-DHS) 2008”. La Paz – Bolivia, 2011.
2. Bolivia: MINISTERIO DE JUSTICIA – VICEMINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS “Plan Nacional de Acción de Derechos Humanos Bolivia para Vivir Bien (2009-2013). s.l. La Paz – Bolivia, 2008.
3. Bolivia: MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES – PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS “Plan Estratégico de Control de Tuberculosis en Bolivia 2008-2015”. La Paz – Bolivia, 2008.
4. Bolivia: MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES “Plan de Desarrollo Sectorial de Salud 2010-2020”. La Paz – Bolivia, 2010.
5. Bolivia: MINISTERIO DE SALUD – PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS “Plan de Monitoreo y Evaluación para el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis”. La Paz – Bolivia, 2013.
6. Bolivia: MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES “Salud Familiar Comunitaria Intercultural (Versión didáctica). La Paz – Bolivia, 2013.
7. FONDO MUNDIAL DE LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA, TUBERCULOSIS Y MALARIA “Guía de Monitoreo y Evaluación VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria. 2006.
8. Medrano Ll. Jorge Luis. “Lineamientos Básicos para la Preparación y Evaluación de Proyectos Sociales”. ISEG – Invoproys, 2012.
9. PROGRAMA MUNDIAL DE TB-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. “Estrategia Mundial de TB post-2015”. Ginebra – Suiza, 2014.

10. Universidad para la Investigación Estratégica en Bolivia (U-PIEB). "Pautas Metodológicas para Investigaciones Cualitativas y Cuantitativas en Ciencias Sociales y Humanas" PIEB. La Paz – Bolivia, 2006.

La salud... un derecho para vivir bien





ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA



PLAN NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN BOLIVIA 2016 - 2020

PUBLICACIÓN
424

Serie: Documentos Técnico Normativos

La Paz - Bolivia
2016

PRESENTACION

La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, está dirigida a lograr el acceso a un sistema de salud universal solidario e intercultural, para todos los bolivianos y bolivianas, en el marco estratégico y de priorización de Metas, Resultados y Acciones a ser desarrolladas en el tercer periodo del gobierno de la Revolución Democrática Cultural descritos en el Plan de Desarrollo Económico y Social, para Vivir Bien (PDES 2016-2020). El PDES 2016-2020 se constituye en el eje sobre el cual giran las políticas sectoriales, que se refleja en el Plan Sectorial de Desarrollo Integral del sector salud 2016-2020, que proponen el control y la eliminación de las enfermedades transmisibles, entre ellas la tuberculosis.

El Ministerio de Salud, a través del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, como respuesta al desafío epidemiológico que la Tuberculosis representa en Bolivia establece elaborar una extensión del Plan Nacional de Control de Tuberculosis 2016 – 2020. La extensión contenida en el documento abarca un periodo de 2 años con acciones orientadas a dar respuesta a las debilidades y brechas observadas en las evaluaciones realizadas por el rGLC, el perfil epidemiológico y el informe del APMG, en el marco de la estrategia mundial de control de la TB post- 2015, “Fin de la TB”, basadas en 5 principios: i) rectoría y corresponsabilidad del gobierno en el nivel nacional, regional y local, ii) respeto y protección de los derechos humanos, la ética y la equidad, iii) inserción en la estrategia para la Cobertura Universal de Salud y en el marco de la Atención Primaria de Salud, iv) coalición con la sociedad civil y las comunidades y v) adaptación de la estrategia mundial a nivel nacional, en el marco de la política nacional, el sistema de salud, la situación epidemiológica, social, económica y cultural del país. El país pretende realizar una consulta nacional con todos los sectores involucrados para posteriormente elaborar el Plan Nacional de Control de Tuberculosis 2023 – 2018.

La extensión del Plan contiene la extensión de las estrategias para los próximos 2 años y están orientadas a la prevención y atención de la TB para la disminución significativa de la incidencia de TB, disminución de la mortalidad por TB, abordaje precoz de la coinfección TB-VIH; el diagnóstico precoz de la TB-DR y estrategias diferenciadas conforme a las diferentes poblaciones abordadas, basados en el acceso a un sistema de salud universal solidario e intercultural.

CAPITULO 1

Introducción

1. Introducción

La tuberculosis continúa siendo un grave problema de salud pública a nivel mundial, a pesar de los avances tecnológicos, el mejoramiento de la calidad de vida y el mayor acceso a los servicios de salud, con alrededor de 9 millones de casos nuevos y más de un millón y medio de muertes cada año. La epidemia de VIH/Sida y de focos de tuberculosis multirresistente en zonas con control deficiente de la enfermedad complica todavía más el problema a nivel mundial, situación que también puede observarse en Bolivia, donde pese a los esfuerzos realizados en los últimos años, no se ha logrado controlar esta enfermedad y la misma continúa produciendo sufrimiento y pérdidas económicas.

Ante esta realidad, el año 2016, país decidió implementar la estrategia de la OMS post 2015 "**Fin de la TB**", para lo cual ha elaborado el Plan Nacional de Control de la Tuberculosis 2016 - 2020 centrado en 4 pilares: i) promoción de la salud, ii) atención integral de la salud, iii) investigación y iv) eliminación del estigma y discriminación. El plan 2016 – 2020, fue elaborado en el marco de proceso de diálogo participativo y constructivo, con el propósito de dar respuesta a la situación epidemiológica de la TB en Bolivia.

En el año 2018, se realizó un profundo análisis de la situación epidemiológica, así como de las brechas existentes. El análisis epidemiológico de la situación de la TB en Bolivia, no muestra cambios relevantes, por otro lado, el abordaje de la TB, la TB – DR y la coinfección TB-VIH, no ha cambiado; por lo que el PNCT consideró elaborar una extensión del Plan Nacional de Control de Tuberculosis vigente, 2016 – 2020, por un periodo de 2 años, contemplado el análisis de las principales brechas, debilidades y recomendaciones plasmadas en el informe del rGLC, el informe APMG, el informe del análisis del perfil epidemiológico.

CAPITULO 2

Marco Rector

2.- Marco rector

El marco legal del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis 2021 - 2022 se fundamenta en la vida y su protección de la misma, responsabilidad social que está instituida en la Constitución Política del Estado y otras normas legales, que se citan:

2.1 Constitución Política del Estado

La Constitución Política del Estado es la norma jurídica fundamental que rige la organización y el desarrollo del Estado Plurinacional, definiendo los derechos y deberes de los bolivianos y bolivianas. A continuación, se encuentran los Artículos de la Constitución Política referentes a la salud:

Artículo 15. I. Toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad física, psicológica y sexual.

Artículo 18. I. Todas las personas tienen derecho a la salud. II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

Artículo 35. I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud. II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Artículo 36. I. El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud. II. El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley.

Artículo 37. El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Artículo 38. I. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado, y no podrán ser privatizados ni concesionados. II. Los servicios de salud serán prestados de forma ininterrumpida.

Artículo 39. I. El Estado garantizará el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado; regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo con la ley. II. La ley sancionará las acciones u omisiones negligentes en el ejercicio de la práctica médica. **Artículo 40.** El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones, y en la gestión de todo el sistema público de salud.

Artículo 41. I. El Estado garantizará el acceso de la población a los medicamentos. II. El Estado priorizará los medicamentos genéricos a través del fomento de su producción interna y, en su caso, determinará su importación. III. El derecho a acceder a los medicamentos no podrá ser restringido por los derechos de propiedad intelectual y comercialización, y contemplará estándares de calidad y primera generación.

Artículo 42. I. Es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos. II. La promoción de la medicina tradicional incorporará el registro de medicamentos naturales y de sus principios activos, así como la protección de su conocimiento como propiedad intelectual, histórica, cultural, y como patrimonio de las naciones y pueblos indígena originario campesinos. III. La ley regulará el ejercicio de la medicina tradicional y garantizará la calidad de su servicio.

2.2 Plan Nacional de Desarrollo

Es el documento estratégico del país, que implica la concepción, políticas y estrategias de desarrollo del país en los ámbitos sectoriales y territoriales, en el paradigma del Vivir Bien.

2.3.- Plan Sectorial de Desarrollo 2010 – 2020

Que plantea garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud, la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, la construcción del sistema único de salud en el marco de la política sanitaria de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, erradicando la pobreza

e inequidad para Vivir Bien, priorizando la promoción de la salud, la participación y el control social, con rectoría del Ministerio de Salud.

El Plan Nacional de Control de la Tuberculosis se encuentra alineado al Plan Sectorial de Desarrollo de Bolivia, mediante los tres ejes principales que son: el Acceso universal al sistema único SAFCI, la Promoción de la salud y movilización social y la Rectoría y soberanía en salud, dentro de los principios esenciales de: Universalidad, Inclusión social, Equidad de género y generacional, Ética en salud, Transparencia y Eficiencia.

El Plan Sectorial de Desarrollo de Bolivia 2010 – 2020 “Hacia la Salud Universal” implementado según Resolución Ministerial N° 0889 del 11 de agosto del 2010, tiene como objetivo la eliminación de la exclusión social, “protegiendo el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud”.

Es importante resaltar que el Plan Sectorial de Desarrollo, asume los compromisos de gestión de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que están bajo el liderazgo de la Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales (UDAPE) y conformado por el Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Instituto Nacional de Estadística, Viceministerio de Ciencia y Tecnología, Viceministerio de Presupuesto y Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE).

2.4.- Política de Salud de Bolivia

Asimismo, el Plan de control de la Tuberculosis, es alineado a la política de salud en 3 ejes:

- Eje 1: Acceso universal al sistema único SAFCI, normado mediante Decreto Supremo (DS) 29601, que establece la nueva forma de comprender y hacer la salud mediante la implementación del modelo SAFCI y tiene como objetivo efectivizar el acceso universal a servicios de salud integrales y de calidad sin costo, para toda la población, en sus diferentes ciclos de vida y en igualdad de condiciones. La misma, busca el acceso a los servicios de salud del 100 por ciento de la población boliviana bajo el SAFCI, mediante la promoción de hábitos y conductas saludables en individuos, familia y la comunidad, la prevención de riesgos, el control de daños y la rehabilitación de personas con discapacidades; logrando una población sana y productiva, que participe en la transformación

económica, social y cultural, con la aplicación de un modelo de salud familiar, intercultural y comunitario.

- Eje 2: Promoción de la salud y movilización social, Esta política tiene como objetivo incidir en la transformación de las determinantes de la salud a partir de la participación social e intersectorial, en el marco del derecho a la salud. Plantea promover la ciudadanía activa, participativa y responsable de la salud (gestión, movilización y control social) creando consejos de salud a nivel nacional, departamental y municipal. Esto permitirá aumentar los años de vida saludable de la población y con ello se logrará contar con más gente sana y por ende mayor productividad.
- Eje 3: Rectoría y soberanía en salud, cuyo objetivo es recuperar y ejercer la autoridad sanitaria soberana de las instituciones que conducen y dirigen el Sector en el marco de las Autonomías. La misma contempla el programa "Gobernanza en Salud", que tiene como objetivo mejorar la conducción y regulación sectorial por parte del Ministerio de Salud además de su modulación financiera.

2.4.-Ley y Reglamento del Medio Ambiente N° 1333

El derecho al medio ambiente está sustentado en la Constitución Política del Estado, Artículo 33, "Las personas tienen derecho a un medio ambiente saludable, protegido y equilibrado. El ejercicio de este derecho debe permitir a los individuos y colectividades de las presentes y futuras generaciones, además de otros seres vivos, desarrollarse de manera normal y permanente.

2.5.- Ley Marco de Autonomías y Descentralización (Andrés Ibáñez) N° 031.

Constituye la manifestación de la voluntad autónoma del pueblo, fruto del consenso de las principales fuerzas vivas y supone el establecimiento de un sistema de gobiernos autónomos reconocidos por la Constitución Política del Estado.

2.6.- Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

En setiembre de 2015, los 193 Estados Miembros de las Naciones Unidas, junto con actores de la sociedad civil, el mundo académico y el sector privado, proclamaron la

Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que incluye 17 Objetivos y 169 metas, presenta una visión ambiciosa del desarrollo sostenible e integra sus dimensiones económica, social y ambiental. Es una agenda transformadora, que pone la igualdad y dignidad de las personas en el centro y llama a cambiar nuestro estilo de desarrollo, respetando el medio ambiente. Es un compromiso universal adquirido tanto por países desarrollados como en desarrollo, en el marco de una alianza mundial reforzada, que toma en cuenta los medios de implementación para realizar el cambio y la prevención de desastres por eventos naturales extremos, así como la mitigación y adaptación al cambio climático.

El objetivo y la meta que se refiere a la Tuberculosis son el ODS 3 y la meta 3.

ODS 3: Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos para todas las edades.

Meta 3.3: De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.

Es importante resaltar que Bolivia, asume los compromisos de gestión de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en el marco del Plan Sectorial de Desarrollo y que están bajo el liderazgo de la Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales (UDAPE) y conformado por el Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Instituto Nacional de Estadística, Viceministerio de Ciencia y Tecnología, Viceministerio de Presupuesto y Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE).

2.7.- Resolución de OPS/OMS y planes de acción.

Resolución WHA 67.1 de la OMS: por la cual se adopta la Estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015

Resolución CD54.R10 de la OPS: por la cual en la cual se aprueba el Plan de Acción para la Prevención y el Control de la Tuberculosis, para el periodo 2016-2019 (documento CD54/11, Rev. 1), el cual propone acelerar los esfuerzos de control para avanzar hacia el fin de la epidemia de tuberculosis y alcanzar las metas propuestas para el 2019 en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019.

2.8.- Plan de Acción Regional de Tuberculosis.

La Estrategia Fin a la TB que tiene como objetivo poner fin a la epidemia regional de Tuberculosis reduciendo el número de muertes en un 95% y la tasa de incidencia en un 90% entre 2015 y 2035, y consiguiendo que ninguna familia tenga que hacer frente a gastos catastróficos debido a la Tuberculosis.

CAPITULO 3

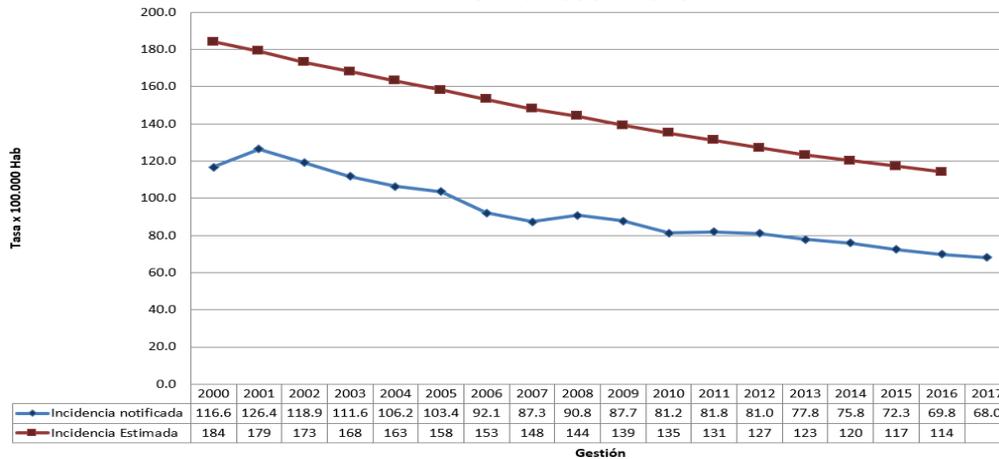
Situación Epidemiológica de la TB

3.- Situación Epidemiológica de la TB

Análisis de indicadores epidemiológicos – incidencia

La incidencia notificada por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) en el periodo del 2001 al 2010 ha descendido de 3,7 % por año, con una desaceleración de la disminución de 2,3% por año en el periodo 2010-2017 (Gráfico 1). La brecha entre la incidencia estimada por la OMS y la notificada por el PNCT es de 23 puntos de incidencia entre el 2000 y 2016.

Gráfico 1. Tasa de incidencia notificada y estimada de TB TSF x 100.000 habitantes. Bolivia 2000 – 2016

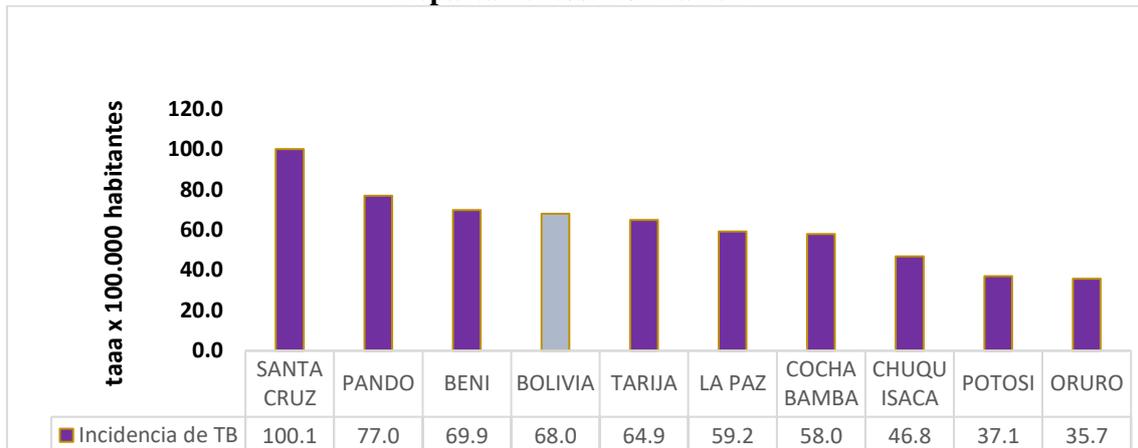


Fuente: PNCT

Según datos del PNCT, en el año 2017 se reportaron 7.658 casos nuevos de TB en todas las formas (TBTF), de los cuales el 98,9% (7.576) eran casos de TB nuevos más recaídas. El 77% (5.834) de los casos nuevos más recaídas eran casos de TBP; el 92% (5.367), casos de TB pulmonar BAAR (+). La tasa de incidencia notificada de TB fue de 69,3 por 100.000 habitantes y la de TB BK (+) de 48,6 por 100.000 habitantes.

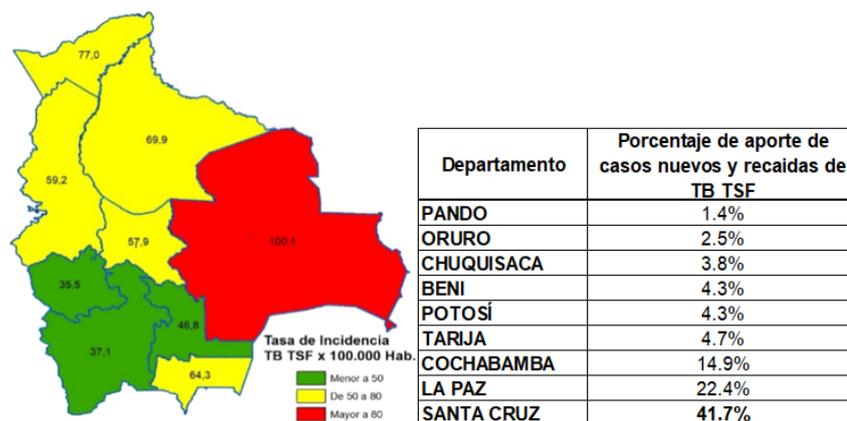
Las tasas de incidencia de TB-TF más elevadas se observan en los departamentos de Santa Cruz, Pando y Beni; pero la mayor cantidad de casos se concentran en 3 departamentos: Santa Cruz (41,7%), La Paz (22,4%) y Cochabamba (14,9%), los cuales notifican el 79% de los casos del país (Gráfico 2 y 3).

Gráfico 2. Tasa de incidencia notificada de TB TSF x 100.000 habitantes por Departamentos. Bolivia 2017



Fuente: PNCT

Gráfico 3. Estratificación de las tasas de incidencia notificada de TB TSF por departamentos. Bolivia, 2017.

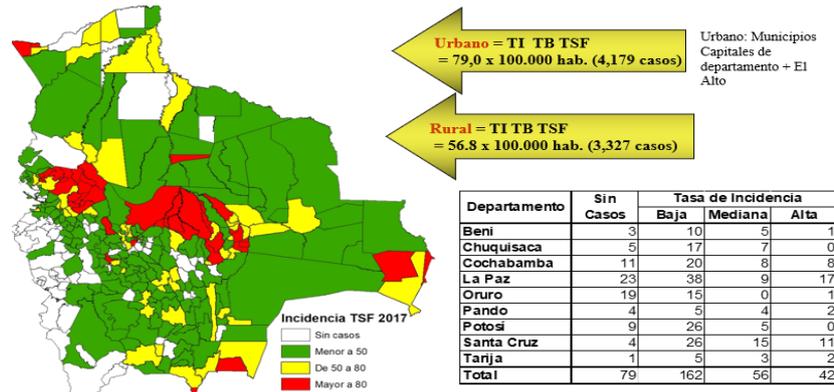


Fuente: PNCT

Al analizar las tasas de incidencia de TBTF por municipios, se identificó 42 municipios con tasa >80/100.000 habitantes, los cuales concentran el 56,4% de los casos de la totalidad de casos de TB; 11 municipios de los mismos pertenecen a los departamentos de Cochabamba, La Paz, y Santa Cruz, y tienen incidencia >200 casos/100.000 habitantes. La incidencia más alta registrada en el país fue de 609 casos x 100.000 habitantes en el municipio de Tipuani, departamento de La Paz, el cual cuenta con una población de 6.246 habitantes, muchos ellos se dedican a la explotación minera (Gráfico 4).

La distribución de las tasas de incidencia por zona urbana y rural, definiéndose como urbano, a la población de los municipios capitales de los departamentos, identifica que la TB es más un fenómeno urbano que rural con una incidencia de 1.4 veces mayor en zonas urbana que en rurales.

