



MINISTERIO
DE SALUD

**MINISTERIO DE SALUD
PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS
Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS**

**PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL
MULTISECTORIAL PARA EL CONTROL DE LA
TUBERCULOSIS EN EL SALVADOR 2022-2026**

El Salvador, **octubre** del 2020

2021. Ministerio de Salud

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para fines de lucro.

Es responsabilidad de los autores técnicos de este documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial del Ministerio de Salud puede ser consultada a través de: <http://www.salud.gob.sv/institucion/area-interna/centro-virtual-de-docum>

Normas, Manuales, Lineamientos y Planes.

Tiraje: N° de ejemplares.

Edición y distribución

Ministerio de Salud

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2591-7000.

Página oficial: www.salud.gob.sv

Diseño de Proyecto Gráfico:

Diagramación: Imprenta

Impreso en El Salvador por Imprenta

Primera edición

Autoridades

Dr. Francisco José Alabi Montoya, Ministro de Salud

Dra. Karla Díaz, Viceministra de Operaciones en Salud

Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Cardoza Viceministro de Salud

El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de Salud. Viceministerio de Servicios de Salud. Dirección de Regulación y Legislación en Salud. Dirección de Apoyo a la Gestión y Programación Sanitaria. **Plan Estratégico Nacional Multisectorial para el Control de la Tuberculosis 2022-2026**. San Salvador. El Salvador, C.A.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD / AUTORIDADES



Contenido

Glosario de términos.....	i
RESOLUCIÓN MINISTERIAL.....	1
PRÓLOGO.....	1
I. INTRODUCCIÓN.....	2
II. PROCESO DE FORMULACIÓN DEL PENMTB 2022-2026.....	4
2.1 PROCESO DE ELABORACION DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL MULTISECTORIAL PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS 2022 – 2026.....	4
2.2 PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN PARA LA LÍNEA BASAL DEL PENMTB.....	5
III. ASPECTOS TRANSVERSALES.....	5
7	
IV. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN.....	7
4.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO.....	7
4.2 CONTEXTO POLÍTICO.....	9
4.3 CONTEXTO SOCIO ECONÓMICO.....	10
Fuente: Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación, MINSAL. Elaboración propia en base a datos EHPM.....	15
4.4 MARCO REFERENCIAL INSTITUCIONAL Y MULTISECTORIAL.....	17
4.4.1 El Sistema Nacional de Salud.....	17
4.4.2 Funciones de los actores del Sistema Nacional Integrado de Salud:.....	18
4.4.3 Gasto Nacional en Salud (GNS).....	19
4.4.4 Políticas y planes de salud.....	24
4.4.5 Organización del sistema de salud e implementación del enfoque multisectorial.....	24
4.4.6 Capacitación y cualificación de Recursos Humanos.....	25
4.4.7 Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias.....	26
4.4.8 Situación epidemiológica y programática de la tuberculosis en El Salvador.....	26
4.5. RED DE LABORATORIOS CLÍNICOS COMO APOYO AL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS.....	47
4.7 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN FINANCIERA. (PENDIENTE: JAIME Y LIC. MENDOZA).....	54
5.1 VISIÓN.....	56
5.2 MISIÓN.....	56
5.3 OBJETIVO DEL PLAN.....	56
5.4 METAS.....	56
5.5 PRINCIPIOS RECTORES.....	57
5.6 ENFOQUE DEL PLAN.....	57
5.7 GESTIÓN DE RIESGOS.....	58
VI. RETOS Y BRECHAS PARA LA PREVENCIÓN, EL CONTROL AVANZADO DE LA TB COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN EL SALVADOR.....	59
6.1 BRECHAS PROGRAMÁTICAS.....	60

6.2 SOSTENIBILIDAD.....	62
6.3 TRANSICIÓN.	63
VII. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA NACIONAL MULTISECTORIAL.	64
7.1 INDICADORES.....	64
7.2 LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL PLAN.	67
VIII. MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN	95
8.1 DESCRIPCIÓN DE INDICADORES Y METAS.....	97
IX. COSTEO Y FINANCIAMIENTO	113
X. BIBLIOGRAFÍA	119

Glosario de términos

ADESCO:	Asociación de Desarrollo Comunitario.
AITER/PAL:	Atención Integral de la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias.
AMSS:	Área Metropolitana de San Salvador.
APP:	Alianza Público-Público, Público-Privado.
APSI:	Atención Primaria en Salud Integral.
ASADI:	Asociación Salvadoreña de Diabéticos.
BCR:	Banco Central de Reserva de El Salvador.
BK (+):	Baciloscopía Positiva.
CAP:	Conocimientos, Actitudes y Prácticas.
CEFAFA:	Centro Farmacéutico de la Fuerza Armada.
COSAM:	Comando de Sanidad Militar.
CP:	Centros Penales.
CSSP:	Consejo Superior de Salud Pública.
DDHH:	Derechos Humanos.
DIGESTYC:	Dirección General de Estadísticas y Censos
DNM:	Dirección Nacional de Medicamentos
ECOS:	Equipos Comunitarios de Salud
EHPM:	Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples.
EMS:	Equipo Multidisciplinario de Salud.
ENIGH:	Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares.
FM:	Fondo Mundial.
FOSALUD:	Fondo Solidario para la Salud.
GDBHS:	Gasto directo de bolsillo de los hogares en salud.
GNS:	Gasto Nacional en Salud.
GpúbS:	Gasto Público en Salud.
GprivS:	Gasto Privado en Salud.
INH:	Isoniacida.
ISNA:	Instituto Salvadoreño de Niñez y Adolescencia.
ISDEMU:	Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer.
ISRI:	Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral.
ISBM:	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.
ISSS:	Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
LA UNION:	La Unión Internacional para la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias.
LUDOP:	Instituto Universitario de Opinión Pública.
MCP-ES:	Mecanismo Coordinador de país El Salvador.
MEGATB:	Medición de Gastos en Tuberculosis.

MH:	Ministerio de Hacienda.
MINSAL:	Ministerio de Salud.
MINTRAB:	Ministerio de Trabajo.
MINED:	Ministerio de Educación.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
ONUSIDA:	Organizaciones de Naciones Unidas para el VIH/Sida.
OPS/OMS:	Organización Panamericana para la Salud /Organización Mundial de la Salud.
PDDH:	Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos.
PENMTB:	Plan Estratégico Nacional Multisectorial para el Control de la Tuberculosis.
PEMAR:	Poblaciones en Mayor Riesgo.
PIB:	Producto Interno Bruto.
PNC:	Policía Nacional Civil.
PNTYER:	Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias.
PNUD:	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
PPD:	Derivado Proteico Purificado del Bacilo de la TB.
RIIS:	Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.
RRHH:	Recursos Humanos.
SAFI:	Sistema de Administración Financiera Integrado.
SC:	Sociedad Civil.
SEPS:	Sistema Estadístico de Producción de Servicios
SIAP:	Sistema Integral de Atención al Paciente
SIBASI:	Sistemas Básicos de Salud Integral.
SIMMOW:	Sistema de Morbimortalidad y Estadísticas Vitales en Web
SINAB:	Sistema Nacional de Abastecimiento
SUMEVE:	Sistema Único de Monitoreo y Vigilancia Epidemiológica del VIH/Sida
SUIS:	Sistema Único de Información en Salud
SP:	Sector Privado.
SR:	Sintomático Respiratorio.
SSF:	Superintendencia del Sistema Financiero.
STOP TB:	Estrategia Alto a la Tuberculosis.
TAES:	Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado.
TB:	Tuberculosis.
TB/MDR:	Multidrogo resistencia a la TB.
TBP:	Tuberculosis Pulmonar.
TB/VIH:	Coinfección Tuberculosis/VIH.
TB/DM:	Comorbilidad Tuberculosis/ Diabetes Mellitus.

UCSF:	Unidad Comunitaria de Salud Familiar.
VIH:	Virus de Inmuno deficiencia Humana.
VIGEPES:	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

PRÓLOGO

El presente Plan Estratégico Nacional Multisectorial para el Control de la Tuberculosis en El Salvador 2022-2026 (PENMTB), es el resultado de un diálogo nacional de país, en el que participaron diversos actores y sectores; realizado bajo un proceso sistemático y ordenado que contiene las macro estrategias que deberán seguirse durante los cinco años (2022-2026) a fin de alinearse con la actual la Estrategia mundial "Fin de la TB", de la OMS, que busca alcanzar la meta 3.3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la ONU, el cual pretende poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles para el año 2030, siendo necesario, en específico, para ello, dar cumplimiento a la reducción del indicador 3.3.2 "Incidencia de la tuberculosis por cada 100.000" habitantes.

En conjunto con los ODS, la implementación de la Estrategia Fin de la TB, pone de manifiesto las intenciones de reducir para el año 2035, la mortalidad por TB a menos del 95% en comparación con el año 2015, reducción de la tasa de incidencia de TB en un 90% en comparación con el año 2015 y que no haya familias que tengan que hacer frente a gastos catastróficos debido a la TB.

El PENMTB también establece un abordaje precoz para evitar la enfermedad tuberculosa en personas con VIH y otros grupos de alta vulnerabilidad como población infantil, privados de libertad, personas con alto riesgo de desarrollo de fármaco resistencia y con enfermedades crónicas; esto a través de estrategias diferenciadas por cada población.

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

La prevención y control de la tuberculosis se vuelve una prioridad y un reto para la multisectorialidad, quienes deberán retomar las líneas fundamentales, así como el horizonte de las estrategias del Plan mundial de lucha contra la tuberculosis (Estrategia Fin de la TB).

Debido a la necesidad de cumplir con los objetivos e indicadores mencionados tanto de los ODS como de la estrategia Fin de la TB, respectivamente, se hace necesaria la participación continua de los entes rectores en salud como de la colaboración de los diferentes sectores que apoyan la visión de detener la progresión de la enfermedad tuberculosa, por ende la intersectorialidad y multisectorialidad juegan un papel importante en la detección, control, seguimiento, y tratamiento de la tuberculosis. Los esfuerzos que se hagan en adelante deberán de tener como principal objetivo darle vida al cumplimiento de lo plasmado en el presente PENMTB y de esta manera también fortalecer la salud de la población salvadoreña.

El PENMTB conlleva en sí mismo la atención integral con cobertura universal, enfoque de género y equidad en el marco del respeto de los derechos humanos que sin duda contribuirá a mejorar la salud de la población salvadoreña como garantía de salud y bienestar de las futuras generaciones. De tal manera que las brechas antiguas deben de irse superando poco a poco con la ayuda de los sectores involucrados.

Sin lugar a dudas, la integración de las intervenciones sanitarias y sociales llevadas a cabo en el país, en el futuro cercano, tendrá los frutos esperados por las autoridades sanitarias mundiales y regionales en el sentido de permitir a la población una reducción considerable de la incidencia y mortalidad de la tuberculosis, en especial de nuestro país El Salvador.

I. INTRODUCCIÓN

En nuestro país la tuberculosis aun representa una importante amenaza para la población en general. En el 2019 se reportaron 3,009 casos de TB todas las formas, con una tasa de 44.9 x 100,000 habitantes, disminuyendo con respecto a la del 2018 (tasa de 54.4 x 100,000 hab.), influyendo en ello la búsqueda activa de casos en grupos de alto riesgo, principalmente en centros penitenciarios; utilización de nuevos métodos diagnósticos, mayor oferta de servicios de salud generados por el trabajo multisectorial.

En el PENMTB 2022-2026, se ha considerado la integración de diferentes áreas prioritarias, siendo estas: detección precoz de casos TB; tratamiento de casos TB de todas las formas; detección de casos TB-DR; tratamiento de casos TB-DR; mortalidad por TB y coinfección TB/HIV; atención integral a grupos de alto riesgo y fortalecimiento del Sistema de Salud; con abordaje de equidad de género y derechos humanos.

El PENMTB aglutina las estrategias y acciones para avanzar en el control de la Tuberculosis y tiene como objetivos, además de detectar precozmente la tuberculosis y disminuir la mortalidad, iniciar el proceso de control avanzado de la TB como problema de salud pública, con el apoyo e involucramiento multisectorial y evitar que las familias tengan que hacer frente a gastos catastróficos debidos a la TB.

En tal sentido el PENMTB está alineado con los tres indicadores de impacto y los diez indicadores prioritarios de la Estrategia Fin de la TB.

El enfoque del plan está dirigido a la mejora del diagnóstico de TB, mantener el éxito del tratamiento tanto en población general como en población privada de libertad, mejorar la detección de TB-MDR y TB-RR; asegurar la calidad y eficacia del tratamiento; reducir la mortalidad por TB y TB/VIH y continuar con el descenso de la transmisión e incidencia de casos hacia las metas de la estrategia Fin de la TB.

Para dar sostenibilidad a la respuesta de país para el control de la tuberculosis con la participación de diversos sectores y actores, se diseñó la "Estrategia nacional de participación comunitaria para la prevención y control de la TB 2022-2026" (Ver anexo 2) la cual incluye los componentes de la estrategia ENGAGE TB; en ella se define el proceso a través del cual se involucran amplios sectores de la sociedad civil, en coordinación con las instancias gubernamentales presentes en los diferentes municipios del país, con el fin de constituir una red multidisciplinaria para dar respuesta al control de la TB. Con los actores locales se buscarán vías de entendimiento, compromisos y acuerdos donde se especificará el rol de cada uno de ellos, sus aportes, ubicación geográfica, persona referente para coordinación de actividades y mecanismos de reporte, entre otros.

Cabe mencionar que con el apoyo financiero del Fondo Mundial se han obtenido logros importantes, entre ellos: la introducción de nuevos métodos diagnósticos como la prueba molecular rápida MTB/RIF, dotación de insumos y equipo al nivel operativo (microscopios, centrifugas refrigeradas, estufas, entre otros); utilización de la Unidad Móvil de Rayos X en Centros Penitenciarios, actualización técnica del recurso humano en los diferentes niveles; introducción de la iniciativa Tuberculosis en Grandes Ciudades con lo que se ha fortalecido las Alianzas público - público y público - privado (APP) con proveedores de salud, entre ellos el Instituto Nacional del Seguro Social (ISSS) y Alcaldía Municipal de San Salvador; desarrollo de estudios e investigaciones, entre ellos la medición de gastos en tuberculosis (MEGA TB); atención a grupos de alto riesgo, principalmente a PPL. Así también se han tenido logros operativos, entre ellos: disminución de casos, llegando en el 2019 a una tasa de 44.9 por 100,000 habitantes (3,009 casos); disminución de los casos de coinfección TB/VIH, 185 casos (6.1%, año 2019); éxito de tratamiento del 92.3% (año 2018); y una tasa de mortalidad de 1 por cien mil habitantes.

La inversión en la lucha contra la TB, ha experimentado un aumento significativo; se ha incrementado desde el 2011 al 2019, pasando de \$ 7.2 millones (2011), a \$ 11.5 millones (2019) (gastos nacionales y/o domésticos), y 14.1 millones con todas las fuentes de financiamiento, internas y externas (Anexo. 3 MEGA TB 2019).

Sin embargo, para mantener los logros alcanzados y tomando en consideración la inversión económica que el control de la tuberculosis requiere, se hace necesario buscar fuentes de financiamiento externo que contribuyan a cubrir la brecha monetaria para la implementación de este PENMTB.

El PENMTB sigue los lineamientos de la Estrategia "Fin de la TB", la cual propone un abordaje del control de la TB que va más allá del sector de salud y toma en consideración los factores biológicos y estructurales de riesgo de la TB (determinantes sociales de salud) así como el fortalecimiento de la investigación, nuevos métodos diagnósticos y nuevos medicamentos que trazarán el camino para llegar a la eliminación de la TB como problema de salud pública.

II. PROCESO DE FORMULACIÓN DEL PENMTB 2022-2026

El proceso de elaboración del PENMTB 2022-2026 inició con la actualización de la línea basal, tomando como referencia la situación epidemiológica y operativa de la TB del 2019, siguiendo la Estrategia Fin de la TB, así como las estimaciones de OMS para los próximos años.

El proceso de elaboración del PENMTB fue liderado por el Ministerio de Salud (MINSAL) a través del PNTYER y el MCP-ES por ser un ente colegiado representativo de diferentes sectores, con la asistencia técnica de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Programa conjunto de las Naciones Unidas para el VIH (ONUSIDA), tomando como criterios la inclusión y la participación multisectorial (gobierno, sociedad civil (SC), sector privado (SP), personas afectadas por la tuberculosis y cooperación internacional) lo que le otorga mayor solidez y legitimidad.

2.1 PROCESO DE ELABORACION DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL MULTISECTORIAL PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS 2022 – 2026

La elaboración del PENMTB 2022-2026 inició con la conformación de un equipo técnico conformado por personal de diferentes instituciones del Sistema Nacional de Salud el cual realizó un análisis de la información recabada en las evaluaciones nacionales, dirigidas por el Programa Nacional de Tuberculosis, en la cual participaron instituciones del sector salud.

Equipo técnico realizó un análisis de la información recabada en las evaluaciones nacionales, dirigidas por el Programa Nacional de Tuberculosis, en la cual participaron instituciones del sector salud.

Se incorporaron las principales recomendaciones plasmadas en el informe de la evaluación externa del Fondo Mundial realizada por APMG HEALTH (marzo 2020), en la cual se identificaron algunas brechas y oportunidades de mejora. Se tomó como insumo las recomendaciones de la evaluación del Comité de Luz Verde Regional de Noviembre de 2019, sobre el manejo clínico y programático de la TB-MDR; además del análisis y Plan de sostenibilidad realizado por Health Policy Plus (septiembre 2019), entre otras. (Anexo 4. Informe de Evaluación del Fondo mundial Anexo 5. Informe rGLC_SLV_nov. 2019 Anexo 6 Análisis de Sostenibilidad HP + septiembre 2019).

Con esta información, y tomando como base la estrategia fin de la TB (OMS), se definió el marco conceptual, político, normativo y legal para la sustentación del documento.

Se presentó un documento preliminar del PENM 2022 – 2026, en el diálogo de País para el análisis de los diferentes sectores y actores en la respuesta contra la TB.

En los Diálogos Nacionales, generaron los espacios para el análisis de las necesidades de atención en el tema de TB, recibiendo propuestas concretas para el abordaje del problema de la TB en las comunidades y los grupos de mayor vulnerabilidad. Posterior a la incorporación de los aportes obtenidos a través de los diálogos de país, se pasó a revisión por las diferentes instituciones del SNS y a la dirección de Regulación del MINSAL.

2.2 PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN PARA LA LÍNEA BASAL DEL PENMTB

Para el establecimiento de la línea basal del PENMTB 2022-2026, el equipo técnico del PNTYER junto al equipo coordinador de propuestas liderado por el MCP-ES, analizaron objetivos, metas, indicadores y líneas estratégicas, haciendo uso de los informes de las evaluaciones nacionales, de los últimos años, en las que participaron las instituciones proveedoras de servicios de salud (MINSAL, ISSS, Centros Penales, FOSALUD, COSAM entre otros) y utilizando los sistemas de información del MINSAL. Así también se contó con el apoyo técnico de la OPS y OMS, quienes han revisado y dado aportes para la estructuración del documento.

Se han tomado las recomendaciones internacionales y la experiencia acumulada en nuestro país y será implementado con el compromiso gubernamental y una fuerte coalición con la sociedad civil y la comunidad, de manera que continúen las estrategias que fueron exitosas, se tomen en consideración las lecciones aprendidas, se mantengan los logros alcanzados y se enfrenten los actuales y los nuevos desafíos para cumplir las metas propuestas al año 2026, con el propósito de llevar el control de la enfermedad, muy cercana a la etapa de finalización de la epidemia de TB, propuesta en la Estrategia mundial "Fin de la TB" hacia el 2035.

III. ASPECTOS TRANSVERSALES

Derechos humanos, estigma y discriminación.

Generalmente el concepto de Derechos Humanos no es percibido dentro del campo de la salud como un factor primordial para la sostenibilidad del sistema, sin embargo cada vez es más frecuente encontrar que aquellos programas que tienen una inclusión del enfoque de derechos tienden a tener más éxito. Los sistemas sanitarios y la prestación de la atención de salud están teniendo cada vez más en cuenta las normas y principios de los Derechos Humanos, con énfasis en la igualdad de acceso, confidencialidad, lucha contra la discriminación, entre otras. La experiencia ha demostrado que cuando los sistemas sanitarios tienen en cuenta éstos y otros puntos sobre los Derechos Humanos, resultan beneficiados tanto los pacientes como el sistema de salud pública¹

En relación a la tuberculosis es importante mencionar que es una enfermedad 100% curable y prevenible; sin embargo se ha convertido en la infección trasmisible más importante en los seres humanos en los últimos años; siendo esto por múltiples factores, sobre todo factores demográficos y socioeconómicos que favorecen las migraciones, la presencia de determinantes sociales y estilos de vida inadecuados, la comorbilidad con la epidemia del VIH, el aumento de las enfermedades crónicas no trasmisibles, eventos catastróficos naturales y epidemiológicos que aumentan la vulnerabilidad; además algunas de los casos índices que con frecuencia quedan sin ser diagnosticados y sin recibir tratamiento los cuales por motivos de violencia social y otros factores de vulnerabilidad social los cuales se suman para mantener la prevalencia de la tuberculosis en las comunidades.

¹ Tuberculosis: a Human Rights approach - César Augusto Ugarte-Gil / EDHUCASALUD – Marzo 2009.

El enfoque de Derechos Humanos y género fortalece los Sistemas de Salud, ya que permite reconocer las diferencias inherentes de las poblaciones y provee a las poblaciones más vulnerables de las herramientas para empoderarse y reclamar derechos específicos.

La TB está fuertemente relacionada a la pobreza, ya que a pesar de que los casos se dan en todos los estratos sociales, son los más pobres los que presentan mayor riesgo debido al hacinamiento en la vivienda, trabajo, transporte, además de tener, generalmente, un sistema inmune más débil debido a la malnutrición.

Para dar respuesta a la problemática de la TB se involucran todos los actores y sectores que conforman el sistema integrado de salud y otras instituciones proveedoras de servicios; además existen convenios con el Ministerio de Justicia y Seguridad Pública y con el Instituto Salvadoreño de la Niñez y Adolescente orientados a la atención de toda la población privada de libertad, y con el sector académico orientando a la formación de recursos en salud.

En resumen, para el abordaje con enfoque de derechos humanos, particularmente el derecho a la salud en la ejecución del PENMTB 2022-2026, se hace necesario:

- Acceso universal a diagnóstico y tratamiento, principalmente de personas en alto riesgo y vulnerabilidad a través de políticas públicas, cumplimiento de las leyes, lograr mayor beligerancia y dialogo entre las ONG´s, Organizaciones de la Sociedad Civil, inmersas en las comunidades y autoridades locales y nacionales para lograr ambientes más amigables y seguros para la provisión de servicios de salud en colaboración con las autoridades nacionales.
- Fortalecer la multisectorialidad de actores que puedan administrar el tratamiento acordado estrictamente supervisado (TAES) en entornos difíciles, incorporando otras instituciones, entre ellos Ministerio de Educación, Municipalidades, Iglesias, Organizaciones no gubernamentales (ONG´s), Asociaciones de Desarrollo Comunitario (ADESCOS) y otros.
- Fomento de entorno saludable y libre de estigma y discriminación a través de la sensibilización y capacitación del personal a través de Diplomados y de referentes en las comunidades a través de sus líderes.
- Aprovechar las oportunidades de contacto frecuente en las visitas de mujeres y hombres con enfoque familiar a los establecimientos de salud para control prenatal, planificación familiar, control de niño(a) sano(a), consulta por morbilidad y otras, para la búsqueda de SR
- Búsqueda activa de SR en lugares de trabajo (construcciones, obras públicas, maquilas para búsqueda de SR en hombres y en mujeres), por ser centros de congregación.
- Participación social con integración de personas afectadas por TB, sus comunidades de residencia, lugares de trabajo, iglesias y otros.
- Acceso a la educación en salud a pacientes, personal y grupos multisectoriales que participan en la ejecución del Programa de Tuberculosis
- Coordinación con otras instituciones que ejecuten programas de asistencia social.

Género

En varias parte del mundo hay más hombres que mujeres a quienes se les diagnostica TB y que mueren a causa de ella. Sin embargo, por lo que a enfermedades infecciosas se refiere, la TB es una de las infecciones que más mortalidad femenina acarrea. Por su causa mueren cada año unas 750,000 mujeres, y más de 3 millones contraen la enfermedad. A la vez que afecta a las mujeres sobre todo a una edad reproductiva y económicamente activa, las consecuencias de la enfermedad también

golpea con dureza a sus hijos y familias. Los indicadores de mortalidad, incidencia y años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) no reflejan la carga oculta que entrañan estos efectos sociales.²

Más allá de la inversión en la formación de recursos humanos para sensibilizarlos y dotarles de herramientas para promover la equidad de género, se han implementado acciones específicas para visibilizar la situación de la mujer respecto a la TB y otras enfermedades. La desagregación por sexo en las estadísticas, en el sistema de seguimiento y evaluación del PENMTB asegura la medición diferenciada de los avances para hombres y mujeres.

El PNTYER centra su mayor esfuerzo en la búsqueda precoz de SR o personas con sospecha de tuberculosis, priorizando en grupo poblacionales de mayor riesgo y vulnerabilidad, de igual forma, la oferta de servicios y accesibilidad al diagnóstico y tratamiento, prioriza grupos como poblaciones LGBTI, trabajadora/es del sexo, las PPL, personas que padecen VIH, personas con enfermedades crónicas no transmisibles, trabajadores de salud, entre otros.

La condición de género y/o preferencia sexual no marca ninguna diferencia para el acceso a los servicios de prevención y control de la tuberculosis, como para la provisión de estos, por lo que para la lucha contra la tuberculosis la prioridad es la búsqueda y atención de los sintomáticos respiratorios.

IV. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

4.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO.

El país tiene una extensión territorial de 21,040.79 Km²; para el año 2018 la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) reporta que la población total del país fue de 6,642,767 personas, de las cuales 4,096,070 residen en el área urbana y 2,546,697 en la rural, lo que representa el 61.7% y 38.3% respectivamente. En esta misma línea, se destaca que en el Área Metropolitana de San Salvador (AMSS) se concentra el 27.1% del total de la población del país, es decir, 1,797,025 habitantes.

Una característica fundamental es que la población es mayoritariamente joven, puesto que el 52.6% de la población es menor de 30 años, mientras que el 13.2% tiene una edad de 60 años y más. Por su parte, el indicador de dependencia económica potencial, se refiere a la proporción de la población económicamente inactiva, establecida entre los menores de 15 años y los de 65 años y más, con respecto a la población activa, se tiene que el grupo etario de 15 a 64 años de edad, fue del 51.2%.

² Tuberculosis y género - La tuberculosis en las mujeres/ OPS <http://www.who.int/tb/challenges/es/>

Al diferenciar la población por sexo, los datos proporcionados por la encuesta, muestran que las mujeres representan el 52.9% de la población total del país y los hombres el 47.1%; obteniéndose un índice de masculinidad de 0.89, es decir que existen en el país 89 hombres por cada 100 mujeres. En la zona urbana este índice es de 0.87 y en la rural de 0.92.

En relación a la distribución de la población por departamento, se encontró que el 63.5% de la población se concentra en 5 de los 14 departamentos siendo estos: San Salvador, La Libertad, Santa Ana, Sonsonate, y San Miguel.

Tabla 2 El Salvador: Población y densidad, según departamento

Departamento	Población	Extensión en	Habitantes por
		Km ²	Km ²
Total	6,642,767	21,040.79	316
San Salvador	1,797,002	886.15	2028
La Libertad	812,895	1,652.88	492
Sonsonate	511,551	1,225.77	417
Cuscatlán	269,666	756.19	357
La Paz	366,909	1,223.61	300
Ahuachapán	367,657	1,239.60	297
Santa Ana	593,401	2,023.17	293
San Miguel	505,299	2,077.10	243
Usulután	378,606	2,130.44	178
San Vicente	186,107	1,184.02	157
Cabañas	169,538	1,103.51	154
Morazán	206,475	1,447.43	143
La Unión	271,531	2,074.34	131
Chalatenango	206,130	2,016.58	102

El hacinamiento es un indicador básico para evaluar la calidad de vida en los hogares, ya que cuando una vivienda se encuentra con hacinamiento, sus ocupantes presentan mayor riesgo de sufrir ciertas problemáticas como la violencia doméstica, desintegración familiar, bajo rendimiento escolar, entre otros; y es considerado como un factor de riesgo para la salud de la población, principalmente en enfermedades respiratorias, como la tuberculosis.

En el Área Metropolitana de San Salvador se concentra el 27.1% de la población total del país; al revisar la distribución de la población por los municipios que la forman, se observa que sólo San Salvador y Soyapango concentran el 34.8% de 1,797,025 de habitantes reportados para el AMSS.

La densidad poblacional del Área Metropolitana de San Salvador (AMSS), se estimó en 2,942 habitantes por km²; siendo el municipio de Cuscatancingo el más densamente poblado en todo el AMSS, seguido por Soyapango, Mejicanos y San Marcos. En el extremo se ubican Nejapa, con el más bajo nivel de densidad poblacional, le siguen los municipios de Santa Tecla, Tonacatepeque, San Martín y Antiguo Cuscatlán.

El hacinamiento se determina como porcentaje de hogares con viviendas de 3 o más personas por dormitorio exclusivo. Como dormitorios exclusivos se consideran las habitaciones que el hogar destina exclusivamente para dormir, de ahí que hay viviendas que reportan no tener dormitorios exclusivos. A nivel nacional el 40.9% de los hogares viven en condición de hacinamiento; esta situación es más sufrida en el área rural donde el 57.0% de los hogares viven en esta situación, mientras que en el área urbana este porcentaje es de 31.5%. Se observa, un porcentaje menor en el AMSS de 25.9% de hogares vive en condición de hacinamiento.

4.2 CONTEXTO POLÍTICO.

La Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud emitida por la Asamblea Legislativa de El Salvador, a través del Decreto No. 302 ³, en mayo del año 2019, brinda el soporte legal para establecer los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud, mediante un proceso progresivo hacia el acceso universal a la salud y cobertura universal en forma equitativa, oportuna y de calidad para la población en los diferentes niveles de atención; el Sistema fundamenta su actuación en los principios de Universalidad, Integralidad, Accesibilidad, Solidaridad, Subsidiaridad, Equidad, Intersectorialidad, Participación Social y Calidad. Esta ley es de obligatorio cumplimiento para toda persona natural o jurídica, entidades públicas, privadas con o sin fines de lucro y autónomas que trabajan directa o indirectamente con la salud, incluyendo al Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

El SNIS se encuentra basado en la Atención Primaria de Salud Integral (APS-I), la intersectorialidad y un enfoque centrado en las personas con humanización, así como lo establece el plan de salud quinquenal; se debe abordar la determinación social de la enfermedad, para garantizar el derecho humano a la salud; siendo la ruta hacia el acceso universal y a la identificación y combate de las inequidades en salud.

