

INFORME FINAL

PROYECTO TUBERCULOSIS CONVENIO ENTRE EL FONDO GLOBAL LUCHA CONTRA EL SIDA, LA TUBERCULOSIS Y LA MALARIA - PROSALUD DESDE EL AÑO 2013 HASTA EL AÑO 2018

A.- INTRODUCCION Con el objetivo de continuar con la lucha contra la tuberculosis en Bolivia, PROSALUD firmó el acuerdo N°BOL-913-G11-T, entre el Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, en calidad de Receptor Principal, para continuar con la implementación del **Programa de Tuberculosis en Bolivia (9na. RONDA)**, para la implementación de “Actividades complementarias de salud para la promoción, vigilancia, tratamiento y prevención de la tuberculosis”.

PROSALUD como Receptor Principal del Proyecto de Tuberculosis desarrolló, su labor como administrador y ejecutor de los recursos del Fondo Mundial, asimismo se encargó del seguimiento de los indicadores programáticos de compromiso que se encuentran inscritos en el **MARCO DE DESEMPEÑO**. Esta tarea desarrollada se realizó a través de la coordinación con el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis del Ministerio de Salud y Deportes y los Programas Departamentales de Control de la Tuberculosis, para desarrollar actividades enmarcadas en el Sistema Nacional de Salud, objetivos y metas del proyecto comprometidas como país.

Bolivia es un país en vías de desarrollo, durante los últimos años el país ha tenido mejoras en ciertos indicadores sociales con incrementos de coberturas de algunos servicios básicos pero que continúan algunas otras exigencias que no se pudieron satisfacer en su desarrollo, todavía se puede advertir dificultades para poder acceder con algún un empleo digno, persiste el subempleo, el empleo precario y circunstancial que no permite un desarrollo armónico en las familias para poder mejorar las condiciones de vida, estas circunstancias se asocian, con la persistente migración interna del área rural a la urbana, incrementando los asentamientos urbano marginales (periféricas) de todas las ciudades de nuestro país, dificultando las tareas de desarrollo urbano muy bien planificado que brinde los servicios básicos necesarios para una vida digna, mencionar además el fuerte flujo migratorio externo de y hacia nuestro país.

Estas situaciones que persisten como factores de riesgo para la Tuberculosis, trasciende en los indicadores de Salud como las tasas de prevalencia e incidencia de la enfermedad, que son monitoreados por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis y por organizaciones como la OMS/OPS en base a estimaciones poblacionales y de casos específicos de Tuberculosis en todas sus formas.

Todas las acciones que se han desarrollado en el ámbito de la jurisdicción que compete a los 82 Municipios priorizados por el país para con el proyecto, estuvieron

enmarcados en un enfoque integral de atención clínica, laboratorial y de participación y control social, como el apoyo de otros subsectores de Salud, participación de organizaciones de soporte técnico y financiero como la OPS y el mismo Fondo Mundial, para poder llegar hacia los más necesitados en el problema de la Tuberculosis.

B.- SITUACION EPIDEMIOLOGICA

Bolivia es un país situado en la parte central del mapa sud americano con una población total de 10.888.000 habitantes de los cuales 5.451.000 (50,06 %) son varones y 5.437.000 (49,9 %) son mujeres y la densidad poblacional por territorio es una de las más bajas el ranking mundial que llega al puesto 15 con 10 habitantes por Kilómetro cuadrado y un crecimiento anual entre 1,7 y 1,8 y una tasa de migración de 1,3 %. Los habitantes de nuestro país tienen una esperanza de vida de 68,74 años, este promedio es menor con referencia a otros países de nuestro entorno que en conjunto para américa latina superan los 70 años. La estructura poblacional demuestra que es una sociedad joven con una base de 0 a 14 años que abarca al 32,03 %, de 15 a 64 años 61,39 % y mayores de 64 años, 6,58 %, lo que denota a una población joven y económicamente activa, en cuanto a la estructura étnica todavía se mantiene la prevalencia indígena reconocida del 55 %, mestizos 30 % y el resto denominados criollos.

Bolivia, es uno de los países que está transitando a la transición epidemiológica por el cual las enfermedades infecciosas y agudas siguen teniendo preponderancia en su presentación, pero que en el curso de los últimos años se van registrado casos de enfermedades crónicas entre las degenerativas y las infecciosas como la Tuberculosis que sigue siendo una de las principales enfermedades de control en la Salud Pública. El país todavía reúne las condiciones como para que esta enfermedad tenga altas tasas de incidencia y prevalencia, por cierto han mejorado algunos indicadores sociales y económicos pero que todavía son insuficientes. La alta transmisibilidad de la enfermedad y las tasas de morbimortalidad hacen que esta enfermedad tenga la prioridad sanitaria para nuestro país, particularmente aquellos Departamentos y Municipios de mayor carga de la enfermedad que por orden de frecuencia son Santa Cruz, La Paz y Cochabamba

Los datos **estimados** y medido por la OMS con base a los reportes del PNCT describen que las tasas de incidencia a partir del periodo 1999 al 2016 han ido disminuyendo paulatinamente de 251 a 117 casos de Tuberculosis por cada 100.000 hbts, este descenso representa el 47 % entre el año 1990 y 2015. La tasa de mortalidad excluyendo TB/VIH también ha tenido una disminución de 7.9 a 3.2 por cada 100.000 hbts para el año 2015 con una disminución del periodo del 40.5 % (fuente: TB country profile- OMS)

El último perfil epidemiológico de Bolivia, reportado a través de la página Datos:www.who.int/tb/data por la OMS (2017-04-12) describe lo siguiente:

Estimaciones de la carga de TB * 2015	Número en miles	Tasa por 100.000 hbts.
Mortalidad (excluye TB/VIH)	0.34 (0.22 – 0.5)	3.2 (2 – 4.6)
Mortalidad (TB/VIH únicamente)	0.17 (0.1 – 0.26)	16 (0.93 – 2.4)
Incidencia (incluye TB/VIH)	13 (8.1 – 18)	117 (76 – 167)
Incidencia (TB/VIH exclusivamente)	0.55 (0.35 – 0.79)	5.1 (3.3 – 7.4)
Incidencia TB/MDR RR**	0.5 (0.25 – 0.74)	4.7 (2.3 – 6.9)

Fuente: TB country profile- OMS) 2015

Según este mismo informe de casos estimados, se mencionan casos confirmados de TB XDR (7) de los cuales solo iniciaron tratamiento 1. Esta situación alarmante debe motivar al Programa Nacional de Control de la Tuberculosis debe extremar esfuerzos para que los casos de TB sean diagnosticados precozmente y tratados inmediatamente a través de la estrategia TAES (tratamiento acortado estrictamente supervisado) y no llegar a los extremos de la presencia de casos complicados.

Si bien los datos estimados son considerados como probables, es un indicador que permite al país a tener como parámetro y considerar las brechas existentes entre lo programado y ejecutado, como un reto programático para incentivar la búsqueda, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de todos los casos de Tuberculosis en todas sus formas y sus complicaciones, además de fortalecer los sistemas de diagnóstico laboratorial y participación social y comunitaria.

Para este informe y análisis del perfil epidemiológico del país, consideramos la información y los datos de la gestión 2015 proporcionados por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis y que fueron de análisis nacional, con participación de los Programas Departamentales de Control y que corresponden a trabajo realizado en los 9 departamentos del país y 337 Municipios. .

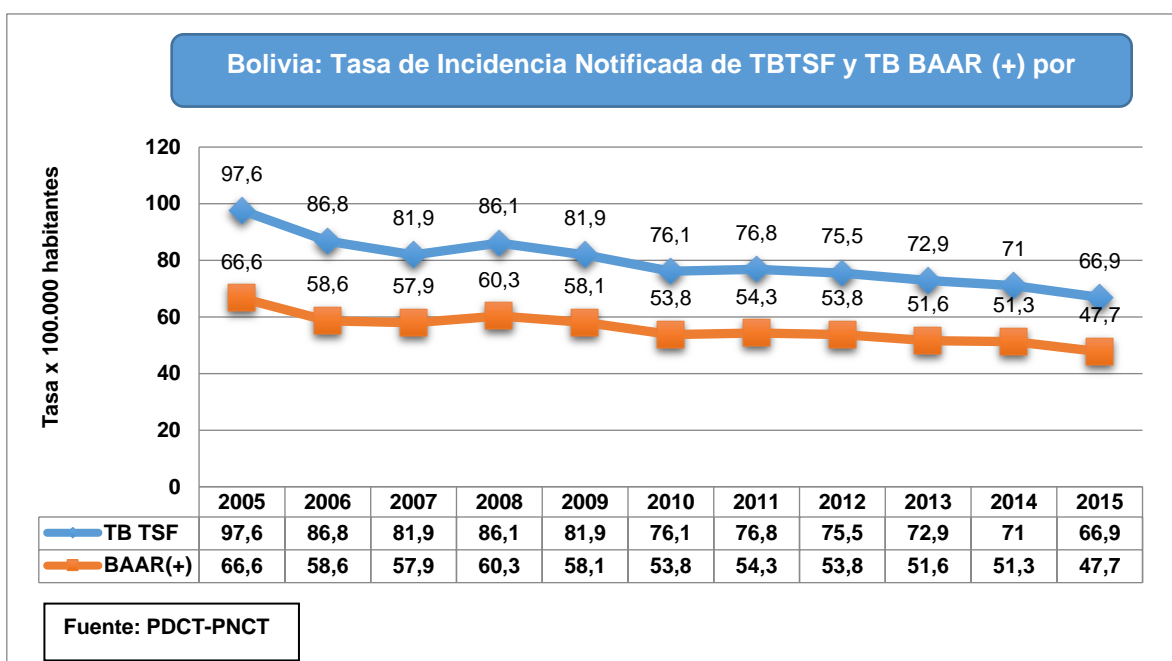
Bolivia durante la gestión 2015 ha reportado 7246 casos de TB TSF de los cuales el 71 % son TB Pulmonares BAAR (+) (5163), 7 % (505) TB BAAR (-), y 22 % extra pulmonares (1572).

El grupo de edad más afectado es la población joven económicamente activa de 15 a 24 años (27%), el 20 % corresponde al grupo de 25 a 34 años y el de 65 años y más con el 15.4 % del total de los casos de TBTSF, siendo el sexo masculino que enferma 2 veces más que la del sexo femenino.

Para el diagnóstico de los casos de Tuberculosis se han identificado 88.719 Sintomáticos Respiratorios y se han realizado 237.004 pruebas de baciloscopias, siendo el promedio de baciloscopias 2.7 por cada SR. Al mismo tiempo mencionar que se necesitaron 17 sintomáticos respiratorios para captar 1 caso de TB pulmonar BAAR (+).

Con esta información y tomando en cuenta la base poblacional, la tasa de incidencia de Notificación de la TBTSF en Bolivia es de 66.9 casos por cada 100.000 hbts, disminuyendo la tasa en 68 % a partir del año 2005 (97.6/100.000 hbts).

La tasa de incidencia notificada de TB Pulmonar BAAR (+) es 47.7 x 100.000 hbts disminuyendo a partir del 2005 en 72 % (66.6/100.000hbts).

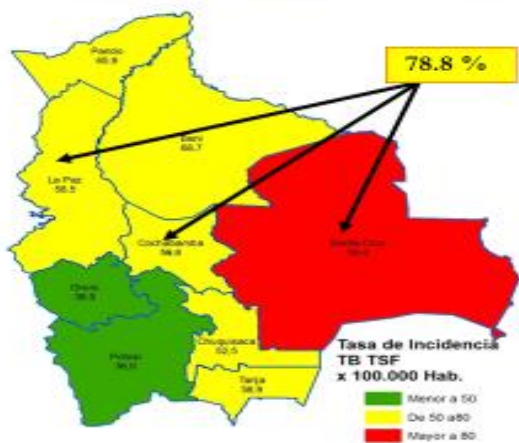


Estratificación de tasas de Notificación de TBTSF Gestión 2015.

Las mayores cargas de notificación de casos de TBTSF se encuentran en el eje central de Santa Cruz, La Paz y Cochabamba, sin embargo; tomando en cuenta la densidad poblacional menor y el número de casos exceptuando Santa Cruz, se observa que, Beni y Pando son las regiones de mayor riesgo para la enfermedad de la Tuberculosis.

Departamentos	Tasa x 100.000 hbts
Santa Cruz	99.4
Beni	68.7
Pando	65.9
Tarija	58.9
La Paz	58.5
Cochabamba	56.6
Chuquisaca	52.5
Oruro	38.9

Estratificación de tasa de incidencia notificada de TB TSF por departamentos, Bolivia 2015



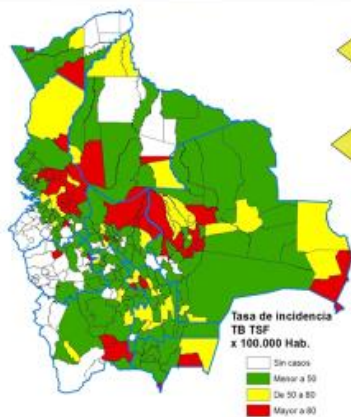
Departamento	Porcentaje de aporte de casos nuevos de TB TSF
PANDO	1.2
ORURO	2.8
BENI	4.2
POTOSI	4.3
TARIJA	4.3
CHUQUISACA	4.4
COCHABAMBA	14.7
LA PAZ	22.8
SANTA CRUZ	41.3



FUENTE: PDCT - PNCT

Siguiendo con la estratificación de Tasas por Departamentos en el que están incluidos los reportes y la notificación de 9 Departamentos, 337 Municipios y la totalidad de los establecimientos de Salud de todos los subsectores de Salud, señalan que las captaciones mayores se encuentran en los departamentos de Santa Cruz, Cochabamba y La Paz que juntas aportan con el 78 % de los casos del país.

Estratificación de tasa de incidencia notificada de TB TSF por municipios, Bolivia 2015



Urbano = TI TB TSF = 79,1 x 100.000 hab. (4,062 casos)

Urbano: Municipios Capitales de departamento + El Alto

Rural = TI TB TSF = 55,7 x 100.000 hab. (3,167 casos)

Departamento	Sin Casos	Tasa de Incidencia		
		Baja	Mediana	Alta
Beni	5	8	4	2
Chuquisaca	1	18	8	2
Cochabamba	7	29	5	6
La Paz	21	40	9	17
Oruro	22	10	1	2
Pando	5	7	1	2
Potosí	12	22	4	2
Santa Cruz	5	24	14	13
Tarija	0	8	1	2
Total	78	166	47	48

FUENTE: PDCT - PNCT

Al mismo tiempo, la información general del país, refiere que son 78 los Municipios que no reportan casos de TB TSF, que por su por su significación Epidemiológica son Municipios Silenciosos, que obliga a los responsables regionales a corroborar la existencia o no de casos de TB a través de estudios y búsqueda de casos.

Según los últimos datos del 2015, muestran; que la **tasa de éxito** de los casos de TB Pulmonar BAAR (+) que iniciaron tratamiento un año anterior es 86 % (Casos que terminaron tratamiento sin control de baciloscopia más los casos que terminaron tratamiento pero con baciloscopia de control negativa) Este porcentaje de curación no ha tenido una variación significativa en el curso de las gestiones anteriores, al igual que los **fallecimientos 3.8 %**, **los abandonos 4.3 % como los fracasos terapéuticos 0.9 %**, son indicadores que deben ser priorizados para su mejora y seguir fortaleciendo la estrategia del tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES).

Número y porcentaje de pacientes TB MDR que inician tratamiento, número de pacientes TB MDR reportados por laboratorio, Bolivia 2006 – 2015



FUENTE: PDCT - PNCT - Red Nacional de Laboratorios

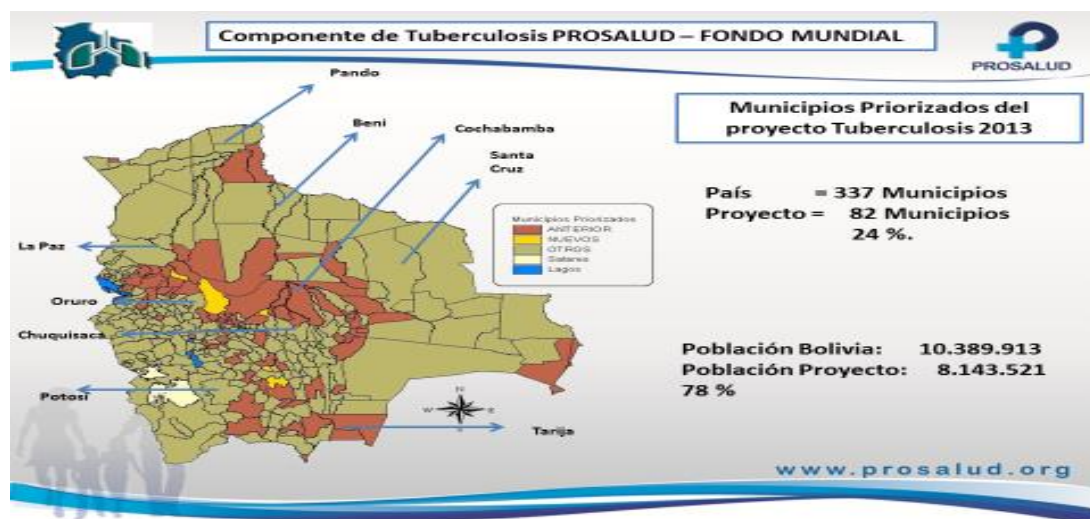
Con referencia a los casos complicados como la TB MDR, Bolivia ha reportado durante la gestión 2015, 63 Casos diagnosticados por cultivo de los cuales 41 de ellos iniciaron tratamiento (65 %), y el resto corresponde a pacientes que no aceptaron el tratamiento por el tiempo que denota

el mismo, otros no fueron ubicados por ser pacientes de riesgo (drogadictos y alcohólicos) y que abandonaron la casa hogar de acogida y/o tuvieron un desenlace fatal. La condición de ingreso de estos pacientes con TB/MDR describen que la

mayor proporción corresponde a pacientes con fracaso terapéutico al esquema de tratamiento 1 (pacientes nuevos), recaídas y fracasos al esquema 2 y abandonos

Los casos de Reacciones adversas a los medicamentos antituberculoso notificados y atendidos fueron 269, siendo 125 los casos denunciados por el PDCT de La Paz (46,4 %), Santa Cruz 63 (23.4 %) y 32 en Cochabamba (12 %) entre las principales regiones que reportan RAFAs.

C.- BENEFICIARIOS:



El

beneficiario directo de este financiamiento del Fondo Mundial para el proyecto “Alto a la Tuberculosis “ para su ejecución, ha sido el Ministerio de Salud, representado por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) y los Programadas Departamentales (PDCT) para que sus actividades estén enmarcados a restablecer la salud de los pacientes con Tuberculosis en todas sus formas.

Las unidades básicas de las actividades institucionales de Salud dispuestas por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis están establecidos por una red de establecimientos de Salud y laboratorios distribuidos en 82 Municipios priorizados que fueron definidos por el país, acorde a la situación de salud del momento, medidos o catalogados por la carga de pacientes con Tuberculosis y el riesgo que representa para cada uno de los Departamentos del país, entre ellos; los Municipios de mayor carga de pacientes con Tuberculosis como los del eje troncal de Santa Cruz, La Paz y Cochabamba, sin descuidar los Municipios de frontera por la alta migración entre los países vecinos de la Argentina y Brasil. Estos municipios priorizados al inicio del proyecto, abarcaron al 78 % de la población boliviana y el 24 % del total de Municipios (82/314) en los cuales se han llevado a cabo acciones específicas para la atención de pacientes con TB en todas sus formas y sus complicaciones.

El instrumento de seguimiento y control del proyecto ha sido el **marco de desempeño** cuyos indicadores fueron consensuados con el Fondo Mundial, en el, están descritos los objetivos centrales y las metas programáticas que deben ser respondidas a través de indicadores acordados.

OBJETIVOS DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN EN 82 MUNICIPIOS PRIORIZADOS

Objetivo	Indicador
1	Expandir y fortalecer la estrategia DOTS/TAES de calidad
2	Fortalecer y consolidar la prevención y control de la TB-MDR, y las intervenciones de colaboración de TB/VIH y en grupos vulnerables (poblaciones indígenas, prisiones, y grupos migrantes: mineros, agricultores, petroleros).
3	Involucrar a proveedores de salud en la prevención, detección y tratamiento de la tuberculosis (PPM) como ser servicios privados de salud.
4	Desarrollo e implementación de una estrategia básica de ACMS orientada principalmente a la movilización de recursos nacionales y locales, disminución del estigma y empoderamiento de comunidades y afectados.

A través de esta financiación se han logrado avances y resultados positivos en la Vigilancia y Control de la Tuberculosis, por el trabajo coordinado, en el sentido de que el problema de la Tuberculosis ha sido abordado respetando la organización estructural (Redes de establecimientos de Salud y Laboratorios) y funcional (niveles de gestión), fortaleciendo además; la capacidad de respuesta institucional (con la asignación de recursos financieros, proveyendo equipamiento, insumos, medicamentos y reactivos), fortaleciendo las capacidades de los Recursos Humanos institucionales y de la comunidad), Apoyando la coordinación interinstitucional para (acciones colaborativas) y la participación activa de la Sociedad Civil, fomentando la Abogacía y Socialización, como la atención a poblaciones de riesgo (Privados de Libertad y Población Indígena).

1.- EXPANDIR Y FORTALECER LA ESTRATEGIA DOTS/TAES DE CALIDAD.

A través de PROSALUD como administrador de los recursos económicos financiados por el Fondo Mundial se han brindado los medios al Programa Nacional de Control de la Tuberculosis y los Programas Departamentales para desarrollar los procesos de:

- **1.1. Abogacía y socialización**

Una de las finalidades de este proceso de abogacía y socialización del problema de la Tuberculosis en los 9 Departamentos del país, ha sido; acercar a otros actores y a diferentes categorías de gobierno y de liderazgo, a ser partícipes en el abordaje

del problema como de las propuestas de solución desde su ámbito laboral o de su representación institucional.

La creación de ambientes favorables para la ejecución del proyecto en todos sus niveles, fueron realizados por el personal institucional en cada uno de los niveles de gestión (Municipales – Departamentales y Nacional), logrando en algunos de ellos compromisos políticos y agendas de cooperación y aceptación social.

- ✓ Ciertos Municipios han logrado inscribir recursos económicos para actividades en Salud y entre ellos algunos que se relacionan a actividades de Vigilancia y Control de la Tuberculosis, conmemoración del día Mundial de la Tuberculosis y otros como ferias de Salud y marchas por la salud.
- ✓ Algunas gobernaciones cumplieron el compromiso de asimilar a algunos profesionales de Salud que fueron contratados por el Fondo Mundial otorgando los ítems correspondientes.
- ✓ También, se ha asegurado el compromiso de autoridades locales de Salud, quienes a través de directrices regionales aseguran el cumplimiento de todas las normas y protocolos del Programa de Control de la Tuberculosis.

• 1.2 Capacitación:

PROSALUD ha facilitado todos los procesos de fortalecimiento de recursos humanos, tanto a nivel Nacional como a cada uno de los Programas Departamentales de Control de la Tuberculosis, con la asignación y desembolsos de recursos económicos, dando viabilidad a este requerimiento para las capacitaciones programadas en cada periodo del financiamiento, entre ellos:

Capacitación en temas administrativos y financieros.