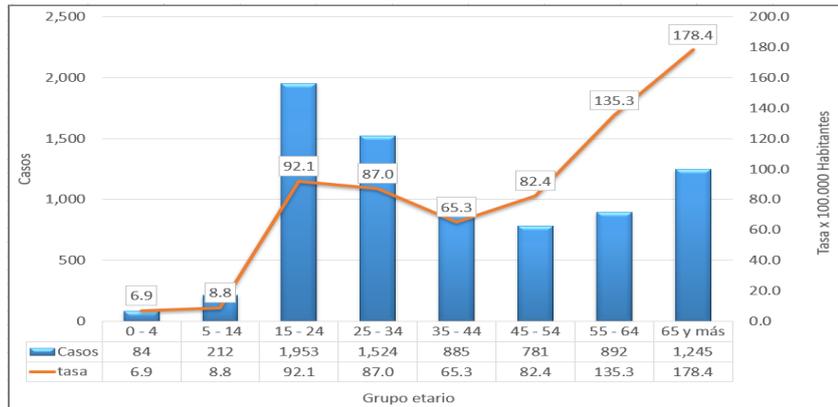
Gráfico 4. Estratificación por carga de TB TSF por municipios y tasas de incidencia urbano, rural. Bolivia 2017



Fuente: PNCT

El 46% de los casos de TBTF reportados corresponden a los grupos etarios de 15 a 34 años; el 16,5%, a personas de 65 o más años. El 62% de los casos de TB se produjeron en el sexo masculino; el 38%, en el femenino con una razón de 1,7 hombres por 1 mujer. En 2007, la tasa de incidencia por grupos etarios muestra que en la población de 15 a 34 años es 1,3 veces mayor respecto a la media nacional y 2 a 3 veces en los grupos etarios de 55 a 64 años y en mayores de 65 años (Gráfico 5). Estos datos identifican que la TB es una epidemia que afecta preferentemente a la población en edad reproductiva y productiva, y fundamentalmente a los adultos mayores.

**Gráfico 5. Tasa de incidencia de TB TSF por grupo de etario
Bolivia 2017**

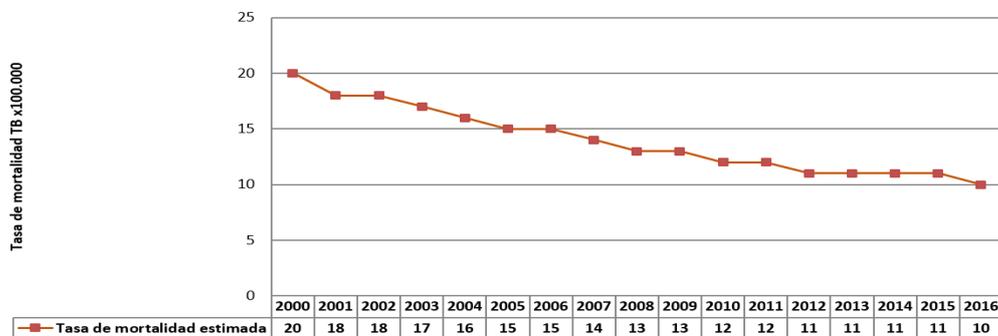


Fuente PNCT

Análisis de indicadores epidemiológicos – mortalidad

No se tiene información fidedigna del número de muertes por TB en el país, debido a debilidades en la implementación del sistema de registros vitales. Este análisis se efectúa en función de las estimaciones de la OMS (1). Para el 2017, se estimó, que la mortalidad fue 10 casos por 100.000 habitantes, con una disminución de 3.1% anual en el periodo del 2000-2016, que corresponde a una disminución de 50% en 16 años (Gráfico 6). La letalidad calculada de acuerdo con estimaciones del número casos y muertes por TB, en el periodo del 2000 al 2016 ha fluctuado del 10 al 8%, pudiendo ser 4 veces superior en enfermos TB coinfectados con el VIH (2).

**Gráfico 6. Tasa estimada de mortalidad por TB.
Bolivia 2000 – 2016**



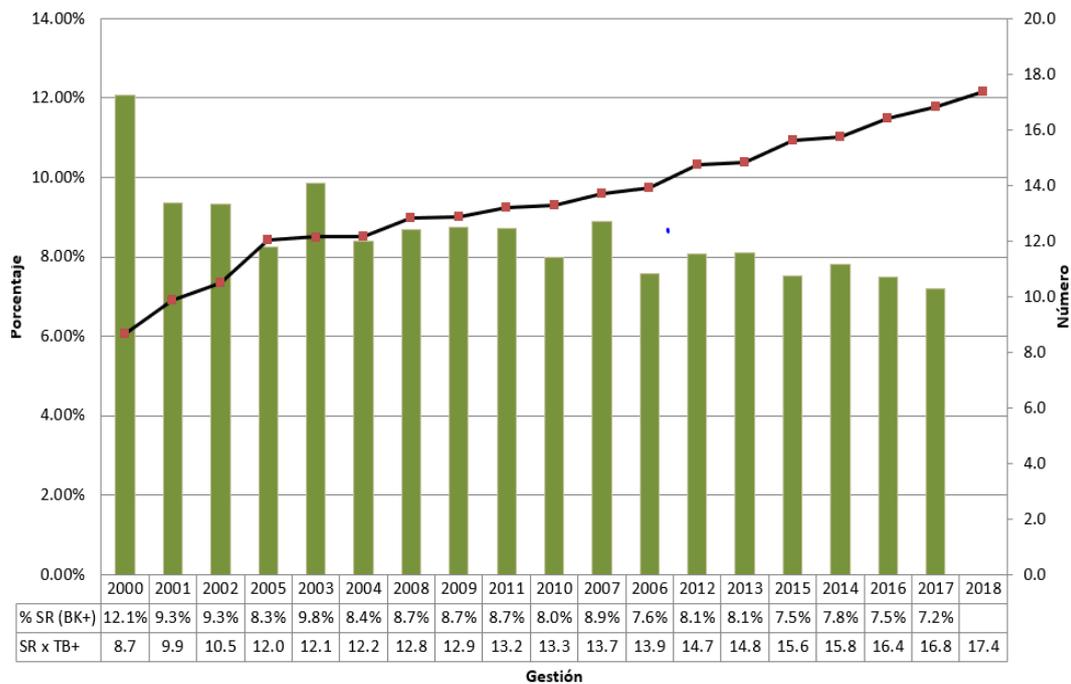
Fuente: WHO. Global TB Report 2017

SITUACION PROGRAMATICA DEL CONTROL DE LA TB

Actividades de detección de casos:

El análisis de la detección de casos de TB muestra una tendencia a la disminución del porcentaje de positividad de los SR de 12.1 a 7.2%, entre el 2000 y el 2016, periodo en el cual los SR detectados fluctuaron entre 89.759 en el 2007 a 90.825 el 2017, con incremento del número de SR por casos de TBP+, los cuales prácticamente se han duplicado en el periodo de análisis de 9 a 17 SR por caso de TBP+ (Gráfico 7). Esta información podría ser explicada ya sea por la baja sensibilidad del método diagnóstico utilizado, la baciloscopia, y/o por la baja sensibilidad de la definición del SR.

Gráfico 7. Porcentaje de positividad de los SR y promedio de SR detectados por caso de TB. Bolivia 2000 – 2017

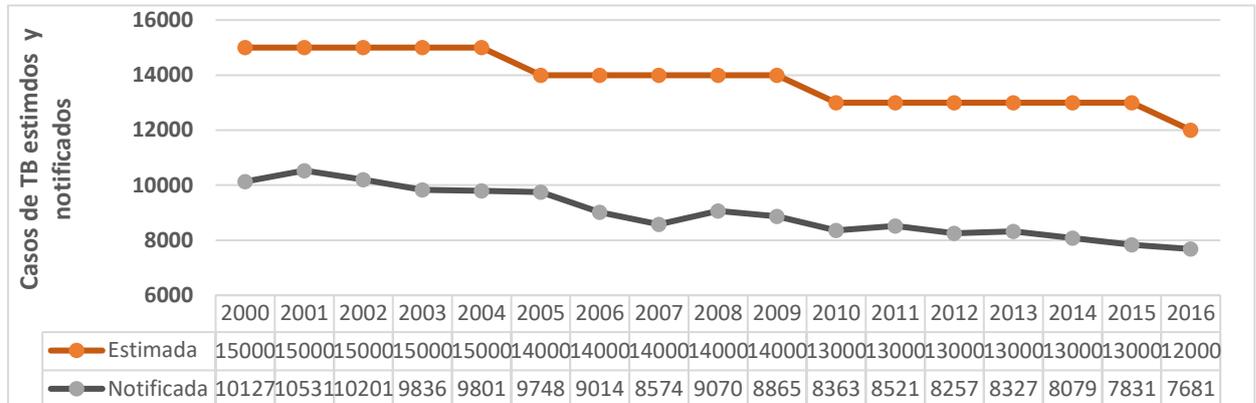


Fuente: PNCT

La estimación del número de casos nuevos de TBTF efectuada por la OMS, muestra una disminución permanente (Gráfica 8) del 2000 al 2016, con 3.000 casos nuevos estimados menos en el periodo de análisis. La notificación de casos tuvo la misma tendencia que los estimados con una disminución de 2.446 en el periodo analizado. Sin embargo, la brecha entre los estimados y los notificados fluctuó entre 4.000 a 5.000 casos no notificados por año, poniendo en evidencia falencias ya sea en el acceso de la población a los servicios de salud, a la poca capacidad resolutoria de los servicios de salud, algoritmo

diagnóstico con baja sensibilidad, problemas en el sistema de notificación de casos o sobreestimación realizada por la OMS. Brechas que deberán ser estudiadas por el PNCT.

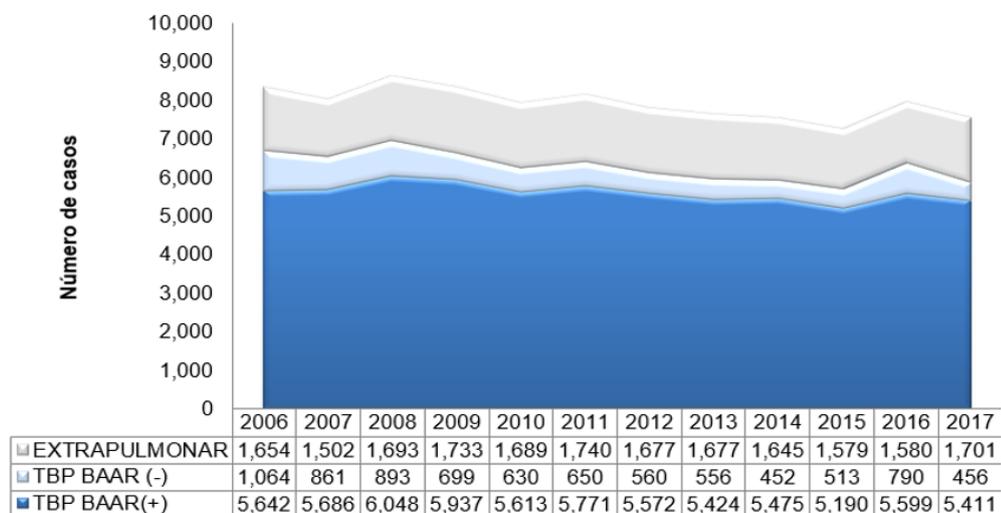
**Gráfico 8. Casos de TBTF estimados y notificados.
Bolivia 2000 – 2016**



Fuente: WHO Global TB Report 2017

El análisis de la distribución de la localización de la TB notificada, 2006 al 2017 (Gráfico 9), muestra que la forma pulmonar (TBP) representó el 80% y la extrapulmonar (TBE) el 20% restante. La forma de TBP+ fue en aumento con importante disminución de los casos de TBP(-). Desde el 2009 este descenso fue progresivo, así en el 2017, la TBP+ correspondió al 93% de los casos y solo el 7% fue de TBP(-). Cambio que podría deberse a sub-diagnóstico de la TBP (-) (2009-2016) o a la introducción de métodos diagnósticos más sensible, que podría explicar en parte este fenómeno, el cual deberá ser investigado.

**Gráfico 9. Casos de TB pulmonar (BAAR+ y BAAR-) y TB extrapulmonar.
Bolivia 2006 – 2017**



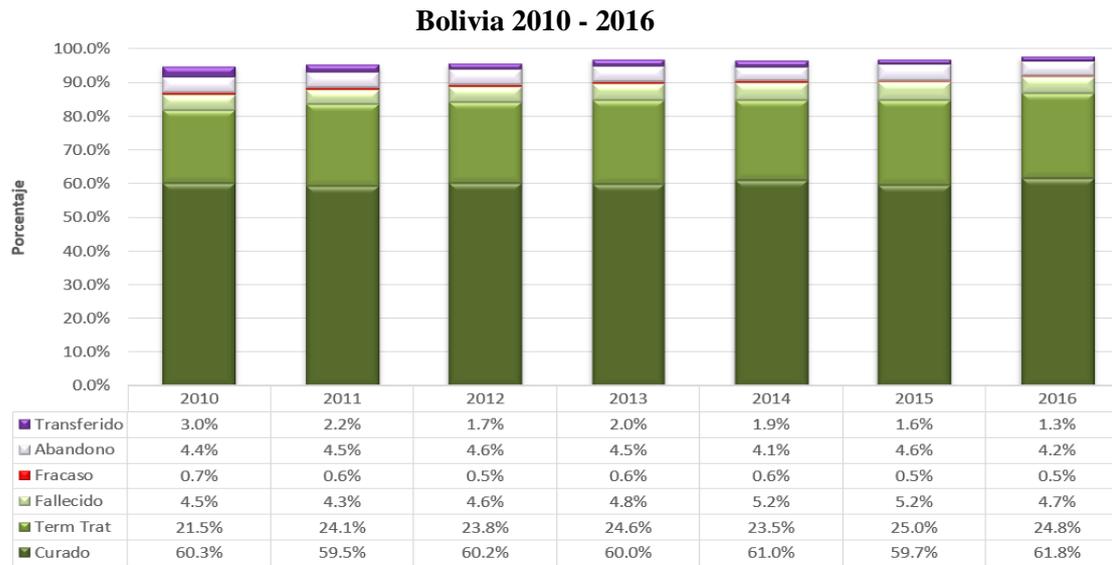
Fuente: PNCT

Análisis de los resultados del tratamiento.

En el Gráfico 10, observamos el resultado de la evaluación del tratamiento de la cohorte de casos nuevos de TB, muestra un incremento del tratamiento exitoso (curados + términos de tratamiento) del 81.8% al 86.6% (2010 al 2016), con 5% de fallecidos. Cabe resaltar que la meta de este indicador para el 2015 (Objetivos de Desarrollo del Milenio-ODM) fue alcanzar el 85% de éxito de tratamiento.

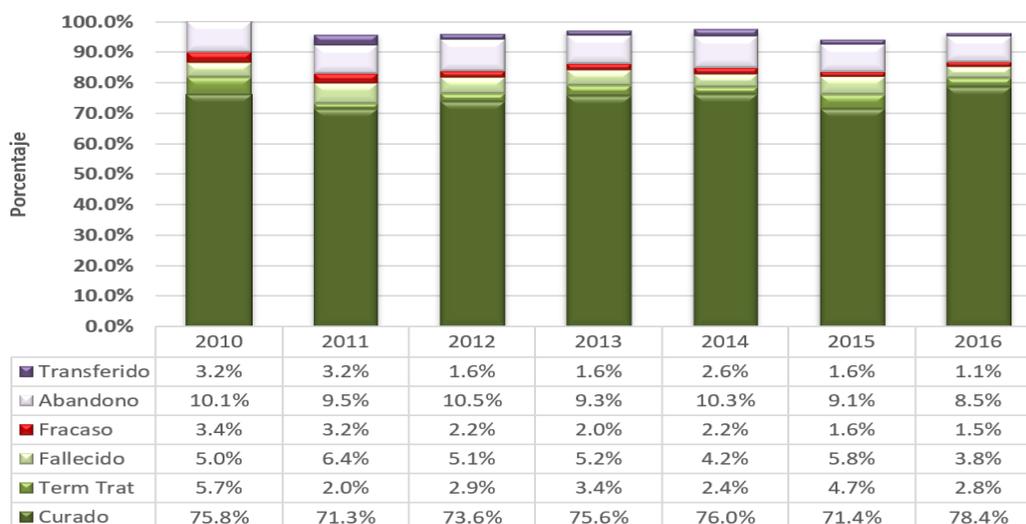
En la cohorte de casos de TBP BK+ previamente tratados, en el periodo de análisis, el tratamiento exitoso fue de 81%, con porcentajes elevados de abandonos (10%) e incremento de los fallecidos y fracasos al tratamiento respecto a la cohorte de casos nuevos (Gráfico 11).

Gráfico 10. Resultados del tratamiento de casos nuevos de TB.



Fuente: PNCT

Gráfico 11. Resultados de tratamiento de casos previamente tratados de TBP+. Bolivia 2010 – 2016



Fuente: PNCT

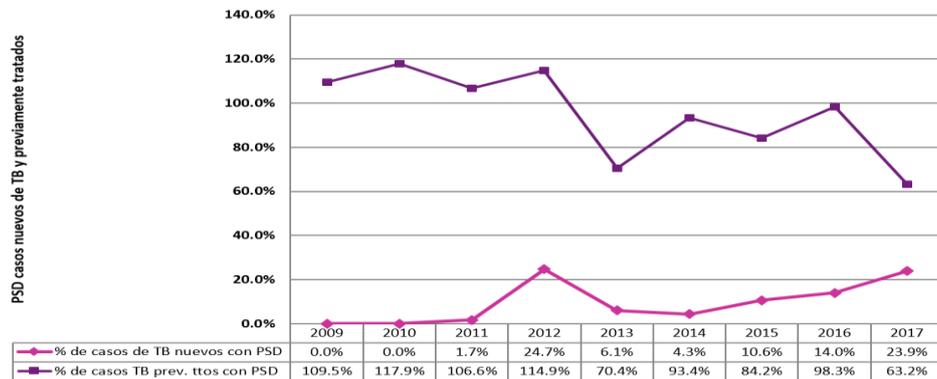
Vigilancia y control de la TB-MDR/RR y TB/XDR:

En relación a la vigilancia de los casos de TB resistente a medicamentos, se observa que en el 2009 el PNCT realizaba sistemáticamente PSD al 100% de los casos de TB previamente tratados, actividad que disminuyó a partir del 2012. La aplicación de las PSD en pacientes nuevos ha sido aplicada a partir del 2013, llegando solo a cubrir al 24% de los mismos en el 2017 (Gráfico 12). No se efectúa PSD de 2da línea en el país, con este fin se envían muestras al Laboratorio Supranacional en Chile.

El número de casos de TB-MDR diagnosticados se incrementó más de 3 veces del 2006 al 2010 (Gráfico 13) explicable por el incremento de la aplicación de las PSD especialmente en casos previamente tratados y posiblemente al diagnóstico de casos TB-MDR prevalentes de años previos. Del total de los casos de TB-MDR solo el 1% correspondió a monorresistentes a la Rifampicina. Entre los casos de TB previamente tratados, se tuvieron porcentajes altos de TB-MDR.

De acuerdo a estimaciones efectuadas por la OMS (3,4), el PNCT diagnosticó entre el 2009 al 2012 aproximadamente el 50% de los casos de TB-MDR, del 2013 al 2017 este porcentaje descendió al 30% de los estimados, periodo en el cual se dejó de diagnosticar 718 casos de TB-MDR que corresponden aproximadamente a 180 casos por año.

Gráfico 12. Porcentaje de casos de TB nuevos y previamente tratados con PSD a medicamentos de 1era línea. Bolivia 2006 – 2017



Fuente: PNCT

De total de los casos de TB-MDR diagnosticados, no todos iniciaron tratamiento con medicamentos de 2da línea, sin embargo, a partir del 2013 la cobertura de tratamiento de estos enfermos ha ido en aumento llegando al 93% en el 2017 (Gráfica 13).

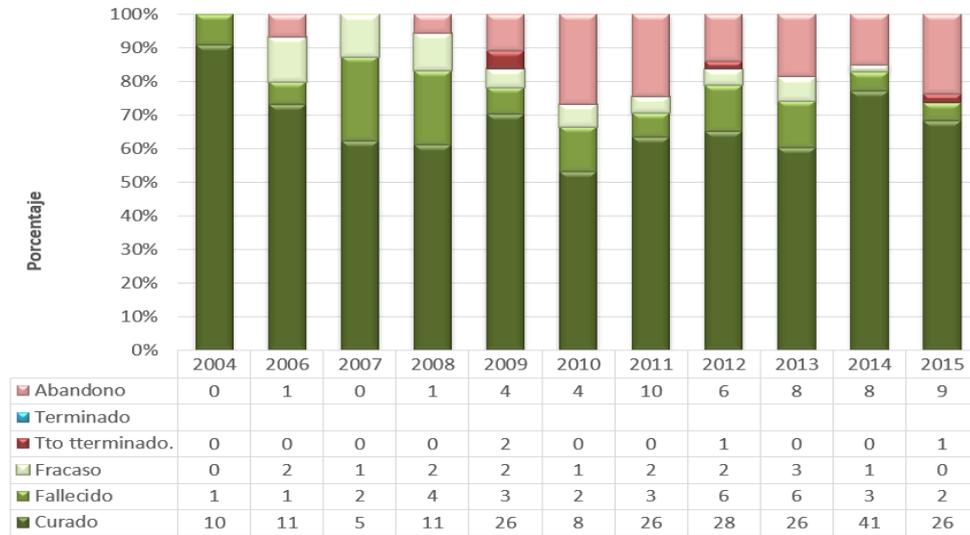
Gráfico 13. Número y porcentaje de casos de TB MDR diagnosticados por laboratorio y que inician tratamiento. Bolivia 2006 – 2017



Fuente: PNCT

Los resultados del tratamiento de la cohorte de TB-MDR, del 2004 al 2015, muestra grandes variaciones en el número de pacientes y en los resultados en las tasas de curación, las cuales fluctuaron del 90% en el 2004 con 11 pacientes, al 68% en el 2015 con 38 pacientes con 28% de abandonos. Los resultados del tratamiento del 2006 al 2015 se vieron afectados por los abandonos y fallecidos (Gráfico 14).