Como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), se plantea entre las líneas de acción las siguientes:

³ Asamblea Legislativa de El Salvador, Decreto No. 302 “Ley de Sistema Nacional Integrado de Salud”, mayo 2019, <http://cssp.gob.sv/wp-content/uploads/2016/05/Ley-del-Sistema-Nacional-Integrado-de-Salud..pdf>

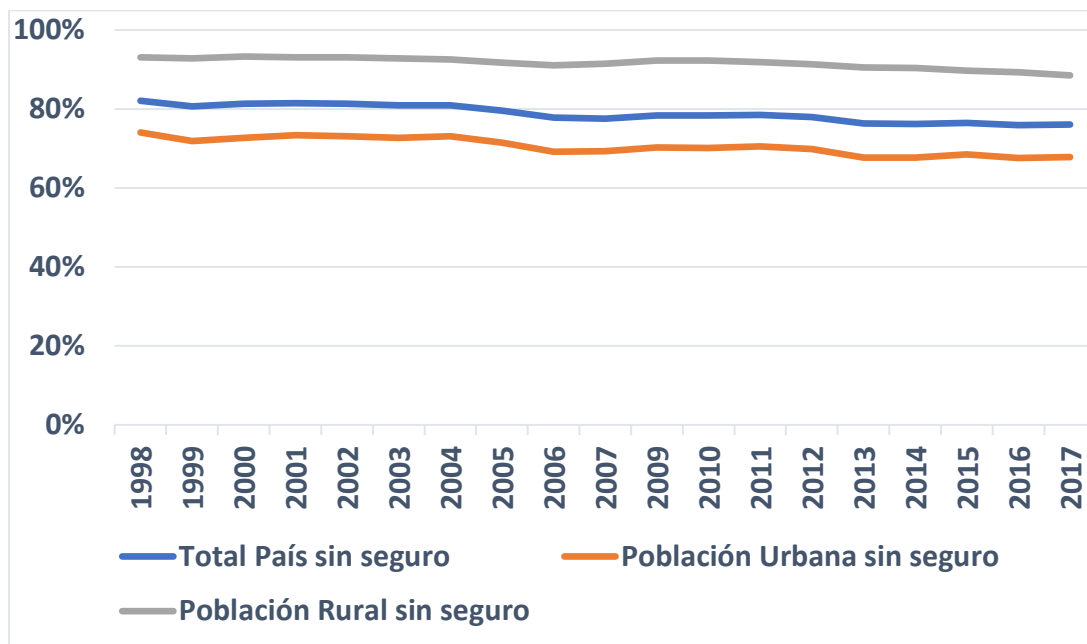
- Coordinar desde el ente rector actividades político-técnicas de carácter estratégico con todos los miembros del SNS para efecto de avanzar en la integración de la gestión, administración, planificación y desarrollo de actividades, respetando el marco legal vigente. Esto incluirá al menos, procesos integrados de planificación sectorial de salud, análisis y validación de las prestaciones que en el SNS garantizará a la población y análisis del modelo de financiamiento a desarrollar en el sistema integrado de salud.
- Armonizar la aplicación del modelo de atención en salud familiar y comunitaria a lo largo del curso de vida para todos los integrantes del SNS.
- Avanzar progresiva y sostenidamente hacia la integración de los servicios de los miembros del SNS en los territorios que incluirán servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico oportuno, atención, curación, rehabilitación, cuidados paliativos y apoyo para el auto cuidado en todos los niveles de atención en la comunidad.
- Orientar la participación activa del personal de salud en los gabinetes de gestión departamental, promoviendo el abordaje intersectorial de los problemas de salud y la inclusión de trabajadores organizados, cooperativas, ONG´s, Organismos de cooperación técnica y financiera, así como otros actores presentes en el departamento.
- Generar un consenso amplio entorno a la reforma Integral de Salud, especialmente en lo referido al enfoque de Derechos Humanos.
- Garantizar el cumplimiento de lo establecido en la Ley de Derechos y Deberes de los pacientes, tanto en el sector público como en el sector privado. (Anexo 8. Política Nacional de Salud)

4.3 CONTEXTO SOCIO ECONÓMICO.

En El Salvador, una condición importante del ámbito socioeconómico, generalmente ligada a condiciones de empleo, pobreza, marco legal, vulnerabilidad y/o a la cultura previsional de la población, esta relacionado con las coberturas del aseguramiento en salud. En tal sentido, en el Gráfico 1, se presentan los datos extraídos de las Encuestas de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) de los últimos 19 años, relativos a la población salvadoreña no cubierta por los seguros de salud (público y privados), total país y por área geográfica; y en el Gráfico 2, los niveles de no aseguramiento por niveles socioeconómicos, para igual período.

Gráfico 1.

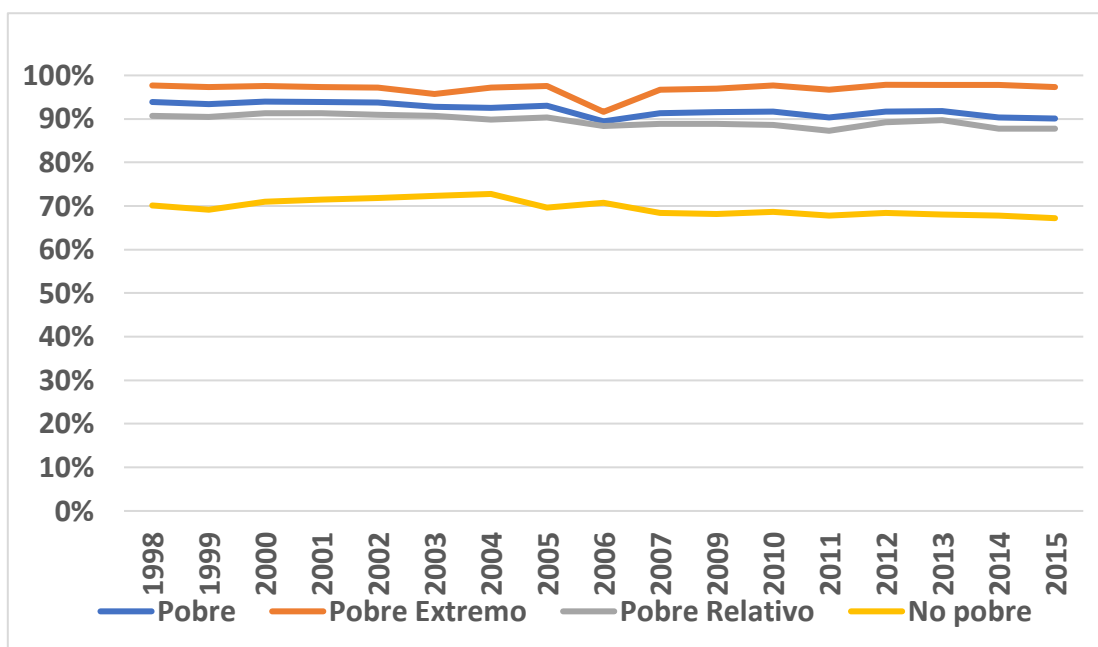
El Salvador. Población sin Seguro de Salud, según área geográfica



Fuente: Unidad de Economía de la Salud/Dirección de Planificación/MINSAL. Elaboración propia en base a datos EHPM

Gráfico 2. El Salvador. Población sin Seguro de Salud, según niveles de pobreza

Fuente: Unidad de Economía de la Salud/Dirección de Planificación/MINSAL. Elaboración propia en base a datos EHPM.



La información de la EHPM, identifica que durante el período comprendido de 1998 a 2017, la población sin acceso a ningún tipo de aseguramiento en salud, ya sea de carácter público o privado, pasó de representar el 82% en 1998, al 76% en 2017. Si se examina tal condición por áreas geográficas, los datos indican que la población no asegurada pasó del 74% (1998) al 68% (2017), en las áreas urbanas; y, del 93% (1998) al 89% (2017), en las áreas rurales. En ese sentido, el no aseguramiento en salud de un alto porcentaje de la población salvadoreña, a pesar de los esfuerzos por extender coberturas en el aseguramiento, sigue siendo uno de los principales retos de carácter estructural dentro del país, en especial en las áreas rurales.

Si se examina la condición de no aseguramiento en salud, por niveles socioeconómicos (**Gráfica 2**), los datos son reveladores: Si bien es la población bajo la línea de pobreza, principalmente la población en condición de pobreza extrema es la que presenta las mayores tasas de no aseguramiento en salud (98% en 1998, y 88% en 2015⁴), hay igualmente un porcentaje importante de población “no pobre”, que tampoco está adscrita a algún esquema de aseguramiento en salud, sea de carácter público o privado (67%, en 2015). Esto indica, las limitaciones en las coberturas de los sistemas de seguridad social, cuya afiliación está basada en el empleo formal (ISSS, ISBM y COSAM) y el bajo desarrollo de los sistemas de seguros privados de salud, debido a sus costos y la poca difusión de la cultura previsional en El Salvador, aún en la población catalogada como “no pobre”. Situación que, sin duda, presiona la oferta de servicios del MINSAL, que recibe los efectos del bajo aseguramiento en salud; esto debido a la mayor demanda de atenciones, generalmente con altos costos en la población en condición de pobreza; y además de población “no pobre” que podría estar adscrita a algún esquema de aseguramiento, si las condiciones de afiliación o del mercado del trabajo, así se lo permitieran. Las EHPM permiten identificar qué acción tomaron las personas que reportaron que se enfermaron o accidentaron (acudir o no acudir a consultar a alguien o a un establecimiento de salud). Respecto a las acciones que, en primera instancia, tomaron las personas que reportaron que se enfermaron o se accidentaron, resalta en primer lugar, el número de personas que, decidieron no consultar con nadie, manteniéndose entre el 4% (1999) y el 49% (2004). Para 2017, el porcentaje de personas que no acudieron a consultar con nadie para tratar su problema de salud, llegó al 44%.

⁴ Para los años 2016 y 2017 no se logró tener representatividad de la muestra por niveles socioeconómicos.

Tabla 3. El Salvador. Población que reportó que se enfermó o accidentó y no consultó con nadie.

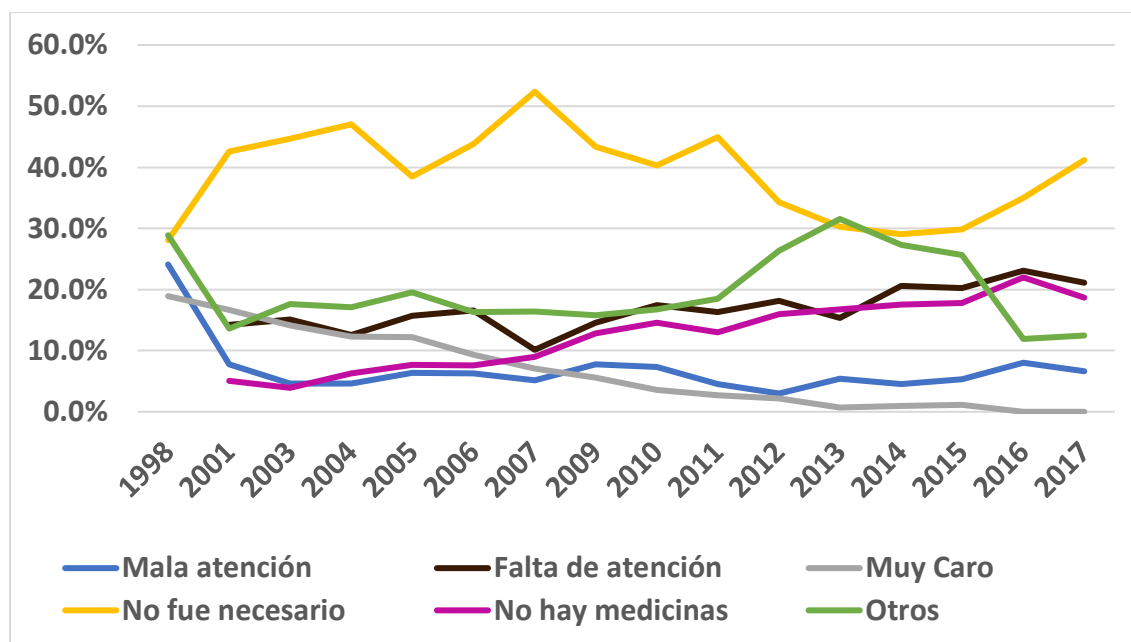
Año	Población que se enfermó o accidentó	Población que no consultó con nadie	%
1998	1,575,390	125,704	8%
1999	737,051	33,056	4%
2000	648,498	267,098	41%
2001	886,428	354,746	40%
2002	961,524	401,534	42%
2003	989,195	461,402	47%
2004	827,148	404,640	49%
2005	931,118	417,944	45%
2006	839,485	363,026	43%
2007	919,816	309,154	34%
2008	1,002,131	482,197	48%
2009	973,388	382,606	39%
2010	839,424	346,635	41%
2011	681,940	289,324	42%
2012	747,143	305,600	41%
2013	741,233	287,965	39%
2014	851,044	366,588	43%
2015	695,081	315,794	45%
2016	909,813	372,225	41%
2017	1,023,803	448,058	44%

Fuente: Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación, MINSAL. Elaboración propia en base a información EHPWDIGESTYC

Con las personas que no acudieron a ningún lugar para tratar su problema de salud, resulta importante identificar las razones de tal decisión. En el Gráfico 3 se presentan, en términos relativos, las razones que externaron las personas para no acudir a un establecimiento de salud. Una información estratégica en política pública para eliminar o minimizar tales barreras al acceso.

Gráfico 3.

El Salvador. Población que reportó que se enfermó o accidentó, según las razones por las que no consultó en ningún establecimiento de salud público



Fuente: Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación, MINSAL. Elaboración propia en base a datos EHPM

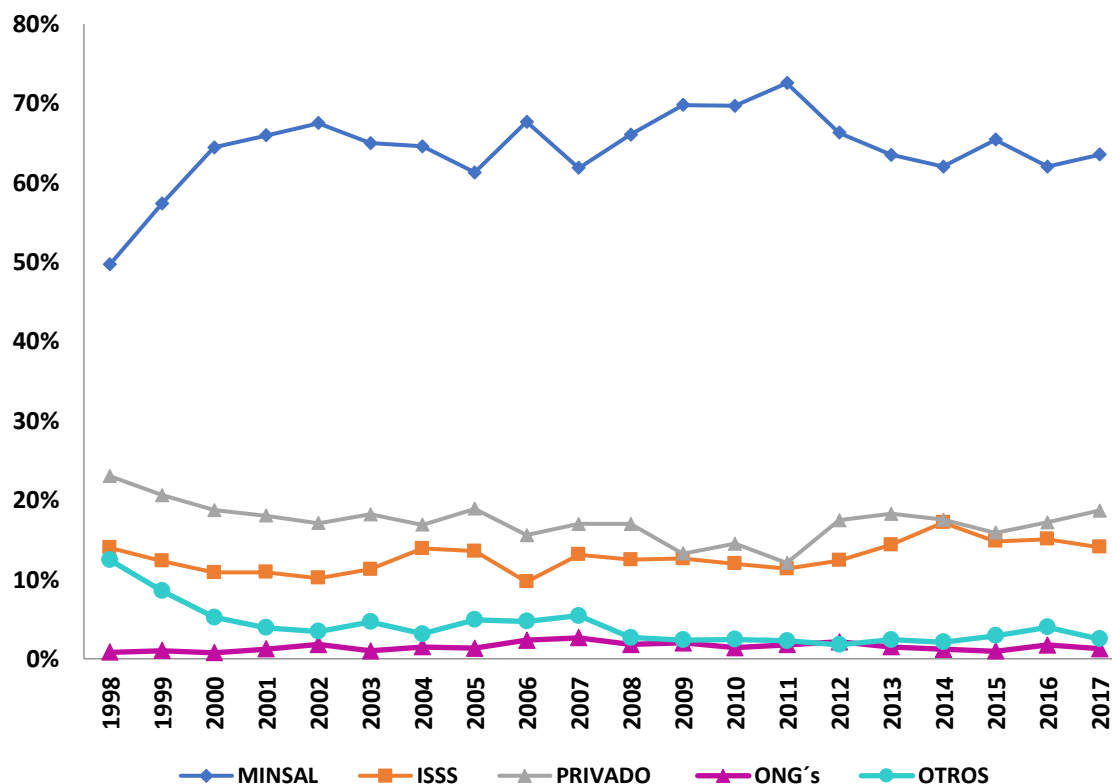
Como puede observarse, la principal causa expuesta por la población que se enfermó o accidentó y no acudió a ningún establecimiento de salud, tiene que ver con la auto percepción de que "no lo estimaron necesario". Eliminando esta causa, así como las agrupadas en "otras", un segmento importante de la población que se enfermó o accidentó indicó que las principales razones para no asistir a ningún establecimiento de salud fue la "falta de atención", seguida de que "no hay medicinas" y la "mala atención". Obsérvese que la razón argumentada de no asistir porque "No hay medicinas", se ha ido incrementando, para 2017, llegando hasta un 18.7%. Como referencia, en 2001, dicha proporción fue de 5.1%. Tal información es de extrema importancia para la formulación de las políticas públicas relacionadas con la dotación de medicamentos, en especial en entidades como el MINSAL y el ISSS, dada la cantidad de población que tienen bajo su responsabilidad.

Igual de relevante para las políticas públicas es indicar que la razón de "Muy Caro", luego de venir siendo una de las principales causas señaladas por la población para no acudir a ningún establecimiento de salud (en 1998, el 18.9% indicó esta barrera como una de las razones principales de no asistencia), ha ido descendiendo considerablemente desde 2006, con mayor énfasis a partir de 2009 a 2015, hasta desaparecer en 2016 y 2017. Una condición que, con toda probabilidad, está altamente influenciada por la política de gratuidad de los servicios de salud impulsada por el MINSAL desde 2009 a la actualidad.

Por su parte, si se revisa el segmento poblacional que se enfermó o accidentó y decidió consultar, según lugar o establecimiento al que acudió, se obtienen los resultados que se presentan en el Gráfico 4, para el período 1998-2017.

Gráfico 4.

El Salvador. Población que reportó que se enfermó o accidentó, según establecimiento de salud al que acudió para atenderse. Total País.



Fuente: Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación, MINSAL. Elaboración propia en base a datos EHPM

La información de la EHPM señala un denominador común: la elevada proporción de personas que se enfermaron y accidentaron; y, decidieron consultar en un establecimiento del MINSAL. Dicha proporción, como promedio del período, fue de 64%. En 2011 dicha proporción fue de 83%, llegando a 2017 a 76%.

Las políticas de gratuidad en los servicios del MINSAL, la reforma de salud que amplió las coberturas en el primer nivel de atención en dicha entidad; sumado a la ampliación de horarios y atención de la población en períodos festivos, horarios nocturnos y fines de semana, a través de la creación FOSALUD (2005), sin discriminación entre población con y sin afiliación a la seguridad social o algún

seguro médico privado; y las todavía bajas coberturas de los esquemas de aseguramiento en salud, entre otros factores, son, sin lugar a dudas, parte de las causales que explican tal condición.

Por su parte, en lo que compete al ISSS, la información de las EHPM señala que, a nivel de total país, dada la baja cobertura de la seguridad social, únicamente el 17% de la población que reportó que se enfermó o accidentó y decidió consultar, acudió a sus establecimientos para tratar su problema de salud. Proporción que se incrementa significativamente si se observa dicha dinámica a nivel urbano, en donde alrededor del 20% de la población que se reportó enferma o tuvo un accidente, decidió acudir a las instalaciones del ISSS. Este resultado está asociado a que gran parte de la población derechohabiente del ISSS está concentrada en las áreas urbanas, dadas las características del mercado laboral formal.

Por otro lado, es importante destacar que el segmento de la población que se enfermó y accidentó y decidió acudir a un establecimiento de naturaleza privada, a nivel de país pasó de representar en 1998 el 23%, al 19% en 2017, es decir que, en promedio del período, cerca de una quinta parte (17%). de la población que sufrió deterioro de la salud, acudió a un establecimiento privado para atender su condición.

VIOLENCIA Y CRIMINALIDAD.

El Salvador aparece citado en muchos análisis internacionales como uno de los países con mayor índice de violencia y criminalidad. En Numbeo, una base de datos mundial, que entre otros temas analiza la criminalidad por país, presenta a El Salvador como el noveno con mayor criminalidad (67.84%)⁵. Sin embargo, los homicidios continúan con tendencia a la baja, aunque todavía con cifras que señalan la existencia de un nivel epidémico.

Los resultados finales del año 2019 cerraron con 2,398 homicidios. Desde el año 2015, en que llegamos a los 103 homicidios por cada 100,000, es la reducción más notable: Un número de homicidios un 28% más bajo que el año 2018, en el que se contabilizaron 3,346 homicidios. Sin embargo, aun reconociendo que la reducción de homicidios duplica la de los años anteriores, el país aún posee índices muy altos. En efecto, el número de homicidios oscila entre 35.6 y 37 homicidios por cada 100,000 habitantes. De momento lo que se ha conseguido, fundamentalmente debido al impacto de las políticas de seguridad pública, ha sido llegar a los valores más bajos de homicidios desde el fin de la guerra civil en 1992. La tasa de homicidios lograda en el 2019 sería de las más bajas en todo el siglo XXI, solo comparable con las tasas de los años 2000, 2001, 2002 y 2003 cuando se registraron las siguientes tasas, respectivamente: 36, 37, 36 y 36. A partir de 2003, se lanzó la primera versión del Plan Mano Dura. Y a partir del siguiente año la tasa de homicidios no bajó de 40 homicidios por cada 100,000 habitantes/año hasta el presente año.

⁵ Numbeo, Base de Datos Criminalísticos; <https://es.numbeo.com/criminalidad/clasificaciones>

4.4 MARCO REFERENCIAL INSTITUCIONAL Y MULTISECTORIAL.

Garantizar el acceso y la cobertura universal a la salud a toda la población es uno de los objetivos principales del Estado, entendiéndose el término de salud no sólo como la ausencia de enfermedades, sino en el sentido más amplio cómo el estado de bienestar físico, psicológico, emocional, social y económico, en el cual las personas puedan desenvolverse en sus vidas cotidianas. El Gabinete de Salud, desarrolla intervenciones oportunas, inmediatas y eficaces para mejorar las condiciones de salud de la población salvadoreña, asegurando desde los elementos más básicos cómo la educación, prevención y promoción de la salud, hasta los más complejos como lograr hospitales con una mayor capacidad técnica, con calidad y calidez, para que estos sean los centros de excelencia que lideren las importantes luchas contra las enfermedades más graves y complejas que afectan a la población, basados en los principios de universalidad, integralidad, accesibilidad, solidaridad, gratuidad, equidad e intersectorialidad.

4.4.1 El Sistema Nacional de Salud.

De acuerdo a la Política Nacional de Salud, que tiene como objetivo «*Garantizar el derecho a la salud de todas las personas mediante un Sistema Nacional de Salud integrado, sólido, que fortalezca sostenidamente lo público y regule efectivamente lo privado, con un abordaje de determinación social de la salud y la aplicación plena de la estrategia de APS-I, sumando esfuerzos hacia la cobertura universal de salud, el acceso universal a la salud, búsqueda constante de la equidad y de un ambiente sano y seguro, a través de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación*».

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

El sector salud está conformado por dos subsectores: público y privado.

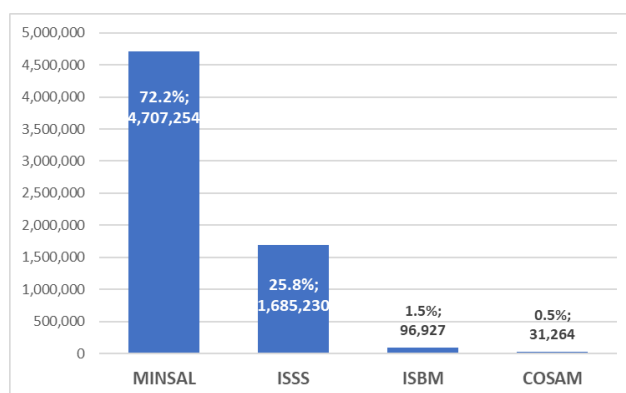
Las instituciones miembros del SNS son: Ministerio de Salud (MINSAL), Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Comando de Sanidad Militar (COSAM), Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI) y el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial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

Respecto a las coberturas de los servicios de salud de carácter público para el 2016, éstas se distribuyen de la siguiente forma: MINSAL, 72.2%; ISSS, 25.8%; ISMB, 1.5%; y COSAM, 0.5%. En las entidades aseguradoras (ISSS, ISBM y COSAM), se incluyen tanto a los cotizantes activos, sus beneficiarios; y pensionados. Dicha información se encuentra en la Gráfica 1.

El Ministerio de Justicia, aunque no es parte del SNS está trabajando articuladamente con él, para la atención en privados de libertad, para ello el MINSAL ha capacitado a personal médico y de enfermería, de los centros penitenciarios, en la prevención, detección y tratamiento de la TB.

Gráfico 1.

Cobertura Poblacional, según institución Pública del Sector Salud – 2016



Fuente: Estimación de Cuentas en Salud 2016, basada en información institucional. Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación/MINSAL

4.4.2 Funciones de los actores del Sistema Nacional Integrado de Salud:

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

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

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

COSAM proporciona servicios médicos preventivos y curativos al personal de la Fuerza Armada, militares activos, pensionados y su grupo familiar. Además provee servicios médicos a la población que lo requiera, mediante pago directo por los servicios. Su financiamiento proviene de cuotas de su personal y de aporte del estado a través del Ministerio de Defensa.

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

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

4.4.3 Gasto Nacional en Salud (GNS).

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

En el caso particular de El Salvador, por el lado del sector público, se incluyen dentro del GNS la siguientes instituciones: MINSAL y red de instituciones descentralizadas (hospitales, Fondo Solidario para la Salud y otras entidades adscritas), ISSS, ISBM, COSAM, Consejo Superior de Salud Pública (CSSP), Centro Farmacéutico de la Fuerza Armada (CEFAFA); la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM); y otras entidades públicas que ejecutan gastos en salud (empresas públicas, gobiernos municipales, entre otros).

En lo que respecta al GprivS, se incorporan tanto las erogaciones en salud ejecutadas por las empresas de seguros de naturaleza privada, como el denominado «gasto directo de bolsillo de los hogares en salud» (GDBHS).

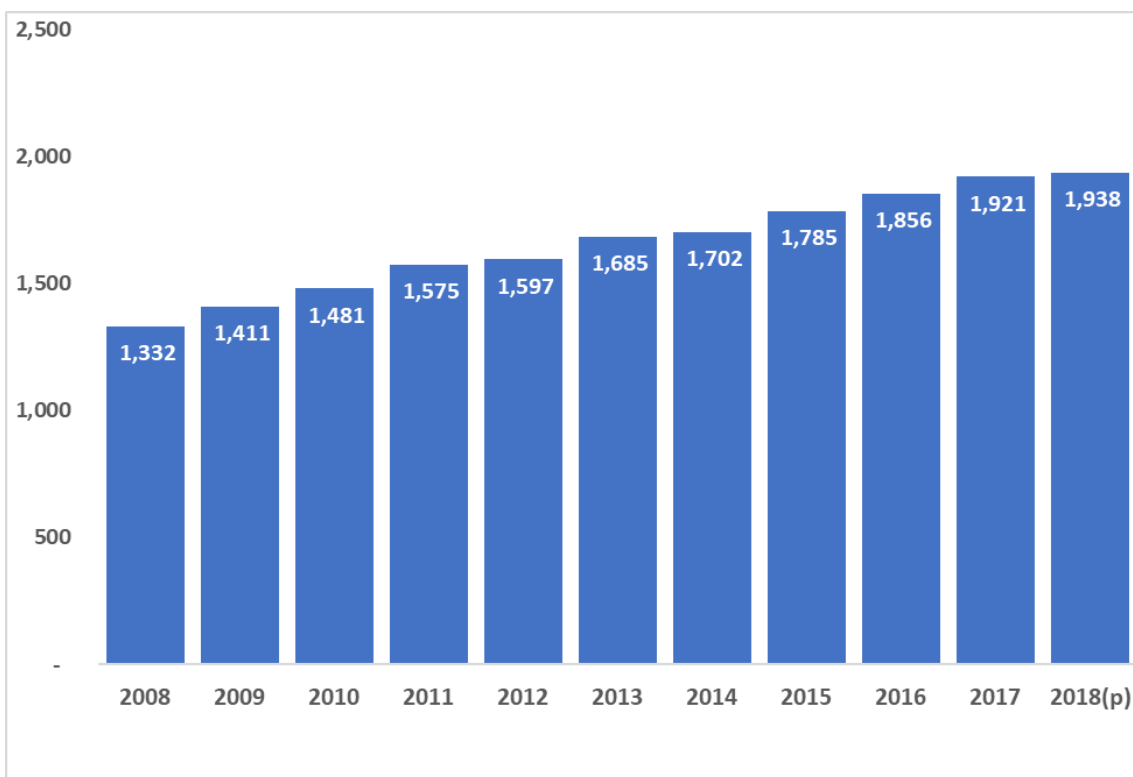
Para el caso del sector público, la fuente principal de información proviene de las bases de datos del Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI) del Ministerio de Hacienda (MH); y otros reportes financieros adicionales a nivel institucional, tomándose como punto de partida el gasto devengado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

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

En el grafico 2, se presenta la evolución del Gasto Nacional en Salud (GNS) en valores corrientes para el período 2008-2018, el cual incluye tanto el gasto público en salud (GPúbS), como el gasto privado en salud (GPrivS); y, en el grafico 3, lo que éste representa como proporción del Producto Interno Bruto (PIB).

Gráfico 2.

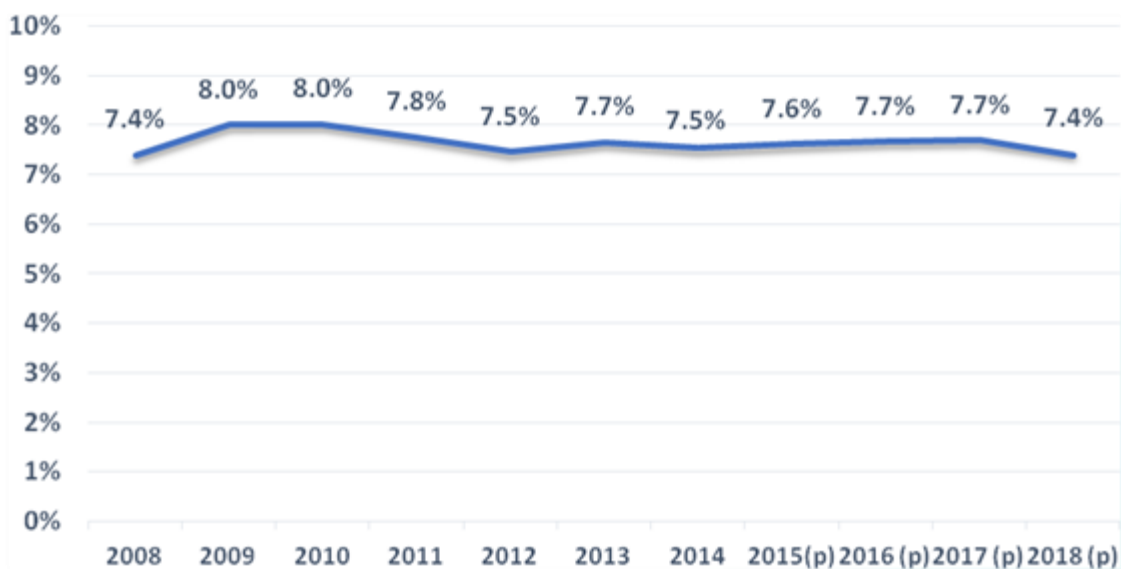
Gasto Nacional en Salud. 2008-2018 (en millones de US\$ corrientes)



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

Gráfico 3.