Capacitación en Procesos Administrativos.

La administración y la ejecución de los recursos del financiamiento son actividades muy sensibles para el desarrollo de un proyecto, bajo este criterio se ha procedido a la **capacitación de los responsables de la administración de los recursos del Fondo Mundial de los niveles**

de gestión Nacional y Regional para poder llevar a cabo con transparencia todos

los procesos administrativos del proyecto y asumir con responsabilidad lo que está establecido en las normas administrativas de PROSALUD y de sus propias regionales, conociendo además:

- ✓ La organización estructural y funcional del proyecto.
- ✓ Flujos y relaciones de coordinación entre FONDO MUNDIAL, RECEPTOR PRINCIPAL, PROGRAMA NACIONAL, PROGRAMAS DEPARTAMENTALES Y SUS TRANSVERSALES ALF y MCP.
- ✓ Requisitos y uso de Instrumentos de registro y control
- ✓ Desembolsos de fondos o recursos.
- ✓ Descargos y/o conciliación de cuentas.
 - Pasajes.
 - Viáticos.
 - Contrato de servicios.
 - Planillas.
 - Temas impositivos.
 - Plazos.

Los resultados obtenidos de este proceso son las conclusiones satisfactorias de las auditorías internas y externas a los que fue sometido el proyecto y las conciliaciones de cuentas de cierre del proyecto en los Programas Departamentales de Control de la Tuberculosis

Capacitación a personal institucional de la red de establecimientos de Salud

Se ha reforzado al personal institucional de la red de establecimientos de Salud de los Municipios priorizados, actualizando e incrementando sus conocimientos para un desempeño institucional y profesional satisfactorio, recibiendo las orientaciones técnicas y administrativas del Programa establecido y normado para una atención con calidad (normas, protocolos y guías)

El nivel Nacional y los Programas Departamentales han realizado por lo menos 2 capacitaciones anuales para el personal de salud de la red de establecimientos que denuncian casos de Tuberculosis, durante todo el periodo de la subvención 2013 al 2016.

- ✓ Tuberculosis sensible: Teniendo como base “Manual de normas técnicas en Tuberculosis.
- ✓ Tuberculosis Multidrogoresistente “Guía técnica de Tuberculosis Drogo Resistente”.
- ✓ Co infecciones “Guía práctica de co-infección TB/VIH”.
- ✓ Laboratorio “Manual técnico de la red de laboratorios”.

Taller de actualización de la situación de Control de la Tuberculosis en las Américas. (OPS).

- ✓ Guías Técnicas de la OMS para la investigación de TB y la administración de la Terapia Preventiva con Isoniacida.
- ✓ Tratamiento de la TB (Programa Regional de la Tuberculosis OPS/OMS).
- ✓ Integrando los servicios de planificación familiar con las actividades de colaboración TB/VIH como plataforma de sinergia que mejora el acceso.
- ✓ Diagnóstico de la TB (Programa Regional de la Tuberculosis OPS/OMS).
- ✓ Estrategia Fin de la TB y Actividades en Curso hacia su Implementación en las Américas
- ✓ Manejo de la Infección de TB Latente (TITBL).
- ✓ Nuevas definiciones y marco de trabajo para la notificación de TB y TB/DR.

A través de estas jornadas el personal de Salud ha logrado:

- ✓ Mejorar sus conocimientos, sus habilidades y destrezas para la atención de pacientes con Tuberculosis sensible, TB/DR, complicaciones RAFAs.
- ✓ Ofertar una atención integral a los pacientes con sintomatología pulmonar.
- ✓ Mejorar la atención clínica de los pacientes con Tuberculosis.
- ✓ Mejorar e incrementar el uso de los medios de diagnóstico de confirmación de casos.
- ✓ Cumplir adecuadamente lo que está establecido en las Normas y procedimientos del Programa Nacional.
- ✓ Coordinar e integrar las actividades comunitarias e institucionales.
- ✓ Lograr alianzas estratégicas de corresponsabilidad y complementariedad con otros subsectores de Salud.
- ✓ Incremento en el Número de establecimientos de Salud de la red de Tuberculosis.
- ✓ Tomar decisiones técnicas que benefician al Programa y en definitiva al paciente con Tuberculosis.
- ✓ La revisión de los manuales técnicos, asumir las nuevas técnicas y definiciones operativas del Programa de Control de la Tuberculosis.

Cursos Modulares del Programa de Control de la Tuberculosis.

Simultáneamente se ha logrado mantener la vigencia de los **CURSOS MODULARES** de capacitación en Tuberculosis que fueron realizados en **CENTROS MODELOS ESPECIALIZADOS** de los Municipios de Montero e Ivirgarzama, para Médicos Generales y Licenciadas de Enfermería, cumpliendo de esta manera lo que está determinado en la resolución Ministerial 1542 para la utilización de cinco Módulos dispuestos para estos cursos. Cada uno de los Programas de Control de la Tuberculosis ha definido en cada periodo a partir del año 2013 al 2015 de (4 y 5 profesionales de Salud),

- ✓ Cada participante conoce las normas y procedimientos técnicos del Programa.

- ✓ Cada asistente está certificado por su aprobación del curso.
- ✓ La certificación, valida la calificación profesional de méritos.

Capacitación SNUS/SIAL/SALMI (Farmacia)

También, el Receptor Principal con la finalidad de fortalecer el conocimiento del otros Recurso Humanos ha llevado a cabo la capacitación regionalizada al personal



responsable de las farmacias institucionales de todos los Municipios del país tomando en cuenta el programa de medicamentos y suministros (SNUS) para la administración del Subsistema de Administración Logística de Medicamentos e Insumos (SALMI) y el manejo adecuado del Sistema de

Información y Administración Logística (SIAL).

Esta capacitación logra: ser:

- ✓ El primer paso de aplicación de la normativa del SNUS-SALMI-SIAL
- ✓ Inicio del Plan de Integración de Medicamentos Antituberculosos, Insumos y Reactivos del PNCT – PDCT
- ✓ Se ha fortalecido el conocimiento de los participantes en el manejo logístico de los mismos y así estandarizar procedimientos operativos de la gestión logística del suministro.
- ✓ Se ha mejorado la disponibilidad, accesibilidad al tratamiento de los pacientes con la actualización en el manejo de las cajas DOTS

La modalidad asumida en esta capacitación ha sido la Regionalizada, tomando como base las ciudades troncales de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, en el que se capacitaron a 100 responsables de Farmacias de los municipios priorizados y personal técnico de los programas Departamentales.

- **1.3 Gestión de Medicamentos:**

Si bien, no se ha intervenido en todo el proceso del ciclo de gestión de logística y suministros sanitarios para el PNCT. El Receptor Principal ha logrado la

disponibilidad de los medicamentos antituberculosos a través de la compra, evitando de esta forma el desabastecimiento en todos los niveles de atención de la red de establecimientos dispuestos para la atención de casos de Tuberculosis, procediendo de la siguiente manera.

- ✓ La estimación de necesidades realizada por el PNCT fue verificadas y justificadas por el RP y OPS al Fondo Mundial.
- ✓ La verificación de existencias de medicamentos antituberculosos en almacenes centrales, fueron realizados en forma paralela entre el RP y el PNCT y personal responsable del CEASS
- ✓ Las cotizaciones y las solicitudes de compras al GLC fueron realizadas por el Receptor Principal.
- ✓ Se han adquirido los medicamentos de 2da línea en forma oportuna y regular y por demanda del Programa Nacional de control de la Tuberculosis.
- ✓ Todos los procesos de compra han sido realizados con transparencia, bajo las normas establecidos por el Fondo Mundial.
- ✓ Consiguientemente se ha evitado el desabastecimiento de medicamentos en cada uno de los niveles de gestión y atención, además; la calidad y la cantidad de los productos están garantizados.

• 1.4 Actividades de Control

(Supervisión, Monitoreo y Evaluación) Con los recursos económicos administrados por **PROSALUD** se ha asegurado su ejecución en todos los niveles de gestión, proporcionando oportunamente los recursos financieros para su cumplimiento al Programa Nacional y Programas Departamentales de control de la Tuberculosis y así efectuar sin contratiempos su labor al igual que las unidades de laboratorio de Referencia Nacional y los Laboratorios de referencia Departamental, cada uno de ellos han realizado durante el periodo de financiamiento (2013-2016)

- ✓ 2 actividades de supervisión integral por año del equipo técnico de los Programas Departamentales (Responsable de Programa, Enfermera Supervisora y responsables de Laboratorio) a las Coordinaciones de Red, Establecimientos de Salud, Servicios de Laboratorio.
- ✓ 2 actividades de monitoreo de la información y seguimiento de, pacientes por año con visitas técnicas a Coordinaciones de Red, establecimientos de Salud y sus respectivos servicios de Laboratorio.
- ✓ 1 evaluación Nacional por periodo de financiamiento
- ✓ 9 evaluaciones departamentales por año.

- ✓ Los instrumentos de control utilizados fueron los estandarizados en su uso por el Programa Nacional de Control, complementado con algunas adaptaciones locales.

- **1.5 Fortalecimiento de Laboratorios:**

Se han fortalecido a las instituciones que confirman y/o descartan casos de TB (baciloscopias, cultivo y PSD) a nivel nacional (Instituto Nacional de Laboratorios en Salud) laboratorios de referencia regional y de redes municipales, brindándoles las condiciones para el desarrollo de sus labores y otras actividades, atendiendo prioritariamente sus necesidades programadas en el POA institucional, entre ellas:

- ✓ La compra de activos, insumos y reactivos han favorecido a las actividades rutinarias de los centros de confirmación bacteriológica.
- ✓ Se ha apoyado en la reparación y mantenimiento de algunos equipos de importancia institucional.
- ✓ Se ha viabilizado y otorgado los recursos económicos para el desarrollo de los procesos de control (supervisión y control de la calidad de las baciloscopias).
- ✓ Se han desarrollado a nivel Nacional y en los 9 departamentos del país 1 evaluación por año de la situación de la red de Laboratorios que confirman o descartan casos de Tuberculosis.
- ✓ Control de calidad externa de las baciloscopias, en la gestión 2016
- ✓ Además, cada laboratorio regional ha realizado el control de la calidad de las baciloscopias de todas las placas delegadas a través de un medio de transporte por los laboratorios periféricos.

2.-FORTALECER Y CONSOLIDAR LA PREVENCION Y CONTROL DE LA TB/MDR Y LAS INTERVENCIONES DE COLABORACION DE TB/VIH Y EN GRUPOS VULNERABLES.

2.1 TB/MDR/RAFA:



Fuente: PNCT Reunión Comité Nal. TB/MDR

Se han viabilizado con la asignación de recursos económicos las actividades del PNCT y PDCT relacionados a la captación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de casos de TB Sensible y TB/DR, como el funcionamiento regular e los **Comités Regionales y Nacional de TB/MDR**, por consiguiente.

- ✓ Se ha dado continuidad a las reuniones de evaluación de los expedientes clínicos de potenciales casos de TB/MDR/RAFA con una periodicidad mensual. Labor desarrollada en los 9 Programas Departamentales de control de la Tuberculosis y el Nacional.
- ✓ Continuidad a las discusiones técnicas y especializadas de la TB/MDR.
- ✓ Se han brindado recomendaciones clínicas y se han adoptado esquemas de tratamiento estandarizado o diferenciado acorde a la clínica del caso analizado.
- ✓ Se realizaron 2 capacitaciones por año y en el curso del financiamiento 2013 al 2016) por parte de los miembros del Comité Nacional y Departamentales de la TB /MDR.
- ✓ Se ha incrementado el conocimiento del personal institucional (Médicos Generales, Enfermeras y Médicos especialistas) y otros como los recursos humanos universitarios (estudiantes de Medicina) en temas relacionados a la **TB/XDR/MDR/RAFA**.

Por consiguiente, ha mejorado la capacidad de diagnóstico y se han evitado complicaciones por tratamientos inadecuados.



Con fines operativos se han llevado a cabo el seguimiento y búsqueda activa de casos de TB/MDR en los lugares de procedencia, diagnóstico y permanencia, una actividad de trascendencia por los beneficios que acarrea al programa y a los pacientes para el logro del objetivo final que es la curación del paciente. Esta actividad ha sido llevada a cabo en coordinación con personal comunitario.

Fuente: PNCT. Capacitación TB/MDR/RAFA a especialistas

2.2 POBLACIONES DE RIESGO:

Acorde a los objetivos del proyecto, también se ha priorizado la ejecución de acciones para la atención a privados de Libertad, pacientes con co-infección VIH/TB, atención a Poblaciones indígenas de los Departamentos de Santa Cruz (Ayoreo, Chiquitana, Guarayos, Guaraní), Beni (Tschiman), Tarija (Wennayeck) y Cochabamba (Yuqui).

Las intervenciones institucionales y comunitarias que se ejecutaron, estuvieron enmarcados tareas de prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis en todas sus formas, tanto sensible a medicamentos de 1ra línea, como a la Tuberculosis resistente a medicamentos antituberculosos de 1ra y 2da línea en asociación y alianza con la sociedad civil representada por ASPACONT definido como aliado estratégico para la socialización, abogacía, adherencia al tratamiento con participación de voluntarios comunitarios,

La integridad de las acciones que se desarrollaron, estuvieron acordes a los lineamientos definidos en el Plan estratégico del Programa Nacional con intervenciones en poblaciones de riesgo como las **poblaciones indígenas** que generalmente están expuestos a una mayor vulnerabilidad social, económica, marginación, hábitos y costumbres que predisponen a contraer Tuberculosis, poblaciones del régimen penitenciario y pacientes con TB/VIH/SIDA

- **2.3 Poblaciones Indígenas:**

Fue licitado en dos oportunidades a través de una convocatoria abierta **001/13 RP PROSALUD-SR-FM** que fueron declaradas desiertas y ante estos resultados 4 Programas Departamentales de Control de la Tuberculosis que presentaron sus

proyectos y priorizaron sus comunidades indígenas de intervención como lo hicieron los Departamentos de Santa Cruz, Beni, Cochabamba y Tarija fueron las instituciones que tomaron al subcomponente para su desarrollo.

Las variables o factores determinantes para su incorporación y desarrollo de actividades fueron, la carga de la enfermedad de la Tuberculosis, condiciones sociales, económicas, situación geográfica, comunicación, medios de transporte, capacidad de oferta de servicios de Salud.

Poblaciones indígenas priorizadas del proyecto

Todas las actividades programadas y de acuerdo a los POAs Regionales fueron

Departamento	Comunidades indígenas	Población	Índice de Programación de S.R	Total S.R	Casos TB 10 %	Total Casos TB TSF
PDCT Santa Cruz	Chiquitano.	9. 852	1 %	98	10	12
	Guaraní.	8. 165	1 %	82	8	10
	Guarayos	12. 327	1 %	123	12	15
	Ayoreos	2. 390	1 %	24	2	3
PDCT Beni	Tsimane	11.152	1 %	112	11	14
PDCT Tarija	Wennhayeck	6.224	1.6%	93	9	11
PDCT Cochabamba	Yuqui	291	1.7%	5	2	4
POBLACION TOTAL		50.401		537	53	69
Fuente: RP PROSALUD						

cumplidas a satisfacción como las:

- ✓ Capacitaciones y empoderamiento del recurso humano Institucional de los establecimientos de Salud.
- ✓ Socialización con autoridades originarias.
- ✓ Capacitación en las comunidades previstas, formación de nuevos líderes y voluntarios locales que sean el puente de relación coordinada entre las instituciones de Salud y la comunidad.

Por cierto, la formación de líderes comunitarios es fundamental pero, la sostenibilidad es difícil, por la escasa permanencia en el tiempo de los líderes y voluntarios comunitarios capacitados, porque; los incentivos no son atractivos para motivar y sostener a este recurso humano particular, que puede responder eficientemente en la búsqueda de nuevos casos y contactos como la vigilancia al tratamiento instaurado. Sin embargo a través de este recurso humano comunitario se ha logrado difundir El Programa, la enfermedad, el control y la prevención.

También se han logrado compromisos con las autoridades locales que esperamos se cumplan y puedan dar continuidad a la labor desarrollada por las coordinaciones de Red en los Municipios que fueron incorporados.

- **2.4 Población Privada de Libertad:**

Otra de las prioridades para el ejercicio del proyecto fueron las poblaciones cautivas, con intervenciones en 22 cárceles y carceletas del país, que por sus condiciones peculiares o particulares permiten el desarrollo, la transmisión y las complicaciones de cualquier enfermedad, entre ellos la Tuberculosis.

Resaltar la labor del Programa Nacional de control de la Tuberculosis que a través de su unidad técnica, ha priorizado la coordinación con la Unidad de régimen

penitenciario a nivel Nacional para que este sector participe en eventos de interés nacional como del Diálogo País como actor importante de la sociedad y como parte integrante de la red de establecimientos de Salud coordinando sus acciones de captación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de casos extra muro de los pacientes beneficiados con salidas periódicas o con libertad condicional o definitivo



Fuente: PNCT Capacitación en Palmazola

También, el Receptor principal ha posibilitado con los recursos del Fondo Mundial, la **refacción** algunos Centros de Salud de estas penitenciarias mejorado la calidad del servicio y calidad de atención ofreciendo ambientes de Salud más saludables, como la satisfacción del usuario y del recurso humano institucional.



Fuente: PROSALUD

2.5 Acciones Colaborativas - las co-infecciones

Las enfermedades infecciosas que coexisten en pacientes con Tuberculosis, son varias; entre ellas la diabetes, silicosis, enfermedad crónica renal, neoplasias, pero, la más representativa por sus características de epidemia y trascendencia mundial (pandemia), es la correlación con la enfermedad del VIH/SIDA, que en la última década se ha ido incrementando en el país. Los pacientes seropositivos por su condición física deteriorada dificultan el tratamiento, pues debilitan más aún la salud del paciente, además si a esto se suma la TB resistente a los medicamentos antituberculosos, dificulta el éxito de los programas de control de la Tuberculosis.

Ante este problema de trascendencia mundial, los programas de control de ambas enfermedades han determinado trabajar en forma conjunta para un bien común que es la sobrevivencia de los pacientes afectados. Para esto, se ha conformado un comité nacional inter-programática TB/VIH SIDA que ha determinado acciones colaborativas entre ambos programas a través del accionar de los comités inter-programáticos departamentales a los cuales el **Receptor Principal** ha tenido la oportunidad de participar en algunas de ellas.

Entre las acciones colaborativas desarrolladas durante este periodo de vigencia del proyecto, es haber **viabilizado los recursos**, para el progreso de las reuniones periódicas de coordinación de los comités inter-programáticos en cada uno de los Programas Departamentales de Control de la Tuberculosis y a nivel nacional y se han definido,

- Indicadores comunes para el seguimiento y evaluación de la co-infección TB/VIH/SIDA.
- Uso común del sistema informático desarrollado en el paquete de Epi Info.
- Empleo de instrumentos de registro comunes.
- Tener correspondencia de la información y lo más importante.

- Asumir con responsabilidad las normas y procedimientos en la atención de pacientes en ambos programas de control

La participación de los establecimientos de salud, está basada en ofertar y realizar las pruebas rápidas para el VIH en todo paciente con TBTSF previa información y consejería al paciente y a la familia, llevar a cabo la terapia preventiva con INH a todo paciente seropositivo que no tenga signo sintomatología compatible con TB y la aplicación de profilaxis con trimetropin/sulfametoxazol.

3.- INVOLUCRAR A PROVEEDORES DE SALUD EN LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS (PPM) COMO SERVICIOS PRIVADOS DE SALUD.

La alianza público público/público privada es una iniciativa promovida por la OMS/OPS para incorporar otros proveedores de Salud y establecer una red de establecimientos de Salud que se involucren en la Vigilancia y Control de la Tuberculosis, extendiendo de esta manera la accesibilidad de los pacientes con Tuberculosis.

Actualmente la red de establecimientos de Salud del Sistema Boliviano de Salud, incorpora a otros subsectores de salud que no dependen de la administración directa del Ministerio de Salud como los de la Seguridad Social, Iglesia, ONGs, Privados, Fuerzas Armadas y Policía, pero; muchos de los mencionados no incorporan en sus informes casos de Tuberculosis, incluso, las metas de oportunidad de la información en TB y que están inscritas en el Marco de desempeño solo refiere e involucra a establecimientos Públicos. Actualmente se han ido incorporando paulatinamente otros establecimientos de Salud en base a cartas de intensiones o memorándums de entendimiento y coordinaciones intersectoriales e institucionales de 1034 de inicio del proyecto a 1246 para la gestión 2016.

Para poner en práctica esta estrategia, el Programa Nacional debe contar con los lineamientos técnicos para implementarla y consolidar de esta manera la estrategia. Es así que el Receptor Principal y con recursos del Fondo Mundial ha dado respuesta a este requerimiento con:

- ✓ Elaboración a través de una consultoría de la **Guía y Manual de Implementación de la estrategia Público-Privado**. Estos documentos en el que están establecidos los lineamientos técnicos y administrativos han sido validados para su impresión y distribución a nivel nacional y así lograr la inclusión de otros establecimientos de Salud para que adopten todos los estándares técnicos para el control de la Tuberculosis.

4.- DESARROLLO E IMPLEMENTACION DE UNA ESTRATEGIA BASICA DE ACMS ORIENTADA PRINCIPALMENTE A LA MOVILIZACION DE RECURSOS NACIONALES Y LOCALES, DISMINUCION DEL ESTIGMA Y EMPODERAMIENTO DE COMUNIDADES Y AFECTADOS – DOTS-COMUNITARIO



Se ha priorizado la participación de la **comunidad y/o sociedad civil**, a través del subcomponente del DOTS Comunitario que también fue licitado a través de una convocatoria abierta **OL-913-G11-T- 002** el cual fue declarado desierto por ser un componente poco atractivo por los recursos económicos de financiamiento asignado y que fue asumido por **PROSALUD**, para luego transferir la experiencia al Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

para la ejecución de actividades a través de los Programas Departamentales. La transferencia mencionada fue realizado a través de una reunión Nacional en el estuvieron presentes los responsables operativos (enfermeras supervisoras) y responsables Nacionales que hicieron el seguimiento de esta actividad, quienes realizaron los ajustes necesarios en los planes operativos regionales para ejecutar las actividades regionales que tengan como objetivo la articulación de la comunidad con los servicios de Salud.

La finalidad del DOTS Comunitario es lograr la coordinación de la sociedad con la estructura institucional de Salud, lograr la articulación de grupos poblacionales y sus representaciones en los procesos de prevención, promoción, protección de la Salud y la movilización social de la población frente a la Tuberculosis, para el logro de resultados se han desarrollado:



- **4.1 Actividades de sensibilización**

Como un indicador en la gestión 2014 se realizaron 13 reuniones de sensibilización a nivel nacional con participación de 426 personas entre autoridades políticas locales y regionales, autoridades y personal de Salud. Igualmente se ha capacitado

al personal institucional para su desempeño en temas relacionados al DOTS COMUNITARIO y las tareas de apoyo a la comunidad.