**Gráfico 14. Resultados de tratamiento de pacientes con TB MDR.
Bolivia 2004 - 2015**



Fuente: PNCT

Vigilancia y control de la coinfección TB/VIH:

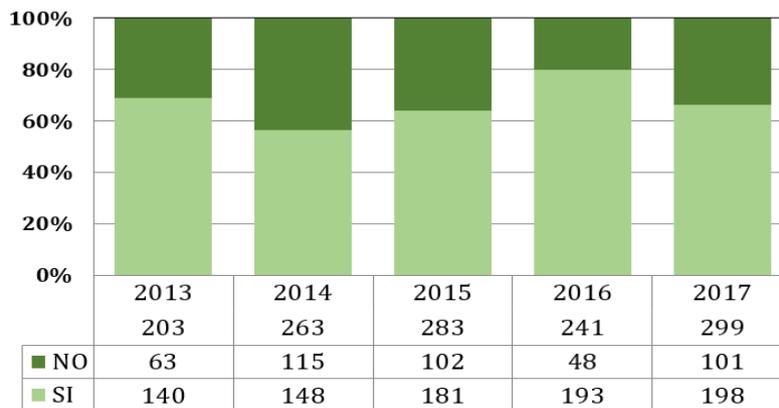
El PNCT de Bolivia, implementa las actividades colaborativas TB-VIH desde el año 2009. Entre los años 2009 al 2017 se ha incrementado la oferta de la prueba VIH en los enfermos con TB del 9.6% al 86.3%. En los últimos 3 años la cobertura de los casos de TB con prueba VIH supero el 80%, la coinfección en este periodo fue del 4.2 al 4.3%% (Gráfico 15). La cobertura del TARV en los coinfectados TB/VIH, en el periodo del 2013 al 2017, presentó fluctuaciones, del 80% en el 2016 al 66% en el 2017, dejando un número importante de PVV con TB/VIH sin TARV, poniendo en riesgo la vida de estos pacientes (Gráfico 16).

Gráfico 15. Porcentajes de casos de TB con pruebas VIH y de coinfección TB/VIH. Bolivia 2009 – 2017



Fuente: PNCT

Gráfico 16. Número y Porcentajes de coinfectados TB /VIH con TARV. Bolivia 2013 – 2017



Fuente: PNS

Tratamiento de la infección latente (ILTb):

Las poblaciones de infectados con el *M. Tuberculosis* con alto riesgo de desarrollar la enfermedad TB, definidas por el PNCT son: i) los contactos de casos de TBP menores de 5 años, ii) las PVV y iii) las personas inmunodeprimidas.

En el Gráfico 17, se observa que en el periodo 2013 al 2017 por cada caso de TBP+ en promedio se realizó tratamiento de la ILTB a 3 menores de 5 años. En cuanto a las PVV, en el periodo 2013 al 2016, el tratamiento de la ILTB fluctuó en PVV candidatos al tratamiento de la ILTB entre el 28% al 7%, cobertura con tendencia a la disminución (Gráfico 18).

Gráfico 17. Tratamiento de la Infección Latente TB (ILTb) en poblaciones priorizadas.**Bolivia 2010 – 2017**

Fuente: PNCT

Gráfico 18. Tratamiento preventivo de ILTB en PVV. Bolivia 2013 – 2016

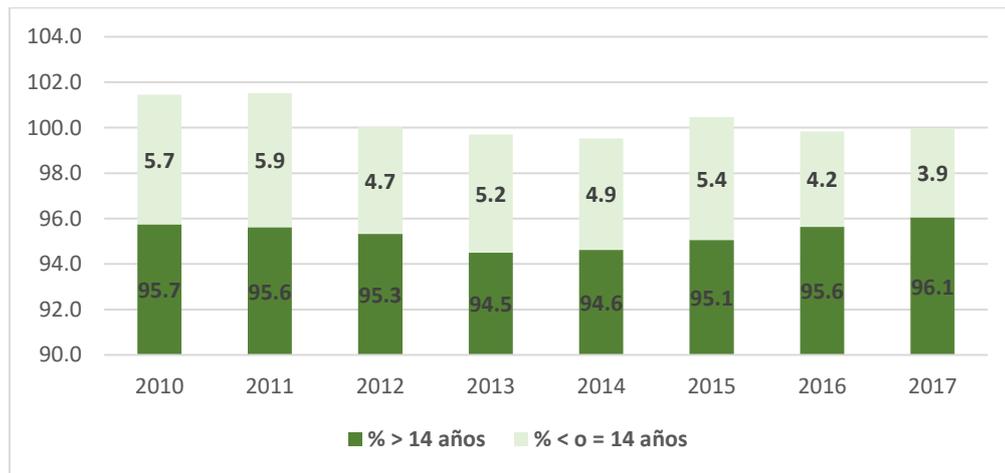
Fuente: PNS

CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA TB EN POBLACIONES VULNERABLES*Población infantil*

De acuerdo con los datos del censo nacional efectuado en el 2012 por el “Instituto Nacional de Estadística de Bolivia” (5), los menores de 14 años representan el 34.1% de la población total; la encuesta de hogares a su vez puso en evidencia que el 89% de los 2.687.000 hogares bolivianos tienen al menos 1 hijo menor de 11 años y 0.7 niños menores de 6 años (5,7).

La distribución proporcional de los casos de TB en menores de 15 años del total de los casos de TB notificados en las gestiones del 2010 – 2017, fluctuaron entre 5.9% al 3.9%. Distribución proporcional con tendencia a la disminución, con el valor más bajo en el 2017 (Gráfico 19).

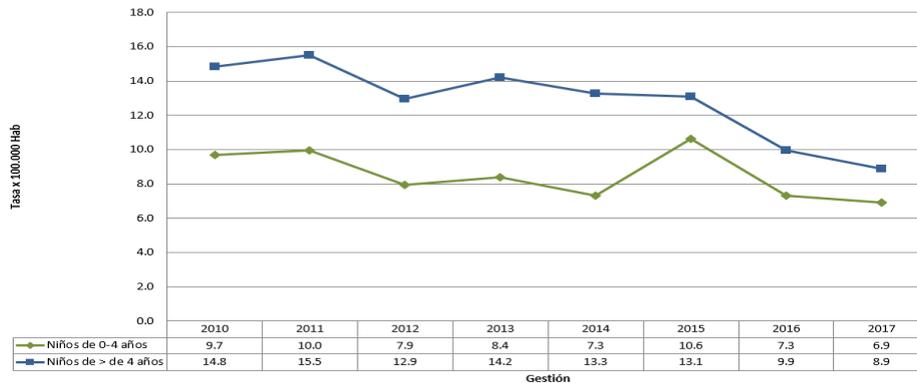
Gráfico 19. Distribución porcentual de la notificación de casos de TB en la población de 0-14 años y >de 14 años. Bolivia 2010 – 2017



Fuente: PNCT

La baja distribución proporcional de la TB en niños pone en evidencia problemas de sub-notificación y/o sub-diagnóstico en esta población. Los menores de 14 años representan el 31.7% de la población del país y solo representan el 3.9% de los casos de TB, en un contexto de alta incidencia de TB. En el Estado Plurinacional de Bolivia, se esperaría que cerca del 10% de los casos de TB correspondan a la población infantil. La tendencia permanente al descenso de la distribución porcentual y de las tasas de incidencia en esta población, especialmente en los 2 últimos años, pone en evidencia el deterioro del diagnóstico de la TB infantil (Gráfico 20).

Gráfico 20. Tasa de incidencia notificada de la TB TSF de 0 a 4 y de 5 a 14 años x 100.000 habitantes, Bolivia 2000-2016



Fuente: PNCT

Población Privada de Libertad

En Bolivia existen 61 centros penitenciarios, con una capacidad de albergue de cerca de 6.000 personas privadas de libertad (PPL), siendo la población total de PPL para el año 2016 de 17.949 (tasa de encarcelamiento de 156 PPL por 100.000 habitantes y ocupación de 253.9% de su capacidad). El 8,2% de las PPL correspondían al sexo femenino y el 12,9% a jóvenes y menores. El 69,9% de las PPL, en el 2016, no tenían sentencia ejecutoriada.

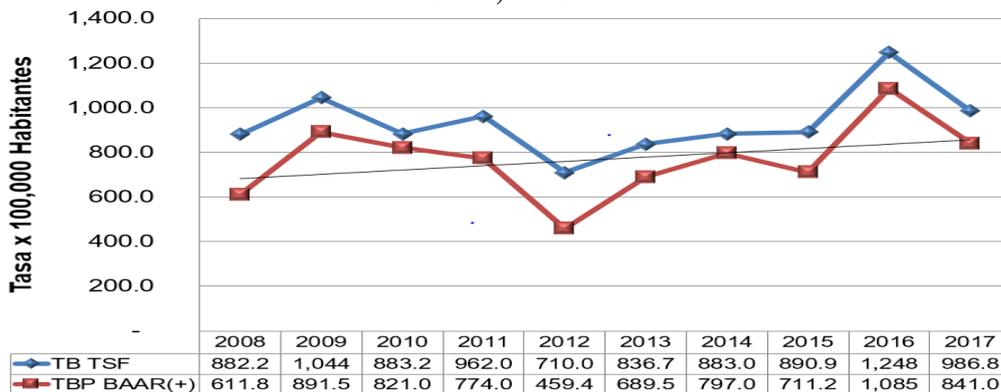
La población privada de libertad, en general, está representada por grupos marginados de la sociedad, como minorías étnicas, personas clave de mayor riesgo de exposición al VIH, personas con trastornos mentales, pobres y habitantes de la calle, todos ellos con alto riesgo de desarrollar la TB. A esto se suma las condiciones de vida precarias en las prisiones de Bolivia, donde las instalaciones son insuficientes para alojar a las PPL, la mayoría de ellas carecen de ventilación adecuada, higiene y saneamiento básico. La alimentación en general no cubre las necesidades nutricionales de las PPL y la atención de salud presenta serias limitaciones en personal de salud, infraestructura, equipamiento y dotación de insumos básicos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades prevalentes como es la TB. Todas estas condiciones facilitan la transmisión del *M. tuberculosis* y el desarrollo de la enfermedad en este contexto, con tasas de incidencia superiores a las de la población general. En el Gráfico 21, se observa el incremento de la tasa de incidencia de TB-TF y TBP-BK (+), desde el 2012 al 2016, probablemente

relacionadas a las actividades de búsqueda de SR realizadas en centros penitenciarios priorizados.

El riesgo relativo (RR) de padecer de TB en las PPL respecto a la población general, fluctúa de 10 a 15. Riesgo que pone en evidencia una violación de los derechos humanos de las PPL, puesto que la TB no hace parte de la condena. A esto se suma el alto porcentaje de PPL sin condena, que es del 80%. Población que en general tiene gran movilidad por transferencias a otras prisiones y/o excarcelaciones después de periodos prolongados de aprisionamiento, movimientos que incrementan la transmisión de la TB dentro y fuera de las prisiones. No se tiene datos de la prevalencia de la TB-MDR y de la coinfección TB/VIH en prisiones, sin embargo, se espera que sea mucho mas alta que en la población general.

Las tasas de curación de tratamiento de la cohorte de TBP+ en PPL fluctuó de 85 a 96.4%, poniendo en evidencia un trabajo eficiente por parte de los programas de control de la TB en prisiones.

Gráfico 21. Tasa de incidencia notificada de TB TSF y TBP(+) en Centros Penitenciarios. Bolivia, 2008 – 2017



Fuente: PNCT

Urbanización y tuberculosis

Bolivia, como la mayoría de los países de América, vive un proceso de urbanización con importantes flujos migratorios de poblaciones rurales a las áreas metropolitanas. Migraciones campo-ciudad que comenzaron después de 1950 (Gráfico 22), de acuerdo con el Censo Nacional efectuado en el 2012, el 67.5 % la población vive en áreas urbanas y el 32.5% en áreas rurales. La urbanización dio lugar al crecimiento poblacional de las áreas metropolitanas, especialmente de los municipios capitales. El mejor ejemplo del

crecimiento urbano acelerado es del área metropolitana de La Paz, donde el municipio de El Alto superó con más de 55.000 habitantes al municipio capital.

La urbanización ha sido y es aún un proceso no planificado con asentamiento de poblaciones en los suburbios de las ciudades, la formación de barrios marginales con construcciones de viviendas que no siguen normas de construcción, sin servicios básicos, con ambientes mal ventilados e importante hacinamiento. La pobreza debido a la falta de fuentes laborales con proliferación de trabajos informales mal remunerados, la violencia y la delincuencia, con alto riesgo de exposición al VIH, al alcohol, tabaco, drogas ilícitas general, son condiciones de vida que generan las mejores circunstancias para la transmisión exitosa del *M. tuberculosis* y el aumento de la enfermedad entre sus habitantes, como ya demuestran los datos epidemiológicos de la TB en el país. Contexto que requiere un abordaje específico en estas poblaciones (8).



Fuente: INE. Censo 2012

5. JUSTIFICACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE CONTROL DE LA TB 2016-2025.

Las cifras muestran que en Bolivia la tuberculosis constituye todavía un problema de salud pública, con una alta carga de la enfermedad en los departamentos del eje central. Por tanto, el gobierno de Bolivia, en línea con los propósitos de sus políticas públicas, asumió el compromiso de controlar su evolución, buscando reducir su prevalencia, incidencia y mortalidad.

Pese a los avances en la prevención y control de la TB en Bolivia; según estimaciones de la OMS para el 2017 hubo 12.000 casos nuevos de TB, de los cuales 265 fallecieron por esta causa prevenible y curable. Los progresos al 2018, con la implementación del Plan Nacional de TB 2016 - 2020 no fueron suficientes para disminuir significativamente la carga y muerte por esta enfermedad y muestran que han sido muy lentos principalmente en disminuir principalmente las brechas de detección de la TB y de la coinfección TB-VIH. Consecuentemente se observa una lenta disminución de la incidencia de TB atribuible a varios factores como:

- i) La rápida transmisión del VIH, el subsiguiente problema de coinfección TB/VIH y la presencia de la TB-MDR existente en todos los departamentos del país, así como la limitada respuesta de los sistemas sanitarios a estas situaciones.
- ii) Las inequidades en la distribución del ingreso, la pobreza, la marginalidad; la importante urbanización y las migraciones desde el interior del país.
- iii) Las debilidades de gestión del programa de TB a nivel departamental y municipal, principalmente en la detección de los casos sospechosos de TB y seguimiento de los pacientes, gestión de laboratorio incluyendo el transporte de muestras y la alta rotación de recursos humanos capacitados.
- iv) La transición epidemiológica con el incrementado de los factores de riesgo de infección y enfermedad tuberculosa como la diabetes mellitus, el alcoholismo, las adicciones a drogas, el tabaquismo, etc
- v) La transición demográfica con crecimiento de la población adulta mayor que tiene prevalencia de infección tuberculosa superior que la población general,
- vi) La ausencia del abordaje de salud desde un punto de vista multisectorial.

A estos factores debemos añadir algunos desafíos no referidos previamente y relacionados al control de la TB:

- i) los limitados recursos presupuestarios para implementar las actividades de control necesarias,
- ii) la limitada focalización de las actividades de control de la TB en poblaciones altamente vulnerables a la enfermedad, algunas aun sin acceso a servicios de salud y por tanto difíciles de alcanzar, población en situación de calle, así como aquella que vive en áreas marginales, mujeres, niños, mineros, población privada de libertad, adultos mayores y algunos pueblos indígenas,
- iii) a la persistencia de costos directos e indirectos para los pacientes con TB, y
- iv) al estigma y discriminación que aún persiste en la sociedad hacia los enfermos con TB.

Ante todo lo expuesto, el gobierno de Bolivia asume el compromiso de abortar la situación, implementando la nueva estrategia de la OPS/OM. La nueva estrategia mundial de control de la TB, “Fin de la TB”, que fue aprobada por la 67 Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2014 a través de la Resolución WHA 67,1. La estrategia “Fin de la TB” propone un abordaje del control de la TB que va más allá del sector de salud y toma en consideración los factores biológicos y estructurales de riesgo de la TB (determinantes sociales de salud) así como el fortalecimiento de la investigación de nuevas vacunas, métodos diagnósticos y medicamentos que trazarán el camino para llegar a la eliminación de la TB.

En la presente extensión del Plan Nacional de Control de la TB se encuentran los lineamientos para proseguir con la implementación de la nueva estrategia de TB post 2015, lo cual contribuirá a la eliminación de la TB como problema de salud pública en Bolivia. El Plan Nacional, sigue los lineamientos de los documentos para la salud en la Región de las Américas aprobados por los Estados Miembros de OPS, especialmente el de la Agenda de Salud de las Américas y del Plan Estratégico de OPS 2013-2019.

Además de las acciones implementadas con el Plan Nacional para el Control de la TB 2016 – 2020, el país reconoce la importancia de horizontalizar el combate a la TB, por tanto, tiene como objetivo la integración del control de la TB con todos los servicios de salud públicos y privados, enfatizando la necesidad de la incorporación de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (ONGs), de la sociedad civil, de la comunidad, de los afectados y de alianzas

con organismos nacionales (Universidades, Sociedades Científicas) e internacionales de combate a la TB: Organización Mundial de Salud (OMS); Organización Panamericana de Salud (OPS), Coalición Global ALTO de TB (Stop TB); Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICTER); entre otras.

CAPITULO 6

Formulación de la Extensión del Plan
Nacional de Control de Tuberculosis
2021- 2022

6.- Formulación de la Extensión del Plan Nacional de Control de Tuberculosis 2021- 2022

PLAN NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS 2021- 2022		
MISIÓN	El Estado Plurinacional de Bolivia controla la Tuberculosis, mediante acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos e investigación, en beneficio de los afectados y la población en general reconociendo el derecho, la atención y gestión participativa en salud, en base a prácticas eficientes, eficaces y sostenibles.	
VISIÓN	Toda la población en el territorio boliviano, conoce y ejerce plenamente su derecho a la salud; cumple sus responsabilidades con la salud de la familia/comunidad y accede gratuitamente a servicios de salud integral, intercultural y de calidad.	
OBJETIVO GENERAL	Disminuir la alta carga de la tuberculosis y sus determinantes sociales, mediante esfuerzos articulados entre niveles de gestión multisectorial y sociedad civil, respetando los derechos humanos, para mejorar la calidad de vida de los afectados y la población en general.	
METAS AL 2025	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir en 75% la mortalidad por TB en el 2025 respecto al 2015. • Reducir en 50% la incidencia en el 2025 respecto al 2015. • Incorporar a los afectados por TB en un programa de Protección Social. 	
HITOS AL 2022	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir en 35% la mortalidad por TB respecto al 2015. • Reducir en 25% la incidencia respecto al 2015. • Incorporar el 50% de los afectados por TB en un Programa de Protección Social. 	
EJES DE TRABAJO PARA EL CONTROL DE LA TB EN BOLIVIA		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de la salud 2. Atención integral de la salud 3. Investigación 4. Eliminación del estigma y discriminación 		
OBJETIVOS ESTRATEGICOS		Alineación con el Plan regional Fin a la TB
OE 1	Fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos en la población en general y poblaciones de mayor vulnerabilidad, con el objeto de identificar la determinación social del proceso salud - enfermedad (las transversales o inequidades en salud como género, violencia, salud ambiental, interculturalidad, discriminación en todas sus formas) y abordarla para su transformación, fomentando prácticas que favorezcan el cuidado de la salud.	Pilar 1
OE 2	Fortalecer el acceso universal con equidad de la población en general y las poblaciones de mayor vulnerabilidad a un diagnóstico oportuno, un tratamiento con calidad y calidez	Pilar 2

	previniendo el abandono del tratamiento y promoviendo una curación efectiva.	
OE 3	Fortalecer la atención integral de: 1. Tuberculosis drogorresistente (TB-DR). 2. Reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFA).	Pilar 1
OE 4	Desarrollar acciones colaborativas eficaces y eficientes, con los programas de VIH y Enfermedades no Transmisibles,	Pilar 1
OE 5	Desarrollar estudios, investigaciones y evaluaciones, de acuerdo con el contexto social y perfil epidemiológico de la tuberculosis en el país.	Pilar 3
OE 6	Desarrollar estrategias innovadoras en el control de la tuberculosis con énfasis en la eliminación del estigma y discriminación.	Pilar 3

Lineamientos Estratégicos

Los lineamientos descritos a continuación son estructurados a partir de la articulación de la demanda social de la población afectada, las poblaciones vulnerables y la población en general y de acuerdo con las características de la oferta de servicios de salud y el entorno o ambiente propicio para el desarrollo de las acciones multisectoriales, siendo que las acciones no son de responsabilidad exclusiva del Ministerio de Salud sino que recae en las diferentes instancias de estado del sector Público y no Público involucradas con la protección social que actúan sobre los determinantes sociales de la salud, de esta forma se debe favorecer la asignación suficiente y eficiente de recursos para lograr una respuesta sostenida y sostenible.

Las estrategias y sus lineamientos de acción implican de manera transversal el enfoque de género y el respeto a los derechos humanos, fomentando las corresponsabilidades tanto de la demanda como de la oferta garantizando de esta forma una respuesta multidisciplinaria, multiactorial y multisectorial.

Los seis objetivos estratégicos definidos en torno al objetivo general se pueden resumir en 4 grandes ejes de trabajo o pilares que conforman el enfoque estratégico, de acuerdo con el modelo conceptual de la respuesta nacional, descrito en el esquema anterior.

