



NOTA CONCEPTUAL ESTÁNDAR

Inversiones de mayor repercusión contra el VIH, la tuberculosis o la malaria

En la nota conceptual se resumen las razones que fundamentan las inversiones del Fondo Mundial. Toda nota conceptual debe describir una estrategia y estar respaldada por datos técnicos que demuestren la efectividad del enfoque. Tomando como referencia la estrategia nacional de salud y el plan estratégico nacional de la enfermedad, la nota conceptual prioriza las necesidades de un país dentro de un contexto más amplio. Además, describe la forma en que la ejecución de las subvenciones resultantes puede maximizar la repercusión de la inversión: llegando al mayor número de personas y logrando los mayores beneficios posibles sobre su salud.

Una nota conceptual se divide en las secciones siguientes:

Sección 1: descripción de la situación epidemiológica del país, incluidos los sistemas sanitarios y las barreras de acceso a los mismos, al igual que la respuesta nacional.

Sección 2: información sobre el panorama nacional de financiamiento y sostenibilidad.

Sección 3: solicitud de financiamiento al Fondo Mundial, que debe incluir un análisis de las deficiencias programáticas, los fundamentos de la solicitud, y la herramienta modular.

Sección 4: acuerdos de ejecución y evaluación de riesgos.

NOTA IMPORTANTE: Para rellenar esta plantilla, los solicitantes deben consultar las instrucciones de la nota conceptual estándar.

RESUMEN GENERAL

Información del solicitante

País	Bolivia	Componente	Tuberculosis
Fecha de inicio de la solicitud de financiamiento	1-7-2016	Fecha de finalización de la Solicitud de financiamiento	31-7-2019
Receptor(es) Principal(es)	PROSALUD		

Tabla de resumen de la solicitud de financiamiento*



En la plataforma de gestión de subvenciones en línea se generará automáticamente una tabla de resumen de la solicitud de financiamiento de acuerdo con la información presentada en la tabla de deficiencias programáticas y en la herramienta modular.

Modulo		2016	2017	2018	2019	TOTAL
Módulo 1: Atención y prevención de la tuberculosis	Asignado FM	413.841	1.163.119	833.102	590.585	3.000.647
	Sin fuente	224.351	266.123	312.926	173.559	976.959
Módulo 2: Paquete para TB-MR	Asignado FM	614.619	1.933.805	1.185.569	677.606	4.411.600
	Sin fuente	28.185	64.794	46.203	26.937	166.118
Módulo 3: Tuberculosis/VIH	Asignado FM		94.439	60.153	90.705	245.297
	Sin fuente					
Módulo 4: FSS - Seguimiento y evaluación	Asignado FM		469.821	421.682	31.045	922.549
	Sin fuente		129.649	141.744	128.069	399.463
Módulo 5: Gestión de Programas	Asignado FM	318.654	714.433	719.506	378.069	2.130.662
	Sin fuente	28.468	59.783	62.773	32.956	183.980
TOTAL	Asignado FM	1.347.115	4.375.618	3.220.012	1.768.011	10.710.756
	Sin fuente	281.003	520.349	563.646	361.521	1.726.520

SECCIÓN 1: CONTEXTO DEL PAÍS

En esta sección se solicita información sobre el contexto del país, lo que incluye la epidemiología de la enfermedad, el estado de los sistemas de salud y los sistemas comunitarios, y la situación en materia de derechos humanos. Esta descripción es fundamental para justificar la elección de las intervenciones apropiadas.

1.1 Contexto de la enfermedad en el país y de los sistemas de salud y comunitarios

Tomando como referencia la información epidemiológica más reciente y el análisis de portafolio proporcionado por el Fondo Mundial, destaque lo siguiente:

- a. Epidemiología actual de las enfermedades y su tendencia, así como cualquier variación geográfica significativa que afecte al riesgo de padecer estas enfermedades o a su prevalencia.
- b. Poblaciones clave que puedan tener un acceso desproporcionadamente bajo a los servicios de prevención y tratamiento (y, en el caso del VIH y la tuberculosis, la disponibilidad de servicios de atención y apoyo) y factores que contribuyen a crear esta desigualdad.
- c. Principales barreras de derechos humanos y desigualdades de género que puedan impedir el acceso a los servicios de salud.
- d. Contexto de los sistemas de salud y sistemas comunitarios en el país, incluida cualquier limitación.

1.1.a Epidemiología actual de las enfermedades y su tendencia, así como cualquier variación geográfica significativa que afecte al riesgo de padecer estas enfermedades o a su prevalencia.

El Estado Plurinacional de Bolivia es un país situado en América del Sur, con una superficie de 1.098.581Km² y una población estimada para el 2014 de 10.598.035 habitantes (ANEXO 1 CELADE) con una densidad poblacional de 97 habitantes por cada 10 Km² y un crecimiento demográfico anual de 1,71% (ANEXO 2 - INE) La población es predominantemente urbana (67,5%), con una estructura joven que presenta una edad mediana de 22 años para el 2014. El país está estructurado política y administrativamente en 9 departamentos, 112 provincias y 337 municipios.

El 72% de la población boliviana vive en los departamentos de Santa Cruz, La Paz y Cochabamba. En el año 2013, la extrema pobreza del país fue de 18,8%.

En Bolivia la Tuberculosis es un un problema de salud pública, prioritario para el país, por la morbimortalidad y por ser una patología de alta trasmisión. De acuerdo a las estimaciones de la OMS (1990 – 2013), Bolivia ha disminuido significativamente, tasa de incidencia de TB, de 251 a 123 por 100 mil habitantes (ANEXO 3 TB country Profile). El descenso en la incidencia del año 1990 al 2013 fue de 50,9%; con una disminución anual del 2,23%

Asimismo, la OMS estima que Bolivia ha alcanzado las metas de los ODM de reducir al 50% la prevalencia, la cual ha disminuido de 400 a 196 casos por 100 mil habitantes entre los años 1990 y el 2013, representando una disminución del 51%. El descenso de la prevalencia entre los años 1990 al 2013 fue de 51%; con una disminución anual del 2,23%(ANEXO 3 TB Country Profile).

La mortalidad estimada por TB (excluyendo casos de VIH) también tuvo una tendencia decreciente de 7, 9 a 4 casos por 100 mil habitantes entre los años 1990 y el 2013 (49,36% de reducción).

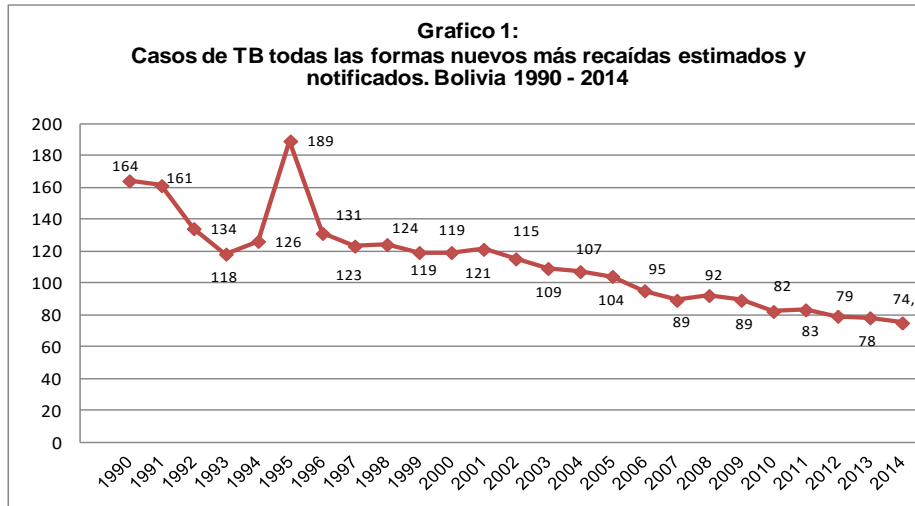
Para el análisis epidemiológico se han utilizados los datos de Monitoreo Regular del año 2014 del Programa Nacional de Control de Tuberculosis de Bolivia (ANEXO 4 Datos de Monitoreo y Evaluación PNCT Bolivia-2014), para este analisis utilizamos la notificación de casos nuevos de TB TSF sin incluir las recaídas.

La notificación de casos nuevos de TB todas las formas fue 7572, de los cuales, el 78,2% (5.970 casos) eran casos de TBP; el 72% (5.475 casos) eran TB pulmonares BK (+), 5,96% (452) son de TBP BK (-) y 23,72% (1.645 casos) formas extra-pulmonares. La tasa de incidencia TB todas las formas fue de 70,9 (y la de TB BK (+) de 51,3 por 100.000 habitantes respectivamente (ojo 79 %)

En el año 1999 inició la implementación y expansión de la Estrategia DOTS/TAES con apoyo técnico y financiero de la OPS. A partir del año 2003 se fortaleció la expansión de la mencionada estrategia con

apoyo de la subvención del Fondo Mundial de la Ronda 3. En el año 2008, Bolivia implementa la Estrategia Alto a la TB y recibe apoyo de la de subvención de la Ronda 9, que permitió fortalecer el DOTS comunitario.

El Grafico 1 registra la incidencia notificada de casos de TB - TSF, durante los años 1.990 – 2014. Podemos observar grandes variaciones de incidencia entre los años 1990 y 1995, un discreto pero constante descenso de 1,5% anual y entre los años 1996 a 2002 y un descenso más marcado con una disminución de 3,6% anual entre los años 2003 al 2014.



Fuente: TB Country Profile OMS 2014

La distribución geográfica de la incidencia notificada de TB todas las formas 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 Dptos. 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).

Si bien 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 otro lado, los departamentos de La Paz y Cochabamba tienen tasas más bajas, junto con Santa Cruz presentan el 78,4% de la carga de enfermedad del país, correspondiendo el 39,6% de los casos reportados al Departamento de Santa Cruz. (Tabla 2).

La OMS, estimó 13.000 casos nuevos de TB todas las formas para el año 2014 y para el mismo año Bolivia notificó 7.572 casos, lo que corresponde al 58,2% de lo estimado. La brecha de casos no diagnosticados o no notificados fue de 5.428 enfermos de TB, el 63% (3443/5428) de los casos de TB TSF de la brecha del país corresponden a 3 departamentos, La Paz (1710 casos no diagnosticados), Cochabamba (1059 casos) y Potosí (674 casos).

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

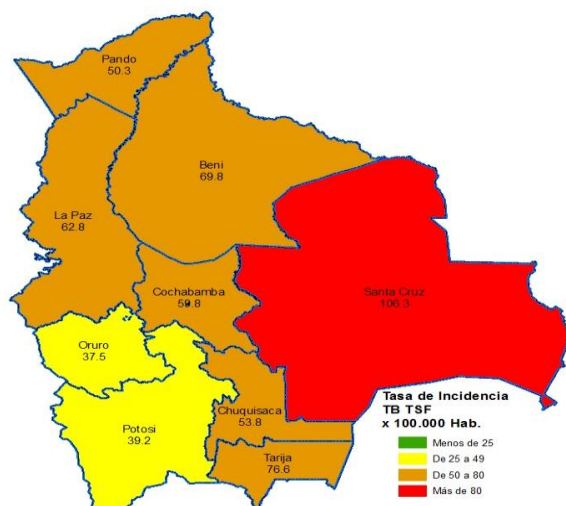


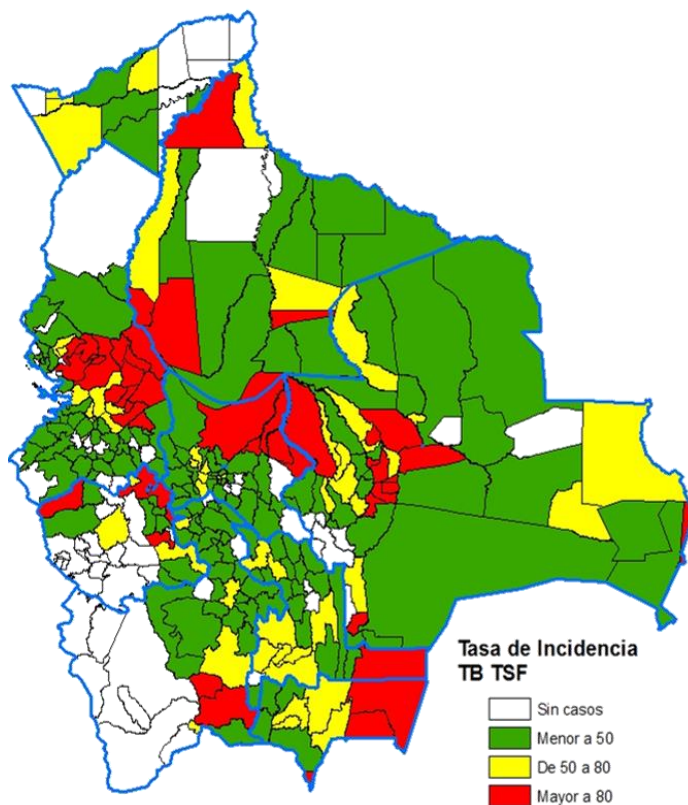
Tabla 2:
Número de casos e incidencia TB todas las formas por Departamentos Bolivia 2014.

Departamentos	Población	Casos de TSF		Tasa de incidencia
		n	%	
LA PAZ	2887075	1814	24,0	62,8
ORURO	525099	197	2,6	37,5
POTOSI	879204	345	4,6	39,2
COCHABAMBA	1871452	1119	14,8	59,8
CHUQUISACA	617174	332	4,4	53,8
TARIJA	513389	393	5,2	76,6
SANTA CRUZ	2822385	3000	39,6	106,3
BENI	448227	313	4,1	69,8
PANDO	117356	59	0,8	50,3
TOTAL	10.681.361	7572	100	70,9

Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Del total de 337 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 (>80 casos por 100.000) 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 3).(ANEXO 4 Datos de Monitoreo PNCT Bolivia 2014)

Mapa 2:
Tasa de incidencia de tuberculosis TB TSF por municipios, Bolivia 2014



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

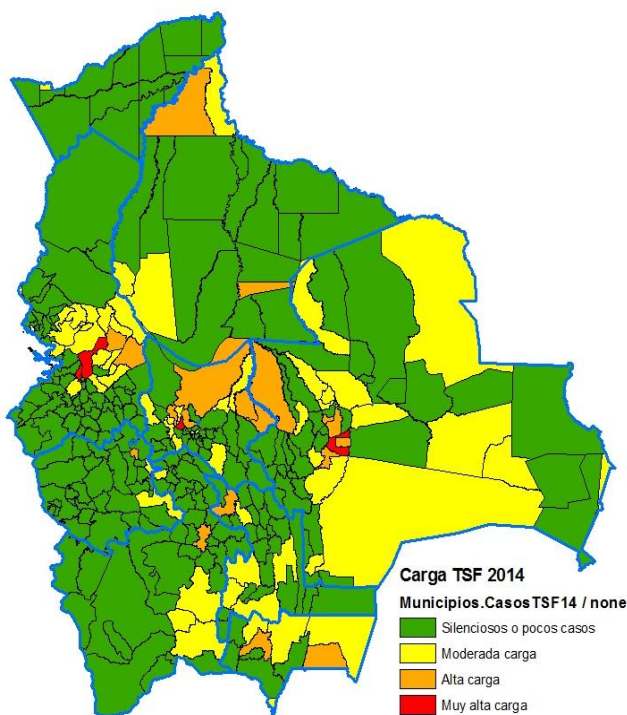
Tabla 3:
Número de municipios por Departamento según incidencia. Bolivia 2015

DPTO.	Incidencia				
	Sin Notificación	Baja (<25)	Moderada (25-50)	Alta (50-80)	Muy Alta (mayor a 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 4. 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 4:
Número de municipios por Departamentos según carga de enfermedad (TB –TSF)-Bolivia 2014

Departamento.	Carga de enfermedad			
	Muy Alta carga (>300 casos)	Alta (50 a 300 casos)	Moderada (10 a 49 casos)	Baja (> de 10)
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 subnotificación sobretodo en los contextos rurales. Para el año 2014 se notificaron 4,237 casos, TSF en el área urbana¹ 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.

Con relación a la distribución etárea de la TB TSF se observa que el 5.8 % de los casos de TSF corresponden a menores a 15 años, el 59.9% a personas entre 15 y 44 años, y el 35% de las personas ≥ 55 años. Las tasas más elevadas se presentan en mayores de 50 años. Con una relación de 1.6 hombres por una mujer.

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 en esta población el 76,6% (302/394) son pulmonares, el 48 % fueron BK+ y el 23,4% fueron formas extra-pulmonares (Tabla 5). El 57,6% (227/394) de los casos de TB TSF en niños fueron diagnosticados en el Departamento de Santa Cruz. Asimismo el 60,6%, el 61,9% y el 47,8% de los casos de TBP, TBP BK (+) y TB – EP fueron diagnosticados en el Dpto. de Santa Cruz (Tabla 6).

Tabla 5:
Formas de TB en niños. Bolivia 2014

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

Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Tabla 6:
Formas de TB en niños según Departamentos. Bolivia 2014

¹ Para la estimación de la incidencia urbana se consideran a los municipios capitales de departamento y la ciudad de El Alto.

DEPARTAMENTOS	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
POTOSI	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

En cuanto al tratamiento, Bolivia utiliza los siguientes esquemas de tratamiento: i) el esquema I para pacientes nuevos; ii) el esquema II o retratamiento iii) el esquema III Pediátrico IV) Esquema IV Estandarizado con TB-DR y Esquema Individualizado con TB- DR. El esquema 1 utiliza 4 medicamentos antiTB en la fase inicial y dos en la fase de continuación. La administración del tratamiento es diaria y estrictamente supervisado durante las dos fases en servicio o en la comunidad con participación de enfermería, agentes comunitarios y promotores de salud.

Desde el año 2009, Bolivia reporta un Éxito de tratamiento de TBP BK (+) casos nuevos superiores al 85%. En el 2013, el resultado del tratamiento de la cohorte de TBP BK (+), muestra que el Éxito de tratamiento es de 86,8%, se observan un 4,5%, de abandono, 3,8% de fallecidos, 4,1% perdidos en el seguimiento y 0,8% de fracasos. Al analizar el resultado de tratamiento por Departamento, se observan grandes variaciones, así Tarija muestra un Éxito de tratamiento de 99,3% y Potosí solo de 71, 93. Asimismo, se puede observar que el 82,1% (202/245) de los abandonos, el 71,1% (143/201) de los fallecidos, el 82,6% (38/46) de los fracasos y el 74,4% (137/184) de los pacientes perdidos en el seguimiento, son pacientes de 3 Departamentos La Paz, Santa Cruz y Cochabamba (Tabla 7).

Tabla 7:
Resultado de Cohorte de tratamiento de casos nuevos TBP BK (+)según Dpto. Bolivia 2013

DPTO.	N° de casos	Éxito (%)		Abandono		Fallecidos		Fracasos		Perdidas en seguimiento	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
BENI	279	250	89,61	20	7,1	4	1,4	2	0,7	3	0,01
COCHABAMBA	815	692	84,91	42	5,1	37	4,5	7	0,8	33	0,04
CHUQUISACA	217	187	86,18	2	0,9	8	3,6	4	1,8	16	0,07
LA PAZ	1176	983	83,59	51	4,3	55	4,6	8	0,6	59	0,05
ORURO	83	67	80,72	1	1,2	9	10,8	0	0	6	0,07
PANDO	66	62	93,94	14	4,5	0	0	0	0	1	0,01
POTOSI	285	205	71,93	14	4,9	25	8,7	0	0	14	0,04
SANTA CRUZ	2213	1966	88,84	109	4,9	51	2,3	23	1	45	0,02
TARIJA	2085	2071	99,33	3	1	12	4,2	2	0,7	7	0,02
TOTAL	5419	4683	86,42	245	100	46	100	201	100	184	100

Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Cuando se analiza a los pacientes Previamente Tratados, podemos observar que el éxito de tratamiento en esta población es de 79,4% (429/540), debido al elevado porcentaje de abandonos (10,3%) y fallecidos (4,6%). En la tabla 8 se observa el 82% (46/56) son de los departamentos de Santa Cruz, Cochabamba y La Paz, siendo que solo en Santa Cruz se observan el 53,6% de los casos de abandonos en previamente tratados. En cuanto a los fallecidos el 80% (20/25) también corresponden a estos 3 departamentos.

Tabla 8:
Resultado de Cohorte de tratamiento de casos TBP BK (+) previamente tratados según Dpto. Bolivia 2013

DEPARTAMENTO	ABANDONO		FRACASO		FALLECIDOS		PERDIDAS	
	n	%	n	%	n	%	n	%
BENI	2	3,6	0	0,0	2	8,0	0	0,0
COCHABAMBA	8	14,3	2	22,2	4	16,0	1	7,7
CHUQUISACA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LA PAZ	8	14,3	1	11,1	7	28,0	3	23,1
ORURO	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PANDO	2	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
POTOSI	1	1,8	0	0,0	3	12,0	2	15,4
SANTA CRUZ	30	53,6	6	66,7	9	36,0	6	46,2
TARIJA	4	7,1	0	0,0	0	0,0	1	7,7
TOTAL	56	100,0	9	100,0	25	100,0	13	100,0

Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

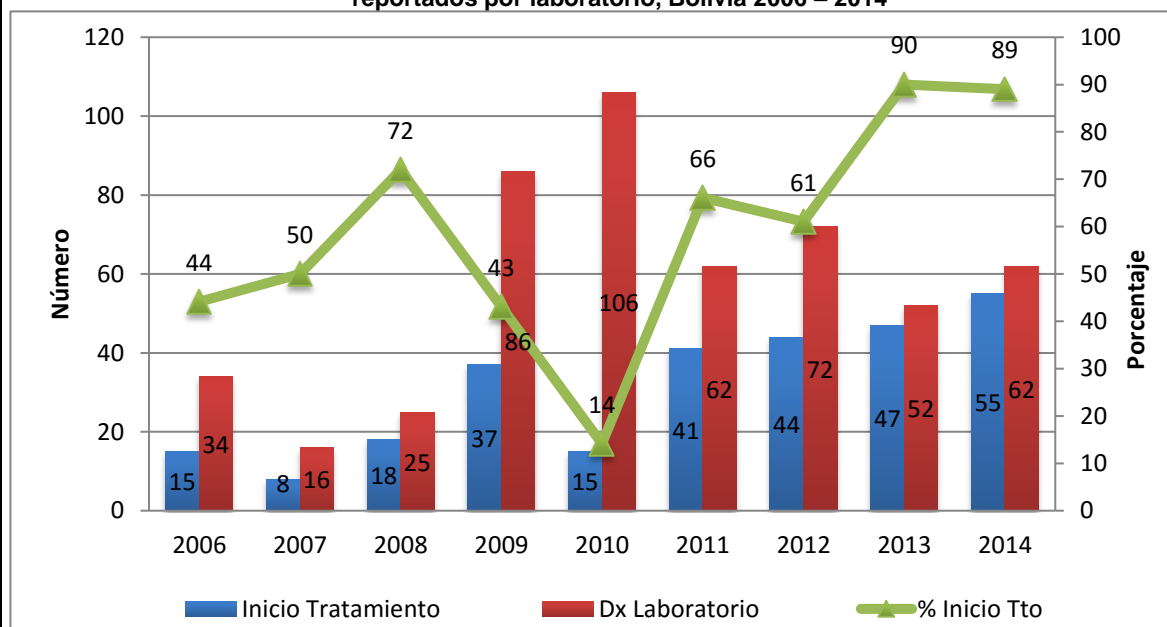
Tuberculosis Drogoresistente

La OMS estimó al 2013, 160 casos (IC 95% 97 – 220) de TB-DR, de los cuales 72 (IC 95% 24 – 160) serían casos nuevos y 85 (IC 95%, 87 – 110) casos antes tratados. El mismo año Bolivia notificó 96 casos de TB-DR (RR/DR-TB) y 81 casos de TB-DR, es decir 51% de total de casos estimados. Los departamentos de mayor carga de TD DR son: Santa Cruz, Cochabamba y La Paz que en conjunto notifican el 84% de los casos de TB DR.

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

Con referencia a los casos TB-DR diagnosticados y notificados que iniciaron tratamiento se observa un incremento sustantivo a partir del año 2006 al 2013 en el que diagnosticaron 52 casos de TBDR, de los cuales iniciaron tratamiento el 90% (47/52) de los casos identificados.

Gráfico No. 2
Bolivia, Numero y porcentaje de pacientes TB DR que inician tratamiento, número de pacientes TB DR reportados por laboratorio, Bolivia 2006 – 2014



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

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

Por otro lado, se ha identificado unos pocos casos de mono y polirresistencia así como 2 casos de X-DR, confirmados bacteriológicamente con PSD en el LRN.

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 de SR: La Paz, Cochabamba, Potosí y Oruro (Tabla 9) e identifica el 51,3% de los casos de TBP BK (+) esperados, siendo los departamentos con mayor brecha de detección de casos de TBP BK (+) La Paz, Cochabamba, Potosí y Santa Cruz (Tabla 10). Esta situación requiere un análisis profundo, teniendo en cuenta que justamente el 74% (56/76) de los municipios silenciosos están situados en los Departamentos de la La Paz, Cochabamba, Potosí y Oruro.

Tabla 9:
Número de SR esperados e Identificados por Departamento. Bolivia 2014

DEPARTAMENTO	SR Esperados	SRI	BRECHA
BENI	4482	3527	955
COCHABAMBA	18715	12978	5737
CHUQUISACA	6172	7984	--
LA PAZ	28871	19895	8976
ORURO	5250	3793	1457
PANDO	1174	1167	7
POTOSI	8792	7132	1660
SANTA CRUZ	28224	28631	--
TARIJA	5134	5862	--
TOTAL	106814	90969	15845

Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Tabla 10:
Número de casos de TBP – BK (+) esperados e Identificados por Departamento Bolivia 2014

DEPARTAMENTO	TBBK(+) ESP	TBBK(+I)	BRECHA
BENI	448	255	193
COCHABAMBA	1871	812	1059
CHUQUISACA	617	249	368
LA PAZ	2887	1177	1710
ORURO	525	105	420
PANDO	117	49	68
POTOSI	879	205	674
SANTA CRUZ	2822	2343	479
TARIJA	513	291	222
TOTAL	10679	5486	5193

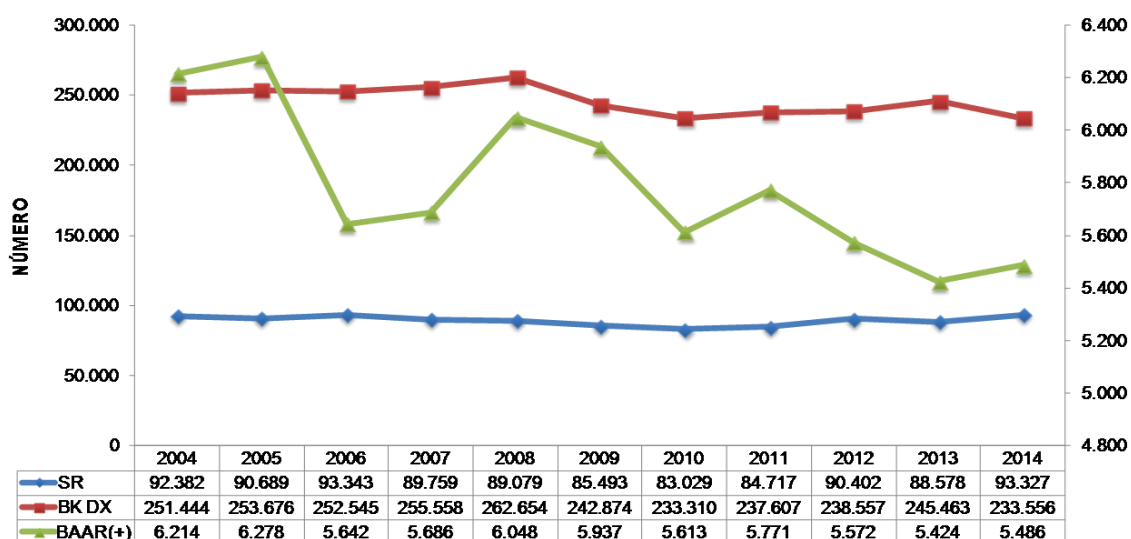
Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

La detección de SR y Baciloscopias diagnosticas 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 BK (+) 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 BK (+) en general acompañó a las variaciones de SR identificados. Esta situación podría explicarse por problemas en el reconocimiento del Sintomático Respiratorio dejando pasar gran cantidad de SR sin identificación o la intensidad de búsqueda de SR que no es suficiente para detectar tempranamente los casos de TB, lo cual podría deberse a que la falta de organización para la búsqueda del SR en algunos establecimientos de salud.

Es importante mencionar que los hospitales tercer no registran los SR identificados; en caso de identificarlos los derivan a un establecimiento de atención primaria de salud para su atención, lo cual puede originar oportunidades perdidas para tanto para la identificación de los SR, las Baciloscopías y los casos de TB.

Gráfico 3:
Número de SR, baciloscopías diagnósticas y TBP BK(+) Bolivia 2004 – 2014



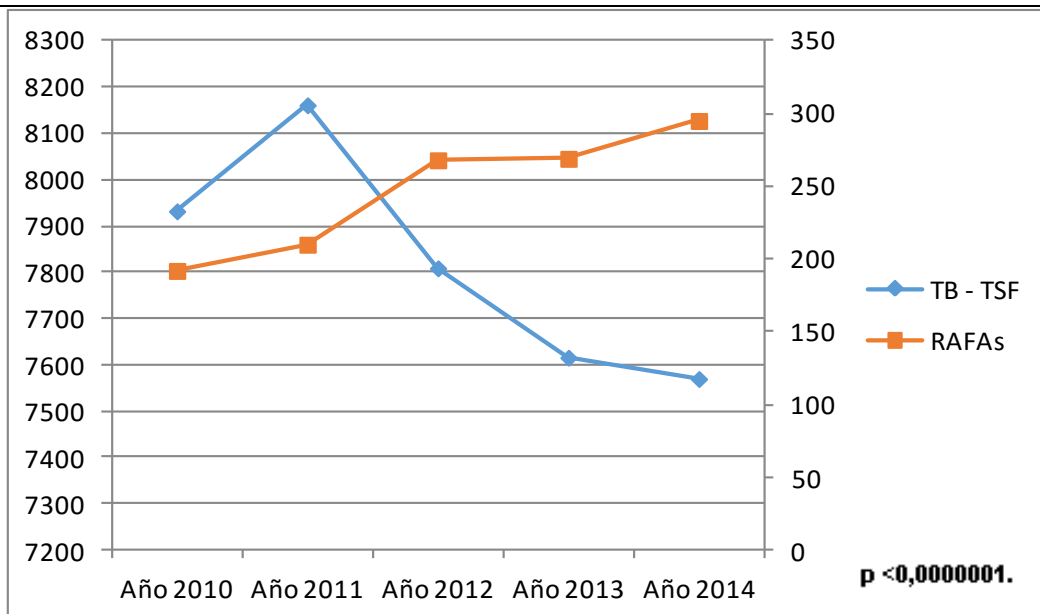
Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Reacciones Adversas a Fármacos Antituberculosos (RAFA)

En los últimos 5 años se han notificado Reacciones Adversas a medicamentos de Anti-tuberculosis (RAFAs), 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, sin embargo esto podría deberse a una mejora en la notificación y a la implementación de un protocolo para la detección de reacciones adversas a fármacos antituberculosos en el año 2011.