Evolución del Gasto Nacional en Salud como porcentaje del PIB

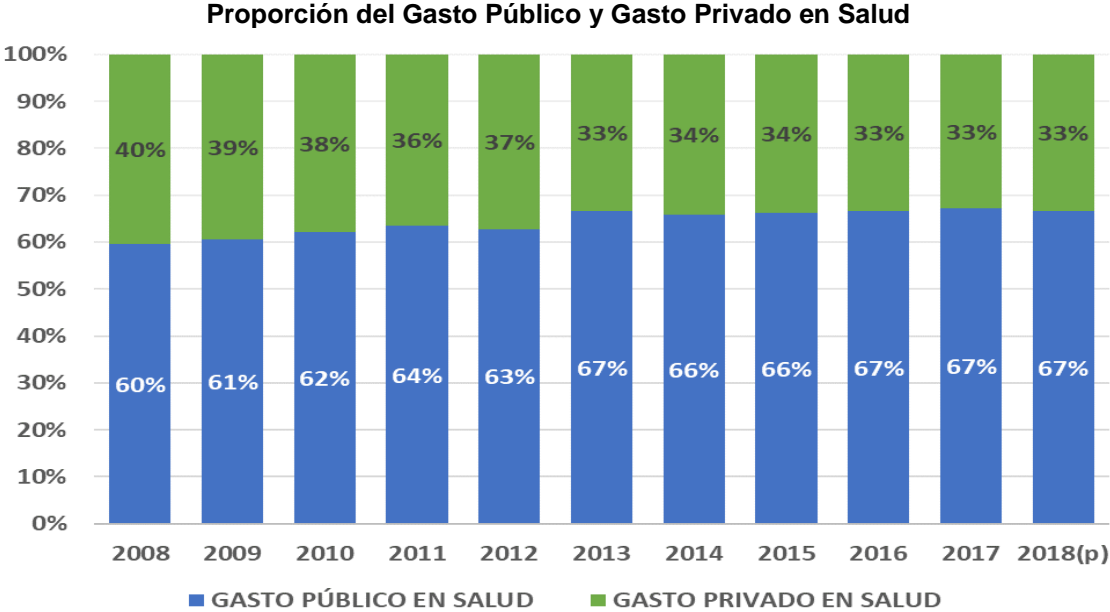


Fuente: Cuentas en Salud, Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación/MINSAL

Como puede observarse, el GNS en valores corrientes, en una década (2008-2018), pasó de US\$1,331.6 millones, a US\$1,937.7 millones, incrementándose en ese período en un 46% respecto a 2008. En relación al PIB, el GNS ha pasado de representar el 8% (años 2009 y 2010), al 7.4% en 2018. Esta proporción está influida por las variaciones no proporcionales entre las tasas del crecimiento anual del PIB y del GNS.

Respecto a la proporción del GNS que es cubierta con GpúbS y por GPrivS, en el gráfico 4 se presenta dicha estructura para el período 2008-2018.

Gráfico 4.



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

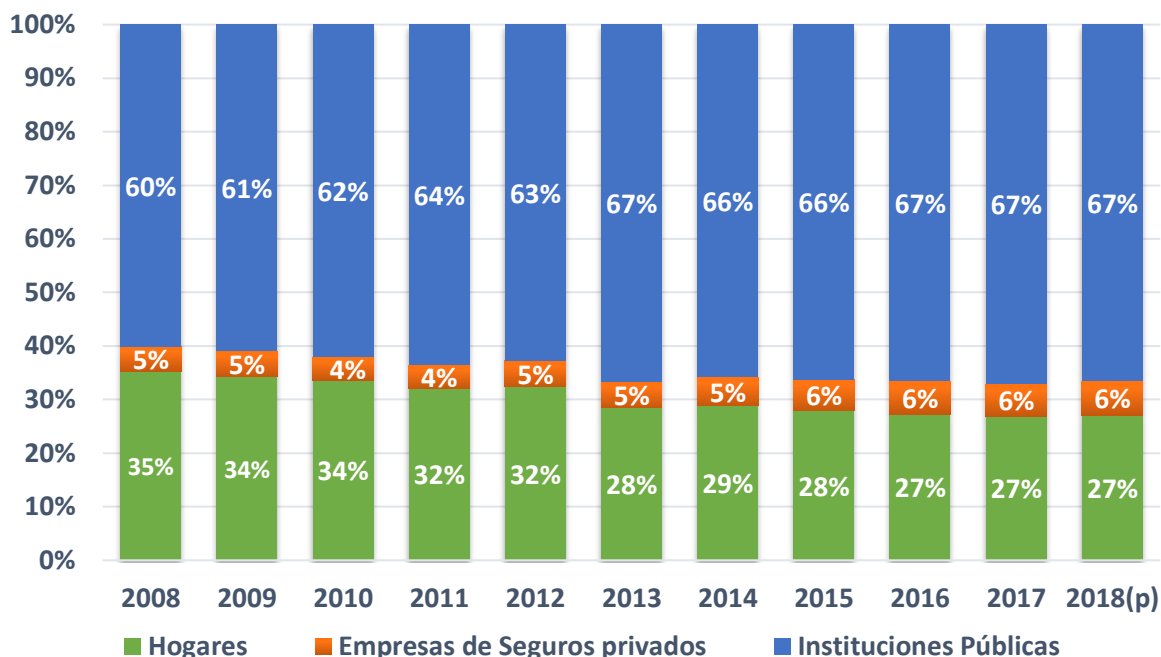
Se destaca la alta relevancia relativa que ha ido adquiriendo la proporción del GNS que es cubierta a través del GPubS, el cual pasó de representar el 60% del GNS en 2008, al 67% en 2018. Ello evidencia el esfuerzo gubernamental de aumentar de manera sostenida, el financiamiento público de la salud en el país, especialmente para mejorar la equidad en la atención en salud para la población, incrementando el acceso a la salud y la cobertura de la misma en zonas que antes del 2009 carecían de atención en salud.

Por el contrario, el GPrivS, que incluye el gasto por siniestralidad en salud de las agencias aseguradoras, como el efectuado en forma directa por los hogares para proveerse servicios de salud, ha ido perdiendo importancia relativa, llegando a representar para el 2018, el 33% del GNS, unas de las proporciones más bajas de la Región de las Américas.

Para una mejor identificación de los actores que participan en el financiamiento del GNS en el país (entidades públicas, empresas de seguros privados y los hogares), en el gráfico 5 se presenta la composición del GNS según los diferentes agentes de financiamiento.

Gráfico 5.

Composición del Gasto Nacional en Salud de El Salvador por agentes de financiamiento. En porcentajes.



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

El Gasto de Bolsillo de los Hogares en Salud (GBHS), es aquel que se ejecuta en forma directa por las personas cuando pagan por atenciones en salud (honorarios médicos y servicios de hospitalización, compra de medicamentos, pago por servicios de apoyo diagnóstico y de laboratorio; y otro gasto directo relacionado con servicios de salud). Esta variable es de suma importancia porque revela cuánto del financiamiento en salud es soportado por los hogares en un país y período determinado; y su importancia relativa está directamente asociada al grado de equidad y protección financiera en salud de la población de dicho país. En ese sentido, la información de Cuentas en Salud, indica que, en lo que respecta al GBHS, en el país se ha experimentado un descenso significativo en su importancia relativa como financiamiento del GNS. De hecho, pasó de representar el 35% (2008), al 27% del GNS en 2018. Un descenso de cerca de diez puntos porcentuales, que pone al país en el camino de mejorar la equidad en el financiamiento en salud; y permite lograr una de las metas establecidas en el Plan Quinquenal de Gobierno 2014-2019, que planteaba la reducción en tres puntos porcentuales en la participación del GBHG y GBHS dentro del GNS.

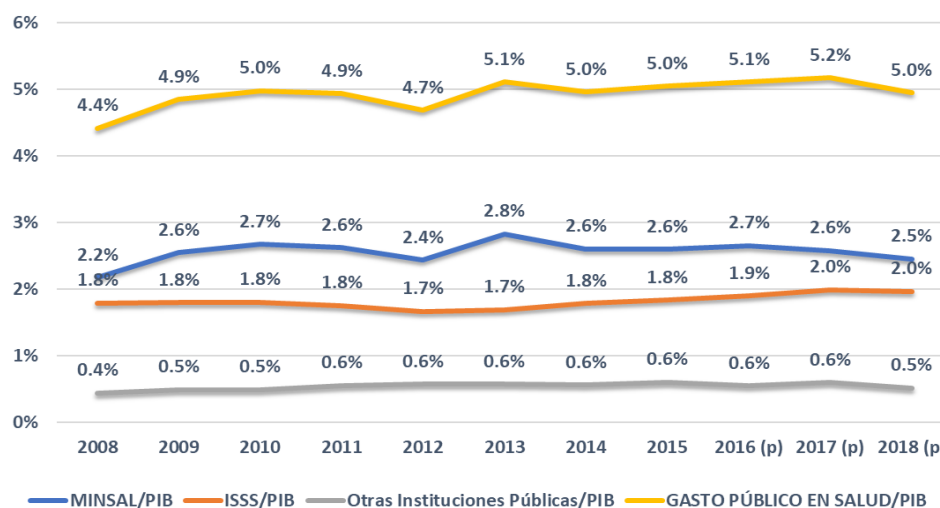
El logro de la reducción de la participación del GBHS en el financiamiento de los gastos en salud, tiene relación directa con diversas estrategias gubernamentales impulsadas en los últimos años, tales como el control del precio de los medicamentos por parte de la Dirección Nacional de Medicamentos, la eliminación de pago directo de las familias, antes denominadas "cuota voluntaria" en los establecimientos de salud del MINSAL, el incremento de las asignaciones presupuestarias a las entidades del sector salud y el acercamiento a las comunidades de los servicios de salud, a través

del desplazamiento de los equipos comunitarios de salud familiar a las zonas rurales, entre otros factores que inciden en el GBHS.

Para una perspectiva institucional, en el gráfico 6 se presenta, tanto el GPúbS total, como por las entidades que lo componen; y su relación respecto al PIB.

Gráfico 6.

Gasto Público en Salud e Institucional como Porcentaje del PIB (2008-2018)



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

El GPúbS, desde el año 2013, ha representado, en promedio, el 5.1% del PIB en El Salvador. En ese sentido, el país está acercándose a lograr la meta planteada en la "Estrategia Regional de Acceso Universal en Salud y Cobertura Universal de la Salud" (OMS/OPS), de elevar el GPúbS de los países en al menos el 6% del PIB, a fin de avanzar en garantizar la equidad y la protección financiera en salud.

Es importante destacar que, en el caso del MINSAL, su gasto en salud representó el 50% del GPúbS en 2018, pasando de representar el 2.2% (2008), al 2.5% del PIB en 2018, incluyendo todas las fuentes de financiamiento, las subvenciones y subsidios a entidades adscritas y de asistencia social. Le sigue, en orden de importancia, el ISSS, cuyos gastos en salud, para 2018 representaron el 2% del PIB; y concentró el 40% del GPúbS en El Salvador. El gasto ejercido en salud del resto de entidades públicas (gobiernos municipales, ISBM, CSSP, DNM y otras), representó, en 2018, el 0.5% del PIB; y, el 10% del GPúbS.

En definitiva, las entidades que mayormente han influido en el nivel alcanzado del GPúbS en el país son el MINSAL y el ISSS, en ese orden. Por tanto, las variaciones en su financiamiento sean vía asignación presupuestaria en el caso del MINSAL y aumento de las cotizaciones o aportaciones del Estado en el caso del ISSS, lo que afecta directamente proporcional al GPúbS y por ende, al GNS.

4.4.4 Políticas y planes de salud

Una de las funciones y deberes del estado es la de brindar a la población salvadoreña, una atención en salud gratuita a las personas que carecen de recursos económicos para solventar los problemas en salud que les sucedan, pero también es importante la participación social e intersectorial de instituciones afines a la atención en salud de las personas, con el objetivo final de contribuir a solventar sus problemas de salud.

El Salvador, a través de su ente rector en salud, MINSAL, con el devenir de los años, ha venido transformando las políticas nacionales en salud, con el objetivo único de preservar la salud de la población salvadoreña, orientando para ello, fortalecer la capacidad administrativa de los servicios en salud, mejorar la cobertura en salud, la infraestructura de la red hospitalaria, adquisición de equipo médico con tecnología de punta, contratación de recurso humano en las distintas áreas de la medicina, mejoramiento de la organización y el funcionamiento de las Redes Integrales e Integradas en Salud, entre otros. Con ello las proyecciones para satisfacer a la población salvadoreña en un derecho fundamental, será un hecho.

Las diferentes situaciones que en el camino se presenten en el país determinará las necesidades que se le tengan que hacer a las políticas en salud y las cuales deberán siempre orientadas en la preservación de la salud de todos los salvadoreños.

La rectoría del MINSAL, así como la importancia de la multisectorialidad, se sustenta en la ley de creación del Sistema Nacional de Salud, en el artículo 1, párrafo 1 expresa "Crease el Sistema Nacional de Salud, en adelante SNS o 'el Sistema', que estará constituido por un conjunto de instituciones de la administración pública interrelacionadas e integradas en su funcionamiento, de manera armónica y sistematizada y cuya finalidad es elaborar y ejecutar políticas públicas que garanticen el derecho a la salud de la población". En su artículo 3: "El Sistema Nacional de Salud tendrá como meta el cumplimiento de la garantía constitucional de acceso a los servicios de salud como un derecho social de todos los habitantes del territorio y tendrá como características distintivas el humanismo, el respeto al usuario, ética, calidez, universalidad, equidad, solidaridad, subsidiaridad, accesibilidad, calidad, integralidad, eficacia, eficiencia, oportunidad y participación social". Establece también en su artículo 5, literal A: "Formular la Política Nacional de Salud bajo la coordinación del ente rector".

Por último, los esfuerzos en conjunto y la ejecución de las políticas en salud, serán los medios para que el país mejore todas las condiciones de salud que la población salvadoreña necesita.

4.4.5 Organización del sistema de salud e implementación del enfoque multisectorial.

El país está dividido en 17 Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI), que se encuentran bajo la coordinación de cinco Direcciones Regionales. Los SIBASI constituyen la estructura básica y operativa que reúne en el contexto local los elementos del SNIS, bajo la rectoría del MINSAL.

Para la provisión integral de servicios de salud dirigidos a la persona, la familia y la comunidad, el MINSAL cuenta para el primer nivel de atención con 751 Unidades Comunitarias de Salud Familiar, entre ellas 420 básicas, 292 intermedias y 39 especializadas; 43 Centros Rurales de Salud y Nutrición, 69 Casas de Salud, 2 Centros de Atención de Emergencia y 22 Hogares de Espera Materna (HEM).

En el segundo nivel de atención se cuenta con 30 hospitales distribuidos en todo el territorio nacional, 14 categorizados como departamentales, 11 básicos, 2 regionales y 3 especializados, que funcionan como centros de referencia nacional

Para la atención de la salud de la población el MINSAL cuenta con 5,127 médicos (54.4% médicos generales y residentes, 38.2% médicos especialistas, y 7.3% egresados del doctorado de medicina en servicio social); 589 odontólogos; 7,203 recursos humano de enfermería (45.1% generales y especializadas y 54.9% auxiliares de enfermería), y 3,101 Promotores de Salud (2887 promotores y 214 supervisores).

4.4.6 Capacitación y cualificación de Recursos Humanos.

Enmarcado en la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud del MINSAL, el PNTYER sistemáticamente ha fortalecido técnicamente al personal multidisciplinario, responsable de la operativización del Programa de Tuberculosis de los diferentes niveles e instituciones del SNIS, a través de cursos de capacitación y diplomados para la profesionalización de los trabajadores de salud en los diferentes niveles de atención, su cualificación y consecuente nivel de resolución.

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

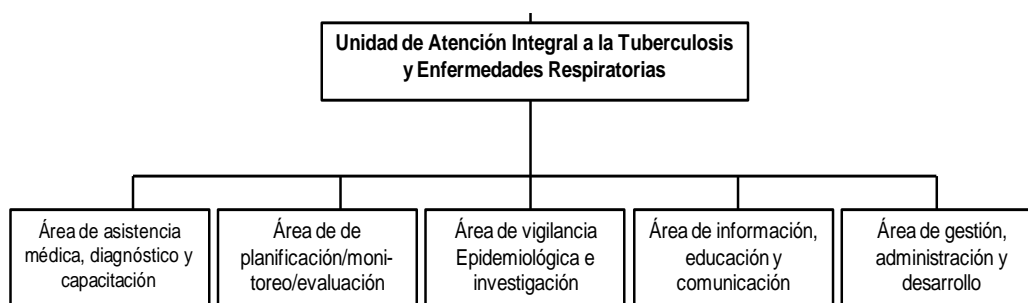
Considerando la alta rotación del personal a nivel operativo (cambio de funciones de los recursos), en los diferentes programas y por la contratación de recursos nuevos, siempre existe la necesidad de continuar fortaleciendo técnicamente al personal de salud y la actualización en las innovaciones tecnológicas, nuevos abordajes clínicos y terapéuticos. Es necesario además continuar con la capacitación al personal de otras instituciones proveedores de salud tanto públicas, privadas y de sociedad civil.

Se hacen necesarias las pasantías de profesionales de laboratorio clínico en el laboratorio supranacional para el conocimiento de nuevas metodologías y capacitación continua del recurso en pruebas especiales realizadas para el diagnóstico de la tuberculosis.

Se cuenta con dos diplomados, uno orientado a la atención integral de la tuberculosis en el cual como parte del trabajo de graduación cada participante realiza un trabajo de investigación; el otro está enfocado a la investigación con énfasis en tuberculosis, en ambos participan personal operativo del MINSAL y de otras instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud, docencia, multisectorialidad y de los Centros Penitenciarios.

4.4.7 Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias.

El Ministerio de Salud cuenta con un Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. Estructurado organizativamente con una Jefatura y 5 áreas técnicas: asistencia médica y de diagnóstico, capacitación y normalización; Monitoreo y evaluación; Vigilancia epidemiológica e investigación; información, educación y comunicación; gestión, administración y desarrollo que dependen directamente del despacho Ministerial, cuyas funciones están orientadas al diseño e implementación de estrategias para la detección, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis; en tal sentido se ha retomado la estrategia Fin de la TB de la OMS. (Ver Anexo 10: Manual Organizativo y de funcionamiento del Nivel superior). Pendiente nuevo organigrama.



4.4.7.1 Referencias y compromisos internacionales, nacionales y marco legal del PNTYER

Compromisos internacionales

- Apoyo colaborativo de La Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias.
- Participación del control de calidad con laboratorio supranacional (México).
- Reportes periódicos a ONUSIDA, OMS.
- Plan Regional de Tuberculosis 2015-2020 de OPS/OMS.
- Estrategia Fin de la TB OMS.
- Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) Meta 3.3 - Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.
- Fondo Mundial.

4.4.8 Situación epidemiológica y programática de la tuberculosis en El Salvador.

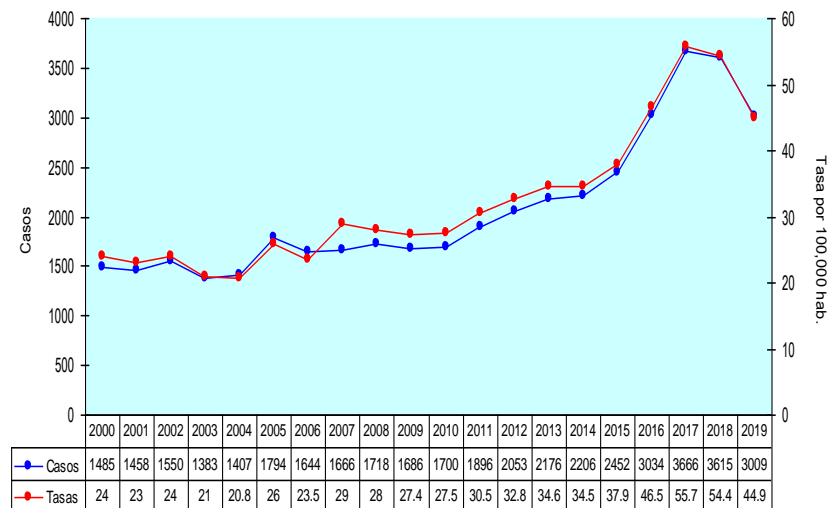
En El Salvador, la TB aún representa un problema de salud pública como incidencia global de país; sin embargo al interior se encuentran dos ámbitos o extremos completamente diferentes, el primero en la población general cuya tasa de incidencia se encuentra en una categoría de control avanzado con miras a la eliminación como problema de salud pública y en el otro extremo la incidencia y carga de enfermedad en la población privada de libertad, cuya tasa es tan elevada que representa 75 veces mayor que la media de país.

De igual forma, es importante destacar que, pese a tener un éxito del tratamiento arriba del 90%, aún existe una tasa de mortalidad de uno por cada cien mil habitantes (año 2019), principalmente en poblaciones de alto riesgo o debido a comorbilidades.

4.4.8.1 Incidencia de la TB en El Salvador

Gráfico 1.

Tasa de Incidencia notificada y estimada de casos de TB todas las formas.



Fuente PNTYER

En el gráfico 1 se muestra que en los últimos diez años las tasas de incidencia han oscilado entre 27.0 para el 2007 y 55.7 por 100,000 habitantes, habiendo alcanzado una meseta para los años 2017-2018 y una reducción importante de la incidencia para el año 2019 de 10 puntos por cien mil habitantes, la que se ha debido principalmente al mayor esfuerzo de búsqueda de casos, mayor utilización de pruebas moleculares en la población que presenta mayor carga de enfermedad y una alta tasa de curación.

La disminución de la incidencia de los últimos años se debe a:

1. Diagnóstico y tratamiento precoz en las poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad.
2. Mejora en el acceso y manejo de la tuberculosis al interior del sistema penitenciario, a través del cumplimiento de los convenios establecidos entre ambas Instituciones.
3. Las acciones implementadas con el apoyo financiero del Fondo Mundial (FM), permitió la utilización de nuevos métodos diagnósticos como el Gene Xpert MTB/RIF, la Unidad Móvil de Rayos X en los CP y la coordinación interprogramática con el Programa Nacional de ITS/VIH-Sida y la Dirección de

Enfermedades No Transmisibles, así como la actualización técnica del recurso humano en los diferentes niveles.

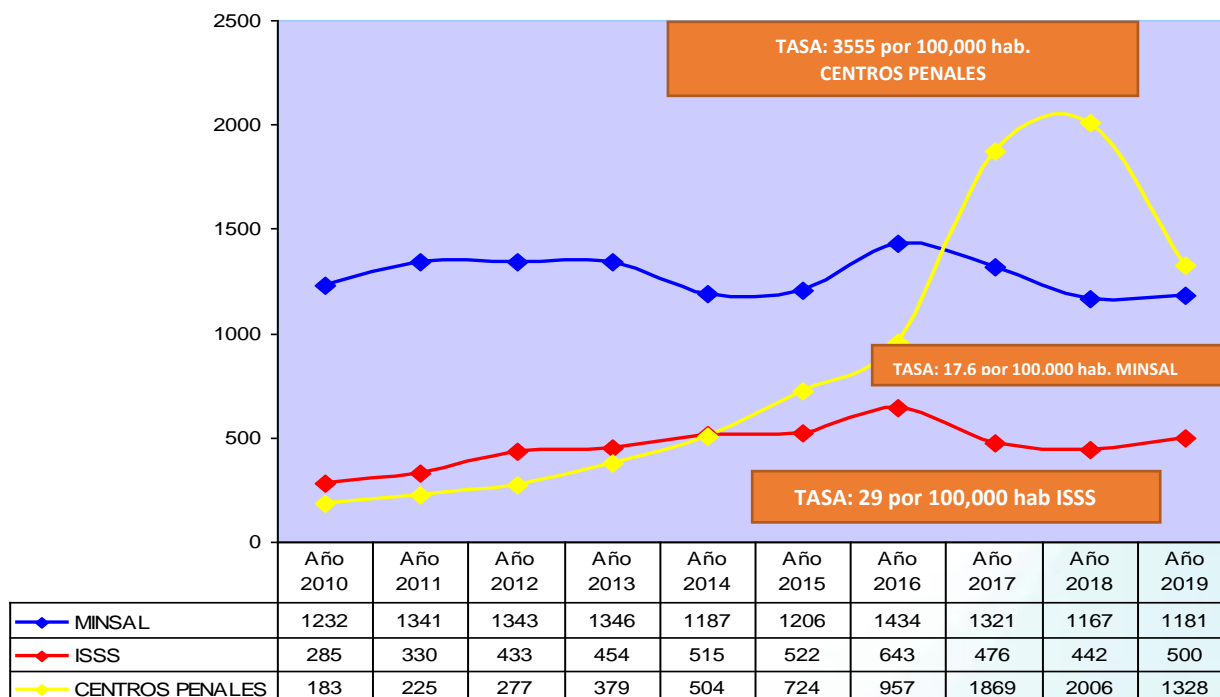
4. Las alianzas público-público y público-privado con diferentes proveedores de salud, entre ellos ISSS, CP, COSAM, Hospitales, Clínicas privadas, iglesias, municipalidades y otros, han contribuido a la captación de casos.

5. Las condiciones como hacinamiento, desnutrición, entre otras propia de la población privada de libertad siguen manteniendo en alto riesgo de contagio y transmisión de la tuberculosis a esta población; por lo cual, se han implementado acciones dirigidas a la disminución de estos factores; y con la continua búsqueda activa de casos y la alta tasa de curación, se espera que la proyección de los casos tengan una disminución sostenida entre el 3% y 5% cada año, para cumplir al final del 2025 las metas trazadas en la estrategia Fin de la Tuberculosis.

Por lo que para los próximos años se ha proyectado el aumento del tamizaje de los privados de libertad al menos de una vez al año para llegar a las metas establecidas en los indicadores de procesos como de impacto y resultados. (tabla 7 y 8 proyección de metas).

Gráfico 2.

**Incidencia de casos de tuberculosis todas las formas por proveedor de salud.
Años 2010-2019**

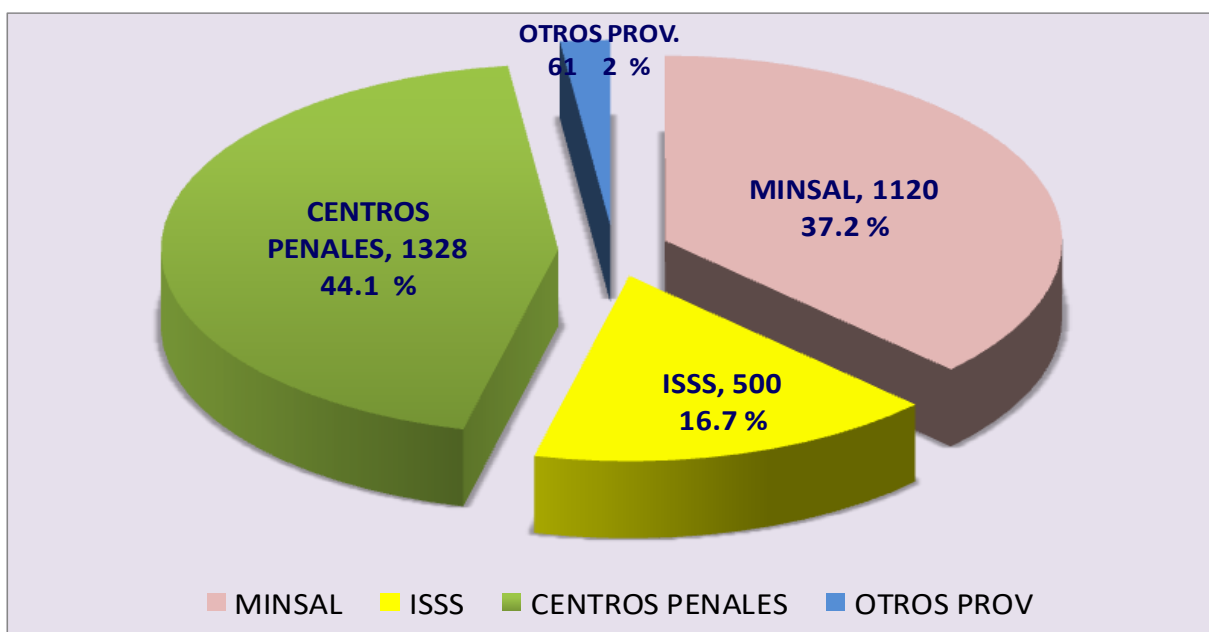


Fuente: PNTYER EL SALVADOR

La carga de casos nuevos de TB en todas sus formas, en los diez años ha oscilado entre 1,700 y 3,600 casos, con una disminución importante para el año 2019 de 3009 casos.

Al analizar por cada proveedor, para el 2019 la tasa de incidencia para el Ministerio de Salud fue de 17.6 por 100,000 hab., la seguridad social de 29 por 100,000 hab. y la tasa para los Centros Penitenciarios de 3555 por 100,000 habitantes. Centros Penales presenta una tasa 200 veces mayor que la tasa del Ministerio de Salud, 122 veces mayor para la Seguridad Social y 79 veces mayor que la tasa a nivel nacional. Esta carga mayor en penales está condicionada a la alta transmisibilidad de la enfermedad al interior de los Centros Penitenciarios; siendo la institución que diagnostica la mayor cantidad de casos (44.1%), condicionada a factores de riesgo como el hacinamiento, la desnutrición y comorbilidades, lo que afecta directamente en el control de infecciones.