Tabla XX: Ejes de Trabajo del Plan Nacional de Control de la TB

EJES DE TRABAJO			
Promoción de la salud	Atención integral de la salud	Investigación	Eliminación del estigma y discriminación
Promoción de la Salud y prevención de riesgos para el abordaje y transformación de las determinantes de la salud, articulando el establecimiento de salud	Atención y prevención integrada que favorezca el acceso universal de las personas afectadas por TB sensible, TB-DR y	Investigación social, clínica y operativa en el marco de las necesidades reales del contexto epidemiológico de	Desarrollo de acciones intersectoriales y multisectoriales tendientes a promover la eliminación del estigma en el contexto de la demanda y la oferta de

con la persona, la familia y la comunidad, respetando sus derechos económicos, sociales y culturales en un Sistema Único de Salud.	RAFA en un sistema único de salud.	la tuberculosis, tanto a nivel local como a nivel nacional.	atención a las personas afectadas.
--	------------------------------------	---	------------------------------------

Tabla XX: Objetivos estratégicos

Objetivo estratégico 1				
Fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos en la población en general y poblaciones de mayor vulnerabilidad, con el objeto de identificar la determinación social del proceso salud-enfermedad (las transversales o inequidades en salud como género, violencia, salud ambiental, interculturalidad, discriminación social en todas sus formas) y abordarla para su transformación, fomentando prácticas que favorezcan el cuidado de la salud.				
Resultados esperados	Lineamientos estratégicos	Líneas de acción/trabajo	Indicadores	Metas 2022
Población en general con conocimientos adecuados de la tuberculosis.	Promoción de la salud y prevención de riesgos, con enfoque de derechos y participación comunitaria, a nivel local, Municipal, Departamental y Nacional, incluyendo la normativa técnica y legal en tuberculosis.	Desarrollar estrategias de educación en salud y movilización social, adecuadas a los contextos geográficos, sociales y culturales, y de información a través de medios alternativos y masivos de comunicación. Desarrollar actividades de difusión, socialización y educación de la normativa vigente con énfasis en la promoción y prevención además del diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis a través de los Establecimientos de Salud. Desarrollar eventos de sensibilización, educación y movilización, para la promoción de hábitos saludables en la población a través de los Establecimientos de Salud.	Proporción de población alcanzada que tiene conocimientos acerca de la tuberculosis. Proporción de Organizaciones Sociales (estructura social en salud) articuladas al establecimiento de salud en actividades planificadas.	80% de la población alcanzada con conocimientos promocionales y preventivos de la tuberculosis, con atención al grupo de 15 a 49 años
Adherencia de la Población con TB al tratamiento	Fortalecimiento de las estrategias para favorecer la adherencia al tratamiento de la tuberculosis.	Desarrollar eventos continuos de capacitación a pacientes, ex pacientes y personal de salud en el componente DOTS comunitario. Desarrollar reuniones de autoayuda de pacientes y familiares en primer nivel. Concertar convenios con universidades e instituciones formadoras de recursos humanos que se involucren y coadyuven en el manejo de la población afectada con tuberculosis.	Número de reuniones de autoayuda en Establecimientos de Salud con más de 10 pacientes en tratamiento. Porcentaje de instituciones formadoras de recursos humanos en salud que cumplen los resultados establecidos en los convenios.	Al menos 1 reunión mensual de autoayuda en Establecimientos de Salud con más de 10 pacientes en tratamiento. Al menos el 50% de las instituciones alcanzan los resultados previstos.
Promotores de salud, coadyuvan en el control de la TB.	Formación de promotores de salud con una visión	Desarrollar programas de formación y capacitación de promotores de salud a nivel local y municipal.	Porcentaje de promotores de salud formados con una visión integral de la TB, que	40% de los promotores formados informan al Programa de Control de Tuberculosis a través del

	integral que coadyuven en el control de la tuberculosis.		reportan información de manera trimestral al Programa de Control de Tuberculosis y desarrollan sesiones educativas.	conducto regular establecido por el Ministerio de Salud.
--	--	--	---	--

Objetivo estratégico 2

Fortalecer el acceso universal, con equidad, de la población en general y las poblaciones de mayor vulnerabilidad a un diagnóstico oportuno, un tratamiento con calidad y calidez previniendo el abandono del tratamiento y promoviendo una curación efectiva.

Resultados esperados	Lineamientos estratégicos	Líneas de acción/trabajo	Indicadores	Metas 2022
Población afectada por TB curados. Fortalecimiento	Fortalecimiento de la oferta de servicios que garanticen el tratamiento completo y gratuito para el control y curación de la tuberculosis, considerando las diferencias por municipios según carga de TB (alta, mediana, baja).	<p>Fortalecimiento del manejo integral de los pacientes con Tuberculosis</p> <p>Fortalecimiento de la gestión departamental, municipal y local</p> <p>Implementar normas de Bioseguridad en los servicios DOTS.</p> <p>Fortalecer el sistema logístico de medicamentos (abastecimiento, almacenamiento y distribución) según la normativa vigente, asegurando el uso racional de los medicamentos.</p> <p>Desarrollar abogacía e incidencia política a favor del incremento sostenido de recursos para el fortalecimiento de la atención en salud y la incorporación de las prestaciones de atención de la TB en el Seguro Integral de Salud (SIS).</p>	<p>Porcentaje de TB notificados con respecto a los estimados.</p> <p>Porcentaje de TB con éxito de tratamiento.</p> <p>Porcentaje de TBP curados.</p> <p>Porcentaje de personal de salud que atienden casos de tuberculosis con valoración clínica, laboratorial para tuberculosis.</p> <p>Número de Coordinaciones de Red que reportan desabastecimiento de medicamentos por más de 15 días.</p>	<p>88% o más de los casos TB estimados.</p> <p>85% o más de los casos TB con éxito de tratamiento.</p> <p>85% o más de los casos TBP curados.</p> <p>25% del personal de salud que atiende casos de TB con valoración clínica laboratorial para tuberculosis.</p> <p>Coordinaciones de red no reportan desabastecimiento de medicamentos.</p>

			Número de municipios que reportan casos de TB, que incorporan presupuesto en sus POAs Institucionales para actividades de TB.	10% de los municipios incorporan presupuesto.
Personas privadas de libertad reciben atención integral para el diagnóstico, tratamiento y curación de la TB.	Fortalecimiento de la oferta de servicios en los Centros Penitenciarios para garantizar el control de la tuberculosis de manera continua y sostenible.	<p>Establecer alianzas y acciones de incidencia con el Ministerio de Gobierno y centros penitenciarios para el abordaje de la TB en cárceles.</p> <p>Aplicar las normas y protocolos de atención de la TB en los centros penitenciarios.</p> <p>Implementar el sistema de vigilancia epidemiológica en centros penitenciarios, para obtener información diferenciada en la población privada de libertad.</p>	<p>Porcentaje de TB notificados en población privada de libertad con respecto a los programados.</p> <p>Porcentaje de TB con éxito de tratamiento en población privada de libertad.</p> <p>Porcentaje de TBP curados en población privada de libertad.</p>	<p>88% o más de los casos TB programados.</p> <p>85% o más de los casos TB con éxito de tratamiento.</p> <p>85% o más de los casos TBP curados.</p>
Establecimientos de todo el sistema de salud No Público realizan la atención integral de pacientes con TB.	Fortalecimiento de la implementación de las políticas del PNCT en el sector No Público bajo la rectoría del Ministerio de Salud.	<p>Incorporar a todos los componentes del sistema de salud a las acciones de tuberculosis por ser prioridad nacional, según el contexto epidemiológico a nivel municipal.</p> <p>Desarrollar sinergias de trabajo con todos los prestadores de servicios de salud para el fortalecimiento de la aplicación de la normativa de Tuberculosis</p>	<p>Número de Establecimientos de Salud No Públicos incorporados al Programa de Control de Tuberculosis (se incluyen médicos tradicionales).</p> <p>Número de casos de TB notificados por establecimientos de Salud No Públicos</p>	<p>50% de Establecimientos de Salud No Públicos incorporados al Programa de Control de Tuberculosis</p> <p>50% de los establecimientos de Salud No Públicos que notifican al Programa de tuberculosis y al SNIS</p>
Red de laboratorios con capacidad instalada para el diagnóstico bacteriológico de la TB.	Fortalecimiento de la Red de Laboratorios a nivel Nacional.	<p>Garantizar el acceso a la baciloscopia y cultivo para el diagnóstico de TB sensible. Fortalecer el sistema de control de calidad en la red de laboratorios de tuberculosis.</p>	<p>Número de laboratorios de baciloscopia con control de calidad externo.</p> <p>Número de laboratorios de cultivo con control de calidad externo</p>	<p>100% de laboratorios de baciloscopia con control de calidad externo.</p> <p>100% de laboratorios de cultivo con control de calidad externo.</p>

			<p>Número de laboratorios no Públicos incorporados al Programa de Control de Tuberculosis.</p> <p>Número de laboratorios que realizan PSD con control de calidad externo.</p>	<p>50% de laboratorios No Públicos incorporados al Programa de Control de Tuberculosis.</p> <p>100% de laboratorios que realizan PSD con control de calidad externo.</p>
<p>Establecimientos de Salud aplican el Sistema Informático de TB integrado al Sistema Nacional de información en Salud.</p>	<p>Fortalecimiento del sistema único de información.</p>	<p>Implementar un sistema estandarizado para la captación, sistematización y análisis de la información para la toma de decisiones estratégicas en respuesta a la tuberculosis en cada nivel de atención. Monitoreo y Evaluación. Fortalecer el sistema de supervisión capacitante por niveles de atención y gestión.</p>	<p>Porcentaje de Establecimientos de Salud que aplican el sistema informático de TB.</p>	<p>70% de Establecimientos de Salud aplican el sistema informático de TB.</p>

Objetivo estratégico 3

Fortalecer la atención integral de: 1. La tuberculosis drogorresistente (TB-DR). 2. Las reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFA).

Resultados esperados	Lineamientos estratégicos	Líneas de acción/trabajo	Indicadores	Metas 2022
Casos TB-DR curados.	Diagnóstico oportuno de la TB-DR. Acceso universal y gratuito para el control y curación de la TB-DR.	<p>Sensibilizar e informar al personal de salud de todos los establecimientos del país acerca de la TB-DR.</p> <p>Garantizar el acceso al cultivo y a la prueba de sensibilidad y resistencia de las muestras que precisen dichos exámenes.</p> <p>Incorporar la atención de casos de TB-DR en el Sistema Integral de Salud.</p> <p>Garantizar el acceso al tratamiento, seguimiento de los pacientes TB-DR con calidad y calidez</p>	<p>Porcentaje de pacientes TB-MDR diagnosticados de los estimados en casos retratados.</p> <p>Porcentaje de pacientes TB-MDR diagnosticados de los estimados en casos nuevos (nuevos y recaídas).</p> <p>Número de casos previamente tratados con resultado de PSD.</p> <p>Porcentaje de pacientes TB-MDR con conversión bacteriológica al 6° mes de tratamiento.</p> <p>Porcentaje de casos de TB-MDR que han iniciado un tratamiento de 2da. línea del total de diagnosticados.</p> <p>Porcentaje de TB-MDR con éxito de tratamiento.</p>	<p>80% de pacientes TBMDR diagnosticados de los estimados.</p> <p>80% de pacientes TBMDR diagnosticados de los estimados.</p> <p>100% de pacientes retratados con PSD.</p> <p>100% de pacientes TB-MDR con conversión bacteriológica al 6° mes de tratamiento.</p> <p>95% de pacientes TBMDR han iniciado un tratamiento</p> <p>75% o más de los casos TB-MDR con éxito de tratamiento.</p>
Casos RAFA resueltos.	Acceso universal y gratuito para la atención de los pacientes con reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFA).	<p>Incorporar la atención de casos de pacientes con RAFA en el Sistema Integral de Salud.</p> <p>Garantizar el manejo adecuado de los pacientes que presentan RAFA con calidad y calidez.</p>	<p>Porcentaje de pacientes con RAFA con condición de egreso conocido.</p>	<p>Al menos 60% de las RAFA con condición de egreso conocido.</p>

Objetivo estratégico 4

Desarrollar acciones colaborativas, eficaces y eficientes, con los programas de VIH y enfermedades no transmisibles.

Resultados esperados	Lineamientos estratégicos	Líneas de acción/trabajo	Indicadores	Metas 2022
Población afectada por comorbilidades asociadas a la TB con tratamiento adecuado	Fortalecimiento de los Comités de Coordinación Interprogramático de TB/VIH Nacional y Departamentales. Diagnóstico y tratamiento oportuno de Coinfección TB/VIH. Conformación de comités interprogramáticos TB-Enfermedades no transmisibles; TB-Discapacidad y otros.	Unificar criterios técnico-programáticos. Unificar la información de la Coinfección TB/VIH Ampliar la oferta de prueba rápida de VIH en pacientes con TB. Garantizar la atención de la Coinfección TB/VIH. Garantizar la Terapia Preventiva con Isoniacida a Personas con VIH. Promover reuniones entre los responsables de los programas con involucramiento activo de la sociedad civil y personal especializado multidisciplinario (endocrinólogos, neumólogos, nefrólogos) relacionado con las comorbilidades. Implementar la oferta de la prueba rápida de Glucemia a pacientes con TB. Conformar comités colaborativos con corresponsabilidades eficaces y eficientes. Desarrollar planes de trabajo anuales, de acuerdo la situación de la comorbilidad.	Número de reuniones de los Comités de Coordinación Interprogramáticos de TB/VIH Nacional y Departamentales. Porcentaje de pacientes con TB que se realizan la prueba rápida de VIH. Porcentaje de casos coinfectados TB/VIH a quienes se suministra terapia antirretroviral (TARV). Porcentaje de casos coinfectados TB/VIH con éxito de tratamiento para tuberculosis Porcentaje de PVV elegibles con Terapia Preventiva con Isoniacida. Número de Comités Interprogramáticos (TB-Diabetes conformados y con planes elaborados y desarrollados).	4 reuniones por año de los Comités de Coordinación Interprogramáticos de TB/VIH Nacional y Departamentales. 95% de pacientes con TB que se realizan la prueba rápida de VIH. 90% de los casos de coinfección TB/VIH reciben terapia antirretroviral. 85% de casos coinfectados TB/VIH con éxito de tratamiento para tuberculosis 50% de PVV elegibles con Terapia Preventiva con Isoniacida. 1 Comité Nacional y 9 Departamentales con planes elaborados y desarrollados.

			Porcentaje de pacientes con TB que se realizan la prueba de Glucemia.	30% de pacientes con TB se realizan la prueba de Glucemia.
--	--	--	---	--

Objetivo estratégico 5

Desarrollar acciones colaborativas, eficaces y eficientes, con los programas de VIH y enfermedades no transmisibles.

Desarrollar estudios, investigaciones y evaluaciones, de acuerdo con el contexto social y perfil epidemiológico de la tuberculosis en el país.

Resultados esperados	Lineamientos estratégicos	Líneas de acción/trabajo	Indicadores	Metas 2022
Estudios, investigaciones y evaluaciones desarrolladas de acuerdo al contexto social y epidemiológico de la tuberculosis en el País.	Desarrollo de investigaciones integrales, participativas y multidisciplinarias, con enfoque en la promoción, prevención, innovación que abarquen aspectos sociales y culturales, articulados con la medicina Tradicional.	<p>Desarrollar una agenda nacional de estudios de investigación y evaluación, involucrando a diferentes instancias académicas, colegiadas, profesionales, de la sociedad civil, asociaciones de pacientes y otras interesados en TB.</p> <p>Constituir a un grupo de expertos multidisciplinarios de investigadores en salud, que generen propuestas en la temática de TB.</p> <p>Coordinar con el Comité Nacional de Integración Docente Asistencial Intercultural (CNIDAIC) para</p>	<p>Número de estudios, investigaciones y evaluaciones concluidas cuyos resultados han sido adecuadamente difundidos y socializados.</p> <p>Estudio CAP realizado</p>	<p>Al menos una investigación concluida por año.</p> <p>Estudio de CAP difundido</p>

	<p>Elaboración de un protocolo de investigación cualitativo que permita conocer cuáles son los conocimientos y percepciones en relación con la TB; por grupo poblacional (población en general, personal de salud, personas afectadas por TB, familiares de pacientes, etc.).</p>	<p>promover investigaciones conjuntas entre universidades y PNCT.</p> <p>Elaborar un protocolo de investigación de conocimiento, aptitud y percepción de la TB en la comunidad, por grupo poblacional.</p>		
--	---	--	--	--

Objetivo estratégico 6

Desarrollar estrategias innovadoras en el control de la tuberculosis con énfasis en la eliminación del estigma y discriminación.

Resultados esperados	Lineamientos estratégicos	Líneas de acción/trabajo	Indicadores	Metas 2022
<p>Población en general del Estado Plurinacional de Bolivia con una adecuada percepción de la tuberculosis, libres de estigma y discriminación.</p>	<p>Desarrollo de acciones estratégicas sectoriales y multidisciplinares sobre la problemática de la TB y en particular en contra del estigma y la discriminación en la población en general.</p> <p>Desarrollo de acciones estratégicas sectoriales y</p>	<p>Elaborar estrategias a Nivel Nacional y Departamental de IEC dirigida a la población en general, tomando en cuenta el contexto social y cultural de cada región.</p> <p>Desarrollar acciones de sensibilización, orientación o educación por medio de agentes de salud y/o educadores pares de manera continua en el nivel local y comunitario.</p>	<p>Porcentaje de personas con percepción adecuada de la tuberculosis (manifiestan aceptación hacia las personas afectadas por la TB).</p> <p>Porcentaje de pacientes con conocimientos de la carta del paciente.</p>	<p>Más de 60% de la población tiene una percepción adecuada de la tuberculosis</p> <p>100% de pacientes con conocimiento de la carta paciente</p>

	<p>multidisciplinarias en contra del estigma y la discriminación en los servicios de salud.</p> <p>Mejora de la percepción, conocimiento, actitudes y prácticas en la población afectada por TB.</p>	<p>Desarrollar planes de capacitación al recurso humano que trabaja en el sector salud sobre la atención con calidad y calidez con enfoque de género, generacional e intercultural.</p> <p>Promover la difusión de la “Carta del paciente” de derechos y deberes, en los establecimientos de la red de servicios de salud públicos y no públicos.</p>		
--	--	---	--	--

CAPITULO 7

Monitoreo y Evaluación del Plan Nacional
de Control de la Tuberculosis en Bolivia
2016-2020

Monitoreo y Evaluación del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020

El Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020 tiene indicadores y metas definidos en el marco estratégico, los cuales son necesarios monitorear y evaluar para identificar y seleccionar la información que posibilite la toma de decisiones, aplicar medidas correctivas y evaluar lecciones aprendidas.

Este documento se concibe sobre la base del Plan de Monitoreo y Evaluación para el Programa Nacional de Control de Tuberculosis (2014) que establece el marco referencial del sistema de información existente a nivel nacional y departamental, municipal y local. Está orientado a la definición de un sistema diseñado para realizar el seguimiento de las metas y objetivos del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2021-2022, además de guardar coherencia y aportar al cumplimiento de los compromisos internacionales asumidos como País.

7.1 Objetivos

7.1.1.- Objetivo general

Establecer los mecanismos para garantizar la producción de información estratégica, oportuna y confiable que permita determinar el cumplimiento de las metas y objetivos del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020, asegurando que la información generada permita orientar la toma de decisiones gerenciales operativas y monitorear la respuesta nacional a la tuberculosis, desde el accionar de los diferentes actores involucrados.

7.1.2.- Objetivos específicos

- Producir información completa, confiable y oportuna a nivel nacional a través del PNCT dependiente del Ministerio de Salud, para la toma de decisiones en la respuesta nacional a la tuberculosis.
- Generar información estratégica, de acuerdo a los indicadores definidos, para realizar el monitoreo y establecer las pautas de evaluación del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020.
- Definir las bases conceptuales para la evaluación del cumplimiento de los indicadores de impacto relacionados con la reducción de la carga de la tuberculosis y el nivel de involucramiento efectivo de los actores involucrados en la respuesta nacional a la tuberculosis.

7.2.- Marco Conceptual

El Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia – extensión 2021-2022 es un modelo de gestión por resultados, que considera la complejidad de monitorear por una parte la detección, diagnóstico, seguimiento laboratorial y el seguimiento del tratamiento hasta su conclusión con varias drogas durante un período prolongado. Por otra parte, se contempla la articulación multisectorial y multiactorial relacionada con la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la eliminación del estigma y discriminación.

Entenderemos al monitoreo como un proceso continuo y sistemático que permite verificar la eficiencia y la eficacia del plan realizando un seguimiento rutinario de los elementos claves de desempeño, habitualmente recursos, procesos y resultados; mediante el mantenimiento de registros, informes periódicos alimentados por los sistemas de vigilancia, la observación en los Establecimientos de Salud y eventualmente encuestas y estudios específicos. Permite identificar logros y debilidades y en consecuencia recomendar medidas correctivas para optimizar los resultados esperados.

La evaluación es un proceso integral de investigación y análisis de cambios permanentes a mediano y largo plazo, ocasionado de forma directa o indirecta por un proyecto, la población y las organizaciones involucradas.

La evaluación busca determinar en forma sistemática y objetiva la pertinencia, rendimiento y éxito de la implementación del plan durante su ejecución y su finalización, por tanto, es un procedimiento valorativo que se puede dar durante o después de la ejecución del proyecto.

El relacionamiento entre el monitoreo y evaluación, corresponde a una estructura causal que se encadena mediante una lógica de objetivos, esto quiere decir que un conjunto de actividades (procesos), conducirán a un conjunto de productos (resultados) que a su vez determinaran el logro de cambios a largo plazo (impactos). El modelo de vinculación entre los diferentes indicadores se describe en el esquema siguiente:

EVALUACION	Impacto/efecto	Logros y contribuciones de planes, programas y proyectos al cumplimiento del objetivo general en materia de desarrollo humano, calidad de vida y bienestar de la comunidad. En este caso relacionado con la disminución de la carga de la tuberculosis.
MONITOREO	Resultados	Reflejan los resultados concretos de las actividades desarrolladas a partir de insumos disponibles y de los procesos que contribuyen al cumplimiento de los propósitos establecidos en cada objetivo general o específico. En este caso tiene que ver con los resultados derivados de las estrategias de promoción de la salud y prevención de riesgos, la atención integral de la tuberculosis, el desarrollo de estudios e investigaciones y la eliminación del estigma y discriminación. En este modelo de gestión, además, se definen una serie de productos por objetivo, para el logro de los resultados propuestos.
	Procesos	Conjunto de actividades, realizadas mediante la asignación de insumos para el logro de los resultados, corresponde al conjunto de líneas de acción/desarrolladas para cada uno de los lineamientos estratégicos que permitirán alcanzar los objetivos correspondientes.

El sistema de Monitoreo y Evaluación responde a un enfoque sistémico desarrollado en el nivel central, es decir en el PNCT, que articula las diferentes estructuras de información según su interrelacionamiento con otras instancias del sector salud, así como con las instancias externas que supone la multisectorialidad.