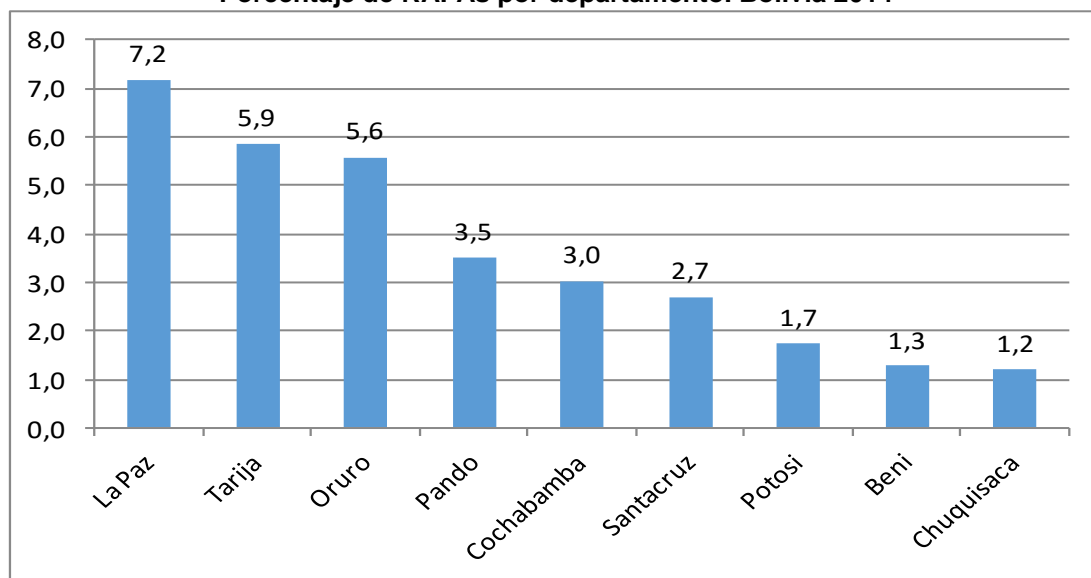
Durante el periodo 2010-2014, se han notificado 1237 reacciones adversas a los fármacos antituberculosos de primera línea. Los departamentos con mayor número de RAFAs son La Paz, seguido de Santa Cruz y Cochabamba; en el año 2014 los 3 departamentos concentraron 83% de RAFAs reportadas en el país. En el Gráfico 5 podemos apreciar que en el 7,2% de los pacientes de La Paz, el 5,9% de los pacientes de Tarija y el 5,6% de los pacientes de Oruro presentaron RAFAs en el año 2014.

Gráfico 4:
Número de casos de TB – TSF y RAFAs por año. Bolivia 2014



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Grafico 5:
Porcentaje de RAFAs por departamento. Bolivia 2014



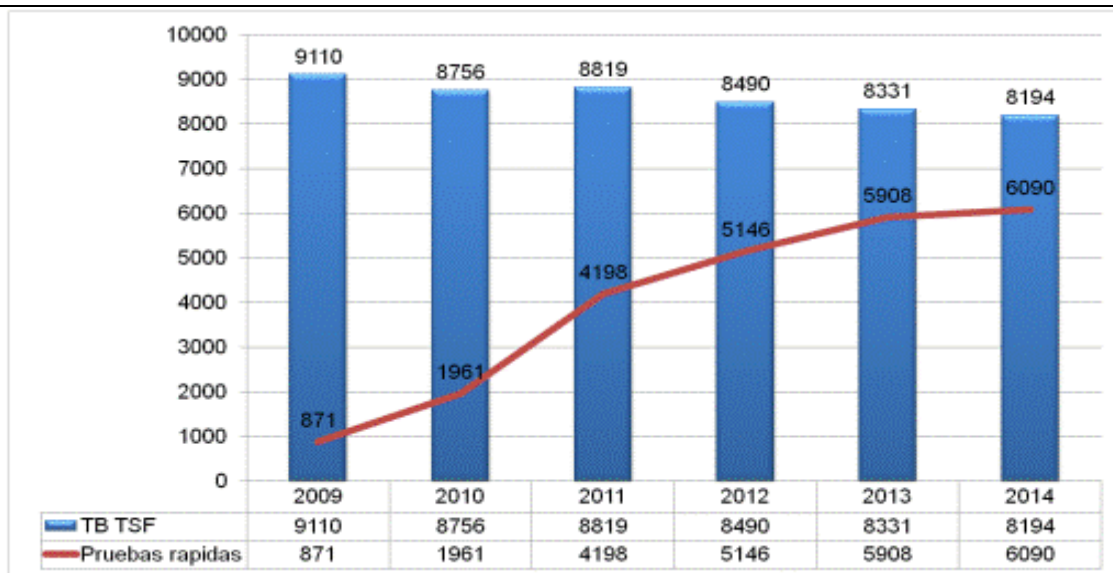
Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

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 mostro 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 (ANEXO 6 Informe de Progreso de País, 2014), 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.

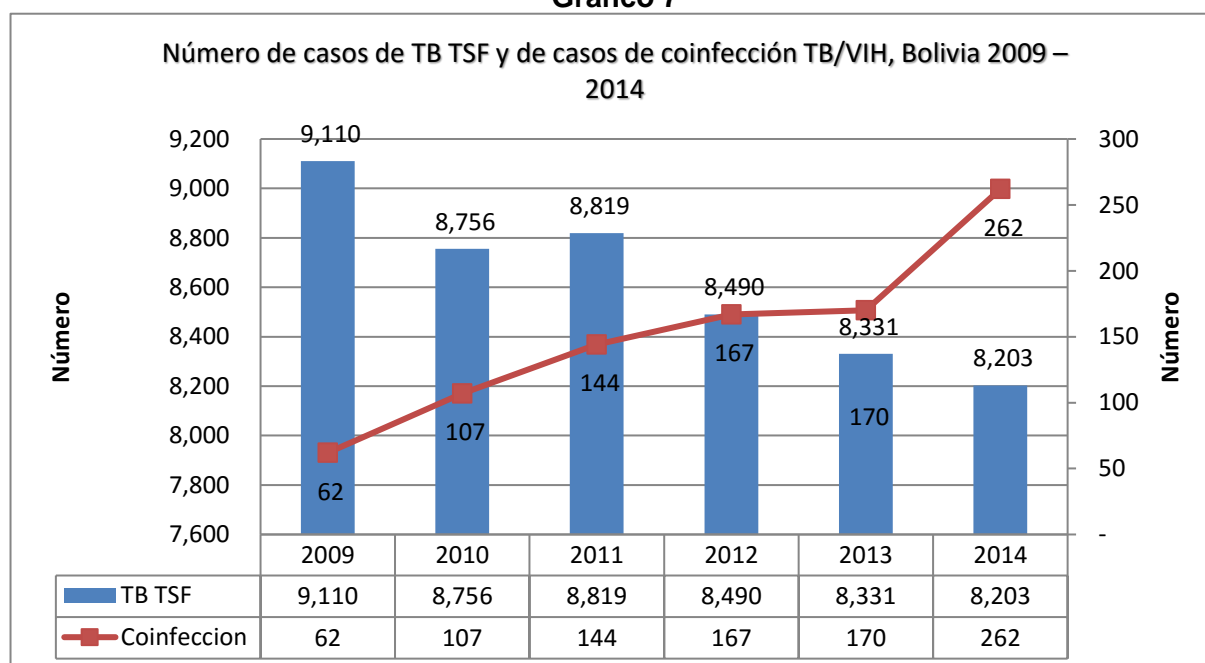
En el 2014 se tiene registrado la realización de la prueba de VIH al 74,3% de las personas con TB. Si bien la cobertura aun no alcanza la meta de 100% (ANEXO 7 Plan Regional de Control de Tuberculosis), la misma se incrementó considerablemente puesto que en el año 2009 la cobertura fue inferior al 20% (Gráfico 6).

Gráfico 6:
Número de casos de TB TSF y pruebas rápidas de VIH en pacientes con TB TSF, Bolivia 2009 – 2014



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Gráfico 7



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Como se aprecia en el (Gráfico 7) entre los años 2009 a 2013 se aprecia mayor notificación de casos de coinfección de 62 casos en 2009 a 262 casos de VIH en pacientes notificados con tuberculosis. Durante este periodo también se ha incrementado el número de pacientes con tuberculosis con prueba rápida de VIH de 871 realizadas el año 2009 hasta 6090 para el año 2014.

Según datos reportados a la OMS, 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 tratamiento anti-retroviral (ARV) y no se registraron pacientes con tratamiento preventivo con Isoniacida (TPI). Los Programas de VIH y Tuberculosis en Bolivia cuentan con un Comité Nacional colaborativo de actividades de Coinfección TB/VIH, cuyo trabajo conjunto e integrado ha logrado grandes avances para el control 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, 2013 (ANEXO 8) la población penitenciaria del país es de 14.770 internos, los cuales se encuentran distribuidos en 22 entre cárceles y carceletas. El 79,4% de los

internos se encuentran en detención preventiva, solo el 20,6% son condenados, lo cual favorece al hacinamiento. Bolivia cuenta con 22 cárceles y carceletas, con una población carcelaria fluctuante de 12.122 PPL, con una incidencia de TB de 882,9 casos por 100.000 habitantes.

Cabe mencionar que las cárceles con mayor carga de enfermedad, mayor población y condiciones de hacinamiento: Palmasola, 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 y El Abra, San Sebastián 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. Los centros penitenciarios con mayor incidencia de Tuberculosis: son Mocoví del departamento de Beni (3935,2/100.000), Montero de Santa Cruz (3.125/100.000), San Antonio del departamento de Cochabamba (1415/100.000) y Palmasola de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra (1236,7/100000).

La elevada incidencia de la TB todas las formas en PPL, es 11,3 veces superior a la observada en población general. Por otro lado, los casos nuevos BK (+) representaron 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.

En los centros penitenciarios se realiza Tratamiento Directamente Observado, el cual está normado. En el penal de Palmasola, el Tratamiento directamente observado se implementa en el marco de un régimen de reclusión cerrado, asegurando un éxito de tratamiento de >85%. Una vez finalizado el tratamiento las PPL se incorporan nuevamente al régimen de reclusión abierto o semi-abierto donde se identificó casos de re-infecciones, probablemente debido a la alta transmisibilidad al interior de los mismos.

1.1. b Poblaciones clave que puedan tener un acceso desproporcionadamente bajo a los servicios de prevención y tratamiento (y, en el caso del VIH y la tuberculosis, la disponibilidad de servicios de atención y apoyo) y factores que contribuyen a crear esta desigualdad.

Entre las poblaciones con dificultades de acceso podemos mencionar a:

Personas que viven con VIH/SIDA

Para el año 2014 se estima que en el país existirían 18.000 personas viviendo con VIH/SIDA, con una edad mediana de 30 años y una relación hombre mujer de 1,7. La epidemia es concentrada en tres niveles: 1) geográficamente en las ciudades del eje troncal del país (principalmente en Santa Cruz de la Sierra); 2) demográficamente en población joven y predominantemente masculina y 3) poblacionalmente en la población gay, bisexual y trans con una prevalencia del orden del 20% (ANEXO 5: PEM VIH 2013-2018). La principal vía de transmisión es la sexual (97%).

Bolivia aprobó la ley para la prevención del VIH/SIDA, protección 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 10 – Ley 3729).

Sin embargo, aún con la Ley de SIDA aprobada en 2007 y la Ley de racismo y de toda forma de discriminación, en Bolivia se observa discriminación hacia las personas con VIH o sida, principalmente debida 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 del 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. (ANEXO 11: Estigma y Discriminación en VIH/Sida en Bolivia, 2010; pag. 48 – 52). Esta actitud de estigma y discriminación, observada en Bolivia constituye una de las principales barreras de acceso al sistema de salud que se vincula el comportamiento y conductas de riesgo que acentúan la vulnerabilidad en los grupos de edad más joven, cuyo acceso a servicios de salud es limitado.

Personas Privadas de Libertad

Datos de la evaluación realizada a los centros penitenciarios en el año 2010 (ANEXO 9 PNCT, el

programa de VIH/sida, CIRC, Ministerio de Salud y de Deportes) refieren que la media de sobrepoblación en los centros penitenciarios fue de 86%, siendo que esta cifra puede alcanzar 1.424% en el recinto penitenciario de San Sebastián varones, de la Ciudad de Cochabamba (Tabla 11). Los espacios de alojamiento presentan una superficie reducida que varía entre 1m² y 3,6 m² por persona, siendo lo recomendado de 25 m² por persona. Además presentan condiciones inadecuadas de salubridad particularmente en lo relacionado a ventilación natural e ingreso de la luz solar.

Tabla 11 :
Superficie dentro del perímetro de seguridad (estándar 1)

Nombre del RP	Superficie (m ²)	Capacidad teórica	PPL	Ocupación (%)	Hacinamiento (%)
Palmasola	47600	1904	2293	120	20
Mocovi Varones	3500	140	347	248	148
Villa Busch	9800	392	119	30	0
San Sebastián Varones	840	34	518	1524	1424
San Sebastián Mujeres	820	33	181	548	448
San Antonio	1500	60	323	538	438
San Pedro	6600	264	1454	551	451
Obrajes	2860	114	240	211	111
TOTAL	73520	2941	5475	186	86

Por otro lado, los recintos penitenciarios evaluados albergan un número no definido pero importante de mujeres y niños en el marco del régimen semi-abierto (ANEXO 9: Evaluación de la Salud y de la TB en recintos penitenciarios de Bolivia, pag. 8).

El 60% de los servicios de salud evaluados en los centros penitenciarios, presentan malas condiciones tanto de infraestructura como de ventilación natural y de ingreso de la luz solar. Cada uno de estos servicios ofrece atención médica, solo uno cuenta con personal auxiliar de enfermería abierto (ANEXO 9: Evaluación de la Salud y de la TB en recintos penitenciarios de Bolivia, pag. 8). Los centros penitenciarios de Bolivia no cuentan con áreas de asilamiento para pacientes con TB, con excepción del centro penitenciario de Palmasola, que aísla a sus pacientes en régimen cerrado hasta finalizar su tratamiento.

Tabla 12:
Ejemplos de hacinamiento en ambientes de alojamiento (estándar 2)

Nombre del RP / Pabellón / Celda	Superficie por persona (m ²)
Palmasola / Pabellón B	3.6
Palmasola / PC4 / "Becarios"	2.4
Palmasola / PC4	3
San Sebastián Varones	1
San Sebastián Mujeres	1.8 – 2.5
San Antonio	2.7
San Pedro / Sección Los Pinos	2.9
Obrajes	1.6 – 2.6

Toda esta situación, favorece la elevada incidencia de la TB todas las formas en PPL, la cual es 11,3 veces superior a la observada en población general.

Finalmente podemos afirmar que la población PPL es una población de riesgo por el alto porcentaje de casos BK+ (90,2% - PNCT, 2014), esta situación favorece la alta transmisibilidad al interior de los centros penitenciarios, así mismo la elevada rotación de PPL desde y hacia el interior de los centros penitenciarios favorecida por régimen abierto y semiabierto produce un contacto directo con la población general, sobre todo con aquella que vive en áreas marginadas de las grandes ciudades del país, creando bolsones de TB que contribuyen a mantener la transmisión de la misma. Las condiciones inadecuadas de los centros penitenciarios con condiciones de hacinamiento favorece la alta incidencia de TB en los mismos.

Población indígena:

Bolivia tiene una presencia mayoritaria de población indígena que goza de una muy importante diversidad cultural, cerca del 62% de la población Boliviana se considera indígena, de la cual la mayoría es quechua, aymara, chiquitana y guaraníes. Un 55,9% de esta población pertenece a estos grupos. De este total el 52.2% vive en áreas urbanas y el 47.8% en áreas rurales y existen 35 pueblos distribuidos en las tierras altas y tierras bajas a predominio de la amazonia.

La pobreza en Bolivia tiende a concentrarse en hogares de mayor tamaño, especialmente si están

liderados por personas con bajos niveles educacionales y que tengan origen indígena. De esta manera los hogares indígenas, si bien también han podido reducir los índices de pobreza, lo han hecho en menor magnitud. Con lo cual la población indígena se constituye en un grupo vulnerable en relación al mercado del trabajo y la generación de ingresos en el país.

El Informe sobre Desarrollo Humano 2001 del PNUD muestra que por lo menos uno de cada cinco bolivianos está desnutrido, que uno de cada cuatro niños menores de cinco años tiene una baja estatura para su edad y que el 5% de los niños nacen con bajo peso. La tasa de mortalidad de niños menores de un año alcanza en Bolivia a 64 por cada mil nacidos vivos y que la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años llega a 83 por cada mil nacidos vivos.

Estas condiciones precarias afecta a la población Boliviana y afectan con mayor fuerza a la población indígena. Los hogares indígenas, en particular los que residen en el área rural, frecuentemente enfrentan elevados riesgos de enfermedad debido a las precarias condiciones de vida y a la escasa disponibilidad de servicios de salud, agua y saneamiento.

El grueso de los pueblos indígenas, existen básicamente dos tipos de servicios de salud a los que ocurre la población: el *formal* (en base a la organización de servicios médicos)² y el *informal* o *tradicional* (red de prácticas con raíces culturales de la población indígena). Se estima que hasta el 30% de la población recurre al sistema informal y hace uso del autotratamiento. La medicina tradicional es muchas veces utilizada en concomitancia con la medicina formal, aunque se estima que cerca de un 15% de los indígenas, usa el primer tipo con exclusividad. (ANEXO 17 Equidad, ciudadanía y pueblos indígenas en Bolivia CEPAL 2004).

En respuesta a esta necesidad actualmente Bolivia se encuentra en una etapa de transformaciones sociales y políticas. Se transita de un enfoque de mercado en las políticas públicas a uno de derechos y a una siempre mayor inclusión social. Mediante el Decreto Supremo N° 29601 de 11/06/11 se plantea, para el sector salud, un nuevo modelo de atención y gestión en salud, denominado Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI), basado en los principios de Participación Comunitaria, Intersectorialidad, Interculturalidad e Integralidad; este modelo amplía la participación social en el diseño, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos de salud, que incluyen acciones de promoción y reparación de la salud y prevención de las enfermedades, orientadas al desarrollo integral de la comunidad, dentro del concepto de derechos y crea instancias de diálogo entre la institución de salud y la población en los diferentes niveles de gestión para consolidar una visión nacional y no sectorial o corporativo.

LA SAFCI recupera el concepto de salud-enfermedad proveniente de la cosmovisión de los pueblos originarios de tierras altas y tierras bajas, que la define como “un proceso de equilibrio y armonía biopsicosocial, cultural y espiritual de la persona consigo misma y con su entorno, que implica la familia, la comunidad y la naturaleza”, con la implementación de la SAFCI y de otras medidas populares el Estado Plurinacional de Bolivia ha mejorado el acceso en salud a la poblaciones indígenas.

Con la segunda fase de la novena ronda el FM junto al PNCT, PDCT de los departamentos de Cochabamba, Santa Cruz, Tarija y Beni se ha implementado en el marco de la SAFCI una estrategia de atención a población indígena que esta contribuye a brindar atención en tuberculosis dirigida a los pueblos indígenas, a través del diagnóstico oportuno, tratamiento, seguimiento y actividades de prevención y de protección de la Salud.

Este Proyecto trabaja con una población total de 62258 indígenas de los pueblos Yuqui, Wuenaye, Tsimane, Chiquitana, Guaraya y Ayorea. Habiendo detectado durante la gestión 2014, 41 casos de tuberculosis en todas sus formas. Los cuales actualmente se encuentran realizando tratamiento y seguimiento. La oferta de atención en salud a población indígena implica un mayor esfuerzo e inversión de recursos económicos para poder responder a estas necesidades.

1.1.c Principales barreras de derechos humanos y desigualdades de género que puedan impedir el acceso a los servicios de salud.

En Bolivia el derecho a la salud se encuentra reconocido en el art. 18 de la Constitución Política del Estado, su parágrafo I establece: Toda Persona tiene derecho a la salud; en su parágrafo II determina: El estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna, así mismo este derecho se encuentra reconocido en el art. 18.I de la CPE, estableciendo que todas las personas tienen derecho a la salud, así en su art. 35.I. establece que el Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, teniendo la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, constituyéndose en una función suprema.

Sin embargo; la cobertura poblacional y el acceso actual de la población Bolivia a los servicios de salud es deficiente, ya que existen factores que no han sido considerados en la evolución del sistema de financiamiento de la salud hacia la cobertura de acceso universal. La extensión de la cobertura

hacia algunos grupos puede impedir la transición rápida hacia la cobertura universal ya que la gratuidad no garantiza la cobertura universal, pues existen importantes barreras económicas, geográficas, de calidad y otras que impiden el acceso a la atención, sumado a ruralidad, analfabetismo, no asalariados, empleo informal y pobreza extrema.

Estas poblaciones denominadas más excluidas; que no han sido cuantificadas y no han sido integradas a la actual política de salud en Bolivia, siendo necesario priorizar estrategias, recursos para alcanzar a estas poblaciones más excluidas en el marco del acceso universal y de la equidad en salud.

Así mismo la oferta de salud en horarios de atención limitada a las horas de la mañana, impidiendo el acceso de la población que trabaja, el actual modelo de atención, falta de recursos de la población para su desplazamiento hasta los servicios de salud junto a la inaccesibilidad geográfica y comunidades alejadas, barreras de género, de idioma y culturales, que se acrecentan debido a la falta de información en salud, el estigma y discriminación impiden el acceso a los servicios de salud.

Para el Estado Plurinacional de Bolivia el concepto de género ha dejado de tener un valor de denuncia y reivindicación de los derechos de las mujeres, para apuntar actualmente al concepto de igualdad en el valor del tiempo de los individuos de ambos sexos, no importando los roles que les asigna la sociedad sean diferentes, sin perjuicio de los derechos de la mujer a ocupar cargos de conducción en la sociedad. En cuanto a la atención en salud, la atención a la mujer debe dejar de considerar a esta, solo desde el punto de vista reproductivo, y más bien propiciar una atención integral física, psíquica, social y espiritual

A nivel nacional hay más hombres que mujeres a los cuales se les diagnostica tuberculosis y que mueren a causa de ella. Sin embargo está demostrado que esta es una patología infecciosa que mayor mortalidad femenina acarrea, toda vez que afecta a las mujeres en edad reproductiva y económicamente activa, las consecuencias de la enfermedad es que afecta a los hijos y familia que impactan socialmente,

Se torna necesario incluir el enfoque de género en la atención a la tuberculosis, el abordaje diferenciado por género, permite, optimizar las oportunidades de contacto frecuente en las visitas de las mujeres a los establecimientos de salud para ofertar atención integral.

Tomando en cuenta las características de la tuberculosis el acceso universal a diagnóstico y tratamiento, principalmente de personas en alto riesgo y vulnerabilidad es necesario fortalecer las políticas públicas, cumplimiento de las leyes, lograr mayor beligerancia y diálogo entre las comunidades y autoridades locales y nacionales para lograr ambientes más amigables y seguros para la provisión de servicios de salud, siendo necesario fortalecer el entorno saludable y libre de estigma y discriminación a través de la sensibilización y capacitación del personal y de referentes en las comunidades, incluyendo la búsqueda activa en lugares de trabajo o domicilios se torna un desafío para mejorar el acceso a los servicios de tuberculosis.

1.1. d Contexto de los sistemas de salud y sistemas comunitarios en el país, incluida cualquier limitación.

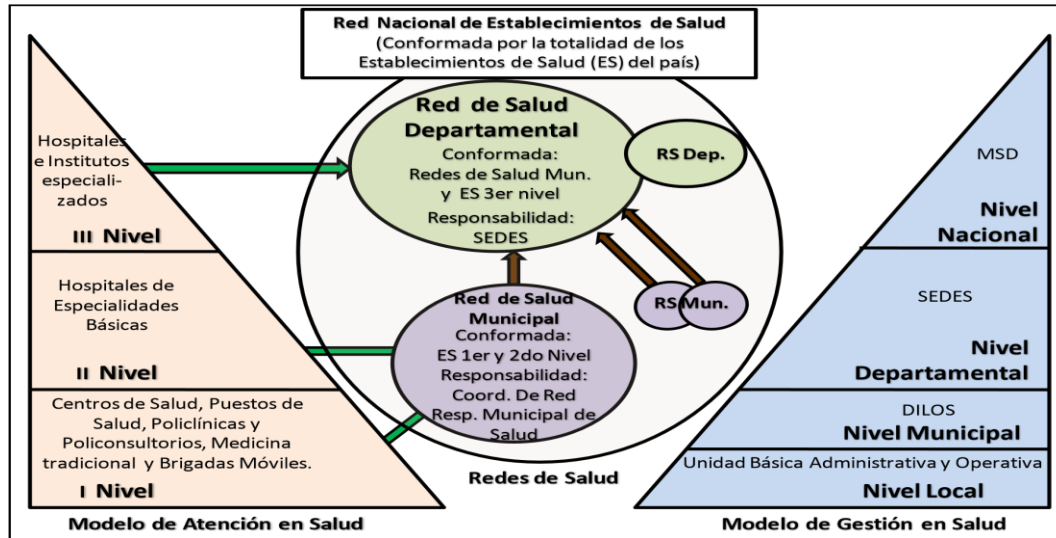
Sistema Nacional de Salud de Bolivia; a partir de 1978, en que se promulga el Código de Salud, ha ido evolucionando y flexibilizándose las políticas cada vez más descentralizadas y participativas, actualmente, al ser la salud un derecho reconocido en la Constitución Política del Estado, se proyecta la implementación del Sistema Único de Salud (SUS) que tiene como objetivo lograr que todo el sistema público, incluida la seguridad social, funcione de manera concertada, que tenga la misma calidad, las mismas prestaciones y permita el acceso de todos los bolivianos a la atención médica gratuita.

En el ámbito de la Ley Marco de Autonomías y Descentralización (031), mediante el Decreto Supremo No 29601 que establece el Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia, de Atención y Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar y Comunitaria Intercultural (SAFCl), con enfoque intercultural, comunitario y familiar, además de reconocer e integrar a la Medicina Tradicional, con el objetivo final de eliminar la exclusión social a la Salud que involucra a los actores sociales en los procesos de decisión y en la gestión de la Salud.

El Modelo de Salud Boliviano, define el Modelo de Atención en Salud que está estructurado en 3 niveles de atención y organizado en Redes de Salud, acorde al tipo de establecimiento de Salud, a las prestaciones ambulatorias y hospitalarias, las especialidades básicas y/o atención especializada con medios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y el Modelo de Gestión en Salud, estructurado en 4 niveles de gestión.

Esquematiéndose de la siguiente manera:

Figura No. 1
Modelo de Salud en el Marco de la SAFCI



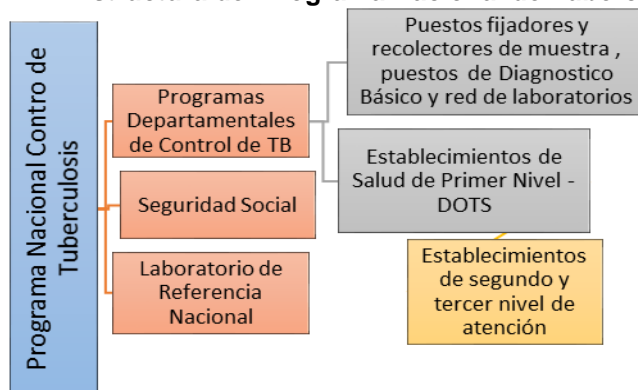
Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

El total de Establecimientos que conforma el SNIS son 3663 servicios, de los cuales 1927 son Centros de Salud, 1452 Puestos de Salud, 218 Hospitales Básicos, 39 Hospitales Generales, 27 Institutos Especializados. Todos los establecimientos que conforman el Sistema Nacional de Salud pertenecientes al subsector público, a la Seguridad Social, iglesia, Fuerzas Armadas, Policía y Organizaciones no Gubernamentales, se constituyen en fuentes fundamentales de notificación, los mismos están organizados en espacios de acuerdo a la capacidad resolutoria, constituyendo las Redes de Servicios de Salud Municipal, Departamental y Nacional

La atención de Tuberculosis se realiza en los servicios de salud a nivel Nacional, sin embargo a nivel rural y dependiendo del contexto rural amazónico, valle o altiplano, se aprecia desigualdad ya que existen pocos servicios de salud para territorios muy extensos, dificultando el acceso de la población a los mismos, debido a: inaccesibilidad geográfica, falta de transporte público, falta de recursos económicos para el traslado a los establecimientos de salud y fenómenos medioambientales (inundaciones). Esta misma situación afecta el transporte de muestras de esputo y otros líquidos biológicos a los laboratorios diagnóstico, impactando no solo a la atención de Tuberculosis sino a otras patologías.

Programa Nacional de Control de Tuberculosis: El Programa de Control de la Tuberculosis (PNCT) tiene esencialmente un enfoque preventivo y una función normativa. Las normas se ejecutan en 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, con recursos del Tesoro General de la Nación (drogas de primera línea y el 30% de drogas de segunda línea) y el Fondo Mundial (70% de las drogas de segunda línea).

Figura 2
Estructura del Programa Nacional de Tuberculosis Bolivia



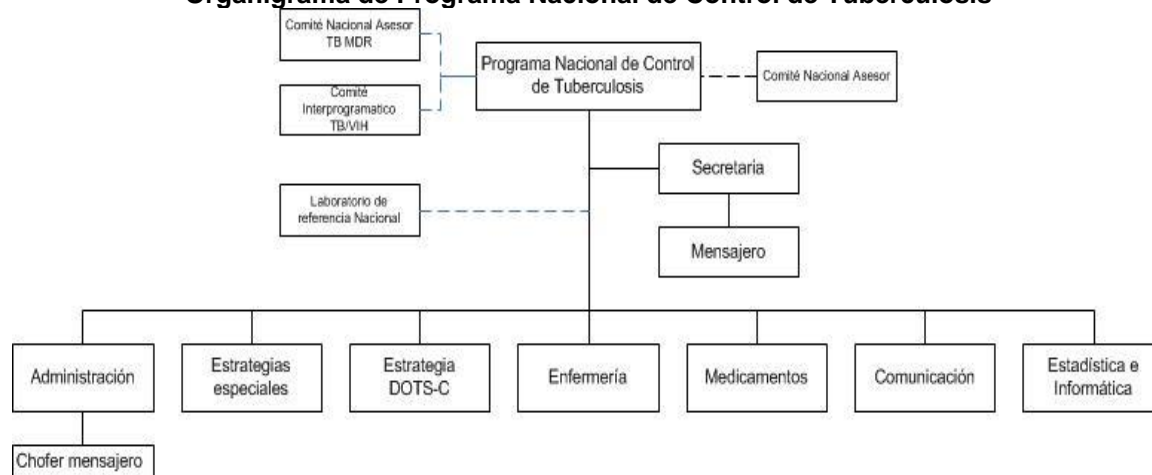
Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

El Programa Nacional de Control de Tuberculosis forma parte de la Unidad de Epidemiología; de manera coordinada desarrolla actividades con: el Programa Nacional de ITS-VIH-SIDA, el Instituto Nacional de Laboratorios de Salud (INLASA) como brazo técnico (Centro Nacional de Referencia) y específicamente con la Red Nacional de Laboratorios de Salud; con el Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS); y, con otras instituciones que realizan

actividades de investigación, promoción de la salud y prevención de la Tuberculosis. El Programa está descentralizado operativamente en 9 SEDES regionales cada uno de los cuales, está dirigido por un responsable departamental o regional que debe trabajar coordinadamente con los responsables del sistema de información y de la red de laboratorios. Asimismo, trabajan conjuntamente con las Coordinaciones de Redes de Servicios de Salud y los DILOS para la planificación, supervisión, evaluación y control de las acciones desarrolladas, incluyendo el monitoreo y seguimiento de los colaboradores voluntarios y agentes comunitarios de salud.

Figura 3

Organigrama de Programa Nacional de Control de Tuberculosis



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

El Programa de Tuberculosis de Bolivia implementa la estrategia DOTS, en el servicio de salud cuando el paciente acude a los establecimientos de salud. Sin embargo el DOTS no está garantizado en el 100% de los pacientes, ya que se ha detectado tratamientos autoadministrados ya sea por falta de recurso humano o por la dificultad de acudir del paciente por no contar con los recursos económicos. El seguimiento clínico y laboratorial del paciente con Tuberculosis se realiza en todos los niveles, pero se debe sensibilizar a los médicos para una mayor participación pues se deja todo en manos del personal operativo como la enfermera o el auxiliar de enfermería.

Los Programas Departamentales de Control de Tuberculosis están relacionados por el modelo de atención con establecimientos de Salud de primer nivel (Puestos y Centros de Salud), establecimientos de Salud de 2do nivel (hospitales de apoyo o básicos con atenciones de Medicina general, Cirugía, Ginecoobstetricia y pediatría) y 3er nivel (Hospitales de mayor complejidad).

Por el Modelo de gestión compartida, los Programas Departamentales de control de Tuberculosis se relacionan con:

- Ministerio de Salud como ente rector y normador del Sistema de Salud.
- Gobernación para lograr el apoyo Departamental al modelo de atención y de gestión
- Municipios, en el cual está normado y definida la relación transversal con la comunidad a través de los Directorios locales de Salud para los procesos de planificación, supervisión, evaluación y control de las acciones desarrolladas por la institución de Salud.
- Comunidad con los cuales se operativiza la participación de la comunidad con el establecimiento de Salud, mejorando el acceso a los Servicios de Salud, compartiendo responsabilidades y participando en acciones de Salud a través de los voluntarios comunitarios, estrategia DOTS Comunitario.