Esta actividad inicial del proceso fue liderado por el personal de Salud en las áreas de jurisdicción Municipal, para lograr cambios de actitud de miembros de la comunidad y autoridades regionales, para que tomen como política regional la lucha contra la Tuberculosis y generar trabajo articulado, además; de contribuir al esfuerzo de las instituciones de Salud.

- **4.2 Educadores pares**

Durante la misma gestión se realizaron 16 talleres de capacitación **con** asistencia de 298 voluntarios, los educadores pares son personas que en algún momento tuvieron la enfermedad, sanaron y ahora comparten su experiencia con pacientes con tuberculosis. Cada uno de los educadores pares tiene el conocimiento necesario sobre la enfermedad, sus causas y sus consecuencias, diagnóstico, tratamiento y temas relacionados al estigma y la discriminación, para acompañar a los pacientes con tuberculosis en el éxito de su tratamiento.

- **4.3 Visitas domiciliarias**

El personal de Salud de los establecimientos de Salud y los voluntarios comunitarios han tenido la oportunidad de llegar a los hogares de los pacientes con Tuberculosis considerados como problema por el riesgo de abandono al tratamiento. Esta estrategia desarrollada por el programa ha logrado mejorar la adherencia de los pacientes al tratamiento y evitado el abandono, consecuentemente, también ha coadyuvado a la integración institucional con la comunidad y el entorno familiar del paciente para poder:

- ✓ Socializar el Programa de Control de la Tuberculosis y sus ventajas con la familia, la comunidad.
- ✓ Ser el vehículo de inter- relacionamiento entre la comunidad y la institución de Salud.
- ✓ Lograr el apoyo familiar para que el paciente pueda cumplir con el tratamiento.
- ✓ Detectar otros casos y vigilar a los contactos íntimos.
- ✓ Difundir medidas preventivas y estilos de vida saludables, brindar recomendaciones nutritivas para pacientes con Tuberculosis para mejorar su alimentación.
- ✓ Evitar el abandono al tratamiento.

Los resultados estadísticos se reflejan en las gráficas y estadísticas relacionadas a los indicadores del marco de desempeño.

Participaron como promedio alrededor de 200 personas voluntarias y personal institucional que realizaron 2500 visitas domiciliarias a 789 pacientes que requirieron esta actividad cuyo objetivo mayor es:

4.1 ACMS:

Las acciones de abogacía, comunicación y movilización social ha sido una de las estrategias que ha tenido el respaldo y apoyo incondicional del Receptor Principal para llevar a cabo todas las acciones programadas a través de una coordinación eficiente con la representación social de pacientes y ex pacientes con TB (ASPACONT) y que han logrado:

- ✓ Posicionar la estrategia de ACMS y la representación de ASPACONT en los diferentes subsectores de Salud y de la población en general.
- ✓ Influenciar y socializar el problema de la Tuberculosis con las autoridades locales a compromisos políticos de apoyo en la vigilancia y control de la Tuberculosis.
- ✓ Participación comunitaria en actividades convocadas por el personal institucional de Salud y de su representación social en capacitaciones, formación de líderes comunitarios, ferias de Salud, marchas de Salud, conmemoración del día de la Tuberculosis que han sido estrategias de comunicación multidireccional y acciones preventivas, búsqueda de casos, vigilancia del tratamiento y seguimiento de casos.
- ✓ Exposiciones radiales, televisivas, por parte de autoridades nacionales del programa, responsables Departamentales y fundamentalmente representantes de la sociedad civil (ASPACONT) Nacional y Departamentales, que permitieron difundir la enfermedad como problema de Salud Pública que puede ser controlada por procesos de prevención y tratamiento, además de difundir que toda la población tiene derecho al diagnóstico rápido y sin costo, que tienen derecho al tratamiento gratuito y que el personal de Salud esta para cuidar su salud.

- **4.2 Fortalecimiento a ASPACONT:**



El receptor principal PROSALUD ha facilitado todo el apoyo técnico y financiero para el llevar adelante las actividades programadas en coordinación estrecha con la institución más representativa de la sociedad civil como ASPACONT (asociación de pacientes y ex pacientes de

Tuberculosis) y otros. Se han desarrollado con éxito:

- ✓ Reuniones nacionales de ASPACONT con participación de las representaciones departamentales.
- ✓ Se han impartido conocimiento a sus miembros sobre:
 - Gestión.
 - Planificación.
 - Vigilancia epidemiológica comunitaria (alerta temprana),
 - La enfermedad y sus complicaciones – medidas de prevención, promoción y tratamiento
 - Otros temas abordados: estigma, discriminación, género y generación.
- ✓ Reuniones de seguimiento al trámite de la personería jurídica que le brindará un estatus de legalidad para su reconocimiento institucional que aun así lo tiene.
- ✓ Formación y capacitación de otros líderes Regionales



Fuente: ASPACONT-Reunión Ecorregión Amazónica

PROSALUD como Receptor Principal ha participado activamente de sus reuniones Nacionales y Regionales de ASPACONT, ha conocido de cerca las experiencias de vida de los pacientes con Tuberculosis, ha sido parte del equipo educador que ha fortalecido los conocimientos de los representantes nacionales y regionales.

Los frutos de estas actividades están reflejados por sus actuaciones porque son:

- ✓ Artífices del respeto y la defensa de los derechos de los pacientes y expacientes con Tuberculosis.
- ✓ Son parte integrante de las acciones institucionales para con la comunidad en medidas de prevención, promoción, socialización, abogacía,
- ✓ Son aliados incondicionales de los prestadores de servicios de Salud.

Las reuniones de autoayuda han sido fundamentales para disminuir las tasas de abandono, es una terapia de grupo que fortalece a los pacientes y a los familiares para soportar y afrontar en forma conjunta los inconvenientes que denota una enfermedad crónica como la tuberculosis.



Fuente: ASPACONT Santa Cruz- Reunión de Autoayuda.

Son reuniones en la que cada uno de los participante exponen sus experiencias en su vida

FAMILIAR, COMUNITARIA, LABORAL la estigmatización, discriminación sufrida son analizados en forma conjunta para darle una solución que le permita afrontar mejor la enfermedad, sostener el tratamiento, alimentarse mejor, además de mejorar enormemente su autoestima.

Simultáneamente han realizado visitas a pacientes que necesitan apoyo moral con la finalidad de lograr mayor adherencia al tratamiento hasta lograr la recuperación que beneficia al paciente, a su entorno social, familiar y de la comunidad.

E.- MONITOREO Y EVALUACION DE INDICADORES PROGRAMATICOS

Las tareas operativas de la unidad de Monitoreo y Evaluación del Receptor Principal se han desarrollado en un clima de coordinación y responsabilidad con el equipo de gestión y técnicos del Programa Nacional de Control y los Programas Departamentales, en el que se incluyen a las Coordinaciones de Red que aglutinan uno más Municipios con sus respectivas redes de Servicios de Salud en todos los niveles de atención.

El periodo de reporte de estos indicadores del Marco de desempeño, inicia el mes de Enero de la gestión 2013 hasta el tercer trimestre (julio, agosto y septiembre) de la gestión 2016.

Para llevar a cabo esta gestión informativa, PROSALUD ha elaborado el manual de



Fuente: PROSALUD (Taller Arranque –Cochabamba)

Monitoreo y Evaluación, donde las consideraciones de este documento, no desvirtúa ni altera las normas y procedimientos que están establecidos en el Sistema Boliviano de Salud como del Programa Nacional sino, que las complementa y respeta.

La apertura de las actividades de Monitoreo y Evaluación ha

tenido su inicio con la socialización de los aspectos técnicos y administrativos del proyecto “Alto a la Tuberculosis” en el que estuvieron presentes (Responsables Nacionales y Departamentales de Control de la Tuberculosis, Enfermeras supervisoras y responsables regionales de laboratorio)..

En el área administrativa, se expusieron los lineamientos relacionados al recurso financiero y sus alcances para cada uno de los Programas Departamentales (POA, techos presupuestarios, requisitos para desembolsos, formas de descargos, e instrumentos de registro.

E.1 Socialización del Marco de Desempeño – Objetivos e Indicadores del proyecto

Instrumento en el que están detallados los objetivos al que deben responderse, los indicadores de Impacto, resultado y cobertura, línea de base, metas y las fechas límites de reporte de los indicadores.

El Receptor Principal ha remarcado con precisión el uso de instrumentos de registro para el seguimiento de la información del proyecto, REMARCANDO lo siguiente.

- ✓ Se ha recalcado, que los instrumentos de registro del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis están muy bien establecidos y se encuentran estandarizados en su uso a nivel nacional.
- ✓ La periodicidad de entrega de los reportes de la Tuberculosis está definidos por norma nacional para cada nivel de gestión y atención del sistema Boliviano de Salud.
- ✓ Las disposiciones normativas del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis involucran a todos los subsectores de Salud (público, privados, ONGs, Iglesia, Seguridad Social, FFAA y Policía)

- ✓ Igualmente están definidos los niveles de Coordinación entre el PNCT, PDCT, Coordinaciones de Red, Municipios y redes de establecimientos y laboratorios al cual se adhieren los flujos que corresponden con el RP (Receptor Principal), A.L.F. (Agente Local del Fondo y el mismo Fondo Mundial.
- ✓ También, se ha considerado para su uso del **instrumento resumen** del Receptor Principal para el seguimiento de los indicadores del proyecto.
- ✓ Se realizaron algunas modificaciones en el instrumento resumen, que por consenso de los equipos técnicos de las regiones fueron asumidos por el RP para su modificación y empleo posterior.
- ✓ También se tomaron en cuenta y se asumieron los flujos de los instrumentos consolidación de datos del **PDCT** y del instrumento resumen de **PROSALUD**.
- ✓ La oportunidad de la información no difiere en nada de lo que está establecido en el Sistema Nacional de Información en Salud y es asimilado por el Programa Nacional de Control para el flujo de los instrumentos del Programa.
- ✓ Se acuerda la normativa para el seguimiento de los Indicadores del proyecto, en el cual la oportunidad refiere a que los Programas Departamentales de Control de la Tuberculosis deben enviar los medios de verificación (formularios de registro del Programa) más el instrumentos resumen del proyecto al RP y PNCT hasta el día 40 después de haber finalizado el periodo de tres o seis meses de ejecución del proyecto y el RP envía los reportes al Fondo Mundial a través del PU/DR hasta el día 45 del mismo periodo, estas formulaciones
- ✓ Todas las referencias anteriores fueron aceptadas por el concurso de la sala del taller de Arranque realizado en la ciudad de Cochabamba – Bolivia.

Indicadores de Resultado de reporte anual que fueron monitoreados durante este proceso del proyecto, tomaron como línea base la gestión 2011.

Indicador	Relación con el Objetivo
Tasa de notificación de TBTSF	1
Tasa de notificación de TB con frotis positivo	1
Tasa de éxito de tratamiento en pacientes nuevos de TB con frotis positivo.	1
Tasa de abandono de tratamiento en pacientes nuevos de TB con frotis positivo	1
Tasa de éxito de tratamiento en pacientes con MDR-TB confirmada por laboratorio	2

Las metas establecidas para este periodo del financiamiento:

- Reducir la tasa de notificación de 92 a 90 casos por cada 100.000 hbts.

- Reducir la tasa de notificación de casos de TB BK(+) de 74 a 70 casos por cada 100.000hbts,
- Incrementar la tasa de éxito en pacientes nuevos de TB con frotis positivo de 85 a 91 %.
- Reducir la tasa de abandono en pacientes nuevos de TB con frotis positivo de 4,6 a 4 %.
- Incrementar la tasa de éxito de tratamiento en pacientes con MDR/TB confirmada por laboratorio de 75 a 76 %.

Indicadores de resultado y cobertura asignados al Proyecto:

No de Indicador	Indicador	Relación con el Objetivo
1.1	Número de casos de tuberculosis (baciloscopia positiva) notificados a las autoridades nacionales de salud durante un período especificado	1
1.2	Número de casos de tuberculosis (todas las formas) notificados a las autoridades nacionales de salud durante un período especificado	1
1.3	Número y porcentaje de laboratorios que llevan a cabo controles de calidad externos regulares de baciloscopia	1
2.1	Número y % de pacientes con TBTSF que acceden voluntariamente a la prueba rápida de VIH y tienen el resultado de la misma	2
2.2	Número y porcentaje de casos diagnosticados y confirmados de TB_MDR que inician tratamiento.	2
2.3	Número y % de casos de TB-MD R que han iniciado un tratamiento contra la tuberculosis de segunda línea y que tienen un cultivo negativo al final de los seis meses de tratamiento durante el período de valoración especificado	2
2.4	Tasa de éxito de tratamiento en pacientes con MDR-TB confirmada por laboratorio	2
2.5	Número promedio de días de retraso entre la fecha de confirmación de la TB-MR (resultado de la prueba de susceptibilidad a los medicamentos [PSM] que muestre resistencia a la isoniazida y a la rifampicina en el registro de tratamiento de la TBMR) y la fecha en la que el paciente inició la posología del medicamento prescrito de segunda línea según el registro del tratamiento de la TB-MR.	2
2.6	Número y % de TB todas las formas notificadas a la autoridad sanitaria entre sintomáticos respiratorios estimados en población indígena	2
2.7	Número y % de TB todas las formas notificadas a la autoridad sanitaria entre sintomáticos respiratorios estimados en población privada de libertad	2
3.1	Número y porcentaje de casos de tuberculosis (todas las formas) informados a través de remisiones o diagnósticos del sector privado (todos los tipos de instituciones de salud privados y no gubernamentales) de entre todos los casos de tuberculosis notificados	1
4.1	Tasa de éxito de tratamiento en pacientes con TB supervisados por el personal comunitario.	4

4.2	Número y porcentaje de reportes de los establecimientos de salud que envían informes oportunos según las directrices nacionales	4
-----	---	---

F.- OBJETIVO GENERAL DEL MONITOREO Y EVALUACIÓN

Lograr el análisis y seguimiento de indicadores seleccionados para contribuir al cumplimiento de los objetivos y metas establecidas por el Proyecto de Tuberculosis PROSALUD – FONDO MUNDIAL, a través de la recopilación, procesamiento y análisis periódico de la información clave que se realizan para facilitar la toma de decisiones y orientar la intervención hacia los objetivos establecidos, ¹ en base a información válida, oportuna, completa, relevante y ética.

F.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a) Efectuar la medición del impacto y los resultados del programa en lo que se refiere al aumento en la detección de casos de la Tuberculosis.
- b) Recabar información útil y suficiente de los datos generados y procesados en las unidades ejecutoras, destinada a la toma de decisiones y que permita realizar los ajustes correspondientes en las intervenciones del proyecto.
- c) Verificar el nivel de avance del programa con relación al plan operativo, estableciendo los progresos en cuanto al cumplimiento de metas.
- d) Proporcionar datos e información confiable y oportuna, consensuada y debidamente verificada por el PNCT, y necesaria para satisfacer las necesidades técnicas programáticas y financieras de las instancias estructuradas del proyecto de Tuberculosis PROSALUD – FONDO MUNDIAL.
- e) Proporcionar información a los Subreceptores, sobre el curso de los indicadores del proyecto por niveles de gestión (Departamentos y Municipios).
- f) Proporcionar la información necesaria, suficiente y oportuna al MCP, Fondo Mundial, así como a otras instancias que lo requieran, sobre el avance del Proyecto en general, en forma periódica.

El receptor principal **PROSALUD** ha ejecutado su tarea de seguimiento a los indicadores de Impacto y Resultado del Marco de Desempeño, observando la tendencia por periodos de gestión y revisando la calidad de los reportes que corroboren la veracidad de los informes al Fondo Mundial a través del ALF. (Agente Local de Fondo). Esta actividad puntual del Receptor Principal y su unidad de MyE lo ha realizado tomando en cuenta y respetando la estructura organizativa del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, el Modelo de Gestión y el Modelo de Atención de la estrategia SAFCI (Salud Familiar Comunitaria e Intercultural)

¹ Plan de Monitoreo y Evaluación PNCT y Receptor Principal

implementado en el país, respetando sus normas y procedimientos en el que se incluye su sistema de información.

F.2 Modelo de Gestión.

La relación de **PROSALUD** con el **Modelo de Gestión vigente en el país**, estuvo presente por los procesos de socialización y abogacía desarrolladas en cada nivel de la gestión en Salud (Municipal, Departamental y el Nacional), que asumieron y ejecutaron con responsabilidad el proyecto, coordinando estrechamente con el **Receptor Principal (PROSALUD)** para:

- ✓ Planificar las actividades del proyecto
- ✓ Elaborar los presupuestos.
- ✓ Solicitud de recursos.
- ✓ Seguimiento de las actividades en el curso del proyecto.
- ✓ Administración eficiente de los recursos por actividades financiadas.
- ✓ Seguimiento por niveles de gestión de los desembolsos, descargos.
- ✓ Desarrollo de actividades de Control (Supervisión, Monitoreo y Evaluación).
- ✓ Toma decisiones y ajustes en el curso del proyecto.
- ✓ Desarrollar con eficiencia la gestión de la información por niveles de competencia.

F.3 El Modelo de Atención y el Sistema de información del Programa.

Detalla la información generada en los establecimientos de Salud para el Programa de Control de la Enfermedad, resultado de las atenciones brindadas a los usuarios a partir de la detección, diagnóstico (Clínico, Laboratorial y Epidemiológico), tratamiento, vigilancia de casos, seguimiento de casos de TB sensible y resistente a drogas de primera línea y casos resistentes a drogas de segunda línea, además; de sus complicaciones como RAFAs y co-infecciones que se presentan en la población general y poblaciones de riesgo.

“El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis garantiza la atención eficiente de los usuarios de la Tuberculosis, a través de la red de establecimientos de Salud establecidos en redes municipales, redes de Salud Departamental que engloba a los de la Red Municipal y el Nacional en el que están incluidos los hospitales y laboratorios de mayor complejidad..

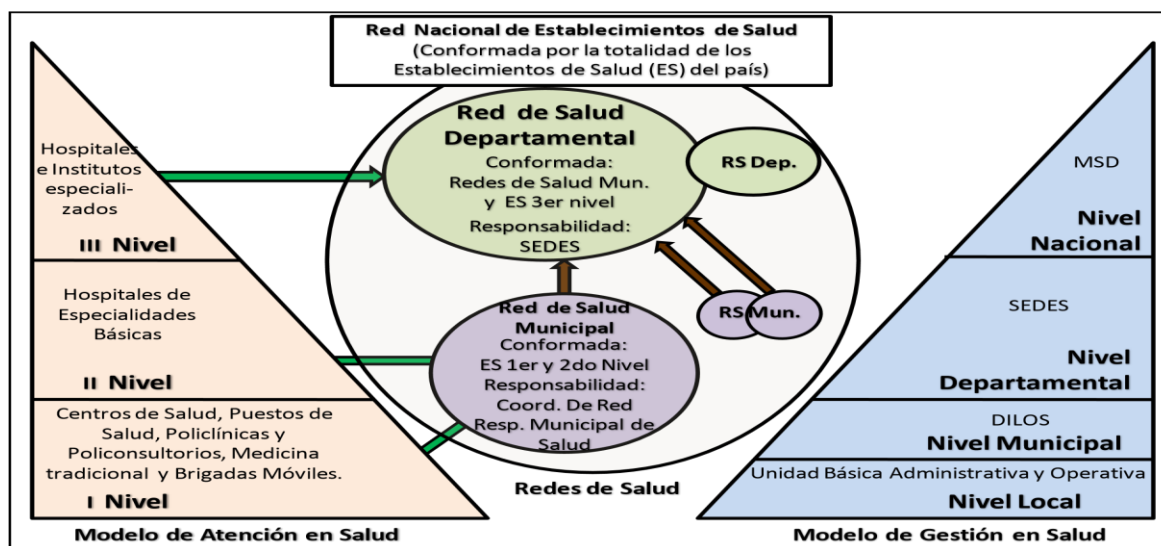
- ✓ Primer nivel de atención (puestos y centros de Salud).
- ✓ Segundo nivel atención (hospitales básicos de referencia).

- ✓ Tercer nivel de atención (hospitales generales, hospitales especializados e institutos de referencia Nacional) de todos los subsectores de Salud como aquellos que dependen directamente del Ministerio de Salud.
 - Establecimientos públicos.
 - Establecimientos de la seguridad social.
 - Los que dependen directamente de la Iglesia.
 - Establecimientos que dependen de las ONGs.
 - Centros y clínicas privadas.
 - Establecimientos de las Fuerzas Armadas y Policía.

Por supuesto, los laboratorios, también están dispuestos por redes y niveles de atención:

- ✓ Laboratorios operativos de primer Nivel ubicados en establecimientos de Salud de la Red Municipal.
- ✓ Laboratorios de segundo nivel o de referencia departamental que son 9.
- ✓ Laboratorio de tercer nivel o referencia Nacional (INLASA).

La Relación de **PROSALUD** con los establecimientos de Salud, los laboratorios, los Recursos Humanos y los equipos técnicos de los niveles de gestión ha sido en el marco del respeto a la estructura de la organización y a las normas establecidos para su cumplimiento efectivo a nivel Nacional.



Fuente: MyE PNCTB

F.4 Sistema de Información

El monitoreo y la evaluación debe ser el eje transversal de coordinación entre las actividades de un programa o proyecto y asimilar en forma conjunta los resultados obtenidos, y para eso es necesario contar con una información de calidad, que expresa un buen sistema de información en el que estén bien definidos las etapas de recolección, análisis y diseminación de datos.

La informática, es un recurso en constante expansión y es un medio de apoyo y de recursos tecnológicos para las organizaciones con el desarrollo e implementación de Software disponibles para los recursos instituciones de una organización, sin embargo; el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis a pesar de haber tenido la oportunidad de desarrollar el SIRETB (sistema de registro automatizado de la Tuberculosis), no está funcionando:

- ✓ Por falta de continuidad en su aplicación.
- ✓ Falta de correcciones técnicas del software en su momento.
- ✓ Dificultades para el seguimiento a la funcionalidad operativa del sistema.
- ✓ Falta de mantenimiento del software.
- ✓ Falta de Continuidad en el fortaleciendo de la capacidad técnica del recurso humano.

Actualmente el sistema de información en vigencia es **manual**, que rescata la información de todos los servicios de Salud de 82 Municipios priorizados de los 9 Departamentos del país que fueron definidos por indicadores que reflejan la carga de la enfermedad medidos por la incidencia y prevalencia de casos.

“**PROSALUD** y la unidad de Monitoreo y Evaluación ha llevado su tarea acorde a lo que está establecido en el país como sistema de información. No obstante, mencionar que se hicieron todos los esfuerzos al alcance del Receptor Principal para mejorar el sistema Informático antes desarrollado con recursos del Fondo Mundial, además; de su integración al Sistema Nacional de Información en Salud-Vigilancia epidemiológica del país, pero vanos fueron los esfuerzos, por falta de una decisión política del programa Nacional de Control de la Tuberculosis”.