En el esquema se observa el relacionamiento directo con los Programas Departamentales de Control de Tuberculosis, la Red Nacional de Laboratorio y la Central de Abastecimientos y Suministros de Salud Nacional. En el nivel intersectorial se encuentra a otros ministerios (educación, justicia, vivienda, etc.) que permiten el accionar sobre los determinantes sociales y el involucramiento estrecho con la estructura social ya sea a través de las organizaciones sociales o las instituciones privadas sin fines de lucro (ONG, Iglesia, Fundaciones, etc.). En este modelo la Cooperación para el Desarrollo, se encuentra armonizada, a la Política Nacional, brindando la asistencia financiera-técnica, para fortalecer las acciones de respuesta nacional.

7.3. Definición de Indicadores

El Monitoreo y la Evaluación se conciben como procesos complementarios y dependientes entre sí. Para realizar el monitoreo de los procesos y los resultados, se ha seleccionado la información requerida para dar cuenta de los logros propuestos en el Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020 (de impacto, resultado/producto y procesos/cobertura), definidos por cada objetivo estratégico, incluyendo indicadores de proceso relevantes para la respuesta nacional a la tuberculosis.

A continuación, se listan los indicadores de impacto, resultado/producto, proceso/cobertura definidos para el monitoreo del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia – extensión 2021-2022:

7.3.1.- Indicadores de Impacto:

1. Tasa de incidencia de casos notificados de TB por edad y sexo.
2. Tasa de letalidad
3. Tasa de mortalidad por tuberculosis.

7.4.- Matriz Operacional de indicadores:

Objetivo Estratégico 1

Resultados	Lineamiento estratégico	Indicadores de resultado	Línea de base	Meta al 2022	Fuente	Medición	Responsable
Población en general con conocimientos adecuados de la tuberculosis.	Promoción de la Salud y prevención de riesgos con enfoque de derechos y participación comunitaria, a nivel local, municipal, departamental y nacional, incluyendo la normativa técnica y legal en tuberculosis.	Proporción de población en general que tienen conocimientos acerca de la tuberculosis. Proporción de Organizaciones Sociales (estructura social en salud) articuladas al establecimiento de salud en actividades planificadas.	74,5% al año 2008	80% de población general con conocimientos promocionales y preventivos de la tuberculosis, con atención al grupo de 15 a 49 años.	ENDSA	Quinquenal	Ministerio de Salud
Adherencia de la Población con TB al tratamiento	Fortalecimiento de las estrategias para favorecer la adherencia al tratamiento de la tuberculosis	Número de reuniones de autoayuda en Establecimientos de Salud con más de 10 pacientes en tratamiento	SLB	Reuniones mensuales de autoayuda en Establecimientos de Salud con más de 10 pacientes en tratamiento.	Planilla de asistencia y refrigerio	Anual	Sociedad civil
		Porcentaje de instituciones formadoras de recursos humanos en salud que cumplen los resultados establecidos en los convenios	SLB	Al menos el 50% de las instituciones alcanzan los resultados previstos	Registros del PNCT	Anual	PNCT
Promotores de salud,	Formación de promotores de salud con una visión	Porcentaje de promotores de salud formados con una visión integral de la TB y que reportan		40% de los promotores formados informan al Programa	Registros del PNCT	Anual	Sociedad civil

coadyuvan en el control de la TB.	integral que coadyuven en el control de la tuberculosis	información de manera trimestral al Programa de Control de Tuberculosis y desarrollan sesiones educativas.	SLB	de Control de Tuberculosis a través del conducto regular establecido por el Ministerio de Salud.			
--	---	--	-----	--	--	--	--

Objetivo Estratégico 2

Resultados	Lineamiento estratégico	Indicadores de resultado	Línea de base	Meta al 2022	Fuente	Medición	Responsable
Población afectada por TB curados	Fortalecimiento de la oferta de servicios que garanticen el tratamiento	Porcentaje de TB notificados con respecto a los estimados	62% para el año 2014	88% o más de los casos de TB estimados	Registros del PNCT y reporte OPS/ OMS	Anual	PNCT PDCT
	completo y gratuito para el control y curación de la tuberculosis,	Porcentaje de TB con éxito de tratamiento	81,9% al año 2013	85% o más de los casos de TB con éxito de tratamiento	Registros del PNCT y reporte OPS/ OMS	Anual	PNCT PDCT
	considerando las diferencias por municipios según carga de TB (alta, mediana, baja).	Porcentaje de TBP curados.	84,8% al año 2013	88% o más de los casos de TBP curados	Registros del PNCT	Anual	PNCT PDCT
		Porcentaje de personal de salud que atienden casos de tuberculosis con valoración clínica y Laboratorial para tuberculosis.	SLB	25% del PS de salud que atiende casos de TB con valoración clínica laboratorial	Registros del PNCT	Anual	PNCT PDCT
		Número de Coordinaciones de Red que reportan desabastecimiento de medicamentos por más de 15 días	SLB	Coordinaciones de red no reportan desabastecimientos de medicamentos	Registros del PNCT	Anual	PNCT PDCT

		Número de municipios que reportan casos de TB, que incorporan presupuesto en sus POAs Institucionales para actividades de TB.	SLB	10% de los municipios incorporan presupuesto	POAs Municipales	Anual	PNCT PDCT
Personas privadas de libertad reciben atención integral para el diagnóstico, tratamiento y curación de la TB	Fortalecimiento de la oferta de servicios en los Centros Penitenciarios para garantizar el control de la tuberculosis de manera continua y sostenible.	Porcentaje de TB notificados en población privada de libertad con respecto a los programados	SLB	88% o más de los casos de TB programados	Registros del PNCT	Anual	Min. Gobierno PNCT PDCT
		Porcentaje de TB con éxito de tratamiento en población privada de libertad	SLB	85% o más de los casos TB con éxito de tratamiento.	Registros del PNCT	Anual	Min. Gobierno PNCT PDCT
		Porcentaje de TBP BAAR(+) curados, en población privada de libertad.	SLB	85% o más de los casos TBP curados.	Registros del PNCT	Anual	Min. Gobierno PNCT PDCT
		Número de Establecimientos de Salud No Públicos incorporados al Programa de Control de Tuberculosis (se incluyen los médicos tradicionales).	SLB	50% de Establecimientos de Salud No Públicos incorporados al Programa de Control de Tuberculosis.	Registros del PNCT	Anual	PNCT PDCT PNSI
Establecimientos de todo el sistema de salud No Público realizan la atención integral de pacientes con TB.	Fortalecimiento de la implementación de las políticas del PNCT en el sector No Público bajo la rectoría del Ministerio de Salud	Número de casos de TB notificados por Establecimientos de Salud No Públicos	SLB	50% de los Establecimientos de Salud No Públicos que notifican al Programa de Control de Tuberculosis y al SNIS.	Registros del PNCT	Anual	PNCT PDCT
Red de Laboratorios con capacidad instalada para el diagnóstico	Fortalecimiento y expansión de la Red de Laboratorios a Nivel Nacional.	Nº de laboratorios de baciloscopía con control de calidad externo	SLB	100% de laboratorios de BK con CCE	Registros del PNCT	Semestral	PNCT PDCT
		Nº de laboratorios de cultivo con control de calidad externo.	SLB	100% de laboratorios de cultivo con CCE.	Registros del PNCT	Semestral	PNCT PDCT

bacteriológico de la TB.		N° de laboratorios No Públicos incorporados al PNCT.	SLB	50% de los laboratorios Públicos incorporados al PNCT	Registros del PNCT	Anual	PNCT PDCT
		N° de laboratorios que realizan PSD con CCE	SLB	100% de laboratorios que realizan PSD con control de calidad externo.	Registros del PNCT	Anual	PNCT PDCT
Establecimientos de salud aplican el Sistema Informático de TB integrado al Sistema Nacional de Información en Salud.	Fortalecimiento del sistema único de información.	Porcentaje de establecimientos de Salud que aplican el sistema informático de TB.	2%	70% de Establecimientos de Salud aplican el sistema informático de TB.	Registro en sistema	Anual	PNCT PDCT

Objetivo Estratégico 3

Resultados	Lineamiento estratégico	Indicadores de resultado	Línea de base	Meta al 2022	Fuente	Medición	Responsable
Casos TB-DR curados.	Diagnóstico oportuno de la TB-DR.	Porcentaje de pacientes TB-MDR diagnosticados de los estimados en casos retratados.	43,5% (año 2014)	80% de los pacientes TBMDR diagnosticados de los estimados.	Registros del PNCT	Anual	PNCT PDCT
		Porcentaje de pacientes TB-MDR diagnosticados de los estimados en casos nuevos (nuevo y recaídas).	25% (año 2014)	80% de los pacientes TBMDR diagnosticados de los estimados.	Registros del PNCT	Anual	PNCT PDCT
		Número de casos previamente tratados con resultado de PSyR	45% (año 2014)	100% de pacientes retratados con PSD	Registros del PNCT	Anual	PNCT PDCT
	Acceso universal y gratuito para el control y curación de la TB-DR	Porcentaje de pacientes TB-MDR con conversión bacteriológica al 6° mes de tratamiento.	80% (año 2012)	100% de pacientes con conversión bacteriológica al 6° mes de tratamiento.	Registros del PNCT	Trimestral	PNCT PDCT
		Porcentaje de casos de TB-MDR que han iniciado un tratamiento de segunda línea del total de diagnosticados.	89% (año 2014)	95% de pacientes TB-MDR han iniciado un tratamiento.	Registros del PNCT	Trimestral	PNCT PDCT
		Porcentaje de TB-MDR con éxito de tratamiento.	67,4% (año 2012)	75% de los casos TBMDR con éxito tratamiento.	Registros del PNCT	Anual	PNCT PDCT
Casos RAFA resueltos.	Acceso universal y gratuito para la atención de los pacientes con RAFAs	Porcentaje de pacientes con RAFA con condición de egreso conocido.	SLB	60% o más de las RAFAs con condición de egreso conocido	Registros del PNCT	Anual	PNCT PDCT

Objetivo Estratégico 4

Resultados	Lineamiento estratégico	Indicadores de resultado	Línea de base	Meta al 2022	Fuente	Medición	Responsable
Población afectada por comorbilidades asociadas a la TB con tratamiento adecuado.	Fortalecimiento de los Comités de Coordinación Interprogramático de TB/VIH Nacional y Departamentales.	Número de reuniones de los Comités de Coordinación Interprogramáticos de TB/VIH Nacional y Departamentales.	2 reuniones (año 2014)	4 reuniones por año de los Comités de Coordinación Interprogramáticos de TB/VIH Nacional y Departamentales.	Acta de comités colaborativos	Anual	Comité TB-VIH
	Diagnóstico y tratamiento oportuno de Coinfección TB/VIH.	Porcentaje de pacientes con TB que se realizan la prueba rápida de VIH	70% (año 2014)	95% de pacientes con TB que se realizan la prueba rápida de VIH.	Registro del PNCT	Anual	PNCT PDCT
		Porcentaje de casos coinfectados TB/VIH a quienes se suministra terapia antirretroviral (TARV)	57% (año 2014)	90% de los casos de coinfección TB/VIH reciben terapia antirretroviral	PN ITS/VIH/SIDA - HV	Anual	PN ITS/VIH/SIDA - HV
		Porcentaje de casos coinfectados TB/VIH con éxito de tratamiento para Tuberculosis.	SLB	85% de los casos coinfectados TB/VIH con éxito de tratamiento para Tuberculosis.	Registro del PNCT	Anual	PNCT PDCT
		Porcentaje de PVV elegibles con Terapia Preventiva con Isoniacida.	10%	50% de los PVV elegibles con Terapia Preventiva con Isoniacida	Registro del PNCT	Anual	CDVIR PNCT PDCT
	Conformación de comités interprogramáticos TB-Enfermedades	Número de comités Interprogramáticos (TB-Diabetes conformados y con	SLB	1 Comité nacional y 9 Departamentales con planes elaborados y desarrollados.	Acta de conformación, planes de acción	Anual?	PNCT ENT

	no transmisibles; TB-Discapacidad y otros.	planes elaborados y desarrollados).			Reglamento interno con R.M.		
		Porcentaje de pacientes con TB que se realizan la prueba de Glucemia	SLB	30% de pacientes con TB se realizan la prueba de Glucemia.	Registro del PNCT	Anual	ENT PNCT PDCT

Objetivo Estratégico 5

Resultados	Lineamiento estratégico	Indicadores de resultado	Línea de base	Meta al 2022	Fuente	Medición	Responsable
Resultados de estudios, investigaciones y evaluaciones desarrolladas de acuerdo al contexto social y epidemiológico de la tuberculosis en el País	Desarrollo de investigaciones integrales, participativas y multidisciplinarias, con enfoque en la promoción, prevención, innovación que abarquen aspectos sociales y culturales, articulados con la medicina Tradicional.	Número de estudios, investigaciones y evaluaciones concluidas cuyos resultados han sido adecuadamente difundidos y socializados.	SLB	Al menos una investigación concluida por año.	Resoluciones Ministeriales de Publicación de Estudios - Estudios impresos	Anual	PNCT PNSI
	Elaboración de un protocolo de investigación cualitativo que permita conocer cuáles son los conocimientos y percepciones en relación con la TB; por grupo poblacional (población en	Estudio CAP realizado	SLB	Estudio CAP difundido.	Estudio impreso	Quinquenal	PNCT Sociedad civil

	general, personal de salud, personas afectadas por TB, familiares de pacientes, etc.).						
--	--	--	--	--	--	--	--

Objetivo Estratégico 6

Resultados	Lineamiento estratégico	Indicadores de resultado	Línea de base	Meta al 2022	Fuente	Medición	Responsable
Población en general del Estado plurinacional de Bolivia con una adecuada percepción de la tuberculosis, libre de estigma y discriminación	Desarrollo de acciones estratégicas sectoriales y multidisciplinarias sobre la problemática de la TB y en particular en contra del estigma y la discriminación en la población en general.	Porcentaje de personas con percepción adecuada de la tuberculosis (manifiestan aceptación hacia las personas afectadas por la TB).	SLB	Mas de 60% de la población tiene una percepción adecuada de la tuberculosis.	ENDSA CAP	Quinquenal	Ministerio de Salud
	Desarrollo de acciones estratégicas sectoriales y multidisciplinarias en contra del estigma y la						

	discriminación en los servicios de salud						
	Mejora de la percepción, conocimiento, actitudes y prácticas en la población afectada por TB.	Porcentaje de pacientes con conocimientos de la carta del paciente.	SLB	100% de pacientes con conocimiento de la carta del paciente	Registro del PNCT	Anual Quinquenal	Sociedad civil PDCT PNCT

7.5 Sistema de Información

El Sistema de Información, se define como la integralidad de procedimientos e instrumentos destinados a: 1) la captación, 2) sistematización, 3) consolidación, 4) uso, y 5) retroalimentación de la información, relacionada con la producción de datos vinculados con el monitoreo y la evaluación de la respuesta nacional a la tuberculosis. El sistema debe asegurar la calidad, confiabilidad y oportunidad de la información estratégica para la toma de decisiones en todos los niveles de las instancias involucradas con el Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020.

7.5.1.-Estructura del Sistema de Información

La respuesta nacional, se organiza desde el liderazgo del Ministerio de Salud a través del Programa Nacional de Control de Tuberculosis y los Programas Departamentales de Control de Tuberculosis, que permiten la convergencia de las acciones de la Red de Laboratorios, el CEASS, otras instancias programáticas (VIH, diabetes, nutrición, salud renal, etc.); el relacionamiento con otros sectores de desarrollo y la alineación del trabajo con la sociedad civil (estructura social en salud, organizaciones, asociaciones y fundaciones) y la cooperación para el desarrollo.

Los Programas Departamentales de Control de Tuberculosis tienen la función esencial de atender a la población en general para coordinar el ciclo de atención con los Establecimientos de Salud, de acuerdo con el marco normativo definido por el PNCT.

De acuerdo con el Plan de Monitoreo y Evaluación para el PNCT, se definen las funciones de monitoreo en el Nivel Nacional y Departamental, considerando que el Establecimiento de Salud es la unidad primaria de información:

7.5.1.1.- Funciones en el Nivel Nacional:

- Gestionar la efectiva aplicación e implementación de la vigilancia epidemiológica y el sistema de Monitoreo y Evaluación en los diferentes niveles de gestión, en el marco de la estructura definida por el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS).
- Asegurar la logística efectiva y oportuna de los instrumentos definidos para la vigilancia y el sistema de Monitoreo y Evaluación.
- Recopilar, sistematizar, consolidar y analizar la información para su socialización y retroalimentación correspondiente con las instancias competentes.
- Supervisar y monitorear la calidad de la información de los Programas Departamentales de Control de Tuberculosis.
- Realizar la retroalimentación a los Programas Departamentales de Control de Tuberculosis proponiendo estrategias para mejorar el ciclo de la información, en función a los análisis de información.

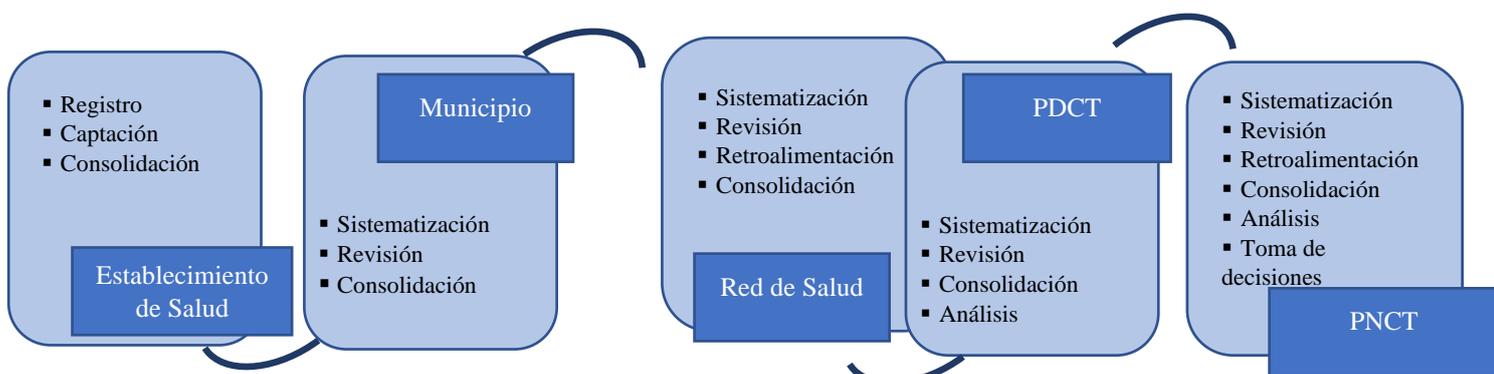
- Capacitar sobre la implementación del Sistema de Monitoreo y Evaluación en coordinación con el SNIS al personal de salud de los Programas Departamentales de Control de Tuberculosis a través de las supervisiones. •Elaborar reportes de información, de forma regular y periódica, para su socialización correspondiente.
- Promover el análisis situacional y análisis de la información en salud en los diferentes niveles de gestión.

7.5.1.2.- Funciones en el Nivel Departamental:

- Coordinar la captación primaria de la información con las redes de salud y los establecimientos correspondientes, la red de laboratorios en el ámbito geográfico de su competencia.
- Realizar la revisión y verificación de la calidad de los datos de las redes y servicios de salud, de manera regular y periódica (trimestral).
- Promover espacios para el desarrollo de los Comités de Análisis de Información en Salud, por lo menos dos veces por año.
- Desarrollar estrategias de solución frente a “situaciones de alarma” que pudieran ser detectadas durante el análisis de información.
- Elaborar reportes de información y boletines periódicamente, para su socialización en las instancias competentes.
- Elaborar el Informe Anual de Evaluación.

7.6 Flujo de Información

El ciclo de la información es un proceso continuo constituido por una serie de procedimientos dispuestos en formas secuenciales y vinculadas sistémicamente: 1) registro de los datos (captación), 2) sistematización y consolidación, normalmente traducida en indicadores, 3) análisis tanto por los operadores de salud como los tomadores de decisiones y 4) retroalimentación correspondiente. De manera general este ciclo se describe en el siguiente flujo:



Los instrumentos utilizados son:

a) Captación

b) Sistematización

c) Consolidación

- Informe de notificación mensual que a su vez consolida los datos de los libros de registro de pacientes, sintomáticos respiratorios, registro de baciloscopías, la ficha de quimioprofilaxis, ficha de tratamiento (contactos), formulario de registro de pruebas rápidas de VIH en pacientes con TB y la información de Coinfección TB/VIH.
- Informe de tratamiento de cohorte
- Informe mensual de laboratorio
- Libro de Tuberculosis Drogorresistente y libro de cultivo.
- Otros registros de información, principalmente VIH, poblaciones vulnerables y otros documentos (informes de supervisión, convenios, estudios e investigaciones).

7.7.- Implementación del Plan de Monitoreo y Evaluación

La implementación del Plan de Monitoreo y Evaluación del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020, será articulado a las funciones de vigilancia, monitoreo y evaluación del PNCT, que se encargará de realizar el plan operativo que incluya las actividades de base para la estructuración conjunta del Plan Nacional y su Plan de Monitoreo y Evaluación, estableciendo como prioridades:

- Estandarización de instrumentos y protocolos de monitoreo y supervisión,
- Programación de la implementación del software del sistema de información integrado al SNIS,
- La definición de protocolos básicos para los estudios e investigaciones, y
- El plan de capacitaciones.

El área de monitoreo y evaluación del PNCT, se estructura operativamente con los PDCT, la red de laboratorios y organizaciones de la Sociedad Civil, de acuerdo al nivel de reporte del indicador, esta área es responsable de coordinar y ejecutar la implementación del Plan de Monitoreo y Evaluación, siendo sus funciones principales:

- Supervisar el cumplimiento del ciclo de la información en los diferentes niveles de flujo definidos para los indicadores del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020 y otros indicadores propios del PNCT, además de la coordinación respectiva con el SNIS.
- Revisar, sistematizar, consolidar y analizar la información generada por las instancias departamentales y otras instancias nacionales vinculadas con las acciones multisectoriales involucradas con el control de la tuberculosis.
- Realizar el control de calidad de la información, mediante el seguimiento y supervisión de cada una de las fases que conforman el ciclo de la información.
- Desarrollar un Plan Operativo de Actividades para la estandarización de instrumentos, protocolos de vigilancia, monitoreo y evaluación, así como la implementación del software del sistema de información en coordinación con el SNIS, con la correspondiente programación del desarrollo de capacidades en los diferentes niveles que conforman el flujo de información.