La captación de los Sintomáticos respiratorios:

- Hospitales: Son responsables de dar atención aquellos pacientes con TB que requieren hospitalización. En el caso de que un SR acuda a los hospitales, los mismos son remitidos a los centros y puestos de salud cercanos a su domicilio. Esta situación no garantiza la llegada del SR a su establecimiento de salud, siendo una barrera para el diagnostico precoz lo que genera una oportunidad perdida.
- Centros y puestos de salud: La mayoría de los establecimientos de salud, no cuenta con la organización del servicio para la identificación del SR de una manera transversal, esta actividad está centrada en el personal de enfermería, los médicos en general no asumen la detección del SR como una actividad de todo el establecimiento de salud; asimismo las actividades no son coordinadas entre los diferentes programas, impidiendo la atención integral del individuo.
- En la comunidad los Sintomáticos Respiratorios son identificados por los promotores comunitarios y estos realizan el acompañamiento hasta los establecimientos de salud.

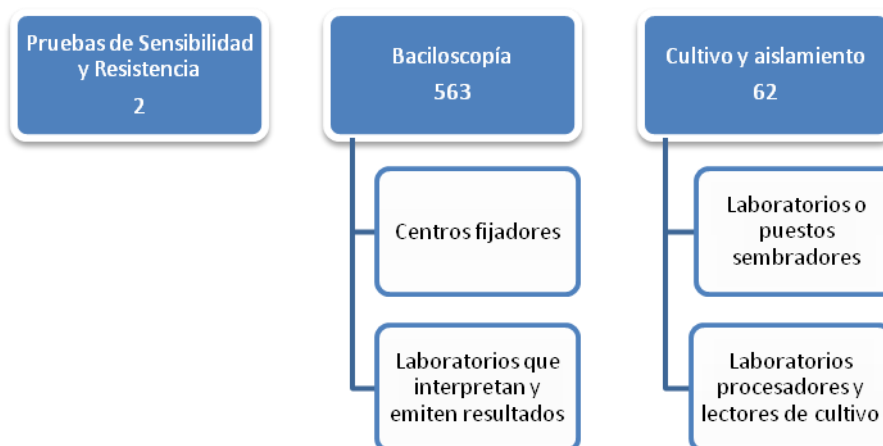
Toma de muestras y diagnóstico laboratorial. La toma de muestras de esputo se realiza: i) en los establecimientos de salud (centros y puestos de salud), ii) en las unidades de atención de los centros penitenciarios, donde las muestras son tomadas por el personal de salud; las mismas son remitidas a los laboratorios o unidades de baciloscopia para el diagnóstico. En general los establecimientos de salud no cuentan con áreas de Toma de Muestras.

Red Nacional de Laboratorios: El Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) tiene su sede en el Instituto Nacional de Laboratorios de Salud (INLASA). La red de laboratorios cuenta con 563 laboratorios que realizan baciloscopia ubicados en los establecimientos de primer, segundo y tercer nivel, además de 62 Laboratorios que efectúan cultivos, 2 laboratorios que realizan pruebas de sensibilidad a drogas y un laboratorio que realiza pruebas de tipificación.

Figura 4
Estructura Operativa Red Nacional de Laboratorios de Tuberculosis

Tabla 2: Cobertura red nacional de laboratorios de tuberculosis - baciloscopias gestión 2014

SEDES	No Actual de laboratorios	Laboratorios que informan	Población Total	Población Cubierta 1lab/N° de Habt
LPZ	121	121	2.923.200	24.565
ORO	40	40	458.110	12.055
PTS	55	53	799.334	14.533
CBBA	88	88	1.936.884	23.621
CHQ	48	47	671.056	14.277
TRJ	52	46	547.039	11.164
SCZ	100	100	2.939.860	29.998
PND	23	23	86.968	3.953
BNI	36	25	460.708	12.797
BOLIVIA	563	543	10.823.159	19.300



Fuente: Ministerio de Salud - LRN

La disponibilidad de servicios es adecuada contando con 1 laboratorio de baciloscopia por 17.761 habitantes, 1 laboratorios de cultivo por cada 254.318 habitantes y 1 laboratorio de PSD por cada 3.560.455 habitantes, siendo los mismos adecuados en número conforme a los estándares de la OPS para la región.

En la Tabla 2 puede observar la disponibilidad de laboratorios de baciloscopías por departamento; siendo el Departamento de Santa Cruz el que cuenta con menor disponibilidad por habitantes. Si bien el número de laboratorios de baciloscopia y cultivo es adecuado según estándares de la OPS para la región, las grandes distancias entre las comunidades y los mismos dificultan su operatividad

La red laboratorios cuenta con un sistema de aseguramiento de la calidad, con manuales actualizados y programa de evaluación externa de baciloscopia y cultivos, donde el LRN realiza el control de calidad a nivel departamental y estos a su vez a nivel municipal..

El LRN cuenta con evaluación externa por parte del LSN de Chile.

Gestión de Suministros y medicamentos El marco normativo para Administración Logística de Medicamentos e Insumos del Programa Nacional de Tuberculosis es el Sistema Nacional Único de Suministros (SNUS). El mismo, está constituido por el Subsistema de Administración Logística de Medicamentos e Insumos (SALMI), que establece las actividades y procedimientos para el manejo de medicamentos de acuerdo a la estructura y organización de PNCT. A través del Sistema de Información para la Administración Logística (SIAL), ha mejorado la disponibilidad de medicamentos e insumos en cada uno de los niveles de gestión, ya que permite disponer de información actualizada y confiable sobre la distribución y logística de medicamentos de reactivos e insumos para el diagnóstico y tratamiento de los eventos de salud incluyendo la tuberculosis en beneficio de la población boliviana. Sin embargo este sistema no alineado al Sistema de Información de Tuberculosis SIRETB.

Asimismo, la gestión de medicamentos se realiza en los diferentes niveles de gestión, desde los responsables de tuberculosis hasta los regentes de farmacia y almacenes.

La evaluación de la calidad de los medicamentos, es atribución del Laboratorio de Control de Calidad de Medicamentos y Toxicología (CONCAMYT) del INLASA y debe ser gestión del nivel central (PNCT)

La distribución de medicamentos: la distribución de la medicación para la TB se encuentra incorporada a la red de distribución del Programa de Control de Tuberculosis a través del CEASS, sin embargo existe retraso en la entrega de los mismos que impacta en la gestión logística de medicamentos esta situación no afecta a disponibilidad de insumos debido a que los servicios cuentan stock necesario y de reserva. Sin embargo, es necesario un trabajo coordinado y conjunto para evitar desabastecimientos.

Sistema de Información en Salud: Sistema Nacional de Información de Salud (SNIS), proporciona información sobre los servicios de salud, morbilidad que está bajo acción programática, así como de indicadores de vigilancia epidemiológica; el SNIS ha ido adecuándose en el tiempo a las exigencias emergentes de las políticas de salud del país, incorporando a todos los subsectores de Salud en los tres niveles de atención. A nivel del PNCT se cuenta con el Software SIRETB, que actualmente aunque se encuentra instalado en todos los PDCT y algunas gerencias de salud de los nueve Departamentos, presenta dificultades en el funcionamiento, requiere ser fortalecido, realizando ajustes acorde a los requerimientos del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Simultáneamente, se realizan las gestiones para vincular el SIRETB al SNIS.

En cuanto al **Monitoreo y Evaluación en TB**, el PNCT cuenta con un área de M&E, cuyas actividades se basan en lo establecido en el Plan Nacional de M&E (ANEXO 12 – Plan de M&E del PNCT - 2014) que contiene: el sistema de información, sus características a partir de la recolección de datos, sistematización, consolidación y análisis (que se realiza en forma manual) formularios del sistema de registro, flujo de información, la garantía de la calidad del dato (preventivo y correctivo) y el procesamiento de los datos en todos los niveles (local, central, regional), además contiene los procesos de seguimiento del PNCT, los indicadores para el M&E, la metodología de análisis de la información (epidemiológico, programático) y un módulo de supervisión.

1.2 Planes estratégicos nacionales

Con referencia expresa a los **planes estratégicos nacionales de la enfermedad** y a la documentación complementaria (incluir el nombre del documento y la página de referencia específica), resume brevemente lo siguiente:

- a. Metas y objetivos principales, así como áreas programáticas prioritarias.
- b. Ejecución hasta la fecha, incluidos los principales resultados y la repercusión alcanzada.
- c. Limitaciones en la ejecución y cualquier lección aprendida que sirva de base a la futura implementación. En particular, señale cómo se van a abordar las desigualdades y las limitaciones principales descritas en la pregunta 1.1.
- d. Principales áreas de vinculación con la estrategia nacional de salud, explicando cómo la ejecución de esta estrategia repercute sobre los resultados pertinentes de la enfermedad.
- e. En el caso de las solicitudes de financiamiento estándar para VIH o tuberculosis², describa las actividades conjuntas existentes en materia de tuberculosis/VIH e incluya las

² Los países con altas tasas de coinfección por VIH y tuberculosis deben enviar una sola nota conceptual para ambas. Se considera que los países que presentan una carga elevada de tuberculosis/VIH tienen una alta

vinculaciones entre los respectivos programas nacionales en áreas como: diagnóstico, prestación de servicios, sistemas de información, seguimiento y evaluación, fortalecimiento de capacidades, desarrollo de políticas y procesos de coordinación.

- f. Procesos llevados a cabo por el país para revisar y actualizar los planes estratégicos nacionales sobre la enfermedad y los resultados de estas evaluaciones. Explique el proceso y el plazo para la elaboración de un plan nuevo (si el actual es válido durante 18 meses o menos desde la fecha de inicio de la solicitud de financiamiento) e indique también cómo se conseguirá una participación significativa de las poblaciones clave.

1.2. a Plan Estratégico Nacional – Programa Nacional de Tuberculosis:

El Programa Nacional de Control de Tuberculosis cuenta con un Plan Estratégico 2008-2015, que fue estructurado 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 “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”:

El año 2015 el PNCT define evaluación del Plan Estratégico de Tuberculosis 2008-2015, para lo cual con el apoyo de OPS Bolivia se contrata un consultor y de forma conjunta con el PNCT se realiza la evaluación; (ANEXO 13 PEM 2016-2020 Anexo 1) habiéndose identificado algunas debilidades como: i) Procesos de programa, muy débilmente articulados al efecto esperado en las 4 metas de la estrategia “Alto a la tuberculosis”, cuya débil estructura estratégica no permite identificar la disposición lógica de las intervenciones propuestas. ii) Un componente vinculado con la oferta de Servicios de Salud, con enfoque de tratamiento. iii) Una débil definición del mandato social y su participación. iv) No se encuentra claridad entre las asignaciones y necesidades de recursos, que no permite establecer indicadores de efectividad e impacto.

A partir de estos resultados y en el marco de la necesidad de fortalecer las intervenciones desde una perspectiva multisectorial con un alto grado de participación de los actores involucrados con responsabilidades definidas, en la respuesta nacional, generando contextos de prácticas colaborativas y facilitadoras se define desarrollar un Plan Estratégico con: Enfoque multisectorial, articulado con el respaldo jurídico, que incorpore de manera transversal los principios de derechos humanos, interculturalidad, género y generacional, con metas realistas, con una estructura técnica y financiera, con un presupuesto suficiente en función a las necesidades de recursos y bajo un modelo de gestión compartida, mediante la movilización comunitaria y exigibilidad de derechos.

El PEM de Control de la Tuberculosis de Bolivia 2016-2020 se estructura con una:

Visión PEM: El Estado Plurinacional de Bolivia libre de Tuberculosis.

Misión PEM: 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.

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.

Planteando los siguientes: **Objetivos Estratégicos:**

Objetivo1: 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.

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

Objetivo 3: Fortalecer la atención integral de: Tuberculosis drogo resistente (TB-DR) y las reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFA).

Objetivo 4: Desarrollar acciones colaborativas eficaces y eficientes, con los programas de VIH y Enfermedades no Transmisibles.

Objetivo 5: Desarrollar estudios, investigaciones y evaluaciones, de acuerdo con el contexto social y

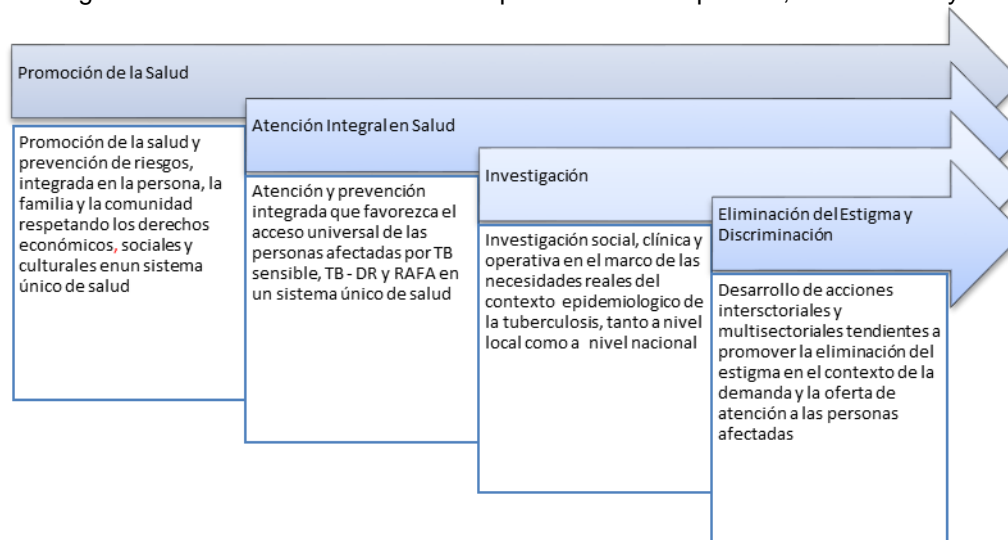
incidencia estimada de tuberculosis/VIH (en cifras), así como una tasa elevada de pruebas positivas de VIH en las personas infectadas con tuberculosis.

perfil epidemiológico de la tuberculosis en el país.

Objetivo 6: Desarrollar estrategias innovadoras en el control de la tuberculosis con énfasis en la eliminación del estigma y discriminación.

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

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.



Para concluir en el 2020 que esperamos:

- ❖ Reducir la incidencia de Tuberculosis a 55 por 100.000 habitantes para el 2020
- ❖ Haber disminuido la mortalidad asociada a Tuberculosis a 1.06
- ❖ Garantizar el acceso universal a la salud

Todas ellas integradas en el marco de las acciones de la estrategia “Fin a la Tuberculosis”

1.2. b Ejecución hasta la fecha, incluidos los principales resultados y la repercusión alcanzada.

El año 2008 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. Las metas definidas en el Plan Estratégico fueron adoptadas esencialmente a partir de los lineamientos de la estrategia “Alto a la Tuberculosis”:

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:

Los principales resultados son:

- 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 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 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.
- 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.

- vii) Implementación de la iniciativa 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.
- viii) Aplicación de estrategia de Abogacía, comunicación y 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.
- ix) Respecto al diseño y ejecución de investigaciones operativas, clínicas y epidemiológicas de TB, sólo se ha logrado difundir un estudio, siendo esta línea una de las que mayor fortalecimiento requiere.

Debilidades en la formulación del Plan 2008-2015 se identificaron:

- a. Un proceso de programa, muy débilmente articulado al efecto esperado en las 4 metas de la estrategia "Alto a la tuberculosis", con una débil estructura estratégica que no permite identificar la disposición lógica de las intervenciones propuestas
- b. Un fuerte componente vinculado con la oferta de servicios de salud, que se mantiene un fuerte enfoque de tratamiento.
- c. Una débil definición del mandato social y su participación
- d. No se encuentra claridad entre las asignaciones y necesidades de recursos, ocasionando ser complejo establecer indicadores de efectividad e impacto

Las cifras muestran que en Bolivia la tuberculosis constituye todavía un profundo problema de salud pública, con una alta carga de tuberculosis.

1.3. c. Limitaciones en la ejecución y cualquier lección aprendida que sirva de base a la futura implementación. En particular, señale cómo se van a abordar las desigualdades y las limitaciones principales descritas en la pregunta 1.1.

Bolivia ha implementado la Estrategia DOTS/TAES desde el año 1.999 y la Estrategia Alto a la TB desde el 2008. Para ello ha contado con presupuesto del TGN, apoyo técnico de la OPS/OMS y apoyo financiero de 2 subvenciones del Fondo Mundial, Ronda 3 y Ronda 9.

Luego de 10 años de apoyo del FM, se han realizado importantes avances en la respuesta a la TB en país, sin bien existen mejoras programáticas, existen aún brechas y áreas que atender, entre las cuales podemos citar:

Acceso a los sistemas de salud:

- Horarios de atención limitada a las horas de la mañana, impidiendo el acceso de la población que trabaja.
- Recursos económicos limitados de la población para su desplazamiento hasta los servicios de salud, inaccesibilidad geográfica, falta de transporte público, comunidades alejadas.
- Barreras de género, de idioma y culturales, si bien existe leyes, planes y normas aún no se ha logrado operativizar las acciones.
- Estigma y discriminación desde los servicios impidiendo a los pacientes el ejercicio de sus derechos.
- Limitados conocimientos de TB de la población.
- Si bien Bolivia implementa modelo de salud familiar comunitaria intercultural (SAFCI), con 1927 centros de Salud y 1452 puestos de salud, falta de recursos económicos, accesibilidad geográfica, deficiente oferta de servicios de salud, la no incorporación del enfoque de género

Alta rotación de recursos humanos a nivel nacional y sub-nacional, tanto a nivel de programa como en los laboratorios, que dificulta la continuidad de las acciones, produce retrasos y afecta al logro de las metas.

El diagnóstico de la TB y TB-DR se aprecia:

- Infraestructura del Laboratorio de Referencia Nacional y la mayoría de los laboratorios departamentales es deficiente, incluyendo la bioseguridad de los mismos
- Falta de un sistema de transporte de muestras organizadas, regulares y con bioseguridad adecuada, debido a las distancias alejadas de algunas comunidades y a la falta de transporte de la mayoría de los servicios de salud
- Carencia de un sistema de comunicación para la remisión oportuna de resultados.
- No se aprecia un incremento en la detección de casos de TB-DR a pesar del incremento de la accesibilidad a los cultivos y PSD y esto se debe probablemente a la centralización de estas pruebas en el Laboratorio de Referencia Nacional.
- Existen discrepancias en los resultados obtenidos de aislamientos clínicos en el LRN y el laboratorio de Santa Cruz.
- Demora excesiva en la entrega de resultados de PSD que genera falta de credibilidad a los resultados del INLASA de parte de los médicos.

- La técnica utilizada para el test de sensibilidad ocasiona demoras (entre 3 a 5 meses) en la obtención de los resultados, por lo que necesita un método más rápido para la detección de la sensibilidad.

Tratamiento de la TB, TB-DR y TB-VIH:

- En los establecimientos de salud la atención del paciente con TB solo depende del personal de TB y con escasa vinculación con los programas de VIH/sida, Diabetes, Tabaquismo, Salud materno – infantil y otros programas.
- Deficiente compromiso de los proveedores de salud del nivel local para la prestación de servicios integrados y la retención asistencial. Esto trae como consecuencia las deficiencias en la identificación y el tratamiento de la TB, la TB- DR y la co-infección TB-VIH.
- En co-infección TB-VIH, a pesar de los progresos, persisten brechas con relación al diagnóstico; el acceso al TPC y la TPI es insuficiente, a pesar de la disponibilidad de los medicamentos.
- Si bien, la consulta en los establecimientos de salud, así como el tratamiento y diagnóstico de la TB son gratuitos, persisten limitaciones de acceso del paciente al servicio de salud para el Tratamiento Directamente Observado, debido a la falta de recursos económicos para el traslado a los servicios, falta de recursos para el traslado del personal de salud a la comunidad para dar seguimiento al TDO realizado en comunidad lo cual favorece el abandono.

TB en centros penitenciarios

- La incidencia en los centros penitenciarios 11,3 veces superior a la observada en la población general.
- Deficiente búsqueda de SR en los centros penitenciarios.
- Deficiente captación y alto grado de transmisibilidad de la enfermedad al interior de los centros penitenciarios.

Sistema de Información de Tuberculosis:

- Aunque existe un sistema de información en línea, el mismo se encuentra parcialmente implementado debido al SNIS no cuenta con la capacidad del ancho de banda para que el software funcione.
- Los programas departamentales no cuentan con equipos informáticos, espacio y logística adecuada para la implementación del sistema informático.
- Existe resistencia al cambio del sistema manual al digital.

Debilidades en el abordaje de los determinantes de la enfermedad: No existe un programa de protección social establecido para los pacientes con TB. **Estigma y discriminación:** En el país existe aun estigma y discriminación principalmente hacia los pacientes PVIH con TB, población indígena, personas con Tb y PPL en algunos establecimientos, manifestado por el rechazo a la atención de los mismos y la falta de adecuación del servicio.

1.2. d. Principales áreas de vinculación con la estrategia nacional de salud, explicando cómo la ejecución de esta estrategia repercute sobre los resultados pertinentes de la enfermedad.

En el contexto del Plan de Desarrollo Sectorial 2010-2020, el PEM-TB 2016- 2020 contribuye de manera directa al objetivo 1: “Efectivizar el acceso universal a servicios de salud integrales y de calidad sin costo en el punto de atención, para toda la población, en sus diferentes ciclos de vida y en igualdad de condiciones”; de manera indirecta al objetivo 2: “Incidir en la transformación de los determinantes de la salud a partir de la participación social e intersectorial, en el marco del derecho a la salud”, promoviendo en el primer caso el fortalecimiento de todas las acciones necesarias para garantizar el acceso al diagnóstico y tratamiento de todas las personas afectadas tanto de la población general como de las poblaciones vulnerables bajo un modelo inclusivo que brinde el acceso a las personas con tuberculosis en todas sus formas, por otra parte la incidencia en los determinantes de salud se establece desde la articulación de un trabajo multisectorial en el marco de las políticas nacionales de reducción de la pobreza y la promoción de la salud construida de manera participativa con la estructura social.

El Plan de Desarrollo Sectorial 2010-2020, define entre una de las metas del eje de acceso universal, “lograr que 95% de los pacientes con tuberculosis estén curados”. Sectorialmente se busca el acceso universal al sistema SAFCI y que “al menos 9 de cada 10 bolivianos y bolivianas manifiesten satisfacción por la atención recibida”.

1.2. e. En el caso de las solicitudes de financiamiento estándar para VIH o tuberculosis³, describa las actividades conjuntas existentes en materia de tuberculosis/VIH e incluya las vinculaciones entre los respectivos programas nacionales en áreas como: diagnóstico, prestación de servicios, sistemas de información, seguimiento y evaluación, fortalecimiento de capacidades, desarrollo de políticas y procesos de coordinación.

Los Programas Nacionales de ITS/VIH/SIDA/HV y el Programa Nacional de Control de Tuberculosis el año 2008 han conformado el Comité Nacional de Coinfección TB-VIH, quién coordina, norma y supervisa las actividades colaborativas TB/VIH en Bolivia, a nivel nacional cuenta con nueve comités departamentales Coinfección TB-VIH que están a cargo de dar seguimiento a las acciones planteadas por el Comité Nacional, las mismas que son operativizadas por los CDVIR/CRVIR en el caso del Programa de VIH y 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 actividades de colaboración TB/VIH” este documento ha permitido que se desarrolle Plan de Acción Nacional de Coinfección TB/VIH cuyos objetivos, indicadores y líneas estratégicas deben reflejarse en los planes departamentales y han permitido definir las metas, indicadores, reportes y la implementación de las acciones colaborativas.

En el marco de sus competencias el Programa de ITS/VIH/SIDA/HV dota al Programa de Tuberculosis de pruebas rápidas y garantiza el Tratamiento Antirretroviral y realizan el descarte de TB en pacientes con VIH

El Programa de Tuberculosis; oferta la prueba rápida de VIH en los Servicios de Salud de Bolivia, y garantiza el tratamiento para Tuberculosis e Isoniacida para realizar Profilaxis.

Se realizan supervisiones integrales a los departamentos para dar seguimiento a las actividades.

El comité colaborativo nacional hace el seguimiento de los indicadores para contar con una misma información.

El año 2013 se ha publicado la Guía Práctica de Coinfección TB/VIH y se constituye en un documento técnico normativo, que establece los lineamientos estratégicos para la atención a la Coinfección TB/VIH y manejo TPI.

Con el cual se ha capacitado el personal operativo para el manejo de Coinfección TB/VIH en el país. Si bien existen grandes avances en las actividades colaborativas, el país debe reforzar las acciones para garantizar el Diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y monitoreo clínico para disminuir la mortalidad por esta causa en el país.

1.2. f Procesos llevados a cabo por el país para revisar y actualizar los planes estratégicos nacionales sobre la enfermedad y los resultados de estas evaluaciones. Explique el proceso y el plazo para la elaboración de un plan nuevo (si el actual es válido durante 18 meses o menos desde la fecha de inicio de la solicitud de financiamiento) e indique también cómo se conseguirá una participación significativa de las poblaciones clave.

El proceso de elaboración PEM de Tuberculosis se caracterizó por la amplia movilización y participación en la formulación del plan, promoviendo un desarrollo inclusivo, participativo y multisectorial, para delimitar un conjunto de estrategias en respuesta a la Tuberculosis en el marco de la demanda social y contexto epidemiológico, en las siguientes fases:

- I) A través de mesas de trabajo mediante dialogo participativo con actores clave tanto locales como nacionales durante los meses de octubre y diciembre de 2014, se desarrolló dialogo participativo en dos talleres nacionales multisectoriales, cinco reuniones de trabajo con la participación de la comisión técnica.
- II) Reunión de validación nacional del PEM.
- III) Reuniones de sociedad civil, ASPACONT, y control social que apoyaron en la elaboración
PEM de Tuberculosis, desde la perspectiva de la sociedad civil.

Consulta nacional;

El proceso de Consulta Nacional llevado a cabo en Bolivia ha sido integrador y se ha estructurado en el marco de la política de salud que supone proceso de planificación participativa. Este proceso inclusivo ha permitido la participación de gobierno, asociados técnicos, sociedad civil y poblaciones

³ Los países con altas tasas de coinfección por VIH y tuberculosis deben enviar una sola nota conceptual para ambas. Se considera que los países que presentan una carga elevada de tuberculosis/VIH tienen una alta incidencia estimada de tuberculosis/VIH (en cifras), así como una tasa elevada de pruebas positivas de VIH en las personas infectadas con tuberculosis.

clave afectadas y en situación de riesgo.

Para el desarrollo de consulta de país se ha realizado la identificación de actores y sectores relevantes considerando su involucramiento en la respuesta nacional a la Tuberculosis y su participación activa en la formulación del PEM. Se ha desarrollado una consulta estructurada tanto a nivel individual como institucional, para luego sistematizar los aportes siguiendo las brechas programáticas identificadas previamente por el PNCT, con el objeto de facilitar su discusión y aportes a ser incluidos en la NC.

Para lograr un proceso inclusivo se ha utilizado un diagnóstico comunitario participativo que involucre a los diferentes actores y sectores mediante un diálogo articular de las demandas sociales y las estrategias de respuesta a estas demandas, con diversos actores y sectores, con poblaciones claves y poblaciones vulnerables buscando la oportunidad de general una mayor participación e involucramiento general.

El desarrollo de la consulta nacional ha seguido las siguientes fases:

1. Preparación para definir la metodología para el desarrollo de la consulta, sobre las brechas identificadas por el PNCT.
2. Mapeo social para la identificación de los actores y sectores relevantes.
3. Revisión de la consulta, mediante el relevamiento de la información individual e institucional a través de entrevistas directas con los actores identificados en el mapeo social.
4. Sistematización y análisis, para la estructuración de los datos y la identificación de las líneas estratégicas para la propuesta y su posterior discusión.

Reunión consulta nacional

Los población involucrada en la consulta nacional ha sido: Población general, (hombres, mujeres), personas con tuberculosis, población vulnerable (privados de libertad, mineros e indígenas originario campesinos), ASPACONT, representantes de los gobiernos municipales, personal de salud, universidad, educación, comunicación y derechos humanos.

El área de análisis se basó:

Promoción de la salud y prevención de la tuberculosis en población general y en población de riesgo (PPL, migrantes, mineros y otros), diagnóstico, atención, tratamiento, control y seguimiento de la tuberculosis y la TB DR, atención integral a pacientes con reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFAS); atención integral de la coinfección de TB/VIH, eliminación de estigma y discriminación y fortalecimiento a la respuesta de tuberculosis.

La consulta nacional así como la reunión consulta permitió facilitar un proceso participativo e inclusivo cuya información recolectada ha permitido priorizar y articular estrategias para una respuesta efectiva a la Tuberculosis en Bolivia.

SECCIÓN 2: PANORAMA DE FINANCIAMIENTO, ADICIONALIDAD Y SOSTENIBILIDAD

Para lograr una repercusión duradera frente a las tres enfermedades, los compromisos financieros procedentes de fuentes nacionales deben desempeñar un papel clave en la estrategia nacional. El Fondo Mundial asigna recursos que están lejos de ser suficientes para cubrir el costo total de un programa técnicamente sólido. Por tanto, es fundamental evaluar en qué medida el financiamiento solicitado se ajusta al panorama de financiamiento general y cómo el Gobierno va a destinar mayores recursos al programa nacional de la enfermedad y al sector de la salud cada año.

2.1 Panorama de financiamiento general para el próximo período de ejecución

A fin de conocer el panorama de financiamiento general del programa nacional y la forma en que esta solicitud de financiamiento encaja en el mismo, describa brevemente:

- a. La capacidad de pago para cada área programática que recibe apoyo financiero actualmente y la fuente de dicho financiamiento (gobierno y/o donante). Señale cualquier área programática que cuente con los recursos adecuados (y que, por tanto, no esté incluida en la

solicitud al Fondo Mundial).

- b. Cómo la inversión propuesta del Fondo Mundial han movilizado y propiciado los recursos de otros donantes.
- c. En el caso de áreas programáticas que tengan deficiencias de financiamiento significativas, las acciones planificadas para abordar dichas carencias.

2.1 a La capacidad de pago para cada área programática que recibe apoyo financiero actualmente y la fuente de dicho financiamiento (gobierno y/o donante). Señale cualquier área programática que cuente con los recursos adecuados (y que, por tanto, no esté incluida en la solicitud al Fondo Mundial).

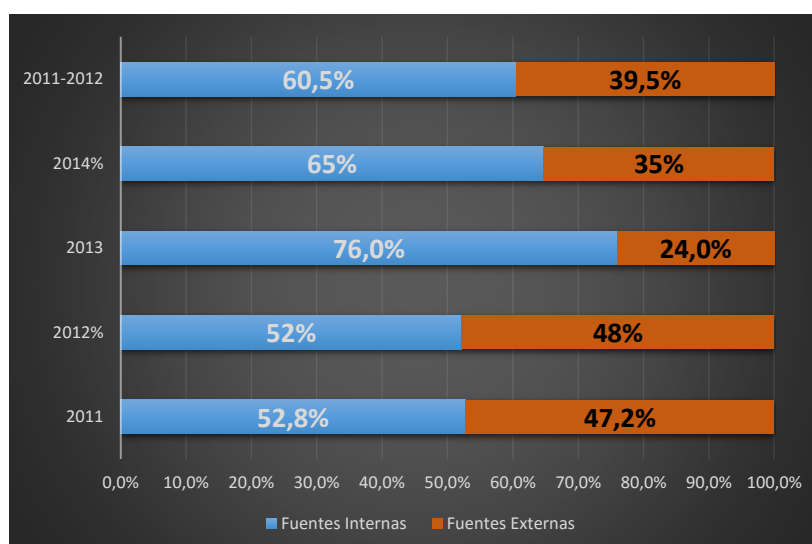
Gasto en Tuberculosis

La estimación del financiamiento y gasto en Tuberculosis considera el concepto de año calendario correspondiente de enero a diciembre. El periodo de análisis comprende 2011-2014 y el momento contable que fue considerado en el análisis fue “*devengado*”.