G.- LA INFORMACION - INSUMO PARA EL MONITOREO Y EVALUACION

PROSALUD como otros organismos y el mismo Fondo Mundial, considera al Monitoreo y evaluación como una parte importante de la gestión de proyectos, una herramienta de control, que ha permitido realizar un seguimiento continuo, rutinario y sistemático del proyecto con información regional y nacional, que ha logrado dar a conocer la situación de Salud de las poblaciones con respecto a la Tuberculosis,

al inicio, en el curso y al final del proyecto. Además, ha permitido entre otras cosas detectar y corregir las desviaciones por un trabajo coordinado entre el ALF, RP y PNCT, desarrollando de esta manera una gestión compartida y comprometida, aparte de; tener la satisfacción del deber cumplido por los recursos institucionales de la red de establecimientos de Salud por los servicios dedicados a los pacientes con Tuberculosis y a la población en general.

G.1 Gestión de la Información:

El proceso de la obtención de la información del Programa de Control de la Tuberculosis para el seguimiento y evaluación de los indicadores de compromiso del país para con el Fondo Mundial, ha estado encuadrado en el respeto al ciclo de la información establecido en sus normas y procedimientos. El recurso base de la información, ha estado determinado por:

- 82 municipios priorizados.
- La red de establecimientos de Salud.
- Recurso humano,
- Instrumentos de registro
- Ciclo de la información (captación, sistematización, consolidación, difusión, análisis y comunicación).
- Toma de decisiones.

G.1.1 Relación de 82 Municipios Priorizados a Nivel Nacional

² Los Municipios priorizados para la intervención con actividades inscritas en los POAs Regionales de los 9 Departamentos del país no fueron sujetos de modificación, los 82 definidos se mantuvieron hasta el cierre del proyecto.

	Departamento	Municipio	Población		Departamento	Municipio	Población
1	Chuquisaca	Sucre	249.497	8	La Paz	La Paz	794.014
		Monteagudo	25.771			El Alto	901.823
		Tarabuco	17.204			Achacachi	47.029
		San Lucas	33.603			Huatajata	4.221
		Incahuasi	13.928			Chua Conani	4.788
		Villa Charcas	17.252			Huarina	8.182
2	Oruro	Oruro	285.554			Santiago de Huata	8.924
		Huanuni	26.618			Sorata	24.933
3	Potosí	Potosí	207.246			Viacha	87.005
		Llallagua	42.451			Alto Beni	11.812

² Poblaciones asignadas por el SNIS-VE (Sistema Nacional de Control de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica estimadas por el INE Bolivia.

		Colquechaca	36.143			Caranavi	52.424
		Cotagaita	33.355			Guanay	15.559
		Sacaca	19.673			Mapiri	14.502
		Tupiza	19.673			Palos Blancos	26.098
4	Tarija	Tarija	239.996			Teoponte	9.819
		Bermejo	38.170			Tipuani	10.302
		Entre Ríos	23.599			Chulumani	19.750
		Villamontes	46.830			Coripata	18.184
		Yacuiba	100.386			Coroico	20.281
5	Pando	Cobija	62.653			La Asunta	41.959
6	Beni	Trinidad	119.282			Patacamaya	23.463
		San Ignacio	22.172	9	Santa Cruz	Santa Cruz	1.640.615
		San Borja	43.407			Cotoca	51.706
		Rurrenabaque	22.118			La Guardia	127.986
		Riberalta	96330			El Torno	57.762
		Guayaramerin	43736			Warnes	144.630
7	Cochabamba	Cercado	681.947			Montero	126.225
		Tiraque	21.988			Minero	26.022
		Villa Tunari	76.733			Saavedra	14.618
		Sinahota	22.978			Sta Rosa Sara	22.138
		P. Villarroel	50.390			Yapacani	63.895
		Chimoré	24.704			Ascencio Guarayos	32.494
		Entre Ríos	34.499			El Puente	16.080
		Quillacollo	154.539			Camiri	36.466
		Tiquipaya	60.360			Cabezas	29.978
		Vinto	57.955			San Julián	57.395
		Sipe Sipe	45.245			4 Cañadas	26.501
		Morochata	13.112			Puerto Suarez	22.743
		Cocapata	19.556			Puerto Quijarro	18.921
		Sacaba	192.394				
		Capinota	20826				
		Mizque	28467		Total		
		Independencia	24.752				

G.1.2 Red de Establecimientos de Salud en Municipios Priorizados.

La red de establecimientos que tuvieron el seguimiento de las actividades e indicadores de compromiso, son los que se encuentran en los 82 Municipios priorizados, la organización de estas redes, establece una Coordinación de Red que en algunos casos agrupa a uno o varios Municipios y su red de establecimientos, los Programas de Control Departamental de la Tuberculosis que engloba a todos los Municipios y Coordinaciones de Red y el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis que engloba a todos los anteriores mencionado con las poblaciones asignadas para determinar metas del programa de control de la TB y otros establecidos en programas especiales de la Política Nacional de Salud.

Distribución de Establecimientos de Salud Por Niveles de Atención de la Red de Tuberculosis (82 Municipios – Gestión 2016 – 2017)

Departamento	Municipios.	FF.AA	Iglesia	ONG	Privados	Policía	Público	Seguridad Social	Total
La Paz	19	1	15	29	20	1	289	32	406
Santa Cruz	18	2	17	37	100	1	270	22	467
Cochabamba	17	0	24	16	65	0	166	21	309
Chuquisaca	6	1	6	10	2	0	181	14	220
Oruro	2	0	8	6	10	0	33	10	69
Potosí	8	1	2	2	1	1	189	24	228
Tarija	5	0	3	9	15	1	130	19	182
Beni	6	0	2	4	4	1	136	16	169
Pando	1	1	0	0	1	1	12	6	22
Total	82	6	77	113	218	6	1406	164	2072

Fuente: SNIS-VE (Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica).

En los 82 Municipios priorizados del proyecto de Tuberculosis, el 68 % de todos los establecimientos de Salud corresponden al servicio público, 10.5 % al sector privado, 8 % a la Seguridad Social, 5.4 % a las ONGs, 3.7 % Iglesia y 0.6 % a la Policía y Fuerzas Armadas. No obstante, para el Programa de Control de la Tuberculosis, la carga de gestión en el control de la enfermedad reside en los establecimientos de Salud Públicos que deben redoblar sus actividades para responder a la integridad de los programas especiales de la Política Nacional de Salud.



Al inicio del proyecto “Alto a la Tuberculosis” Fueron **1034** los establecimientos de la red de Tuberculosis de los 82 Municipios, quienes fueron monitoreados en sus actividades operativas para responder a los indicadores de compromiso, establecidos en el Marco de Desempeño.

Esta red de establecimientos de Salud inicial, sufrió una modificación por la incorporación de nuevos establecimientos Salud y para el cierre

de la gestión 2016 se establece que son ³1575 quienes reportaron los casos de Tuberculosis en todas sus formas incluyendo las complicaciones como TB/MDR y RAFAS en toda la población de riesgo de los 82 Municipios priorizados, incrementándose la red de establecimientos de Salud en un 52%.

La lucha contra la Tuberculosis no es un accionar independiente y solitario, es necesario incorporar, dar responsabilidades y brindar los medios necesarios para la gestión del control de la enfermedad a los otros subsectores de Salud, apoyando y fortaleciendo la estrategia público-privado (Seguridad Social, Iglesia, ONGs, Privados, FF.AA, Policía)

G.1.3 Recursos Humanos

El personal de Salud del Sistema de Salud de Bolivia, destinado para la Vigilancia y Control de la Tuberculosis, por lo menos del sector público del que tenemos mayor conocimiento y relación, están instituidos por niveles de atención, de gestión y formación profesional, con un nivel de capacidad y responsabilidad idóneos, que son los responsables de llevar a cabo todas las actividades de la Política Nacional de Salud a través de los programas especiales y aquellos que están sujetos a vigilancia por situación de riesgo nacional, regional y por compromisos internacionales, en el que está incluido el Programa del Control de la Tuberculosis.

Relación de niveles de atención y Recurso Humano Institucional

Nivel de Atención	Tipo de Establecimiento/ Laboratorio	Recurso Humano establecido
Primer nivel de atención	Puesto de Salud / puestos fijadores de muestras.	Auxiliar de enfermería
	Centro de Salud (con o sin camas de internación), Laboratorios básico	Auxiliar de enfermería, Enfermera o Licenciadas de Enfermería, Médico y personal de apoyo administrativo.
2do Nivel de atención	Hospitales con 4 especialidades básicas (Medicina interna, Gineco-obstetricia, Pediatría, Cirugía General y eventualmente, traumatología. Laboratorios de Mayor complejidad Municipal	Médicos generales, especialistas, personal de enfermería, exámenes complementarios, personal de apoyo administrativo y estadística
3er Nivel de atención	Hospitales Generales, Hospitales. Especializados e institutos de referencia Nacional. Laboratorios de Referencia Departamental y/o Nacional (INLASA)	Médicos generales, especialistas, subespecialistas, personal de enfermería, exámenes complementarios, personal de apoyo administrativo y estadística

³ Información proporcionada por los PDCTB en los formularios resumen de variables de los indicadores programáticos PROSALUD-FONDO MUNDIAL.

La responsabilidad institucional para el Monitoreo y Evaluación del proyecto de Tuberculosis a nivel Nacional y Departamental, recae en los equipos de profesionales, dispuestos para el seguimiento de las actividades del proyecto, seguir los lineamientos de las normas y procedimientos del programa y de compromiso con PROSALUD-FONDO MUNDIAL. Es a través del área de MyE del nivel nacional y de los equipos técnicos de los Programas Departamentales que se han ejecutado las acciones de seguimiento a la información brindada por las Coordinaciones de Red, Municipios y establecimientos de Salud, por los servicios integrales que realizan.

4“Mención especial a las enfermeras supervisoras de todas las regionales del país por su dedicación, su compromiso con el programa, responsabilidad para la ejecución de las actividades, sensibilidad para los que padecen de la tuberculosis y su vocación de servicio al prójimo”.

El recurso Humano responsable de las actividades propias del Programa de



Tuberculosis, tanto en la parte clínica, Vigilancia y Diagnóstico laboratorial, han tenido la oportunidad de conocer más e incrementar sus conocimientos en forma periódica, sobre normas y procedimiento del control epidemiológico de la TB sensible y de la TB/MDR, actividad ejecutada por los equipos técnicos del Nivel

Nacional y de los Programas Departamentales de control de la Tuberculosis en los que están incluido profesionales del área de laboratorio de los niveles operativos tanto clínicos como de laboratorio.

PROSALUD como administrador de los recursos a podido financiar con recursos del Fondo Mundial la participación de personal técnico que define el Programa Nacional en los cursos de nivel internacional de TB/MDR que fortalecieron enormemente las capacidades técnicas del programa.

G.1.4 Apoyo de otros Recursos humanos al Programa de Control de la Tuberculosis. -

Con el financiamiento del Fondo Mundial el Programa Nacional de Control ha podido acceder a la contratación por parte del Receptor Principal recursos humanos

⁴ “Mención especial al equipo operativo y de gestión de los Programas Departamentales de Control de la Tuberculosis”

altamente calificados, para responder técnicamente en algunas áreas estratégicas del Programa nacional, conforme a la solicitud y definición prioritaria del mismo.

⁵Relación de Personal Técnico de Apoyo.

Área de Trabajo	Responsabilidad profesional/Cargo
Programa Nacional de Control TB.	Médico epidemiólogo para MyE
	Médico TB/MDR Nacional
	Responsable sistema de Información
	Profesional financiero/ administrador
	Resp. Bioquímico / Laboratorio /INALASA
Programa Departamental La Paz	Profesional MyE
	Médico TB/MDR
	Administrador
	2 bioquímicos Laboratorio Regional La Paz
Programa Departamental Cochabamba	Profesional MyE
	Médico TB/MDR
	Administrador
	Profesional operativo (enfermera)
	Técnico bioquímico.
Programa Departamental Santa Cruz	Profesional MyE
	Médico TB/MDR
	Administrador
	Estadístico
	2 bioquímicos Regionales
Programa Departamental Santa Cruz	Médico TB/MDR
Programa Departamental Beni	Bioquímico Regional
Programa Departamental Chuquisaca	Profesional Operativo(enfermera)
Programa Departamental Pando	Bioquímico Regional

Fuente: Administración PROSALUD

La incorporación de estos recursos Humanos profesionales, fortalecieron a los equipos del Nivel Nacional y Departamental, que dieron respuesta al país sobre el curso y situación de la Tuberculosis, fruto de los esfuerzos desarrollados en todos los niveles de atención y de gestión y ser partícipes del logro de los objetivos del programa a través del cumplimiento de metas establecidos en el marco de desempeño de los periodos 2013 al 2016 y es en este último periodo que los Servicios Departamentales de Salud y Ministerio de Salud asumieron a la mayor parte de este grupo selecto de profesionales fueron asimilados por los gobiernos departamentales con la asignación de ítems correspondientes.

H. INSTRUMENTOS DE REGISTRO

⁵ Este personal de Salud contratado fue a requerimiento del PNCT.

El Receptor Principal no ha desarrollado ningún instrumento de registro paralelo a los del Programa Nacional, ha asimilado los instrumentos vigentes en su uso como medios de registro base para el seguimiento de las variables de los indicadores del Marco de desempeño y responder por el manejo adecuado, con una información confiable y veraz.

H.1 Instrumentos de Registro Vigentes.

Las variables de las actividades clínicas y de laboratorio que hacen a la captación, diagnóstico, tratamiento, contactos y seguimiento de casos, están incorporados en los instrumentos de registro que han sido desarrollados y validados para su uso por el equipo técnico del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis y organismos técnicos de apoyo al programa. Estas herramientas de registro están distribuidos a nivel nacional y utilizado por todos los establecimientos del Sistema Boliviano de Salud que incorporan a todos los subsectores de Salud incluyendo aquellos que no dependen administrativamente del Ministerio de Salud.

Instrumentos Registros para atención clínica:

Cuadernos	Formularios	Fichas	Hojas de Monitoreo	de Informe
Libro de registro de pacientes DR	Resumen de expediente clínico.	Tratamiento TB Sensible - tratamiento categoría 4	Hojas de Monitoreo de cohorte	Notificación de TB
Libro de pacientes TB sensible	Consentimiento informado para pacientes TB Sensible y TB/MDR	Quimioprofilaxis (tratamiento preventivo)	Hoja de Monitoreo de TB	Informe resultados de Tratamiento
Libro de Sintomático Respiratorio	Evaluación de historias TB/DR	Fichas de registro de Reacciones adversas (RAFA)		
Libro de registro de casos TB/MDR	Notificación de inicio o interrupción tratamiento TB/MDR			
Libro de registro de baciloscopias.	Solicitud de examen bacteriológico			
Cuaderno de registro y pruebas de cultivo y	Reporte de exámenes bacteriológicos			

pruebas de sensibilidad y resistencia				
Libro de resultados de baciloscopia y cultivo durante el tratamiento	Solicitud de cultivo y/o prueba de sensibilidad			
	Resultados de cultivo de micobacterias – Reportes de sensibilidad y resistencia			
	Formularios de Transferencia Internacional			

Fuente: Manual de Normas de Tuberculosis.

Instrumentos de Registro de Laboratorio:

Formularios
Solicitud de baciloscopias
Reporte de baciloscopias
Envió laminas p/control calidad
Formulario control de calidad
Control de calidad externo para cultivo de micobacterias
Solicitud de cultivo y pruebas de sensibilidad.
Reporte de resultados de cultivo de micobacterias
Ficha de seguimiento a la lectura del cultivo de micobacterias
Solicitud de tipificación de micobacterias
Reporte de la tipificación de micobacterias
Formularios de Reportes trimestrales de cultivo

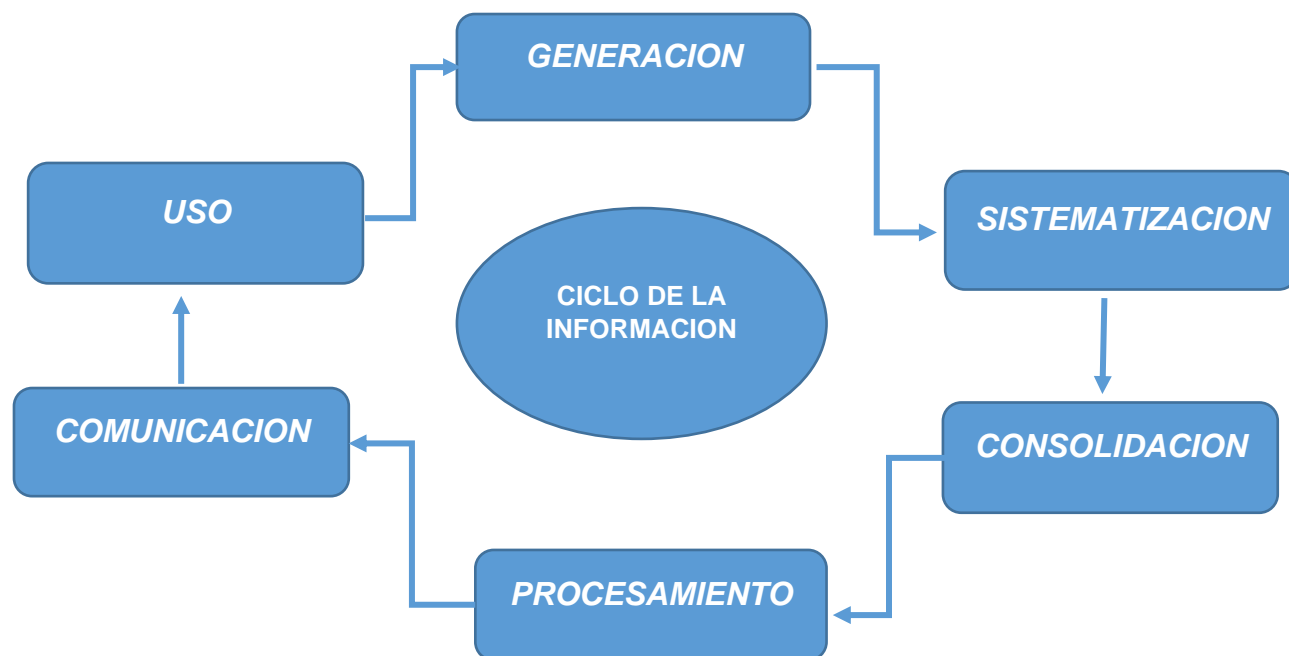
Fuente: Manuales de baciloscopias y Cultivo

Cada uno de estos instrumentos han sido de utilidad para el Monitoreo y Evaluación para el Programa Nacional, del Receptor Principal y el Agente Local del Fondo

Mundial porque a través de ellos se ha podido verificar la calidad de la información y su relación entre la fuente inicial del registro y los reportes consolidados de la información.

I.- CICLO DE LA INFORMACION

El proceso para la obtención de la información relevante para la progresión y seguimiento de la información de todas las variables de los indicadores del Marco de desempeño se ha realizado acorde a las etapas que la componen, es decir; en una secuencia de conexión entre sí, este ciclo de la información es la adoptada de las normas y procedimientos del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE) Nacional como lo explica la siguiente representación esquemática.



Fuente: PROSALUD

I.1. Generación del Dato.

La generación del dato o el origen de la información radican en los registros que realizan los establecimientos de Salud en los instrumentos debidamente estandarizados y generalizados en su uso a nivel nacional. Los registros se originan en el momento en el que se captan a sintomáticos respiratorios (SR) ya sea por búsqueda o atención clínica regular, llenando la historia clínica, formularios de solicitud de baciloscopia y/o cultivo acorde al caso clínico en cuestión (TB Sensible,

TB/MDR, RAFA), para luego, conforme a los resultados de los estudios realizados catalogar al paciente como corresponde.

Los responsables para apuntar las variables en los documentos primarios (fuentes primarias) de registro y en el que están incluidos los datos patronímicos, es el personal de enfermería, médico y personal de laboratorio. Cada uno de los instrumentos detallados en los manuales para TB Sensible, TB/MDR/RAFA y Laboratorios están debidamente detallados los instructivos para el correcto llenado de variables de estudio, además; que los programas tanto Nacional y Regional, permanentemente van actualizando los conocimientos del Recurso Humano.

I.2. Sistematización:

Es el acopio continuo de datos clínicos y de laboratorio que al final de cada periodo permite obtener datos estadísticos de utilidad. Todos los datos que se han obtenido, tanto en la búsqueda de casos o el resultado de la atención clínica de los pacientes con el diagnóstico presuntivo y confirmación bacteriológica, además del epidemiológico, son sistematizados en los **libros de registro** que se encuentran en cada establecimiento de Salud y laboratorios del Sistema de Salud Boliviano en los que están incluidos establecimientos de Salud de todos los subsectores de Salud en cada región.

Estos libros de registro son de uso y pertenencia institucional, cuya responsabilidad de la inscripción de los datos recae directamente en el personal de Salud en todos los niveles de atención, incluyendo los servicios de mayor complejidad como los hospitales generales y especializados. Estos instrumentos son la base para la consolidación de dato. **El Receptor principal** ha asimilado a estos instrumentos y en la medida de su requerimiento ha tenido acceso sin restricción alguna a estos documentos, utilizándolo como medio de verificación, contrastando con los formularios de notificación de casos, incluso para la comprobación de la información por parte del ALF (Agente Local del Fondo Mundial “Grupo Jacobs”)

I.3 Consolidación.

Esta etapa, es el periodo que sustancia los datos primarios de las actividades realizadas por el recurso humano institucional en los establecimientos de Salud y laboratorios, al final de cada periodo de tiempo. El Sistema Nacional de Información en Salud al cual se adhiere el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis señala, que todos los meses del año; los establecimientos de Salud deben informar a sus municipios si corresponde y a las coordinaciones de Red y de este a los “Programas Departamentales de Control de la Tuberculosis por las atenciones

realizadas, en los formularios de consolidación distribuidos a nivel nacional, en el que están inscritas variables relacionados al Programa y que reflejan el resumen de las variables de los cuadernos de registro

La normativa vigente y establecida en el Marco de desempeño del país para con el Fondo Mundial, indica que los reportes a realizar tienen una periodicidad trimestral y/o semestral y para que esto ocurra, el Receptor Principal ha desarrollado una **plantilla de reporte trimestral (Hoja Excel)** para que las regionales del país (Programas Departamentales) consoliden la información de los datos que están anotados en los formularios de informe de casos estandarizados y normados en su uso por el Programa Nacional por Municipios y Departamento consolidados por meses, por municipios priorizados (82 Municipios) y Departamentos.

El Receptor Principal ha recibido periódicamente (c/ 6 meses) a través del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis los consolidados resúmenes de cada Programa Departamental con variables que hacen los indicadores del marco desempeño.

Además el Receptor Principal y el ALF (Agente Local del Fondo Mundial utilizaron los formularios de consolidación, como instrumento base, sujeto a la valoración y verificación de los datos que han sido procesados en las regionales por Municipios Priorizados, en el que están incluidos variables precisos para la construcción de indicadores del Marco de Desempeño.

Los siguientes instrumentos corresponden a uno de los formularios de consolidación del Programa Nacional de Control de la enfermedad, es el formulario de notificación de casos y el segundo concierne al formulario resumen del Receptor principal (RP) para la consolidación de la información por Municipios.