- Revisar periódicamente los objetivos, metas e indicadores según la configuración de la epidemia y la agenda nacional en salud, cuando sea necesario, para el ajuste correspondiente del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020.
- Propiciar espacios de análisis de información con las instancias involucradas en la formulación y ejecución del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020.
- Estructurar los procesos básicos para el desarrollo de las evaluaciones de medio término y evaluación final del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020



PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LA TUBERCULOSIS EN BOLIVIA

ANTECEDENTES

La prevención y control de la TB del Estado Plurinacional de Bolivia está a cargo del Programa Nacional de Control de la TB (PNCT). El PNCT es dependiente del Ministerio de Salud, con cobertura nacional, descentralizado a los diferentes niveles de atención de salud y liderado por un equipo nacional y 9 departamentales. El PNCT cumple funciones rectoras en la prevención y control de la TB a través de la planificación técnica y estratégica, la elaboración de las directivas técnicas y su implementación en el ámbito nacional, la supervisión y evaluación periódica del impacto de las actividades de control (1,2). La cobertura nacional del PNCT ha implicado la incorporación de acciones de prevención y control de la tuberculosis (TB) no solo en todos los servicios de salud del Estado, sino también, la inclusión de los sistemas de la Seguridad Social, ONGs, Fundaciones y otras asociaciones públicas y/o privadas con actividades en salud.

En el contexto internacional, el Estado Plurinacional de Bolivia es uno de los Estados con mayor incidencia de TB en las Américas, solo superado por las tasas de incidencia de Haití y Perú en el 2016 (2,3).

SITUACION EPIDEMIOLOGICA DE LA TB

El PNCT tiene un sistema de información basado en papel, que sigue las recomendaciones de la OMS, con información que permite efectuar el análisis epidemiológico y programático del control de la TB a nivel nacional y subnacional.

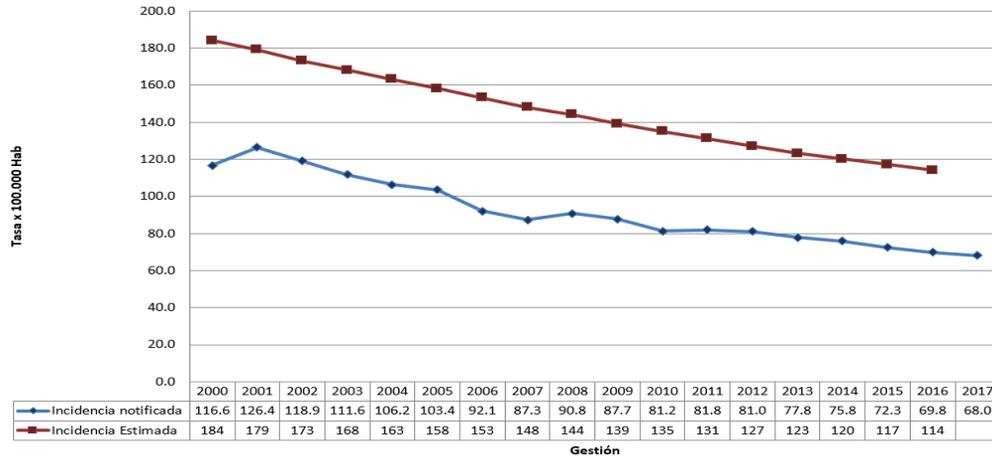
Análisis de indicadores epidemiológicos – incidencia

La incidencia estimada por la OMS para el país en el periodo 2000 al 2016, ha descendido de un 2.5% anual. La incidencia notificada por el PNCT en el periodo del 2001 al 2010 ha descendido de 3.7 % por año, con una desaceleración de la disminución a 2.3% por año en el periodo del 2010 al 2017 (grafica 1). La brecha entre la incidencia estimada por la OMS y la notificada por el PNCT es de 23 puntos de incidencia entre el 2000 y el 2016 (3).





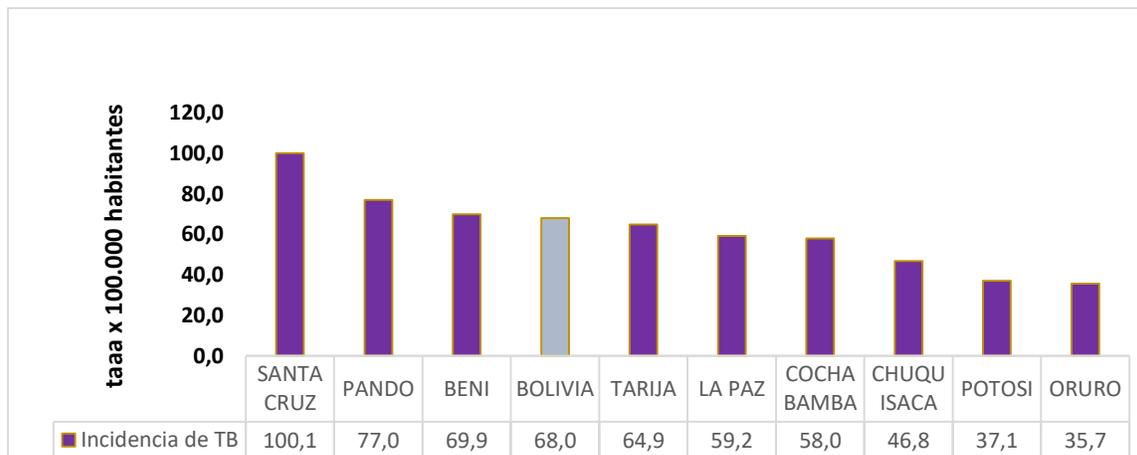
Grafica 1. Tasa de incidencia notificada y estimada de TB TSF x 100.000 habitantes. Bolivia 2000 – 2016



Fuente: PNCT

Las tasas más altas de incidencia de TB todas las formas (TBTF) en el nivel subnacional corresponden a 3 departamentos, Santa Cruz, Pando y Beni (grafica 2), sin embargo, las mayores notificaciones de casos de TBTF pertenecen a los departamentos de Santa Cruz, La Paz y Cochabamba, los cuales notifican el 79% de los casos de TB del país (grafica 3).

Grafica 2. Tasa de incidencia notificada de TB TSF x 100.000 habitantes por Departamentos. Bolivia 2017



Fuente: PNCT





Grafica 3. Estratificación de las tasas de incidencia notificada de TB TSF por departamentos. Bolivia, 2017.



Fuente: PNCT

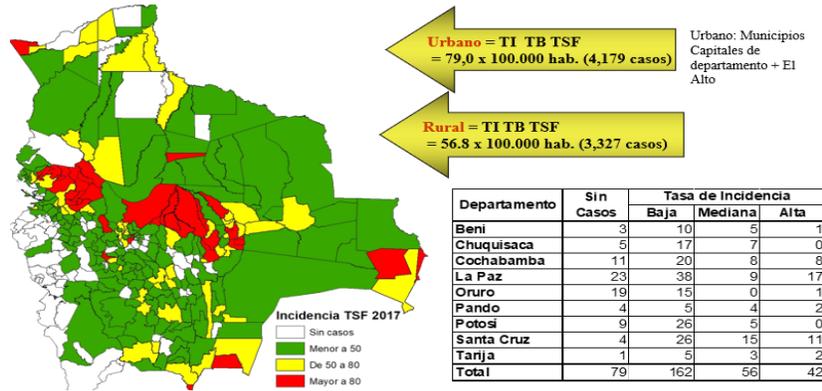
El análisis de las tasas de incidencia de TBTF por municipios (grafica 4), identificó municipios con tasas mayores a 200 casos x 100.000 habitantes en 11 municipios de los departamentos Cochabamba, La Paz, y Santa Cruz. La incidencia más alta registrada en el país fue 609 casos x 100.000 habitantes en el municipio de Tipuani de La Paz, el cual cuenta con una población de 6.246 habitantes, muchos de los cuales están dedicados a la explotación minera.

La distribución de las tasas de incidencia por zona urbana y rural, definiéndose como urbano, a la población de los municipios capitales de los departamentos, identifica que la TB es más un fenómeno urbano que rural con una incidencia de 1.4 veces mayor en zonas urbana que en rurales (grafica 4).





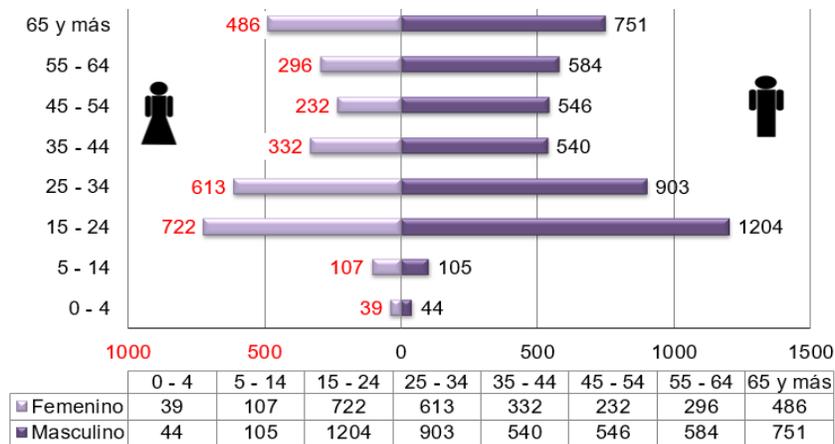
Grafica 4. Estratificación por carga de TB TSF por municipios y tasas de incidencia urbano, rural. Bolivia 2017



Fuente: PNCT

La distribución de los casos de TBTF por edad, en el 2017, identifica que el 46% de los casos de TB corresponden a los grupos etarios de 15 a 34 años y el 16.5% a personas de 65 o más años. El 62% de los casos de TB se produjeron en el sexo masculino y el 38% en el femenino con una razón de 1.7 hombres por 1 mujer (grafica 5).

Grafica 5. Distribución de los casos nuevos de TB TSF por grupo de edad y sexo. Bolivia 2017



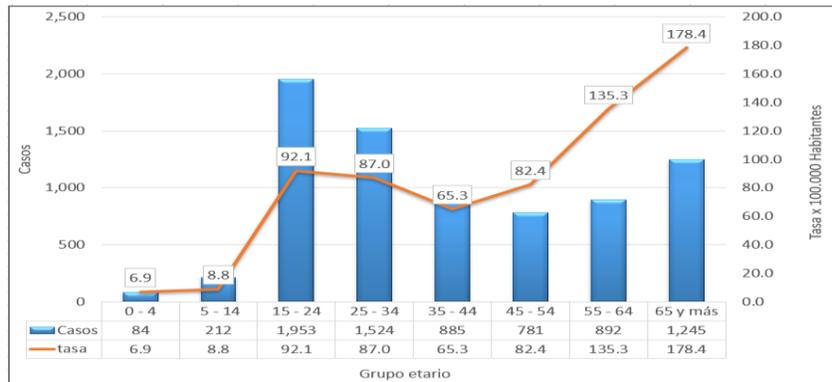
Fuente: PNCT

La tasa de incidencia, en el 2017, por grupos etarios muestra que en la población de 15 a 34 años es 1.3 veces mayor respecto a la media nacional y 2 a 3 veces en los grupos etarios de 55 a 64 años y en mayores de 65 años (grafica 6). Datos que identifican que la TB es una epidemia que



afecta preferentemente a la población en edad reproductiva y productiva y fundamentalmente a los adultos mayores.

Grafica 6. Tasa de incidencia de TB TSF por grupo de etario. Bolivia 2017

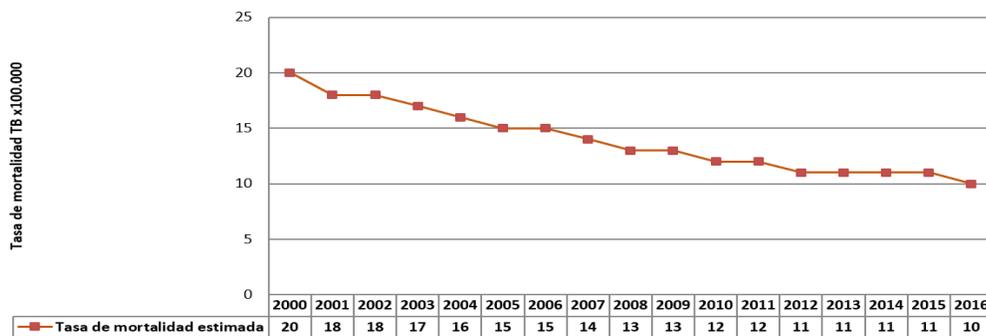


Fuente: PNCT

Análisis de indicadores epidemiológicos – mortalidad

No se tiene información fidedigna del número de muertes por TB en el país, debido a debilidades en la implementación del sistema de registros vitales. Este análisis se efectúa en función de las estimaciones de la OMS (1). Para el 2017, se estimó, que la mortalidad fue 10 casos por 100.000 habitantes, con una disminución de 3.1% anual en el periodo del 2000-2016, que corresponde a una disminución de 50% en 16 años (grafica 7). La letalidad calculada de acuerdo con estimaciones del número casos y muertes por TB, en el periodo del 2000 al 2016 ha fluctuado del 10 al 8%, pudiendo ser 4 veces superior en enfermos TB coinfectados con el VIH (2).

Grafica 7. Tasa estimada de mortalidad por TB. Bolivia 2000 – 2016



Fuente: WHO. Global TB Report 2017

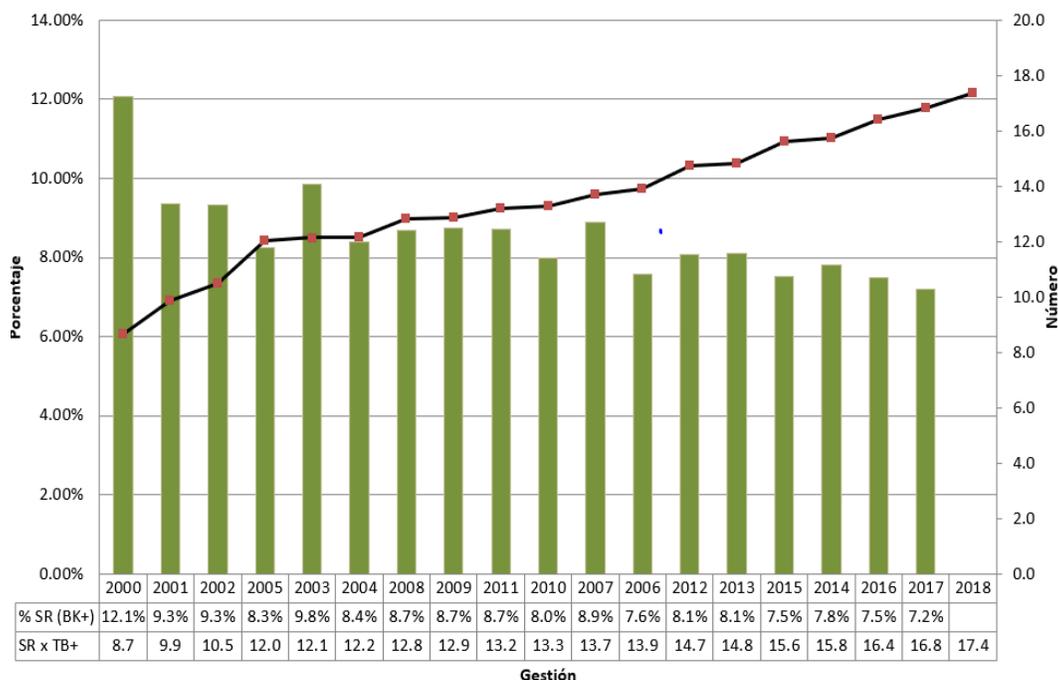


SITUACION PROGRAMATICA DEL CONTROL DE LA TB

Actividades de detección de casos:

La detección de los casos de TB se realiza a través de la pesquisa de los casos de TB presuntiva llamados en las Américas "Sintomáticos Respiratorios (SR)". El análisis de esta actividad (grafica 8) muestra una tendencia a la disminución del porcentaje de positividad de los SR de 12.1 a 7.2%, entre el 2000 y el 2016, periodo en el cual los SR detectados fluctuaron entre 89.759 en el 2007 a 90.825 el 2017, con incremento del número de SR por casos de TBP+, los cuales prácticamente se han duplicado en el periodo de análisis de 9 a 17 SR por caso de TBP+. Esta información podría ser explicada ya sea por la baja sensibilidad del método diagnóstico utilizado, la baciloscopia, y/o por la baja sensibilidad de la definición del SR.

Grafica 8. Porcentaje de positividad de los SR y promedio de SR detectados por caso de TB. Bolivia 2000 – 2017



Fuente: PNCT

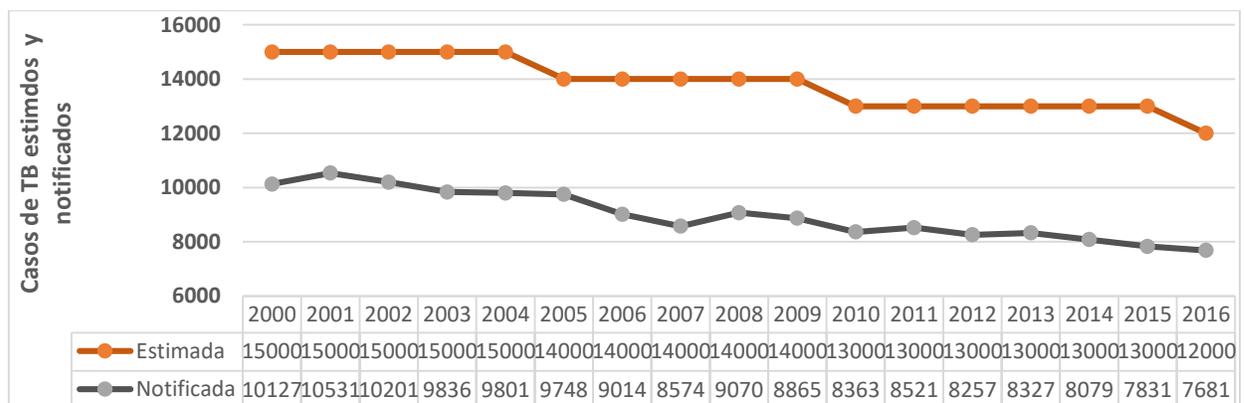
La estimación del número de casos nuevos de TBTF efectuada por la OMS, muestra una disminución permanente (grafica 9) del 2000 al 2016, con 3.000 casos nuevos estimados menos en el periodo de análisis. La notificación de casos tuvo la misma tendencia que los estimados con una disminución





de 2.446 en el periodo analizado. Sin embargo, la brecha entre los estimados y los notificados fluctuó entre 4.000 a 5.000 casos no notificados por año, poniendo en evidencia falencias ya sea en el acceso de la población a los servicios de salud, a la poca capacidad resolutive de los servicios de salud, algoritmo diagnóstico con baja sensibilidad, problemas en el sistema de notificación de casos o sobreestimación realizada por la OMS. Brechas que deberán ser estudiadas por el PNCT.

**Grafica 9. Casos de TBTF estimados y notificados.
Bolivia 2000 – 2016**



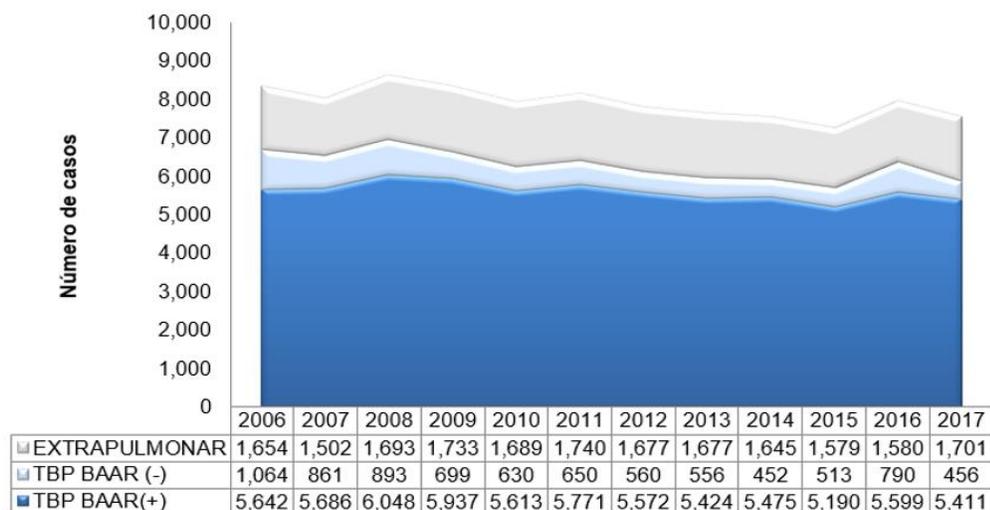
Fuente: WHO Global TB Report 2017

El análisis de la distribución de la localización de la TB notificada, 2006 al 2017 (grafica 10), muestra que la forma pulmonar (TBP) representó el 80% y la extrapulmonar (TBE) el 20% restante. La forma de TBP+ fue en aumento con importante disminución de los casos de TBP(-). Desde el 2009 este descenso fue progresivo, así en el 2017, la TBP+ correspondió al 93% de los casos y solo el 7% fue de TBP(-). Cambio que podría deberse a sub-diagnóstico de la TBP(-) (2009-2016) o a la introducción de métodos diagnósticos más sensible, que podría explicar en parte este fenómeno, el cual deberá ser investigado.