De acuerdo con la información recopilada y procesada a través de las diferentes fuentes de financiamiento, agentes de financiamiento y proveedores de servicio relacionados con la tuberculosis, los recursos destinados para combatir esta enfermedad en Bolivia para el periodo 2011-2014, habría alcanzado un monto estimado de 13.7 millones de dólares, de los cuales el 60.5% (8.3 millones de dólares) corresponde a las fuentes externas y el restante 39.5% (5.4 millones de dólares) a las fuentes internas.

GRÁFICO 2.1

Gasto en Tuberculosis por fuente de financiamiento (2010-2014) – En porcentaje



FUENTE: Ministerio de Salud - PNCT

Es importante mencionar que en la pesquisa de información que se realizó en todas las instancias de salud no pudo identificarse otro tipo de fuentes de financiamiento o instituciones que no estén descritos en el Cuadro 2.1. Con respecto al gasto privado y de los hogares no presenta ninguna estimación, debido a que este programa es nacional y de carácter gratuito en lo que se relaciona con el diagnóstico y tratamiento.

CUADRO 2.1

Gasto en Tuberculosis (2011-2014) – En dólares

ORGANISMO FINANCIADOR	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2011-2014	%
EXTERNOS	1.647.252	47,2%	1.815.331	47,8%	657.356	24,0%	1.324.792	35,2%	5.444.730	39,5%
HIPC II	6.897	0,2%	26.586	0,7%	991	0,0%	3.786	0,1%	38.260	0,3%
Fondo Mundial	1.441.965	41,3%	1.502.026	39,5%	608.158	22,2%	1.203.858	32,0%	4.756.007	34,5%
PNUD	164.031	4,7%	170.863	4,5%	247	0,0%	1.704	0,0%	336.846	2,4%
OPS	8.367	0,2%	11.984	0,3%	13.403	0,5%	15.355	0,4%	49.109	0,4%
UNICEF			74.694	2,0%					74.694	0,5%
Cruz Roja	25.992	0,7%	29.178	0,8%	34.556	1,3%	100.088	2,7%	189.814	1,4%
INTERNOS	1.840.906	52,8%	1.983.671	52,2%	2.078.551	76,0%	2.433.802	64,8%	8.336.930	60,5%
Recursos Específicos Otros	685.284	19,6%	681.825	17,9%	649.602	23,7%	890.867	23,7%	2.907.579	21,1%
Recursos Específicos Municipios	639	0,0%	3.260	0,1%	7.923	0,3%	8.275	0,2%	20.096	0,1%
Regalías	3.463	0,1%							3.463	0,0%
TGN	1.099.740	31,5%	1.209.305	31,8%	1.302.482	47,6%	1.404.341	37,4%	5.015.868	36,4%
TGN - Impuesto Directo a los Hidrocarburos	11.939	0,3%	17.037	0,4%	22.864	0,8%	50.774	1,4%	102.614	0,7%
TGN - Coparticipación Tributaria	10.914	0,3%	14.922	0,4%	40.492	1,5%	28.045	0,7%	94.372	0,7%
TGN - Papeles	28.927	0,8%	57.322	1,5%	55.187	2,0%	51.501	1,4%	192.937	1,4%
Total Organismo Financiador	3.488.158	100%	3.799.002	100%	2.735.907	100%	3.758.594	100%	13.781.660	100%

FUENTE: Ministerio de Salud y Ministerio de Economía y Finanzas Públicas

El origen de las fuentes de financiamiento para enfrentar la enfermedad de Tuberculosis está compuesto por: 1) recursos públicos provenientes de la recaudación del Estado a través de impuestos, tasas y regalías que se adscriben al presupuesto general del estado y 2) recursos externos de organismos de cooperación internacional que pueden ser agencias multilaterales, bilaterales u otros, como es el caso de la ONG Cruz Roja que es la única fuente de financiamiento proveniente de Alemania apoya a actividades relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad en Santa Cruz..

- Durante el periodo 2011-2014, existieron algunos organismos financiadores de origen externo que apoyaron a actividades relacionadas con la tuberculosis en Bolivia, de los cuales, el organismo financiador de mayor importancia fue el Fondo Mundial con el 34.5% de participación y el resto de financiadores externos con el 5% (se distribuyeron entre UNICEF – 0.5%, OPS - 0.4%, PNUD - 2.4%, HIPC II - 0,3% y Cruz Roja – 1.4%). Es importante mencionar que a diferencia de otros programas de salud que tiene el Ministerio de Salud, el PNCT no cuenta con
- De la misma manera que el análisis anterior, se observa que en el periodo 2011-2014 existen siete organismos financiadores internos, mismos que apoyaron a las actividades relacionadas con la tuberculosis; de los cuales, el de mayor importancia corresponde a las transferencias del TGN con el 36.4% seguido por los recursos específicos otros con el 21.1% y otros con el 3%.

Capacidad de pago

Como se podrá observar en el Gráfico 2.1 las fuentes internas devengadas, presupuestadas y estimadas para el periodo 2011-2020 se van incrementándose de 1.8 millones de dólares el 2011 a 3.4 millones de dólares el 2019. En el caso de las fuentes externas éstas no presentan un patrón regular ya que dependen principalmente del financiamiento del Fondo Mundial, por tal motivo el 2019 presenta una reducción.

GRÁFICO 2.1

Gasto devengado, presupuestado y estimado (2011-2020) – En dólares

Detalle gastos	Año	Fuentes Internas	Fuentes Externas
Gastos devengados	2011	1.840.906	1.647.252
	2012	1.983.671	1.815.331
	2013	2.078.551	657.356
	2014	2.433.802	1.324.792
Gastos presupuestados	2015	2.522.549	1.231.287
Gastos estimados en base a compromisos de capacidad de pago	2016	2.737.433	2.042.482
	2017	3.173.885	4.434.642
	2018	3.271.660	3.281.730
	2019	3.374.323	1.832.549
	2020	3.482.119	67.490
Total gastos	2011-2020	26.898.898	18.334.910

FUENTE: Ministerio de Salud y Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.

Plan Estratégico Multisectorial (PEM)

En el 2015 el Programa Nacional Contra la Tuberculosis (PNCT) realizó y aprobó el Plan Estratégico Multisectorial de Control de la Tuberculosis para el periodo 2016-2020, el mismo 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. (3.2 millones de dólares)
- **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. (12.1 millones de dólares)
- **Objetivo 3:** Fortalecer la atención integral de Tuberculosis drogo resistente (TB-DR).y Reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFA). (6 millones de dólares)
- **Objetivo 4:** Desarrollar acciones colaborativas eficaces y eficientes, con los programas de VIH y Enfermedades no Transmisibles. (4.2 millones de dólares)
- **Objetivo 5:** Desarrollar estudios, investigaciones y evaluaciones, de acuerdo con el contexto social y perfil epidemiológico de la tuberculosis en el país. (2.2 millones de dólares)
- **Objetivo 6:** Desarrollar estrategias innovadoras en el control de la tuberculosis con énfasis en la eliminación del estigma y discriminación. (1 millón de dólares)
- **Gestión de Programas:** Corresponde a actividades relacionadas con el funcionamiento técnico, operativo y administrativo del programa, dentro de este objetivo se encuentra los Recursos Humanos del nivel central (Programa Nacional e INLASA), departamental, los gastos administrativos del programa nacional, así como también del nivel departamental. (9.7 millones de dólares)

CUADRO 2.2
PEM (2016-2020) – En dólares

OBJETIVOS	2016	2017	2018	2019	2020	2016-2020	%
Prevención de riesgos y promoción de la salud	517.659	832.943	796.203	573.557	523.952	3.244.314	8,4%
Acceso universal al diagnóstico oportuno	2.137.150	2.951.636	2.239.380	2.386.740	2.483.720	12.198.625	31,5%
Atención integral de TB-DR y RAFAs	803.414	1.413.691	1.097.846	1.442.979	1.256.911	6.014.841	15,5%
Acciones colaborativas con VIH y ENT	250.549	1.025.876	897.208	1.096.291	994.141	4.264.065	11,0%
Desarrollar estudios, investigaciones y evaluaciones	210.699	982.977	579.147	406.875	35.826	2.215.524	5,7%
Estrategias de eliminación de estigma y discriminación	211.989	204.666	214.900	225.645	236.927	1.094.127	2,8%
Gestión Programas	1.774.461	1.856.925	1.943.513	2.034.430	2.129.893	9.739.223	25,1%
Total PEM	5.905.921	9.268.715	7.768.197	8.166.516	7.661.370	38.770.718	100%

FUENTE: Ministerio de Salud - PNCT

Es importante mencionar que en el PEM no se encuentra reflejado el monto asignado al receptor principal.

Nota conceptual.

La nota conceptual de Bolivia para enfrentar la enfermedad de la Tuberculosis para el periodo que comprende de julio 2016 a junio 2019 tiene un costo de 21 millones de dólares, de los cuales el 31.8% (6.6 millones de dólares) se destinan a TB – DR detección de casos y diagnóstico, posteriormente el 31.7% (6.6 millones de dólares) se destinan para la atención y prevención de la tuberculosis, 27.9% (5.8 millones de dólares) para gestión de programas, 6.2% (1.3 millones de dólares) para seguimiento y evaluación, el restante 2.5% se destina para Coinfección TB/VIH.

CUADRO 2.3

Nota Conceptual (2016-2019) – En dólares

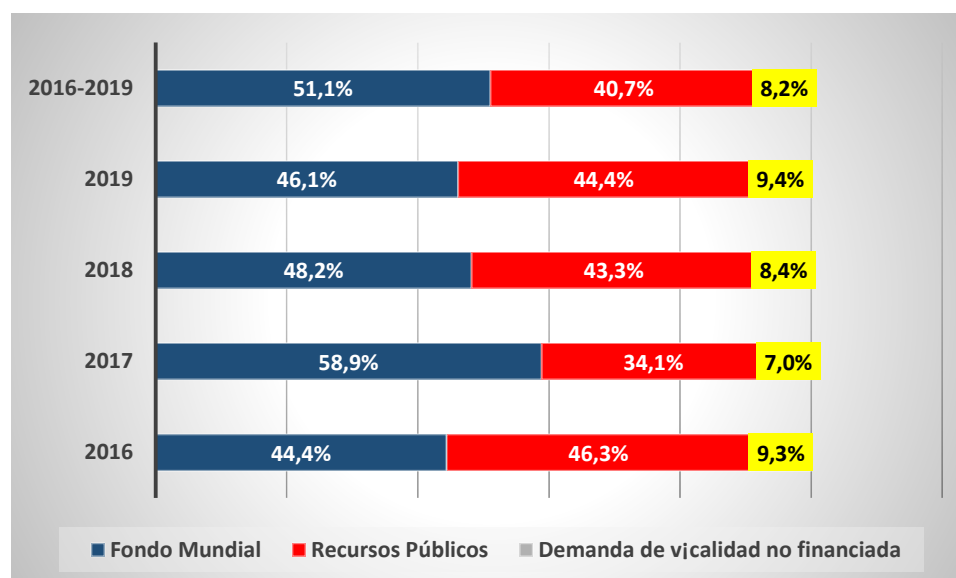
Modulos	2016	2017	2018	2019	2016-2019	%
Atención y prevención de la tuberculosis	1.145.777	2.266.294	2.096.209	1.151.982	6.660.263	31,7%
Detección de casos, diagnóstico y tratamiento	683.403	1.119.738	1.184.894	613.888	3.601.924	17,1%
Diagnostico de la TB	46.385	311.078	118.490	39.624	515.577	2,5%
Prevención y protección social	415.989	835.477	792.825	498.470	2.542.761	12,1%
TB – DR, detección de casos y diagnostico	886.515	2.589.614	2.110.208	1.104.927	6.691.265	31,8%
Detección de casos y diagnostico de TB-DR	167.010	1.047.426	539.648	262.036	2.016.121	9,6%
Tratamiento: TB-DR	295.038	571.561	639.721	351.517	1.857.837	8,8%
Control de Infecciones	203.979	512.465	449.768	236.131	1.402.344	6,7%
Acceso universal y gratuito para la atención de pacientes RAFA	220.488	458.162	481.070	255.243	1.414.963	6,7%
Tuberculosis/VIH	84.014	158.344	204.252	69.348	515.958	2,5%
Intervenciones conjuntas en tuberculosis/VIH	84.014	158.344	204.252	69.348	515.958	2,5%
FSS - Seguimiento y evaluación		939.414	192.166	174.093	1.305.673	6,2%
Sistema de Información y M&E		189.414	131.390	174.093	494.898	2,4%
Investigaciones		750.000	60.775		810.775	3,9%
Gestión de Programas	907.753	1.914.480	1.995.832	1.040.625	5.858.691	27,9%
Programa Nacional y Departamental	714.030	1.527.033	1.608.385	846.902	4.696.350	22,3%
Receptor Principal	193.724	387.447	387.447	193.724	1.162.341	5,5%
Total Módulos	3.024.060	7.868.146	6.598.667	3.540.976	21.031.849	100%

Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Si nos referimos a fuentes de financiamiento en el periodo que dure la nota conceptual (2016-2019) el 51.1% del total será financiado a través del Fondo Mundial (10.7 millones de dólares), el 40.7% será financiado con recursos públicos (8.5 millones de dólares) y existe un 8.2% que no tiene financiamiento (1.7 millones de dólares) y a la que llamamos demanda de calidad no financiada que posteriormente será descrita.

GRÁFICO 2.2

Nota Conceptual según Fuente de Financiamiento (Porcentaje)



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

2.1 b Cómo la inversión propuesta del Fondo Mundial han movilizado y propiciado los recursos de otros donantes.

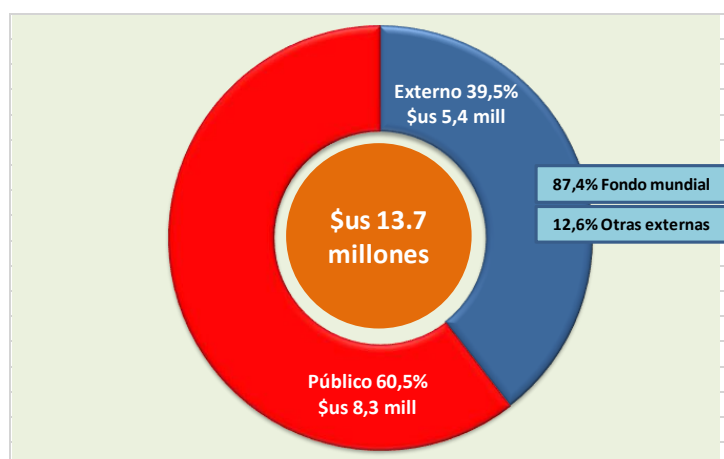
Movilización de recursos.

Como se observa en el Cuadro 2.1, en el periodo 2011-2014 existieron pocas fuentes de financiamiento externas que apoyaron con la temática de Tuberculosis. Dentro de estas fuentes de financiamiento se encuentra la ONG Cruz Roja que con recursos provenientes de Alemania apoyan en Santa Cruz en el Centro de Salud para Tuberculosis "Kuratorium". La Organización Panamericana de la Salud (OPS) apoyo en acciones de prevención y capacitación, los recursos provenientes del alivio a la deuda HIPC II fueron utilizados a través de los Municipios para realizar acciones integrales de salud al paciente que presenta la enfermedad. El PNUD tenía previsto dentro de su presupuesto recursos que apoyaron al proyecto cuando este era el RP y existió remanentes que fueron utilizados en el periodo de análisis, estos recursos de utilizaron para la gestión de programas.

Nota. Es importante mencionar que en el país esta enfermedad no cuenta con el apoyo de otras ONGs que no se identifican en el Cuadro 2.1.

GRÁFICO 2.3

Participación del Fondo Mundial en el gasto en Tuberculosis 2010-2014



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Durante los últimos cuatro años, el Fondo Mundial ha sido el donante externo más significativo en la lucha contra la Tuberculosis en Bolivia con el 34.4% del total (4.7 millones de dólares) y de las fuentes externas representa el 87.4%.

Asimismo, un hecho fehaciente de entorno político y económico del país es ir asumiendo la responsabilidad a través de un seguro universal de salud y no depender de organizaciones externas.

2.1 c En el caso de áreas programáticas que tengan deficiencias de financiamiento significativas, las acciones planificadas para abordar dichas carencias

Demanda de calidad no financiada.

Para la Propuesta de la Nota Conceptual 2016-2019, se tiene una brecha de 1.7 millones de dólares cuyo orden prioritario se refleja en el cuadro 2.4. Del cual podemos determinar que el 56.6% (976 mil dólares) del total de demanda de calidad no financiada corresponde a la atención y prevención de la tuberculosis, el 9.6% (166 mil dólares) a TB-DR detección de casos y diagnóstico, el 23.1% (331 mil dólares) a seguimiento y evaluación y el restante 10.7% (183 mil dólares) a gestión de programas.

Por otro lado de las 25 personas que se contrataron en el proyecto, 9 se solicita su extensión para la nueva fase del proyecto 11 fueron absorbidas con recursos públicos y 5 no se tiene financiamiento todavía, por tal motivo se considera este personal que no presenta financiamiento dentro de la demanda de calidad no financiada. Es importante mencionar que la voluntad de pago no se considera los RRHH, ya que esta se destina para la compra de medicamentos e insumos.

Por otro lado dentro de las intervenciones que se encuentra en el PEM y en la Nota Conceptual existe una actividad para realizar abogacía con los gobiernos departamentales y municipales, esto con el objetivo de canalizar recursos destinados a apoyar a actividades inherentes con la Tuberculosis, relacionados con las competencias que tienen estos gobiernos en la Ley Marco de Autonomía y Descentralización.

CUADRO 2.4

Demanda de calidad no financiada (2016-2019) – En dólares

Modulos	2016	2017	2018	2019	2016-2019
Atención y prevención de la tuberculosis	224.351	266.123	312.926	173.559	976.959
Detección de casos, diagnóstico y tratamiento	89.117	88.759	126.694	29.865	334.435
Adquisición de equipo de computación portátil y datashow para capacitación a personal de salud.		34.582			34.582
Taller de capacitación para el envío y recepción de información.	63.318		69.808		133.126
Capacitación a personal operativo en el manejo de pacientes en TB-DR a nivel departamental.	25.799	54.177	56.886	29.865	166.726
Prevención y protección social	135.234	177.364	186.232	143.694	642.525
Carpas inflables para las ferias de salud para equipos departamentales.	10.714				10.714
Equipos de sonido para las ferias de salud para equipos departamentales.	15.578				15.578
Camaras fotograficas para documentar las actividades de los equipos departamentales.	1.515				1.515
Reproductor de DVD para equipos departamentales.	1.378				1.378
Ferias de salud.	44.367	47.029	49.380		140.776
Dia Mundial de la lucha contra la tuberculosis.		64.953	68.200	71.610	204.763
Difusion de cuñas por medios radiales y medios alternativos	61.681	65.382	68.651	72.084	267.799
TB – DR, detección de casos y diagnostico	28.185	64.794	46.203	26.937	166.118
Detección de casos y diagnostico de TB-DR	18.638	39.140	41.097	21.576	120.450
Realización del TSyR a todo caso nuevo TBP-BAAR(+) con factor de riesgo de TB-DR, retratados de TBP BAAR(+), coinfectado y Cultivo positivo en el seguimiento.	18.638	39.140	41.097	21.576	120.450
Tratamiento: TB-DR	4.915				4.915
Taller de arranque para la ampliación de la capacidad resolutoria del Comité Nacional y departamental TB-DR/RAFA con nuevos profesionales de diferentes áreas de especialidad.	4.915				4.915
Control de Infecciones		20.791			20.791
Adecuación de Centros de referencia para la atención de pacientes TB-DR/RAFA (Extractor aire, lámpara ultravioleta, aire acondicionado, basureros, lo atienden 6 personas)		20.791			20.791
Acceso universal y gratuito para la atención de pacientes RAFAs	4.631	4.863	5.106	5.362	19.962
Supervisión de la Farmacovigilancia	4.631	4.863	5.106	5.362	19.962
FSS - Seguimiento y evaluación		129.649	141.744	128.069	399.463
Sistema de Información y M&E		129.649	80.969	128.069	338.687
Compra de equipos de computación		57.000			57.000
Capacitación en el Sistema de Información		72.649		80.096	152.745
Seguimiento a la implementación del SIRETB			45.689	47.973	93.662
Evaluación nacional del Programa de Tuberculosis con participación de Organizaciones que apoyan al control de la Tuberculosis			35.280		35.280
Investigaciones			60775,313		60775,3125
Investigación operativa de RAFAs			60.775		60.775
Gestión de Programas	28.468	59.783	62.773	32.956	183.980
Programa Nacional y Departamental	28.468	59.783	62.773	32.956	183.980
Recursos Humanos departamentales	28.468	59.783	62.773	32.956	183.980
Total Módulos	281.003	520.349	563.646	361.521	1.726.520

Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Para el cálculo de costo de cada actividad, se tomó en cuenta costos referenciales históricos de actividades similares y para el caso de productos sanitarios, proyecciones acorde a la población que se estima alcanzar.

2.2 Requisitos de financiamiento de contrapartida

Rellene la tabla de análisis de deficiencias financieras y de financiamiento de contrapartida (tabla 1). Los requisitos de financiamiento de contrapartida se incluyen en la Política sobre elegibilidad y financiamiento de contrapartida del Fondo Mundial.

Indique aquí abajo si se han cumplido los requisitos de financiamiento de contrapartida. En el caso contrario, proporcione una justificación que incluya un plan de acción para cumplir el requisito durante la ejecución de la solicitud de financiamiento.

Requisitos de financiamiento de contrapartida	¿Cumple con el requisito?	Si no es el caso, proporcione una breve explicación con acciones planeadas
i. Disponibilidad de datos fiables para evaluar el cumplimiento.	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
ii. Umbral mínimo de contribución gubernamental al	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

<p>programa de enfermedades (ingresos bajos: 5%; ingresos medios bajos de la franja inferior: 20%; ingresos medios bajos de la franja superior: 40%; ingresos medios altos: 60%).</p>		
<p>iii. Mayor contribución gubernamental al programa de enfermedades.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>iv. Mayor contribución gubernamental al sector de la salud</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>a. En comparación con los años anteriores, describa las inversiones adicionales del gobierno comprometidas a los programas nacionales en el próximo período de ejecución, que se realizarán para acceder a la totalidad del monto asignado del Fondo Mundial en relación a los compromisos de voluntad de pago. Especifique claramente las intervenciones o actividades que serán financiadas con los recursos adicionales del gobierno, e indique cómo se dará seguimiento y reportará la materialización de esto.</p> <p>b. Proporcione una evaluación de la integridad y fiabilidad de los datos financieros presentados, incluidos posibles supuestos y limitaciones asociadas con los datos.</p>		
<p>2.2 a En comparación con los años anteriores, describa las inversiones adicionales del gobierno comprometidas a los programas nacionales en el próximo período de ejecución, que se realizarán para acceder a la totalidad del monto asignado del Fondo Mundial en relación a los compromisos de voluntad de pago. Especifique claramente las intervenciones o actividades que serán financiadas con los recursos adicionales del gobierno, e indique cómo se dará seguimiento y reportará la materialización de esto.</p> <p>Voluntad de pago.</p> <p>Como se observa en el Cuadro 2.1 el Estado Plurinacional de Bolivia a través del Ministerio de Salud se comprometió a aumentar el presupuesto del Programa Nacional Contra la Tuberculosis con recursos públicos en 1,030,000 millones de dólares para el periodo en el que se desarrolle el proyecto. Es importante mencionar que estos recursos adicionales representan el 10.8% en promedio de las fuentes internas. Por otro lado para el 2020 se ha considerado que estos recursos adicionales destinados a cubrir la voluntad de pago se queden permanentemente para el programa y de esta manera dar continuidad y sostenibilidad a las intervenciones financiadas con estos recursos (Ver Cuadro 2.5)</p> <p style="text-align: center;">CUADRO 2.5 Voluntad de pago (2016-2019) – En dólares</p>		

Detalle gastos	Año	Fuentes Internas	Voluntad de Pago	%	Total
Gastos devengados	2011	1.840.906			1.840.906
	2012	1.983.671			1.983.671
	2013	2.078.551			2.078.551
	2014	2.433.802			2.433.802
Gastos presupuestados	2015	2.522.549			2.522.549
Gastos estimados en base a compromisos de capacidad de pago	2016	2.737.433	141.238	4,9%	2.878.671
	2017	3.173.885	223.933	6,6%	3.397.818
	2018	3.271.660	424.791	11,5%	3.696.451
	2019	3.374.323	300.842	8,2%	3.675.165
	2020	3.482.119			3.482.119
Total gastos	2011-2020	26.898.898	1.090.804		27.989.702

FUENTE: Ministerio de Salud y Ministerio de Economía y Finanzas Públicas

Intervenciones.

La voluntad de pago establecida para cubrir la contraparte nacional al proyecto con recursos públicos se enfoca principalmente a cubrir las necesidades que se tiene en la adquisición de medicamentos de segunda línea y en servicios hospitalarios para los pacientes que TB-DR y RAFAs. (Ver Cuadro 2.6)

CUADRO 2.6
Intervenciones con la voluntad de pago (2016-2019) – En dólares

Intervención	2016	2017	2018	2019	2016-2019
Medicamentos de segunda línea	44.939	39.322	184.970	156.068	425.299
Pago de fletes y almacenamiento	2.247	1.966	9.248	7.803	21.265
Costos de desaduanización	11.909	10.420	49.017	41.358	112.704
Control de calidad de los medicamentos	225	197	926	781	2.129
Pago por servicios de atención especializada médica, exámenes de gabinete, medicamentos complementarios y/o hospitalización para pacientes TB-DR.	14.483	30.414	31.934	16.766	93.597
Pago por servicios de atención especializada médica, exámenes de gabinete, medicamentos complementarios y/o hospitalización para pacientes RAFA.	67.435	141.614	148.695	78.065	435.809
Total intervenciones	141.238	223.933	424.791	300.842	1.090.804

FUENTE: Ministerio de Salud y Ministerio de Economía y Finanzas Públicas

Sostenibilidad.

La respuesta nacional a la Tuberculosis según los resultados obtenidos muestra una dependencia importante de los recursos de cooperación internacional, en este contexto la estrategia de sostenibilidad en el país se orienta a reducir dicha dependencia y generar un proceso de institucionalización de recursos públicos según los diferentes niveles de gestión de forma gradual según las competencias establecidas en la Ley Marco de Autonomías y Descentralización N° 031 de 19 de julio de 2010. Para poder apoyar a los Gobiernos Municipales y Departamentales existe una actividad de abogacía dentro de la Nota Conceptual que impulsará y apoyará a que puedan invertir en esta enfermedad.

Seguimiento

Para realizar el seguimiento de las intervenciones financiadas por el gobierno central con recursos públicos **adicionales** (establecidos en los compromisos realizados en la voluntad de pago), se utilizarán los reportes administrativos y financieros de las ejecuciones presupuestarias del Programa Nacional Contra la Tuberculosis a través de la plataforma denominado Sistema Integrado de Gestión y Modernización Administrativa (SIGMA) pre establecida por el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. Es importante mencionar que en la estructura de este reporte puede observarse diferentes variables de seguimiento como ser: la fecha en que se consulta el reporte, la gestión del reporte, la unidad ejecutora, la partida del gasto, fuente de financiamiento, organismo financiador, momento contable, porcentaje de ejecución, fecha de la transacción y detalle de la actividad que se encuentra en otra ventanilla de este sistema (Ver Figura 2.3).

FIGURA 2.3

Ejemplo: Reporte SIGM

0046 Ministerio de Salud										
Dir Adm 02 DIRECCION GENERAL ASUNTOS ADMINISTRATIVOS										
U.E. 041 PROG. DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ROEDORES										
TOTAL Ue	041	PROG. DE ENFERMEDADES TRA	1.000.000,00	-1.889,00	998.111,00	202.871,53	795.239,47	20.3255	202.871,53	0,00
U.E. 042 PROG. DE VIGILANCIA Y CONTROL NACIONAL DE TUBERCULOSIS										
Programa 10 UNIVERSALIZACION Y EQUIDAD DEL ACCESO AL SISTEMA DE SALUD										
Proyecto 0000 GRATUIDAD DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES										
Act. 003 GRATUIDAD DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES										
Fuente 42 Transferencias de Recursos Específicos										
Org.	Objeto del Gasto	E.T.	Ppto.Inicial	Mod.Presup.	Ppto.Vigente	Devengado	Saldo al Presupuesto	% Ejec.	Pagado	Deuda Flotante
230 211	Comunicaciones	0000	120.000,00	-100.000,00	20.000,00	4.772,10	15.227,90	23,8605	4.772,10	0,00
230 212	Energía Eléctrica	0000	14.800,00	-7.000,00	7.800,00	0,00	7.800,00	0,0000	0,00	0,00
230 214	Telefonia	0000	36.000,00	0,00	36.000,00	14.128,04	21.871,96	39,2448	14.128,04	0,00
230 22110	Pasajes al Interior del País	0000	450.600,00	-430.600,00	20.000,00	19.749,00	251,00	98,7450	19.749,00	0,00
230 22120	Pasajes al Exterior del País	0000	7.000,00	-7.000,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	0,00
230 22210	Viáticos por Viajes al Interior del País	0000	375.452,00	-345.866,00	29.586,00	27.128,80	2.457,20	91,6947	27.128,80	0,00
230 22220	Viáticos por Viajes al Exterior del País	0000	11.968,00	-11.968,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	0,00
230 223	Fletes y Almacenamiento	0000	113.500,00	-40.000,00	73.500,00	55.747,60	17.752,40	75,8471	55.747,60	0,00
230 231	Alquiler de Edificios	0000	13.200,00	-13.200,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	0,00
230 232	Alquiler de Equipos y Maquinarias	0000	5.000,00	-5.000,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	0,00
230 224	Otros Alquileres	0000	13.700,00	7.900,00	21.600,00	8.400,00	13.200,00	38,8889	8.400,00	0,00
230 24110	Mantenimiento y Reparación de Inmuebles	0000	14.000,00	-14.000,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	0,00
230 24120	Mantenimiento y Reparación de Vehículos Ma	0000	57.490,00	-50.000,00	7.490,00	0,00	7.490,00	0,0000	0,00	0,00
230 25120	Gastos Especializados por Atención Médica y	0000	342.000,00	0,00	342.000,00	108.557,28	233.442,72	31,7419	108.272,28	285,00
230 253	Comisiones y Gastos Bancarios	0000	10.000,00	0,00	10.000,00	0,00	10.000,00	0,0000	0,00	0,00
230 255	Publicidad	0000	105.000,00	-90.000,00	15.000,00	15.000,00	0,00	100,0000	15.000,00	0,00
230 256	Servicios de Imprenta, Fotocopiado y Fotogr	0000	252.740,00	912,00	253.652,00	240.834,22	12.817,78	94,9467	240.834,22	0,00
230 26610	Servicios Públicos	0000	1.000,00	0,00	1.000,00	0,00	1.000,00	0,0000	0,00	0,00
230 26690	Otros	0000	16.900,00	-8.900,00	10.000,00	0,00	10.000,00	0,0000	0,00	0,00
230 31120	Gastos por Alimentación y Otros Similares	0000	11.200,00	0,00	11.200,00	10.050,00	1.150,00	89,7321	10.050,00	0,00
230 321	Papel	0000	8.900,00	-8.900,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	0,00
230 322	Productos de Artes Gráficas	0000	3.400,00	0,00	3.400,00	0,00	3.400,00	0,0000	0,00	0,00
230 333	Prendas de Vestir	0000	0,00	10.000,00	10.000,00	0,00	10.000,00	0,0000	0,00	0,00
230 34110	Combustibles, Lubricantes y Derivados para C	0000	15.334,00	-4.824,00	10.510,00	4.869,20	5.640,80	46,3292	4.869,20	0,00
230 342	Productos Químicos y Farmacéuticos	0000	3.009.511,00	1.046.751,00	4.056.262,00	3.555.727,03	500.534,97	87,6602	3.555.727,03	0,00
230 343	Llantas y Neumáticos	0000	0,00	8.000,00	8.000,00	6.300,00	1.700,00	78,7500	6.300,00	0,00
230 391	Material de Limpieza	0000	3.350,00	-3.350,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	0,00
230 394	Instrumental Menor Médico-Quirúrgico	0000	303.000,00	0,00	303.000,00	0,00	303.000,00	0,0000	0,00	0,00

(2015) – En bolivianos

FUENTE: Ministerio de Salud

Recursos Humanos.