Gráfico 3. Detección y notificación de casos de tuberculosis, según instituciones. El Salvador 2019



Fuente: PNTYER EL SALVADOR

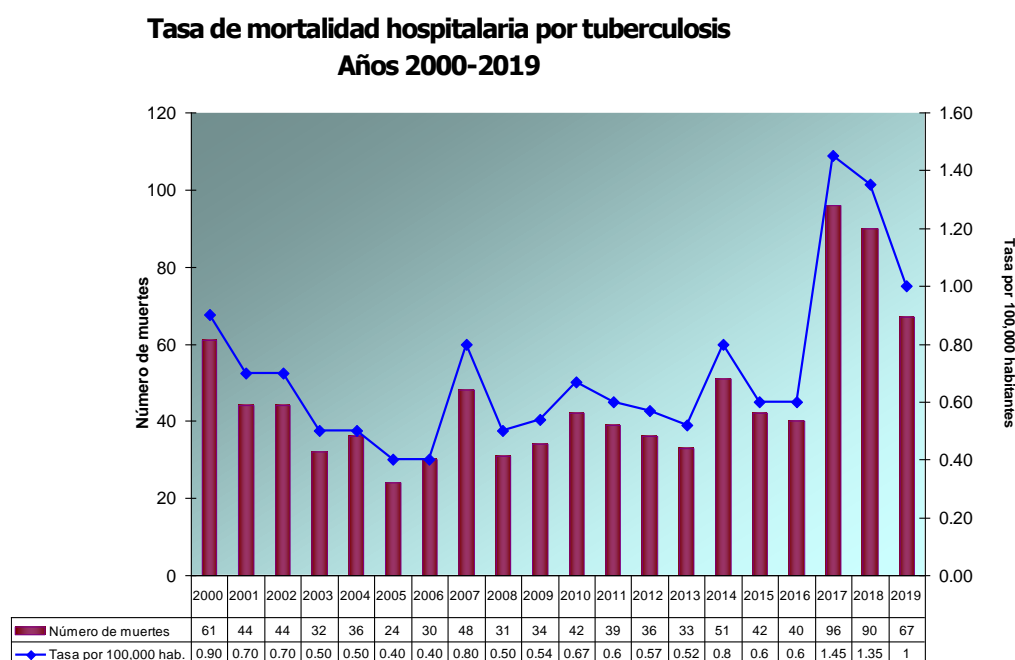
De acuerdo al Gráfico 3, durante el año 2019, la DGCP fue la entidad con un mayor número de casos diagnosticados (44.1%) es decir 1328 casos, en relación al total de casos diagnosticados a nivel nacional (3,009); seguido del MINSAL con 1120 que representa el 37.2% del total y el 16.7% (500 casos) diagnosticados por la seguridad social, seguido de un 2% (61 casos) diagnosticados por proveedores privados.

Debido a factores conocidos como la sobrepoblación y hacinamiento en los centros penitenciarios, existe una alta carga de la enfermedad, favoreciendo la transmisibilidad de esta; además la presencia de otros factores concomitantes de riesgo como: desnutrición y presencia de enfermedades no

transmisibles como HTA, Diabetes, insuficiencia renal crónica entre otras. Asimismo, los traslados frecuentes de PPL a los diferentes centros penitenciarios, la presencia de hechos de violencia como amotinamientos, asesinatos, rencillas entre los mismos PPL y otros estados de emergencia y de conductas adictivas son elementos intrínsecos de la vida en prisión; también, la renuencia a colaborar en el autocuidado de su salud o de sus compañeros constituyen una amenaza constante para la calidad de vida de las PPL y al incremento de casos de tuberculosis.

4.4.8.2 Mortalidad

Gráfico 4.

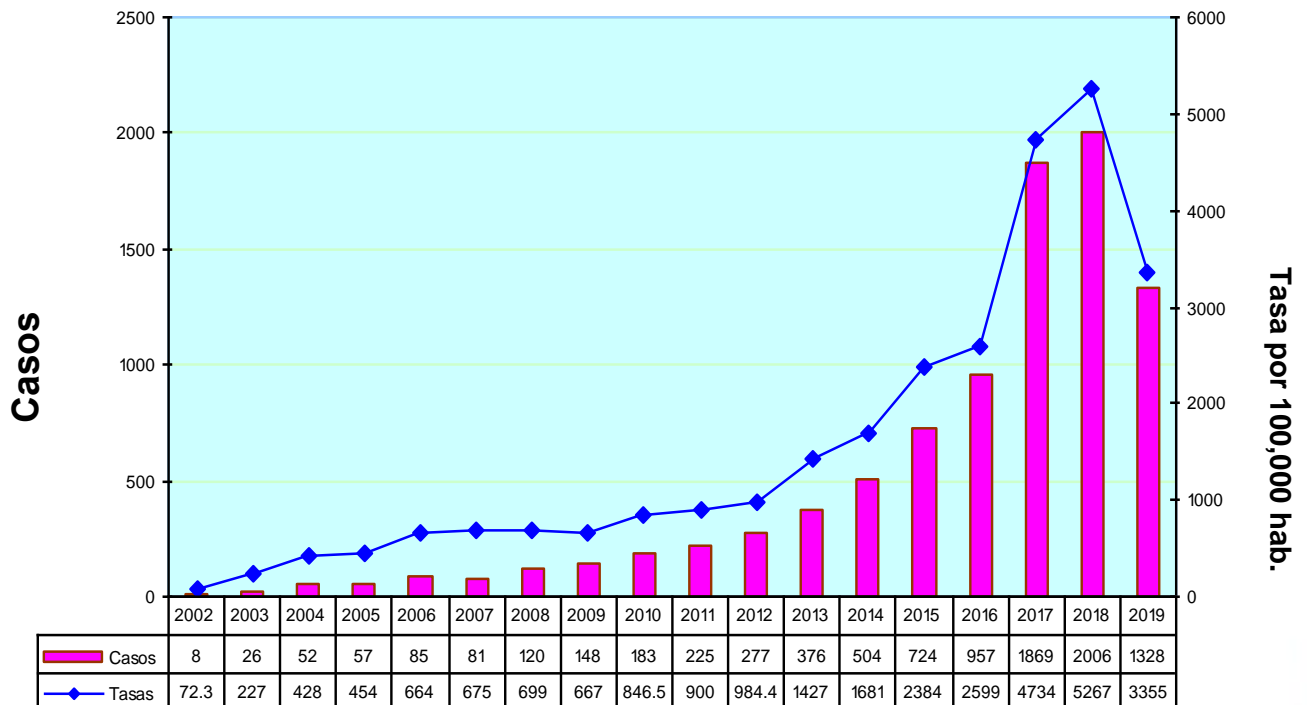


Fuente: Sistema de Morbi-Mortalidad del MINSAL

La mortalidad hospitalaria por TB ha oscilado en los últimos diez años entre 33 y 96 casos con una tasa de 0.52 a 1.45 por 100,000 habitantes y para el 2019 de 1 por cada 100,000 habitantes. La mayor parte de estos casos fallecen en los Hospitales, debido a una comorbilidad entre las más frecuentes: VIH, insuficiencia renal crónica, diabetes, entre otras y otros factores aunados a la violencia social.

Gráfica 5. Incidencia de casos de tuberculosis (todas las formas) en centros penitenciarios. El Salvador 2002 - 2019

Revisar la tasa de casos de TB PPL para el año 2019, aparece 3355 y se menciona arriba 3555.



Fuente: PNTYER y DGCP

Dada la importancia de los casos de TB reportados por la DGCP, en el Gráfico 5, se presentan los casos de tuberculosis diagnosticados en los penales a partir del año 2002. Observando un incremento anual de casos de TB diagnosticados entre la población privada de libertad, haciendo una meseta entre los años 2017-2018, seguido de una importante disminución en el año 2019; esto resultado del trabajo del personal de salud de los centros penales y del MINSAL/PNTYER.

Cabe destacar que en la gráfica se registran los casos de la DGCP, no así de Centros Intermedios, Bartolinas de la PNC y de los Centros ISNA, los cuales se registran en las estadísticas del MINSAL. Las intervenciones realizadas en la DGCP han sido en todos los centros penales, con énfasis en aquellos que tienen una mayor incidencia de casos.

Es importante destacar que el trabajo en poblaciones de riesgo como la población privada de libertad se ha visto fortalecida, debido a:

- Desarrollo de acciones conjuntas entre el Ministerio de Salud a través del Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (PNTYER) y la DGCP; dentro del marco del

“Convenio de Cooperación Interinstitucional firmado entre el Ministerio de Salud y Ministerio de Justicia y Seguridad Pública” firmado en fecha 14 de abril 2016.

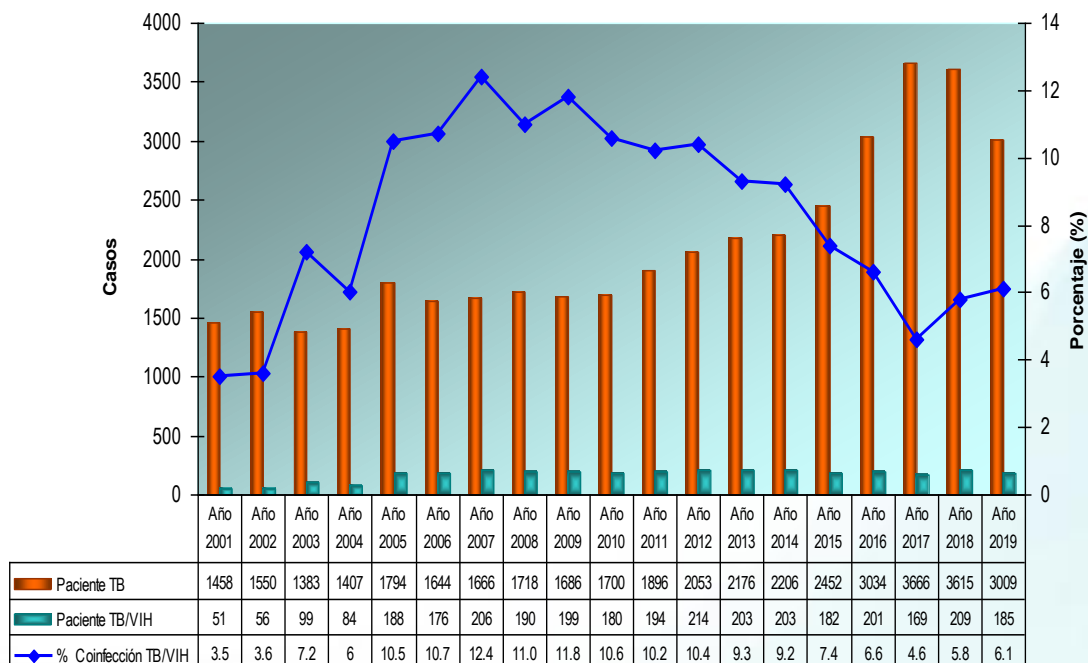
- Capacitación continua al personal de salud penitenciario en la temática de la aplicación de la Norma Nacional, Lineamientos Nacionales para la Prevención y Control de la Tuberculosis y la Guía para el control de la tuberculosis en población privada de libertad, Guía para el manejo de la Tuberculosis y VIH, como actividad colaborativa.
- En el caso de la DGCP, un factor fundamental para el 2019 fue la búsqueda activa del Sintomático Respiratorio, gracias a la contratación de más personal de salud en los penales, aumentando de esa manera la captación.
- Investigación de privados de libertad con sospecha de la enfermedad a través de la toma digital de rayos X al interior de los Centros Penales.
- Vigilancia rutinaria de la fármaco-resistencia entre la población privada de libertad diagnosticada con TB, a través de pruebas moleculares como el Xpert MTB Rif..

Todo ello ha permitido un diagnóstico y abordaje precoz de la TB entre las personas privadas de libertad; y, por tanto, una disminución de la mortalidad y de la exposición de los familiares de las PPL, custodios, personal administrativo y demás población que está en contacto con ellos, tanto a casos sensibles y fármaco-resistentes.

4.4.8.5 Situación de la coinfección de TB/VIH.

Gráfico 6.

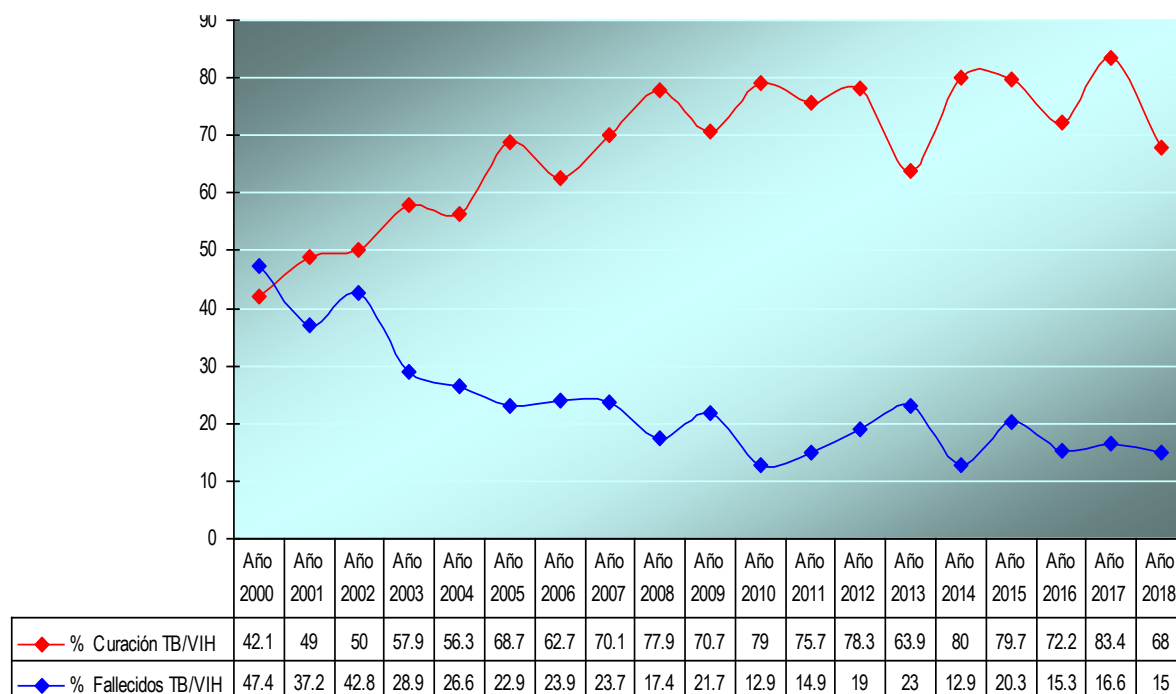
Total de casos de TB todas las formas y porcentaje de coinfección TB/VIH. Años 2001 – 2019



El gráfico 6 refleja que durante los últimos dieciséis años se han diagnosticado con coinfección TB/VIH 2,943 casos. Se evidencia un incremento gradual a partir del 2005, lo cual se debe a la oferta gratuita de la prueba para VIH a todos los casos diagnosticados con tuberculosis (con consejería pre y post prueba en el 97% de los casos), a la extensión de cobertura de servicios de salud, las actividades colaborativas entre el PNTYER y el Programa de ITS VIH/Sida y a la priorización de intervenciones en los grupos vulnerables.

Gráfico 7.

**Porcentaje de curación y fallecidos de casos coinfectados TB/VIH.
Años 2000-2018**

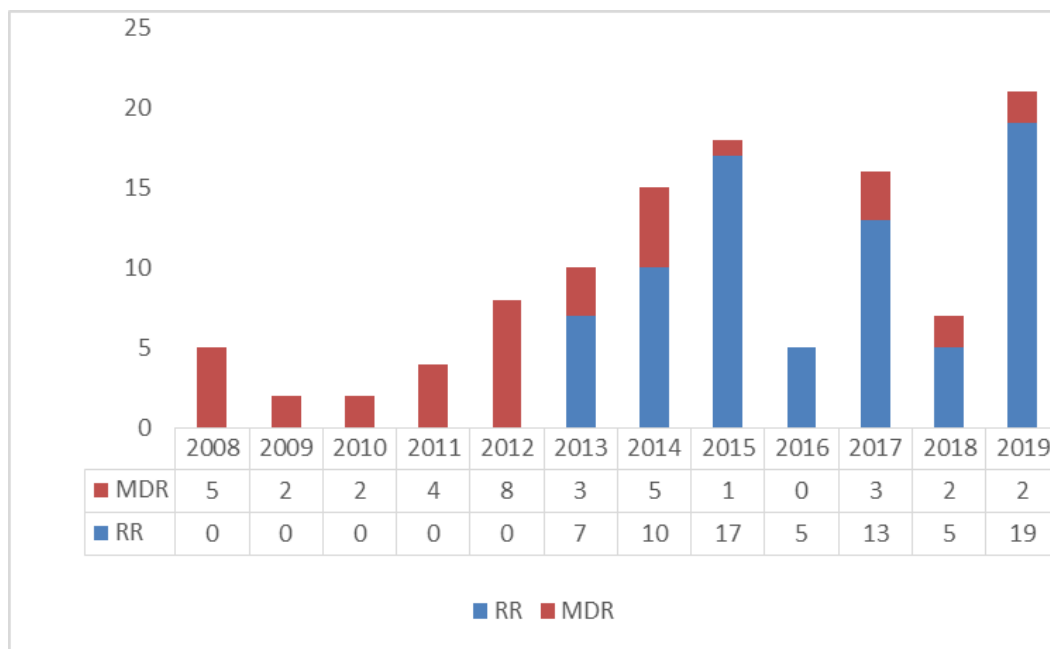


Fuente: PNTYER El Salvador

El gráfico 7 muestra el impacto de la ejecución de las actividades colaborativas entre el Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias y el Programa Nacional de VIH. En los últimos años el porcentaje de fallecidos ha disminuido de forma considerable principalmente a partir del 2003; de igual manera la curación ha aumentado del 42.1% alcanzada en el 2000 al 83.4% en el año 2017; sin embargo, en el año 2018 hubo una reducción significativa en el porcentaje de curación (68%). Las variaciones se han debido a comorbilidades de enfermedades crónicas no transmisibles.

4.4.8.6 TB – MDR

Gráfico 8. Casos de tuberculosis resistente, año 2008-2019.



En el gráfico 8 se evidencia que entre los años 2008 al 2019, el país ha diagnosticado un total de 76 casos de tuberculosis Resistente a Rifampicina (TB RR) y 37 casos de tuberculosis multidrogorresistente (TB MDR).

En el 2012, como apoyo a la vigilancia de la farmacoresistencia se incluyó la prueba molecular Xpert MTB/RIF evidenciando un incremento progresivo en la detección de casos TB RR principalmente.

En el país y durante estos últimos años se han adquirido más equipos que se han ido ubicando en diferentes regiones para ampliar la cobertura. A través de los años se ha tenido un incremento en el número de casos TB-RR detectados con pruebas moleculares, tal como se observa en el gráfico 8, evidenciando la detección más alta para el año 2019 con 21 casos.

Intervenciones realizadas para TB-RR y TB-MDR:

- Adquisición de más equipos para pruebas moleculares, los cuales se han distribuido en todas las regiones del país para ampliar la cobertura.
- Aumento del presupuesto para la adquisición de medicamentos de segunda línea y otros insumos a fin de tratar los pacientes diagnosticados.
- Adquisición de equipos médicos como audiómetros, electrocardiógrafos, glucómetros, oto-oftalmoscopios, para el monitoreo de reacciones adversas a fármacos de segunda línea en los pacientes diagnosticados y tratados.
- Adaptación de FAVIA TB para el reporte de reacciones adversas a medicamentos y cumplir con la farmacovigilancia activa.
- Incorporación de esquemas acortados para el manejo de pacientes con TB RR Y TB MDR según recomendaciones de la OMS.

Brechas:

- Falta de equipos para pruebas moleculares y pruebas de sensibilidad como el genotype en las instituciones del SINS, para el diagnóstico oportuno de la farmacorresistencia.
- Necesidad de mayor cantidad de personal de salud capacitado en las instituciones del sector salud.
- Largo tiempo de espera en el proceso de compra de nuevos medicamentos para Tb farmacorresistente.
- El ISSS no posee equipos de diagnóstico para la realización de pruebas moleculares ni de sensibilidad convencionales.

Para superar las brechas enunciadas anteriormente se pretende que el ISSS adquiera mayor capacidad instalada para la detección y tratamiento de la TB-MDR a través de pruebas moleculares para diagnóstico y métodos para detección de resistencia tanto convencionales como moleculares para drogas de primera y segunda línea, además de que el ministerio de justicia amplíe la cobertura de pruebas moleculares en la mayoría de centros penales para continuar con el diagnóstico precoz de la TB Farmacorresistente, ya que es donde más casos se han detectado en los últimos años para acercarnos a la meta de la estrategia Fin de la TB.

Tabla 4. Resultados del tratamiento de los casos de TB resistente, años 2008 a 2019.

En la tabla 4 se observa la cohorte de resultados de tratamiento de casos de tuberculosis MDR desde el año 2008, teniendo un éxito de tratamiento del 83.3% de los casos hasta el año 2017.

Año	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Curado	3	1	2	4	8	7	11	15	3	10	2	0
Tx. Terminado	0	0	0	0	0	1	0	1	2	3	1	0
Fallecido	1	1	0	0	0	0	2	2	0	2	0	0
Fracaso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pérdida en el seguimiento	1	0	0	0	0	2	2	0	0	1	0	0
En tratamiento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	21
MDR	5	2	2	4	8	3	5	1	0	3	2	2
RR	0	0	0	0	0	7	10	17	5	13	5	19
Total	5	2	2	4	8	10	15	18	5	16	7	21
Exito Tx	60	50	100	100	100	80	73	89	100	81		

4.4.8.7 Poblaciones claves (de mayor riesgo y vulnerabilidad).

Las poblaciones claves o grupos de mayor riesgo o vulnerabilidad a la TB por razones del ámbito en el que se encuentran tales como: socioculturales, laborales, adictivas o vulnerabilidad intrínseca se encuentran los siguientes personas: las PPL, personas en sitios de congregación, alcohólicos, tabaquistas usuarios de drogas, personal de salud, así como las que sufren enfermedades inmunosupresoras como VIH, EPOC, cáncer, Enfermedad Renal Crónica (ERC), Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensión Arterial (HA), población infantil y contactos de casos de TB.

El análisis situacional y abordaje para grupos clave como (de vulnerabilidad social): personas en sitios de congregación, alcohólicos, tabaquistas usuarios de drogas, indigentes, será a través de acciones específicas, en alianzas con otras instituciones de gobierno, no gubernamentales y privadas, con estrategias de intervención más generales como las descritas en la iniciativa de grandes ciudades. (Ver Anexo 11: Control de la TB en grandes ciudades)

Para la población con enfermedades crónicas e inmunosupresoras se dispone de información escasa y limitada a estudios que requieren más profundidad de análisis y mayor casuística.

Las poblaciones claves (de mayor riesgo o vulnerabilidad) que serán consideradas en esta sección son las siguientes.

a) Personas con VIH.

Atención Integral a personas con VIH:

El país ha realizado una amplia labor para el abordaje diferenciado para la prevención de la TB en la población VIH, para el año 2019 el PNT logró resultados importantes como el tamizaje del 95% de pacientes con TB con pruebas de VIH; se disminuyó al 6.4% la tasa de coinfección TB/VIH a través de la estrategia de descarte precoz de Tb en VIH y al tratamiento de la infección latente por tuberculosis en esta población; de igual manera se administró a un 95% de personas con coinfección TB/VIH la profilaxis con TMP/SMX y se administró al 65% de pacientes con coinfección TB/VIH los ARV. Al 100% de pacientes con coinfección TB/VIH se les instauró TAES y se les dio consejería pre y pos prueba.

Brechas de la Coinfección TB/VIH:

- Existe todavía un 5% de población pediátrica y de riesgo social que no se realiza la prueba de VIH.
- Limitado abordaje de la coinfección TB/VIH y control de infecciones con énfasis en TB en los establecimientos del SNIS.
- Incumplimiento de la normativa para la atención de los pacientes con coinfección TB/VIH.
- Persiste una tasa de mortalidad alta en pacientes coinfectados TB/VIH debido a que solo el 65% tienen tratamiento ARV de forma sistemática.

- Centralización de la dispensación de ILTB y TAR.
- Limitada oferta de servicios integrados para la atención de los pacientes con coinfección TB/VIH.
- Fallas en el sistema de referencia y contra referencia de personas con coinfección TB/VIH.
- Estigma y discriminación en parte del personal de salud para la atención de pacientes con TB, VIH y TB/VIH.
- Deficiente manejo del sistema de referencia y retorno de personas con VIH a las que se les descartó TB.

Intervenciones:

- Los programas nacionales de ITS/VIH/sida y Tuberculosis (PNTYER), implementan actividades colaborativas a fin de controlar la TB, el VIH y la Coinfección TB/VIH, utilizando el modelo de la estrategia Fin a la TB y la Vía Rápida para la erradicación del VIH en el 2030.
- El Salvador ejecuta las 12 actividades colaborativas TB/VIH que promulga la "Política de la OMS sobre las Actividades Colaborativas TB /VIH año 2012" (VER ANEXO XXXX "actividades de colaboración TB/VIH de la OMS". Tabla N°1).
- Atención estandarizada para la atención de personas con VIH y Tuberculosis descrita en los documentos regulatorios del Ministerio de Salud que son aplicados por el Sistema Nacional Integrado de Salud.
- Participación multisectorial dentro de los comités de coinfección TB/VIH a nivel nacional, regional y local.
- Homologación de lineamientos técnicos y guías clínicas para la atención de las personas con VIH, TB y coinfección TB/VIH, Infección Latente por Tuberculosis (ILTB) y control de infecciones con énfasis en Tuberculosis.
- Indicadores estandarizados nacionales e internacionales de coinfección TB/VIH.
- Dispensación de tratamiento de la ILTB de pacientes con VIH tanto del MINSAL como del ISSS.
- Adecuación de áreas de atención para efectuar servicios integrados en la atención de pacientes TB, VIH y TB/VIH en algunos establecimientos de segundo nivel de atención.
- Elaboración del módulo en la línea de descarte de TB en personas con VIH.
- Personal de salud altamente calificado, capacitado y actualizado en la atención de pacientes con coinfección TB/VIH en el MINSAL.

b) Personas Privadas de Libertad (PPL).

El Salvador registró en 2019, un total de 38,114 privados de libertad en 25 centros más 1 resguardo psiquiátrico de la Dirección General de Centros Penales (DGCP), 1 Granja Penal Juvenil con Jóvenes en Conflictos con la Ley con una población de 916 privados de libertad (DGCI) y 4 centros para inserción social de menores (CPIS-ISNA) con una población de 550 privados de libertad. El aumento de la población penitenciaria se ve agravada con el número de detenciones a lo largo del año 2019 el cual continúa con una tendencia al alza. Según datos de la Policía Nacional Civil (PNC) el año 2019 cerró con 41 112 arrestos, aunque no todos fueran automáticamente a la cárcel después de los primeros seis días autorizados para prisión preventiva. Razón por la cual, El Salvador, continúa con

una de las cifras de detenidos en proporción a la población de las más altas del mundo. Aunque hasta el 4 de septiembre de 2019 (30), la FGR sólo había judicializado 14 000 procesos de 66 506 que iniciaron desde el primero de enero del 2019, es evidente que el número de detenidos continúa en aumento. En este contexto, El Salvador se considera el país que tiene un mayor número de jóvenes entre 25 y 35 años (31) encarcelados en proporción a su población general. El hacinamiento en las cárceles ha descendido, pero está todavía por encima del 100% esto en relación a la capacidad instalada del sistema penitenciario. Las medidas de emergencia aplicadas en el mes de junio 2019 a las cárceles dificultaron o impidió totalmente el ingreso de visitas de familiares a los centros penales.

El mayor riesgo de enfermar de TB en esta población se debe a:

- Hacinamiento arriba del 170% en todo el sistema penitenciario. La capacidad aproximadamente de los centros penitenciarios es para 14,000 PL y existen 38,000.
- Dominio territorial de pandillas o maras al interior de los penales, lo que excluye a algunos privados de libertad de recibir algunas atenciones, incluyendo el acceso a los alimentos.
- Elevado contacto de casos de TB bacteriología positiva al interior de los centros penales.
- Debilidad aun en la implementación de las medidas de control de infecciones.
- Barreras de acceso para el diagnóstico oportuno debido a las medidas de seguridad impuestas.
- Dificil ubicación de la población excarcelaria en la comunidad de residencia.
- Autoexclusión de la población excarcelaria en los establecimientos de salud.

Intervenciones realizadas:

- Firma de convenio entre el MINSAL y Ministerio de Justicia y Seguridad Pública.
- Uso de pruebas moleculares rápidas Xpert MTB Rif para el diagnóstico precoz de la TB.
- Tamizaje con RX a más de cuatro mil PPL desde el 2012 a la fecha.
- Administración de TAES en privados de libertad.
- Más de 1,000 privados de libertad capacitados como voluntarios penitenciarios en TB.
- Recursos humanos en salud de CP formados con el Diplomado de tuberculosis impartido en estos últimos cinco años.
- Fortalecimiento en el equipamiento de las áreas TAES en centros penales con insumos.

A pesar de las intervenciones anteriormente señaladas, existen oportunidades de mejoras y algunas brechas que se detallan a continuación:

- Infraestructura inadecuada en los recintos penitenciarios para un adecuado control de infecciones.
- Déficit de personal de salud médico, enfermería, odontología entre otros que mejoren la cobertura de atención e implementen las intervenciones de salud en las PPL.
- Alta rotación y deserción de personal de salud en clínicas de centros penales debido a amenazas, extorsiones a las que son expuestos por parte de los PPL que pertenecen a maras o pandillas.
- Barrera al acceso de la atención en salud al interior de los centros penitenciarios, impuesta por los líderes de las pandillas.
- Barrera al acceso de la atención en salud al interior de los centros penitenciarios, debido a las medidas extraordinarias de seguridad.

- Falta del cumplimiento de tamizaje sistemáticos para descartar TB en el 100% (actualmente el tamizaje está por debajo del 50%) de los privados de libertad que ingresan a los penales, debido a los protocolos de seguridad y falta del personal de salud.
- Dificultad en la adherencia al tratamiento para la ILTB en los PPL.
- Bajo presupuesto asignado a la Unidad Médica Odontológica del Ministerio de Justicia para la atención médica general e integral de la población privada de libertad (los insumos médicos, medicamentos y equipo dependen del presupuesto asignado a la Dirección General de Centros Penales que es dependencia del Ministerio de Justicia y Seguridad Pública, no existe un presupuesto exclusivo para la atención de los pacientes con TB.
- Limitada intervención de la PNC en la detección precoz y atención oportuna de los privados de libertad que se encuentran en bartolinas.

Para superar las brechas anteriormente señaladas se propone, además de los convenios entre el MINSAL y Ministerio de Justicia y Seguridad Pública, coordinación con otras asociaciones u organizaciones para establecer un programa permanente de educación (involucrar a pares, voluntarios, iglesias, MINED, entre otros), a fin de tamizar al menos una vez por año a toda la población privada de libertad, para continuar con una disminución progresiva y llegar a la meta establecida en el marco de la estrategia Fin de la Tuberculosis, con una disminución de la incidencia de la TB en el sistema penitenciario, cercana a la de la población en general. Por lo que para los próximos años se ha proyectado el aumento del tamizaje de los privados de libertad con pruebas moleculares para diagnóstico precoz y vigilancia temprana de la fármaco resistencia, al menos para la rifampicina.

c) Personas con comorbilidad TB/Diabetes Mellitus (DM) y otras enfermedades inmunosupresoras y crónicas.

El comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en los establecimientos del MINSAL, en la última década, muestra un aumento en las consultas según estadísticas epidemiológicas, sin embargo, se mantiene constante la tasa de letalidad. Con el tiempo, se ha logrado establecer que existe una relación creciente con el apareamiento de T B en los grupos poblacionales que padecen enfermedades crónicas.

Por iniciativa del PNTYER/MINSAL se han realizado reuniones con la Dirección de Enfermedades Crónicas no transmisibles para coordinar acciones dirigidas a la atención de las poblaciones con diabetes e hipertensión arterial, principalmente.