**Gráfica 10. Casos de TB pulmonar (BAAR+ y BAAR-) y TB extrapulmonar.
Bolivia 2006 – 2017**



Fuente: PNCT

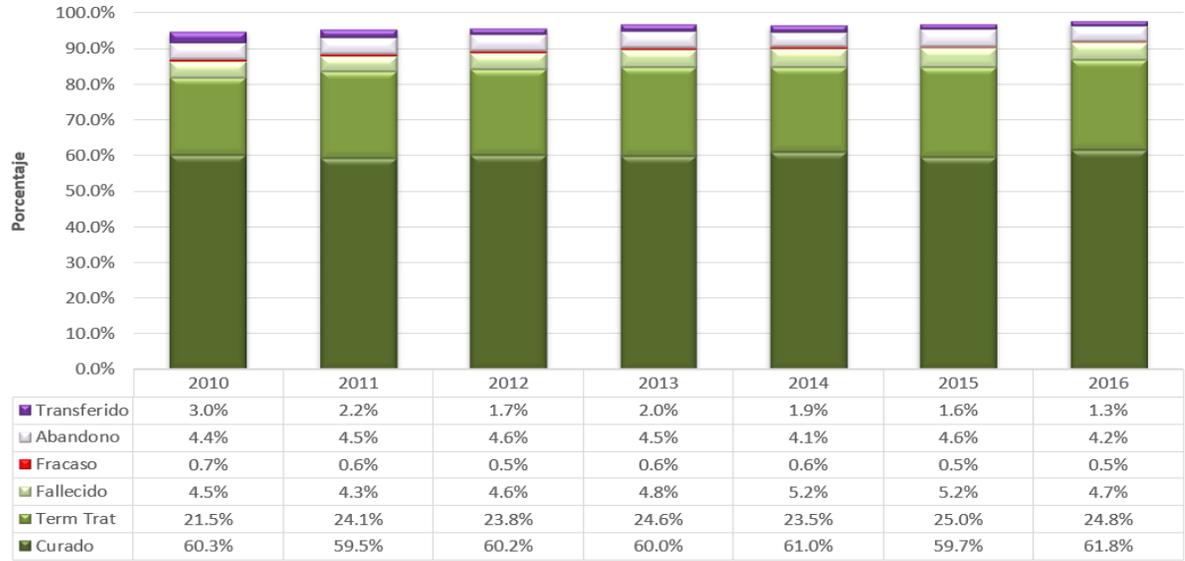
Análisis de los resultados del tratamiento.

El análisis de los resultados del tratamiento se efectúa por cohortes de pacientes con características similares. Las cohortes se analizan en función de antecedentes de tratamiento (nuevos y previamente tratados), resistencia a medicamentos anti-TB (TB-MDR, TB-XDR), coinfección TB/VIH o por grupos de edad (>15 años, < a 15 años). La meta de este indicador para el 2015 (Objetivos de Desarrollo del Milenio- ODM) fue alcanzar el 85% de éxito de tratamiento.





**Grafica 11. Resultados del tratamiento de casos nuevos de TB.
Bolivia 2010 - 2016**



Fuente: PNCT

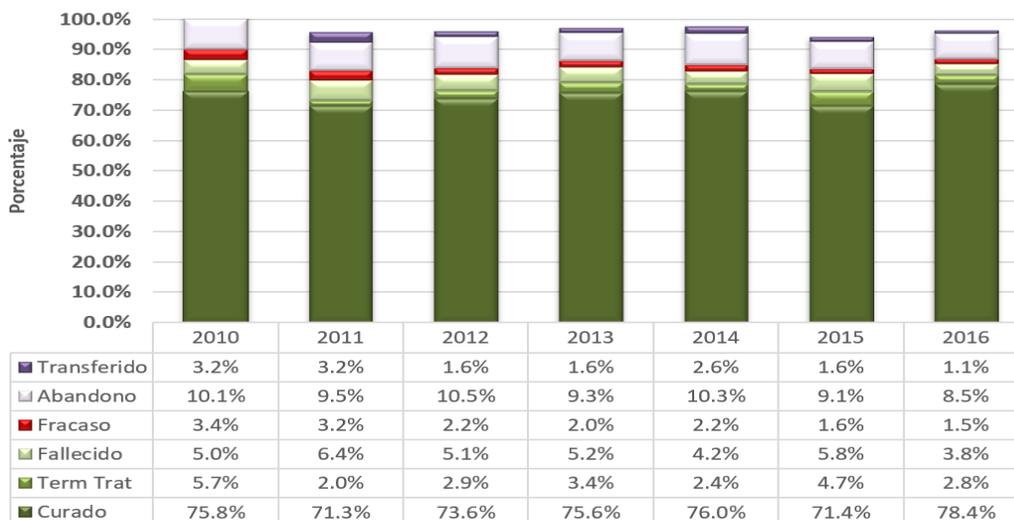
La evaluación de los resultados de tratamiento de la cohorte de casos nuevos de TB, muestra un incremento del tratamiento exitoso (curados + términos de tratamiento) del 81.8% al 86.6% (2010 al 2016), con 5% de fallecidos (grafica 11).

En la cohorte de casos de TBP BK+ previamente tratados, en el periodo de análisis, el tratamiento exitoso fue de 81%, con porcentajes elevados de abandonos (10%) e incremento de los fallecidos y fracasos al tratamiento respecto a la cohorte de casos nuevos (grafica 12).





Grafica 12. Resultados de tratamiento de casos previamente tratados de TBP+. Bolivia 2010 – 2016



Fuente: PNCT

Vigilancia y control de la TB-MDR/RR y TB/XDR:

El diagnóstico y control de la TB resistente a medicamentos, tanto de la TB mono y polirresistente¹, la mutidrogorresistente (TB-MDR)² y la TB extensamente resistente (TB-MDR/XDR)³ es bacteriológico. El diagnóstico de la TB-MDR/XDR se efectúa con la aplicación de pruebas de sensibilidad y resistencia a drogas (PSD) de 1era y 2da línea. El 100% de enfermos con TB (nuevos y previamente tratados) debe contar con resultados de PSD de 1era línea y en casos de TB-MDR, con PSD a medicamentos de 2da línea.

En el 2009 el PNCT realizaba sistemáticamente PSD al 100% de los casos de TB previamente tratados, actividad que disminuyó a partir del 2012. La aplicación de las PSD en pacientes nuevos ha sido aplicada a partir del 2013, llegando solo a cubrir al 24% de los mismos en el 2017 (grafica 13). No se efectúa PSD de 2da línea en el país, con este fin se envían muestras al Laboratorio Supranacional en Chile.

El número de casos de TB-MDR diagnosticados se incrementó más de 3 veces del 2006 al 2010 (grafica 14) explicable por el incremento de la aplicación de las PSD especialmente en casos previamente tratados y posiblemente al diagnóstico de casos TB-MDR prevalentes de años previos. Del total de los casos de TB-MDR solo el 1% correspondió a monorresistentes a la Rifampicina.

¹ Monoresistencia: Resistencia a solo un medicamento anti-TB de primera línea. Polirresistencia es la resistencia a más de un medicamento anti-TB de 1era línea, pero que no sea la isoniacida y rifampicina a la vez.

² TB-MDR: casos de TB que son resistentes al menos a la isoniacida y rifampicina.

³ TB-XDR: casos de TB-MDR pero que presenta además resistencia a cualquier fluoroquinolona y al menos uno de los 3 medicamentos inyectables de 2da línea (capreomicina, kanamicina y amikacina).

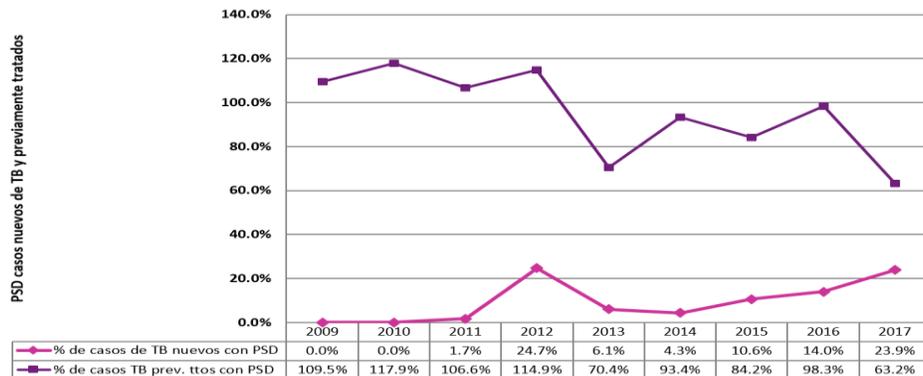




Entre los casos de TB previamente tratados como era de esperar se tuvieron porcentajes altos de TB-MDR.

De acuerdo a estimaciones efectuadas por la OMS^(3,4), el PNCT diagnosticó entre el 2009 al 2012 aproximadamente el 50% de los casos de TB-MDR, del 2013 al 2017 este porcentaje descendió al 30% de los estimados, periodo en el cual se dejó de diagnosticar 718 casos de TB-MDR que corresponden aproximadamente a 180 casos por año.

Grafica 13. Porcentaje de casos de TB nuevos y previamente tratados con PSD a medicamentos de 1era línea. Bolivia 2006 – 2017



Fuente: PNCT

De total de los casos de TB-MDR diagnosticados, no todos iniciaron tratamiento con medicamentos de 2da línea, sin embargo, a partir del 2013 la cobertura de tratamiento de estos enfermos ha ido en aumento llegando al 93% en el 2017 (grafica 14).





Grafica 14. Número y porcentaje de casos de TB MDR diagnosticados por laboratorio y que inician tratamiento. Bolivia 2006 – 2017



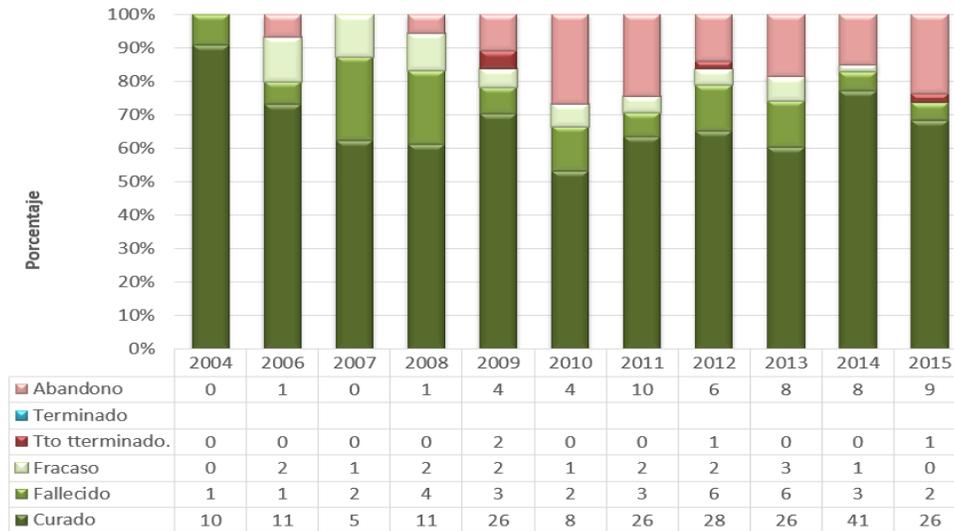
Fuente: PNCT

Los resultados del tratamiento de la cohorte de TB-MDR, del 2004 al 2015, muestra grandes variaciones en el número de pacientes y en los resultados en las tasas de curación, las cuales fluctuaron del 90% en el 2004 con 11 pacientes, al 68% en el 2015 con 38 pacientes con 28% de abandonos. Los resultados del tratamiento del 2006 al 2015 se vieron afectados por los abandonos y fallecidos (grafica 15).





**Grafica 15. Resultados de tratamiento de pacientes con TB MDR.
Bolivia 2004 - 2015**



Fuente: PNCT

Vigilancia y control de la coinfección TB/VIH:

Es conocido que una persona viviendo con el VIH (PVV) e infectada por el *M. tuberculosis* tiene el riesgo entre 20 a 37 veces más de desarrollar la enfermedad TB respecto a una persona sin VIH, por tanto, en toda PVV debe descartarse la TB y a todo enfermo con TB, la infección VIH. Todo coinfectado TB/VIH debe recibir tratamiento anti-TB y tratamiento antirretroviral (TARV) en forma oportuna, intervenciones que disminuyen el riesgo de muerte de estos pacientes.

El PNCT del 2009 al 2017 ha incrementado la oferta de la prueba VIH en los enfermos con TB del 9.6% al 86.3%. En los últimos 3 años la cobertura de los casos de TB con prueba VIH supero el 80%, la coinfección en este periodo fue del 4.2 al 4.3% (grafica 16). La cobertura del TARV en los coinfectados TB/VIH, en el periodo del 2013 al 2017, la cobertura con TARV presentó fluctuaciones, del 80% en el 2016 al 66% en el 2017, dejando un número importante de PVV con TB/VIH sin TARV, poniendo en riesgo la vida de estos pacientes (grafica 17).



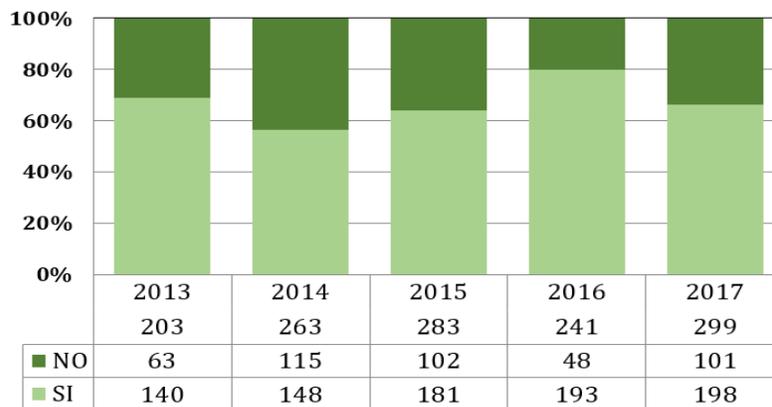


Grafica 16. Porcentajes de casos de TB con pruebas VIH y de coinfección TB/VIH. Bolivia 2009 – 2017



Fuente: PNCT

Grafica 17. Número y Porcentajes de coinfectados TB /VIH con TARV. Bolivia 2013 – 2017



Fuente: PNS

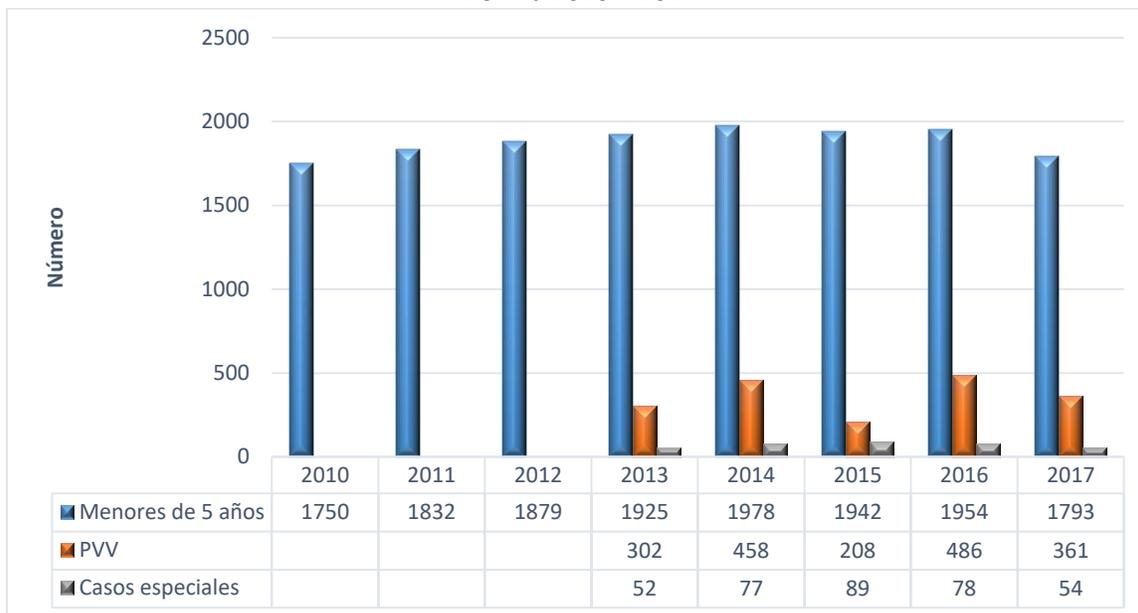
Tratamiento de la infección latente (ILT):

El PNCT ha definido las poblaciones infectados con el *M. Tuberculosis* con alto riesgo de desarrollar la enfermedad TB a los contactos de casos de TBP menores de 5 años, las PVV, personas inmunodeprimidas.





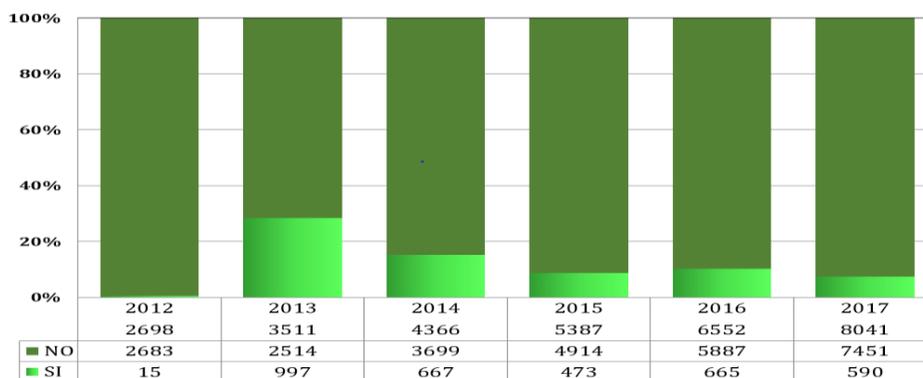
Grafica 18. Tratamiento de la Infección Latente TB (ILTB) en poblaciones priorizadas. Bolivia 2010 – 2017



Fuente: PNCT

De acuerdo con la gráfica 18, del 2013 al 2017 por cada 3 casos de TBP+ en promedio se realizó tratamiento de la ILTB a 1 menor de 5 años. En las gestiones del 2013 al 2016, el tratamiento de la ILTB fluctuó en PVV candidatos al tratamiento de la ILTB entre el 28% al 7%, cobertura con tendencia a la disminución (grafica 19).

Grafica 19. Tratamiento preventivo de ILTB en PVV. Bolivia 2013 – 2016



Fuente: PNS

Los casos especiales se refieren a pacientes con inmunodepresión causada por otras patologías

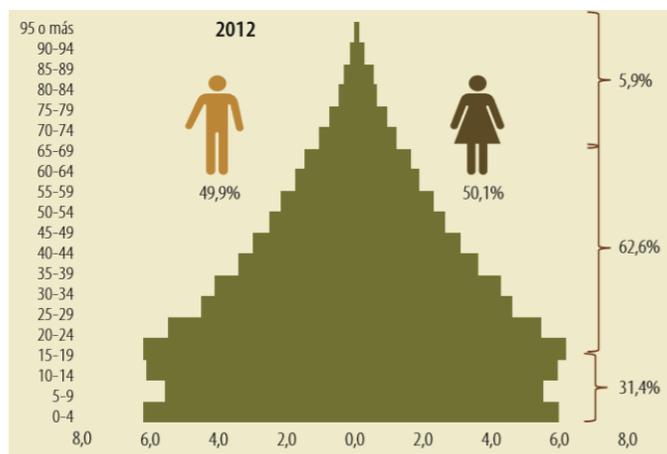




CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA TB EN POBLACIONES VULNERABLES

Población infantil

**Grafica 20. Pirámide poblacional 2012 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS
Censo 2012. Bolivia**



Fuente: INE. Censo 2012

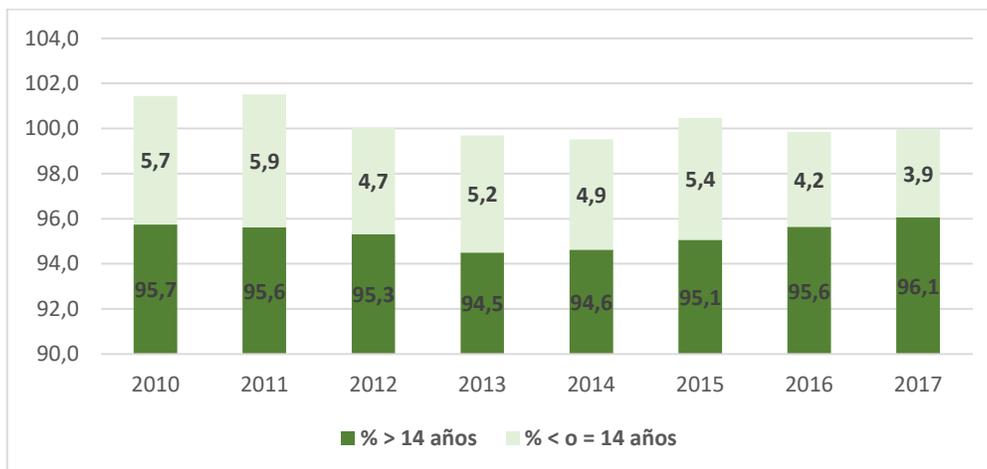
La TB en población infantil es el reflejo de la transmisión reciente del *M. tuberculosis* en la comunidad. Donde hay un caso de TB infantil siempre hay un adulto que lo contagió. El análisis de los indicadores de la TB infantil representa el espejo de los resultados del control de la TB en un país.

De acuerdo con los datos del censo nacional efectuado en el 2012 por el “Instituto Nacional de Estadística de Bolivia” (5), los menores de 14 años representan el 34.1% de la población total (grafico 20); la encuesta de hogares a su vez puso en evidencia que el 89% de los 2.687.000 hogares bolivianos tienen al menos 1 hijo menor de 11 años y 0.7 niños menores de 6 años (5,7).