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES



PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL
DE TUBERCULOSIS

INFORME DE NOTIFICACIÓN DE TB

SEDES: _____ Real de Salud: _____ Municipio: _____
 Establecimiento de Salud: _____ Fecha de envío del informe: _____
 Pacientes registrados durante el periodo Mensual: _____ Año: _____
 Trimestral: _____
 Anual: _____

CUADRO 1: CASOS NUEVOS

Grupo etáreo	TBP BAAR (+)		TBP BAAR (-)		TB Extrapulmonar										TB todas sus formas					
	M	F	Total	M	F	Total	Cultivo Positivo		Diagnóstico Clínico		Meningitis Cultivo(+)		Meningitis Clínico		Total			M	F	Total
							M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	Total			
0 - 4																				
5 - 14																				
15 - 24																				
25 - 34																				
35 - 44																				
45 - 54																				
55 - 64																				
65 y más																				
Total																				

Grupo etáreo	Tuberculosis Pulmonar BAAR(+)							Casos Previamente Tratados Tuberculosis Pulmonar BAAR(-)						TB Crónicos BAAR(+)					
	Recaida al Esquema I		Fracaso al Esquema I		Abandono Recuperado		Total			Tuberculosis Pulmonar BAAR(-)			Tuberculosis Extrapulmonar			TB Crónicos BAAR(+)			
	M	F	M	F	M	F	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	
0 - 4																			
5 - 14																			
15 - 24																			
25 - 34																			
35 - 44																			
45 - 54																			
55 - 64																			
65 y más																			
Total																			

- CUADRO 5:**
- 5.1 Número de Sintomáticos Respiratorios Identificados
 - 5.2 Número de Sintomáticos Respiratorios Examinados
 - 5.3 Número de casos nuevos TBP BAAR(-) que iniciaron tratamiento con esquema I: 2RHZE / 4RH
 - 5.4 Número de casos nuevos TBP BAAR(-) que iniciaron tratamiento con esquema I: 2RHZE / 4RH
 - 5.5 Número de casos nuevos TB Extrapulmonar que iniciaron tratamiento con esquema I: 2RHZE / 4RH
 - 5.6 Número de casos previamente tratados TBP BAAR(-) (recaldas, fracasos y abandonos recuperados) que iniciaron tratamiento con esquema II: 2RHZES / 1RHZE / 5RHE
 - 5.7 Número de casos previamente tratados TBP BAAR(-) (recaldas y abandonos recuperados) que iniciaron tratamiento con esquema II: 2RHZES / 1RHZE / 5RHE
 - 5.8 Número de casos previamente tratados TB Extrapulmonar (recaldas y abandonos recuperados) que iniciaron tratamiento con esquema II: 2RHZES / 1RHZE / 5RHE
 - 5.9 Número de casos de TB infantil que iniciaron tratamiento con esquema III: 2RHZ / 4RH
 - 5.10 Número de Quimioprophilaxis iniciados en niños menores de 5 años
 - 5.11 Número de Quimioprophilaxis iniciados a personas que viven con VIH
 - 5.12 Número de Quimioprophilaxis iniciados en mayores de cinco años casos especiales, _____
 - 5.13 Número de pacientes con RAFA
 - 5.14 Número de pruebas Rápidas de VIH en pacientes con TB
 - 5.15 Número de casos de Coinfección TB/VIH diagnosticados
 - 5.16 Número de contactos censados de casos índice TBP BAAR(+)
 - 5.17 Número de contactos controlados de casos índice TBP BAAR(+)

CUADRO 6: INFORME DE LABORATORIO
Solo Establecimientos de Salud que cuentan con Laboratorio

6.1 Bacterioscopias de Diagnóstico						6.2 Bacterioscopias de Control													
1ra muestra		2da muestra		3ra muestra		Positivas										Negativas			
Positivas	Negativas	Positivas	Negativas	Positivas	Negativas	2do	3er	4to	5to	6to	7mo	8vo	9no	Total					

Solo en Laboratorios que realizan cultivo

6.2 Cultivos				LCR (Líquido Cefalo Requiere)	
Pulmonares		Extrapulmonares		Positivos	Negativas
Positivos	Negativas	Positivos	Negativas		

Número de Establecimientos de Salud que notificaron Número de Establecimientos de Salud con servicio DOTS
 Nombre y Apellidos de quien realiza el informe _____ Vo.Bo. Inmediato Superior _____

FORMULARIO DE NOTIFICACION DE TUBERCULOSIS TODAS SUS FORMAS "CONSOLIDADO DEPARTAMENTAL"											
Programa Nacional de Control de Tuberculosis.											
Servicio Departamental de Salud:											
Semestre:										Año:	
Meses:											
Fecha de Envío:											
MUNICIPIOS (a)	POBLACION TOTAL (b)	POBLACION NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS (c)	CASOS TBP BAAR (+) PROGRAMADOS (d)	No DE SINTOMATICO RESPIRATORIO ATENDIDOS (e)	NUEVOS						
					TB TODAS SUS FORMAS (f)	TB PULMONAR		BAAR(-) (i)	TB EXTRAPULMONAR (j)	MENINGITIS <5 AÑOS (k)	
						TOTAL (g)	BAAR(+) (h)				
Nº	Nº	Nº	%	Nº	Nº	Nº					
					0	0	#DIV/0!				0
					0	0	#DIV/0!				
					0	0	#DIV/0!				
					0	0	#DIV/0!				
					0	0	#DIV/0!				
					0	0	#DIV/0!				
					0	0	#DIV/0!				
					0	0	#DIV/0!				
					0	0	#DIV/0!				
					0	0	#DIV/0!				
TOTAL	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	0	0	0	0
Instructivo de registro adecuado de variables					Medios de verificación:						
a.- Anotar los nombres de todos los Municipios Priorizados del Departamento.					El Programa Departamental (PDCTB) debe enviar al PNCTB copia o fotocopia de los consolidados por Municipios y en el caso del area urbana por Coordinaciones de Red del Informe de Notificación de Tuberculosis de los meses de Julio,Agost, Sept,Octubre-Noviembre y Diciembre del 2013.						
b.- Refiere a la población actualizada y validez por el SNIS-VE											
c.- Refiere a la población actualizada y validez por el SNIS-VE											
d.- Anotar el No de Casos de TB BARR (+) programados por Municipio priorizado.											
e.- Anotar el No de Sintomáticos respiratorios captados en el periodo											
f.- Es el resultado de la suma del Total de TB Pulmonar Baar (+)(h) BAAR (-) (i)+extrapulmonar (j) + Meningitis (K).					Nota: Para el caso de la Verificación de datos por el ALF (Agente Local del Fondo Mundial)- RP y PNCTB: El Programa Departamental (PDCTB) debe contar con los originales o copias de los informes de Notificación de Tuberculosis consolidados por Municipios y en el caso del Area urbana por Coordinaciones de Red, Todos respaldados por los informes de los meses (Julio, Agosto, Septiembre Octubre-Noviembre y Diciembre) de la gestión 2013.						
g.- Es el resultado de la suma de BARR (+) (h) MAS BARR(-) (i)											
h.- Registrar todos los casos BARR (+) atendidos.											
i.- Registrar todos los casos BARR(-) atendidos.											
j.- Registrar todos los casos de TB extrapulmonar.											
k.- Registrar todos los casos de TB extrapulmonar atendidos.					Para el caso de Las Coordinaciones de Red Urbana y rural deben contar con losOriginales u copias de los Informes de Notificación de Tuberculosis por Establecimientos de Salud de los 6 meses del segundo semestre.						
El cuadro responde al Indicador											
1.1 Número de casos de tuberculosis pulmonar(baciloscopia positiva) notificados a las autoridades Nacionales de Salud durante un periodo especificado.											
1.2 Número de casos de tuberculosis (todas las formas)nuevos notificados a las autoridades nacionales de durante un periodo especificado											

Fuente: PROSALUD

Además, resaltar que estos formularios, han sido de utilidad periódica por su uso normalizado y a través de ellos se han dado respuestas a indicadores del Marco de Desempeño del Fondo Mundial contribuyendo con la confianza y la veracidad del dato por ser estos visibles y demostrables.

I.4. Flujo de la Información:

El flujo de la información adoptado por PROSALUD como RP, no difiere a lo que establecido por el Sistema Nacional de Información y Vigilancia Epidemiológica del país, tanto para los formularios de notificación de casos de Tuberculosis, como las plantillas resumen desarrollados por el Receptor Principal.

Los formularios de consolidación del Programa Nacional han cumplido con el flujo establecido a partir del Establecimiento de Salud (Puesto de Salud, Centro de Salud, Hospital General, Hospital especializado y laboratorios), las Coordinaciones de Red, Programas Departamentales y Nacional al Receptor Principal y el Fondo Mundial a través del Agente Local del Fondo (ALF). En cada uno de estos niveles de gestión se han procedido a ejecutar los procesos de revisión de la calidad del dato y la consolidación por Municipios priorizados y Departamentos.

Para el caso de los formularios resumen del Receptor Principal (RP), el flujo establecido a partir de los "Programas Departamentales de Control que consolidan la información por Municipios priorizados al Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) para su comunicación al Receptor Principal, institución que revisa y verifica la veracidad del dato en forma conjunta con el área de Monitoreo y Evaluación del PNCT, para luego elaborar el PU/DR y enviar en los plazos determinados al Fondo Mundial, quién ha delegado el análisis y la evaluación del cumplimiento de las metas del Marco de Desempeño al Agente Local del Fondo.

I.5.Periodicidad de la información

Uno de los atributos de la información es la oportunidad, atributo para tomar decisiones oportunas, que permiten tomar acciones con resultados adecuados y precisos.

El Ministerio de Salud a través de la Unidad de Sistemas de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica lo tienen bien definidos para que las otras Unidades o Programas respeten lo que está establecido en la norma nacional. El Programa de Control de la Tuberculosis lo asume para que los instrumentos o formularios de consolidación se presenten o lleguen a los niveles de decisión (Municipio, Coordinaciones de Red, Programas Departamentales y Nacional.

Los establecimientos de Salud deben enviar su informe con los instrumentos correspondientes (actividades clínicas y de laboratorio) al Municipio y Coordinación de Red hasta el 5to día de cada mes una vez culminado el periodo anterior (mes) de sus actividades. Las Coordinaciones de Red una vez revisada y consolidada debe

enviar al Programa Departamental de Control de la Tuberculosis hasta el día 15 de cada mes y de este enviar al Programa nacional hasta el 18 de cada mes.

Para esta etapa del ciclo de la información, que corresponde a los indicadores de compromiso del **MARCO DE DESEMPEÑO** se ha respetado la norma establecida por el Fondo Mundial y este ha sido transmitido al Programa Nacional y Programas Departamentales para que la información pertinente que hacen a los indicadores de compromiso, lleguen al Programa Nacional en el marco de los 40 días después de finalizar el periodo de 6 meses, para que el Receptor proceda a la revisión de la calidad del mismo y posteriormente elaborar del PU/DR y enviar al ALF y Fondo Mundial hasta el día 45 del periodo mencionado.

I.6 Procesamiento

Si bien, en el país está establecido un sistema de Información para el Programa de Control de la Tuberculosis, este sistema es manual, desde el registro de las variables clínicas y patronímicas de los pacientes, hasta la consolidación en los formularios de notificación de casos. A partir de esta etapa la consolidación es digital en una planilla Excel desarrollado por el PNCTB que generan datos consolidados por N° de casos de TB en todas sus formas, edad, establecimiento de salud, coordinación de Red, municipio, departamento y variables que refieren a No de baciloscopias, cultivos, quimioprofilaxis, N° de complicaciones de la TB (RAFAS) y Pruebas de apoyo al Diagnostico de co-infección por VIH, etc.

El procesamiento de la información inicia en los establecimientos de Salud y es mensual, además manual, tomando como base los cuadernos o libros de registro para los formularios de consolidación, Las Coordinaciones de Red procesan consolidando por Municipios y los Programas Departamentales por Coordinaciones de red y Departamento.

La información que corresponde a las variables de los Indicadores para el Fondo Mundial ha sido procesada por el Receptor Principal en coordinación con la Unidad de Monitoreo y Evaluación del PNCTB después de haber realizado la verificación correspondiente de la veracidad y confiabilidad de los datos reportados por los niveles operativos. El procesamiento del PU/DR semestral es atribución del equipo técnico del Receptor Principal que con el equipo administrativo y financiero lo realizaron cumpliendo estrictamente los plazos establecidos en el convenio de financiamiento.

No obstante, es necesario subrayar que el Fondo Mundial ha contribuido para que el PNCT tenga un sistema Informático automatizado y digital, con procesos de

entrada de datos, procesamiento y salida de los mismos en forma automatizada. Este sistema de Registro para la Tuberculosis (SIRETB), para su uso en PC, no ha tenido continuidad en su uso por factores inherentes a la sostenibilidad del mismo, capacitación, equipamiento, seguimiento.

Ante esta dificultad, dos regionales del país han adoptado el sistema EPI INFO, que es un programa de software gratis de dominio público que fue desarrollado por el CDC de Atlanta y avalada en su uso por la OMS/OPS y utilizan este programa para el registro de los datos; es un sistema modular con procesador de texto, base de datos y estadísticas para salud Pública.

J.- GESTION DE LA CALIDAD DE LOS DATOS- MONITOREO Y EVALUACION

Una de las características de los datos y que son utilizados en las organizaciones e instituciones de Salud deben tener ciertos atributos como la:

- Pertinencia (Refleja el problema).
- Oportunidad (Disponible cuando se necesita).
- Integra (Que este completa – sin obviar variables necesarias).
- Confiable (Credibilidad por el origen de la información).
- Accesible (Este al alcance de quienes lo necesiten),
- Veraz (Información demostrable).

Una información con datos incompletos, incoherentes, incorrectos genera serios problemas en el campo de la Salud Pública, porque pueden tomarse decisiones no adecuadas y perder oportunidad para definir estrategias de intervención que eviten los problemas que puedan suscitarse por falta de información fiable y verás.

“⁶El monitoreo es una herramienta de la gestión que permite verificar de manera cotidiana y rutinaria el avance de un determinado proyecto, proporcionando información sistemática y confiable; si bien no siempre requiere desplazarse a los niveles operativos, el análisis de los datos obtenidos permite determinar las causas de incumplimiento y poder asumir las medidas tendientes a superar determinados resultados. Fundamentalmente, sirve para verificar periódicamente el cumplimiento de las actividades en función de las metas establecidas, determinando las áreas problema, posibles causas y también soluciones a cada situación, además de mostrar las tendencias de determinada enfermedad.”

⁶ Manual de Monitoreo y Evaluación del Receptor Principal – PROSALUD.

Un adecuado sistema de monitoreo se basa en la articulación y el trabajo conjunto y participativo de los actores de determinado proyecto, de acuerdo a su nivel de resolución y en función a los niveles de gestión establecidos.

Bajo estas premisas, el Receptor Principal ha llevado a cabo su labor en Coordinación con los responsables de los diferentes niveles de gestión, para poder realizar este ciclo del monitoreo (revisión y verificación de datos) como tarea previa al envío de la información (PUDR) al Fondo Mundial.

Este proceso, ha tenido la anuencia del nivel Nacional y Departamental. El Receptor Principal ha asegurado esta actividad previa, enviando notas correspondientes al Programa Nacional solicitando coordinación y trabajo conjunto de verificación de datos, adjuntando el plan de recuperación de datos e información para las diferentes regionales del país, describiendo fechas y responsables de esta actividad, algunas se realizaron sin contratiempos y otras fueron desarrolladas en forma independiente por el Receptor Principal pero con el conocimiento del Programa Nacional como de los Programas Departamentales.

En otras ocasiones la unidad de Monitoreo y Evaluación del Rector Principal ha participado y **acompañado** al personal técnico de los Programas Departamentales

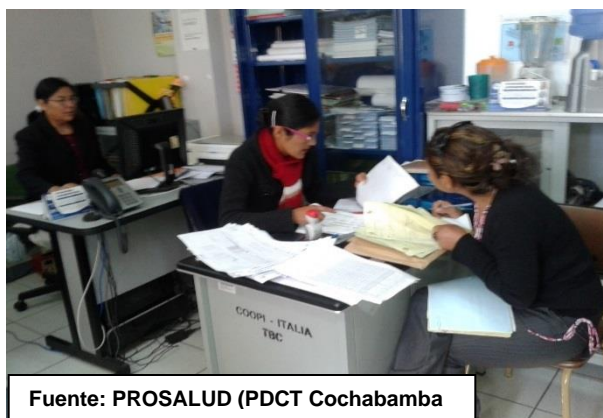


Fuente: PROSALUD- Monitoreo PNCT Tariia

en algunas supervisiones, realizado el Monitoreo de la información y la verificación de los datos a través de la revisión de instrumentos de registros de sistematización de datos (cuadernos o libros de registro de pacientes y de laboratorio) con los formularios de consolidación como los informes de notificación de

datos o los de resultados del tratamiento (cohorte), control de calidad externa de baciloscopias, pruebas rápidas de VIH/SIDA y otros, verificando además.

- ✓ El archivo de los instrumentos de registro.
- ✓ La disponibilidad de los instrumentos de registro.
- ✓ Integridad en los registros.
- ✓ Control de las sumas horizontales y verticales en los cuadernos de registro de todas variables inscritas en estos documentos.



Fuente: PROSALUD (PDCT Cochabamba)

- ✓ Comprobar los datos finales con los formularios de consolidación (informe de notificación de casos) (informe de resultados de tratamiento) y otros;
- ✓ Comprobar y corroborar los casos clínicos con las solicitudes de exámenes de baciloscopias, cultivo y pruebas de sensibilidad con los resultados que avalan el diagnóstico de todos los casos nuevos de TB en todas sus formas, resultados del tratamiento
- ✓ Resaltar los casos con éxito del tratamiento, abandonos, fracasos y fallecimientos en el que están incluidos los casos que se presentan en las poblaciones de riesgo como el de privados de libertad, población indígena y el seguimiento del tratamiento de pacientes con acompañamiento de los voluntarios comunitarios. Como el seguimiento de la entrega oportuna de la información en las Coordinaciones de Red como en el nivel Regional

Para los casos de **TB MDR** se han verificado los casos denunciados al punto focal del Programa Nacional de control de la Tuberculosis.

- ✓ Revisando los cuadernos de registro de casos o fotocopias de los cuadernos de Registro de TB/MDR en el que está incluido el seguimiento del tratamiento por el lapso de 24 meses.
- ✓ Analizando los registros de laboratorio por casos diagnosticados y seguimiento microbiológico de ellos.

Para el tema de las actividades colaborativas con el Programa de Vigilancia y Control del VIH/SIDA, los cuadernos de registro y los formularios de consolidación del Programa de Tuberculosis, se verifica con los formularios desarrollados por el CDEVIR (Centro Departamental de Vigilancia Información y Referencia) consolidados por Municipio y Centros de Salud al cual se agrega en la revisión los cuadernos de registro de los laboratorios.

Este proceso de verificación de datos a nivel Local, ha sido un paso previo para los Programas Departamentales para llenar las variables del formulario resumen del Receptor Principal que son enviados a nivel nacional con fotocopias de los formularios de consolidación (informes mensuales de notificación de casos de TB sensible por meses y establecimientos de Salud públicos y privados, en el que están incluidos poblaciones indígenas, privados de libertad, pruebas rápidas ofertadas y resultado.

Con referencia a la información trimestral de los indicadores del **MARCO DE DESEMPEÑO** envían al Programa Nacional hasta el día 40 después del último periodo de sus actividad y es a partir de este periodo que el Receptor principal y/o acompañado con el responsable de la información de PNCT proceden a la verificación de la información, repitiendo la acción para comprobar la integridad, la oportunidad, la veracidad del informe, revisando y contrastando los datos de los formularios resumen del Receptor Principal con los consolidados mensuales y del trimestre por Municipio y Coordinación de Red además por establecimientos de Salud del mismo periodo, una vez verificada y/o corregida la información, el **RP** procede a la procesar el PU/DR para su envío hasta el día 45 del periodo establecido al **FONDO MUNDIAL** sin olvidar su correspondencia con el **MCP y el ALF**.

Posterior al informe del **PU/DR** enviado al Fondo Mundial, otra instancia de verificación de datos e información es el Agente Local del Fondo Mundial (ALF) quién en forma conjunta y previa comunicación interna con la unidad de MyE del Receptor Principal y del Programa Nacional de Control de tuberculosis, repiten todos los pasos anteriores para revisar y contrastar la información del **PU/DR** con los datos consolidados por Municipios priorizados. Los resultados que se registran en esta revisión, resultado del informe del ALF son los válidos para el **FONDO MUNDIAL**.

Posteriormente, el Fondo Mundial, envía una nota de **RETROALIMENTACION** al **RP, PNCT y ALF** en el que se resaltan los resultados del seguimiento los indicadores del **MARCO DE DESEMPEÑO** en el que distinguen al país con calificaciones que se obtuvieron en el curso del proyecto.

Calificaciones del Fondo Mundial al desempeño del Proyecto representado por el Receptor principal

Periodo	CALIFICACION	
	1er semestre	2do semestre
2013	B1	A2
2014	B1	A2
2015	A2	A1
2016	S/ Retroalimentación	S/Retroalimentación

Otra de las características del Monitoreo y Evaluación en este proyecto, ha estado vinculada a la verificación **IN SITU** de la información relevante que se produce en el mismo origen de los datos como es el establecimiento de Salud, el laboratorio o los almacenes dispuestos para la conservación de los medicamentos antituberculosos, como la verificación de la consolidación de los datos en los niveles de Coordinación de Red, Programa Departamental de Control de la Tuberculosis.

Esta actividad, si bien fueron realizados por los equipos técnicos, lo ha realizado también el Receptor Principal y el ALF acompañado por personal técnico del PNCT y el Receptor Principal



La labor del equipo técnico del ALF (Grupo Jabobs) se desarrolló a partir de:

- ✓ Carta de comunicación y de intenciones del ALF para el control de la información a nivel Nacional y RP.
- ✓ Definición de fechas y Programas Departamentales a visitar.
- ✓ Definición de Coordinaciones de Red, Municipios y establecimientos de Salud y laboratorios a visitar.
- ✓ Revisión de los instrumentos de registro.
- ✓ Verificación de la coherencia de datos entre instrumentos de sistematización y consolidación.
- ✓ Existencias actuales de Medicamentos antituberculosos.
- ✓ Verificación de la existencia de Kardex actualizado de medicamentos, insumos y reactivos y/o manejo de sistema informático (SIAL).

Esta labor ha sido aprovechada para absolver algunas contradicciones o dudas por parte del equipo técnico presente en esta verificación de datos e información.

Durante las visitas anteriores y el compartido con el ALF se han observado algunos dificultades.

- ✓ Se repite en forma constante la letra ilegible.
- ✓ Incongruencia entre las sumas verticales de los cuadernos de registro.
- ✓ Incongruencia en las sumas verticales y horizontales de los formularios de notificación de casos.
- ✓ Llenado de variables incompletos entre ellos (No de historia clínica, tipo de Tuberculosis).
- ✓ Falta de uso del color rojo en los resultados de Baciloscopia (+),(++),(+++).
- ✓ Entre otras, algunas incoherencias entre las variables de sintomáticos respiratorios de los cuadernos de uso clínico y la cantidad SR registrados en los laboratorios o los que se relacionan a las pruebas rápidas realizadas y sus resultados con y el No de casos de TB TSF nuevos registrados.