En el país la asociación de la comorbilidad entre tuberculosis y diabetes se está registrando en el último año con los instrumentos del programa de tuberculosis, con un resultado de dicha asociación de alrededor de un 12% para el año 2019, sin embargo, aún existe un importante subregistro el cual se espera disminuir de forma progresiva al implementar los planes de coordinación entre el PNTYER y la Dirección de Enfermedades no Transmisibles.

Según la encuesta de enfermedades crónicas publicada por el Ministerio de Salud en el año 2017, en El Salvador se reflejó una prevalencia de diabetes del 12.5 % (muy por arriba del promedio mundial y de la región); la situación se agrava más porque cerca de la mitad de dicha población no sabe su diagnóstico. Los esfuerzos de coordinación con las organizaciones que representan a estas personas

afectadas por la DM se están fortaleciendo y sus demandas están siendo consideradas en las herramientas regulatorias del MINSAL, como ejemplo de ello el PNTYER realizó con el apoyo del FM la compra de glucómetros, los cuales fueron distribuidos en los establecimientos de salud a nivel nacional, con el objetivo de realizar un abordaje inicial en el diagnóstico temprano de la diabetes en toda persona identificada como sintomático respiratorio. Al igual que toda persona ya conocida por su diabetes, al ser sintomático respiratorio, se le descarte la tuberculosis. La importancia de este binomio radica en el nexo que ambas enfermedades poseen producto del debilitamiento del sistema inmunológico de los pacientes que padecen diabetes. En la cohorte de casos registrados para el año 2018, el 3% de la población de sintomáticos respiratorios captados (1,564) fueron pacientes con diabetes. En los próximos años se pretende fortalecer la extensión de la captación de sintomáticos respiratorios a otras enfermedades crónicas no transmisibles mediante la búsqueda de casos.

Intervenciones realizadas:

- Inclusión en la normativa de TB, a personas con diabetes como grupo de riesgo.
- Generación de evidencia para mejor conocimiento de la relación de la comorbilidad TB/diabetes.
- Búsqueda de tuberculosis en personas con enfermedades crónicas no transmisibles.
- Búsqueda de diabetes en sintomáticos respiratorios y/o personas con tuberculosis.

Brechas:

- No tamizaje del 100% de personas con diabetes y sintomáticos respiratorios para el descarte de TB.
- Limitado uso de pruebas moleculares para el descarte precoz de TB.
- Inexistencia de acuerdos o cartas convenios con asociaciones que trabajan con esta población.
- Pocos estudios de investigación para generar evidencia entre la asociación de TB y DM en El Salvador.
- Búsqueda limitada de tuberculosis en otras enfermedades crónicas no transmisibles o falta de registro de otros binomios.

Para superar las brechas en este grupo vulnerable Diabetes-TB, se pretende realizar el descarte precoz de TB en Diabetes y Diabetes en TB con la ejecución de la normativa para la búsqueda de sintomáticos respiratorios y el abordaje inicial en el diagnóstico de diabetes con la toma de glucometría capilar (hemoglucoest), además realizar un trabajo intersectorial e interprogramático al interior de las instituciones, asociaciones y organizaciones que trabajan con personas con diabetes. De igual manera involucrar a las instituciones formadoras de recursos en salud para la realización de estudios y así poder conocer la carga o impacto de la asociación entre TB/Diabetes en el país.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INFECCION LATENTE POR TUBERCULOSIS (ILTB) EN GRUPOS DE MAYOR RIESGO.

Desde el 2016, se introdujo el término de ILTB (antes terapia preventiva con Isoniacida y quimioprofilaxis), en El Salvador y se ha venido tratando como tal en los diferentes grupos de riesgo tales como personas con VIH, privados de libertad, contactos de casos de TB pulmonar bacteriológicamente confirmados y trabajadores de la salud, sin embargo hace falta incorporar otros

grupos vulnerables que igualmente la OMS establece que deben recibir tratamiento preventivo para la infección latente por TB.

En el grupo de riesgo de los trabajadores de salud el número de casos de ILTB hasta tal fecha ha oscilado entre 5 a los 28, según las cohortes de los años correspondientes; los cuales han sido tratados con Isoniacida, debido a que actualmente se hace un mayor énfasis en el diagnóstico de tuberculosis en este grupo poblacional. El personal de salud constituye una población de riesgo por encontrarse en contacto con casos de TB y constantemente con personas sintomáticas respiratorias, en quienes aún no se les ha hecho el diagnóstico de TB en el momento en el que el personal de salud se expone con ellos y que por tal motivo pueden ser infectados. El MINSAL y el ISSS son las únicas instituciones que incorporan en sus presupuestos la compra de Isoniacida (INH).

Brechas o debilidades:

- No se ha incluido otras poblaciones de riesgo y vulnerabilidad del SNS tales como la población privada de libertad sin VIH, militares, bartolinas etc.
- Desabastecimiento internacional de Isoniacida para dar cumplimiento a esquemas de tratamiento en todos los grupos de riesgo.
- Presupuesto limitado para la compra de Isoniacida, esto no permite incorporar otros medicamentos que están dentro de los esquemas de tratamiento aprobados internacionalmente (rifapentina) para la ILTB.
- Debilidad en la gestión de algunas instituciones de incluir en su presupuesto la compra de Isoniacida.
- Existen dificultades para la adherencia del tratamiento a la infección latente por tuberculosis, las cuales están asociadas a factores sociales como alcoholismo, drogadicción y violencia.
- Constantes movimientos de la población privada de libertad con o sin tuberculosis en los centros penales.
- Presupuesto insuficiente para la divulgación de los lineamientos técnicos para la atención de la Infección Latente por Tuberculosis en el SNS.
- Baja cobertura en el Tratamiento para la Infección Latente por Tuberculosis en grupos vulnerables.

Intervenciones a realizar:

- Aplicación de la normativa de control de infecciones de la tuberculosis a personal multidisciplinario y del lineamiento técnico del manejo de la ILTB en todas las poblaciones de riesgo en SNIS.
- Formación del personal de salud del Sistema Nacional Integrado de Salud en la temática de control de infecciones e implementación de la ILTB.
- Gestión en la compras de medicamentos por los responsables del SNS según su población de riesgo.

d) DESCARTE DE TUBERCULOSIS Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN LATENTE Y ENFERMEDAD TB EN POBLACIÓN INFANTIL.

Los niños pueden sufrir tuberculosis a cualquier edad, pero la carga es más frecuente en los menores de 5 años. Las notificaciones de casos dependen de la permanencia de la enfermedad en la población, la estructura de edades de la población, las herramientas de diagnóstico disponible y la medida en que se practique sistemáticamente la localización de contactos.

Poner fin a la TB en niños y adolescentes es una parte integral de la estrategia Fin a la TB, que está incluida dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y se han definido hitos y metas para poner fin a la epidemia mundial.

Del total de casos de tuberculosis todas las formas diagnosticados y notificados durante los años 2018 y 2019, entre el 3 y 4% corresponden a casos de TB infantil. La tuberculosis infantil siempre es el resultado del diagnóstico tardío en los adultos, su diagnóstico y manejo es complejo y muchas veces requiere de otras pruebas diagnósticas de apoyo como broncoscopía, cultivo BARR, ADA, pruebas moleculares, Derivado Proteico Purificado del Bacilo de la TB (PPD) y rayos X entre otros. Es por esta razón que gran porcentaje de casos pediátricos aún son diagnosticados en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, (HNNBB), el único hospital de tercer nivel para atención pediátrica.

Los estudios muestran de manera consistente que la mayoría de los casos de TB en niños ocurre en aquellos con un contacto conocido en quien se diagnosticó la TB, con frecuencia uno de los padres o un pariente cercano. Los lactantes y los niños pequeños están en riesgo particularmente alto de desarrollar una TB diseminada grave y de muerte relacionada a TB.

Brechas:

- Poco entrenamiento de pediatras para el abordaje de TB infantil y manejo de nuevos métodos diagnósticos y de equipo moderno, a pesar de los esfuerzos iniciados.
- Laboratorio de tuberculosis del Hospital de Niños Benjamín Bloom con infraestructura y espacio inadecuado para un óptimo funcionamiento.
- Falta de equipos de pruebas moleculares para la detección temprana dentro del hospital nacional de niños, que optimice los resultados.
- Actualización periódica de la Guía Clínica incluyendo las nuevas recomendaciones de la OMS.
- Mejorar la calidad de los datos utilizando las fuentes primarias para la recopilación y notificación.

Para superar las brechas planteadas, en el PENMTB se propone mejorar la capacidad instalada (Xpert MTB/RIF y cultivo de esputo, aspirado gástrico y otras muestras) y la formación de recursos para el diagnóstico clínico, radiológico, anatomopatológico, microbiológico a nivel nacional ampliando las actividades de detección de TB en población infantil; implementar herramientas educativas con información actualizada; coordinación con otros actores, sectores inter programáticos para la atención integral de la TB en la niñez.

Los trabajadores en salud necesitan capacitación para mejorar la búsqueda y atención de los casos y la TB latente; utilizando los métodos de diagnóstico disponibles; mejorar la toma y manejo de las muestras; optimizar las pruebas rápidas e implementar medidas de control de infección.

Intervenciones a realizar:

- Continuar con la descentralización del diagnóstico y tratamiento hacia el primer y segundo nivel de atención con capacidad instalada para el manejo de TB Infantil.
- Gestión y compra de mayor cantidad de PPD como método de apoyo.
- Se ha iniciado la formación de recurso humano para el abordaje de la TB infantil a través de la guía clínica de TB en pediatría.
- Actualización de la normativa para el diagnóstico y tratamiento de la TB Infantil y de la ILTB.
- Adquisición y distribución a nivel nacional de nuevas presentaciones farmacéuticas dispersables pediátricas para el manejo de la TB en niños.
- Investigación del 100% de los contactos de casos de TB con bacteriología positiva utilizando los criterios establecidos para tal fin.
- Tratamiento de ILTB en niños menores de 5 años que son contacto de TB bacteriología positiva previo descarte de la enfermedad (en presentaciones dispensables).
- Uso de nuevos métodos diagnósticos en pacientes pediátricos (broncoscopia) con sospecha de TB pulmonar en quienes es difícil obtener muestras de esputo.

e) Personas contactos de casos de TB.

Para el año 2019, el total de contactos examinados en las 5 Regiones de Salud (MINSAL y Centros Penales), fueron 15,566 de los cuales se diagnosticaron 273 casos, que representa el 9% de los casos nuevos de tuberculosis, al correlacionar el número de contactos examinados con el número de casos de TB diagnosticados en este grupo, se obtiene que por cada 57 contactos examinados se diagnostica un caso de tuberculosis.

Brechas:

- Lugares no accesibles para la investigación de los contactos.
- Migración de los contactos por problemas sociales.
- Estigma y discriminación por parte de la familia y comunidad, que impiden el acceso y búsqueda de éstos.
- Dificultades en el abordaje de los contactos de TB con algún tipo de inmunosupresión como ERC, DM, cáncer, etc.

Para superar las brechas planteadas en el PENMTB se propone el involucramiento de los afectados y sus familias, programas permanentes de educación para él y su familia, participación de voluntarios, iglesias, MINED, municipalidades, organizaciones de sociedad civil y otros actores locales, a fin de poder acceder a áreas conflictivas de alto riesgo controladas por pandillas, incluyendo acuerdos interfronterizos; además de ampliar la cobertura de ILTB en otros grupos vulnerables.

Intervenciones realizar:

- Gestión y compra de mayor cantidad de PPD como método de apoyo.

- Coordinación con otras instituciones proveedoras de salud para el seguimiento de contactos (ISSS, Sanidad Militar, Centros penales, entre otros.)
- Tratamiento para la ILTB en contactos de casos de TB bacteriología positiva a quienes se les descarta la enfermedad y tratamiento antifímico a los casos de TB, según norma.

f) Personas con problemas sociales (alcohólicos, usuarios de drogas o personas en situación de la calle).

Según el Informe Nacional sobre la situación de las drogas en país, elaborado por el Gobierno de El Salvador, a través de la Red Nacional de Información sobre Drogas del Observatorio Salvadoreño del año 2017, de acuerdo al resumen ejecutivo Los informes de pacientes atendidos por primera vez en el año 2016, evidencian que la principal causa de consumo de sustancias psicoactiva en el país sigue siendo el alcohol con un 90% en relación a todas las causas de consumo, en segundo lugar, el uso de múltiples drogas y sustancias psicoactivas con un 2.62%, seguido del consumo de inhalables con un 2.6%, marihuana con 1.3% y cocaína con 1%.

Para el año 2016 la tasa de incidencia anual de uso de sustancias psicoactivas atendidos en establecimientos especializados del Ministerio de Salud y FOSALUD a nivel nacional fue de 127 casos nuevos por 100,000 habitantes, dato que expresa un importante problema de salud pública en el país.

Aunque a nivel nacional no existan datos oficiales sobre la cantidad de indigentes en El Salvador, existen municipios en los cuales tienen que hay organismos de asistencia que trabajan con indigentes, como la Pastoral Social de la Arquidiócesis de San Salvador y el Cuerpo de Agentes Metropolitanos de la Alcaldía Municipal de San Salvador proporcionado apoyo.

Al momento no se han desarrollado esfuerzos para la investigación y tratamiento de la TB en estos grupos vulnerables.

Brechas:

- Limitada continuidad a los acuerdos interinstitucionales por movimientos gerenciales.
- Escasa búsqueda de sintomáticos respiratorios en los grupos de alto riesgo y vulnerabilidad.
- Movimiento continuo de personal que atiende a los dormitorios públicos, casas de día, centros de recuperación y rehabilitación de alcohólicos y drogadictos.
- Poca información sobre la situación de la tuberculosis en grupos de riesgo y vulnerabilidad.
- En proceso expansión de la iniciativa de grandes ciudades a otras ciudades importantes del país.
- Barreras y/o burocracia de instituciones debido a su perfil político.

Para abordar las brechas de personas con problemas sociales se continuará con la expansión de la iniciativa para el control de la TB en grandes ciudades en otras cabeceras departamentales del país, a fin de propiciar atención integral a esta población especialmente a las de extrema pobreza y/o vulnerabilidad social ya que al interior de esas ciudades existen también poblaciones en riesgo de adquirir la enfermedad como: diabéticos, niños, privados de libertad, personas en situación de calle, entre otras.

Intervenciones realizadas:

- Levantamiento de la línea basal de proveedores de servicios de salud en el distrito 1 de San Salvador, a partir del año 2015.
- Realización de estudio para la caracterización de las poblaciones de los barrios marginales y además de los factores de vulnerabilidad para TB e identificación de barreras de atención en el distrito 1 de la ciudad de San Salvador, como también en los municipios de Sonsonate, San Miguel y Santa Ana, así también de un mapeo de proveedores de salud como de otros actores clave para la salud.
- Asistencia técnica por OPS/OMS para la implementación de TB grandes ciudades.
- Acuerdo suscrito con alcaldía de San Salvador y alcaldía de Santa Ana, para el abordaje integral de personas en situación de calle, alcohólicos y drogadictos para la búsqueda de TB.
- Conformación de los diferentes comités multisectoriales de los municipios de Santa Ana y San Salvador para la realización de actividades, movilización social y otras intervenciones relacionadas para el control de la TB.
- Provisión de insumos a dormitorios públicos y asilo de ancianos para la mejoría de sus condiciones de vida con el objetivo de reducir su vulnerabilidad para adquirir TB.

4.4.8.8 Control de infecciones en establecimientos que brindan atención sanitaria.

La implementación de medidas de control de infecciones tiene por objetivo la prevención y el control de la transmisión del M. tuberculosis y de otras enfermedades respiratorias.

Los diferentes escenarios para la implementación del control de infecciones son a nivel nacional, en establecimientos de salud, sitios de congregación de personas (como cárceles, iglesias, entre otros) y hogares. El control de infecciones se debe de realizar de acuerdo con las siguientes medidas.

- a) Medidas administrativas gerenciales.
- b) Medidas ambientales.
- c) Protección respiratoria.

El país ha realizado un esfuerzo al interior del sistema de salud tanto en la formación de recursos, ingenieros y arquitectos sanitarios, infraestructura, dotación de bienes e insumos; sin embargo existen varias brechas que se deben de superar.

Brechas:

- Recurso multidisciplinario de salud pendiente de ser capacitado en el control de infecciones con énfasis en tuberculosis y abordaje de la ILTB en el SNS.
- Deficiente infraestructura que impide el cumplimiento de las normas de control de infecciones (áreas de aislamiento y procedimiento en hospitales y áreas de IRA en establecimientos del primer nivel de atención).

- Falsa percepción de protección del personal de salud en el control de infecciones, con el uso de respiradores, y otros equipos.
- Equipo obsoleto utilizado para el control de infecciones.
- Falta de contratación de personal idóneo (arquitectos e ingenieros) para la elaboración de carpetas técnicas en la adecuación de áreas con control de infecciones.
- No siempre se reportan el 100% de los casos de tuberculosis en el personal de salud.
- No siempre se hace el tamizaje del 100% del personal de salud para el descarte de tuberculosis.
- Limitado apoyo gerencial de las autoridades de los establecimientos de salud en el control de infecciones.

Intervenciones:

- Fortalecimiento en el control de infecciones (sobre medidas administrativas gerenciales, control de ambiente y de protección respiratorias) en los establecimientos con mayor carga de pacientes con TB, VIH y TB/VIH del SNIS.
- Socialización de lineamientos técnicos para la atención de las personas para el control de infecciones.
- Adecuación de áreas de aislamiento con estructura adecuada y dotación de insumos médicos y de oficina en los establecimientos del SNIS.
- Implementar el tamizaje anual en el personal de salud que trabaja en áreas de riesgo a contagiarse de TB, ya sea antiguo o de nuevo ingreso de las instituciones.
- Promover y fortalecer el acceso a pruebas moleculares para TB en el personal de salud y grupos vulnerables.
- Implementar los planes de control de infecciones en los establecimientos del SNIS.
- Implementar las medidas de control de infecciones a todos los niveles (administrativas, gerenciales, ambientales y de protección respiratoria).
- Diseñar áreas con infraestructura adecuada a fin de dar cumplimiento a las normas de construcción con control de infecciones (áreas de aislamiento y procedimiento en hospitales y áreas de IRA en establecimientos del primer nivel de atención).
- Gestionar la compra de equipo e insumos que garanticen la bioseguridad en el control de infecciones.
- Realizar capacitaciones en el recurso humano en el tema de control de infecciones.

4.5. RED DE LABORATORIOS CLÍNICOS COMO APOYO AL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS.

- Fortalecimiento de red de diagnóstico con Genotype – MGIT – Xpert ultra y otras metodologías recomendadas por OP.
- Fortalecimiento de manejo de bioinfecciosos en red de laboratorio, bioseguridad.

4.5.1 Estructura de la red

La red de laboratorios del MINSAL está estructurada, así:

- Red de laboratorios clínicos: realizan las pruebas diagnósticas en los diferentes niveles.
- Red de banco de sangre: apoyan en la recolección y abastecimiento de las unidades requeridas a los establecimientos de salud.
- Laboratorio Nacional de Salud Pública: (LNSP), realiza control de calidad a la red nacional, apoya en aspectos técnicos, realiza pruebas especiales como Pruebas de Sensibilidad a Drogas, tipificación, pruebas moleculares en tiempo real, participa en control de calidad internacional, entre otros.

La red de laboratorio clínicos de los niveles locales de primero, segundo y tercer nivel, dependen de la Dirección Nacional de Primer Nivel, dirección Nacional de Hospitales respectivamente y el Laboratorio Nacional de Salud Pública depende del Instituto Nacional de Salud (INS).

En el caso del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), éste cuenta con una red de 21 laboratorios, distribuidos en todo el país, se incluye también un Banco de Sangre y un laboratorio especializado de inmunología clínica, estos dependen directamente de la Subdirección de Salud; en 19 de ellos se realizan baciloscopía; además cuenta con 4 centros de cultivo ubicados en Unidad Médica Atlacatl, Hospital General, Hospital Médico Quirúrgico, y Consultorio de Especialidades. El ISSS también realiza compra de servicios a MINSAL (15 Laboratorios) para el procesamiento de baciloscopías en áreas geográficas donde no se tiene cobertura con laboratorios institucionales.

El número de establecimientos del MINSAL que realizan baciloscopia son 196, cultivo BAAR 5 por método de Petroff y 16 por Ogawa Kudoh, determinación de ADA 3 laboratorios y pruebas moleculares 10.

La Dirección General de Centros Penales cuenta con un laboratorio en Centro Penal La Esperanza el cual realiza baciloscopias y prueba molecular en tiempo real a algunos centros penales, como Izalco en sus tres fases, CDM La Esperanza BK y pruebas moleculares, como ejemplo.

A nivel nacional ha diciembre 2019 realizando pruebas para tuberculosis, había 215 laboratorios (196 laboratorios del MINSAL, 18 laboratorios en el ISSS, 1 laboratorio de Dirección General de Centros Penales), todos ellos procesando muestras según normativa, para el diagnóstico de tuberculosis.

Laboratorios según Regiones de salud:

Región de salud	Total Laboratorio	Laboratorio Primer Nivel de Atención	Laboratorio Segundo Nivel de Atención	Laboratorio Tercer Nivel de Atención
Metropolitana	41	34	4	3
Central	29	26	3	0
Paracentral	27	21	6	0
Occidental	36	31	5	0
Oriental	63	54	9	0
ISSS	18	10	5	3
DGCP	1	1	0	0
Total de laboratorios	215			

Presentaciones de evaluaciones de nivel regional.

4.5.2 Pruebas realizadas

Para el 2019 esta red realizó 644,283 pruebas bacteriológicas y de ellas 163,071 pruebas fueron para estudiar TB (25 %), estas pruebas se distribuyeron en los siguientes tipos:

- 9,726 cultivos,
- 121,146 baciloscopía de diagnóstico y control de tratamiento;
- 30,698 pruebas moleculares, siendo la prueba con mayor número de solicitudes.
- 807 tipificaciones
- 694 sensibilidades.

La producción de pruebas moleculares para la detección de tuberculosis por cada uno de los establecimientos en el año 2019, según región, fue:

- Región Oriental: Hospital de San Miguel 6751 pruebas; Hospital Ciudad Barrios 1502 pruebas; Hospital de Gotera 1049.
- Región Occidental: Hospital Nacional de Santa Ana 2873 pruebas; Hospital Nacional de Sonsonate 1117 pruebas; Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Izalco 1427.
- Región Paracentral: Hospital Nacional de San Vicente 1804 pruebas.
- Región Metropolitana: Laboratorio Nacional de salud Pública 5084 pruebas y Hospital Saldaña 666 pruebas; laboratorio de dirección General de Centros Penales 6177 pruebas.
- Región Central: Hospital Nacional de Chalatenango 2248 pruebas.

El total de pruebas moleculares realizadas a nivel nacional en el año 2019, incluyendo todos los motivos de indicación fue de 30698 de estas 20,167 fueron indicadas bajo el motivo "Antecedente o estancia actual en centros penitenciario", representando un 66 %.

Del total de pruebas moleculares realizadas fueron reportadas con detección a Complejo Mycobacterium tuberculosis 2218, lo que representa un 7.3 %

A nivel nacional el MINSAL cuenta actualmente con 751 profesionales que atienden a la red de laboratorios clínicos, un estimado de 210 (20%) profesionales de laboratorio realizan pruebas diagnósticas de TB, el ISSS proporciono un número de 23 (10%) profesionales de laboratorio que apoyan en actividades de tuberculosis, de 234 profesionales que proporcionaron solo 11 laboratorios institucionales.

4.5.3 Evaluación de la calidad

a) Monitoreo de indicadores

La utilidad de los diferentes métodos es monitoreada mensualmente por los siguientes indicadores de calidad:

Indicadores de baciloscopía:

INDICADOR	NUMERADOR Y DENOMINADOR	VALOR ESPERADO	RESULTADO AÑO 2019
Concentración de BK por sintomático respiratorio	$\frac{\text{Total de BK de diagnóstico SR investigados por laboratorio}}{\text{Total de BK de diagnóstico positivos del SR}} \times 100$	2	1.9
Rendimiento técnico	$\frac{\text{Total de BK de diagnóstico realiza al SR}}{\text{Total de casos BK (+) nuevos y de retratamiento diagnosticados en el laboratorio}} \times 100$	5	1.5 %
Nº de BK realizada por caso	$\frac{\text{Total de BK de diagnóstico realizada al SR}}{\text{Total de casos BK (+) nuevos y de retratamiento diagnosticados en el laboratorio}}$	No Aplica	130

Indicadores de cultivo BAAR:

INDICADOR	NUMERADOR Y DENOMINADOR	VALOR ESPERADO	RESULTADO AÑO 2019
Aporte del Cultivo al Diagnóstico de TB	$\frac{\text{BK Negativo con Cultivo Positivo en Pacientes Adultos con muestra pulmonar de diagnóstico}}{\text{Total de Cultivos en pacientes adultos con muestra pulmonar de diagnostico}} \times 100$	15 – 20%	29 %
Porcentaje de Contaminación	$\frac{\text{Número de Tubos Contaminados}}{\text{Total de Tubos Sembrados}} \times 100$	3 – 5%	6.4 %

Indicadores de pruebas moleculares:

INDICADOR	CALCULO	VALOR ESPERADO	RESULTADO AÑO 2019
Proporción de pruebas con resultado MTB Detectado	$\frac{\text{Número de Pruebas con resultado MTB Detectado con y sin resistencia a Rifampicina y Resistencia Indeterminada}}{\text{Total de Pruebas realizadas}} \times 100$	No Aplica	7.2 %
Proporción de Pruebas con Resultados Resistencia a Rifampicina Detectada	$\frac{\text{Número de Pruebas con resultados MTB Detectado Resistencia a Rifampicina detectada}}{\text{Total de Pruebas con resultados MTB Detectado con y sin Resistencia a Rifampicina y Resistencia Indeterminada}} \times 100$	No Aplica	0.3 %
Proporción de Errores	$\frac{\text{Número de Pruebas con resultado ERROR}}{\text{Total de Pruebas realizadas}} \times 100$	< al 3%	3%
Proporción de Resultados Inválidos	$\frac{\text{Número de Pruebas con resultados INVALIDO}}{\text{Total de Pruebas realizadas}} \times 100$	< al 1%	0.2 %
Proporción de resultado: Sin Resultado	$\frac{\text{Número de Pruebas Sin Resultado}}{\text{Total de Pruebas realizadas}} \times 100$	< al 1%	0.1 %

Estos indicadores son evaluados en reuniones trimestrales en las que se analizan y se detectan oportunidades de mejora por cada establecimiento.

Además, durante el año 2019, la sección de micobacterias del LNSP, realizó visitas a los establecimientos para ver la parte técnica de cultivos y pruebas moleculares en seguimiento a resultados de indicadores y establecer recomendaciones puntuales para cada establecimiento.

b) Evaluaciones nacionales

Las diferentes pruebas diagnósticas realizadas en el país son sometidas a control de calidad y evaluadas por el Programa de Evaluación Externo de Calidad (PEEC), los cuales están a cargo de LNSP:

- Para las baciloscopias se utilizan dos métodos: relectura de láminas y paneles de desempeño por microscopista, esta última se modificó en el año 2019 según recomendaciones internacionales. La concordancia de relectura de láminas para el año 2019 fue de 99.6 %.

- Para las pruebas moleculares se evalúan mensualmente a través de controles internos y una vez al año por medio de PEEC. La concordancia obtenida en el PEEC en el año 2019 fue 100 %
- Para cultivo BAAR se realiza anualmente control de calidad externo del medio de cultivo preparado por cada establecimiento.

c) Evaluaciones internacionales

El LNSP es monitoreado por el Supranacional de México (Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos "Dr. Manuel Martínez Baez", INDRE) a través de paneles de pro eficiencia para Pruebas de Sensibilidad de primera y segunda línea y Prueba moleculares, los cuales se realizan una vez al año.

En el año 2019 y 2018 para prueba de sensibilidad se obtuvo 100% de concordancia.

Para la prueba molecular Gene Xpert en 2019 no hubo evaluación, en el año 2018 se obtuvo 87% de concordancia.

Brechas en la red de laboratorio:

- Trasladar la sección de micobacterias del Laboratorio Nacional de Salud Pública a un nuevo edificio, para el cual se está en el proceso de elaboración de carpetas técnicas para poder hacer las adecuaciones correspondientes.
- Actualizar y entrenar el recurso humano que realiza los nuevos métodos para el diagnóstico de la TB.
- Sostenibilidad para mantener el servicio de diagnóstico y vigilancia de la Farmacoresistencia.
- Adquisición de insumos para el diagnóstico de Tuberculosis por falta de proveedores locales.
- Acreditar pruebas de diagnóstico de Tuberculosis
- no contar con una verificación de funcionamiento de cabinas de bioseguridad de forma permanente. Sin embargo, desde año 2019 se ha iniciado proceso de compra de equipos de medición para tal fin, lo cual será realizado por personal biomédico institucional.
- Entrenar y certificar al personal biomédico del país para que realice dicho proceso y el equipo correspondiente.
- Adecuar de áreas de laboratorio con limitaciones de infraestructura y ventilación.
- Falta de presupuesto para mantenimiento preventivo y correctivo de equipos para el diagnóstico y control de tratamiento de la tuberculosis.
- Mejoras en las condiciones de bioseguridad (equipos e insumos) en cuanto al manejo de desechos bioinfecciosos a los laboratorios que realizan cultivo y pruebas moleculares.
- Ampliar el diagnóstico oportuno de TB al descentralizar la tipificación a través de prueba inmunocromatográfica a los niveles locales, siempre y cuando cuenten con CSB certificada y adecuado manejo de desechos bio -infecciosos.
- Ampliar a todas las instituciones y modernizar el sistema de información en línea para indicación de pruebas, reporte y recepción de resultados en tiempo real.
- Proporcionar elementos de protección personal como respiradores, gabachas, lentes, gorros, botas, caretas, guantes, entre otros.

- Fortalecimiento con recurso humano en aquellos establecimientos de mayor demanda como lo son los que cuentan con Centros penales o en aquellos que se implementarían nuevas metodologías de diagnóstico debido a que aumentaría la demanda del servicio de laboratorio.
- Fortalecimiento de materiales e insumos para la bioseguridad, manejo de bio-infecciosos, tales como jabas, bolsas rojas con logo correspondiente de riesgo biológico, equipos como autoclaves.
- Fortalecimiento con equipo de cómputo cableado estructurado para la implementación de SIAP en los Laboratorios de la Red.
- Fortalecer la infraestructura limitada e inadecuada
- Sostenibilidad de realización de pruebas especiales en LNSP y otros laboratorios
- Falta de presupuesto para capacitaciones internacionales y visitas de asistencia técnica
- Falta de presupuesto para participación en control de calidad internacional
- Falta de presupuesto para mantenimiento preventivo y correctivo de cabina de seguridad biológica incluyendo las mediciones de verificación de funcionamiento
- La no acreditación de la sección de micobacterias en el LNSP según norma ISO 15189:2012.
- Sistema informático en la red de laboratorios y en el LNSP adecuado para pruebas diagnósticas de tuberculosis que mejore la conectividad en el MINSAL y con otras instituciones, el manejo y análisis de datos

Sistema de información para la red de laboratorio clínico

Todos los datos de producción de los laboratorios del MINSAL se obtienen:

Bases de datos en Excel, del sistema en línea, Sistema Estadístico de Producción de Servicios (SEPS), el cual consta de varias opciones: ingreso, modificación y/o eliminación de registros, generación de informes, consultas por producción, cálculo de porcentajes de pruebas, según su procedencia, para el programa de laboratorio, visualización de datos ingresados, además de plantillas y monitoreo de ingreso de registros; sin embargo se ha iniciado la implementación del Sistema Único de Información en Salud (SUIS) en algunos establecimientos del MINSAL el cual incluye el Sistema Integral de Atención al Paciente (SIAP) en donde se reporta la producción de los laboratorios y esto permite ingresar simultáneamente datos dentro del SEPS.