En la gestión 2014, el Proyecto contaba con 25 consultores, tanto a nivel nacional como departamental, a continuación se describe el proceso de absorción,

- Nacional. 2 personas en proceso de absorción y 2 personas se solicita la extensión del contrato durante el proyecto.
- INLASA. 1 persona en proceso de absorción.
- Departamental. 8 personas en proceso de absorción por parte de los SEDES, 5 concluyeron su contrato y no existe el compromiso de absorción y 7 se solicita extensión en la nueva fase del proyecto.

Como se podrá observar de las 25 personas que se contrataron en el proyecto 9 se solicita su extensión para la nueva fase del proyecto 11 fueron absorbidas con recursos públicos y 5 no se tiene financiamiento todavía.

2.2 b Proporcione una evaluación de la integridad y fiabilidad de los datos financieros presentados, incluidos posibles supuestos y limitaciones asociadas con los datos.

Fuentes de Información.

Con respecto a las fuentes de información para realizar la parte financiera de la presente nota conceptual, fue necesario distinguir claramente, por un lado, los conceptos que permiten analizar el financiamiento del consumo de bienes y servicios relacionados a combatir la tuberculosis y por el otro lado los procesos de recopilación de datos. Los esquemas de financiamiento son las categorías que nos permiten analizar el financiamiento del consumo de bienes y servicios, pero las categorías que permiten la sistematización y recolección de los datos utilizados para estimar los recursos destinados a combatir la tuberculosis son los agentes de financiamiento y los proveedores de servicios. Para tal efecto se realizó la siguiente cronología:

- Mapeo e identificación de todas las entidades públicas, privadas y agencias de cooperación bilateral y multilateral, así como también de ONG y fundaciones que consumieron bienes y servicios relacionados con la Tuberculosis.
- Se realizó la solicitud de información a los responsables de las entidades mapeadas anteriormente.
- Se procesó y sistematizó la información recolectada de todas las entidades en una base de datos en formato EXCEL.
- Para la parte del gasto se realizó el control de calidad respectivo de la base de datos con el objetivo de no tener doble contabilidad.
- Para la parte del costeo de las intervenciones se utilizó los precios unitarios de mercado y cantidades que se necesitan.

- Posteriormente se generó cuadros de salida y matrices para realizar el análisis correspondiente de la información procesada.

SECCIÓN 3: SOLICITUD DE FINANCIAMIENTO AL FONDO MUNDIAL

En esta sección se detalla la solicitud de financiamiento y cómo se orienta estratégicamente la inversión para lograr una mayor repercusión sobre la enfermedad y los sistemas de salud. Se debe incluir un análisis de las deficiencias programáticas principales que conforman la base de priorización de la solicitud. En la herramienta modular (tabla 3) se organiza la solicitud para vincular con claridad los módulos seleccionados de las intervenciones a las metas y los objetivos del programa, los cuales a su vez están asociados con indicadores, metas y costos.

3.1: Análisis de las deficiencias programáticas

Se debe llevar a cabo un análisis de las deficiencias programáticas para los módulos de prioridad (entre tres y seis) incluidos en la solicitud de financiamiento del solicitante.

Rellene la tabla de deficiencias programáticas (tabla 2) donde se detallen los módulos de prioridad cuantificables dentro de la solicitud de financiamiento del solicitante. Asegúrese de que los niveles de cobertura de los módulos de prioridad seleccionados sean coherentes con los objetivos de cobertura de la sección D de la herramienta modular (tabla 3).

Para cualquier módulo de prioridad seleccionado que sea difícil de cuantificar (es decir, módulos que no prestan servicios), explique de forma narrativa las deficiencias, los tipos de actividades que están en marcha, las poblaciones o los grupos involucrados y las fuentes de financiamiento y deficiencias actuales.

El proceso de elaboración de Plan Estratégico Multisectorial 2016-2020, proceso desarrollado por el PNCT de manera conjunta para comprometer la apropiación del plan y la óptima implementación del mismo, con el objetivo de dar continuidad a los esfuerzos y acciones emprendidas para el abordaje de la TB en el país.

Este proceso fue el escenario para el desarrollo del análisis de las brechas programáticas mismas que fueron llevadas a la reunión consulta nacional que nos ha permitido identificar prioridades a tener en cuenta para el desarrollo de la Nota Conceptual.

En Bolivia la incidencia por TB es alta, aún existen brechas, ya que no se detectan:

- 15,2% (15.845) de los Sintomáticos Respiratorios.
- 41,8% (5.428 casos) de los casos de TB-TSF
- 60,5% (95 casos no detectados) de los casos de TB-DR

Si bien las cohortes de tratamientos muestran que las metas de Éxito de tratamiento son alcanzadas, existen altas tasas de abandono 4,5% (245/5.419) y de recaídas 3,7% (201/5.419).

El 23% (1.742 pacientes) de los casos de TB desconoce su estado serológico, 68% recibe TARV, el 48% recibe TPC y no se registra PVS con TPI (Datos reportados al Global TB – Report 2014), sin embargo el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA/HV reporta que el 13,6% (667/4876) reciben TPI.

Teniendo en cuenta la situación epidemiológica de Bolivia, las debilidades identificadas en las misiones de OPS, CLV regional y el Fondo Mundial.

Las intervenciones de la nota conceptual están orientadas a dar respuesta a las deficiencias programáticas, con intervenciones específicas en los siguiente módulos:

Modulo 1: Atención y prevención de Tuberculosis.

Modulo 2: Paquete para TB DR

Modulo 3: Tuberculosis/VIH;

Modulo 4: FSS Seguimiento y evaluación

Modulo 5: Gestión del Programa.

Para la implementación de la presente nota conceptual se realizó **estratificación de los municipios** conforme a la carga de TB, de manera a implementar intervenciones específicas y diferenciadas orientadas a acelerar el ritmo de reducción de la incidencia conforme a las metas del PEM (Tasa de Incidencia de 55/100.000 casos de TB-TSF al 2020).

En la nota conceptual se plantean estrategias diferenciadas priorizando los municipios de muy alta carga y alta carga así como la población penitenciaria, la cual posee una incidencia 11,3 veces superior a la media del país.

Los resultados obtenidos con esta priorización, orientan a realizar abordajes diferenciados en las intervenciones, tanto en aspectos técnicos como financieros. Para un abordaje efectivo y diferenciado se realizó una priorización conforme a la carga de enfermedad, cuyo producto es:

Municipios priorizados por la carga enfermedad:

- **Municipios con muy alta carga** (>300 casos): 4 municipios que notificaron un total de casos de 3.516 casos de TB-TSF en el año 2014, con una población estimada de 3.929.223 y una tasa de incidencia de 89,5 casos de TB - TSF por 100.000 habitantes y corresponden a los municipios: Santa Cruz, La Paz, El Alto, y Cochabamba.
- **Municipios con alta carga** (50 – 300 casos): 19 municipios que notificaron un total de casos de 1.998 casos de TB -TSF en el año 2014, con una población de 2.284.448 y una tasa de incidencia de TB-TSF de 87,5 casos por 100.000 habitantes y corresponden a los municipios: Sucre, La Asunta, Caranavi, Quillacollo, Sacaba, Villa Tunari, Puerto Villaroel, Entre Rios, Oruro, Potosi, Tarija, Yacuiba, Cotoca, La Guardia, Warnes, Yapacani, Montero, Trinidad y Riberalta.
- **Municipios con carga moderada** (11 – 49 casos): 60 municipios que notificaron un total de 1.427 casos de TB – TSF en el año 2014, una población de 1.789.486 y una tasa de incidencia de TB – TSF de 79,7 casos por 100.000 habitantes.
- **Municipios con baja carga o silenciosos** (0 a 10 casos): 254 municipios que notificaron un total de casos de 629 casos de TB- TSF en el año 2014, una población de 2.678.204 y una tasa de incidencia de TB – TSF de 23,5 casos por 100.000 habitantes.

(ANEXO 13 PEM Tuberculosis 2016-2020)

Las intervenciones serán priorizadas en 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.

Centros Penitenciarios, Bolivia cuenta con 22 cárceles y carceletas, con una población carcelaria fluctuante de 12.122 PPL, con una incidencia de TB de 882,9 casos por 100.000 habitantes.

Las acciones serán priorizadas en las cárceles con mayor carga de enfermedad, mayor población y condiciones de hacinamiento: Palmasola, 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; Mocovi del departamento de Beni y El Abra, San Sebastián 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.

Cabe resaltar, que los centros penitenciarios con mayor incidencia son Mocovi del departamento de Beni (3935,2/100.000), Montero de Santa Cruz, (3.125/100.000), San Antonio del departamento de Cochabamba (1415/100.000) y Palmasola de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra (1236,7/100000).

3.2 Solicitud de financiamiento del solicitante

Proporcione una descripción general y estratégica de la solicitud de financiamiento al Fondo Mundial, que incluya la inversión propuesta del monto asignado y del monto por encima de lo asignado. Describa cómo la solicitud aborda las deficiencias y las desigualdades descritas en las secciones 1, 2 y 3.1. Si el Fondo Mundial está financiando programas vigentes, explique cómo se adaptarán para maximizar su repercusión.

La Nota Conceptual del Estado Plurinacional de Bolivia se basa en el Plan Estratégico Multisectorial de control de la Tuberculosis en Bolivia 2016 – 2020, alineado al Plan Mundial "Fin de la TB" 2016 - 2025, el cual fue altamente participativo e incluyente, con valiosos aportes de los diferentes sectores, de manera a asegurar y comprometer la apropiación del plan, la cooperación multisectorial y la óptima implementación del mismo, con el objetivo de dar continuidad a los esfuerzos y acciones emprendidas para el abordaje de la TB en el país

Las intervenciones de la nota conceptual están orientadas a dar respuesta a las deficiencias programáticas, las desigualdades en el abordaje de la TB y derechos humanos, enfocándose en las metas del país para la detección de casos de TB y TB – DR, la co-infección TB – VIH, el éxito de tratamiento, la prevención y participación comunitaria, con intervenciones específicas en 4 módulos:

La solicitud al Fondo Mundial en la presente Nota Conceptual asciende a 10.7 millones de dólares, de los cuales el mayor presupuesto se destinará al módulo TB-DR detección de casos y diagnóstico con el 41.2% (4.4 millones de dólares), seguido por la atención y prevención de la tuberculosis con el 28% (3 millones de dólares). Es importante mencionar que el módulo de gestión de programas comprende tanto las actividades relacionadas con el Receptor Principal como del Programa de Tuberculosis, dentro de este último se encuentra contemplado los recursos humanos que se piden la extensión (2 de nivel central y 5 del nivel departamental), así como también se solicita la

contratación de 15 puntos focales en Hospitales de segundo y tercer nivel de atención donde se tiene una mayor carga de la enfermedad, este módulo asciende a 2.1 millones de dólares y representa el 19.9%. El módulo de seguimiento y evaluación donde está contemplado el estudio de prevalencia y otras actividades presenta un costo de 922 mil dólares y representa el 8.6% del total. El módulo de TB/VIH representa el 2.3% del total (Ver Cuadro 3.1)

CUADRO 3.1
Módulos e intervenciones de la Nota Conceptual (En dólares)

Módulo	2016	2017	2018	2019	2016-2019	%
Atención y prevención de la tuberculosis	413.841	1.163.119	833.102	590.585	3.000.647	28,0%
Detección de casos y diagnóstico	187.732	696.599	360.967	423.534	1.668.831	15,6%
Poblaciones clave afectadas	70.503	104.928	107.724	23.074	306.229	2,9%
Prestación de servicios de atención de la tuberculosis en la comunidad	155.607	361.593	364.411	143.976	1.025.587	9,6%
FSS - Seguimiento y evaluación		469.821	421.682	31.045	922.549	8,6%
Análisis, revisión y transparencia		360.547	360.547		721.095	6,7%
Presentación de informes rutinaria		109.274	61.135	31.045	201.455	1,9%
Gestión de Programas	318.654	714.433	719.506	378.069	2.130.662	19,9%
Gestión de subvenciones	157.271	404.404	395.288	221.636	1.178.600	11,0%
Políticas, planificación, coordinación y gestión	161.383	310.029	324.218	156.433	952.063	8,9%
TB – DR, detección de casos y diagnóstico	614.619	1.933.805	1.185.569	677.606	4.411.600	41,2%
Detección de casos y diagnóstico: TB-MR	125.398	1.030.596	289.536	256.470	1.702.001	15,9%
Prevención de la TB-MR		192.245	333.098	14.228	539.571	5,0%
Tratamiento: TB-MR	489.221	710.964	562.935	406.908	2.170.028	20,3%
Tuberculosis/VIH		94.439	60.153	90.705	245.297	2,3%
Intervenciones conjuntas en tuberculosis/VIH		94.439	60.153	90.705	245.297	2,3%
Total	1.347.115	4.375.618	3.220.012	1.768.011	10.710.756	100%

MODULO 1: ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS:

Este componente está orientado a mejorar substancialmente la tasa de detección de casos de TB, con la búsqueda intensiva de SR, diagnóstico, tratamiento oportuno, seguimiento de casos de TB y control de contactos, a través de 3 abordajes diferenciados:

- Mejora en la detección y tratamiento de los casos
- Optimización en el diagnóstico laboratorial de la TB
- Actividades de fortalecimiento a la sociedad civil y organizaciones de afectados por TB

CUADRO 3.2
Intervenciones y actividades del Módulo 1 (En dólares)

Intervención	Descripción de la actividad	2016	2017	2018	2019	2016-2019
Detección de casos y diagnóstico	Actualización del manejo clínico programático de la TB pediátrica; Taller de actualización y validación de la normativa de Tuberculosis; Impresión de la normativa actualizada de Tuberculosis; Impresión de formularios y libros modificados de acuerdo a la nueva normativa; Taller de actualización en la normativa a personal de salud a nivel departamental y municipal.; Capacitación de actualización a nivel departamental por los facilitadores según diagnóstico de acuerdo al desempeño del personal de salud con metodología modular; Impresión de módulos y certificados ; Capacitación rotación del personal en centros modelo; Impresión del Plan Estratégico multisectorial para el control de Tuberculosis 2016 - 2020; Distribución del Plan estratégico multisectorial para el control de Tuberculosis 2016 - 2020; Actualización en el SALMI SIAL; Taller de capacitación para el envío y recepción de información.; Fortalecer el sistema de supervisiones capacitantes por niveles de atención y gestión (nivel nacional al departamental); Fortalecer el sistema de supervisiones capacitantes por niveles de atención y gestión (departamental a coordinación de red); Fortalecer el sistema de supervisiones capacitantes por niveles de atención y gestión (Coordinación de red a establecimiento de salud); Fortalecer el sistema de supervisiones capacitantes por niveles de atención y gestión (Nivel nacional a establecimiento de salud por muestreo); Fortalecimiento del diagnóstico de TB-DR con métodos rápidos (3 Gene Xpert MTDR RIF, GenoType, 1 MGIT) en el eje troncal; Cartuchos para Gene Xpert MTDR RIF para PPL y VIH; Mantenimiento de equipos de diagnóstico rápido; Capacitación de equipos de diagnóstico rápido; Taller de actualización al personal de salud en la nueva normativa e instrumentos de TB-DR ; Taller de actualización y validación de los Nuevos Instrumentos de Registro y Guía RAFA; Estudio CAP en Tuberculosis.;	187.732	696.599	360.967	423.534	1.668.831
Prestación de servicios de atención de la tuberculosis en la comunidad	Equipos de sonido para las ferias de salud para equipos departamentales.; Desarrollar eventos de sensibilización para la promoción de hábitos saludables en la población; Desarrollar eventos continuos de capacitación y actualización a pacientes, ex pacientes y personal de salud en el componente DOTS comunitario.; Taller de actualización y validación de la Guía de Autoayuda para pacientes.; Impresión y socialización de la Guía de Autoayuda; Reuniones mensuales de autoayuda de pacientes y familiares en primer nivel; Taller de actualización y validación de la Guía de promotores de salud; Impresión y socialización de la Guía de promotores de salud; Capacitación a promotores de salud a nivel local y municipal; Plan Nacional de Comunicación (Elaboración); Plan Nacional de Comunicación (Validación); Plan Nacional de Comunicación (Presentación); Plan Nacional de Comunicación Impresión);	155.607	361.593	364.411	143.976	1.025.587
Poblaciones clave afectadas	Realización de Ferias de Salud en Recintos Penitenciarios; Formación de Promotores en Salud en PPL; Reuniones de Auto Ayuda para pacientes PPL; Actualización de la Guía de PPL; Impresión de la Guía de PPL; Compra de mochilas y poleras para promotores en PPL; Adquisición de transportadores de muestra; Taller de capacitación para el envío y recepción de información.; Plan Nacional de Comunicación distribución); Taller de capacitación para el envío y recepción de información.; Taller de capacitación para el envío y recepción de información.;	70.503	104.928	107.724	23.074	306.229

INTERVENCIÓN 1 - Detección y diagnóstico de casos de TB:

Bolivia tiene una alta carga e incidencia de TB. Si bien entre los años 2010 al 2012 se observa un incremento de 30% por año para los SR y de 33,2% por año de baciloscopías de diagnóstico, el número de SR es aún insuficiente; en el 2012 por cada caso de TB BK+ diagnosticado solo se examinan 15 SR. Además, se ha observado una brecha de casos de TB no diagnosticados o no notificados en relación a lo estimado por OPS/OMS, siendo que el 72% de los mismos correspondieron a 23 municipios del país. Esto podría deberse a varias situaciones, entre las cuales se ha observado una limitada coordinación entre los diferentes programas a nivel local, que impide la atención integral del individuo y la falta de organización de los establecimientos de salud para la identificación del SR de una manera transversal, actividad que actualmente está centrada en el responsable de TB.

Se pretende organizar los establecimientos de salud para la óptima detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos, así como la búsqueda de contactos a través de la implementación de paquetes de atención de pacientes con TB, con énfasis en los municipios priorizados 4 de muy alta carga y 19 de alta carga, de manera a implementar la búsqueda intensiva de los SR en el marco del triage para enfermedades respiratorias y de manera transversal en los servicios de salud.

Se plantea la implementación de la Estrategia de ciclos cortos de la calidad en TB, de manera a lograr la efectiva implementación de las acciones de prevención y control de la enfermedad, a través de análisis trimestrales de las acciones, permitiendo compartir experiencias del equipo de trabajo y ajustar las debilidades de manera continua.

A.A nivel Central

- Reuniones de abogacía con autoridades de los 9 departamentos (Director de SEDES, responsable de planificación, unidad de epidemiología, programas departamentales, responsable de redes de salud y epidemiólogos) para lograr la efectiva implementación de las actividades de detección de SR, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, búsqueda de contactos y abordaje de la TB en niños en todos los establecimientos de salud.
- Reunión de abogacía con autoridades Ministeriales, de manera que: i) la TB y TB-DR sean

identificados como un indicador de gestión; ii) el estado incorpore a los RRHH contratados por el FM en el marco del Plan de Absorción de RRHH a nivel nacional y departamental y iii) la inclusión de nuevos RRHH necesarios para optimizar la implementación de las actividades de prevención y control de la TB.

- Reunión de abogacía en forma conjunta del equipo del PNCT, Directores de los SEDES y los jefes departamentales de TB con los responsables de la FAM (Federación de Asociaciones Municipales de Bolivia) de manera a gestionar recursos económicos para las actividades de prevención y control de la TB a través de sus POAs, así como para garantizar la permanencia de los RRHH capacitados en TB, tanto en los establecimientos de salud como en los laboratorios para lograr la continuidad de las acciones que permitan el logro de las metas.
- Elaboración y validación de un paquete de atención en TB, TB-DR, TB-VIH y comorbilidades por nivel de atención, a ser implementados en los establecimientos de salud. Este paquete será elaborado en forma conjunta por los equipos técnicos de: el PNCT, el Comité Nacional Interprogramático de Co-infección TB-VIH, el Comité Nacional Asesor de TB, el Comité Nacional de TB-DR y responsable del Programa Nacional de Enfermedades no Transmisibles. El paquete de atención de pacientes con TB incluye la búsqueda del SR, el diagnóstico por baciloscopia, cultivo y PSD, comorbilidades (diabetes), el tratamiento y seguimiento del paciente, así como la búsqueda de contactos.
- Revisión, evaluación y adaptación de la Estrategia basada en los ciclos cortos de atención de calidad para la TB (desarrollada como piloto en los municipios de El Alto, Chulumani, Sucre y Cercado en 2008) a implementar en los hospitales de los municipios de muy alta carga y secuencialmente en los municipios de alta carga. La estrategia basada en los ciclos cortos de atención de TB permitirá la óptima implementación de los paquetes de atención. Se conformaran equipos multidisciplinarios que trabajaran objetivos, estándares e indicadores comunes, un paquete de cambio, aprendizaje compartido, mejores prácticas, competencias amistosas y diseminación rápida para el trabajo en nuevos equipos.
- Designación y capacitación de un responsable a nivel nacional para la implementación de los ciclos cortos de atención de calidad.
- Evaluación de la implementación de la Estrategia basada en los ciclos cortos de atención de calidad, en los hospitales de los municipios de muy alta carga. Durante la evaluación se pretende identificar si la estrategia ha mejorado los indicadores de detección, diagnóstico y tratamiento, y si ha tenido limitantes en su aplicación de manera a realizar los ajustes para su aplicación secuencial en los hospitales de los 19 municipios de alta carga.
- Revisión, actualización e impresión de las Normas de TB, TB en niños, TB-DR, TB-VIH y TB - comorbilidades que incluye las responsabilidades por nivel de atención para la efectiva implementación de las normas y paquete de atención al paciente.
- Talleres de actualización en la normativa de TB, TB-DR, TB-VIH y comorbilidades dirigido a médicos del nivel departamental.
- Talleres de capacitación en la implementación de los paquetes de atención en TB, TB-DR, TB-VIH y co-morbilidades dirigido a los representantes del nivel departamental para la difusión al nivel local.
- Monitoreo de la implementación de los paquetes de atención a pacientes de TB y de los ciclos de atención de calidad en TB en municipios priorizados a nivel departamental.
- Supervisión bianual del nivel central al nivel departamental, con instrumentos elaborados para el efecto.
- Participación del equipo de TB del nivel central en los Comités de Análisis de información (CAI) de los 9 departamentos.
- Evaluación anual del Programa de TB con participación del nivel nacional, los 9 departamentos y aliados estratégicos (sociedad civil, régimen penitenciarios, Fuerzas Armadas, ASPACONT).
- Socialización de las actividades del PNCT, a través de la unidad de comunicación.

B. nivel de los Departamentos

- Reuniones de socialización y coordinación con las autoridades del nivel departamental, responsable de la coordinación de red a nivel departamental, coordinadores de red y responsables de establecimientos de salud en coordinación con el PNCT, para lograr la efectiva implementación de las actividades de detección de SR, diagnóstico tratamiento y seguimiento de los pacientes con TB, así como la búsqueda de casos de TB en los establecimientos de salud de muy alta carga y alta carga, a través de los paquetes de atención.
- Talleres de capacitación para la implementación de los paquetes de atención del paciente con TB, incluyendo la captación del SR, dirigido a los responsables de Tuberculosis a nivel

de los establecimientos de salud de municipios de muy alta y alta carga.

- Elaboración, validación, impresión y difusión de materiales de información y flujogramas para la identificación del sintomático respiratorio.
- Talleres de capacitación coordinados por el nivel departamental, dirigido a médicos de los establecimientos de salud en la norma de TB, TB – DR, TB-VIH y comorbilidades.
- Talleres de capacitación coordinados por el nivel departamental, dirigido a médicos pediatras de los establecimientos de salud en la norma de TB en niños.
- Designación y capacitación de un responsable a nivel departamental para la implementación de los ciclos cortos de atención de calidad.
- Implementación de la Estrategia basada en los ciclos cortos de atención de calidad, en los municipios de muy alta carga, que permitirá el desarrollo de los paquetes de atención en los hospitales de los mencionados municipios. Esta estrategia se iniciará en los municipios de Muy alta carga (La Paz, EL Alto, Santa Cruz de la Sierra y Cochabamba) y luego será implementada secuencialmente en los 19 municipios de alta carga.
- Abogacía con representantes departamentales y directores de SEDES para incluir indicadores de gestión en las reuniones mensuales de análisis de información (CAI).
- Reunión del Comité de Análisis de Información (CAI) departamental con participación del nivel central y las coordinaciones de red para socializar y analizar la información.
- Supervisiones bi - anuales del nivel departamental al nivel local, con instrumentos elaborados para el efecto.
- Monitoreo de la implementación de los paquetes de atención en todos los establecimientos de salud y de la Estrategia de ciclos cortos de atención de calidad en tuberculosis en los municipios de muy alta carga y alta carga.
- Retroalimentación de los resultados del monitoreo a nivel local y departamental.

C. A nivel local

C. 1 Establecimientos de salud de municipios priorizados de muy alta carga y alta carga:

Los 4 municipios de muy alta carga junto con los 19 municipios de alta carga concentran el 72,8% (5514/7572) de los casos de TB-TSF del país, y concentran el 58,6% (6.233.671/10.598.035) de la población del país, con una incidencia de 89,5 por 100.000 habitantes y los de alta carga con una tasa de incidencia de 87,5 por 100.000 habitantes.

En estos municipios se encuentran las capitales departamentales y otras grandes ciudades. Se implementaran estrategias orientadas a la búsqueda intensiva de casos, tratamiento oportuno y seguimiento del paciente.

A continuación se describen las intervenciones para estos municipios:

- reuniones de socialización y coordinación con el equipo de salud de cada establecimiento, con la designación de responsabilidades y flujos de atención, para la implementación de los paquetes de atención de pacientes con TB de manera a lograr la efectiva implementación de las actividades de detección de SR, diagnóstico, tratamiento, seguimiento de casos, así como la búsqueda de contactos en todos los establecimientos de salud.
- Talleres de capacitación para la implementación de los paquetes de atención del paciente con TB dirigido al personal de salud de los establecimientos.
- Implementación de los paquetes de atención, que incluye: i) elaboración de flujos de atención del SR y detección de casos, ii) la organización del establecimiento de salud para la identificación del SR, al ingreso del paciente al establecimiento de salud y en los consultorios; iii) diagnóstico laboratorial con baciloscopía, cultivo según normas y/o geneXpertTB/RIF en caso de pacientes elegibles; iv) CTV, glicemia periférica a todo paciente con TB; v) inicio del tratamiento con medicamentos anti-TB de primera o segunda línea conforme al resultado laboratorial, v) evaluación por asistente social/sicólogo/enfermera para identificar riesgo de abandono en servicio a través de un instrumento de evaluación elaborado para el efecto, vi) implementación del tratamiento directamente observado administrado en servicio o en la comunidad con apoyo de Promotores Voluntarios, v) aquellos pacientes con riesgo de abandono recibirán visitas de apoyo por parte de la sociedad civil capacitada para el efecto, de manera a asegurar la adherencia del paciente a la medicación, vi) Baciloscopias de control según normas al paciente de TB y TB-DR, vii) búsqueda activa en la comunidad y registro de contactos con apoyo de los promotores voluntarios de salud, viii) tratamiento TARV y TPC y atención de la TB en el niño.
- Programación anual: de SR, TB – TSF, TB - BK (+), Baciloscopias de diagnóstico y de control esperadas en los establecimientos de salud.
- Análisis mensual de las metas de la programación de SR, casos de TB, éxito de tratamiento, búsqueda de contactos y de la aplicación de los paquetes de atención en los

CAI de área.

- Implementación de la Estrategia basada en los ciclos cortos de atención de calidad. Reuniones en cada hospital para coordinación y designación de responsabilidades para la implementación de la estrategia. La misma será implementada inicialmente en los hospitales de los municipios de muy alta carga (La Paz, EL Alto, Santa Cruz de la Sierra y Cochabamba) y luego será implementada secuencialmente en los establecimientos de salud de los 19 municipios de alta carga.
- Monitoreo de la implementación de los paquetes de atención y de la Estrategia de ciclos cortos de atención de calidad en tuberculosis en los municipios priorizados.
- Retroalimentación de los resultados del monitoreo a nivel local y departamental.
- Supervisión de las coordinaciones de red 2 veces al año.
- Implementación de la estrategia de Grandes Ciudades adaptada al contexto nacional en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, la cual tiene la mayor carga de TB, mayor cantidad de casos de TB-DR, de co-infección TB-VIH, abandonos y recaídas. Se realizará el análisis de la situación para identificar las barreras de acceso a los establecimientos de salud de la población como ser PVS, hombres y mujeres trabajadoras, entre otras y elaborar planes específicos que incluyan estrategias para eliminar las dificultades de acceso identificadas e incrementar la búsqueda del SR, en el marco de la estrategia de grandes ciudades.
- Monitoreo de la implementación de la Estrategia de Grandes ciudades en Santa Cruz de la Sierra.

Los 23 municipios fueron producto de la priorización según carga de TB. (ANEXO 14: Municipios priorizados por la carga enfermedad).

C.2 Establecimientos de salud de municipios carga moderada:

Estos municipios de carga moderada que en general están situados cerca de las ciudades capitales o ciudades intermedias, cuyas poblaciones no exceden los 100.000 habitantes, concentran el 18,8% (1417/7572) de los casos del país, con una tasa de incidencia de 79,7 por 100.000 habitantes.

Muy pocos municipios cuentan con hospitales de segundo nivel y en general tienen centros y puestos de salud. En ellos se fortalecerán las acciones de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente.

- Reuniones de planificación departamental para la implementación de las actividades de prevención y control de la TB, TB-VIH y TB-DR.
- Rotación del personal de salud por los centros modelo (validados por la OPS) 2 veces al año.
- Programación anual de SR esperados, TB - TSF, TB- BK (+), baciloscopías de diagnóstico y seguimiento en los establecimientos de salud.
- Reuniones de organización del establecimiento de salud para la efectiva implementación de las actividades de TB, que incluirá: i) designación de responsables de búsqueda de SR, ii) definición y socialización de estrategias de envío de muestras para Baciloscopia, cultivo y PSD, iii) identificación de promotores voluntarios ya capacitados, líderes comunitarios, ex - pacientes, Organizaciones locales que puedan apoyar en el TDO.
- Reunión en cada establecimiento con líderes comunitarios, promotores voluntarios y Organizaciones locales identificados, para lograr su compromiso en el TDO, búsqueda de contactos. En esta reunión se mapeará y designará áreas de acción para el apoyo a las acciones de prevención y control de TB, se firmarán acuerdos y se socializará el manual del Promotor voluntario.
- Reuniones locales de seguimiento a las actividades realizadas por los promotores voluntarios, líderes comunitarios, ex - pacientes y organizaciones locales.
- Reuniones mensuales del CAI de área para el análisis de las metas de la programación de SR, casos de TB y baciloscopías, TDO, resultados de tratamiento, identificación de contactos con los establecimientos de la red de salud.
- Supervisión de las coordinaciones de red 2 veces al año.
- Reunión anual de Evaluación departamental.

Los 60 municipios fueron producto de la priorización según carga de TB. (ANEXO 14: Municipios priorizados por la carga enfermedad).

C 3. Establecimientos de salud de municipios de baja carga o sin casos notificados

Estos municipios de baja carga, se encuentran en áreas rurales que notificaron un total de casos de 629 casos de TB- TSF en el año 2014, una población de 2.678.204 y una tasa de incidencia de TB – TSF de 23,5 casos por 100.000 habitantes.

Muchos de estos municipios cuentan con muy poca población, producto de la migración interna a

grandes ciudades del país en busca de mejora laboral, mejor educación y calidad de vida. En estos municipios no hay hospitales, algunos tienen centros de salud y la mayoría puestos de salud, donde en general solo hay 1 o 2 auxiliares de enfermería, no cuentan con médicos ni licenciadas en enfermería.