En lo que respecta al almacenamiento de medicamentos de primera y segunda línea, se ha comprobado que la mayoría de ellos no tienen la seguridad para el mantenimiento de los medicamentos por la precariedad de algunos almacenes locales que incluso no cuentan con medios de ventilación e instrumentos de la medición de la temperatura ambiental y lo más sugestivo, la falta de actualización de los registros en el Kardex manual y computarizado (SIAL). Sin embargo reconocer los almacenes regionales (CEASS) que tienen condiciones técnicas adecuadas de almacenamiento y cumplimiento de normas de almacenaje y distribución.

K.- CONTROL DE LA INFORMACION:



Las actividades rutinarias del Programa de Control de la Tuberculosis en todos los niveles de gestión han estado relacionados con el control (Supervisión, Monitoreo y Evaluación) con la finalidad de medir periódicamente la efectividad de las intervenciones que se realizan para dar respuesta a los objetivos y metas

del Plan estratégico y los que están definidos en el Marco de Desempeño del Proyecto financiado por el Fondo Mundial.

Supervisión.

.⁷Se han llevado a cabo supervisiones por niveles de gestión, de las Coordinaciones de red a la red municipal de establecimientos de Salud, de los Programas Departamentales a las Coordinaciones de Red y del Programa Nacional a los Programas Departamentales con el propósito de verificar y determinar el desempeño institucional y de los RRHH en la lucha contra la Tuberculosis incluyendo estas actividades a la Unidad de Laboratorio en todos sus niveles de atención por ser parte fundamental en el diagnóstico de la TB en Todas sus Formas,⁸ Constituyendo una oportunidad para intercambiar opiniones y experiencias, permitiendo la transferencia de conocimientos, asegurando el cumplimiento de las normas y mejorando la eficiencia y la eficacia del programa o proyecto".

Los niveles de gestión Nacional y Departamental y en forma conjunta con técnicos de Nacionales y Departamentales de Laboratorio han desarrollado 2 ciclos o recorridos al año durante todo el periodo del financiamiento del proyecto (2013-2016) incluyendo en algunas oportunas a técnicos del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica.

Con estas actividades integrales se ha logrado:

- ✓ Inducir al Personal de Salud a la atención de los pacientes con calidad y con el respeto debido, haciendo lo que está establecido en las guías, manuales y seguir adecuadamente las normas y protocolos establecidos.
- ✓ Mejorar el desempeño del recurso humano en la atención al paciente con tuberculosis.
- ✓ Disminuir la brecha de la información cuantitativa y cualitativa reportada por el Programa de Tuberculosis y el Sistema Nacional de Información en Salud.
- ✓ Registro adecuado de casos y se han corregido y satisfecho las dudas del personal de Salud, tanto en el manejo clínico y de laboratorio.
- ✓ Todos los niveles de gestión han conocido la situación de salud referente a la Tuberculosis y han asumido responsabilidades por decisiones tomadas para mejorar los indicadores programáticos.

En estos procesos el **RECEPTOR PRINCIPAL (RP) NO** ha realizado ninguna supervisión en ninguno de los niveles de atención ni de gestión, esta actividad ha

⁷ El Receptor Principal en ningún momento del proyecto ha realizado Supervisión, esta actividad a sido privativa del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.

⁸ Manual de normas técnicas en Tuberculosis.

sido desarrollada exclusivamente por la parte institucional del Programa Nacional al cual el RP ha acompañado a algunas regionales del país.

L. EVALUACION Y ANALISIS DE LA INFORMACION

L.1 La evaluación institucional instituida en el país está normada y se la realiza a través de los **C.A.I. (Comité de Análisis de la Información)** ⁹ que son niveles de discusión que identifican problemas de salud, necesidades y demandas, tomando en cuenta la participación de los actores institucionales y de la sociedad “ que tiene un carácter de representatividad institucional intrasectorial e intersectorial, además de comunitaria, en el que se analiza la información que muestra la situación de la Tuberculosis a nivel Nacional, Departamental y Municipal.

Los procesos de evaluación se han desarrollado, acorde a lo que establece la normativa del Sistema de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica, con la salvedad de que los programas nacionales han adecuado sus agendas de acuerdo a sus características de intervención programática. La esencia de estas evaluaciones ha sido el de asegurar el nivel técnico de las presentaciones que son comunes para cada uno de los niveles de decisión y que están relacionados al análisis de los indicadores epidemiológicos del programa por municipios y Coordinaciones de Red, la relación con los recursos utilizados en los diferentes subcomponentes, identificar los problemas y proponer soluciones y direccionar acciones específica en el tiempo con responsabilidades institucionales y prever acciones de seguimiento y sostenibilidad a los compromisos.

L.2.Niveles de Análisis de la Información de la Tuberculosis.

Los niveles de gestión que fueron beneficiados con recursos económicos para la ejecución de estos procesos de evaluación, han sido los 9 Departamentos del país a través de los Comités de Análisis de la información (CAI Departamental) en los cuales se realizaron por lo menos un taller de evaluación durante todo el periodo de financiamiento, incluyendo el del nivel Nacional (CAI Nacional).

La significación de cada una de ellas es la siguiente:

L.2.1 CAI De Establecimientos de Salud.

⁹ Guía del CAI- Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica

Los establecimientos de Salud realizan el análisis local de la situación de salud de su jurisdicción relacionada con la atención de casos de TB a partir de la captación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de casos y contactos en el que incluyen la participación de recursos humanos institucionales, además del seguimiento a las metas locales y la determinación de causas y factores que impiden el cumplimiento de lo planificado, la periodicidad de esta evaluación es mensual con participación del personal de Salud exclusivamente y en algunas oportunidades ampliada con algunos miembros de la comunidad o área de influencia del establecimiento de Salud.

El proyecto no ha podido financiar estos talleres de análisis en este nivel de atención

L.2.2 El CAI Municipal

A este nivel se amplía la participación institucional a otros actores, entre ellos la sociedad civil o comunitaria y autoridades locales para realizar el análisis de la situación de Salud, incorporando la producción de los servicios de atención clínica y de servicios de apoyo (laboratorio), análisis de indicadores epidemiológicos con base poblacional, es en este nivel en el que están involucrados varios establecimientos de Salud que hacen al Municipio. La periodicidad de estos eventos es mensual y generalmente con financiación local. Este nivel de gestión tampoco ha podido ser financiado por el proyecto, sin embargo en algunos gobiernos Municipales han dado el apoyo a esta etapa de la información.

L.2.3. CAI Coordinación de Red.

Este, es un nivel de gestión intermedio entre el Municipal y Departamental, en el que agrupa en su análisis a todos los Municipios de su dependencia institucional (Red de Establecimientos de Salud) y otros sectores de la sociedad como la junta de vecinos, junta de campesinos, autoridades locales y/o representantes, comités de vigilancia, educación, policía y otros en el que se analizan indicadores epidemiológicos y de gestión de la Tuberculosis, además de los de producción de servicios, causas y factores determinantes en el logro o no de las metas establecidos, para luego ofrecer alternativas de solución a problemas encontrados. La periodicidad de estas evaluaciones es trimestral

L.2.4. CAI Departamental o de los Programas Departamentales de Control de la Tuberculosis.

Es en este nivel de gestión en el que se han centrado los recursos económicos para la ejecución de estas evaluaciones en el que participaron todas las coordinaciones de red del sector público y de otros subsectores de Salud, las conclusiones a los que se arribaron, sirvieron como sustento técnico para los ajustes programáticos y así cumplir con las metas establecidos en los planes operativos y marco de desempeño.

La agenda para el desarrollo de esta actividad es realizada por el equipo técnico del Programa Departamental de Control de la Tuberculosis, las unidades de análisis en este evento es el Municipio y las Coordinaciones de Red, que engloban a la red de establecimientos de Salud (clínicos y laboratorios) que evalúan la situación de Salud, los riesgos, la enfermedad y los factores que la determinan en sus jurisdicciones de intervención en el control de la Tuberculosis.

La información preparada es presentada en auditorium para consideración de los presentes donde se analizan las variables e indicadores en forma comparativa y evolutiva, entre ellos se han considerado variables concernientes a la captación de casos, diagnóstico clínico y laboratorial, tratamiento, seguimiento de casos de TB sensible y TB/MDR, TB(RAFA), acciones colaborativas realizadas con el programa VIH/SIDA y atención a poblaciones de riesgo (Indígenas y población carcelaria), cada uno de ellos considerados por indicadores epidemiológicos de proceso, productos y resultado, como otros concernientes a la calidad de los servicios, su producción y que están definidos en el manual de normas técnicas en Tuberculosis.

El beneficio del análisis y las discusiones técnicas, establecen conclusiones y recomendaciones para cada uno de las representaciones que establecen si el caso amerita acciones de intervención, delimitando responsabilidades y tiempos de ejecución.

Como son niveles de gestión y de decisión intermedia, cada una de las coordinaciones de red y el propio Programa Departamental han realizado además, informes de las gestiones que desarrollaron a través de la socialización y abogacía con autoridades locales y regionales para sumar esfuerzos en la vigilancia y control de la enfermedad

La participación institucional en el CAI Departamental está representada por los técnicos del mismo Programa Departamental, Coordinadores de Red, Responsables Municipales de Salud, responsables de Programas de Tuberculosis de otros subsectores de Salud como la seguridad Social, ONGs, Iglesia, miembros de la sociedad civil como ASPACONT. Estas reuniones se realizaron semestralmente.

Se realizaron 36 reuniones departamentales (1 reunión de evaluación por año) PROSALUD ha participado en dichos eventos y ha sido parte de las conclusiones y recomendaciones emanadas en dichos eventos.

L.2.5. CAI NACIONAL:

Esta normado para realizarla anualmente y el Receptor principal ha desembolsado los recursos para su ejecución, la sede de estos eventos ha sido rotativa durante



todo el periodo de financiamiento. La participación técnica recae en los equipos técnicos de los 9 Programas Departamentales de Control en los que resalta al Jefe de Programa Departamental, el Responsable de Laboratorio Regional y las enfermeras supervisoras del Programa, además del equipo técnico y administrativo del programa nacional en el que está incluido el

INLASA (Instituto Nacional de Laboratorios de Salud), la representación del Comité Nacional de TB/MDR, la sociedad civil representada por ASPACONT Nacional, otras organizaciones de apoyo técnico y financiero del programa OPS/OMS, Fondo Mundial (PROSALUD) y otros invitados como el equipo evaluador representado por profesionales de reconocida trayectoria en el Programa de Control de la Tuberculosis.

La agenda concreta para este tipo de evaluaciones está definida por el Programa nacional para que cada una de las representaciones al evento, asuma las mismas variables para su análisis y otras que consideren acorde a su realidad, entre ellas tenemos:

- Características del Departamento o del nivel Nacional, estructura poblacional.
- Organización.
- Distribución política administrativa (Municipios-Poblaciones- Red de establecimientos de Salud y Laboratorios.
- Tasa de incidencia notificada en TBTSF
- Tasa de Incidencia notificada TB BAAR (+).
- Estratificación de tasas de incidencia notificada TB BAAR (+).
- Relación de Sintomáticos respiratorios, Baciloscopías realizadas y N° de TB BAAR (+).
- Relación de Casos de TBTSF, TB BAAR (+) y TB Extrapulmonar.

- Casos de TBTSF por Grupos étnicos.
- Análisis de Cohorte (Seguimiento al Tratamiento).
- Co-infección – Relación de TBTSF Nuevos y Pruebas rápidas realizadas.
- Relación de Casos de TBTSF Nuevos y Co-Infección VIH/SIDA.
- Tasas de incidencia notificada en Poblaciones Privadas de Libertad-Indígenas.
- N° de Reacciones Adversas a medicamentos antituberculosos.
- N° y porcentaje de casos de TB MDR que inician tratamiento de casos de TB/MDR reportados por Laboratorio.
- Condiciones de ingreso de casos de TB/MDR.
- Resultados de Tratamiento de casos de TB/MDR.
- Información general de laboratorios y métodos oficiales de diagnóstico.
- Cobertura de la red de laboratorios por habitante.
- Pruebas de sensibilidad y resistencia a medicamentos antituberculosos realizados por región.
- No de baciloscopias realizadas.
- Carga bacilar en baciloscopias de diagnóstico
- Proporción de muestras salivales.
- Control de calidad de las baciloscopias (+) y (-) en el segundo y después del segundo mes de tratamiento.
- Producción de cultivos para laboratorios que lo realizan.
- Avance de actividades y financieros del proyecto “ Alto a la Tuberculosis”



Estas reuniones de evaluación nacional tomaron en cuenta cuatro etapas bien definidas en su ejecución, una de ellas es la informativa, propia del ente ejecutor (PNCT) sobre el desarrollo de la reunión y algunos requerimientos que se deben cumplir.

La fase de presentación por parte de los equipos técnicos de los Programas Departamentales con variables e indicadores estandarizados para su análisis.

La fase de discusión y análisis de los problemas encontrados y la situación temporal de los indicadores epidemiológicos y de gestión. La fase de conclusiones y recomendaciones dio como resultado la definición de acciones de corrección y/o alternativas de intervención, que en todos los casos han tenido como resultado incremento de coberturas para alcanzar las metas establecidas, que han mejorado

la captación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de casos de Tuberculosis. En este tipo de análisis regional o nacional, también observa la ejecución financiera y la gestión administrativa de los recursos.

El Receptor Principal (PROSALUD) ha participado muy activamente en cada uno de estos eventos de evaluación en todo el periodo del financiamiento por el Fondo Mundial a nivel Nacional y Departamental.

L.2.6 Otras Evaluaciones.

En el curso del proyecto entre el periodo 2013 y 2016 el país ha tenido varias evaluaciones que fueron realizados por el equipo técnico delegado por el Fondo Mundial para América Latina (MyE), responsable de adquisiciones y finanzas, quienes establecieron una agenda de trabajo y discusión concertada con el PNCT-RP- MCP en el que se han considerado entre otros la siguiente agenda.

- Consultas al país anfitrión sobre probables fechas de visita y evaluación.
- Definición de fechas.
- Participantes; Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, **PROSALUD**, Comité del MCP, Sociedad Civil y OPS.
- Temas a discusión y análisis: en su generalidad se analizaron: avance de los indicadores programáticos de Municipios priorizados, perfil epidemiológico de la TB sensible y MDR.
- Intervenciones, actividades y metas. Logros, retos y oportunidades identificadas.
- intervenciones y actividades coordinación con el Programa Nacional.
- Retos y oportunidades de la subvención, necesidades de Asistencia Técnica
- Resultados de la Asistencia Técnica del Green Light Committee
- Revisión de reprogramaciones, retos en la adquisición de medicamentos y otros.

Todas las intervenciones por parte del Programa Nacional han estado circunscritas



Fuente: PROSALUD Mesas de Trabajo PBCT-RP-F.M

a la agenda de la visita del equipo técnico del Fondo Mundial, pero generalmente concreta su participación a la situación Epidemiológica de la Tuberculosis, resultados alcanzados producto de las actividades técnicas y gerenciales, logros por la gestión del programa, financiamiento, apoyo y coordinación intra y extrasectorial.

Por parte del Receptor Principal, el informe y evolución de los indicadores programáticos y la gestión administrativa y financiera del proyecto, desembolsos, descargos, compra de activos, insumos, reactivos, abastecimiento periódico de medicamentos antituberculosos de 2da línea a solicitud y aprobación técnica del requerimiento y apoyo del **Comité Luz Verde**, que además funge como el comité para el Programa regional de la Tuberculosis de la OPS/OMS de los estados miembros de la región y los socios técnicos y financieros con su secretariado que tiene sede en Washington DC.



Este comité estuvo en nuestro país con la finalidad de evaluar el cumplimiento de las normas nacionales de control de la Tuberculosis, además de dar seguimiento a las recomendaciones dejadas con anterioridad a esta visita, visitaron al SEDES La Paz, Santa Cruz, Cochabamba, INLASA y la cárcel de Palmazola. En cada una de las visitas es acompañada con los equipos técnicos del Programa Nacional y de las Regionales involucradas en la visita,

también se conversó con el Receptor Principal para informarse del grado de coordinación y avance del proyecto.



Fuente: PNCT- Reunión Técnica con la Misión

Las observaciones y recomendaciones puntuales dejadas por parte de los equipos del Fondo Mundial, como del grupo asesor, han sido respondidas con acciones operativas y de gestión, por los Programas de Control Nacional y Departamental con el apoyo del Receptor Principal en lo que compete al curso del financiamiento del Proyecto. Todas las intervenciones han logrado mejorar procesos técnicos-



Fuente: PNCT Grupo Técnico asesor

financieros en la ejecución del proyecto y se obtuvieron resultados satisfactorios como lo demuestra la mejora de los indicadores programáticos, producto de la labor desarrollada en todos los niveles de atención y gestión del Programa de Control de la Tuberculosis.

Otros aspectos que fueron sujetos de evaluación periódica, ha sido el seguimiento al curso de acción de la

elaboración de la **NOTA CONCEPTUAL** para que el país pueda acceder al nuevo financiamiento 2017-2019. Se salvaron todas las etapas planificadas desde el desarrollo de las reuniones de coordinación y ejecución del **DIALOGO PAIS** que tuvo una aceptación y participación activa de todas las instituciones involucradas y que definieron los lineamientos a considerar en el **PLAN ESTRATEGICO DEL PROGRAMA NACIONAL** que ya está en vigencia.

Estas dos instancias sirvieron como base técnica para el documento final de la Nota conceptual que fue presentada y enviada por el MCP (Mecanismo de Coordinación País) al Fondo Mundial y aceptado posteriormente, por haber calificado positivamente el requerimiento técnico y administrativo. Durante toda esta etapa la participación del Receptor Principal (**PROSALUD**) ha sido efectiva por el apoyo en la asesoría técnica, administrativa y financiera, sin dejar de mencionar el apoyo técnico del OPS y los consultores calificados para este efecto.

Además, se formalizaron otras reuniones de análisis y evaluación con el Fondo Mundial y el Receptor Principal para definir entre otros, el periodo de extensión del proyecto, para el cual el RP ha ido demostrando esa opción por las eficiencias logradas en el curso de ejecución del proyecto y que fue aceptada por el Fondo Mundial, además; referir el grado de coordinación interinstitucional que fue efectiva entre la Sociedad Civil, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, OPS, Fondo Mundial y Receptor Principal.

L.2.7. MONITOREO Y EVALUACION DEL MECANISMO DE COORDINACION PAIS:

Si bien las evaluaciones por parte de este comité Nacional del MCP, fueron realizados trimestralmente a través de su comité de Monitoreo y Evaluación, el



Fuente: PROSALUD Evaluación MCP a PNCT La Paz

Receptor Principal ha estado presente en todas las convocatorias de evaluación emanadas del MCP, llevando a cabo las presentaciones sobre los avances en el marco de los indicadores programáticos, la situación financiera del proyecto por los desembolsos del Fondo Mundial al RP y de este a los Subreceptores de los 4 subcomponentes (DOTS de

calidad, Comunitario, Población indígena y Sociedad civil) como la ejecución financiera y los resultados alcanzados a la fecha de evaluación.

La evaluación del MCP se ha extendido a los Programas Departamentales de Control, como un medio de poder verificar en cada una de las regiones las intervenciones y resultados alcanzados y que fueron expuestos por **PROSALUD**.

Al final de cada una de las evaluaciones realizadas el MCP, este; ha entregado las observaciones pertinentes al Receptor Principal para que puedan modificarse y mejorar las condiciones encontradas.

LL. COMUNICACIÓN:

La difusión de la información generada en los establecimientos de Salud es realizada por los Programas Departamentales y Nacional a través de boletines Epidemiológicos que refieren a la situación de la Tuberculosis en las regiones y el país.

También se puede obtener la información en la página WEB del Ministerio de Salud (SNIS-VE) que difunde datos e información de variables que fueron definidos entre el PNCTB y el equipo técnico del SNIS-VE en los formularios de producción de servicios que detallan información diferenciada por niveles de atención.

M.- RESULTADOS DE INDICADORES PROGRAMATICOS PERIODOS 2013 – 2016

El Marco de Desempeño es el instrumento guía, de seguimiento de los compromisos asumidos por el país, en el que están establecidos los indicadores anuales e indicadores de periodo (trimestral o semestral), es el documento técnico por el cual el país y PROSALUD han respondido en la medida en que los niveles operativos fueron desarrollando sus actividades y cumpliendo las metas que se propusieron como país beneficiario de los recursos económicos de origen del Fondo Mundial. Son estos indicadores que reflejan la evolución del propósito institucional y brindan periódicamente información sobre el logro o no de los objetivos del proyecto y que han permitido tomar decisiones de ajuste en las acciones para poder mejorar los indicadores y de alinearse mejor a las líneas estratégicas de los objetivos establecidos en el proyecto.

Además, esta información cuantitativa ha sido motivo de evaluación periódica por parte del Fondo Mundial que en forma conjunta entre PROSALUD Y EL ALF han validado la información de los 82 Municipios priorizados y que fueron descritos en cada PUDR enviado al Fondo Mundial, cumpliendo los plazos establecidos en el propio Marco de Desempeño. Todos los indicadores de compromiso del país con el Fondo Mundial han tenido como línea de base las notificaciones y denuncias de casos que realizan rutinariamente los establecimientos de Salud en los Programas Regionales de Control de la Tuberculosis a nivel Nacional, empero; también es bueno puntualizar, que estos indicadores señalados en el Marco de Desempeño, tienen metas que fueron establecidos por estimaciones realizadas por la OPS considerando otras variables que hacen a la atención de pacientes con Tuberculosis que son difíciles de recopilar y consolidar, por ser casos de Tuberculosis omitidos por fallas del sistema de Salud o no.

La información que se considera en el presente informe, reflejan las actividades que se llevaron a cabo en la red de establecimientos de Salud que informan casos de Tuberculosis en todas sus formas, además de sus complicaciones en 82 Municipios del país, actividades que reflejan el compromiso del Recurso Humano institucional en la atención clínica de los usuarios o pacientes con Tuberculosis y de los Laboratorios regionales de referencia Departamental y Nacional como instituciones técnicas de soporte muy indispensables en la confirmación de casos de Tuberculosis en todas sus formas de presentación como de sus complicaciones.

Esta información proviene del sector público y otros servicios de salud que no dependen directamente de la administración del Ministerio de Salud, como la Seguridad Social, Privados, ONGs, Iglesia, Fuerzas Armadas, pero, que todos ellos

responden a lo que está establecido en la Política Nacional de Salud, sin dejar de mencionar a la participación de la sociedad civil que incorpora a la asociación de pacientes y ex pacientes con TB (ASPACONT) y organizaciones de apoyo técnico como la OPS que sumaron sus potencialidades en la respuesta de los objetivos y metas del proyecto “Alto a la Tuberculosis”

La población de los 82 Municipios priorizados incluye a la población en general con todos los grupos atareos, ambos sexos y participación de establecimientos de Salud del Sector Público y otros que realizan actividades concernientes al diagnóstico clínico, radiológico y diagnóstico bacteriológico con pruebas de baciloscopia, cultivo y pruebas de sensibilidad y resistencia a medicamentos antituberculosos de 1ra y 2da línea. Estas actividades institucionales han sido fortalecidas por acciones de búsqueda de casos por parte del recurso institucional y de la comunidad, como aquellas que vienen de la referencia y contra referencia de casos, incluso las que cruzan los límites de frontera internacional.