4.6 ENFOQUE DE ENGAGE TB.

La estrategia ENGAGE-TB es una recomendación de La Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual se basa en la integración de las actividades comunitarias de lucha contra la tuberculosis, en el trabajo de las organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones de la sociedad civil; de igual manera en la Estrategia Fin de la TB de OMS del año 2015 incluye dentro del pilar 2 las Políticas Audaces y Sistemas de Apoyo y dentro del componente 2 "B" hace referencia a la participación de las comunidades, las organizaciones de la sociedad civil (OSC) y proveedores de salud de los sectores públicos y privados.

En El Salvador, aunque se han realizado pequeños esfuerzos para la integración de las ONGs y la sociedad civil a través del MCP en la prevención y control de la tuberculosis, estos han sido muy incipientes por lo que se consideran que se deberá hacer un mayor esfuerzo para superar las siguientes brechas identificadas

Brechas:

- El control de la TB no es atractivo para algunas ONG's y organizaciones de la sociedad civil.
- Para la lucha contra la Tuberculosis no siempre hay recursos financieros para asignar a la comunidad y la sociedad civil como un incentivo.
- Barreras interculturales, estigma y discriminación para la tuberculosis a nivel comunitario como un problema de salud pública.

Dentro de las actividades que pueden implementar las organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil con apoyo de las instituciones y del SNIS para superar o minimizar las brechas antes mencionadas están:

Intervenciones a realizar:

- La detección temprana de casos a través de la identificación de personas que podrían tener TB (sintomáticos respiratorios), especialmente en aquellas más vulnerables a la enfermedad con apoyo de las ONGs y sociedad civil.
- Referencia de las personas sospechosas para su diagnóstico con apoyo de las ONGs y sociedad civil.
- Las ONGs y sociedad civil apoyaran en el tratamiento, con adopción de medidas para asegurar que las personas que precisan tratamiento efectivamente lo reciban, que los tratamientos se completen y que se realicen monitoreos periódicos.
- Las ONGs y sociedad civil apoyaran actividades educativas enmarcadas en la prevención de la transmisión de la TB, apoyando en difundir y orientar a las personas de cómo realizar la detección temprana de sus síntomas, enfatizando que es una enfermedad contagiosa, se transmite de una persona a otra e identificar los factores de riesgo que propician el desarrollo de la enfermedad.
- Las ONGs y sociedad civil apoyaran en identificar las poblaciones de riesgo y de vulnerabilidad: diabéticos, hipertensión arterial, contactos de casos de TB, población indígena, migrantes, privados de libertad, personas en situación de calle, entre otros.

INTERCULTURALIDAD.

La OMS en el año 2017, aprobó por unanimidad la Política sobre etnicidad y salud en la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.^a sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. Con esta política, los Estados Miembros han acordado garantizar el enfoque intercultural en la salud y el tratamiento equitativo de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos. De igual manera, plantearon la necesidad de adoptar soluciones que sean inclusivas y promuevan la colaboración, a fin de cerrar las brechas en el acceso a los servicios de salud que afectan a estas poblaciones.

El país ha considerado que para tener impacto y, mejores resultados en la prevención y control de la tuberculosis un eje transversal a tomar en cuenta es la interculturalidad esto contribuirá a acercarnos a las metas de poner fin a la tuberculosis, por lo que a continuación se detallan algunas brechas e intervenciones que se deberán realizar

Brechas:

- Falta de un mapa actualizado de las ONGs y organizaciones de la sociedad civil que trabajan en tuberculosis.
- No se cuenta con un diagnóstico actualizado de intervenciones o actividades etnopracticadas realizadas en tuberculosis
- No se cuenta con material educativo audiovisual con enfoque intercultural.

Intervenciones.

- Gestionar recursos de cooperación externa interesados en trabajar interculturalidad.
- Acercamiento y trabajo conjunto con líderes de la sociedad civil.
- Establecer una ruta intercultural para el abordaje de la salud intercultural en tuberculosis.

4.7 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN FINANCIERA. (PENDIENTE: JAIME Y LIC. MENDOZA).

Tal como lo evidencia la medición del gasto público en tuberculosis, el Estado ha ido aumentando de forma progresiva. En la tabla 6 se presenta cuantificada la brecha financiera entre los recursos disponibles y las necesidades reales, calculadas a partir del costeo de las diferentes fuentes de financiamiento durante el periodo 2014 - 2016. La brecha para esos tres años es aproximadamente de 13 millones de dólares.

Tabla 6.

Brechas financieras para el periodo correspondiente a los años 2017 a 2019.

Resumen Fuentes de Financiamiento	2017	2018	2019
Gobierno Central	\$ 7,122,428.00	\$8,433,646	\$8,156,284
Fondo Mundial	\$ 2,486,008.00	\$4,461,926	\$2,207,626
otras fuentes de financiamiento (a)	\$ 0.00	\$00	\$00
TOTAL	\$ 9,608,488.00	\$12,895,572	\$10,363,910
Inversión real requerida	\$ 11,134,714.33	\$11,201,955.08	\$11,690,015.21
Brecha de financiamiento anual	\$ 1,526,226*	\$(-1,693,617)**	\$1,326,105*
a) OPS, Patronato Nacional Antituberculosis, entre otros. **PUDR			

- * Brecha no cubierta
- ** Brecha cubierta

Anexo 8. Medición del gasto público en tuberculosis en El Salvador, 2017,2018 y 2019 (MEGA TB)

Fuente: PENMTB 2017-2021 y MEGAs del 2017-2019.

Tabla 2.

MODULO DE PROGRAMACIÓN

A	Nº Consultantes ≥10 a.	CONSULTA DE 1ª VEZ DEL AÑO ANTERIOR		
B	Nº de SR identificados	A x	0.03	0
	Nº de SR en personas con DM	B x	0.2	0
C	Nº de casos Bacteriologicamente positivos	B x	0.03	0
D	Nº de casos Clínicamente diagnosticados	C x	0.15	0
E	Nº de casos TB Pulmonar	C +	D	0
F	Nº de casos clínicamente Dx <10 a.	D x	0.3	0
G	Nº de casos clínicamente Dx ≥ 10 a.	D x	0.7	0
H	Nº de casos TB extrapulmonar	C x	0.16	0
I	TB todas las Formas	E +	H	0
J	Contactos esperados	I x	5	0
K	Contactos con TB	J x	0.03	0
L	Contactos con Tx para la ITBL	J x	0.05	0
M	Consulta Médica	I+Kx	3	0
N	Consejería con Enfermería	I+Kx	3	0
O	Visita Domiciliaria	I+Kx	2	0
P	Nº Baciloscopia Dx	B x	2	0
Q	Nº de Bk Contactos	Jx2x	0.03	0
R	Nº Bacilosc. De Control	C+K	6	0

El valor 3% de los Sintomáticos Respiratorios identificados resulta, de la consulta por primera vez de personas ≥10 años del año anterior, sin embargo, existen metas de programación diferenciadas (5%) para departamentos (Sonsonate, La Paz, La Libertad) con determinantes sociales de la salud que

incrementan el riesgo. El ISSS y Centros Penales, solo toma el 1% de la población adscrita o de la población privada de libertad respectivamente. Fuente: PNTYER 2019.

Sobre esta programación, los niveles locales, SIBASI, Regiones de Salud y Programa Nacional definen la programación anual de la detección de sintomáticos respiratorios, personas diabéticas con sintomatología respiratoria, diagnóstico de casos, contactos esperados, entre otros. Para monitorear y evaluar el cumplimiento de la programación en cuanto a detección de sintomáticos respiratorios y diagnóstico de casos, se realizan evaluaciones semestrales y anuales con las Regiones de Salud, SIBASIS, Hospitales de Segundo y Tercer Nivel de Atención, en las cuales también participan otros proveedores como la Seguridad Social y Centros Penitenciarios.

V. VISION, MISIÓN, OBJETIVOS, METAS, PRINCIPIOS

5.1 VISIÓN

El Salvador libre de Tuberculosis como problema de salud pública.

5.2 MISIÓN

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

5.3 OBJETIVO DEL PLAN

Fortalecer la prevención y la atención integral de nuevos casos de tuberculosis, centrada en las personas afectadas por la enfermedad, reducción de la mortalidad por tuberculosis; con un abordaje estratégico en poblaciones priorizadas y familias con gastos catastróficos por la enfermedad; en armonía con la Estrategia Mundial Fin de la TB.

5.4 METAS

Las primeras 10 metas han sido retomadas de la Estrategia Fin de la TB, las cuales están proyectadas para el 2026 priorizando la atención de poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad a los cuales en el PENMTB enfatiza y propone intervenciones focalizadas; sin embargo para el presente PENMTB las metas propuestas serán ajustadas a medio término del presente PENMTB en el año 2024.

1. Cobertura de tratamiento para TB $\geq 90\%$
2. Porcentaje de Éxito del tratamiento para TB $\geq 90\%$
3. Porcentaje de familias afectadas que se enfrentan a costos catastróficos debido a la TB
4. Porcentaje de pacientes nuevos de TB que fueron diagnosticados a través de pruebas bacteriológicas 75%
5. Cobertura de tratamiento para Infección Latente por TB $\geq 90\%$
6. Cobertura en investigación de contactos $\geq 90\%$
7. Cobertura de pacientes de TB con resultados de sensibilidad a medicamentos del 90%
8. Cobertura de tratamiento con nuevos medicamentos 35%
9. Porcentaje de pacientes de TB con estado de VIH conocido $\geq 90\%$
10. Tasa de mortalidad por tuberculosis Mortalidad por TB $< 1\%$

5.5 PRINCIPIOS RECTORES

Los principios que guían el presente plan son: Derechos humanos, equidad, ética, responsabilidad, compromiso social, participación social, transparencia, solidaridad, universalidad, gratuidad, intersectorialidad, y organización comunitaria.

5.6 ENFOQUE DEL PLAN

El Plan estratégico abarca un conjunto de intervenciones centradas en la persona, que pueden adaptarse e implementarse a nivel nacional. Cuenta con 5 líneas estratégicas, en las cuales se definen objetivos, brechas y actividades; 3 indicadores de impacto, 10 indicadores prioritarios y 14 indicadores complementarios (ver capítulo VII).

Para lograr un abordaje multisectorial y obtener mayor eficiencia, dar sostenibilidad a la respuesta del país, para el control de la tuberculosis, se realizó un Diálogo Nacional; diseñando una «Estrategia nacional de participación comunitaria para la prevención y control de la TB 2022-2026» (Ver anexo 2) que define el proceso a través del cual se involucran amplios sectores de la sociedad civil, en coordinación con las instancias gubernamentales presentes en los municipios intervenidos. Se parte de un mapeo de actores locales con los cuales se construirá una red multidisciplinaria de involucrados en la respuesta a la TB. Con estos actores locales se generarán convenios, cartas de entendimiento o acuerdos donde se especificará el rol de cada uno de ellos, sus aportes, ubicación geográfica, persona referente para coordinación de actividades y mecanismos de reporte.

En los municipios con brecha de detección de sintomáticos respiratorios y captación de casos de TB el abordaje comunitario para el control y prevención de la tuberculosis se hará a través de 3 diferentes modalidades: 1) En aquellos municipios en donde los ECOS dan cobertura a todo el territorio, serán éstos los responsables de operativizar las actividades, siguiendo los lineamientos técnicos vigentes; 2) Cuando la cobertura de los ECOS es parcial se buscarán alianzas con las municipalidades, organizaciones de sociedad civil y otros actores locales detectados en el mapeo: ADESCO, cooperativas, iglesias, asociaciones, grupos juveniles (Enfoque ENGAGE TB). 3) Implementación de la iniciativa de grandes ciudades, en algunos municipios con alta concentración poblacional (San Salvador, San Miguel, Santa Ana y Sonsonate).

La iniciativa de tuberculosis en Grandes Ciudades conlleva la conformación de Comités con los diferentes proveedores de salud: Ministerio de Salud, Instituto Salvadoreño del Seguro Social,

proveedores privados de salud, ISBM, Alcaldía Municipal, instituciones educativas, iglesias y comunidades con quienes se elaborará planes de trabajo, así como la identificación de diferentes poblaciones vulnerables dentro de los municipios, como poblaciones en situación de calle, dormitorios públicos, drogadictos, comedores públicos, entre otros; con el objetivo común de apoyar en la lucha contra de la TB.

La investigación de los sintomáticos respiratorios para la detección de casos de TB en la población se hará a través de la utilización de los diferentes métodos diagnósticos, entre ellos baciloscopía, cultivo, prueba molecular rápida MTB/RIF; éste último a ser utilizado principalmente en las poblaciones claves, lo que permitirá la vigilancia permanente de la TB-RR y TB-MDR.

Es de hacer notar, por ende, que para tener éxito en la ejecución del PENMTB se hace necesario el empoderamiento, involucramiento y la participación multisectorial.

5.7 GESTIÓN DE RIESGOS.

La Gestión de Riesgos del PENMTB 2022 – 2026 cuya base fundamental es la identificación, el análisis, la planificación de respuesta y el control de estos riesgos. Dentro del mismo PENMTB, se tienen como elemento de apoyo para su implementación un Plan de Riesgo detallado; el cual será operativizado por el personal de salud, actores y sectores vinculados a la ejecución del PENMTB 2022 -2026, quienes toman un rol determinante en la gestión de riesgos, y garantizaran la eficiente ejecución del plan estratégico. Los riesgos identificados, se describen en las siguientes categorías operacionales: Riesgos por eventos naturales (epidemiológicos y/o catástrofes), Externos, Financieros, Programáticos y Operativos; estos han sido medidos para identificar aquellos que representan mayor amenaza u oportunidad. Esto se ha hecho analizando tanto la probabilidad como el impacto; a medida que la probabilidad y severidad del impacto se incrementan lo hace también la medida del riesgo.

En la Gestión de Riesgo las actividades conlleva a la identificación de los mismos y como estos afectan directamente o indirectamente el plan estratégico en su implementación y ejecución; así como el análisis cualitativo y cuantitativo de los riesgos identificados en el proceso para generar una matriz de riesgo adjuntando el impacto para evaluar la influencia de los riesgos, tanto en forma numérica como probabilística, tomándose en cuenta además del desarrollo de opciones de mejoras en oportunidades y mitigar las amenazas a los objetivos del Plan Estratégico.

Un rol importante en la Gestión de Riesgos en este Plan Estratégico de País lo desempeña el MCP - ES, la Unidad de Gestión de Riesgos del MINSAL y el Equipo Gerencial del PNTYER, así como la Gerencia Operaciones a través de todas las dependencias del MINSAL para responder a las demandas presentadas.

Evidentemente los riesgos aparecen y desaparecen en el tiempo, esto se evalúa en la fase de planificación de la gestión de riesgos del Plan Estratégico donde la revisión se hace periódicamente con el objetivo de generar informes y evaluar impactos, los riesgos no solo se controlan en la planificación, al igual que el alcance de los mismos riesgos identificados el tiempo y el costo financiero tiene que ser monitorizados constantemente para observar el comportamiento, ya que nos

encontraremos con riesgos con probabilidades bajas y que a lo largo del plan estratégico se conviertan en altos y al revés, porque dichos riesgos siempre se ubican a futuro y pueden provenir de uno o varios sitios; es necesario desarrollar respuestas efectivas a los riesgos y este estará determinado con la disponibilidad de tiempo y presupuesto del Plan Estratégico.

Una vez que se han identificados algunos de los riesgos, se vuelve necesario establecer acciones para mitigarlos a través de un plan para su ejecución que debe incluir actividades específicas de acuerdo al evento acontecido, como ejemplo.: en caso de un evento natural "riesgo externo" se focalizan las acciones y la suspensión de actividades del PENMTB, dado que los esfuerzos se priorizan en dar respuesta a la emergencia, institucionalmente en coordinación con el comité de protección civil estableciéndose estado de emergencia y actuando acorde a las indicaciones del comité. Una vez levantada la emergencia se reanudan las actividades en forma normal.

Con el monitoreo continuo es más probable detectar un cambio dramático en el momento oportuno, mientras que una revisión periódica de un aspecto particular del proceso de riesgo está más orientada hacia la detección de tendencias y cambios incrementales.

Dichas instancias deberán motivar a que todo el personal involucrado en el presente Plan analice las amenazas y oportunidades para los objetivos; asegure que el proceso de gestión del riesgo esté trabajando efectivamente y garantizar que las medidas esenciales de control estén en vigencia; revisar procedimientos, aprender de errores y lecciones aprendidas; asegurar que los dueños del riesgo y aquellos responsables por implementar controles están conscientes de su responsabilidad; asegurar líneas claras de comunicación sobre temas de riesgo y determinar cómo se manejarán los riesgos inaceptables. (Ver Anexo xxxx. Plan de Gestión de Riesgos).

VI. RETOS Y BRECHAS PARA LA PREVENCIÓN, EL CONTROL AVANZADO DE LA TB COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN EL SALVADOR

Existe una serie de condiciones en el país que establecen retos importantes para la prevención, el control avanzado y la pre eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública, dentro de los cuales podemos mencionar:

- **Fragmentación y segmentación del sistema de salud** que genera duplicidad de esfuerzos en la atención de pacientes con tuberculosis, por lo cual es necesario una amplia coordinación entre en PNTYER con los diferentes establecimientos de salud dentro del MINSAL y los diferentes prestadores de los servicios de salud, autónomos y privados, además del fortalecimiento de estrategias como las APPs.
- **Alta demanda de atención a TB y TB/VIH**, impulsada por la necesidad de poner fin a la TB que hace necesario generar una adecuada gestión, para dotar a los establecimientos de mejor infraestructura, equipos, insumos y aumentar los recursos humanos debidamente capacitados, así

como implementar un sistema de referencia y retorno que incluya el traslado y envío de muestras de los establecimientos a los laboratorios de referencia.

- **El personal de salud es altamente expuesto a la TB**, por lo que es necesario mejorar los ambientes y lugares de trabajo (ventilación natural y mecánica), dotar de equipos e insumos de bioseguridad y estandarizar procedimientos para evitar la enfermedad dentro del personal.
- **Limitado acompañamiento de autoridades locales**, de organizaciones de la sociedad civil y de las mismas comunidades en actividades de control de la Tuberculosis.
- **Un bajo crecimiento económico y débil cultura tributaria**, que no permite contar con recursos suficientes para prevención y control de la TB, por lo que la gestión política y la abogacía de actores claves en la respuesta a la TB en el país, es indispensable para lograr superar este reto. Aunque el gasto público en salud se ha incrementado, el PNTYER no cuenta con un presupuesto suficiente para las actividades de prevención y control de la TB.
- **Epidemias frecuentes y Desastres naturales** como Dengue, Chikungunya e Insuficiencia Renal Crónica, y recientemente la pandemia por SARS-COV-2, "COVID-19", la vulnerabilidad como país ante desastres naturales de cualquier índole, entre otras, desvían la atención, los recursos humanos y financieros, lo que conlleva la modificación de la planificación de las acciones programáticas de la TB.
- **Altos índices de violencia** que establecen barreras de acceso para el personal de salud a las comunidades como de los usuarios a los establecimientos de salud. Se espera que el abordaje integral de esta problemática por las autoridades competentes mitigue esta situación.
- **En cuanto a insumos médicos, aún persisten las dificultades** de almacenamiento de medicamentos e insumos en condiciones óptimas a nivel central, regional, hospitales y establecimientos de primer nivel de atención sea por cadena de frío, estantería e infraestructura inadecuada.
- **Aumento de la morbi-mortalidad por tuberculosis en los centros penitenciarios** por el aumento de la población privada de libertad y no aumento de la infraestructura carcelaria en la misma proporción.

6.1 BRECHAS PROGRAMÁTICAS.

Las brechas identificadas en esta sección son el resultado de una evaluación de los integrantes del sistema nacional de salud (MINSAL, ISSS, DGCP, FOSALUD, entre otros) durante las evaluaciones nacionales sistemáticas que el PNTYER realiza cada seis meses, utilizando la metodología de análisis de indicadores programáticos, establecidos en el plan operativo anual siguiendo las directrices del PNTYER, en las que las diferentes regiones exponen los logros alcanzados, las limitantes oportunidades de mejora, nuevos espacios, estrategias y retos a superar a la luz del análisis de documentos tales como los informes internacionales de evaluación independiente, informes del Comité de Luz Verde, Plan de Sostenibilidad, por mencionar algunos, sin dejar de lado los factores externos como pandemias, desastres naturales, violencia, criminalidad, crisis económica política y social o inseguridad para ingresar a las comunidades para realizar actividades o intervenciones que se requieran a este nivel como por ejemplo la recuperación de casos de tuberculosis perdidos en

seguimiento debido factores como dominio de territorio entre pandillas o maras, entre otros. De igual forma se identifican algunas brechas que se detallan a continuación.

- Poca demanda de usuarios a los servicios de salud debido a brotes epidémicos, pandemias y catástrofes naturales que han interferido directa o indirectamente en las actividades de lucha con la tuberculosis.
- Demanda tardía de los pacientes lo que genera un diagnóstico tardío de los casos.
- Disminución de la detección de sintomáticos respiratorios y casos de TB en el primer nivel de atención, principalmente los municipios más afectados por catástrofes naturales.
- La tuberculosis en el sistema penitenciario todavía es alta (al rededor del 44.1 % de todos los casos de país para el 2019) debido al hacinamiento y en otras ocasiones porque el diagnóstico es tardío.
- Falta de medios líquidos para el diagnóstico rápido a través de cultivos, tipificación y resistencia.
- Poca participación de algunos proveedores de Servicios de Salud Privados.
- Escasa participación de ONGs y organizaciones de la sociedad civil en la lucha en contra de la tuberculosis especialmente a nivel comunitario.
- Insuficiente participación de las municipalidades y organizaciones de base comunitaria.
- Limitada capacidad instalada, tanto en infraestructura, equipos y recursos humanos en la red de laboratorio de los diferentes niveles de atención.
- Dificultades logísticas para el transporte de muestras del nivel comunitario a los laboratorios de referencia y dificultad con el transporte para el retiro de resultados en los laboratorios.
- Limitada aplicación de las medidas de control de infecciones en los diferentes escenarios en los que se brindan atención sanitaria incluyendo el sistema penitenciario por falta de aislamiento de los pacientes contagiosos e infraestructura inadecuada.
- Limitado financiamiento para el desarrollo de actividades educativas y de promoción en TB.
- Limitado mobiliario y equipo y falta de recursos capacitados.
- Falta del cumplimiento de tamizaje para la detección de casos de TB y barrera para la administración del tratamiento de calidad y mejorar la curación de los casos para acortar la cadena de transmisión en privados de libertad.
- Poca uso de las herramientas para comunicación virtual para la implementación de programas dirigidos al desarrollo del conocimiento del RRHH en salud.
- Falta de herramientas informáticas para el cumplimiento del DOT/TAES por medios de comunicación virtuales para Tratamiento Acortado Observado por Video (VOT por sus siglas en ingles).
- Falta de equipamiento y conectividad a servicio de internet para implementar sistema en línea de TB.

6.2 SOSTENIBILIDAD.

Se debe de Analizar la sostenibilidad de la respuesta de El Salvador a la tuberculosis mediante múltiples aspectos, que nos permite tener bien identificadas las brechas, retos y las oportunidades para avanzar. El Salvador se ve afectado por dos tipos de epidemia de tuberculosis: uno en la población general, cuya incidencia presenta una tendencia a la disminución y otra en las PPL, en quienes la incidencia se mantiene alta.

Según el estudio Un Análisis de Sostenibilidad la Respuesta de El Salvador al Control de la Tuberculosis (Majumdar, P. y T. Fagan. 2019), "presenta que el país está desempeñando un papel importante en el financiamiento del programa de tuberculosis, que con el tiempo, cada vez ha sido mayor. Sin embargo, el programa de tuberculosis de El Salvador sigue siendo considerablemente dependiente del Fondo Mundial para su mejora y la optimización de las redes de diagnóstico y la capacidad, lo cual representa un 56 % de la subvención actual del Fondo Mundial de USD 4 200 000 (2019-2021) (Fondo Mundial, 2018). La delimitación poco clara de responsabilidades entre las instituciones ha llevado al Ministerio de Salud a asumir una carga injusta de proveer recursos para la respuesta. Este problema puede resolverse con una mayor movilización de recursos alternativos del Instituto Salvadoreño del Seguro Social y la Dirección General de Centros Penales. Contar con una mayor colaboración municipal en el plano financiero también podría llevar a gestiones comunitarias más sólidas para la detección. Dado el papel crucial que desempeña el sistema penitenciario en la respuesta a la tuberculosis, se debe hacer hincapié en garantizar mayor financiamiento para la prestación de servicios de salud y para que el personal suficiente se capacite en el uso de Xpert MTB Rif ®. "

Si bien el PNT reconoce el papel crítico de los actores multisectoriales, se necesita trabajar más para movilizar y coordinar los esfuerzos de estas entidades. Aprobar la ley sobre la tuberculosis ofrece una oportunidad de asignar los recursos humanos y financieros para fortalecer el programa de tuberculosis. Una de las principales amenazas en el plano político es que el conjunto de medidas extraordinarias vigentes continúe poniendo una gran carga en el sistema penitenciario, que no está preparado para hacer frente a la epidemia de tuberculosis.

Estructuralmente, Los factores subyacentes, como las desigualdades económicas, la discriminación, la pobreza, la desnutrición y la debilidad en los sistemas de salud, contribuyen a la epidemia en El Salvador. Se debe hacer frente a las causas fundamentales y estructurales de la violencia en las comunidades con el fin de reducir la incidencia de la tuberculosis en los centros penales. En el plano cultural, el estigma y la discriminación desempeñan también un papel negativo en la calidad de la atención que prestan las clínicas de los centros penales.

En el tema de Derechos humanos, si se asignan recursos para controlar la epidemia en el sistema penitenciario, El Salvador tiene una oportunidad de reducir su carga de tuberculosis y centrar sus recursos en un subconjunto de la población. Las oportunidades abarcan la detección obligatoria de la tuberculosis a la entrada a los centros penales y la configuración de programas para limitar la pérdida en el seguimiento a las personas que quedan en libertad. El no lograr hacer seguimiento una vez que las personas quedan en libertad y de garantizar que tienen acceso a las clínicas para adherirse al tratamiento constituye una amenaza al bienestar de la población general.

Por lo cual, como país se buscará la sostenibilidad en la lucha contra la tuberculosis, haciendo uso de la capacidad instalada (equipos, recursos humanos formados y/o capacitados en la lucha nacional contra la tuberculosis); se realizarán las gestiones para ir aumentando el financiamiento en coordinación multisectorial con los diferentes proveedores de salud y otras áreas de asistencia social del gobierno de El Salvador.

6.3 TRANSICIÓN.

El Salvador, ha proyectado una inversión de \$ 68, 524,763.39 para el periodo del año 2022 al 2026, de estos se invertirán \$39,368,532 de los cuales el Fondo Global cofinanciará en el mismo periodo al PENMTB un monto de \$3,182,056 que representa aproximadamente el 8% de la inversión total para este periodo.

El Fondo Mundial para el componente de Tuberculosis desde el 2003 a la fecha ha permitido fortalecer la capacidad instalada con equipamiento, bienes y servicios a fin de propiciar una mejor atención a los pacientes afectados por la TB.

De cara a la transición se contempla incrementar el financiamiento con fondos del Estado, con actividades como la adquisición nuevos diagnósticos para TB fármaco resistente, adquisición de reactivos para Xpert MTB Rif ® entre otros.

En esta etapa es importante citar que entre los principales riesgos se encuentra la crisis económica nacional, la baja captación fiscal y aprobación de presupuestos anuales por parte del congreso (Asamblea Legislativa).

Los cambios políticos como la recesión económica, austeridad y otros factores económicos, ante la crisis económica pueden cambiar o modificar la prioridad del uso de los recursos, pero para las actividades prioritarias y brechas priorizadas a resolver para el logro de los indicadores en la prevención y control de la TB, el Estado hará todas las gestiones necesarias para mantener o incrementar los recursos asignados a esas partidas que le dan la sostenibilidad a los resultados alcanzados.

Se realizarán esfuerzos para mantener una creciente dotación presupuestaria. El Salvador logrará una transición exitosa a través de la implementación de las siguientes estrategias:

1. **Gobernabilidad y liderazgo:** Fortalecer el marco regulatorio de la respuesta a la tuberculosis. (Ley de TB)
2. **Financiación:** Incrementar la financiación doméstica para la respuesta a la tuberculosis. Mayor inversión de otras carteras de estado.
3. **Eficiencia:** Fortalecer el uso eficiente de los recursos existentes. Con la inclusión de la contraloría social.
4. **Participación Multisectorial:** Fortalecer y fomentar la participación comunitaria y de las Organizaciones de Sociedad Civil (OSC), en la respuesta a la tuberculosis.

VII. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA NACIONAL MULTISECTORIAL.

Una de las metas de la Estrategia Fin de la TB es la reducción de la mortalidad e incidencia de TB, en el país, el último año se ha alcanzado una meseta y comenzado a descender la incidencia tal como había sido previsto en el PENMTB 2017-2021, experimentando una disminución en la incidencia de casos nuevos de TB de 54.6 en el 2018 a 45/100.000 habitantes en el 2019, condicionado principalmente, al aumento de las intervenciones de detección precoz en poblaciones de mayor riesgo principalmente PPL y a los esfuerzos realizados por el nivel operativo para la captación de SR.

En el PENMTB se plantea realizar esfuerzos para aumentar la búsqueda de SR y la detección de casos con participación multisectorial. En conclusión, el planteamiento estratégico a mediano plazo del plan de TB es detectar más casos TB pulmonares y garantizar su curación y una disminución de la incidencia.

7.1 INDICADORES.

En el PENMTB 2022-2026, se retoman dentro de sus indicadores, los de impacto y prioritarios de la Estrategia Fin de la TB; los cuales son:

Indicadores de impacto:

1. Reducción de la tasa de incidencia de TB
2. Reducción del número de muertes por TB
3. Porcentaje de pacientes con TB en cuyos hogares se enfrentan a costos catastróficos debido a la TB.