El sistema de salud de Bolivia implementa el programa SAFCI/MI SALUD, este programa cuenta con equipos móviles conformados por profesionales de la salud, médicos, médicos especialistas, personal de enfermería y laboratoristas, que tienen asignado un distrito y son re-asignados a cada una de las zonas, barrios y comunidades. Los equipos móviles se desplazan a las comunidades, donde se reúnen con los representantes de las juntas vecinales o líderes locales con quienes coordinan para que les designen un lugar para la atención médica en horas de la mañana y en horas de la tarde realizan visita casa por casa, además realizan levantamiento de la información a través de carpetas familiares. Los médicos cuentan con una mochila con equipos básicos de atención (estetoscopio, tensiómetro, equipo de Eco Dopler, equipos de curación, de sutura y medicamentos). Para realizar acciones en los municipios baja carga y silenciosos se trabajara en coordinación con el Programa SAFCI/MI SALUD y el PNCT, para lo cual se implementaran las siguientes actividades:

- Coordinación del PNCT con el coordinador nacional de SAFCI/MI SALUD para la implementación de actividades de prevención y control de la TB.
- Alianzas estratégica con el Programa SAFCI/MI SALUD para la implementación de actividades conjuntas de detección y seguimiento de casos de TB a nivel comunitario.
- Reunión de coordinación con los responsables del Programa SAFCI/MI SALUD a nivel local.
- Capacitación de los equipos médicos del Programa SAFCI/MI SALUD a nivel local, para la prevención y control de la TB, lo cual incorporará la búsqueda del SR en las comunidades visitadas, así como la toma de muestras de esputo para que al final del día, sean transportadas a los laboratorios de la red.
- Incorporar en la mochila de los médicos de SAFCI/MI SALUD el documento de Bolsillo de las Normas de Control del Programa de TB, así como insumos para el diagnóstico (frascos de esputo) y recipientes para el transporte de los frascos bajo normas de bioseguridad.
- Reuniones de coordinación de los equipos médicos de SAFCI/MI SALUD con los responsables de puestos y centros de salud para referenciar pacientes y coordinar el seguimiento de los pacientes con TB identificados.
- Incorporar los indicadores seleccionados de TB en el instrumento de supervisión de del Programa SAFCI/MI SALUD.
- Retroalimentación del resultado de las supervisiones del equipo de Programa SAFCI/MI SALUD con el PNCT. (ANEXO 14: Municipios priorizados por la carga enfermedad).

D. Centros penitenciarios:

El informe de la Misión de Evaluación del PEM (ANEXO 15) de Bolivia ha identificado debilidades en cuanto a la situación de la TB en los centros penitenciarios, que se detallan a continuación:

- La incidencia en los centros penitenciarios es 11,3 veces superior a la observada en la población general
- La búsqueda de SR no está organizada, lo cual se traduce en una incidencia que se ha mantenido con mínimas variaciones en los últimos 5 años.
- Alto grado de transmisibilidad de la enfermedad al interior de los centros penitenciarios, 90% de los casos son TBP BK (+).
- Se observaron casos de re-infección en pacientes que terminaron su tratamiento con éxito y pasaron del régimen cerrado al régimen abierto.
- No todos los centros penitenciarios del país cuentan con pabellones de aislamiento para pacientes diagnosticados de TB.

Se han desarrollado la siguientes actividades en la presente Nota Conceptual dirigida a centros penitenciarios.

i) Establecer alianzas y acciones de incidencia con el Ministerio de Gobierno y Justicia para el abordaje de la TB en cárceles.

- Desarrollar e implementar un Plan de Abogacía, con acciones de incidencia con el Ministerio de Gobierno y Justicia y centros penitenciarios para el abordaje de la TB en cárceles.
- Implementación de actividades de TB en cárceles, a través del convenio interministerial entre el Ministerio de Salud y Ministerio de Gobierno.

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

- Elaboración de paquetes de atención al paciente con TB adaptado a la realidad de los centros penitenciarios de manera a mejorar la identificación de los SR y los casos de TB.

- Reuniones de abogacía e incidencia con autoridades de los centros penitenciarios de manera a contar con el apoyo del personal de salud de los mismos de manera a organizar la captación de los SR y la aplicación de los paquetes de atención en los pacientes con TB al interior de los mismos.
- Reuniones de coordinación entre de los SEDES, coordinaciones de RED y establecimiento de salud con los centros penitenciarios para fortalecer las actividades en salud y garantizar al diagnóstico y tratamiento oportuno de la TB.
- Reuniones de coordinación para la organización de la captación de los SR y aplicación de paquete de atención en los centros penitenciarios.
- Talleres de capacitación para el personal de salud de los centros penitenciarios para la aplicación del paquete de atención y la programación de SR esperados.
- Visitas de seguimiento semanal y mensual hasta que se implemente los paquetes de atención al paciente con TB.
- Actualización e impresión de la Guía de promotor PPL
- Identificación de promotores pares PPL para el apoyo de las actividades de control al interior de sus pabellones.
- Talleres de sensibilización y capacitación de promotores pares PPL para identificar SR y sensibilizar e incidir en los demás internos para el auto cuidado favoreciendo la consulta en caso de síntomas respiratorios y para apoyo a la adherencia a la medicación de TB.
- Compra de mochilas y poleras para promotores para personal de salud de los centros penitenciarios y PPL para apoyar las actividades de TB al interior de los centros penitenciarios.
- Establecimiento de un mecanismo de envío de muestras desde los centros penitenciarios hasta los laboratorios de diagnóstico, para ello se realizará compras de transportadores de muestras que reúnan estándares de bioseguridad y pago de combustible y/o contratación de servicios de courier para el transporte de muestras de baciloscopia y cultivo, PSD desde los centros penitenciarios a los laboratorios de la red.
- Monitoreo mensual del cumplimiento de los indicadores de TB.
- Visitas de seguimiento a los centros penitenciarios desde el nivel nacional 2 veces al año.
- Reuniones anuales de evaluación de las actividades de TB en recintos penitenciarios
- Pago de transporte para el personal de salud que realiza transferencia de pacientes con TB que salen en libertad, para garantizar la transferencia del paciente con TB.
- Apoyo con suplementos nutricional para el tratamiento de pacientes TB – TB-DR, con fondos del TGN y del FM.
- Realización de dos ferias anuales de salud en centros penitenciarios, en el día mundial de la TB y otra de actividades inter-programáticas con programas de VIH, enfermedades no transmisibles, orientadas a dar atención en salud, búsqueda de SR y testeo voluntario en los PPL. Esta actividad se realizará en los centros penitenciarios de mayor carga de TB.

iii) Fortalecer la vigilancia epidemiológica en centros penitenciarios para obtener información diferenciada en la población privada de libertad.

- Reuniones de socialización y talleres de capacitación en el llenado correcto de los cuadernos de registro de TB.
- Reuniones de coordinación para el establecimiento del flujo de la información en coordinación con los establecimientos de salud de referencia.
- Talleres de capacitación para el envío y recepción de la información.

iv) Abordaje de los Derechos Humanos y salud en los centros penitenciarios:

- Integrar las acciones de control de la TB a las acciones realizadas con apoyo de La Cruz Roja en los centros penitenciarios, capacitación de recursos humanos promotores PPL para una mejor atención en salud, específicamente primeros auxilios y a reducción del daño.
- Integrar las acciones de TB, en el marco de las actividades realizadas por UNODC, que capacita al personal que está en contacto con las PPL (personal de salud, personal administrativo, policías, personal de servicios generales) para que sean respetuosos de los derechos humanos de los reclusos, rehabilitación y reducción del daño.
- Reuniones de autoayuda para pacientes PPL con TB, de manera a asegurar la adherencia a la medicación.

CUADRO 3.3
Monto asignado y por encima (En dólares)

DETALLE	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%	2016-2019	%
Monto asignado	187.732	67,8%	696.599	88,7%	360.967	74,0%	423.534	93,4%	1.668.831	83,3%
Por encima del asignado	89.117	32,2%	88.759	11,3%	126.694	26,0%	29.865	6,6%	334.435	16,7%
Total	276.848	100%	785.358	100%	487.661	100%	453.399	100%	2.003.266	100%

INTERVENCIÓN 2: Diagnostico de la TB

La Misiones de OPS y CLV, (ANEXO 15 Informe Misión de Asesoría Técnica al PNCT BOLIVIA y ANEXO 18: Informe_Mision-rGLC_Bolivia-2014) ha identificado debilidades en el diagnóstico laboratorial de la TB, como ser:

- Infraestructura inadecuada y falta de Bioseguridad en la red de laboratorios que realizan BK y cultivos.
- No se dispone de un sistema informatizado para el envío de resultados de las pruebas de laboratorio.
- El transporte de las muestras no está asegurado, dependiendo en gran medida de la voluntad del personal de salud, esta situación podría constituir una importante limitación en cuanto a la realización de baciloscopias así como de los cultivos y PSD.
- Existe una sub-utilización del cultivo, en el 2013 se cultivaron menos de 1% de las muestras de SR negativos y el aporte del cultivo para el diagnóstico de casos pulmonares es de 5%.
- Escasez de RRHH y alta rotación de los mismos, lo cual genera discontinuidad de los procesos y sobrecarga de trabajo.
- Para la determinación de la susceptibilidad de la Estreptomina y el Etambutol se sigue utilizando la metodología de la Nitrito Reductasa, método no recomendados por la OMS, situación ya corregida.
- En el 2013 se registraron un 20% de resultados falsos negativos en las baciloscopías, porcentaje excesivamente alto.
- Aunque tanto el Laboratorio de Referencia Nacional y el laboratorio de Santa Cruz, han obtenido resultados en el Control de Calidad Externo de las PSD, existen considerables discrepancias entre ambos cuanto a los resultados obtenidos con aislamientos clínicos.

En la presente nota conceptual se incluye actividades orientadas a corregir las debilidades identificadas, basadas en las recomendaciones realizadas por las misiones de OPS y CLV.

i) El fortalecimiento de la gestión y capacidad rectora del LRN:

Las actividades fortalecimiento de la gestión y capacidad rectora del LNR que se realizar en el marco de la Nota conceptual son:

- Elaboración de un diagnóstico situacional de los laboratorios de diagnóstico bacteriológico de TB en cuanto a su infraestructura y condiciones de bioseguridad, así como también en cuanto a su operatividad y acceso de los mismos para optimizar el acceso al diagnóstico de la TB. Actividad a ser realizadas con fondos del TGN.
- Revisar, ajustar e implementar el plan de fortalecimiento de la red de laboratorios en forma conjunta con el PNCT, utilizando como insumo el diagnóstico situacional. Este plan incluirá la capacitación continua de los recursos humanos, la estabilidad laboral de los RRHH, expansión de la red con habilitación de laboratorios para el diagnóstico bacteriológico de la TB conforme al diagnóstico situacional de acceso al diagnóstico, la mejora de la infraestructura, condiciones de bioseguridad según estándares de la OMS, certificación de cabinas y transporte de muestras, de manera que sirva como base para la expansión de la red e incorporación de métodos rápidos de diagnóstico.
- Abogacía con autoridades ministeriales y departamentales para la óptima implementación del Plan de Fortalecimiento de la Red de laboratorios, de manera a evitar la alta rotación de los RRHH capacitados, garantizar recursos económicos para mejorar la infraestructura del LRN, así como mejorar la infraestructura y las condiciones de bioseguridad de los laboratorios departamentales y laboratorios de la Red; asegurar la certificación de las cabinas de bioseguridad, establecer un sistema de transporte de muestras e implementación de métodos de diagnóstico rápido.
- Talleres de revisión y actualización de las Normas Técnicas y de Procedimientos de laboratorios, así como el diseño, edición, impresión y socialización.
- Reuniones de coordinación anual con la red de laboratorios del país, con participación de representantes del PNCT para coordinar las actividades y socializar las metas anuales.
- Talleres de capacitación en gestión y gerencia dirigidos a los bioquímicos y técnicos a nivel departamental.

- Talleres de actualización de procedimientos bacteriológicos (baciloscopia, cultivo, PSD) dirigidos a recursos humanos de nivel operativo.
- Reunión anual de análisis de información y alcance de metas, junto con el PNCT y los responsables departamentales
- supervisiones periódicas a los laboratorios de la red para asegurar el cumplimiento de las normas de habilitación, bioseguridad y calidad del diagnóstico de la TB.

ii) garantizar el acceso a la Baciloscopia y cultivo para el diagnóstico de la TB sensible:

- Adquisición y distribución de insumos, reactivos para baciloscopia y cultivo para los laboratorios de la red.
- Incrementar la cobertura de acceso al diagnóstico bacteriológico de TB a través de la incorporación de nuevos laboratorios de TB, a ser cubiertos con fondos del TGN.
- Validación e impresión del formulario de solicitud de estudios bacteriológicos, de tal manera que se incluyan todas las categorías de resistencia de manera que sean mutuamente excluyentes y permita el análisis de los resultados de resistencia.
- Reunión entre los técnicos del INLASA y del Laboratorio de Santa Cruz, de manera a identificar los posibles errores y ajustar las posibles deficiencias de las PDS.
- Mantenimiento de los equipos del LNR y laboratorios de cultivo (coaguladores, destiladores de agua, congeladores, refrigeradores) con verificación anual de las cabinas de seguridad biológica-

iii) Fortalecer el sistema de gestión y garantía de calidad en la Red laboratorios de TB:

- Gestión de calidad del diagnóstico de la TB, baciloscopia y cultivo, desde el nivel central
- Envío de muestras al laboratorio supra-nacional para el control de calidad.
- Implementar el transporte de muestras **de TB** a los servicios de la Red, para ello se pretende:
 - i) realizar una reunión con los referentes departamentales y redes de servicios para relevar datos sobre los recursos económicos disponibles de los diferentes programas y servicios de salud para el traslado de muestras desde las comunidades a los laboratorios de la red, y desde las redes de salud al LRN.
 - ii) reuniones de coordinación para organizar un sistema único e integrado de transporte de muestras, incluyendo las muestras de TB, desde las Comunidades, a las redes de salud
 - iii) servicios de courier para el transporte de muestras **de TB** desde las redes de salud a los laboratorios departamentales y LNR.
 - iv) establecer, elaborar acuerdos y definir flujos de envío de muestras, y socializarlos a través de circulares.
 - v) Adquisición de recipientes (triple envase) para el transporte de muestras.
 - vi) reuniones de seguimiento para verificar el óptimo funcionamiento del sistema de transporte.

CUADRO 3.4
Monto asignado y por encima (En dólares)

DETALLE	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%	2016-2019	%
Monto asignado	70.503	100%	104.928	100%	107.724	100%	58.782	100%	341.937	100%
Por encima del asignado										
Total	70.503	100%	104.928	100%	107.724	100%	58.782	100%	341.937	100%

INTERVENCION 3: Prevención y Protección Social

En esta intervención se desarrollaran actividades de prevención, de fortalecimiento de la sociedad civil y organizaciones de afectados así como la participación comunitaria. Además se incorporan actividades para abordar los determinantes sociales de la enfermedad y la protección social de los pacientes.

1. Fortalecimiento de las Estrategias para favorecer la adherencia al tratamiento de la TB:

Desarrollo de eventos continuos de capacitación a pacientes, ex-pacientes y personal de salud en el componente del DOTS – comunitario en conjunto con la sociedad civil, se pretende realizar 2 talleres departamentales por año. Revisión, actualización, validación e impresión de la guía de autoayuda para pacientes con TB. Reuniones mensuales de auto ayuda a pacientes, familiares y comunidad de manera para lograr la adherencia al tratamiento con el apoyo de sus familias y su comunidad en municipios de muy alta carga.

2. Formación de promotores de salud con una visión integral, que coadyuven en el control de la TB: a través de los programas de TB departamentales se pretende capacitar a los promotores a nivel local y municipal en municipios con muy alta carga. Los promotores estarán

vinculados a los establecimientos de salud de su comunidad.

- Taller de revisión, validación de la Guía del Promotor Voluntario.
- Impresión y socialización de la Guía del Promotor Voluntario
- Reuniones de la sociedad civil con la comunidad para identificación y capacitación promotores voluntarios en municipios de alta carga, para que realicen la identificación de SR en su comunidad y el apoyo de la adherencia al tratamiento,
- reuniones trimestrales de seguimiento de las actividades de los promotores de salud, de manera conjunta entre la sociedad civil, los establecimientos de salud y los promotores voluntarios Revisión, validación, impresión y difusión de la carta del paciente de derechos y deberes en establecimientos de salud públicos y privados.

3. Prevención de riesgos con enfoque de género.

- Desarrollar un Plan Nacional de Comunicación e Información para la prevención y control de la TB, TB-DR, TB-VIH, alineado al Plan de Comunicación del Ministerio de Salud. Que incluya estrategias de información adecuadas a los contextos geográficos, sociales, culturales a través de medios masivos y medios alternativos de comunicación.
- Elaboración de un modelo de materiales de comunicación para la prevención y control de la TB, TB-DR, TB – VIH, el estigma y la discriminación que permita a los gobiernos departamentales elaborar materiales y difundirlos de una manera alineada al Plan de Comunicación de TB y al Plan de Comunicación del Ministerio de Salud.
- Implementar el Plan de Comunicación, con la elaboración materiales educativos, materiales de difusión masiva, spots radiales, difusión de mensajes a nivel nacional, departamental y local.

4. Fortalecimiento de la Oferta de la gestión nacional, departamental y municipal

- Revisión por la Dirección de Promoción de la Salud para alinearla a la política nacional, para obtener la resolución ministerial, impresión y difusión del PEM 2016-2020.

5. Protección social de los pacientes con TB:

- Actividades de abogacía con autoridades de gobierno, autoridades ministeriales, departamentales y municipales para incorporar la protección social de los pacientes con TB o vincular a los pacientes con TB con programas de protección social. Ej: Bono Juancito Pinto para niños con TB, Bono Juana Azurduy de Padilla para mujeres con TB.
- Realizar mapeo instituciones, organizaciones y programas que realizan apoyo y protección social para la población de manera a vincular a los pacientes con TB a estos programas, instituciones, etc

CUADRO 3.5
Monto asignado y por encima (En dólares)

DETALLE	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%	2016-2019	%
Monto asignado	155.607	53,5%	361.593	67,1%	364.411	66,2%	143.976	100%	1.025.587	67,3%
Por encima del asignado	135.234	46,5%	177.364	32,9%	186.232	33,8%			498.830	32,7%
Total	290.841	100%	538.957	100%	550.643	100%	143.976	100%	1.524.417	100%

MODULO 2 PAQUETE TB DR:

Existen brechas en el abordaje de la TB-DR en Bolivia, las mismas fueron identificadas en la Misión del CLV y se describen a continuación:

- No se aprecia el incremento de detección de casos de TB – DR (39,4%) de los estimados, a pesar del aparente incremento de la accesibilidad a los cultivos y PSD incluyendo la implementación de la Nitrato Reductasa. La mayor carga de TB-DR se encuentran en Santa Cruz, seguido de Cochabamba y La Paz.
- Demora en la recepción de las PSD y centralización de las mismas en el LNR y el Kuratorium (Santa Cruz de la Sierra).
- Insuficiente detección de casos de TB-DR, debido a la sub-utilización del cultivo (datos del INLASA muestran que en el 2012 y 2013, el número de PSD realizadas a pacientes antes tratados alcanzó el 73 y 77% de los casos registrados con tratamiento previo en el sistema nacional de registro de casos.
- No todos los casos detectados inician tratamiento.
- Bajas tasas de éxito de tratamiento, debido a abandonos.

Las intervenciones propuestas están orientadas a abordar las debilidades identificadas y están basadas en las recomendaciones de la Misión del CLV, a través de las siguientes intervenciones:

1) Detección de casos y diagnóstico 2) Tratamiento 3) Control de Infecciones.4) Acceso Universal y

Gratuito para la Atención de Pacientes con RAFAs.

CUADRO 3.6
Intervenciones y actividades del Módulo 2 (En dólares)

Intervención	Descripción de la actividad	2016	2017	2018	2019	2016-2019
Detección de casos y diagnóstico: TB-MR	Compra de reactivos para baciloscopia y cultivo; Compra de insumos para baciloscopia y cultivo; Capacitación a miembros del Comité nacional, departamental y puntos focales de TB-DR/RAFA con facilitador internacional.; Distribución de insumos y reactivos.; Fortalecimiento y equipamiento de la red de laboratorios: Microscopios; Fortalecimiento y equipamiento de la red de laboratorios: Otro equipamiento sanitario; Fortalecimiento y equipamiento de la red de laboratorios: Equipos informáticos; Fortalecimiento y equipamiento de la red de laboratorios: Otro equipamiento sanitario; Supervisión del laboratorio del nivel central al departamental; Supervisión del laboratorio del nivel departamental al local rural; Supervisión del nivel departamental al local urbano; Material de bioseguridad (pijama, gorra, guantes y zapatos); Capacitación internacional al personal de laboratorio; Capacitación del laboratorio a jefes de programa; Capacitación bciloscopia; Capacitación cultivo; Capacitación resistencia; Transporte de muestras (Courier); Realización del TSyR a todo caso nuevo TBP-BAAR(+) con factor de riesgo de TB-DR, retratados de TBP BAAR(+), coinfectado y Cultivo positivo en el seguimiento. ;	125.398	1.030.596	289.536	256.470	1.702.001
Tratamiento: TB-MR	Adquisición Medicamentos de segunda línea; Medicamentos de segunda línea (Agujas y Jeringuillas); Medicamentos de segunda línea (Costos de distribución y almacenamiento); Medicamentos de segunda línea (Despacho de aduanas relacionado con productos de salud); Medicamentos de quinta línea; Medicamentos de quinta línea (Costos de distribución y almacenamiento); Medicamentos de quinta línea (Costos de seguros); Medicamentos de segunda línea (Costos de seguros); Transporte Personal de Salud; Apoyo con suplementos nutricionales para pacientes TB-DR, pacientes TB sensibles durante el tratamiento.; Reuniones de revision; Taller de actualización.; Seguimiento a la vigilancia de la TB-DR en los 9 departamentos; Seguimiento a pacientes con Dx confirmado TB-DR para inicio de tratamiento en los 9 departamentos; Supervisión de la Farmacovigilancia; Apoyo económico para transporte de pacientes RAFA en tratamiento ambulatorio; Apoyo nutricional para pacientes con RAFA durante la segunda fase de tratamiento (CN pedisure); Complemento Nutricional; Transporte; Transporte Complicaciones;	489.221	710.964	562.935	406.908	2.170.028
Prevención de la TB-MR	Taller de actualización y validación de la Guía de promotores de salud.; Capacitación a promotores de salud a nivel local y municipal.; Taller de capacitación para el envío y recepción de información; Plan de expansión realización del TSyR a todo caso TB BAAR(+) nuevo y retratado: Insumos; Plan de expansión realización del TSyR a todo caso TB BAAR(+) nuevo y retratado: Distribución; Plan de expansión realización del TSyR a todo caso TB BAAR(+) nuevo y retratado: Equipo, e instalación; Plan de expansión realización del TSyR a todo caso TB BAAR(+) nuevo y retratado: Basurero;		192.245	333.098	14.228	539.571

INTERVENCION 1: Detección de casos y diagnostico

El diagnóstico de la TB-MDR es bacteriológico, debe complementarse con pautas clínicas de sospecha de resistencia que motiven la solicitud de pruebas de sensibilidad a medicamentos antituberculosos de primera línea. Debe demostrarse resistencia a H y R. como se explica claramente en las Guías de TB DR (ANEXO 20 pag. 23 a 26)

Para subsanar las debilidades en el diagnóstico de la TB-DR se incluye:

A. A nivel Central:

El fortalecimiento de la gestión y capacidad rectora del LRN: que incluye:

- La revisión, ajuste e implementación el plan de fortalecimiento de la red de laboratorios en forma conjunta con el PNCT, utilizando como insumo el diagnóstico situacional. Este plan incluirá la capacitación continua de los recursos humanos, la estabilidad laboral de los RRHH, expansión de la red con habilitación de laboratorios para el diagnóstico bacteriológico de la TB conforme al diagnóstico situacional de acceso al diagnóstico, la mejora de la infraestructura, condiciones de bioseguridad según estándares de la OMS, certificación de cabinas y transporte de muestras, de manera que sirva como base para la expansión de la red e incorporación de métodos rápidos de diagnóstico. **Descrito en el componente de Atención, Detección de casos y diagnóstico de casos de TB. Intervención 2: Diagnóstico de la TB (recursos incluidos en las actividades del Módulo 1).**
- Fortalecimiento de la capacidad diagnóstico de LRN: adquisición e instalación de un equipo de MGIT.
- Reuniones para analizar la demora de entrega de resultados que permita identificar alternativas para el envío de los mismos (correo electrónico, fax).

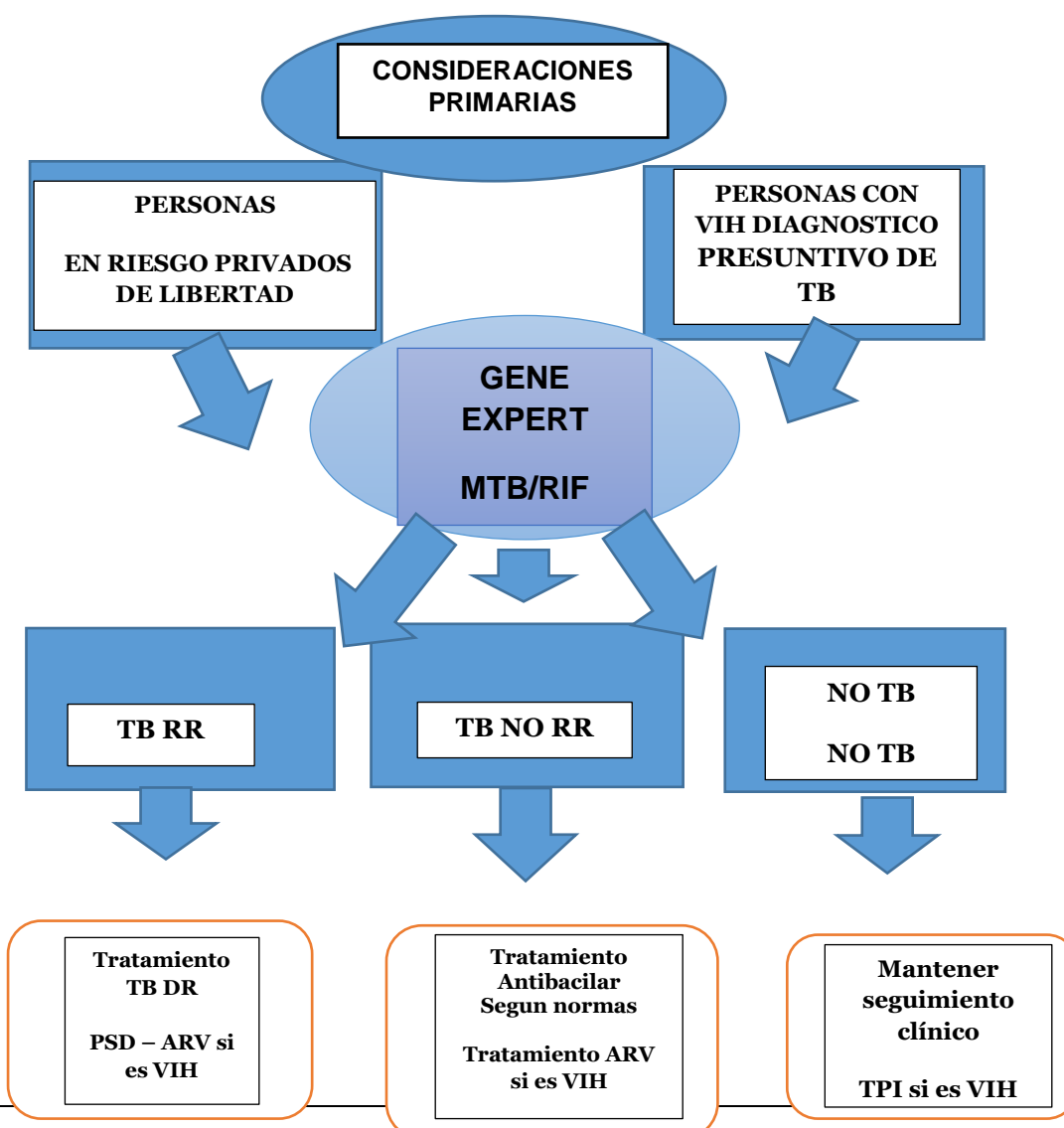
A nivel de establecimientos de salud:

- Actualizar las normas de TB-DR (incluido en el módulo 1)
- Taller de Capacitación dirigido a miembros de los Comités nacional y departamentales y puntos focales de TB – DR – RAFAs con facilitador internacional, de manera a motivar,

sensibilizar y actualizar los conocimientos de los referentes de TB-DR y especialistas.

- Garantizar el acceso al cultivo y PSD:
 - Elaboración, validación y difusión de un Plan de Implementación y expansión del diagnóstico rápido de la TB.
 - Elaboración, validación, impresión y difusión el algoritmo diagnóstico de personas elegibles para el cultivo y la PSD y el método de diagnóstico rápido geneXpertMTB/RIF.
 - Talleres de capacitación a los referentes nacionales, departamentales y locales para la óptima implementación del algoritmo de diagnóstico de personas elegibles para el cultivo y la PSD y el método de diagnóstico rápido y normas de diagnóstico de la TB-DR.
 - Reuniones de coordinación en los establecimientos de salud para la implementación del paquete de atención al paciente de TB, donde se incluye la implementación del algoritmo de diagnóstico de personas elegibles para el cultivo y la PSD y el método de diagnóstico rápido (Incluido en el Módulo 1).
 - Adquisición de 2 geneXpertMTB/RIF, que serán utilizados siguiendo el Algoritmo 1: personas elegibles para el diagnóstico con geneXpertMTB/RIF.
 - Los equipos serán situados en puntos estratégicos del país: La Paz y Cochabamba se realizara la adquisición de cartuchos para ambos geneXpertMTB/RIF.
- Santa Cruz cuenta con el Kuratorium o Broncopulmonar (Centro de la Cruz Roja Boliviana Filial Santa Cruz y una ONG Alemana Kuratorium Tuberkulose in der Welt; que tiene convenio con Servicio Departamental de Salud de Santa Cruz y apoyan en el exclusivamente al trabajo con tuberculosis, realizan diagnóstico y tratamiento médico para tuberculosis gratuito bajo marco normativo) el Kuratorium ha adquirido 1 equipo de geneXpertMTB/RIF que aún no está operativo y en Santa Cruz se utilizara este equipo y con la nota conceptual garantizaremos la adquisición de cartuchos geneXpertMTB/RIF.

ALGORITMO 1 Personas elegibles para el diagnóstico con geneXpertMTB/RIF



(Anexo 19 ALGORITMO 1 Personas elegibles para el diagnóstico con geneXpertMTB/RIF)

- La Paz, Laboratorio de Referencia Departamental: que recibirá muestras de pacientes PVS SR de los municipios de todos los municipios de La Paz, y los departamentos de Potosí y Oruro y SR PPL de los centros penitenciarios de La Paz, procesará muestras de los SR elegibles para geneXpertMTB/RIF: se espera que este servicio procese 9904 muestras en 3 años.
- Santa Cruz: que recibirá muestras de los sus municipios, incluyendo muestras del centro penitenciario de Palmasola y los departamentos de Beni y Pando y procesará muestras de los SR elegibles para geneXpertMTB/RIF: se espera que este servicio procese 25.997 muestras en 3 años.
- Cochabamba: que recibirá además de sus municipios y de los Departamentos de Tarija y Chuquisaca y procesará muestras de los SR elegibles para geneXpertMTB/RIF: se espera que procesen 5230 muestras en 3 años. (ANEXO 17 Pacientes elegibles para diagnóstico con geneXpertTB/RIF en Bolivia).

Pacientes Elegibles para el diagnóstico con GeneXpert en Bolivia se incluye la cantidad de personas estimadas que son elegibles para el equipo de geneXpertMTB/RIF. Para realizar el cálculo se tuvo en cuenta a: i) SR PVS y ii) SR PPL

Para el cálculo de personas elegibles se tuvo en cuenta a los casos de SR de PPL, SR de pacientes PVS, que constituyen los casos con factores de riesgo de resistencia. Por tanto, 10.223 (en el 2017), 14.654 (en el 2018) y 16234 (en el año 2019) constituyen el número de cartuchos necesarios para las personas elegibles en el país.