M.1 Variables considerados por la OPS en la estimación de metas.

Variables que deben ser considerados para una información integral de casos de Tuberculosis en todas sus formas y sus complicaciones.

- Casos sin acceso a la atención de la Salud.
- Casos que tienen acceso un Servicio de Salud pero que no acude al Centro de Salud.
- Casos que acuden a Centros de Salud pero no son diagnosticados.
- Casos diagnosticados por proveedores públicos o privados pero no notificados.
- Casos diagnosticados por el PNCT o proveedores colaboradores pero no reportados.
- Casos no registrados en los datos de notificación de Tuberculosis.

Indicadores de Repercusión- Marco de desempeño – 82 Municipios.

INDICADORES ANUALES- (MARCO DESEMPEÑO)	2013		2014		2015		2016	
	Meta	Logrado	Meta	Logrado	Meta	Logrado	Meta	Logrado
Tasa de Notificación de TB TSF x cada 100.000 hbts (*)	92	84.5	91	84.9	90	80	90	77.9
Tasa de Notificación de TB BAAR (+) x cada 100.000 hbts. (*)	74	59.4	73	61.2	72	56.5	72	55.9

Tasa de éxito de tratamiento en pacientes nuevos de TB con frotis positivo. (**)	89	86.7	90	86.5	91	86.6	91	85.9
Tasa de abandono de tratamiento en pacientes nuevos de TB con frotis positivo. (**)	4.5	5.2	4.3	4.6	4	4.7	4	5.3
Tasa de éxito de tratamiento en pacientes con MDR-TB confirmada por laboratorio. (**)	70	53.3	73	63.4	76	67.4	76	60.5

(*) Tasas medidas por 100.000 hbts.

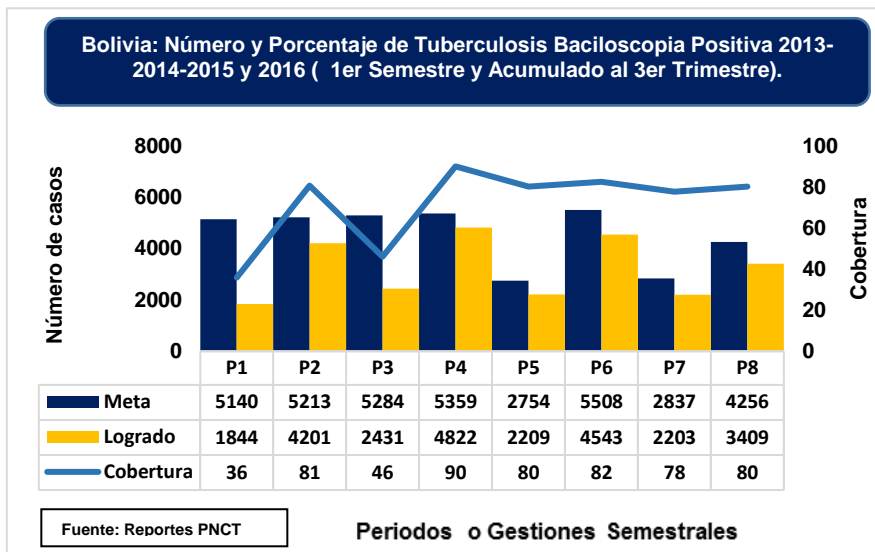
(**) Tasas de éxito y abandono medidos en porcentaje.

El grafico anterior muestra los indicadores estimados y los resultados alcanzados por la notificación de los establecimientos de Salud de 82 municipios priorizados del proyecto de los 337 Municipios reconocidos por ley en el país, es decir el 25 % del total de Municipios, considerando además; que en este grupo de municipios se encuentran las capitales de Departamento en el que predomina las poblaciones mayores que el resto de los Municipios.

Las tasas de incidencia notificada no han tenido mayor preponderancia, por que la tendencia en su variabilidad es mínima a excepción del periodo 2016 que descendió la captación de TBTSF a 77.9 casos por cada 100.000 hbts a 12 puntos menos que la meta establecida y 55.2 casos por cada 100.000 hbts de la tasa de notificación de la TB BAAR (+), 16 puntos menos de la meta de 74 x100.000 hbts establecido en el año 2013.

La tendencia de la tasa de éxito de casos de TB BAAR (+), (sumatoria de casos curados con baciloscopia negativa + pacientes que terminaron el tratamiento sin baciloscopia de egreso) es estacionaria, el promedio oscila en 86 %, por debajo de las metas establecidos en el Marco de desempeño, que todavía reflejan la persistencia de tasas de abandono (promedio 4.9 %), mortalidad y transferencias desconocidas que inciden negativamente a este indicador, que si fueran superadas se incrementarían sustancialmente las tasas de éxito.

Los reportes de seguimiento del tratamiento de 24 meses de casos de TB /MDR refieren un incremento del 27 % de la tasa de éxito de 53.3 % en 2013 a 67.4 para el periodo de la cohorte del 2015, soportando una disminución en la gestión 2016 a 60.5 %. La respuesta para este incremento en el país está determinada por la provisión regular y oportuna de medicamentos de segunda línea.

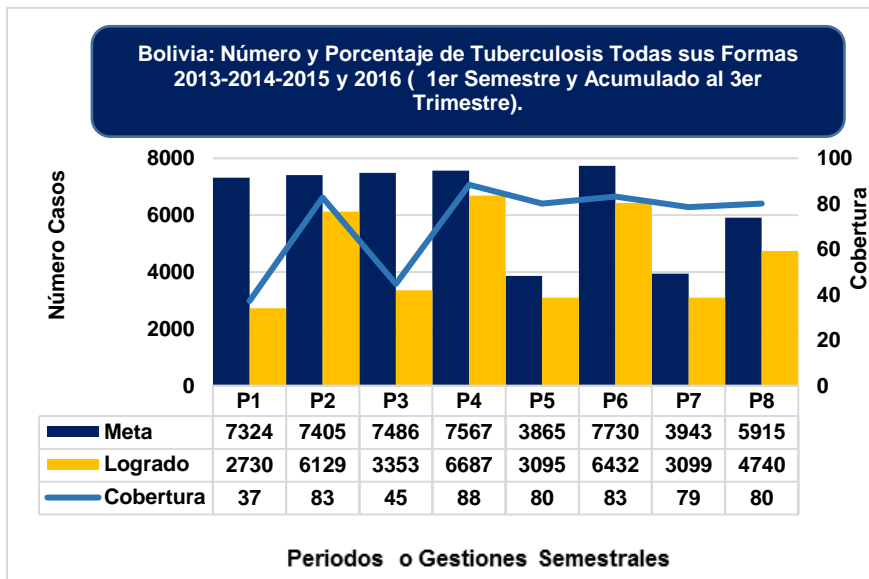


La variable principal de este indicador son los casos nuevos de TB BAAR (+), es decir, enfermos altamente contagiosos. De acuerdo a las metas señaladas en el marco de desempeño, 8 de cada 10 casos de

TB BAAR (+) fueron captados por la red de establecimientos de Salud de los 82 Municipios para el periodo 8 de la gestión 2016.

Para el periodo 2016 la mayor proporción de las captaciones se realizaron en el eje central de nuestro país, el 46 % de los casos notificados y atendidos se encuentran en Santa Cruz, el 20.1 % en La Paz y 15 % en Cochabamba, es decir que el 81 % de todos los casos se encuentran en estos 3 Municipios.

No obstante, tomando en cuenta la base poblacional de los Municipios, La Paz tiene los municipios de mayor riesgo epidemiológico, 9 son los municipios con más de 100 casos por cada 100.000 hbts, entre ellos Tipuani con una tasa de 223/100.000 hbts, le siguen en importancia Caranavi y Chulumani con 195 y 177 casos x 100.000 hbts. En el Departamento de Cochabamba los Municipios de Puerto Villarroel con una tasa de 183/100.000, Chimoré 142 y Entre Ríos 136 casos por cada 100.000 hbts. En Santa Cruz los Municipios de Yapacani y Montero con 130 y 128 casos por cada 100.000 hbts respectivamente y el resto de los Municipios de los 82 priorizados se encuentran por debajo de 100 casos x cada 100.000 hbts.



La tendencia de este indicador es estable a partir de la gestión 2013 en el que se lograron como promedio 80 % de cobertura hasta el periodo 8 del año 2016

De todos los casos registrado y notificados (4.740) el 42 % se

encuentran en el Departamento de Santa Cruz, La Paz y Cochabamba con el 23.2 % y 15 % respectivamente.

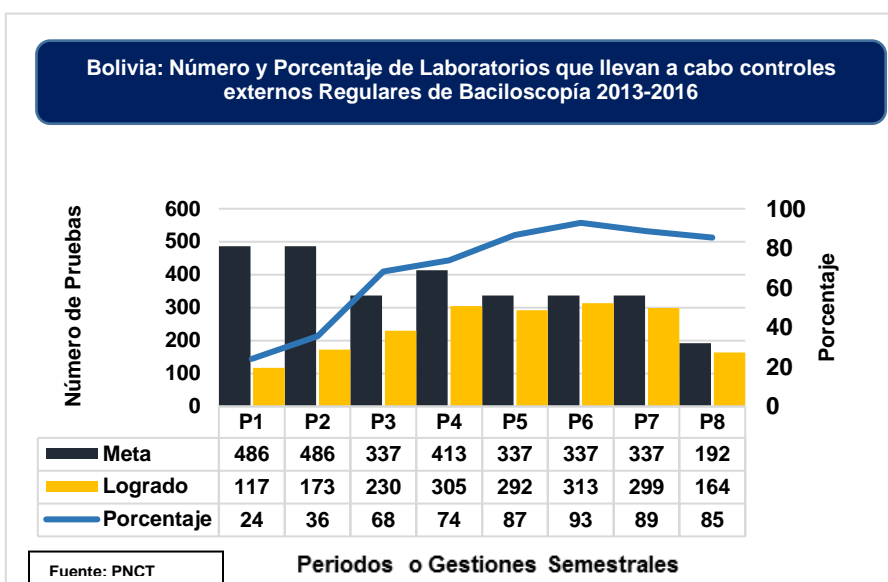
Del total de casos de TBTSF, el 78.5 % (3722) son pulmonares entre confirmados por laboratorio 91.6 % (3409) y 8.4 % (313) los casos diagnosticados clínicamente BAAR (-), el resto de los casos 21.5 % son extra pulmonares (1021) casos.

Los Municipios con mayor porcentaje de casos extra pulmonares diagnosticados, registrados y notificados son Potosí capital 52 % (57/110), Sorata 50 % (8/16), Viacha 44 % (12/27), Oruro capital en el 41 % (37/90), muchos de ellos diagnosticados clínicamente y que el PNCT ha recomendado el uso del diagnóstico bacteriológico (cultivo) para corroborar los diagnósticos realizados.

Para el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis la notificación de casos de TB TSF y TB(+) tiene inconvenientes y que deben ser superados en los municipios priorizados en el proyecto al cual nos adherimos como Receptor Principal, entre las causas probables que definen e influyen en la captación y las notificaciones pueden ser diversas, pero las más consideradas por los Programas de Control de la Tuberculosis son:

- La constante y permanente remoción de recurso humano para la atención clínica de casos y de Laboratorio.
- Desconocimiento de las normas y procedimientos del programa.
- Insuficiente labor de tamizaje a pacientes sintomáticos respiratorios.
- Débil oferta de servicios y/o atenciones integrales y de paquetes de atención a los pacientes.

- Localización tardía de los pacientes con TB y pacientes con resistencia.
- Insuficiente utilización de los centros y medios de diagnósticos.
- Accesibilidad o dificultad geográfica de los pacientes a los centros de atención.
- Escasos medios de transporte regular en área rural para desplazamiento de muestras y pacientes..
- Dificultades económicas para transporte de personas a establecimientos de Salud.
- Calidad de las muestras (conservación y transporte), incremento de las muestras salivales son factores o causas de desajustes en el cumplimiento de metas.



El complemento más eficaz en el diagnóstico de la Tuberculosis es el uso de laboratorio, para confirmar los casos de TB y/o resistencia a medicamentos antituberculosos.

El Control de la **calidad de las baciloscopías** ha

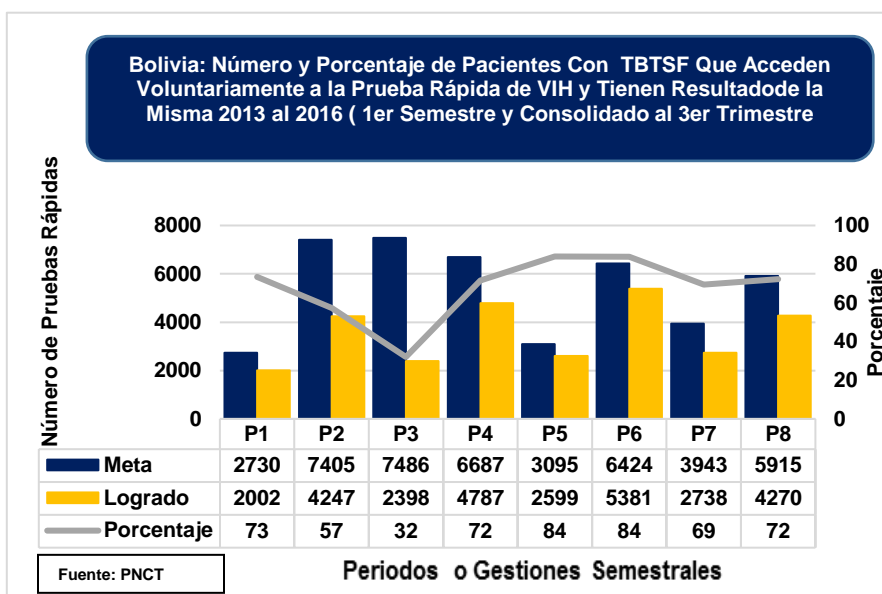
sido una prioridad para que el sistema de diagnóstico bacteriológico pueda garantizar la calidad de los resultados en las muestras salivales. El comportamiento de este indicador refleja una tendencia ascendente de los controles de calidad de las baciloscopias, se ha llegado a una cobertura del 85 % en el periodo de enero a septiembre del 2016. Es necesario explicar, que la meta establecida para el periodo 8 y los controles de calidad realizados corresponden al periodo que comprende julio a septiembre. A través de estas relecturas de láminas de baciloscopías del laboratorio que se controla, se perfeccionan a los RRHH con las capacitaciones los procesos de:

- La calidad del extendido.
- La calidad de las tinciones.
- La calidad de la muestra.
- La conservación de las placas.

- Se evita las discordancias cualitativas (falsos positivos o negativos).

NOTA: En el curso del proyecto, el Receptor Principal solicitó al Fondo Mundial, modificar la meta de este indicador, que en un inicio consideraba como base del análisis a 486 laboratorios que realizaban baciloscopias, Este dato no coincidía con la información nominal brindada por cada uno de los laboratorios de referencia Departamental y Nacional y que la base del análisis de cobertura debería considerar 337 laboratorios registrados en los 82 municipios priorizados del proyecto. El Receptor Principal hizo la representación y la justificación técnica al Fondo Mundial para la modificación del denominador del indicador, que fue aceptada en su integridad.

Este indicador, es muy dinámico por el denominador a asumir para el seguimiento respectivo, durante una gestión se realizan apertura o cierre definitivo o no de algunos Laboratorios, por vacaciones, acefalías, son variables que hay que considerarlas para tener un juicio de valor más acertado sobre el cumplimiento de metas.

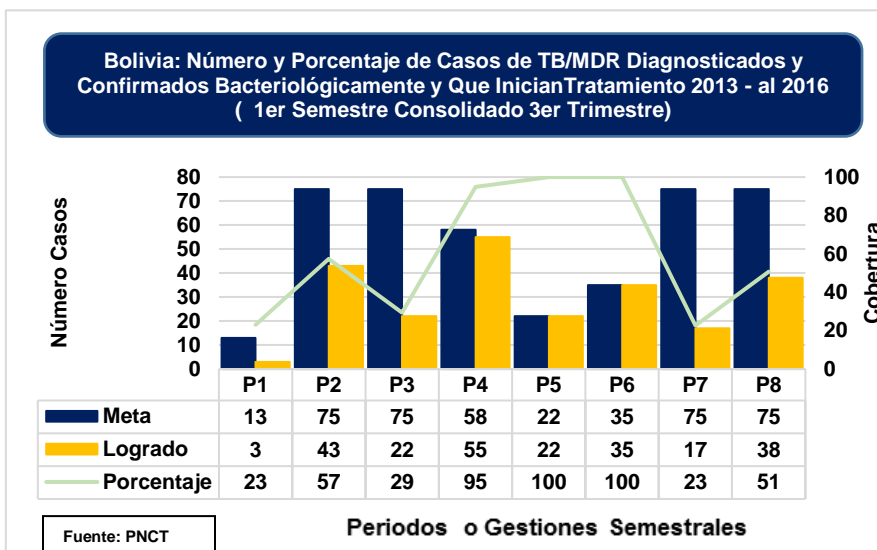


La coinfección es una convergencia de dos enfermedades como el VIH/SIDA y la Tuberculosis que durante este periodo se ha ido fortaleciendo a través del trabajo coordinado entre los dos programas de control para que todos los pacientes con TB tengan la

oportunidad de recibir orientación y la prueba rápida y detectar tempranamente la infección por VIH. La coordinación y la colaboración entre ambos programas han logrado unificar la información, además de la planificación y ejecución de actividades conjuntas para el Monitoreo y evaluación. La gráfica reconoce, la tendencia ascendente de las coberturas alcanzadas a partir del 1er y 2do periodo del año 2013 que se tuvo 57 % hasta el periodo 8 que corresponde al acumulativo del periodo 2016 (enero a septiembre) en el que se logra cobertura del 72 %. Entre los Municipios que no han podido incrementar sus coberturas de acceso a las

pruebas rápidas son Alto Beni, Ciudad de El Alto, Achacachi, Teoponte, Tipuani, Viacha y Patacamaya cuyas coberturas están por debajo del 55 % y en Santa Cruz los Municipios de Camiri, Minero y Warnes por debajo del 70 %, en Potosí los Municipios de Tupiza y Sacaca por debajo del 50 %, al igual para el Municipio de Monteagudo en Chuquisaca.

Estas coberturas bajas, en su generalidad no denotan una escasez de las pruebas o reactivos, es un problema de tipo cultural, educación, decisión voluntaria y de oferta de la prueba rápida a la población previa consejería, además; que un 15 % de la población de 0-15 años requiere autorización familiar para acceder a la prueba rápida. El insumo lo proporciona el mismo Programa de Control del VIH/SIDA o en muchos casos lo adquiere el Municipio.



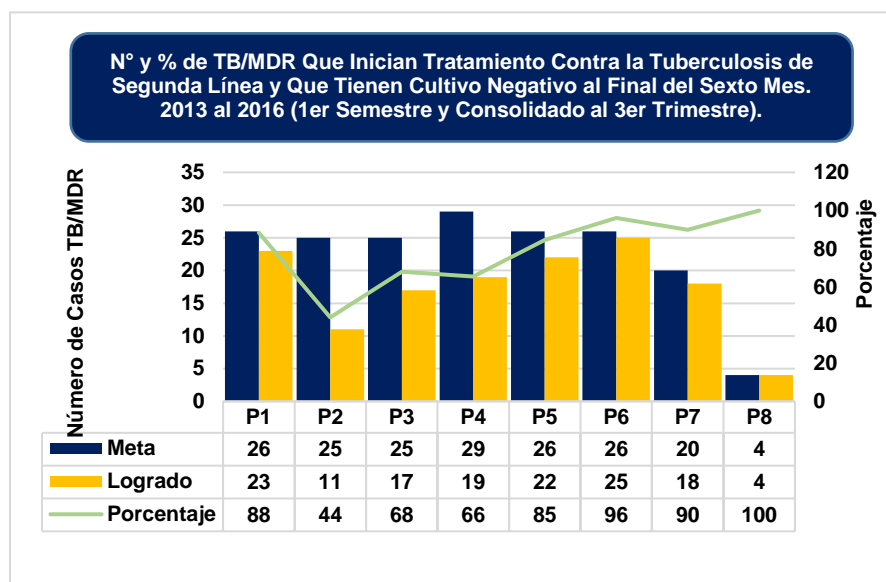
El marco de referencia es el documento base de las metas comprometidas para el país y es en función a ella que se llegan a las coberturas señaladas en la gráfica en la que se observan los casos de MDR que

iniciaron tratamiento después de haber sido diagnosticado y confirmado por pruebas laboratoriales (cultivo) a partir del 2013 y que mantiene una tendencia irregular de coberturas alcanzadas, dependiendo de la meta tomada por el Fondo Mundial que es 75 casos o las metas relacionados al numerador que representa el No de casos de TB MDR diagnosticados por Laboratorio (Cultivo) y los casos que iniciaron tratamiento. Cualquiera sea la forma de cálculo, lo cierto es que no se están captando los casos de TB/MDR y que se atraviesan todavía algunos inconvenientes que no motivan a los pacientes o a las instituciones de Salud como:

- Los medios convencionales de cultivo.
- Resultados de confirmación entre 6-8 semanas.
- Accesibilidad a los centros de cultivo o siembra de la mycobacteria.
- Perdida de pacientes (alcoholismo, drogadicción)
- Enfermedad crónica, tratamiento multidosis y además prolongado (2 años).

- La búsqueda de trabajo y la falta de sostenibilidad económica familiar incide en la negativa al inicio de tratamiento.
- Desconocimiento de normas y protocolos de atención de TB/MDR.

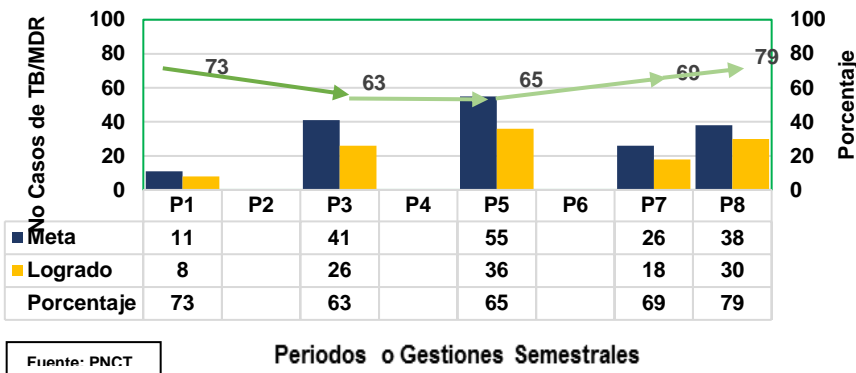
El Programa de Control de la Tuberculosis está abordando algunos inconvenientes incrementando y dando accesibilidad al cultivo con la ampliación de centros de siembra y cultivo, como la provisión de elementos que mejoren la conservación y transporte de muestras, como la disminución del tiempo de entrega de resultados, incorporando a la red de laboratorios equipos de GENE EXPERT, además de la mejora de infraestructura, dotación de equipos, reactivos e insumos.