El país está haciendo esfuerzos para establecer las metas e indicadores del presente plan con los indicadores de la Estrategia Fin de la TB; siguiendo las pautas de disminución para cumplir con el control avanzado de la TB como problema de salud pública; sin embargo al hacer un análisis, tomando en cuenta la situación epidemiológica de la tuberculosis, se observa que desde el 2010 hay una tendencia creciente en las cifras de incidencia y prevalencia, tanto de las estimadas por OMS como las notificadas por el país (gráfico 1), lo cual se acentúa en los últimos 5 años, pero a partir de los años 2018 y 2019 se llegó a la meseta y se ha iniciado la disminución en un porcentaje significativo de alrededor de un 10% anual lo que al proyectar las metas hacia el año 2026 podríamos estar muy cerca de cumplimiento de las metas establecidas en la estrategia fin de la TB por tal razón el PNTYER se plantea para los próximos años las siguientes metas

Indicadores prioritarios 2022-2026 de acuerdo a la Estrategia Fin de la TB

Tal como se describe en la tabla 2.2 del documento Implementación de la Estrategia Fin de la TB de OPS/OMS, el país retoma los siguientes indicadores y metas:

Para los indicadores epidemiológicos se ha tomado como año de referencia el año 2015 (tasa de 39 por 100,000 hab.) y para los indicadores operativos los años 2018 y 2019; estimando una reducción del 8 % anual para los próximos seis años a partir del año 2022.

De igual manera la estimación de metas para los siguientes años, se ha tomado como referencia el modelo de proyección de las metas calculadas en el cuadro 2.1 del documento Aspectos Esenciales de la Estrategia Fin de la Tuberculosis; hasta llegar a una reducción del 18 %, para el año 2026.

Tabla 7. Indicadores prioritarios 2022 al 2026

INDICADORES	Línea de Base 2015	2022	2023	2024	2025	2026	Nivel del Objetivo recomendado* *
1. Cobertura de tratamiento para TB	*92%	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%
2. Porcentaje de Éxito del tratamiento para TB	92%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	≥90%
3. Porcentaje de familias afectadas que se enfrentan a costos catastróficos debido a la TB	N/D	Línea basal	0%	0%	0%	0%	0%
4. Porcentaje de pacientes nuevos de TB que fueron diagnosticados a través de pruebas bacteriológicas	71%	75%	75%	75%	75%	75%	75%
5. Cobertura de tratamiento para Infección Latente por TB	96% Año 2016	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%
6. Cobertura en investigación de contactos	91.7%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	≥90%
7. Cobertura de pacientes de TB con resultados de sensibilidad a medicamentos	14.8% Año 2016	50%	60%	70%	80%	90%	100%
8. Cobertura de tratamiento con nuevos medicamentos	0	15%	20%	25%	30%	35%	≥90%
9. Porcentaje de pacientes de TB con estado de VIH conocido	98%	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%
10. Tasa de mortalidad por tuberculosis según código CIE-10 registrada a nivel nacional	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%

Además de los indicadores de impacto y prioritarios el PENMTB contempla los siguientes indicadores complementarios para medir el cumplimiento del PENMTB

Tabla 8. Indicadores complementarios para el seguimiento y gestión del programa nacional

INDICADORES	Línea de Base 2015	2022	2023	2024	2025	2026
1. Número y porcentaje de sintomáticos respiratorios investigados	60708	65406	65957	66507	67050	67589
2. Tasa de incidencia de tuberculosis por cada 100,000 habitantes (&)	39	30.2	27.9	25.5	22.9	20.4
3. Número de casos de tuberculosis confirmados bacteriológicamente (microscopía, pruebas moleculares y cultivo) en el período a evaluar expresado en porcentaje *	1,732	1560	1455	1339	1211	1088
4. Porcentaje de casos notificados de TB-RR y/o TB-MDR confirmados bacteriológicamente como proporción de los casos estimados de TB-RR y/o TB-MDR entre los casos de tuberculosis notificados.	1%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%
5. Número de casos nuevos de TB (todas las formas) notificados en cárceles al PNT en el período a evaluar.	724	728	582	446	323	218
6. Porcentaje de casos de tuberculosis en población privada de libertad por pruebas moleculares	Solicitar a Lic. Castro año y datos más reciente	728/655 90%	582/523 90%	446/401 90%	323/291 90%	218/196 90%
7. Número y porcentaje de casos de TB bacteriología positiva (nuevos y recaídas) curados al final del su tratamiento	92% Año 2015 Cohorte de resultados de tratamiento	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%
8. Éxito del tratamiento de TB-MDR (%) de casos de tuberculosis farmacorresistente confirmados	89 %	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%

bacteriológicamente (TB-RR y/o TB-MDR).						
9. Número de casos de tuberculosis resistente a la rifampicina y/o tuberculosis multirresistente que han comenzado un tratamiento de segunda línea. **	25	31	29	27	24	22
10. Porcentaje de casos todas las formas de TB entre PPL tratados exitosamente entre el total de casos todas las formas notificados.	Año 2016 96% (769/801) Solicitar a Lic. Castro si es dato correcto	95% 728/692	95% 582/553	95% 446/424	95% 323/307	95% 218/207
11. Porcentaje de fallecidos por la coinfección TB/VIH.	20.3% (2015)	≤15%	≤15%	≤15%	≤15%	≤15%
12. Letalidad por TB	<5%	<5%	<5%	<5%	<5%	<5%
13. Porcentaje de servicios del sistema nacional de salud, centros penales y organizaciones de la sociedad civil operativizando la Estrategia Fin de la TB	30%	>70%	>80%	>85%	>90%	>90%
14. Total de casos nuevos y recaídas y casos con historia previa de tratamiento antituberculoso desconocido.	2,452	2080	1940	1785	1615	1450

*Se ha calculado que el 75% de los casos de TB en todas sus formas, serán diagnosticados por una prueba bacteriológica.

** Se estima que el uno y medio por ciento del total de los casos de TB todas las formas podrán presentar algún patrón de Multidrogoresistencia (MDR/RR).

(&) La tasa de incidencia estimada ha sido calculada, tomando como referencia el cuadro 2.1: "El Establecimiento de metas nacionales, para las reducciones de las muertes por TB y la incidencia de la TB, 2016-2025, del documento: "implementación de la estrategia Fin de la TB: Aspectos Esenciales" de la OMS.

7.2 LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL PLAN.

Para la implementación del Plan estratégico se han establecido 5 líneas estratégicas las que fueron seleccionadas tomando en cuenta la situación epidemiológica actual, los siguientes parámetros como línea basal de algunos indicadores (año 2015); el análisis epidemiológico y operativo de los últimos 5 años, indicadores epidemiológicos de procesos cuya brecha debe de ser abordada para cumplir tanto con los ODS como los objetivos de la estrategia FIN a la TB, la situación del Sistema Nacional Integrado de Salud, los riesgos y vulnerabilidad en poblaciones desatendidas, el Plan Nacional de Salud, los informes del Comité de Luz Verde, El Plan Nacional de Sostenibilidad de la tuberculosis, El informe independiente de medio término y por último se han retomado los aportes de las instituciones, organizaciones, sociedad civil y afectados por la TB por lo que a continuación se contemplan los siguientes brechas objetivos y actividades

Línea Estratégica. 1:

ABORDAJE OPORTUNO DE LA TB EN GRUPOS DE MAYOR RIESGO Y VULNERABILIDAD CON ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA

Línea Estratégica. 2:

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TB Y TB DR

Línea Estratégica 3:

POLÍTICAS DE SALUD, INTERSECTORIALIDAD Y MULTISECTORIALIDAD.

Línea Estratégica 4:

FORTALECIMIENTO DE SISTEMA DE SALUD, SISTEMA DE INFORMACIÓN, VIGILANCIA E INVESTIGACIÓN. INNOVACION TECNOLOGICA, ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN COMUNITARIA, INTERCULTURALIDAD

Línea Estratégica. 5:

TRANSICIÓN, SOSTENIBILIDAD Y FINANCIAMIENTO

En los cuadros a continuación, se han organizado las actividades y su implementación, así como los responsables principales de éstas, en concordancia a las brechas identificadas en los capítulos anteriores.

LINEA ESTRATEGICA 1:

ABORDAJE OPORTUNO DE LA TB EN GRUPOS DE MAYOR RIESGO Y VULNERABILIDAD CON ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA.

Objetivos estratégicos

1. Detectar precozmente Sintomáticos Respiratorios, priorizando las Poblaciones claves (de mayor riesgo y vulnerabilidad)
2. Detectar casos de Tuberculosis priorizando los grupos vulnerables (PPL, trabajadores de salud, población infantil, adultos con enfermedades crónicas no transmisibles, seguimiento de los contactos entre otros).
3. Lograr el compromiso de las comunidades, municipalidades, organizaciones de la sociedad civil y los proveedores de atención públicos y privados para la respuesta y el abordaje integral de la tuberculosis y Coinfección TB/VIH, libre de estigma y discriminación.
4. Implementar estrategias de abogacía, comunicación y movilización social para el cambio de comportamiento en la población y la participación social, fomento al respeto de los DDHH y disminución del estigma y la discriminación.
5. Aumentar el descarte de la TB y tamizaje para detección de ILTB y su tratamiento en las poblaciones que está indicada.
6. Atención Integral a personas con VIH y disminución de la mortalidad por TB/VIH.
7. Operativizar la Estrategia Fin de la TB en el Sistema Nacional de Salud, Sistema Penitenciario y otras instituciones que atienden poblaciones de alto riesgo

Para cumplir los objetivos estratégicos antes mencionados se implementaran estrategias diferenciadas de acuerdo a las brechas identificadas en la de promoción , detección, cobertura de servicios de salud, priorizando los grupos vulnerables entre otros PPL, trabajadores de salud, VIH, niños, contactos de casos, retratamientos, pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, migrantes, personas con riesgo social como personas alcohólicas, usuarios de drogas, personas en situación de calle residentes en su mayoría en áreas urbanas aplicando la iniciativa de control de TB en grandes ciudades, en el marco de la Estrategia mundial «Fin de la TB»

BRECHA	ACTIVIDADES	IMPLEMENTACION	RESPONSABLE
	Búsqueda activa de SR en la comunidad.	Desplazamiento de personal de salud capacitados y equipado para la búsqueda de Sintomáticos Respiratorios en las comunidades, coordinados por UCSF, ECOS con apoyo de ONGs y Sociedad civil	MINSAL, ISSS, ISBM, SM, FOSALUD, sociedad civil, ONGs, DGCP, ISNA, , alcaldías y otras instituciones que provean servicios de salud

1. Limitada cobertura y acceso a los servicios de salud y déficit de personal		Personal de FOSALUD designado para atenciones médicas y búsqueda de SR en horario ampliado.	FOSALUD
	Aumentar la oferta de servicios a través de ECOS en los municipios con mayor carga de tuberculosis.	Personal de ECOS capacitado y equipado para la captación de sintomáticos, detección de casos y educación en salud.	MINSAL, ISSS, ISBM, SM, FOSALUD, sociedad civil, ONGs, centros penales, ISNA
	Ejecución de actividades de promoción, educación a través de medios locales incluyendo la promoción de derechos y deberes de las personas con TB., Reducción de estigma y discriminación.	Desarrollo de mensajes educativos en TB por los diferentes medios Incluye la promoción de mecanismos alternativos de provisión de servicios de salud para evitar riesgos a la seguridad del personal y de los pacientes, por el accionar de la delincuencia social.	MINSAL, ISSS, ISBM, SM, FOSALUD, sociedad civil, ONGs
BRECHA	ACTIVIDADES	IMPLEMENTACION	RESPONSABLE
1. Limitada cobertura y acceso a los servicios de salud y déficit de personal	Tamizaje de contactos de casos de tuberculosis, todas las formas.	Búsqueda, descarte y seguimiento de contactos con apoyo de las comunidades; de acuerdo a los lineamientos para menores de 5 años y mayores de 5.	MINSAL, ISSS, ISBM, SM, FOSALUD
	Detección y referencia del sintomático respiratorio y soporte emocional a personas en tratamiento de TB y sus familiares.	Seguimiento a contactos con apoyo de las comunidades.	MINSAL, ISSS, ISBM, SM, FOSALUD, sociedad civil, ONGs, y otras instituciones que provean servicios de salud
	Educación en salud para las comunidades utilizando material educativo sobre sobre tuberculosis y control de infección de tuberculosis a nivel de los hogares	Producción, impresión y distribución de materiales educativo a establecimientos de salud y a otros aliados en la respuesta a la TB.	MINSAL, sociedad civil, ONGs
	Incrementar el conocimiento sobre las condiciones que intervienen, favorables y desfavorables, en la detección de los casos de TB, en los diferentes niveles de atención del SNS para diseñar	Abordar los determinantes que condicionan o influyen en la detección tardía de los casos de TB.	MINSAL, ISSS, academia

	estrategias de intervención para la detección temprana de TB (Actividad coordinada con instituciones formadoras de recursos de salud y sus estudiantes).		
	Realización de investigaciones operativas a nivel de regiones de salud, divulgación y/o publicación de investigaciones realizadas por personal de salud capacitado (y diplomado).	Investigaciones epidemiológicas y operativas en los municipios de mayor carga o de silencio epidemiológico para identificar causa de brechas de captación de SR y detección de casos y estudio sobre evidencia entre la asociación de TB y DM	MINSAL, ISSS, privados, academia

BRECHA	ACTIVIDADES	IMPLEMENTACION	RESPONSABLE
2. Déficit de insumos críticos, infraestructura inadecuada, equipo obsoleto y de bajo rendimiento en el SNIS.	Ampliar y equipar la red de diagnóstico de tuberculosis, con acceso a cultivo, microscopia y pruebas moleculares.	Equipamiento de Red de laboratorios MINSAL. (En laboratorios locales y centros de referencia de control de calidad del país).	MINSAL
		Fortalecimiento con mobiliario, equipo e insumos para el diagnóstico a través de baciloscopía, cultivo BAAR y pruebas moleculares.	MINSAL
	Realizar control de calidad de baciloscopías a laboratorio del SNIS	Supervisión, monitoreo y evaluación para el control de calidad de baciloscopía con equipos multidisciplinarios.	MINSAL, ISSS
	Apoyo con insumos básicos a UCSF, y otras dependencias que realizan búsqueda de SR, detección y atención de casos de TB y seguimiento a contactos como alcaldías, organizaciones de sociedad civil, ONGs ubicadas en los municipios de mayor carga.	Provisión de insumos gastables para la atención, diagnóstico y tratamiento y sistema de registro de información.	MINSAL, ISSS, ISBM, SM, FOSALUD, cooperación, alcaldías
4. Inconvenientes logísticos para toma, transporte, procesamiento y retorno de la respuesta de las muestras de esputo.	Apoyo a la red de recolección y transporte de muestras de esputo para diagnóstico de TB. dentro de las RIIS	Fortalecer la red de transporte de muestras a nivel nacional a fin de que los resultados estén el menor corto plazo posible.	MINSAL, Instituto Nacional de Salud
	Control de calidad de las pruebas diagnósticas, de tipificación y sensibilidad de forma anual al laboratorio supra nacional.	Envío anual a laboratorio supranacional de referencia para control de calidad de medios y tipificación o control de calidad de crecimiento de colonias (cepas)	MINSAL

BRECHA	ACTIVIDADES	IMPLEMENTACION	RESPONSABLE
4. No siempre todos los proveedores del Sistema de Salud utilizan los ITJ y los recursos y/o tecnología disponible para el diagnóstico de la TB	Ampliar y equipar la red de diagnóstico de tuberculosis, con acceso a pruebas moleculares inclusión de nueva tecnología con medios líquidos entre otros.	Equipamiento, insumos y mantenimiento del equipo de diagnóstico de biología molecular, medios líquidos y otros que se adquieran para el mejoramiento de la capacidad diagnóstica.	MINSAL
	Ampliar la detección de los casos de tuberculosis a través de los equipos comunitarios de salud familiar, comités de salud municipales, ADESCOS y líderes comunitarios, ONGs (Engage TB).	Equipos comunitarios capacitados para la búsqueda de sintomáticos respiratorios en las comunidades, coordinados por UCSF y ECOS	MINSAL, ISSS, ISBM, SM, FOSALUD, sociedad civil privados, cooperación, alcaldías
	Capacitación permanente a proveedores de salud del SNIS en diagnóstico tratamiento seguimiento de contactos, metodología diagnóstica y/o utilización de nuevas herramientas en la prevención y control de la tuberculosis incluyendo otros proveedores	Formación en TB a personal del SNS, y organizaciones de sociedad civil.	MINSAL, ISSS, ISBM, SM, FOSALUD, sociedad civil, ONGs

BRECHA	ACTIVIDADES	IMPLEMENTACION	RESPONSABLE
VIH			
<p>5. Limitado tamizaje para el descarte de TB en el 100% de las personas con VIH, por incumplimiento de norma y por insuficiente cantidad de insumos.</p>	<p>Intensificar en el SNIS el descarte de TB en personas con VIH para proporcionar tratamiento para la TB activa, profilaxis con TMP/SMX y desde las CAI implementar los ARV de forma oportuna.</p> <p>Mantener/fortalecer los comités de coinfección TB/VIH en todos los niveles de atención (Nacional, Regional e Intrahospitalarios).</p> <p>Monitoreo interdisciplinario y multisectorial de las actividades colaborativas TB/VIH, comorbilidades y el control de infecciones.</p> <p>Implementar la detección, control, tratamiento de TB y Coinfección TB/VIH de manera precoz aplicando los nuevos algoritmos establecidos para poblaciones de alto riesgo.</p>	<p>Formación de personal en el SNIS, desarrollo de infraestructura y dotación de equipo.</p>	<p>SNS</p>
<p>6. Limitada implementación de los lineamientos técnicos para la atención de la Infección Latente por Tuberculosis y aumento de la cobertura de TAR en el SNIS.</p>	<p>Aplicación del tratamiento para la ILTB y TAR temprano a todos los pacientes que la requieran de los grupos vulnerables en el SNIS.</p> <p>Aumentar la dispensación de TAR en el 100% en todos los coinfectados TB/VIH.</p>	<p>Impresión de documento: «Lineamientos técnicos para la atención de la Infección Latente por Tuberculosis en El Salvador» y socialización del documento.</p>	<p>MINSAL</p>
<p>7. Persiste en algún personal de salud responsable de la atención a los pacientes, estigma y discriminación para atender con calidad a los afectados.</p>	<p>Ejecución de actividades de promoción, educación a través de medios locales (teatros, títeres, foros, perifoneo, a través de los diferentes medios de comunicaciones, incluyendo las redes sociales promoviendo los de derechos y deberes de las personas con TB, TB/VIH y reducción de estigma y discriminación.</p>	<p>Personal de Salud sensibilizado realizando promoción y educación a través de medios de comunicación local y capacitación en la utilización de medios.</p>	<p>MINSAL</p>

BRECHA	ACTIVIDADES	IMPLEMENTACION	RESPONSABLE
<p>8. Deficiente manejo del sistema de referencia y retorno de personas TB/VIH y diagnóstico de VIH/TB.</p>	<p>Homologar la ruta crítica de referencia y retorno con énfasis en el seguimiento al paciente.</p>	<p>Aplicación de instrumentos de registro y plataformas tecnológicas de referencia y retorno establecidos a través de la estrategia de abordaje multisectorial para la integración de las actividades colaborativas TB/VIH.</p>	<p>MINSAL</p>
<p>9. La Mortalidad por Coinfección TB/VIH es todavía muy alta.</p>	<p>Operativizar las actividades colaborativas TB/VIH</p> <p>Proporcionar TMP/SMX (TPC) a pacientes coinfectados TB/VIH según se establece en los lineamientos nacionales emanados del MINSAL como ente rector.</p> <p>Proporcionar TAR a pacientes coinfectados TB/VIH en el primer nivel de atención.</p> <p>Establecer, coordinar y gestionar el establecimiento de los servicios integrados de TB y VIH para realizar diagnósticos oportunos en el primer y segundo nivel de atención.</p> <p>Evaluación de la actividades colaborativas TB/VIH con el SNS a través de los lineamientos técnicos de monitoreo y evaluación para las actividades colaborativas TB/VIH.</p>	<p>Elaborar y socializar el Lineamiento técnico de monitoreo y evaluación para las actividades colaborativas TB/VIH.</p> <p>Dispensación de TAR a pacientes coinfectados TB/VIH de acuerdo a los servicios integrados TB y VIH según la OMS en el primer nivel de atención.</p> <p>Diseñar y remodelar infraestructura adecuada en el control de infecciones en el primer y segundo nivel de atención.</p> <p>Adquisición de insumos de bioseguridad y protección personal para el control de infecciones</p>	<p>SNS</p>

		respiratorias y otras como SARS-CoV-2. Seguimiento y evaluación de las actividades colaborativas y de integración TB/VIH en el SNS a través de reuniones evaluativas de calidad.	
10. Baja cobertura en el Tratamiento para la Infección Latente por Tuberculosis en grupos vulnerables.	Actualización de conocimientos en el personal de atención clínica y operativa del SNIS y servicios de salud privados, para iniciar de manera inmediata el tratamiento de la ILTB en los diferentes grupos vulnerables. Coordinar la gestión de la compra de Isoniacida por cada proveedor del SNIS a través del MINSAL.	Fortalecimiento al Recurso Humano en la administración de la Isoniacida en los grupos vulnerables.	SNS

BRECHA	ACTIVIDADES	IMPLEMENTACIÓN	RESPONSABLE
Trabajadores de salud			
11. Plan de control de infecciones no implementado en el 100% de los servicios de salud a nivel nacional.	Socializar los “Lineamientos técnicos para el control de infecciones con énfasis en tuberculosis” que establecen las medidas a ser implementadas a nivel nacional, establecimientos de salud, sitios de congregación y a nivel de hogar, para prevenir y controlar la transmisión de la TB.	Divulgación de los “Lineamientos técnicos para el control de infecciones con énfasis en tuberculosis” a personal multidisciplinario de los diferentes niveles de atención del sector salud.	SNS

<p>12. No se ha operativizado en el 100% de niveles de atención y otros proveedores de salud los esquemas de tamizaje rutinario de TB en personal de mayor riesgo.</p>	<p>Fortalecer las acciones de promoción y educación en salud en el componente de control de infecciones en el SNS. Capacitaciones sobre control de infecciones.</p>	<p>Diseño, elaboración y socialización de material educativo en el control de infecciones en la población general y los trabajadores de salud utilizando algunas herramientas como la etiqueta de la tos, higiene respiratoria y protección respiratoria.</p> <p>Actualización de conocimientos para profesionales de la salud.</p>	<p>MINSAL</p>
	<p>Diagnóstico de la TB en trabajadores de salud de nuevo ingreso y/o riesgo y vulnerabilidad del MINSAL, ISSS y otros prestadores de servicios de salud, en ambientes de atención sanitaria a través de tamizajes anuales periódicos y sistemáticos.</p> <p>Fortalecer el sistema de información para monitorear la transmisión de la TB en trabajadores de salud.</p>	<p>Proveer recursos médicos, materiales e insumos (RX, PPD, INH entre otros) para la atención médica a trabajadores de salud para el descarte de TB, diagnóstico y tratamiento de la TB y/o tratamiento de la ILTB.</p> <p>Entrenar y capacitar a los trabajadores de salud del establecimiento sobre las principales medidas de prevención y control de la transmisión del M. tuberculosis.</p> <p>Establecer y coordinar la vigilancia de la enfermedad tuberculosa en trabajadores de salud con el SNIS mediante la elaboración y socializar el informe anual de vigilancia con las jefaturas y el personal del establecimiento.</p> <p>Mantener la confidencialidad y ética de las personas afectadas para evitar el estigma y discriminación</p>	<p>MINSAL e ISSS</p>

BRECHA	ACTIVIDADES	IMPLEMENTACION	RESPONSABLE
Privados de Libertad			
13. Infraestructura inadecuada y bajo presupuesto para la atención integral de la población privada de libertad (insumos médicos, reactivos (Gene Xpert, placas rayos X).	Gestionar el fortalecimiento y equipamiento de áreas TAES en clínicas del sistema penitenciario	Readecuación de infraestructura, adquisición de mobiliario, equipo e insumos para las clínicas de los centros penales.	Dirección general de centros penales
	Mejorar diagnóstico de TB en el sistema penitenciario con pruebas moleculares y de gabinete como rayos X,	Provisión de insumos, material consumible y mantenimiento de equipo para el diagnóstico de TB en Centros Penitenciarios.	Dirección general de centros penales
14. Barrera al acceso de la atención en salud al interior de los centros penitenciarios, impuesta por los líderes de las pandillas, lo que dificulta el seguimiento y la adherencia al tratamiento de la ILTB y ARV.	Formación de comisiones de PL afectados por TB, actualización en la normativa de TB, y uso de nuevos métodos diagnósticos para personal multidisciplinario del sistema penitenciario.	Jornadas de actualización en TB con personal de centros penales, policía nacional civil (bartolinas), personal del ISNA y capacitación de voluntarios PPL	MINSAL, ISSS, ISBM, SM, FOSALUD, sociedad civil, ONGs
	Gestionar la contratación de RRHH para cubrir la necesidad	Contratación de RRHH (multidisciplinario) en la cantidad suficiente para cubrir la necesidad	DGCP
15. Insuficiente número de recursos humanos en salud en los centros penales			

BRECHA	ACTIVIDADES	IMPLEMENTACION	RESPONSABLE
TB/DM y otras enfermedades inmunosupresoras, y otras crónicas no trasmisibles.			
16. Estrategia TB/DM está implementada como prueba piloto en 36 establecimientos de primer nivel en todo el país	Descarte de la TB en personas con diabetes, Descarte de diabetes en paciente SR con 1 factor de riesgo de padecer diabetes, vigilancia periódica a todos los casos de comorbilidad, descarte de diabetes a todos los casos de tb.	-Fortalecimiento de los servicios de salud con provisión de equipo e insumos para apoyo en el diagnóstico de DM. -Fortalecimiento del recurso humano para la ampliación de la estrategia en la totalidad de establecimientos de salud.	MINSAL, ISSS, ISBM, SM, FOSALUD, sociedad civil
17. No se realiza tamizaje para pacientes crónicos	Integrar el manejo de casos de TB con otras enfermedades no trasmisibles tales como HTA, IRC, ASMA, EPOC entre otras en coordinación con la DENT	Coordinación Inter programática con la DENT (Dirección de enfermedades no trasmisibles) para integrar el manejo de pacientes con enfermedades no trasmisibles tales como: HTA, IRC. Fortalecimiento del recurso humano para su implementación.	MINSAL, ISSS, ISBM, SM, FOSALUD, sociedad civil
18. Inexistencia de acuerdos o cartas convenios con asociaciones u ONG que trabajan con poblaciones de riesgo.	Establecer convenios con la Asociación Salvadoreña de Diabéticos, renales, entre otras	Propiciar socios con Junta Directiva de ASADI para la firma de convenios de asistencia para el control de la TB en pacientes con DM, HTA, renales y otras ONG's.	MINSAL, ISSS, sociedad civil , ONG's, proveedores privados, cooperación
19. No hay búsqueda de casos estandarizada para población afectada con determinantes sociales. No uso de pruebas moleculares para el descarte precoz de TB en drogadictos, alcohólicos y personas en situación de calle en albergues y centros de reunión entre otros.	Diagnóstico precoz de la TB en personas afectadas por determinantes sociales. Búsqueda activa de TB en grupos con problemas de determinantes sociales, adictivos, en casas de día, albergues, casas de alcohólicos anónimos y otros.	Elaboración, actualización o ratificación de convenios con instituciones que trabajan con poblaciones que presentan determinantes sociales para padecer TB (adictos a sustancias psicoactivas ilícitas, en casas de día, albergues, casas de alcohólicos anónimos y otros) Fortalecimiento de las capacidades del personal de salud en la Iniciativa de control de la Tuberculosis en las grandes ciudades.	MINSAL, ISSS, ISBM, SM, FOSALUD, sociedad civil , centros penales, proveedores privados, municipalidades.