CUADRO 3.7
Monto asignado y por encima (En dólares)

DETALLE	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%	2016-2019	%
Monto asignado	125.398	84,3%	1.030.596	95,9%	289.536	86,2%	256.470	90,5%	1.702.001	92,4%
Por encima del asignado	23.269	15,7%	44.003	4,1%	46.203	13,8%	26.937	9,5%	140.412	7,6%
Total	148.668	100%	1.074.599	100%	335.739	100%	283.408	100%	1.842.414	100%

INTERVENCIÓN 2: Tratamiento

Actualmente los casos de TB DR, son atendidos de manera ambulatoria y con hospitalización o ambulatorio exclusivo con seguimiento cercano. En respuesta a esta demanda se cuenta con la capacidad de ofrecer diagnóstico, atención, tratamiento y control a los casos de TB DR nuevos para ir cerrando las brechas detectadas y se plantea la presente intervención para el manejo integral de TB DR

- Actualizar el marco normativo de TB DR, guía o protocolo de atención, tratamiento y control del paciente TB-DR, validar el documento, imprimir y difundir el mismo al RRHH por niveles de atención (incluido en el módulo 1)
- Reuniones de coordinación técnica para la implementación de la normativa nacional que asegure el óptimo tratamiento y seguimiento de los pacientes con TB-DR.
- Adquisición de drogas de 2da. Línea (70% incluido en la NC)
- Soporte nutricional de los pacientes con TB-DR: adquisición de suplementos vitamínicos y suplementos nutricionales durante el tratamiento,
- Atención multidisciplinaria: se incluye pago del desplazamiento, atención especializada, exámenes de gabinete, medicamentos complementarios, hospitalización de pacientes TB-DR que requieran (presupuesto de TGN y FM)
- Reuniones mensuales de los Comités Nacionales y Departamentales para revisión de expedientes.
- Seguimiento y supervisión continua al RRHH que realizan el tratamiento y seguimiento de los pacientes para el fortalecimiento técnico y desarrollo de acciones correctivas. Garantizar recurso humano para el manejo del componente TB- DR (un punto focal por departamento)
- Reunión de evaluación nacional de TB – DR con los referentes nacionales y departamentales, representantes de laboratorio y puntos focales, representantes del PNCT, autoridades nacionales y referentes de hospitales

- Análisis de la situación local del paciente TB- DR, para identificar los factores de riesgo, barreras socio-económicas y culturales, para el apoyo a través de los grupos de autoayuda.
- Seguimiento, supervisión y fortalecimiento técnico del personal de salud que oferta atención a los pacientes TB-DR.

CUADRO 3.8
Monto asignado y por encima (En dólares)

DETALLE	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%	2016-2019	%
Monto asignado	489.221	99,0%	710.964	100%	562.935	100%	406.908	100%	2.170.028	99,8%
Por encima del asignado	4.915	1,0%							4.915	0,2%
Total	494.136	100%	710.964	100%	562.935	100%	406.908	100%	2.174.943	100%

INTERVENCIÓN 3: Control de Infecciones:

Implementación de las actividades de control de infecciones de TB en el marco del Plan Nacional de Control de Infecciones:

- Revisión y actualización del Plan de Control de Infecciones de PNCT de Bolivia, desarrollo del mismo tomando en cuenta las recomendaciones y siguiendo las directrices técnicas de OMS y recomendaciones del CLV.
- Reuniones de coordinación para la implementación del control de infecciones en hospitales de los municipios de muy alta carga y alta carga en el marco de la Implementación de los ciclos cortos de la calidad de atención en tuberculosis **(Incluido en el componente de Atención y manejo del paciente con TB)**.
- Taller de capacitación en las normas de control de infecciones en los hospitales de los municipios de muy alta y alta carga.
- Vigilancia de la TB en personal de salud en los hospitales de los municipios de muy alta carga y alta carga a través del control periódico, clínico y bacteriológico.
- Reuniones de seguimiento para identificar debilidades en la implementación del control de infecciones en los hospitales de los municipios de muy alta carga y alta carga, de manera a implementar medidas correctivas.

CUADRO 3.9
Monto asignado y por encima (En dólares)

DETALLE	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%	2016-2019	%
Monto asignado			192.245	90,2%	333.098	100%	14.228	100%	539.571	96,3%
Por encima del asignado			20.791	9,8%					20.791	3,7%
Total			213.036	100%	333.098	100%	14.228	100%	560.362	100%

INTERVENCIÓN 4: Acceso Universal y Gratuito para la Atención de Pacientes con RAFAs

Desde el año 2010, se ha registrado un incremento significativo de RAFAs, observándose una mayor carga de las mismas en La Paz, Santa Cruz y Cochabamba.

Al analizar la frecuencia de RAFAs en relación al número de pacientes en tratamiento, se observa que la frecuencia es mayor en La Paz, seguido de Tarija y Potosí. Las acciones de esta nota conceptual están orientadas a:

- Incorporar las acciones para la atención integral, tratamiento y seguimiento de RAFAs por nivel de complejidad, en los establecimientos de salud.
- Talleres de Revisión, validación e impresión de la normativa para el manejo de RAFAs, incluyendo los instrumentos de registro y guías de RAFAs
- Taller 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 del desplazamiento en el tratamiento y atención especializada; pago de exámenes de gabinete, medicamentos complementarios y hospitalización.
- Apoyo nutricional para pacientes con RAFAs, durante la segunda fase de implementación del tratamiento.
- Investigación Operativa de RAFAs para identificar factores y condiciones de riesgo.

MODULO 3: TUBERCULOSIS/VIH

Las actividades de este módulo serán implementadas a través del Comité Nacional de Co-infección TB-VIH (conformado en el año 2008) quien coordina, norma y supervisa las actividades colaborativas en Bolivia a nivel nacional y 9 comités departamentales de co-infección 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 y líneas estratégicas deben reflejarse en los planes departamentales y han permitido definir las metas, indicadores, reportes y la implementación de las acciones colaborativas que garantizan: 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 de Programa Nacional de Tuberculosis y Programa de ITS/VIH/SIDA/HV.

CUADRO 3.10
Intervenciones y actividades del Módulo 3 (En dólares)

Intervención	2016	2017	2018	2019	2016-2019	%
Intervenciones conjuntas en tuberculosis/VIH		94.618	60.560	90.705	245.883	100%
Actividades multiprogramaticas de prevención, diagnóstico y tratamiento en tuberculosis y oferta de la prueba rápida para VIH		5.521	5.957	7.592	19.070	7,8%
Actualización de la Guía Practica de coinfección TB/VIH (COMITÉ NACIONAL)			15.111		15.111	6,2%
Actualización del sistema de Información SIRETB de acuerdo a la normativa		13.535			13.535	5,5%
Fortalecimiento a los Comités departamentales de coinfección TB/VIH por medio del Taller de Capacitación en el manejo de la Guía de Coinfección TB/VIH (con facilitadores del Comité Nacional)		49.036		54.062	103.098	42,0%
Reunion Ampliada del Comité Nacional y los comites interprogramaticos departamentales de coinfección TB/VIH (evaluacion de planes de trabajo y analisis de información)		9.869	10.365	10.883	31.118	12,7%
Reunion del Comité Interprogramatico de Coinfección TB-VIH (compatibilizacion de información) Regionales		15.159	15.917	16.712	47.787	19,5%
Reunion tecnica del comité Nacional interprogramatico de coinfeccion TB/VIH (analisis de informacion, seguimiento a planes de trabajo)		1.320	1.386	1.455	4.161	1,7%
Socialización de la guía practica de coinfección TB/VIH			11.418		11.418	4,7%
Total		94.439	60.153	90.705	245.297	100%

Con la presente Nota Conceptual se realizaran acciones en 3 niveles:

A) Nivel Nacional:

i) Reuniones de coordinación del Comité de actividades colaborativas TB-VIH, conformado por los jefes de Programas de TB y VIH, la Sociedad Boliviana de Neumología, socios técnicos (OPS, UNICEF, ONUSIDA) y sociedad civil. Estas reuniones tienen el objetivo de coordinar las acciones normativas y operativas a nivel nacional, las actividades a ser realizadas son:

- 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 del comité para actualizar la Guía de co-infección TB-VIH
- Reuniones trimestrales de análisis de la información de co-infección generada en ambos programas.
- Visitas de seguimiento desde el nivel nacional a los Comités Departamentales conformados por los jefes departamentales de TB y VIH, socios técnicos locales y sociedades científicas, representante del Servicio Departamental de Salud (SEDES), para verificar el cumplimiento de las actividades del comité y dar seguimiento a las directivas del nivel central.
- Talleres de capacitación dirigida a los miembros de los Comités Departamentales y al

personal de salud responsable de la atención de los pacientes con co-infección.

- Desarrollo de un módulo de información de TB-VIH que consolide y unifique la información de co-infección TB-VIH
- Reuniones para unificar los instrumentos de monitoreo de co-infección TB-VIH
- Visitas de supervisión Monitoreo bi – anual: monitoreo de las actividades colaborativas en coordinación con los comités departamentales de co-infección TB-VIH, utilizando los instrumentos de monitoreo que serán aplicados en los CDVIR, CRVIR y en los establecimientos de salud.
- Gestión de insumos y medicamentos: para la provisión de pruebas rápidas, ARV y cotrimoxazol por parte del Programa de ITS/VIS/SIDA/HV y drogas anti-tuberculosas, incluyendo la Isoniacida para la TPI por el PNCT.

A nivel Departamental:

- Reuniones de abogacía al más alto nivel departamental, que serán realizadas en cada uno de los 9 departamentos, convocadas por los comités departamentales con participación de los programas departamentales de TB y VIH, al Director de SEDES, responsable de planificación, responsable de redes de salud y epidemiólogos, entre otros, de manera a lograr la efectiva implementación de las actividades colaborativas de TB-VIH en todos los establecimientos de salud.
- Elaboración y socialización de circulares para la implementación de las actividades colaborativas TB-VIH en todos los establecimientos de salud.
- Reuniones de coordinación del Comité de actividades colaborativas TB-VIH, conformado por los responsables departamentales de los Programas de TB y VIH, especialistas de neumología e infectología. Estas reuniones tienen el objetivo de coordinar las acciones normativas y operativas a nivel departamental.
- Taller de capacitación al personal de salud para la óptima implementación de las actividades colaborativas TB-VIH.
- Visitas de seguimiento del nivel departamentales a los establecimientos de salud, donde se verificará el cumplimiento de las actividades y directivas del comité nacional, por el nivel departamental TB – VIH.
- Reuniones de análisis en el marco de los CAI departamental para analizar la situación de la implementación de las actividades colaborativas en sus establecimientos de salud.
- Monitoreo: reuniones de seguimiento donde se verificará el cumplimiento de las actividades del plan y se revisarán los indicadores del departamento, se elaboraran recomendaciones e intervenciones estratégicas.

A nivel local:

- **Proyecto Piloto:** que se realizará en 2 establecimientos **desconcentrados** del Departamento de Santa Cruz, debido a que este es el único departamento del país ofrece el tratamiento ARV para personas con VIH a nivel de atención primaria en salud. Esta actividad estará coordinada por el Comité Nacional y el Comité Departamental.
- Se ofrecerá un paquete conjunto de atención de TB y VIH. Este paquete incluirá: **para el paciente de TB**, la oferta de la prueba rápida de VIH; el tratamiento con ARV y TPC en todo co-infectado y **en el paciente con VIH**, la investigación de TB, la TPI en aquellos en quien se descartó la TB activa y el tratamiento en aquellos en quienes se diagnosticó la TB. Se incluirá además el seguimiento clínico de los pacientes co-infectados. El proyecto piloto será documentado y evaluado para verificar su aplicación en el contexto del país y servirá de modelo a ser aplicado en los demás municipios del país.
- Reuniones de coordinación en cada establecimiento de salud, que permita la óptima organización del servicio para la implementación del paquete de prestación de TB y TB-VIH, TB-DR, que resulte en la disponibilidad de RRHH capacitados para implementar la APV en todos los pacientes con TB, la búsqueda de la TB en todo paciente con VIH, la TPI en pacientes con VIH en quienes se descartó la TB activa, y la administración del TDO, el TAR y la TPC en cada paciente con co-infección, **(actividad realizada en el marco de las acciones del Módulo 1)**.
- Talleres de fortalecimiento para la implementación de las actividades colaborativas TB-VIH dirigido al personal de salud de los establecimientos de salud.
- Reuniones del personal de salud de cada establecimiento para la identificación de los médicos y enfermeras que estarán involucrados en la prestación del paquete TB, TB-VIH, TB-DR **(actividad realizada en el marco de las acciones del Módulo 1)**.
- Reuniones de análisis de la situación de los pacientes para identificar situaciones de riesgo de abandono (alcoholismo, drogadicción, situación de calle, co-infección, riesgo social) y

barreras locales (geográficas, acceso a servicios de salud, falta de medios de transporte, caminos inaccesibles, culturales, entre otras) para elaborar estrategias de abordaje diferenciado para cada caso de TB - VIH e identificación de horarios conforme a la situación de los pacientes, **(actividad realizada en el marco de las acciones del Módulo 1)**.

- Se incorporará la revisión y análisis de los pacientes bajo tratamiento TB-VIH en el marco de las reuniones mensuales de gestión en cada establecimiento de salud, **(actividad realizada en el marco de las acciones del Módulo 1)**.

Estigma y discriminación, será abordado través de la coordinación de acciones del Comité Colaborativo TB – VIH, Defensoría del Pueblo y la sociedad civil a nivel nacional, departamental y local para establecer alianzas y coordinar acciones para abordar el estigma y discriminación de los pacientes afectados.

CUADRO 3.11
Monto asignado y por encima (En dólares)

DETALLE	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%	2016-2019	%
Monto asignado			94.439	100%	60.153	100%	90.705	100%	245.297	100%
Por encima del asignado										
Total			94.439	100%	60.153	100%	90.705	100%	245.297	100%

MODULO 4: FSS SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Intervención 1: Sistema de Información y M&E

Intervención 2: Investigación

CUADRO 3.12
Intervenciones y actividades del Módulo 4 (En dólares)

Intervenciones	2016	2017	2018	2019	2016-2019	%
Análisis, revisión y transparencia		360.547	360.547		721.095	78%
Estudio de prevalencia		360.547	360.547		721.095	78%
Presentación de informes rutinaria		109.274	61.135	31.045	201.455	22%
Actualización, revisión e impresión de los formularios de registro, cuadernos, reportes, utilizados para el levantamiento de la información.		6.626			6.626	1%
Capacitación del Sistema de datos		28.422			28.422	3%
Capacitación en el Plan y Guía de Monitoreo y Evaluación		9.230	9.689		18.919	2%
Capacitación para el llenado correcto del sistema de registro, recolección de datos, procesamiento y análisis de información		14.340	15.057		29.396	
Evaluación		9.521	9.723	10.506	29.749	3%
Seguimiento a la implementación del SIRETB		14.578	14.209	7.460	36.247	4%
Taller de actualización y validación de la guía de monitoreo y evaluación		14.694			14.694	2%
Taller de análisis de información nacional, identificación de debilidades, retroalimentación del programa y laboratorio		11.864	12.457	13.080	37.400	4%
Total		469.821	421.682	31.045	922.549	100%

INTERVENCIÓN 1: Sistema de Información y M&E

Si bien, el PNCT cuenta con un Plan y una Guía de M&E validados, impresos y difundidos a nivel de los departamentos, no fue aún implementado red departamental.

Las actividades en la presente Nota Conceptual están orientadas a implementar el mencionado Plan. Por otro lado, Bolivia tiene varias debilidades que deben ser abordadas para la efectiva implementación del PLAN:

- alta rotación de RRHH capacitados a nivel nacional, regional, distrital y local;
- baja implementación del sistema en línea (SIRETB), debido al limitado acceso a Internet en los departamentos, equipamientos obsoletos, motivo por el cual se realiza aún el registro manual de datos;
- no todos los servicios cuentan con RRHH capacitados para el llenado de datos en el SIRETB

Las actividades de M&E incluidas en la Nota Conceptual son transversales a todas las intervenciones e incluye las siguientes:

A) nivel Central

- Acciones de abogacía con autoridades ministeriales y departamentales, red de servicios para sensibilizar a autoridades en la necesidad de implementar de manera óptima los procesos de recolección de la información a través de los formularios del sistema de registro y en el sistema en línea,
- Abogacía con las autoridades del Ministerio para lograr que el sistema en línea de TB sea parte integral del sistema de información en salud.
- Reuniones de coordinación con autoridades ministeriales para asegurar la implementación del sistema de monitoreo por niveles de complejidad.
- Elaboración y difusión de resoluciones que aseguren la recolección adecuada de los datos y la notificación oportuna, así como el llenado del sistema de información en línea
- Revisión e impresión de los formularios de recolección de la información.
- Reuniones de análisis para identificar los establecimientos de salud que realizaran la notificación en línea y cuales utilizarán el sistema manual.
- Revisión de la plataforma del sistema informático del PNCT para realizar ajustes, de manera a contar con información precisa y actualizada de TB, acordes a los requerimientos de los indicadores nacionales e internacionales.
- Taller de capacitación y difusión del Plan de M&E a los responsables departamentales de TB.
- Desarrollo de un módulo de capacitación en formato electrónico.
- Evaluación anual desde el nivel central al departamental.

A nivel departamental

- Reuniones de coordinación con el nivel departamental, responsable del sistema de información departamental y red de servicios para la implementación del Plan de M&E.
- Talleres de capacitación para la correcta aplicación del plan y la guía de M&E.
- Distribución del módulo de capacitación al nivel departamental y red de servicios.
- CAI semestral para el análisis de información, con participación del nivel central
- Supervisión desde el nivel departamental al local para la verificación de la calidad de la información
- Análisis de información en reuniones mensuales de los departamentos con el laboratorio, de manera a implementar acciones correctivas oportunas.

A nivel local:

- Capacitación para el llenado correcto del sistema de registro, que incorpore el cruce de información para asegurar la consistencia de los datos.
- Difusión y distribución del módulo de capacitación en formato electrónico.

CUADRO 3.13
Monto asignado y por encima (En dólares)

DETALLE	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%	2016-2019	%
Monto asignado			109.274	45,7%	61.135	43,0%	31.045	19,5%	201.455	37,3%
Por encima del asignado			129.649	54,3%	80.969	57,0%	128.069	80,5%	338.687	62,7%
Total			238.923	100%	142.104	100%	159.115	100%	540.142	100%

INTERVENCIÓN 2: Investigaciones

El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis tiene previsto el desarrollo de un estudio de prevalencia de TB, de manera a contar con evidencia que permita ajustar las estimaciones d TB. La evidencia es necesaria para fortalecer las acciones e intervenciones que respondan a la realidad nacional y que permitan mejorar las intervenciones para lograr resultados de alto impacto.

La Nota conceptual incluye un:

- Prevalencia de Tuberculosis.
- Estudio de gastos catastróficos en TB.
- Investigación operativa de RAFAs.

Estudio de Prevalencia de Tuberculosis:

Estos estudios han iniciado el año 2007, ya en más de 20 países han sido implementados. Tienen como objetivo estimar la prevalencia de la tuberculosis a través de encuestas de población y permitir mostrarnos la realidad epidemiológica de la TB y evaluar las estimaciones de OMS en los

países. Para Bolivia el poder realizar el presente estudio permitirá contar con datos de prevalencia más aproximados a la realidad del país, generar evidencia y tomar decisiones que mejoren la respuesta a la Tuberculosis en Bolivia.

El Programa Regional de TB y la OMS están muy interesados y han recomendado se realice este estudio en Bolivia y Perú, por las características epidemiológicas de la tuberculosis en estos países.

CUADRO 3.14
Monto asignado y por encima (En dólares)

DETALLE	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%	2016-2019	%
Monto asignado			360.547	100,0%	360.547	85,6%			721.095	92,2%
Por encima del asignado					60.775	14,4%			60.775	7,8%
Total			360.547	100%	421.323	100%			781.870	100%

MODULO 5: GESTION DE PROGRAMA

Se trabajara en la gestión de la Subvención, en la cual se incluyen las actividades concernientes a la administración y al seguimiento de la presente propuesta.

La administración de la subvención la realizan trabajando en conjunto: Ministerio de Salud a través del Programa Nacional de Tuberculosis y PROSALUD. Esta entidades constituyen las Unidades de Gestión de la Subvención y aunque cada una tiene un rol propio en la propuesta, las alianzas y sinergias logradas entre ellas han contribuido al buen desempeño de las subvenciones anteriores.

CUADRO 3.15
Intervenciones y actividades del Módulo 5 (En dólares)

Intervención	2016	2017	2018	2019	2016-2019	%
Gestión de subvenciones	157.271	404.404	395.288	221.636	1.178.600	55,3%
Adquisición de equipo de computación y software		24.000	300	300	24.600	1,2%
Adquisición de mobiliario		10.000			10.000	0,5%
Adquisición de otros equipos		1.200			1.200	0,1%
Auditoría		7.000	7.000	7.000	21.000	1,0%
Capacitación en TB		10.000	10.000		20.000	0,9%
Consultas laborales, tributarias y otros	300	300	300	300	1.200	0,1%
Consultoría en Sistemas		3.000	3.000	3.000	9.000	0,4%
Gastos Generales	8.196	9.004	16.446	24.697	58.343	2,7%
Gastos para viajes de personal del RP	6.917	7.167	7.167	6.917	28.167	1,3%
Mantenimiento de equiois e infraestructura	2.000	2.500	2.500	2.500	9.500	0,4%
Taller de arranque	14.259				14.259	0,7%
Recursos Humahos - RP	125.600	330.234	348.575	176.923	981.331	46,1%
Políticas, planificación, coordinación y gestión	161.383	310.029	324.218	156.433	952.063	44,7%
Transferencia de Recursos al GLC	26.250	26.250	26.250		78.750	3,7%
Recursos Humanos - Prog Nal	14.927	31.347	32.914	17.280	96.468	4,5%
Recursos Humanos - Prog Dep	37.817	79.415	83.386	43.778	244.396	11,5%
Recursos Humanos - PF Hosp	82.389	173.017	181.668	95.375	532.449	25,0%
Total general	318.654	714.433	719.506	378.069	2.130.662	100%

Gestión de Subvenciones

CUADRO 3.17

Intervenciones y actividades del Módulo 5 (En dólares)

DETALLE	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%	2016-2019	%
Monto asignado	161.383	85,0%	310.029	83,8%	324.218	83,8%	156.433	82,6%	952.063	83,8%
Por encima del asignado	28.468	15,0%	59.783	16,2%	62.773	16,2%	32.956	17,4%	183.980	16,2%
Total	189.851	100%	369.812	100%	386.990	100%	189.389	100%	1.136.043	100%

Políticas, planificación, coordinación y gestión

CUADRO 3.16

Intervenciones y actividades del Módulo 5 (En dólares)

DETALLE	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%	2016-2019	%
Monto asignado	157.271	100%	404.404	100%	395.288	100%	221.636	100%	1.178.600	100%
Por encima del asignado										
Total	157.271	100%	404.404	100%	395.288	100%	221.636	100%	1.178.600	100%

3.3 Herramienta modular

Rellene la herramienta modular (tabla 3). Para acompañar la información de la herramienta modular para el monto asignado y por encima del monto asignado, indique brevemente lo siguiente:

- Explique las razones para la selección y priorización de los módulos e intervenciones.
- Describa la repercusión y los resultados previstos, haciendo referencia a evidencia de la eficacia de las intervenciones propuestas. Señale los beneficios adicionales previstos de un financiamiento por encima del monto asignado.

3.3. a Explique las razones para la selección y priorización de los módulos e intervenciones

Los módulos definidos y las intervenciones seleccionadas para la presente nota conceptual son:

MODULO 1: Atención y Prevención de la TB:

Modulo seleccionado teniendo en cuenta las brechas de detección de casos de TB, la alta carga e incidencia de Tuberculosis en el país, así como las altas tasas de abandono y recaídas. En la presente NC se aborda esta situación con intervenciones específicas conforme al análisis de priorización, que permitió identificar los municipios de muy alta carga y alta carga de TB, así como la población PPL donde la incidencia de TB es muy superior a la nacional.

Las actividades en las áreas priorizadas están dirigidas a mejorar substancialmente la tasa de detección con la búsqueda intensiva de casos en los municipios muy alta carga y alta carga, y en centros penitenciarios. Las acciones en estos municipios están orientadas a mejorar la identificación de los SR y casos de TB a través de la organización de los establecimientos de salud para la implementación de la búsqueda del SR e implementación del paquete de atención del paciente con TB; asimismo en hospitales de los 4 municipios de muy alta carga se implementará una estrategia basada en los ciclos cortos de atención de calidad para la atención de TB. Junto a la abogacía con autoridades ministeriales y departamentales para la efectiva implementación de las intervenciones propuestas así como para asegurar la permanencia e incorporación de los recursos humanos. Las acciones planteadas en la NC no dejan de lado a los municipios de moderada carga donde se fortalecerán las acciones programáticas para asegurar la atención, tratamiento y seguimiento de los casos de TB y en los municipios de baja carga, se implementaran acciones coordinadas con el programa de gobierno SAFCI/ MI SALUD para la identificación de SR y casos de TB a través de equipos médicos móviles y visitas casa por casa, y articulación con los puestos y centros de salud locales para dar seguimiento al tratamiento de los pacientes con TB.

En centros penitenciarios, se plantean acciones de abogacía e incidencia para organizar los centros penitenciarios para la captación de los SR, la identificación de casos de TB, tratamiento y

seguimiento; se plantea además la identificación y capacitación de promotores pares, responsables de identificación de los SR en los pabellones así como el apoyo en la adherencia a la medicación; se orienta a alcanzar las metas de Éxito de tratamiento, con estrategias innovadoras de evaluación de riesgos de abandono en pacientes con TB, TDO proporcionado por promoción voluntarios en municipios de muy alta carga y alta carga, así como apoyo de la sociedad civil para asegurar la adherencia a la medicación.

Este módulo cuenta con una intervención para optimizar el diagnóstico laboratorial, orientado a fortalecer el Laboratorio Nacional de Referencia y la red de laboratorios, a través de la revisión e implementación del Plan de Fortalecimiento del Laboratorio de Referencia Nacional y redes de laboratorio, con acciones de abogacía para su óptima implementación, que incluye la mejora de la infraestructura de los laboratorios, la incorporación de nuevos recursos humanos y permanencia de los RRHH capacitados ya existentes; la implementación de medidas de bioseguridad incluyendo la certificación de las cabinas, la implementación de un sistema de traslado de muestras.

MODULO 2: Paquete para TB DR

Habiéndose realizado el análisis de casos TB DR, Bolivia solo identifica el 39,4% de los casos de TB-DR estimados por OPS/OMS, Habiéndose identificado varios factores que afectan el logro de la meta. Las intervenciones de la presente nota conceptual están orientadas mejorar substancialmente la tasa de detección de la TB-DR con la búsqueda intensiva de casos y la implementación del cultivo según normas, a través de la elaboración e implementación de los flujogramas de diagnóstico de TB-DR, y el garantizando el transporte de las muestras desde las comunidades alejadas, coordinando acciones en los diferentes niveles de atención e incorporando nueva tecnología de diagnóstico rápido en laboratorios situados estratégicamente (3 equipos de geneXpertTB/RIF) y un equipo de MGIT para el Laboratorio de Referencia Nacional.

En Bolivia, no se tratan todos los pacientes identificados y el Éxito de tratamiento se encuentra por debajo del 75%, por lo que las actividades de este módulo están orientadas a alcanzar las metas de Éxito de tratamiento de la TB-DR. Para ello se propone la revisión y difusión de las Guías de tratamiento, el fortalecimiento motivación de los profesionales que realizan atención, tratamiento y seguimiento de los pacientes, de manera a tratar todos los pacientes diagnosticados. Asimismo se pretende mejorar el éxito de tratamiento a través de la incorporación del apoyo económico de paciente para su traslado, atención multidisciplinaria, análisis de laboratorio y hospitalizaciones, así como el apoyo nutricional de manera a asegurar la adherencia al tratamiento, disminuir el abandono y mejorar el éxito de tratamiento.

MODULO 3: Tuberculosis/VIH

Este módulo fue seleccionado atendiendo a las debilidades identificadas en la implementación de las actividades colaborativas TB-VIH. El PNCT ha incorporado la consejería y oferta voluntaria de la prueba de VIH desde el año 2009, registrándose la realización de la prueba de VIH en el 77% de las personas con TB en el año 2014, el 68% de los pacientes con TB-VIH reciben TARV y solo el 37% reciben TPC., aun no se registra personas con VIH que reciben TPI con el fin de cerrar la brecha la presente propuesta las intervenciones están orientadas al Fortalecimiento de la coordinación entre el PNCT y el Programa de ITS/VIH/SIDA/HV para la implementación de las actividades colaborativas mediante la coordinación de los establecimientos de salud para la implementación del paquete de atención a pacientes con TB en distritos de muy alta y alta carga; se incluye además la elaboración y difusión de flujogramas, capacitación y seguimiento. Implementación de los ciclos cortos de calidad de atención en TB en distritos muy alta carga. Este trabajo integrado permitirá realizar la oferta de la prueba de VIH a un 100% de los pacientes con TB y la búsqueda de TB en todos las PVIH, así como implementar el TARV y la TPC en los pacientes co-infectados y la TPI en los PVIH en quienes se descartó la TB.

MODULO 4: FSS Seguimiento y evaluación

En la gestión de programa; se prioriza el monitoreo en el PNCT de manera a instalar capacidades de así como optimizar el sistema de vigilancia. Se incluyen además investigaciones pues el país no cuenta con evidencia para la toma decisiones en Tuberculosis.

MODULO 5: Gestión de Programa

Fortalecimiento del Programa de Tuberculosis y el manejo de la subvención a través del PR.

3.3. b. Describa la repercusión y los resultados previstos, haciendo referencia a evidencia de la eficacia de las intervenciones propuestas. Señale los beneficios adicionales previstos de un financiamiento por encima del monto asignado.

Los resultados propuestos por módulos son:

MODULO 1: Atención y Prevención de la TB:

Al final de los 3 años se espera:

- Contar con establecimientos de salud organizados para la captación del SR, casos de TB, TB-DR, TB-VIH, comorbilidades y TB en niños.
- Establecimientos de salud organizados para la detección del SR, el TDO y la búsqueda de contactos en la comunidad
- Establecimientos de salud con capacidad para la atención integral del paciente
- Contar con centros penitenciarios organizados para la captación del SR, casos de TB, TB-DR, TB-VIH, comorbilidades.
- Incrementar el Éxito de tratamiento
- Disminuir la incidencia de TB de 70,87/100.000 en el 2014 a 63 casos por 100.000 habitantes al 2019.
- Se espera contar con un Laboratorio Nacional y redes de laboratorios fortalecidos, con recursos humanos fortalecidos
- Mejorar la calidad del diagnóstico de la TB
- Laboratorios con infraestructura adecuada y condiciones de bioseguridad cumpliendo los estándares de la OMS.
- Transporte de muestras asegurado y organizado.

MODULO 2: TB – DR

Al final de los 3 años se espera:

- Se espera implementar un método rápido para el diagnóstico de la TB y TB-RR
- Asegurar el transporte de muestras y optimizando el tiempo de entrega de resultados
- Disminuir las brechas de detección, aumentando la detección de 30% a 80%.
- Contar con hospitales de 2do. y 3er nivel implementando el control de infecciones.
- Incluir al 99% de los pacientes de TB-DR al tratamiento
- Haber alcanzado las metas de tratamiento (>75%)
- Contar con un sistema de atención integral del paciente, que asegure la adherencia al tratamiento y minimice los efectos colaterales.
- Contar con un sistema de salud organizado para la atención integral de las RAFAs
- Conocer los factores de riesgo que predispones la aparición de las RAFAs

MODULO 3: Tuberculosis/VIH

Al final de los 3 años, se espera

- Contar con establecimientos de salud organizados para la óptima atención (diagnóstico y tratamiento) de los pacientes con TB-VIH.
- 95% de los pacientes con TB conocen su estado serológico.

MODULO 4: FSS Seguimiento y evaluación

Al final de los 3 años se espera:

- Contar con un sistema de información alineado al sistema de información del Ministerio de salud
- Contar con un Plan de M&E implementado.
- Contar con evidencia basada en investigaciones e investigaciones operativas.

MODULO 5: Gestión de Programa

Al final de los 3 años se espera que el Programa de Tuberculosis se haya fortalecido.

Con el logro de estos resultados pensamos impactar en:

- ❖ Reducir la incidencia de Tuberculosis a 55 por 100.000 habitantes para el 2020
- ❖ Haber disminuido la mortalidad asociada a Tuberculosis a 1.06

Con acciones integrales que permitan garantizar a la población boliviana al acceso universal en salud.

3.4 Enfoque en las poblaciones clave y/o intervenciones de mayor repercusión

Esta sección no se aplica a países de ingresos bajos.