Grafica 21. Distribución porcentual de la notificación de casos de TB en la población de 0-14 años y >de 14 años. Bolivia 2010 – 2017



Fuente: PNCT

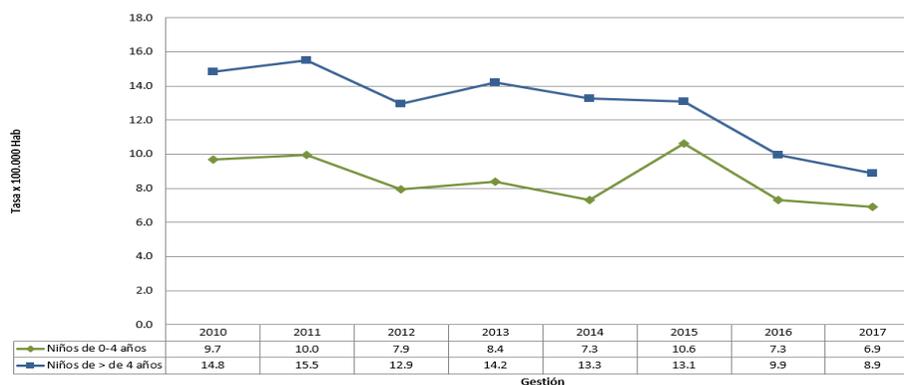
La distribución proporcional de los casos de TB en menores de 15 años del total de los casos de TB notificados en las gestiones del 2010 – 2017, fluctuaron entre 5.9% al 3.9%. Distribución proporcional con tendencia a la disminución, con el valor más bajo en el 2017 (grafica 21).

La baja distribución proporcional de la TB en niños pone en evidencia problemas de sub-notificación y/o sub-diagnóstico en esta población. Los menores de 14 años representan el 31.7% de la población del país (pirámide poblacional de base ancha (grafica 20)) y solo representan el 3.9% de los casos de TB, en un contexto de alta incidencia de TB (grafica 13). En el Estado Plurinacional de Bolivia, se esperaría que cerca del 10% de los casos de TB correspondan a la población infantil. La tendencia permanente al descenso de la distribución porcentual y de las tasas de incidencia en esta población, especialmente en los 2 últimos años, pone en evidencia el deterioro del diagnóstico de la TB infantil (grafica 22).





Gráfica 22. Tasa de incidencia notificada de la TB TSF de 0 a 4 y de 5 a 14 años x 100.000 habitantes, Bolivia 2000-2016



Fuente: PNCT

Población Privada de Libertad

En el Estado Plurinacional de Bolivia de acuerdo con información provista por el país en el 2016 (6), existen 61 Centros Penitenciarios con una capacidad de albergue de cerca de 6.000 personas privadas de libertad (PPL). La población total de PPL para el mismo año fue 17.949, con una tasa de encarcelamiento⁴ de 156 PPL por 100.000 habitantes, y una ocupación⁵ de 253.9% de su capacidad. El 8.2% de las PPL correspondieron al sexo femenino y el 12,9% a jóvenes y menores. El 69.9% de las PPL, en el 2016, no tenían sentencia ejecutoriada.

La población privada de libertad, en general, esta sobrerrepresentada por grupos marginados de la sociedad, como minorías étnicas, personas clave de mayor riesgo de exposición al VIH⁶, personas con trastornos mentales, pobres y habitantes de la calle, todos ellos con alto riesgo de desarrollar la TB. A esto se suma las condiciones de vida precarias en las prisiones del Estado Plurinacional de Bolivia. Las instalaciones penitenciarias son insuficientes para alojar a las PPL como lo demuestra la tasa de ocupación y la mayoría de ellas tienen instalaciones que carecen de ventilación, higiene y saneamiento básico. La alimentación en general no cubre las necesidades nutricionales de las PPL y la atención de salud presenta serias limitaciones en personal de salud, infraestructura, equipamiento y dotación de insumos básicos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades prevalentes como es la TB. Condiciones que facilitan la transmisión del *M. tuberculosis* y el desarrollo de la enfermedad en este contexto, con tasas de incidencia de 987 casos por 100.000 en el 2017 (1% de las PPL está enfermo con TB).

⁴ Tasa de encarcelamiento: No de PPL/No de habitantes de un país x 100.000.

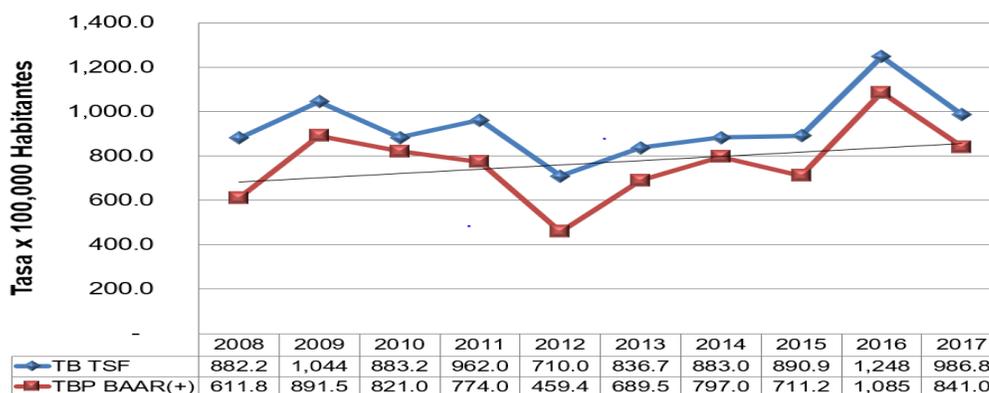
⁵ Ocupación: No de PPL existentes/No de PPL para la que fue construida la prisión x 100

⁶ Poblaciones clave: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, transexuales, personas que se inyectan droga, trabajadores sexuales y sus clientes, y personas seronegativas dentro de una pareja serodiscordante.





Grafica 23. Tasa de incidencia notificada de TB TSF y TBP(+) en Centros Penitenciarios . Bolivia, 2008 – 2017



Fuente: PNCT

El riesgo relativo (RR) de padecer de TB en las PPL respecto a la población general, fluctúa de 10 a 15. Riesgo que pone en evidencia una violación de los derechos humanos de las PPL, puesto que la TB no hace parte de la condena. A esto se suma el alto porcentaje de PPL sin condena, que es del 80%. Población que en general tiene gran movilidad por transferencias a otras prisiones y/o excarcelaciones después de periodos prolongados de aprisionamiento, movimientos que incrementan la transmisión de la TB dentro y fuera de las prisiones. No se tiene datos de la prevalencia de la TB-MDR y de la coinfección TB/VIH en prisiones, sin embargo, se espera que sea mucho mas alta que en la población general.

Las tasas de curación de tratamiento de la cohorte de TBP+ en PPL fluctuó de 85 a 96.4%, poniendo en evidencia un trabajo eficiente por parte de los programas de control de la TB en prisiones.

Urbanización y tuberculosis

Bolivia, como la mayoría de los países de América, vive un proceso de urbanización con importantes flujos migratorios de poblaciones rurales a las áreas metropolitanas. Migraciones campo-ciudad que comenzaron después de 1950 (grafica 24), de acuerdo con el Censo Nacional efectuado en el 2012, el 67.5 % la población vive en áreas urbanas y el 32.5% en áreas rurales. La urbanización dio lugar al crecimiento poblacional de las áreas metropolitanas, especialmente de los municipios capitales. El mejor ejemplo del crecimiento urbano acelerado es del área metropolitana de La Paz, donde el municipio de El Alto superó con más de 55.000 habitantes al municipio capital.

La urbanización ha sido y es aún un proceso no planificado con asentamiento de poblaciones en los suburbios de las ciudades, la formación de barrios marginales con construcciones de viviendas que no siguen normas de construcción, sin servicios básicos, con ambientes mal ventilados e importante hacinamiento. La pobreza debido a la falta de fuentes laborales con proliferación de trabajos informales mal remunerados, la violencia y la delincuencia, con alto riesgo de exposición al VIH, al





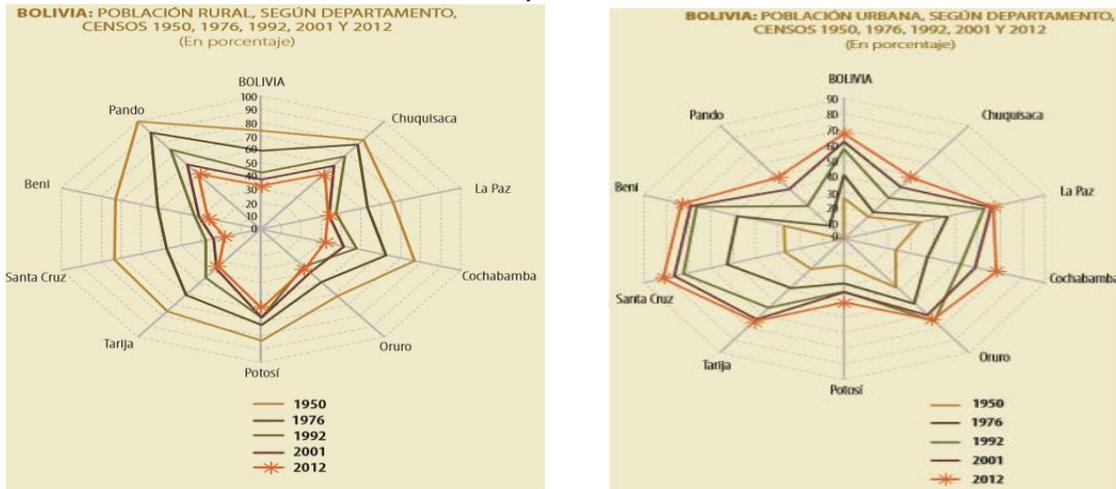
alcohol, tabaco, drogas ilícitas general, son condiciones de vida que generan las mejores circunstancias para la transmisión exitosa del *M. tuberculosis* y el aumento de la enfermedad entre sus habitantes, como ya demuestran los datos epidemiológicos de la TB en el país. Contexto que requiere un abordaje específico en estas poblaciones (8).

**Grafica 24. Tendencia del crecimiento de la población urbana y rural.
Bolivia, 1950 – 2012**



Fuente: INE. Censo 2012

**Grafica 23. Cambios en la Población urbano- rural por Departamento
Bolivia, 1950 – 2012**



Fuente: INE. Censo 2012



HACIA EL CUMPLIMIENTO DE METAS NACIONALES E INTERNACIONALES.

Metas Nacionales.

“Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020”.

El Plan es el instrumento del PNCT del Estado Plurinacional de Bolivia baso en el análisis programático y basado a estrategias internacionales. La Misión, Visión, Objetivo General y 5 Objetivos Estratégicos (OE) del Plan definen los lineamientos estratégicos de PNCT (1).

El Plan promueve la promoción de la salud, la prevención de riesgo y la investigación. La atención participativa en la gestión de salud, el derecho a la salud de la familia y la gratuidad de los servicios de salud integrales, con calidad e interculturalidad.

El Objetivo General plantea la disminución de la alta carga de la tuberculosis y sus determinantes sociales, mediante esfuerzos articulados entre niveles de gestión multisectorial y sociedad civil, respetando los derechos humanos para mejorar la calidad de vida de los afectados y de la población en general.

En el presente documento se analiza el avance en el cumplimiento de las metas programáticas y epidemiológicas del control de la TB, suscritas en los Objetivos Estratégicos 2, 3 y 4.

El Plan define 6 Objetivos Estratégicos (OE), los OE 2, 3 y 4 que se refieren a:

OE 2: Fortalecer el acceso universal con equidad de la población en general y las poblaciones de mayor vulnerabilidad a un diagnóstico oportuno, un tratamiento con calidad y calidez previniendo el abandono del tratamiento y promoviendo una curación efectiva.

OE 3: Fortalecer la atención integral de: 1. Tuberculosis drogoresistente; 2. Reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFA).

OE 4: Desarrollar acciones colaborativas eficaces y eficientes, con los programas de VIH y de Enfermedades no transmisibles.

Cuadro 2. Avances en el cumplimiento de las metas programáticas y epidemiológicas del PNCT. Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia, 2016-2020.

INDICADOR DE RESULTADO	LINEA DE BASE	RESULTADO AL 2017	META AL 2020	COMENTARIOS
Objetivo Estratégico 2				
Porcentaje de casos TB notificados con respecto a los estimados	62% en el 2014	68% en el 2017	88% o más de los casos estimados	Indicador que no se cumplirá al 2020 si no se mejoran: el algoritmo diagnóstico y actividades de detección de





				casos especialmente en poblaciones vulnerables.
Porcentaje de TB con éxito de tratamiento	81.9% al 2013	85.8% en la cohorte del 2016	85% o más de casos TB	Cohorte que incluye todos los casos de TB
Porcentaje de TBP curados	84.8% al 2013	Sin datos		
Porcentaje de TB con éxito de tratamiento en población privada de libertad.	85% o mas de casos de TB con éxito de tratamiento	Sin datos.		
Porcentaje de TBP+ curados en población privada de libertad.		86.4% para el 2016		
Objetivo Estratégico 3				
Porcentaje de paciente TB-MDR diagnosticados de los estimados en casos retratados	45.5% para el 2014	Sin datos.		
Porcentaje de paciente TB-MDR diagnosticados de los estimados en casos nuevos (nuevos y recaídas)	25% para el año 2014	38% para el 2017		
Numero de casos previamente tratados con resultado de PSD	45% para el año 2014	63.2% para el 2017		
Objetivo Estratégico 4				
Porcentaje de pacientes con TB a los que se realiza la prueba rápida de VIH.	70% para el año 2014	86% para el 2017		
Porcentaje de casos co-infectados TB/VIH a quienes se suministra terapia antirretroviral (TARV)	57% para el año 2014	89% para el 2017		
Porcentaje de casos co-infectados TB/VIH con éxito de tratamiento de TB	10% para el año...	Sin datos		

INDICADORES DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y DE LA ESTRATEGIA FIN DE LA TB.

Metas internacionales: La OMS en el 2015, después de evaluar el cumplimiento de los indicadores de TB de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), elaboró en colaboración de sus socios, la *Estrategia Fin de la TB*, para fortalecer y acelerar la lucha contra la TB en favor de los más afectados





por esta enfermedad. La Estrategia Fin de la TB pone como centro al enfermo con TB, con metas ambiciosas para el 2030 y 2035 (metas de los ODS y Fin de la TB) y metas intermedias para el 2020 y 2025 (cuadro 3) (9).

Cuadro 3. Metas Intermedias 2020, 2025 y Finales (ODS y Fin de la TB), 2030 -2035

INDICADORES	METAS INTERMEDIAS		METAS FINALES	
	2020	2025	ODS -2030	FIN TB -2035
Reducción del número de muertes por TB comparada con la del 2015 (%)	35%	75%	90%	95%
Reducción de la tasa de incidencia de TB comparada con la del 2015 (%)	20%	50%	90%	95%
No más familias afectadas que se enfrenten a costos catastróficos debido a la TB.	Cero	Cero	Cero	Cero

Metas e Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Tuberculosis

INDICADORES	Valor 2015	Valor 2017	METAS INTERMEDIAS		METAS FINALES	
			2020	2025	ODS -2030	FIN TB - 2035
Reducción del No de muertes por TB comparada con el 2015	1.000 muertes	1.100 muertes	650 muertes	250 muertes	100 muertes	50 muertes
Reducción de la tasa de incidencia de TB comparada con la del 2015 (%)	117x100.000	110x100.000	93.6x100.000	58.5x100.000	11.7 casos x 100.000	5.8 casos x 100.000
No de familias afectadas que se enfrenten a gastos catastróficos debido a la TB	Sin información	Sin información	Cero	Cero	Cero	Cero

De acuerdo con la tasa de incidencia estimada para el 2015, se proyecta la tasa de incidencia para el 2030, observándose que si no se acelera la disminución de la misma alrededor del 6% anual no se alcanzara a cumplimentar el indicador de los ODS al 2030.

PRINCIPALES DESAFIOS DEL CONTROL DE LA TB EN BOLIVIA

Del análisis epidemiológico se idéntica los siguientes desafíos vinculados a:

1. Transición demográfica:
 - a. La urbanización, debido al incremento de poblaciones migrantes de áreas rurales y semirurales a ciudades donde se asientan en barrios marginales de ciudades.
 - b. Envejecimiento de la población con importante aumento de las tasas de incidencia de TB en esta población, con connotaciones epidemiológicas como la transmisión de *M. tuberculosis* intergeneracional.





2. Transición epidemiológica:
 - a. Aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, como: la diabetes⁷, el alcoholismo⁸, el tabaquismo⁹.
 - b. Incremento de la prevalencia de la infección VIH en la población general.
3. Brechas programáticas
 - a. Importante brecha entre el número de casos nuevos de TB estimados por la OMS y la notificación de casos por parte del PNCT.
 - Se requiere analizar la sensibilidad del algoritmo de diagnóstico utilizado y prever:
 - o El cambio de la baciloscopia por el Xpert MRT/Rif en los SR.
 - o La introducción de algoritmos con combinación de métodos diagnósticos, como la radiografía de tórax (alta sensibilidad), con el Xpert MTB/Rif como método bacteriológico (alta sensibilidad y especificidad), en poblaciones vulnerables a al TB.
 - b. Identificar las poblaciones donde se están perdiendo casos:
 - i. Población infantil, de acuerdo con los datos notificados, más del 50% de los casos de TB infantil no están siendo diagnosticados y/o notificados.
 - ii. Enfermos con TBP bacteriológicamente negativa.
 - iii. Poblaciones pobres con limitado acceso a servicios de salud: indígenas, habitantes de barrios marginales de ciudades, cuarteles, poblaciones en las que no se tiene información y donde se estarían perdiendo casos de TB.
 - iv. Adultos mayores que requerirá pautas normativas específicas de intervención.
 - v. Control de contactos ampliando el círculo de investigación de contactos.
 - vi. Comorbilidades que incrementan el riesgo de TB como la diabetes, el alcoholismo, tabaquismo.
 - vii. Personas con VIH y otras enfermedades inmunodepresoras.
 - viii. Poblaciones especiales como mujeres embarazadas, mineros (silicosis) y otras.
 - c. Brechas de manejo programático de la TB-MDR/XDR y de la coinfección TB/VIH:
 - i. Necesidad de la introducción de PSD moleculares en función de las recomendaciones actuales y futuras de la OMS.
 - ii. Incrementar la cobertura de PSD de 1era línea en casos nuevos y en previamente tratados y de 2da línea en los TB-MDR.
 - iii. Actualizar las normas de control y prevención de la TB-MDR de acuerdo con las nuevas normas de la OMS.
 - iv. Fortalecer el manejo de la coinfección TB/VIH en todos sus componentes.

⁷ La OPS, para el 2017, estima que el 6.6% de la población boliviana padece de diabetes.

⁸ Estudios realizados por UNDOC y el Ministerio de Salud, muestran que el 58% de los estudiantes universitarios consumen alcohol. Bolivia se sitúa como el país número 1 en consumo de alcohol en la Región.

⁹ El Ministerio de Salud, estima que el 25% de la población boliviana fuma.





4. Estructura y funcionamiento de la Red de Laboratorios de TB que no responde a las necesidades actuales del PNCT:
 - i. Rediseñar la red de laboratorios de TB de acuerdo con las normas de OMS y recomendaciones del Laboratorio Supranacional, incorporando laboratorios de biología molecular de los departamentos que cuenten con los mismos
 - ii. Redefinir el rol y funciones del Laboratorio Nacional de TB, así como su dependencia programática.
 - iii. Introducir nuevas tecnologías diagnóstico y de PSD en función de las recomendaciones actuales y futuras de la OMS.

Referencia Bibliográficas:

1. WHO. Global TB Report, 2017
2. WHO. Global TB Report, 2018
3. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020. Serie. Documentos Técnico-Normativos. La Paz-Bolivia, 2016
4. Ministerio de Salud, Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis. Serie: Documentos Técnico-Normativos. La Paz- Bolivia 2017.
5. Estado Plurinacional de Bolivia. Instituto Censo de Población y Vivienda 2012. Características de la Población. Febrero 2015.
6. World Prison Brief, Institute for Criminal Policy Research, Birkbeck University of London. www.prisonstudies.org/
7. PNUD. El nuevo rostro de Bolivia TRANSFORMACIÓN SOCIAL Y METROPOLIZACIÓN. Diciembre, 2015.
8. OPS. Marco de Trabajo para el Control de la Tuberculosis en Grandes Ciudades de Latinoamérica y el Caribe. Washington DC, 2016. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/2016-cha-marco-trabajo-tb-grandes-ciudades.pdf>
9. La Estrategia Fin de la TB. Organización Mundial de la Salud 2015. OMS. Disponible en: www.who.int/tb/panish_EndTBStrategy.pdf.



Certificate Of Completion

Envelope Id: F3058AD1A49C456F8D393C40BC14AB04	Status: Completed
Subject: Please DocuSign: PRODOC firm MINSA BOL118214-fusionado.pdf	
Source Envelope:	
Document Pages: 314	Signatures: 1
Certificate Pages: 1	Initials: 0
AutoNav: Enabled	Envelope Originator:
Envelopeld Stamping: Enabled	Virginia Tapia
Time Zone: (UTC-08:00) Pacific Time (US & Canada)	One United Nations Plaza
	New York, NY 10017
	virginia.tapia@undp.org
	IP Address: 181.188.176.86

Record Tracking

Status: Original	Holder: Virginia Tapia	Location: DocuSign
9/24/2020 2:01:29 PM	virginia.tapia@undp.org	

Signer Events

Signer Events	Signature	Timestamp
Luciana Mermet		Sent: 9/24/2020 2:28:13 PM
maria.luciana.mermet@undp.org		Viewed: 9/24/2020 4:10:21 PM
Representante Residente		Signed: 9/24/2020 4:10:28 PM
UNDP Bolivia		
Security Level: Email, Account Authentication (None)	Signature Adoption: Pre-selected Style	
	Using IP Address: 181.188.179.235	

Electronic Record and Signature Disclosure:
Not Offered via DocuSign

In Person Signer Events

Signature

Timestamp

Editor Delivery Events

Status

Timestamp

Agent Delivery Events

Status

Timestamp

Intermediary Delivery Events

Status

Timestamp

Certified Delivery Events

Status

Timestamp

Carbon Copy Events

Status

Timestamp

Witness Events

Signature

Timestamp

Notary Events

Signature

Timestamp

Envelope Summary Events

Status

Timestamps

Envelope Sent	Hashed/Encrypted	9/24/2020 2:28:13 PM
Certified Delivered	Security Checked	9/24/2020 4:10:21 PM
Signing Complete	Security Checked	9/24/2020 4:10:28 PM
Completed	Security Checked	9/24/2020 4:10:28 PM

Payment Events

Status

Timestamps