Este es un indicador denominado de cohorte precoz para los casos de TBMDR, que denota la capacidad institucional para la aplicación del tratamiento estrictamente observado, y haber logrado la

adherencia al tratamiento por parte del paciente con el apoyo y colaboración social, familiar, como la labor profesional de los puntos focales de TB/MDR, abastecimiento oportuno de medicamentos de segunda línea y la funcionalidad regular de los laboratorios de referencia y operativos de los programas Departamentales de Control. Los datos del gráfico reflejan que la mayoría de los pacientes que iniciaron tratamiento con medicamentos de Segunda línea negativizaron bacteriológicamente al sexto mes de iniciado el tratamiento.

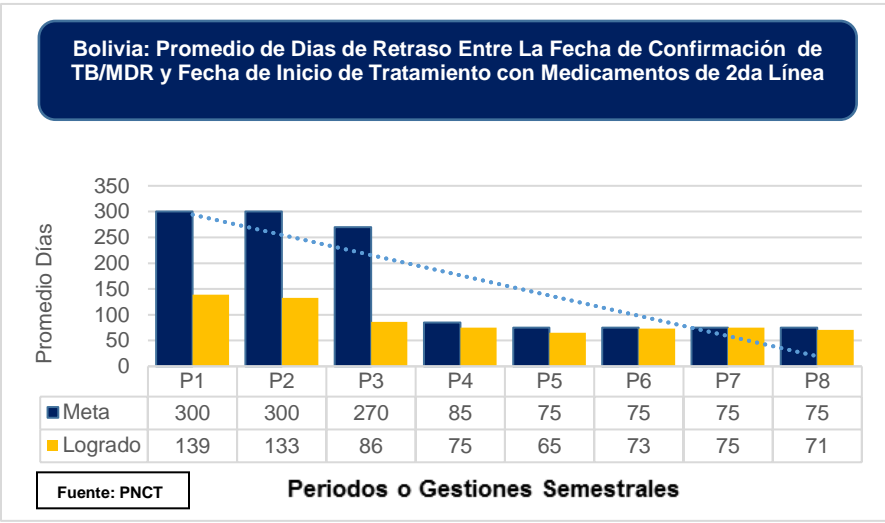
**Bolivia: Tasa de Éxito En Pacientes TB/MDR Confirmada Por Laboratorio
2013 al 2016 (1er Semestre y Consolidado al 3er Trimestre)**



La Tasa de éxito considera a todo paciente con cultivo positivo inicial y que ha concluido su tratamiento en el lapso de 24 meses con al menos 5 cultivos negativos con 30 días de intervalo en los últimos 12 meses y aquellos que

terminaron el tratamiento sin comprobación bacteriológica. La tendencia de este indicador durante este periodo de desarrollo del proyecto, demuestra el incremento de casos de TB MDR que culminan con éxito su tratamiento, esta tendencia debe continuar y mejorar el cumplimiento de las normas del programa como la estricta observancia y seguimiento riguroso del tratamiento, para que esto ocurra, se han extremado los esfuerzos por parte del Receptor Principal para:

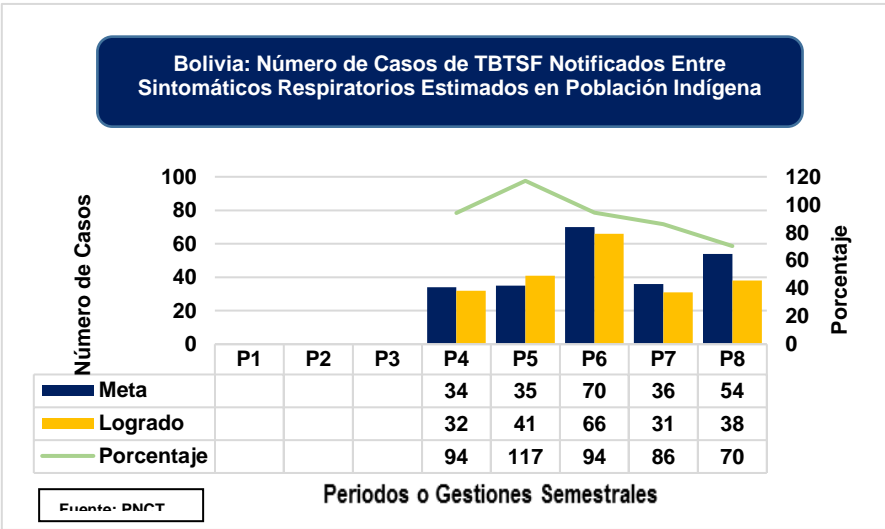
- El abastecimiento regular de medicamentos de 2da línea.
- Funcionamiento regular de los Comités Nacionales y Regionales de TB/MDR.
- Tratamientos establecidos por análisis especializado.
- Vigilancia y control de las reacciones adversas a los medicamentos.
- Se han cumplido todas actividades establecidos en el POA (Supervisión, seguimiento de pacientes, búsqueda de casos, apoyo especializado de casos TB/MDR/RAFA).
- Se han intensificado las capacitaciones a nivel Nacional y Regional en temas relacionados a la TB/MDR/RAFA.
- Se han realizado las capacitaciones en los centros Modelos de Montero e Ivirgarzama (curso modulares de TB). ha cumplido con la capacitación internacional.



La premisa del Programa de Control de la Tuberculosis es brindar una captación y diagnóstico precoz e inicio del tratamiento inmediato y/o oportuno. Para lograrlo, el personal de Salud

debe estar informado y capacitado, además que tenga acceso a los medios para realizarlo.

La gráfica expresa, un avance considerable del indicador, reduciéndose el tiempo de espera de los pacientes para el inicio de su tratamiento una vez llegado los resultados del cultivo en el establecimiento de Salud, de 300 días como promedio a 71 días. Uno de los factores que contribuyeron a este logro, fue que el Programa de Control de la Tuberculosis ha tenido a disposición la cantidad de medicamentos de segunda línea y de calidad certificada, por el cual el RP ha evitado durante estos periodos el desabastecimiento de medicamentos antituberculosos de segunda línea.



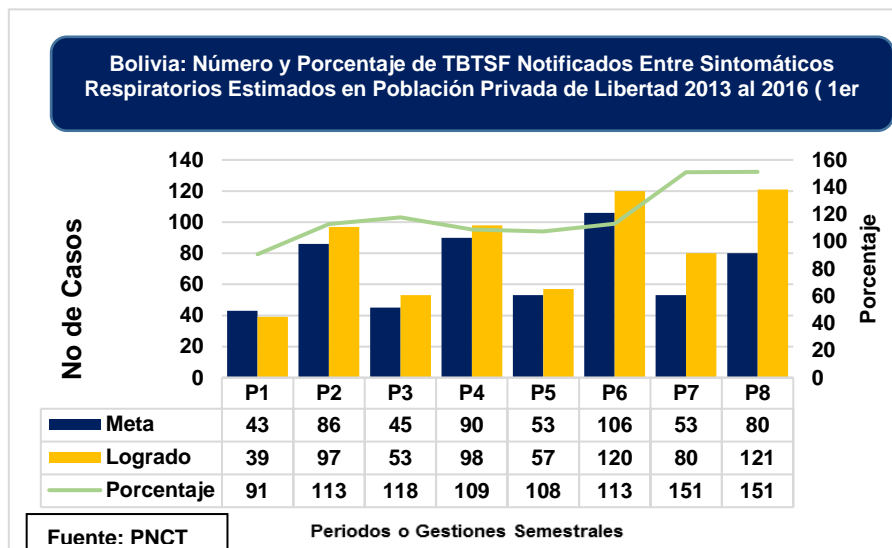
Las intervenciones realizadas solo comprenden a partir del 2do semestre del 2014 y se lograron mantener coberturas de captación de casos de Tuberculosis en Todas sus Formas fueron superiores

al 80 % que disminuyeron en el periodo 2016 por haber limitado al mínimo las intervenciones regionales y de terreno por la culminación del proyecto. Sin embargo, puntualizar que la tasa de incidencia notificada en todas estas

poblaciones indígenas es de 59 x cada 100.000 hbts, siendo la población Yuqui la de mayor riesgo por ser una comunidad muy concentrada, se presentaron 2 casos en una población de 201 personas que representa una tasa de incidencia notificada de 995 por cada 100.000 hbts, siguiendo en frecuencia acorde a la población denunciada la comunidad Ayorea de 225/100.000 hbts, Tsimane con 117/100.000 hbts, Chiquitanos 113/100.000 hbts.

Durante la gestión 2016 los Municipios del sur del país como Yacuiba y Villamontes no reportaron casos, a pesar de haber realizado la búsqueda en los establecimientos de Salud de esa jurisdicción, como en los hospitales de referencia regional, las autoridades locales y nacionales del programa de Control ven con expectativa la captación de casos en esos municipios.

Esta Población de riesgo, según estudios como el proporcionado por el CELADE refiere que de 10 países latinoamericanos en Bolivia el 62,2 % de su población es considerada indígena y en el país están reconocidas 39 poblaciones étnicas, según datos de la última encuesta (INE) el 42% de la población Boliviana es considerada indígena entre ellas la aymara y quechua sin olvidar las poblaciones del oriente boliviano y la parte sur de nuestro territorio. Aunque hubo algunas mejoras socioeconómicas que se extendieron a estas poblaciones, todavía se perciben altos índices de pobreza que mantienen el perfil epidemiológico alto y esa condición de riesgo. Los datos de la gráfica describen los pueblos indígenas priorizados en los Departamentos de Santa Cruz (Guaraní, Guarayos, Chiquitanos, ayoreos), Cochabamba (Yuqui), Beni (Tsimane) Tarija (Wennayeck).



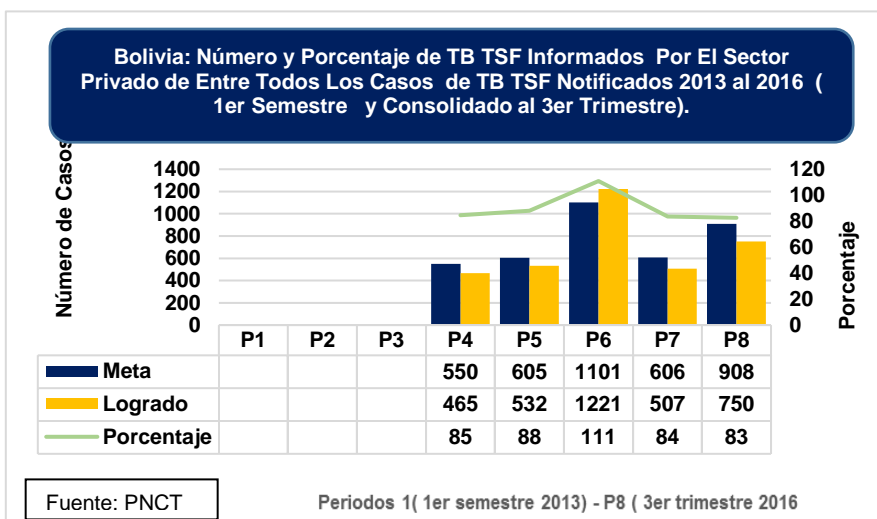
Se ha efectuado el seguimiento a 22 cárceles y carceletas con una población fluctuante de 16.366 reclusos y una incidencia notificada de 611 casos por cada 100.000 hbts para TB BAAR (+) y 715 para TB TSF (Tuberculosis

Todas sus Formas) durante enero a septiembre del 2016. La mayor carga de la enfermedad está ubicada en Santa Cruz, Palmazola denuncia el 52 % de todos los

casos (53/117) y la de Montero con el 14 % (16/117), Mocoví en Beni, San Antonio y San Sebastián en Cochabamba y la de San Pedro en La Paz

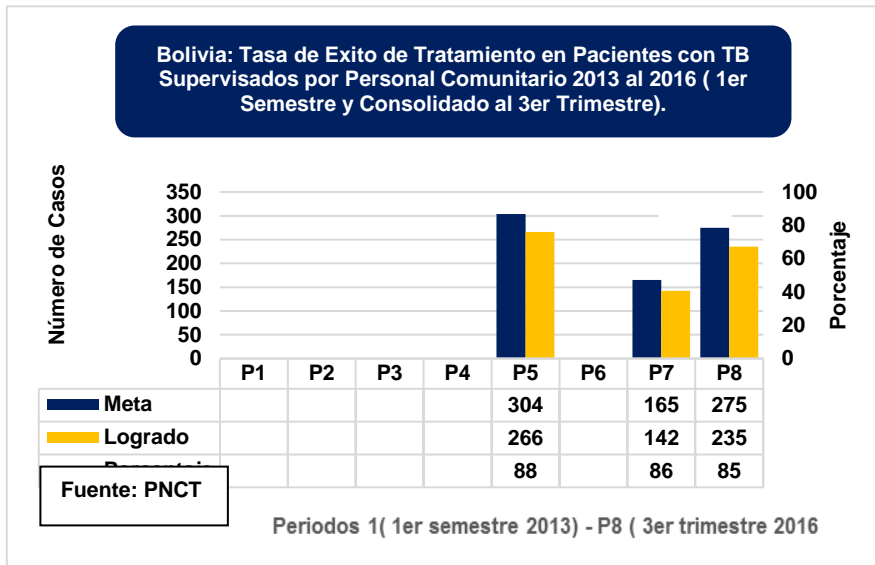
Los recintos penitenciarios de mayor riesgo de infección son la carceleta de Montero con una tasa de incidencia notificada de 5000/100.000 hbts, el de Mocoví (Beni) 3307 /100.000 hbts, Las Palmas en Guayaramerín con 2000/100.000 hbts, considerando el número de casos y la población menor en relación a las otras cárceles de mayor concentración.

La atención a la población privada de libertad es prioritaria, por ser una de las de mayor riesgo, la alta concentración de personas, el hacinamiento, la calidad de vida, la calidad de sus servicios de Salud, son causa determinante de la situación de la Tuberculosis en el régimen penitenciario, por consiguiente se deben seguir fortaleciendo todas las iniciativas de mejora en la captación, diagnóstico, tratamiento, seguimiento de casos, formación de recursos humanos institucionales y voluntarios, infraestructura, insumos y medicamentos.



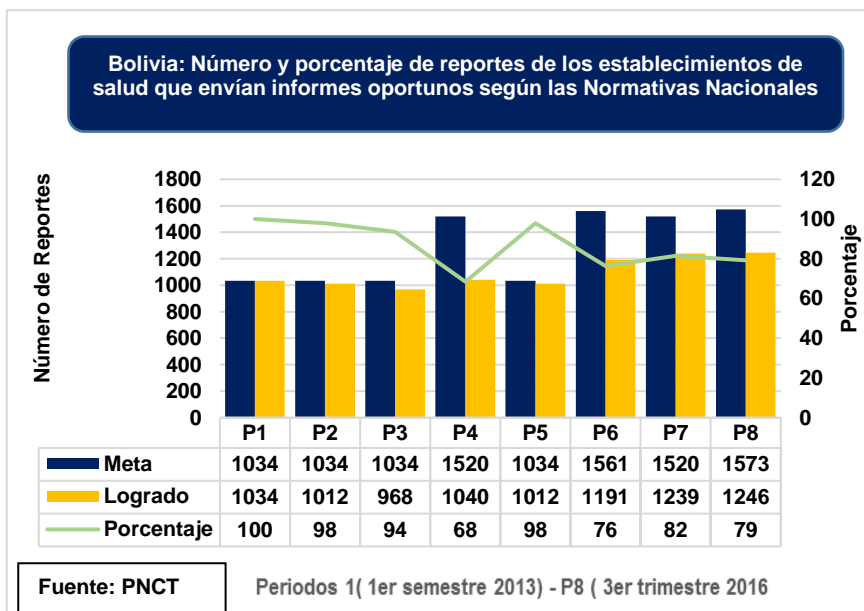
Según las metas comprometidas en el marco de Desempeño del Fondo Mundial, los establecimientos privados que no dependen directamente de la administración del Ministerio de Salud reportaron entre el 80 y 90 % de lo

exigido en el marco de desempeño. No obstante, puntualizar que según los datos totales de TBTSF a nivel nacional, los establecimientos de Salud privados aportaron con el 20 % de las denuncias, en Santa Cruz contribuyen con el 31 % de las notificaciones al igual que Oruro 30%, siguiendo Cochabamba y La Paz con el 16 % cada uno y el resto de las regiones en menor proporción. La estrategia PPM (alianza público-privado) refiere la vinculación de todos los establecimientos del Sistema de Salud Boliviana a la política de control de la Tuberculosis. En este caso no responde a establecimientos que tratan casos, sino a los establecimientos que informan a los niveles superiores de su área de intervención.



La incorporación de la sociedad civil (comunidad) en los programas de control denota mucho compromiso institucional, de captar, capacitar y sostener las intervenciones de los voluntarios comunitarios.

Implementar este subcomponente tuvo sus dificultades, pero; la intervención en terreno (comunidad), en domicilio (familiar) o institucional (Promocional) ha logrado que, 8 de 10 pacientes con TB BAAR (+) designados a los voluntarios comunitarios para su seguimiento y control del tratamiento de la enfermedad hayan terminado con éxito su tratamiento,



Según los datos de la gráfica, la red de establecimientos se incrementaron a 1573 entre ellos, establecimientos de Salud que no dependen directamente de la administración del Ministerio de Salud, pero que están alineados a la Política Nacional de Salud, que lograron

mantener una tendencia de cobertura entre el 80 % como promedio nacional en los 82 Municipios priorizados, que por supuesto debe seguir mejorando.

La información oportuna tiene una utilidad en las decisiones que se tomen en el curso de la endemia de la Tuberculosis. Consecuentemente, los prestadores de los

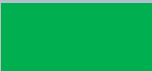
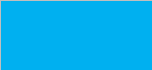



servicios integrales de los Programas de Control de la Tuberculosis constituidos en redes municipales y departamentales que en principio fueron 1034 establecimientos, cada uno de ellos sujetos a la norma nacional de entrega de la información de Tuberculosis al nivel superior (Coordinaciones de Red) hasta el 5to día de cada mes después de finalizado la actividad regular.

M.1.2 Evaluación de Desempeño de la Subvención.

Durante el curso de la subvención, el Fondo Mundial realiza evaluaciones periódicas sobre el curso de la subvención, para medir a los países receptores del financiamiento; quienes envían una información actualizada a través del PU/DR en el que se detallan los resultados obtenidos y el progreso de los indicadores programáticos que están definidos en el Marco de Desempeño, al igual que los avances financieros y en qué medida se han ido respondiendo las observaciones realizadas en el curso del proyecto y otras peticiones de informes detallados en un periodo determinado de la asistencia financiera.

La información enviada al Fondo Mundial, es revisada y verificada por el Agente Local (ALF) cuyo equipo técnico emite sus conclusiones y recomendaciones al Fondo Mundial que a su vez define la continuidad de los desembolsos. Es través de los informes del PU/DR que cada país recibe una calificación en merito a los resultados alcanzados.

Tabla de Calificación del Fondo Mundial (Referencias de color en la calificación del desempeño)

Clasificación de Rendimiento	Puntuación del Indicador	Significado de la clasificación	Color atribuido al valor
A1	>100%	Desempeño que cumple las expectativas (aprobación agilizada) para nuevos recursos	
A2	90 % a 100 %	Desempeño que cumple las expectativas (aprobación agilizada) para nuevos recursos	
B1	60 % a 89 %	Desempeño bueno con algunas áreas de mejoras (aprobación) para nuevos recursos	
B2	30 % a 59 %	Aprobación condicional del informe o PU/DR	
C	< 30 %	Se estudiara el probable rechazo de financiamiento	

RETROALIMENTACION DEL FONDO MUNDIAL A INDICADORES PROGRAMATICOS

Indicadores Programáticos	2013		2014		2015		2016	
	P1 *	P2**	P3	P4	P5	P6	P7***	P8*** *
1.1 Número de casos de TB (baciloscopia positiva) notificados a autoridades nacionales de Salud durante un periodo especificado	36 %	81 %	91 %	90 %	80 %	82 %		
1.2 Número de casos de TB TSF notificados a autoridades nacionales de Salud durante un periodo especificado	37 %	83 %	87%	88 %	80 %	83 %		
1.3 No y % de laboratorios que llevan a cabo controles de calidad externos regulares de baciloscopia	30 %	44 %	68 %	82 %	87 %	92.3 %		
2.1 No y % de pacientes con TBTSF que acceden voluntariamente a la prueba rápida de VIH y tienen el resultado de la misma.	120 %	115 %	106 %	119 %	120 %	120 %		
2.2 No y % de casos diagnosticados y confirmados de TB/MDR que inician tratamiento.	67 %		81 %	129	+120 %	+ 120 %		
2.3 No y % de casos de TB/MDR que han iniciado tratamiento contra la TB de 2da línea y que tienen un cultivo negativo al final de los 6 meses de tratamiento durante el periodo de valoración especificado	120 %	69 %	100 %	93 %	118 %	+ 120 %		
2.4 Tasa de éxito de tratamiento en pacientes con TBMDR confirmada por laboratorio.	99 %		87 %	93 %	86 %	120 %		

2.5 Número promedio de días de retraso entre la fecha de confirmación de TB/MDR y la fecha en la que el paciente inició la posología del medicamento de 2da línea.	120 %	120 %	120 %	113 %	130 %	+ 120		
2.6 N° y % de TB TSF notificados a autoridad sanitaria entre sintomáticos respiratorios estimados en población indígena.	0%	0%	0 %	49 %	105 %	84 %		
2.7 N° y % de TB TSF notificados a autoridad sanitaria entre sintomáticos respiratorios estimados en población privada de libertad	91 %	113 %	117 %	109 %	106 %	69 %		
3.1 N° y % de TB TSF informados a través de remisiones o diagnósticos del sector privado de entre todos los casos de Tuberculosis	0%	0 %	0 %	96 %	88 %	+ 120		
4.1 Tasa de éxito de tratamiento en pacientes con TB supervisados por el personal comunitario.	0%	0%	0%		42.1	No corr espone		
4.2 N° y % de reportes de las unidades de Salud que envían informes oportunos según directrices nacionales.	118	115 %	104 %	76 %	103	80		

Nota: * P1 Corresponde al periodo de enero a junio del 2013.

**** P2 Corresponde al periodo de Julio a Diciembre del 2013.**

***** P7 Corresponde al Periodo de enero a junio del 2016.**

****** P8 Corresponde al Periodo de Julio a Diciembre del 2016.**

Los cuadros sin color refieren, que los subcomponentes de Población indígena, DOTS Comunitario y PPM no contaron con el Sub Receptor correspondiente, consecuentemente no se contaba con actividad ni registro de datos. Posteriormente **PROSALUD** se hace cargo del DOTS Comunitario para monitorear el indicador 3.1 y 4.1. Los Programas Departamentales de Santa Cruz, Beni, Cochabamba y Tarija se responsabilizan del Indicador 2.6 del subcomponente de población Indígena.

El desempeño logrado por el programa Nacional de Control de la Tuberculosis y los Programas Departamentales y la administradas de los recursos por el Receptor Principal (PROSALUD) han sido muy adecuados, por lo que el Fondo Mundial en ningún momento ha puesto en tela de juicio el desempeño y no se han producido en ningún momento, recortes para la ejecución de las actividades planificadas.

A todo lo largo del ciclo de ejecución del proyecto el Fondo Mundial ha cumplido con los desembolsos en forma periódica en virtud al desempeño logrado y demostrado por el Programa y el Receptor Principal.