Describa si el enfoque de la solicitud de financiamiento cumple los requisitos de la Política de elegibilidad y financiamiento de contrapartida del Fondo Mundial que se enumeran a continuación:

- Si el solicitante es un país de ingresos medios bajos, describa cómo la solicitud de financiamiento destina al menos el 50% del presupuesto a poblaciones clave y desatendidas y/o a las intervenciones de mayor repercusión.
- Si el solicitante es un país de ingresos medios altos, describa cómo la solicitud de financiamiento destina al menos el 100% del presupuesto a poblaciones clave y desatendidas y/o a las intervenciones de mayor repercusión.

3.4.a Si el solicitante es un país de ingresos medios bajos, describa cómo la solicitud de financiamiento destina al menos el 50% del presupuesto a poblaciones clave y desatendidas y/o a las intervenciones de mayor repercusión

La presente propuesta cumple con los requisitos de elegibilidad pues se encuentra enfocada a poblaciones priorizadas y a intervenciones de mayor repercusión, con un 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.

Las poblaciones clave son:

- Municipios priorizados: La población de los 4 municipios del país con una muy alta carga de TB y 19 municipios con alta carga de TB. Se proponen intervenciones diferenciadas orientadas a mejorar la detección de casos y tratamiento oportuno.
- Personas privadas de Libertad: Bolivia cuenta con una población de 12,200 PPL, distribuidas en 20 cárceles y carceletas, las acciones serán enfocadas en todos los CP, pero se enfocarán prioritariamente en los CP con mayor incidencia de TB como ser los CP de Palmasola en Santa Cruz y en el centro penitenciario de la Paz.
- Co-infección TB-VIH: donde se priorizarán acciones de abogacía para fortalecer la implementación de las actividades colaborativas TB-VIH.

Entre las intervenciones de mayor repercusión se incluyen:

- El Fortalecimiento de la gestión del Laboratorio Nacional de Tuberculosis y redes de laboratorios.
- La implementación de acciones de Abogacía para asegurar recursos para la respuesta en TB, la organización de los establecimientos de salud para la atención de los casos de TB, el trabajo en comunidad con apoyo de la sociedad civil y las alianzas estratégicas para lograr la protección social a los afectados.

SECCIÓN 4: ACUERDOS DE EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE RIESGOS

4.1 Resumen de los acuerdos de ejecución

Proporcione una visión general sobre los acuerdos de ejecución propuestos para la solicitud de financiamiento. En la respuesta, describa:

- Si corresponde, el motivo por el que el acuerdo de ejecución no refleja un arreglo de financiamiento de doble vía (es decir, los receptores principales gubernamentales y no gubernamentales).
- Si se designa más de un receptor principal, cómo se producirá la coordinación entre los receptores principales.
- El tipo de arreglos de gestión de subreceptores con los que probablemente se contará y si se han identificado los subreceptores.
- Cómo se producirá la coordinación entre cada receptor principal designado y sus respectivos

subreceptores.

- e. Cómo participarán de forma activa en la ejecución de esta solicitud de financiamiento los representantes de las organizaciones de mujeres, las personas que viven con las tres enfermedades y otras poblaciones clave.

4. 1. a Si corresponde, el motivo por el que el acuerdo de ejecución no refleja un arreglo de financiamiento de doble vía (es decir, los receptores principales gubernamentales y no gubernamentales).

No aplica

4.1. b Si se designa más de un receptor principal, cómo se producirá la coordinación entre los receptores principales.

La presente solicitud de financiamiento, el MCP-B, ha definido utilizar el arreglo de financiamiento definido como de una sola vía; habiéndose designado a un solo RP, perteneciente al sector no gubernamental, para la administración de esta propuesta.

El MCP- B envía la recomendación del Comité Extraordinario en nota oficial de fecha 24 de febrero del 2015 al Fondo Mundial, señalando que los Receptores Principales, que actualmente ejecutan las subvenciones de los 3 componentes (PNUD, PROSALUD e HIVOS) ejecuten las propuestas de extensión, la elaboración de las notas conceptuales y la nueva subvención.

PROSALUD ha sido designado basado en las experiencias positivas de administración en la 2da. Fase de la 9na. Ronda. Los resultados alcanzados y que son reflejados a través de la retroalimentación del Fondo, han permitido realizar los ajustes técnicos y administrativos, mejorando la gestión del proyecto; obteniendo en primera instancia una calificación de B1, que significa desempeño adecuado con potencial de mejora, a la calificación de A2 que refleja un desempeño que cumple con las expectativas, que se traducen en la administración eficiente y transparente, permitió a los sub receptores, contar con los recursos necesarios en forma oportuna; además de cumplir con los compromisos del país con el FM en cuanto la entrega de informes periódicos ya establecidos.

4.1. c El tipo de arreglos de gestión de subreceptores con los que probablemente se contará y si se han identificado los subreceptores.

Para la implementación de la presente Nota Conceptual del componente de Tuberculosis se ha identificado al Ministerio de Salud a través del Programa Nacional de Tuberculosis y los Programas Departamentales de Tuberculosis, así como al Laboratorio Nacional de Tuberculosis junto a la red laboratorios a nivel departamental como entes operativos de la propuesta y sociedad civil. Así mismo en la implementación se cuenta con varios socios técnicos como OPS, CEASS, Comité de Monitoreo Estratégico del MCP-B

4.1. d Cómo se producirá la coordinación entre cada receptor principal designado y sus respectivos subreceptores

En el proceso de elaboración de esta solicitud de financiamiento fueron identificadas un total de 5 entidades sub receptoras, entre las que se encuentran el PNCT, 4 Programas Departamentales de Control de la Tuberculosis y Sociedad Civil. Sin embargo, existen un número significativo de organizaciones que pueden asumir la responsabilidad de ser SR. El Receptor Principal, para la gestión de los Subreceptores con los que probablemente contará, tanto para la administración, se realizará mediante instancias de coordinación entre el RP y los SR, buscando que la participación de estos últimos tengan carácter activo y participativo desde el inicio, a través de una instancia técnico administrativa conformada.

RELACIONES DEL PROYECTO



Procesos del Receptor Principal: La Unidad Administrativa y Financiera del Receptor Principal se encuentra estructurada en las áreas de Finanzas, Administración y Adquisiciones.

Es importante resaltar que como parte de las lecciones aprendidas en la ejecución de la segunda fase de la 9na. Ronda, el Área Financiera Administrativa de PROSALUD ha fortalecido sus procedimientos en relación al financiador así como para con los Sub Receptores. Para con el financiador ha permitido mejorar la presentación de los informes del PUDR, Saldos de Caja, Reformulaciones Presupuestarias y Procesos de Fase de Extensión sin Costo. Para con los sub Receptores ha permitido coadyuvar a mejorar los mecanismos de control, desembolso de fondos y supervisión de actividades. Así también, respecto al tema administrativo de compras nos ha permitido desarrollar en coordinación con la OPS/OMS, PNCT y el RP el Manual de Adquisiciones según nuestras necesidades, realidad nacional y requisitos del financiador.

A continuación, pasamos a dar un breve relato de los procedimientos básicos en el Área Financiera Administrativa.

El Área de Finanzas es la encargada de realizar el seguimiento al desembolso, ejecución y supervisión de los diferentes sub componentes del proyecto ejecutados por los Sub Receptores. Como parte de este proceso de implementación es necesario que tanto los Sub Receptores como el RP tengan la firma del convenio respectivo, en el cual delimiten los alcances de responsabilidad y obligaciones principalmente de cada una de las partes, bajo el siguiente detalle:

Desembolso de fondos: El SR debe de realizar la apertura de una cuenta bancaria específica para el manejo de los fondos a entregar, la cual debe estar a nombre de la institución beneficiaria. – Para todo desembolso de fondos deberán presentar solicitudes de fondos trimestrales, acompañados del soporte técnico y el cronograma de actividades. – Una vez obtenido la aprobación técnica, se realiza un análisis del saldo de caja y se procede a realizar el desembolso respectivo.

Ejecución: La ejecución de fondos está enmarcada en los términos del POA aprobado para el SR, la cual debe ser presentada mensualmente para su revisión y registro por parte del RP, de acuerdo a formatos establecidos en el Taller de Arranque. En caso de presentar observaciones se devuelve la documentación observada para que sea explicada por parte del SR para que posteriormente la misma sea aceptada o rechazada. Finalmente se concluye con la emisión de la nota de aprobación de gasto en la que se incorpora la conciliación respectiva.

Supervisión: Corresponden a las visitas in situ, las cuales están coordinadas con el Área Técnica para un acompañamiento integral. De estas visitas de campo se logran identificar debilidades para que puedan ser mejoradas en su posterior implementación.

El Área de Administración y Adquisiciones, es la encargada de dar soporte a las actividades administrativas en la ejecución del Proyecto tales como: Procesos de compra de bienes y servicios, Selección de Recursos Humanos y Compra de medicamentos de segunda línea a la Fundación IDA. Los procesos mencionados anteriormente están estipulados en el Manual de Adquisiciones aprobado por el Fondo Mundial, en la que se puede destacar la conformación de los Comités de Selección tanto para la adquisición de bienes y servicios así como para la selección de recursos humanos, conformados por representantes del RP, Sociedad Civil, OPS/OMS, Ministerio de Salud, PNCT.

Procesos del RP en Monitoreo y Evaluación; El proceso de la gestión de la información y el desarrollo del Monitoreo y la Evaluación en los niveles operativos del área programática, (establecimientos de Salud) y niveles de gestión intermedia (Coordinaciones de Red y Programas Departamentales de Control de la Tuberculosis) están definidos por el uso de instrumentos de recolección de los datos, de sistematización y consolidación que son normados y estandarizados

en su uso, además de los formularios resumen para los reportes trimestrales o semestrales del periodo a evaluar. Los establecimientos de Salud de 1er, segundo y tercer nivel de atención, los centros penitenciarios, y PPM son los que generan la información, por la atención clínica del paciente y el diagnóstico laboratorial, consolidan la información en formularios de notificación de casos, resultados de laboratorio y TB MDR, y remiten la información a las Coordinaciones de Red, quienes revisan la coherencia de datos y consolidan la información por Municipios, además; de enviar los consolidados a los Programas Departamentales de Salud que revisan y consolidan los datos por Coordinaciones de Red y Municipios para posteriormente enviar la información a Nivel Nacional quién receptiona, consolida y envían al Receptor Principal, quién elabora el PUDR y remite los resultados de este proceso al Agente Local del Fondo Mundial y al Fondo Mundial.

Los Subreceptores de los subcomponentes del proyecto de subvención, tendrán una relación directa con el RP a través del seguimiento de sus actividades, como de la información que generan para responder indicadores de compromiso con el llenado de los instrumentos de consolidación., está información será enviada al programa Nacional de control de la Tuberculosis. De forma previa a la elaboración del PUDR, está la revisión de los datos y la confrontación de los mismos con los medios de verificación de los instrumentos de notificación consolidados por unidades básicas de análisis como es el Municipio, proceso desarrollado en el Programa nacional de Control de la Tuberculosis o en los Programas Departamentales de Control; la retroalimentación del Fondo Mundial al Programa Nacional, MCP-B y Receptor Principal es producto de la auditoría técnica del M & E por el ALF quién verifica la veracidad de la información incluso IN SITU.

4.1. e Cómo se producirá la coordinación entre cada receptor principal designado y sus respectivos subreceptores

La administración de la subvención y los arreglos de la gestión de los SR, se las desarrollara mediante la creación de instancias de coordinación entre el RP, SR y apoyo técnico de la cooperación internacional (OPS), para que de forma activa se desarrolle el trabajo. Se convocara a las reuniones de planificación, coordinación de actividades, así como el seguimiento, análisis y acciones correctivas de ser necesarias.

Este proceso, permitirá a los subreceptores, la posibilidad de realizar las actividades y las tareas del proyecto y acceder oportunamente a los fondos asignados y plasmados en los POAs correspondientes.

Para la gestión de los desembolsos a los Sub-receptores, el RP cuenta con una unidad administrativa creada exclusivamente para responder a las demandas de las subvenciones otorgadas por el FM.

Esta unidad tiene la responsabilidad de evaluar las capacidades de los postulantes a SR y una vez seleccionados estos, asumirá la responsabilidad de administrar los recursos recibidos, así como de recibir, analizar, procesar las solicitudes de fondos de los SR, garantizando que las mismas respondan a los respectivos planes de acción y cronogramas elaborados al principio de gestión. Así mismo se encarga de realizar la consistencia de solicitudes, en cuanto a rubros y costos planteados para posteriormente desembolsar a cada SR, mediante sus cuentas bancarias.

Para que una vez el SR reciba los fondos, realice sus actividades y proceda a realizar sus descargos, teniendo como máximo hasta el 10 de cada mes posterior a haber recibido los fondos. Los informes mensuales de las actividades y gastos serán verificados y controlados por el equipo de monitoreo administrativo para luego aprobarlos y remitir la documentación a contabilidad para el registro de datos. Todas estas operaciones serán realizadas con la mayor transparencia y exactitud posible, si existiesen SR que desarrollan acciones comunes o complementarias se propiciara la coordinación. Para este efecto, el RP garantizará la coordinación intersectorial e interinstitucional, principalmente con el PNCT. Como ente rector de Tuberculosis en el país.

Identificación de los SR

El proceso de elaboración de esta solicitud de financiamiento fueron identificados un total de 5 entidades sub receptoras, entre las que se encuentran 4 PDCT, 1 de sociedad civil. Sin embargo, existe un número significativo de organizaciones que pueden asumir la responsabilidad de ser SR.

Es necesario señalar que, las y los representantes de las organizaciones sociales y de la sociedad civil, las personas que han sido pacientes o están actualmente en tratamiento y que fueron actores principales del proceso del Diálogo País, participarán en forma activa en la ejecución de esta solicitud de financiamiento. Algunas de ellas participan en la actualidad del MCP y otras en la implementación de las acciones concretas en campo.

El proceso del dialogo país ya iniciado y debe continuar, puesto que se constituye en un pilar de coordinación con las poblaciones vulnerables/ afectadas. En este sentido, los niveles de coordinación serán estrechos especialmente con sociedad civil afectada con tuberculosis, las familias ASPACONT, representantes de las poblaciones carcelarias, poblaciones indígenas y movimientos sociales, facilitando su participación en los procesos de planificación, coordinación y seguimiento cuando corresponda.

4.2 Asegurar la eficacia de la ejecución

Rellene esta pregunta solo si el Mecanismo de Coordinación de País supervisa otras subvenciones del Fondo Mundial.

Describa cómo está vinculado el financiamiento solicitado a las subvenciones del Fondo Mundial o a otras solicitudes de financiamiento presentadas por el Mecanismo de Coordinación de País.

En particular, y desde una perspectiva de gestión de programas, explique cómo esta solicitud complementa (y no duplica) cualquier tipo de recursos humanos, formación, seguimiento y evaluación, y actividades de supervisión.

El financiamiento solicitado se plantea como continuidad del proyecto existente, no existen duplicidades, ya que la presente solicitud complementa el proyecto actual. Se encuentra directamente coordinada y relacionada con el Componente VIH en el aspecto de Co infección TB/VIH; todo va vinculado a la sostenibilidad, 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.

4.3 Normas mínimas para los receptores principales y la realización del programa

Rellene esta tabla para cada receptor principal designado. Para más información sobre las normas mínimas, consulte las instrucciones de la nota conceptual.

Nombre del RP 1	PROSALUD	Sector	ONG
¿El Receptor Principal administra actualmente una o varias subvenciones del Fondo Mundial para este componente de enfermedad o subvenciones de intervenciones transversales para el fortalecimiento de los sistemas de salud?		<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Normas mínimas	Evaluación del MCP		
1. El Receptor Principal da muestra de la eficacia de las estructuras de gestión y la planificación.	Los procesos de gestión y planificación del RP, están dados por su estructura operativa de gerencia: Compuesta por: a) la Dirección Ejecutiva de PROSALUD b) La Coordinación del Proyecto TB c) La Unidad Administrativa Financiera del Proyecto d) la Unidad de Monitoreo y Evaluación e) la Unidad de Medicamentos y Logística f) Las Unidades Operativas de PROSALUD distribuidas en 7 de los 9 departamentos del país. La Unidad Administrativa Financiera del Proyecto, será la instancia responsable de dar el soporte administrativo al Proyecto. Esta estructura de trabajo, estará en coordinación permanente con los Sub Receptores, así como con otras instancias del MS, OPS/OMS y del MCP B con quienes desarrollará las acciones operativas, para lograr alcanzar los resultados previstos en la subvención. Así mismo, la unidad de Monitoreo y Evaluación instancia técnica de seguimiento de los datos, de la información prioritaria y de los elementos clave del desempeño de los indicadores propuestos en el proyecto, con la finalidad de medir las tendencias, identificar las brechas para un desempeño regular, determinar las áreas que requieren ajustes y tener mejores respuestas para el desarrollo eficiente del proyecto. El seguimiento rutinario del RP respeta los		

	<p>instrumentos de recolección de datos, sistematización y consolidación que están normados en su uso a nivel Nacional y por todos los SR, esta actividad es coordinada con el nivel Nacional y regional.</p>
<p>2. El Receptor Principal tiene la capacidad y los sistemas necesarios para realizar una gestión y una supervisión eficaces de los subreceptores (y de los sub-receptores pertinentes).</p>	<p>Para la gestión y supervisión oportuna de los Sub-receptores, el RP cuenta con la unidad Administrativa creada para dar respuesta a las demandas de los mismos. Esta unidad es responsable de recibir, analizar y procesar las solicitudes de fondos de los sub receptores, verificando que las mismas respondan a lo establecido en los POA's y en los respectivos cronogramas. De manera previa se socializa Guía Administrativa de Subreceptores a todo el equipo de administradores a nivel regional, de esta manera, todos ellos cuentan con el conocimiento necesario acerca de los procesos administrativos establecidos y con un ejemplar de esta Guía para consulta.</p> <p>Los descargos efectuados por cada uno de los SR, una vez recibidos, son verificadas por la unidad Administrativa, instancia que evalúa la razonabilidad de los gastos, si responde a lo planificado en el POA, verifica la calidad de la documentación (facturas, recibos, planillas de asistencia, planillas de viáticos, bitácoras, entre otros), el cumplimiento de las normas impositivas nacionales, la exactitud de los importes, el registro en el sistema del RP y finalmente con la conciliación de desembolsos y descargos. Todas las operaciones son realizadas con el máximo de transparencia y exactitud, cumpliendo los plazos establecidos. Una vez desembolsados los recursos a cada SR, PROSALUD realiza el monitoreo programático y financiero "in situ" por muestreo por sub receptor, con la finalidad de verificar la calidad de las mismas y poder proporcionar sugerencias y recomendaciones técnicas, de ser necesario.</p>
<p>3. El sistema de control interno del Receptor Principal es eficaz para evitar y detectar la malversación de fondos o el fraude.</p>	<p>La unidad administrativa de la Institución se encuentra estructurada en áreas de trabajo que cuentan con personal idóneo cuyas tareas y responsabilidades se encuentran adecuadamente distribuidas; con la finalidad de poder detectar errores u omisiones en los diferentes procesos. Como aspecto fundamental, se realizan varias actividades de control como ser: conciliaciones bancarias de todas las cuentas, arqueos de fondos mensuales, composiciones de créditos y deudas, control de desembolsos pendientes de rendición, verificación de los registros contables monitoreo in situ, entre otros, actividades que forman parte del sistema de control interno, tareas que se realizan periódica y sistemáticamente.</p>
<p>4. El sistema de gestión financiera del Receptor Principal es eficaz y preciso.</p>	<p>El sistema de gestión financiera del RP es rápido y preciso, además de eficaz puesto que tiene la capacidad de registrar rápidamente todas las transacciones, desembolsos y descargos de proyectos de pequeña, mediana y gran envergadura, procesos que se realizan mediante el Sistema SIAF (Sistema Integrado de Información Administrativo Financiero), que cuenta con los módulos de POA, Presupuestos, Sub Receptores, Contabilidad, Compras, Tesorería, Fondos en Avance. El Módulo de POA, identifica cada una de las actividades aprobadas en la subvención, por</p>

	<p>lo que no se puede registrar otra actividad que no esté aprobada en la misma. <u>El Módulo de Presupuestos</u>, registra el presupuesto aprobado por la subvención, identificando al SR y a la categoría de gasto según las directrices del Fondo Mundial. <u>El Módulo de Sub Receptores</u>, identifica el manejo exclusivo para cada uno de los SR, es decir, desembolsos, descargos, devoluciones, saldos. Este módulo permite llevar el control de cada una de las operaciones por cada Sub Receptor. <u>El Módulo de Contabilidad</u>, registra todo el movimiento económico de los diferentes módulos del sistema. Su principal característica de este módulo es que el asiento contable se genera de forma automática. Toda la información que se genera mediante este módulo, permite la elaboración de los Estados Financieros. <u>El Módulo de Compras</u>, registra todos los procesos de compras de bienes y servicios. Bajo este módulo se realiza el registro de gasto previa certificación presupuestaria, por otro lado, identifica el proveedor del servicio prestado, número de factura, código de control, número de NIT, fecha y la forma de pago. <u>El Módulo de Tesorería</u> registra el movimiento de ingresos y salida de efectivo, mediante el cual se obtiene el movimiento de bancos en el momento en que se necesite. <u>El Módulo de Fondos en Avance</u>, registra el desembolso de fondos en avance otorgado a un solicitante. Esta figura se presenta principalmente con el PNCT ya que requieren fondos específicos para realizar una determinada actividad, por ejemplo viajes de supervisión. Posteriormente, el solicitante realiza su rendición de fondos, en la cual se determina si existe un saldo a favor del solicitante o a favor de la institución, con la cual se cierra la solicitud inicial otorgada. Este sistema se complementa con procedimientos internos del sistema y formularios de trámites administrativos de solicitud de fondos, autorizaciones y rendiciones de cuentas, que incluye la descripción de la forma de llenado de los mismos. PROSALUD tiene además como política, la realización de Auditorías Internas y la realización de Auditorías Externas anuales de los Estados Financieros Institucionales, así como de proyectos específicos según las exigencias de cada donante y a las entidades para las que presta servicio, con la finalidad de garantizar la integridad y razonabilidad de la información. Las Auditorías de los últimos dos años fueron realizadas por la Empresa “TUDELA & TH Consulting Group”.</p>
<p>5. El almacén central y el almacén regional tienen la suficiente capacidad y siguen las prácticas recomendadas con respecto al almacenamiento para ofrecer unas condiciones, integridad y seguridad adecuadas para los productos sanitarios.</p>	<p>Para la adquisición y provisión de productos sanitarios, el RP ha establecido el funcionamiento de un Comité de Adquisiciones, integrado por representantes del PNCT, la OPS/OMS, la sociedad civil, otras unidades dependientes del MS, además del Director Ejecutivo, el Contralor, la Gerencia Administrativa, el Coordinador y el Administrador todos ellos de PROSALUD; esta instancia es la que garantiza que todos los procesos de adquisición tengan la transparencia requerida. Por otro lado, en cuanto a la adquisición de los medicamentos de 2da. línea el proceso de adquisición está sujeto a las normas establecidas por el Fondo Mundial y se realiza a través de la OPS/OMS, vía el GDF, previa coordinación con el PNCT, instancia normativa y responsable de la planificación, distribución de los</p>

	<p>productos sanitarios hasta los PDCT's en los 9 SEDES distribuidos en toda Bolivia. Este accionar permite que se cumplan las normas en cuanto a la adquisición, almacenamiento y distribución de productos de salud. PROSALUD, vela por el cumplimiento de las normas y procedimientos establecidos, y coadyuva a mantener existencias suficientes, evitar desvíos y vencimientos, así como el cumplimiento de condiciones adecuadas para asegurar la integridad y seguridad de los productos de salud. Además, de garantizar la oportunidad en el tratamiento de los pacientes que así lo requieran.</p>
<p>6. Los arreglos de los sistemas de distribución y transporte son eficaces para asegurar un suministro continuado y seguro de productos sanitarios a los usuarios finales para evitar que se produzcan interrupciones en el tratamiento o en el programa.</p>	<p>El MS provee los medicamentos de primera línea y es responsable de asegurar la eficacia del suministro oportuno, permanente y seguro de productos sanitarios a los usuarios finales, con la finalidad de evitar la interrupción en el tratamiento; el PNCT, en representación del MS es la instancia responsable de la distribución de los productos hacia los depósitos CEAS (Central de Abastecimiento y Suministros), y éstos a su vez de cumplir con las buenas prácticas de almacenamiento. El RP, adquiere equipos, insumos y reactivos para el diagnóstico y tratamiento, conforme al cálculo de necesidades anuales elaboradas por el PNCT. PROSALUD controla, a través de monitoreo periódico, el cumplimiento de las políticas, normas y procedimientos, así como el cumplimiento de las normas y procedimiento internos definidos en la normativa nacional</p>
<p>7. Se dispone de capacidad y herramientas de recopilación de datos para supervisar el desempeño del programa.</p>	<p>El Plan de Monitoreo y Evaluación del RP, incluye mecanismos para el control continuo de la calidad del dato, además de verificar "in situ" en los niveles regionales y operativos, los respaldos necesarios y que sustentan la información enviada a través de los formularios de notificación de casos, cuadernos de registro, tarjetas de control del tratamiento para Tuberculosis sensible, MDR, coinfección y RAFAs.</p> <p>Por otro lado, el plan de monitoreo ha sido readecuado, siguiendo la normativa establecida en el Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación del PNCT, además de plasmar en forma coordinada con el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis las recomendaciones contenidas en las notas de retroalimentación al envío de los PUDR y OSDV, lo que ha permitido al RP, ajustar los mecanismos para, no solamente la recopilación de los datos, sino también para el análisis epidemiológico periódico del desempeño del programa durante el proceso de desarrollo de la subvención. Las herramientas que sustentan la información generada, son las definidas por el PNCT, los formularios de notificación, cuadernos de registros, tarjetas de registro, entre otros.</p>
<p>8. Se dispone de un sistema de notificación de datos sistemático y funcional con</p>	<p>Para informar sobre el desarrollo de las actividades del PNCT, en particular y el desempeño del PNCT, en general, el RP utiliza el sistema de notificación del PNCT; cumpliendo las disposiciones del ente rector y para evitar el establecer sistemas de información paralelos. El Monitoreo se realiza en base a los indicadores nacionales, teniendo como base la recolección de los datos, la sistematización y la</p>

<p>cobertura suficiente para informar puntualmente y con precisión sobre el desempeño del programa.</p>	<p>consolidación de los mismos por Municipios, Departamento y Nacional.</p> <p>Se mantienen los formularios o registros de los informes normatizados por el PNCT que a su vez son definidos como medios de verificación de la información. La fuente de la información radica exclusivamente en la red de establecimientos de Salud del país. El flujo de la información está determinado por la estructura organizada por los niveles de atención del establecimiento de Salud a la Coordinación de red y de estos a los programas Departamentales de Control. la Tuberculosis y el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis al Receptor Principal.</p> <p>La periodicidad de los informes está definida por el PNCT que no difiere de los informes trimestrales y semestrales que deben ser enviados al Agente Local del Fondo Mundial y a nivel ejecutivo del Fondo Mundial. El RP tiene establecido un sistema de monitoreo de los datos por variables de los indicadores del proyecto por Municipio, Departamento y nivel Nacional que son la base de alimentación al PUDR.</p> <p>La calidad de los datos está sustentada en la verificación de los datos con los medios de verificación de los reportes mensuales, cuadernos de registro de pacientes, tarjetas de tratamiento, apoyados por las supervisiones que se realizarán en las 9 por niveles de atención del Programa Nacional a los Programas Departamentales y de estas a las Coordinaciones de Red y Establecimientos de Salud.</p> <p>La evaluación es periódica y sistemática en base al Monitoreo de la información disponible, para dar un juicio de valor y determinar en qué medida se están cumpliendo los objetivos y las metas establecidos a través de los indicadores de resultados o impacto</p> <p>La retroalimentación es un elemento esencial de relacionamiento entre el RP, el Programa Nacional y los Programas Departamentales de Control de la Tuberculosis que permite realizar los ajustes en las áreas de menor avance programático y ejecución financiera. Esta retroalimentación es en base a la información parcial o definitiva emanada por las cartas de retroalimentación oficial del Fondo Mundial.</p> <p>El Monitoreo y Evaluación está coordinada con el sistema de Vigilancia epidemiológica del programa Nacional de control de la Tuberculosis que permiten el asumir decisiones adecuadas que beneficien las acciones de lucha contra la enfermedad en el país.</p> <p>Para este efecto, se coordinan las actividades, tanto de recolección como de verificación de datos con el PNCT. Por otro lado, el país busca contar con un sistema de información digital (SIRETB) para el registro de datos de tuberculosis, el mismo que debe ser integrado al Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), lo cual se espera concretar en el futuro inmediato, así como su utilización en todas las regiones del país. Se ha previsto un proceso de capacitación en el nuevo sistema.</p>
<p>9. Las entidades ejecutoras tienen la capacidad para cumplir los requisitos de</p>	<p>Los ejecutores son el PNCT, los PDCT's y lo establecimientos de salud, los mismos que cuentan con</p>

calidad y supervisar la calidad del producto a lo largo de toda la cadena de suministro.	una vasta experiencia, además de constituirse en equipos de trabajo bien constituidos y capacitados para cumplir con los requisitos de calidad en cuanto a almacenamiento de los medicamentos y en especial, la cadena de frío.
--	---

4.4 Riesgos actuales o previstos para la realización del programa y los receptores principales

- a. Con referencia al análisis del portafolio, describa los riesgos principales del país y el entorno de ejecución que pueden afectar negativamente al desempeño de las intervenciones propuestas, incluidos los riesgos externos, la capacidad del Receptor Principal y de las entidades ejecutoras clave, y los problemas de desempeño anteriores y actuales.
- b. Describa las medidas propuestas para la mitigación de riesgos (incluyendo la asistencia técnica) que se incluyen en la solicitud de financiamiento.

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.

Describa los riesgos principales del país

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

Entre los riesgos políticos están dos problemas estructurales, relacionados con la organización, delimitación territorial y las diferencias con los pueblos indígenas, que el Estado aún está en camino de resolver. Los efectos de estos problemas están generando un desarrollo asimétrico y la segunda, alimenta las relaciones de exclusión al no respetar las diferencias culturales y sus estructuras organizativas diferenciadas. La no operatividad de la Ley Marco de Autonomías y Descentralización, donde los Gobiernos Autónomos Departamentales como parte 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.

Riesgos Programáticos:

El incumplimiento de las actividades en los tiempos programados según POA. Como medida para prevenirlas se brindará 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:

Cumplimiento parcial de parte de los SR de las normas y procedimientos administrativos establecidos en el convenio de subvención por desconocimientos de éstos. Se establecerá, en el acuerdo con el SR, el compromiso de cumplimiento de las normas de la subvención. También se realizará inducción y capacitación al personal de los SR, por parte del RP para garantizar el conocimiento de las normativas de compras. Serán aplicadas 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 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 realizará 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 de Gobernanza:

Conflictos internos de liderazgos entre los implementadores de organizaciones de la sociedad civil y Programa Nacional de Control de Tuberculosis Bolivia. 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 un entorno favorable para la implementación de la subvención.

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

El PNCT/RP 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 diseñarán planes de mejoras para cada visita técnica y se le da 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 a la capacidad de los SR, asegurando el acompañamiento técnico a través de los oficiales del RP.

TABLAS PRINCIPALES, ELEGIBILIDAD DEL MECANISMO DE COORDINACIÓN DE PAÍS Y AVAL DE LA NOTA CONCEPTUAL

Antes de presentar la nota conceptual, asegúrese de que todas las tablas principales, la elegibilidad del Mecanismo de Coordinación de País y el aval de la nota conceptual mostrados más abajo se hayan rellenado a través de la plataforma de gestión de subvenciones en línea o, en casos excepcionales, se hayan adjuntado a la solicitud utilizando las plantillas proporcionadas. Estos documentos solo se pueden enviar por correo electrónico si el solicitante recibe el permiso de la Secretaría.

- X☐ Tabla 1: Tabla de análisis de deficiencias de financiamiento y de financiamiento de contrapartida
- X☐ Tabla 2: Tabla(s) de deficiencias programáticas
- X☐ Tabla 3: Herramienta modular
- X☐ Tabla 4: Lista de abreviaturas y anexos
- X☐ Requisitos de elegibilidad del Mecanismo de Coordinación de País
- X☐ Aval del Mecanismo de Coordinación de País para la nota conceptual