		<p>Mapeo de las instituciones, establecer alianzas o convenios con albergues, de los 4 distritos de la alcaldía de San Salvador.</p> <p>Búsqueda activa de tuberculosis (SR) a través de prueba molecular rápida MTB/RIF en drogadictos, alcohólicos y personas en situación de calle en albergues, asilos, comedores públicos y centros de reunión entre otros.</p>	
BRECHA	ACTIVIDADES	IMPLEMENTACION	RESPONSABLE
21. Poca realización de estudios de investigación para sustentar la asociación de TB/DM, HTA y prevalencia de TB en grupos vulnerables.	Promover la investigación clínica y operativa sobre temas relevantes de la agenda nacional de investigaciones en TB	Difundir la agenda de investigación con docentes y estudiantes de diversas disciplinas que cursan diplomados y maestrías. Asistencia técnica para levantamiento de línea de base en la caracterización de ciudades a intervenir con iniciativa de grandes ciudades (Santa Ana, Sonsonate, San Miguel)	MINSAL, ISSS, ISBM, SM, FOSALUD, sociedad civil, centros penales, privados, cooperación
	Asegurar el diagnóstico precoz de la TB en personas afectadas por determinantes sociales aplicando iniciativa de tuberculosis en las grandes ciudades de OPS.	Diseño y reproducción de material educativo y promocional para la difusión de la iniciativa tuberculosis en las grandes ciudades	MINSAL, ISSS, FOSALUD, sociedad civil, privados, cooperación, alcaldías
22. Déficit en la búsqueda activa de SR para el descarte de TB en grupos de población con problemas sociales y adictivos	Búsqueda activa en grupos con problemas sociales y adictivos, en casas de día, albergues, casas de alcohólicos anónimos y otros	Implementar la iniciativa tuberculosis de grandes ciudades.	MINSAL, ISSS, ISBM, SM, FOSALUD, sociedad civil, centros penales, privados, municipalidades
23. Poca o ninguna coordinación con casas de día, albergues, casas de alcohólicos anónimos u otros para la atención de estos grupos	Promover el diagnóstico precoz y el manejo de casos de TB en personas afectadas por determinantes sociales y otros grupos vulnerables, con la iniciativa tuberculosis en las grandes ciudades.	Coordinar con las municipalidades para la búsqueda activa de casos sospechosos de tuberculosis en albergues, asilos, dormitorios públicos y en personar en situación de calle.	
Personal de Salud			
24. Plan de control de infecciones no implementado en el 100% de los servicios de salud a nivel nacional.	Socializar estrategia nacional de control de infecciones de la tuberculosis a personal multidisciplinario de los diferentes niveles de atención del sector salud.	Divulgación de la Estrategia nacional de control de infecciones con énfasis en TB y otras enfermedades respiratorias a personal multidisciplinario de los diferentes niveles de atención del sector salud.	MINSAL, ISSS, ISBM, SM, FOSALUD, sociedad civil, centros penales, privados, cooperación

25. No se ha definido un esquema de tamizaje rutinario de TB en personal expuesto o en mayor riesgo por contacto frecuente con pacientes.	Capacitaciones sobre control de infecciones.	Actualización de conocimientos para profesionales de la salud.	MINSAL, ISSS, centros penales
	Diagnóstico de la TB en trabajadores de la salud del MINSAL y otros prestadores de salud.	Atención médica a trabajadores de salud para diagnóstico de TB	MINSAL, ISSS y otros prestadores de salud
BRECHA	ACTIVIDADES	IMPLEMENTACION	RESPONSABLE
26. Equipo obsoleto, infraestructura inadecuada y deteriorada. 27. Deficiente diseño médico-arquitectónico en hospitales y otras unidades, específicamente en áreas de aislamiento y áreas de procedimientos.	Ampliar y equipar la red de diagnóstico de tuberculosis, con acceso a cultivo, microscopia y pruebas moleculares	Adecuación de infraestructura para control de infecciones e instalar cámaras de flujo laminar para bioseguridad de recursos de laboratorio.	MINSAL, ISSS
28. Insuficiente capacitación de personal multidisciplinario de salud a nivel nacional, en el control de infecciones de la tuberculosis, lo que les genera una falsa percepción de protección frente a estas.	Ejecución de medidas de bioseguridad en la red de laboratorios clínicos que hacen diagnóstico de tuberculosis	Provisión de insumos para profesionales de laboratorio que realizan baciloscopía.	
Población Pediátrica.			
29. Poco entrenamiento de pediatras para el abordaje de TB infantil y demás personal encargado en la atención de la población infantil.	Formación de recurso en el área de pediatría para fortalecer el diagnóstico clínico, epidemiológico, radiológico, anatomopatológico, microbiológico.	Actualización de guía para diagnóstico y manejo de TB infantil.	SNS
		Gestionar la implementación de talleres, jornadas o postgrados para el fortalecimiento del personal de salud encargado en la atención de la población infantil con tuberculosis.	MINSAL, ISSS, ISBM, SM, FOSALUD
	Desarrollar herramientas educativas con información actualizada para personal de salud que atiende población infantil.	Diseño e impresión de Material educativo de TB infantil.	MINSAL, ISSS, centros penales

30. Deficiencia en la disponibilidad de métodos diagnósticos innovadores para el diagnóstico de TB en la población pediátrica.	Adquirir equipo de laboratorio para nuevos métodos diagnósticos para la población pediátrica.	Gestionar la compra de equipo prueba molecular rápida Ultra.	SNS
BRECHA	ACTIVIDADES	IMPLEMENTACION	RESPONSABLE
MEDICAMENTOS. (SE HA AGREGADO ESTE FILA).			
31. Falta de medicamentos antifímicos en presentaciones pediátricas y otros insumos.	Fortalecer el diagnóstico clínico, epidemiológico (contacto), tuberculina (PPD), en población infantil.	Aplicación de PPD como apoyo diagnóstico en la población infantil.	MINSAL
32. No disponibilidad de nuevos métodos diagnóstico como el Gene Xpert MTB/Rif en establecimientos de prioridad.	Fortalecer el diagnóstico clínico, epidemiológico (contacto), radiológico, anatomopatológico, microbiológico (baciloscopia y cultivo de esputo, aspirado gástrico y otras muestras).	Dotación de equipo Gene Xpert para el diagnóstico precoz de la TB infantil	MINSAL
33. Falta de equipo diagnóstico como broncoscopio infantil, indispensable para facilitar el diagnóstico en pacientes pediátricos.	Fortalecer el diagnóstico clínico, epidemiológico (contacto), radiológico, anatomopatológico, microbiológico (baciloscopia y cultivo de esputo, aspirado gástrico y otras muestras).	Equipamiento para diagnóstico de pacientes pediátricos	MINSAL
34. Falta de estandarización en el abordaje integral de la tuberculosis en la población migrante	Fortalecer el diagnóstico y seguimiento oportuno y adecuado de todas las personas migrantes que cumplen con el criterio de tb presuntiva, caso de tb, ILTB; hasta completar el tratamiento o descartar la enfermedad. Captación y manejos de casos de TB en las fronteras. Fortalecer las coordinaciones entre programas de Tb. Descarte de TB en población inmigrante que ingresa por trabajos temporales al país.	-Inclusión del abordaje integral de TB en migrantes en Norma y lineamientos de Control para la Tuberculosis -Fortalecer las coordinaciones entre los Establecimientos de salud y la DAMI (Dirección de Atención al Migrante). -Coordinación y seguimiento de referencias binacionales. -Búsqueda activa y seguimiento de casos. -elaboración de material educativo para pacientes. Implementar la estrategia de control de la TB en poblaciones migrantes con enfoque intercultural priorizando entre otras: en zonas fronterizas, población retornada para la captación, tratamiento, referencia y	MINSAL, Cooperación, FOSALUD, DAMI, Unidad por Derecho a la Salud, Oficina Sanitaria Internacional (OSI), Cure TB. dirección de vigilancia sanitaria

		<p>retorno de los casos, en coordinación con las oficinas sanitarias internacional</p> <p>Tamizaje y atención integral en TB en lugares de trabajo temporales y en sitios fronterizos para captación y manejos de casos de TB.</p>	
Pandillas y Maras			
<p>35. Limitado acceso del personal de salud y pocas organizaciones, instituciones o sectores de sociedad civil que trabajen zonas de control de pandillas, para acciones de prevención y control de la tuberculosis.</p>	<p>Abordaje de pandillas o maras en ámbitos a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Intervenciones en los centros penales (30% de la población pandillera) · Búsqueda de contactos de los pandilleros diagnosticados en centros penales (familiares en la comunidad). · Trabajo en las comunidades más afectadas por violencia 	<p>Accesando en las áreas controladas por pandillas a través de ONG´s o iglesias que trabajan en programas de reinserción social de pandilleros y otras ONG´s activas en las comunidades. Para que incluyan en sus programas y agendas la capacitación de SR, búsqueda de casos y contactos de TB, TB/VIH y sean diagnosticados y tratados de forma precoz.</p> <p>Considerando la reciente aprobación de la Estrategia Nacional contra la Violencia, el programa buscara establecer acciones para poder ampliar acceso a estas poblaciones con las entidades responsables para la implementación de dicha Estrategia.</p>	<p>MINSAL, ISSS, ISBM, SM, FOSALUD, sociedad civil, centros penales, privados, cooperación</p>

Linea Estrategica 2:

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TB Y TB FARMACORRESISTENTE.

El tratamiento continuará siendo estandarizado, gratuito y estrictamente supervisado, universal, libre de prácticas y actitudes de discriminación con la participación directa del equipo técnico del PNTYER, como de todo el personal involucrado en el trabajo en contra de la tuberculosis con el objetivo de garantizar la adherencia al tratamiento en toda la población afectada y asegurar las tasas de éxito y de curación proyectadas por el país como de los organismos internacionales; en tal sentido y en función a las directrices de la Estrategia Mundial «Fin de la TB», se han definido los siguientes objetivos:

Objetivos estratégicos.

1. Proporcionar tratamiento oportuno a todas las personas con TB sensible y farmacorresistente.
2. Curar todos los casos de TB tanto sensible como farmacorresistente.
3. Iniciar el proceso de control avanzado para la eliminación de la Tuberculosis como problema de Salud Pública con la implementación de intervenciones eficaces.
4. Realizar vigilancia permanente de la TB farmacorresistente a través de pruebas convencionales y moleculares en el SNIS para su tratamiento precoz.
5. Acceso universal a pruebas de sensibilidad; tamizaje sistemático de los contactos y grupos de alto riesgo para la TB RR y TB-MDR.
6. Aumentar la capacidad instalada para realizar cultivos, tipificación, resistencia y control de calidad de drogas .
7. Tratar exitosamente todos los casos de TB farmacorresistente acorde a las directrices de la OMS.

Para lograr los objetivos estratégicos anteriores y superar las brechas establecidas se realizaran las actividades y tareas tales como: la vigilancia rutinaria de los pacientes sospechosos de farmacorresistencia, nuevos y antes tratados; la expansión de pruebas diagnósticas moleculares Xpert MTB/RIF y otras pruebas para reciente implementación (pruebas líquidas) principalmente en los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad para desarrollar farmacorresistencia.

BRECHA	ACTIVIDADES	IMPLEMENTACION	RESPONSABLE
1. Limitada cobertura y acceso a los servicios de salud y déficit de personal capacitado.	Gestionar todos los procesos administrativos, gerenciales, financieros y de adquisición de suministros básicos para garantizar el TAES a todas las personas diagnosticadas con TB, con calidad y calidez libre de prácticas y actitudes de discriminación.	Apoyo y compromiso administrativo y gerencial para obtener los insumos y medicamentos de primera y segunda línea oportunos y necesarios para garantizar el TAES en todo el territorio nacional, incluyendo nuevos medicamentos para esquemas acortados de segunda línea.	MINSAL, ISSS ISBM, SM, CP
	Proporcionar TAES a todas las personas con TB, todas las formas, con medicamento de primera y segunda línea,	Implementar TAES a los casos de TB y seguimiento de pacientes y contactos.	MINSAL, ISSS, ISBM, SM, CP FOSALUD, sociedad civil capacitada
	Proporcionar soporte nutricional a los pacientes afectados por TB con desnutrición	Abastecimiento de Suplemento nutricional a pacientes afectados con TB.	MINSAL
	Capacitar a personal de salud que atiende a pacientes con TB y TB DR incorporando derechos humanos y género.	Socialización de norma, guía, lineamiento, módulos TAES de TB para asegurar el conocimiento en el personal de salud.	MINSAL, ISSS, ISBM, SM, CP.
BRECHA	ACTIVIDADES	IMPLEMENTACION	RESPONSABLE
2. Déficit de insumos críticos, infraestructura inadecuada, equipo obsoleto y de bajo rendimiento en el SNS.	Desarrollo de jornadas sobre cambio de comportamiento con personal de salud con calidad y calidez, libre de prácticas y actitudes de estigma y discriminación.	Formación, retroalimentación y sensibilización sobre cambio de comportamiento para trabajadores de salud y afectados en 5 Regiones.	MINSAL, ISSS, ISBM, SM, FOSALUD
	Gestionar la compra y adquisición de equipos de protección personal que son necesarios para ser utilizados en las áreas TAES y de laboratorio.	Abastecimiento de todo el equipo necesario para el adecuado control de infecciones.	MINSAL, ISSS
	Gestionar la readecuación de la infraestructura para mejorar el control de infecciones en las áreas TAES y de laboratorio.	Fomentar medidas administrativas y gerenciales que faciliten el adecuado control de infecciones.	MINSAL, ISSS, ISBM, CP, FOSALUD.

	Proporcionar la adecuada conservación y almacenamiento de los medicamentos de primera y segunda línea para todas las personas diagnosticadas con TB de todas las formas.	Adecuación de infraestructura en bodegas y almacenes de medicamentos, atendiendo normativa y lineamientos internacionales.	MINSAL, ISSS
	Garantizar el adecuado funcionamiento de las cabinas de bioseguridad, microscopios, equipos de pruebas moleculares y demás insumos críticos para el adecuado funcionamiento de la red de laboratorios del sistema nacional de salud.	Gestionar la compra, reposición y el mantenimiento preventivo y/o correctivo de todo el equipo y mobiliario de los laboratorios de la red nacional de salud.	MINSAL, ISSS, CP
	Garantizar la compra de insumos de laboratorio tales como: frascos de esputo, láminas, cartuchos de pruebas moleculares, tubos de ensayos, insumos para medios de cultivos y reactivos, entre otros.	Gestionar la compra de insumos para el adecuado funcionamiento de los laboratorios de la red nacional de salud.	MINSAL, ISSS, CP
3. Problemas logísticos para entrega de tratamiento seguimiento y de casos	Monitoreo clínico, microbiológico, por imágenes u otro método diagnóstico según norma aprobada por el MINSAL, para seguimiento de la evolución de la enfermedad	Desplazamiento de equipo multidisciplinario de salud, realizando controles clínicos a personas diagnosticadas con tuberculosis bajo TAES	MINSAL, ISSS, ISBM, SM, FOSALUD
		Realización de visitas domiciliarias para seguimiento a las personas diagnosticadas con tuberculosis bajo TAES.	MINSAL, ISSS, ISBM, SM, FOSALUD, sociedad civil
	Brindar a los pacientes y la familia soporte emocional para continuar el tratamiento.	Personal multidisciplinario de salud brindando consejería en centros de atención y visitas domiciliarias al paciente.	MINSAL, ISSS, ISBM, SM, FOSALUD, sociedad civil
	Presentación de avances en el seguimiento de las cohortes de pacientes TB, resultados de estudios, logros epidemiológicos y reconocimientos a las organizaciones de sociedad civil que brindan TAES y seguimiento de casos.	Coordinación de las RIIS y participación multisectorial en los tres niveles de atención.	MINSAL, ISSS, ISBM, SM, FOSALUD, sociedad civil
	Coordinar con organizaciones de la sociedad civil para garantizar la entrega y administración del TAES a todos los enfermos de TB en zonas y áreas de riesgo social.	Gestionar la entrega de TAES para los enfermos de TB con las diferentes organizaciones de la sociedad civil.	MINSAL, ISSS, ISBM, SM, FOSALUD, sociedad civil

BRECHA	ACTIVIDADES	IMPLEMENTACION	RESPONSABLE
4. Limitada oferta de servicios diagnósticos a grupos de población con más riesgo de farmacorresistencia (privados de libertad, alcohólicos, usuarios de drogas, residentes en áreas con altos índices de violencia, etc.)	Dotación de suministros e insumos necesarios para el diagnóstico de la tuberculosis, TB/VIH y TB-MDR en la red nacional de laboratorios.	Provisión de insumos y materiales para la realización de pruebas de sensibilidad y pruebas moleculares para la red de laboratorios MINSAL y red del ISSS	MINSAL, ISSS
	Implementación de nuevos métodos diagnósticos para la TB-MDR (lipas, genotype y cultivos líquidos).	Gestionar la compra, adquisición, mantenimiento de todo el equipo para los nuevos métodos diagnósticos.	MINSAL, ISSS
	Masificar la prueba molecular Xpert MTB/RIF para detección temprana de la fármaco resistencia.	Gestionar la compra completa de más equipos y de insumos de Xpert MTB/RIF para la detección de TB RR y DR.	MINSAL, ISSS
5. Limitada capacidad instalada en cuanto a métodos diagnósticos rápidos para la detección precoz de TB farmacorresistente.	Gestionar la adquisición de equipo e insumos para mejorar la capacidad instalada en el diagnóstico de TB farmacorresistencia.	Gestionar la compra de equipo e insumos para mejorar la capacidad instalada en el diagnóstico de TB farmacorresistencia.	MINSAL, ISSS
6. Coordinación inefectiva dentro del SNS en el cumplimiento de los instrumentos técnicos jurídicos relacionados a la búsqueda y manejo de la TB farmacorresistente.	Socialización al 100% de los trabajadores del SNS de los instrumentos técnicos jurídicos para el diagnóstico y tratamiento de la TB farmacorresistente.	Supervisar el cumplimiento de los instrumentos técnicos jurídicos relacionados con el diagnóstico y manejo de la TB farmacorresistente.	MINSAL, ISSS

BRECHA	ACTIVIDADES	IMPLEMENTACION	RESPONSABLE
7. Inicio tardío del tratamiento de la TB farmacorresistente en algunas poblaciones como PPL.	Desconcentrar el tratamiento de TB farmacorresistente a las clínicas del sistema penitenciario.	Monitoreo continuo con los responsables de la atención de la TB farmacorresistente de las cinco regiones del país.	MINSAL, DGCP
	Garantizar la administración de la terapia a toda persona diagnosticada con farmacorresistencia de forma precoz y estrictamente supervisada.	Personal técnico clínico y de campo implementando TAES estrictamente supervisado a los casos de TB farmacorresistente.	MINSAL, DGCP
	Garantizar la existencia de medicamentos para la prevención de reacciones adversas o para efectos secundarios causados por las drogas de segunda línea.	Gestión y seguimiento oportuno que garantice el abastecimiento de medicamentos.	MINSAL, ISSS, DGCP
8. Dificultad para la accesibilidad hacia algunos sectores de la sociedad por riesgo social (pandillas), para el cumplimiento de TAES en los casos e PPL que son puestos en libertad.	Proporcionar TAES a todas las personas con TB farmacorresistente incluyendo a aquellas que viven en sitios y en condiciones vulnerables o de riesgo, utilizando nuevas tecnologías como: TAES por videollamadas, monitoreo a través de redes, entre otras.	Gestionar el apoyo con diferentes organizaciones, ONGs, OSC y la comunidad (APP), para la administración del TAES.	MINSAL, ISSS
9. Comorbilidades que afectan o aumentan el riesgo de muerte en pacientes con TB farmacorresistencia.	Manejo multidisciplinario del paciente con TB farmacorresistente que padezcan de otras comorbilidades.	Coordinar y fortalecer la evaluación por especialistas según sus comórbidos.	MINSAL, ISSS, DGCP

LÍNEA 3.

INTERSECTORIALIDAD Y MULTISECTORIALIDAD Y POLÍTICAS DE SALUD.

Generar las herramientas comunicacionales y reglamentación apropiada para un control efectivo de la Tuberculosis en los servicios de asistencia sanitaria del sistema nacional integrado de salud y otros sectores implementado políticas de salud en todos los niveles como: establecimientos de salud, sitios de congregación, hogares de pacientes utilizando las herramientas técnicas jurídicas o leyes que propicien un trabajo efectivo multisectorial y sumar esfuerzos en la lucha contra la TB con apoyo de la ONGs y la sociedad civil para lograr una respuesta sostenible en la prevención y control de la tuberculosis como problema de salud publica.

Objetivos estratégicos:

- 1- Fortalecer las coordinaciones interinstitucionales ajustando el marco jurídico.
- 2- Establecer planes estratégicos para el Sistema nacional de salud a mediano y largo plazo.
- 3- Fortalecer la integración de todos los actores del Sistema Nacional Integrado de Salud y de otros actores que proveen servicios de salud; ONGs, organizaciones de la sociedad civil a través de políticas intersectoriales.

BRECHA	ACTIVIDADES	IMPLEMENTACION	RESPONSABLE
1. Deficiente participación comunitaria para la aplicación de estrategia comunitaria de TB	Realizar planes de intervención de educación continua para la incorporación de actividades y tareas a nivel comunitario con todos los actores y sectores para ser sostenible la lucha contra la TB.	Planes de intervención y educación continua con todos los actores y sectores involucrados públicos, privados y sociedad civil ejecutándose con estrategias comunitarias incorporadas con componentes en la prevención y control de la TB.	Instituciones del SNS, actores públicos y privados y sociedad civil (anual)
	Implementación de la estrategia comunitaria y estrategia fin a la TB en la red de servicios de atención del MINSAL e ISSS	Instituciones del SNS y otros proveedores como la sociedad civil implementando la estrategia comunitaria a nivel nacional.	MINSAL, ISSS, BM y entre otros proveedores. (permanente)
2. Sistema de salud fragmentado.	Unificar a través del marco legal la oferta de servicios en la prevención y control de la tuberculosis en todos los proveedores de salud	Acceso y oferta de atenciones en salud para la captura y tratamiento de la tuberculosis en el Sistema Nacional de Salud.	SNIS

3. Incumplimiento de los instrumentos técnicos jurídicos en cuanto al manejo de la provisión de servicios originado por parte del ente rector.	Supervisión, monitoreo y evaluación de la aplicación de los ITJ incluyendo la ley de TB cuando esta sea publicada.	Supervisar monitorear y evaluar el cumplimiento de los ITJ y ley de TB.	Integrantes del SNIS
4. Planificación sanitaria a corto plazo	Planificar Políticas sanitarias a largo plazo.	Elaborar políticas sanitarias a largo plazo	MINSAL
5. Ausencia de un marco normativo y legal que apoye la coordinación entre actores, así como la priorización política de la respuesta a la TB	Talleres para informar la necesidad de contar con una ley de TB, garantizando la participación multisectorial, así como la inclusión en los planes de las instituciones su contribución en la lucha contra la TB.	Contar con una Ley y/o anteproyecto de ley que regule los mecanismos de articulación entre todos los sectores involucrados públicos y privados en la prevención y el control de la TB, garantizando la cobertura y continuidad de una política de Estado de lucha contra esta enfermedad a fin de hacer que por ley todos los proveedores de los servicios de salud y otros que influyen en las determinantes sociales o riesgo para la TB se involucren, presupuesten y ejecuten actividades en pro de mejorar la prevención y atención de la TB.	MINSAL, Regulación sector salud (2018-2019)
	Recuperación de costos de servicios prestados por el MINSAL a pacientes afiliados al ISSS	Firma de convenios	MINSAL e ISSS
	Realización de reuniones con la comisión de salud y de hacienda de la Asamblea Legislativa para buscar los mecanismos que propicien construir y aprobar con todos los actores y sectores la ley de TB	Contar con un anteproyecto de ley de TB con amplia participación multisectorial.	MINSAL, Regulación del Sector de Salud, área jurídica (2019-2020)

Línea Estratégica 4

FORTALECIMIENTO DE SISTEMA DE SALUD, SISTEMA DE INFORMACIÓN, VIGILANCIA E INVESTIGACIÓN. INNOVACION TECNOLOGICA, INTERCULTURALIDAD.

Objetivos estratégicos

1. Implementar el plan nacional de control de infecciones de la tuberculosis en la red de servicios de salud.
2. Fortalecer el marco normativo y logístico para la notificación de casos, registros vitales, calidad de los medicamentos y su uso racional, así como denuncia de la violación de los derechos humanos de los pacientes con TB.
3. Implementar un sistema de información electrónico de TB innovador.
4. Implementar la estrategia de abordaje de control de la TB ENGAGE TB e interculturalidad.
5. Desarrollo y generación de conocimiento científico a través de la investigación.

BRECHA	ACTIVIDADES	IMPLEMENTACION	RESPONSABLE
1. Necesidades de infraestructura, mobiliario y equipo.	Gestión para la readecuación de áreas de aislamiento en centros penales, exclusivamente para el aislamiento de los PL que son casos de TB. (Control de infecciones en sistema penitenciario).	Readecuación de áreas de aislamiento y equipamiento.	Dirección general de centros penales
	Adecuación de áreas de aislamiento respiratorio con control de infecciones con énfasis en tuberculosis en hospitales priorizados o de mayor carga de TB del país.	Contratación de una empresa para diseñar y readecuar áreas de aislamiento	MINSAL
	Gestionar la compra de insumos para el abordaje integral de las enfermedades respiratorias	Provisión de equipos e insumos para la atención de las enfermedades respiratorias.	MINSAL, ISSS, FOSALUD

2. Sistema de información en línea no en el 100% en la red de los servicios de salud para el registro de las variables de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes.	Implementación del sistema en línea de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con tuberculosis, TB/VIH y TB-MDR.	Implementación del sistema en línea de diagnóstico y seguimiento de pacientes con tuberculosis, TB/VIH y TB-MDR a nivel nacional.	MINSAL, Cooperación
	Capacitación a personal de establecimientos de salud, SIBASI y Regiones en el uso y manejo del nuevo sistema en línea de diagnóstico y seguimientos de pacientes con tuberculosis, TB/VIH y TB-MDR.	Fortalecer al personal de salud, SIBASI, Regiones y otros proveedores de en el uso y manejo del nuevo sistema en línea de diagnóstico y seguimientos de pacientes con tuberculosis, TB/VIH y TB-MDR.	MINSAL, ISSS, ISBM, SM, FOSALUD, sociedad civil, centros penales, privados, cooperación
3. El control de la TB no es atrayente para algunas ONG´s y organizaciones de la sociedad civil (ENGAGE TB)	Fortalecer de la capacidad de los líderes comunitarios, las ONG´s para que realicen el abordaje de la tuberculosis de manera sostenible.	Integrar las actividades comunitarias de lucha contra la tuberculosis en el trabajo de las organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones de la sociedad civil	MINSAL, Sociedad civil, líderes comunitarios, ONG´s
4. Para la lucha contra la Tuberculosis no siempre hay recursos financieros para asignar a la comunidad y la sociedad civil como un incentivo.	Capacitación a ONG´s y la sociedad civil para que gestionen apoyo financiero a otras instituciones que les puedan proveer o satisfacer necesidades dependiendo de la elegibilidad de estos organismos	Fortalecer las capacidades técnicas de las ONG´s, la sociedad civil para gestionar fondos	MINSAL, Sociedad civil, líderes comunitarios, ONG´s
5. Barreras interculturales, estigma y discriminación para la tuberculosis a nivel comunitario como un problema de salud pública.	Capacitación a personal de establecimientos de salud, SIBASI y Regiones en el abordaje de la salud intercultural, basado en los conocimientos ancestrales y cosmovisión.	Fortalecimiento de recurso humano en el abordaje intercultural.	SNIS
	Educación en salud intercultural para la población a través de material educativo (Brochure, afiches).	Producción, impresión y distribución de materiales educativo a establecimientos de salud y a otros aliados en la respuesta a la TB.	MINSAL, Sociedad civil, líderes comunitarios, ONG´s y la comunidad.

Línea Estratégica 5.

TRANSICIÓN, SOSTENIBILIDAD Y FINANCIAMIENTO.

1. Incrementar la financiación doméstica para la respuesta a la tuberculosis (financiación)
2. Fortalecer el uso eficiente de los recursos existentes (eficiencia)
3. Protección SOCIAL (En familias que sufren gastos catastróficos).
6. Humanización, género y derechos humanos en tuberculosis e instrumentos técnicos jurídicos que prolonguen en el tiempo la lucha contra la TB

El financiamiento externo está decreciendo y esta disminución supone la incorporación de líneas específicas a ser financiadas con presupuestos regulares nacionales para dar sostenibilidad a lo que anteriormente financiaba el FM u otro cooperante externo , en ese sentido se tiene previsto una última aplicación para el FM 2022-2024 con un monto de \$3.182,000 millones como fase preparatoria para la transición.

En tal sentido el país deberá hacer sostenible la lucha contra la TB a fin de mantener los objetivos, metas y logros alcanzados incorporando y financiando de forma permanente en los presupuestos regulares de las instituciones que conforman el SNIS, las diferentes intervenciones actividades y tareas que operativizan estos, en la lucha contra la tuberculosis, continuar con los compromisos establecidos y financiados por la cooperación externa, para lo cual se hace necesaria la planificación e incorporación de líneas específicas en los anteproyectos y presupuesto que se presentan al Ministerio de Hacienda cada año; para cuyo proceso es necesario pasar por un periodo de transición en que estas (actividades y tareas) e instituciones u organizaciones se empoderen como parte de la respuesta nacional de lucha contra la tuberculosis.

Objetivos Estratégicos

1. Fortalecer el marco regulatorio de la respuesta a la tuberculosis (governabilidad, liderazgo, derechos humanos y enfoque de género)
2. Incrementar la financiación doméstica para la respuesta a la tuberculosis (financiación)
3. Fortalecer el uso eficiente de los recursos existentes (eficiencia)
4. Fortalecer la participación comunitaria en la respuesta a la tuberculosis (participación).

5. Protección social a las familias afectadas por tuberculosis fin de que esta no represente un costo catastrófico

Para logara los objetivos anteriormente planteados el país hará los esfuerzos que se requieran para mantener una creciente dotación presupuestaria, El Salvador logrará una transición exitosa a través del abordaje de las siguientes brechas, actividades, tareas e intervenciones que a continuación se detallan:

BRECHA	ACTIVIDADES	IMPLEMENTACION / RESULTADO	RESPONSABLE / PERIODO
2. Aumentar la eficiencia de los recursos para atención de población en alta vulnerabilidad (PPL)	Continuar con las compras centralizadas de medicamentos e insumos para mejor compra y calidad de los productos	Se cuenta con medicamentos antituberculosis de 1ra y 2da línea e insumos para el control de la TB con oportunidad y buen control de calidad.	MINSAL, ISSS (permanente)
	Implementación de protocolos clínicos para el manejo estandarizados de casos y buen uso de los medicamentos.	Buen manejo de casos y contactos, disminución de la incidencia y mortalidad por TB.	Instituciones del SNS (permanente)
	Gestión de recursos en áreas prioritarias o donde exista necesidad.	Recursos contratados para la atención integral de la TB especialmente para la atención de grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad (PPL)	Dirección general de centros penales (permanente)
3. No inclusión en los presupuestos regulares (con fondos domésticos o nacionales) de líneas específicas para la sostenibilidad financiera.	Mesas de dialogo interinstitucional para la toma de decisiones y elaboración de planes de intervenciones y actividades para la sostenibilidad financiera.	Implementación de planes estratégicos institucionales a través de talleres de retroalimentación continuos a todos los sectores involucrados públicos y privados y sociedad civil en la prevención y el control de la tuberculosis, garantizando la cobertura y continuidad de una política de Estado de lucha contra esta enfermedad.	Autoridades del MINSAL, ISSS, FOSALUD; BM, Ministerio de Hacienda. y otros ministerios que colaboran en la lucha contra la tuberculosis. (permanente)
	Talleres de socialización de actividades y tareas a ser incorporadas en los presupuestos institucionales que colaboran con la lucha contra la tuberculosis	Aprobación del financiamiento contempladas en los presupuestos interinstitucionales que colaboran contra la lucha de la TB, para ser presentadas a las altas autoridades gubernamentales	Instituciones del SNIS, Ministerio de Hacienda y otras instituciones gubernamentales. (anual)
	Creación de partidas presupuestarias para financiar actividades (reactivos, insumos, Medicamentos de 1ra y 2da línea PDD entre otras).	Incorporación en el presupuesto de líneas financiadas con recursos nacionales.	UFI de las Instituciones del SNS y del sector. (anual)
	Realización de estudios MEGA TB	MEGA TB publicado	DIRPLAN, MINSAL Sector salud (anual)

VIII. MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN

El Monitoreo, supervisión y evaluación de este Plan Estratégico se fundamentan en cinco líneas estratégicas enfocadas dentro del marco de la Estrategia Mundial FIN DE LA TB. El Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias es el responsable del monitoreo, supervisión, evaluación y de la vigilancia epidemiológica de la tuberculosis en El Salvador.

Para ello cuenta, con un sistema de registro nacional constituido por instrumentos denominados PCT (Programa de Control de la Tuberculosis), y al momento son la fuente primaria de información con los que se alimentan los diferentes sistemas electrónicos institucionales, entre ellos SEPS: Sistema Estadístico de Producción de Servicios; SIAP: Sistema Integral de Atención al Paciente; SINAB: Sistema de Nacional de Abastecimiento; SUIIS: Sistema Único de Información en Salud; SIMMOW: Sistema de Morbimortalidad y Estadísticas Vitales en Web; VIGEPES: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica; sin embargo se está en proceso de iniciación del sistema en línea, el cual está integrado al Sistema Único de Información en salud (SUIIS) que tiene como núcleo el expediente electrónico de las personas atendidas en los establecimientos sanitarios, y cuya información es consolidada y transmitida a los sistemas de información específicos de vigilancia, producción de servicios, etc.

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

Las fuentes primarias de recolección (PCT-1 – PCT-11) serán claves para la elaboración de información y verificación de los datos, tales como:

- Los informes de recolección de indicadores epidemiológicos y operacionales.
- Los informes de las visitas de monitoreo a los diferentes niveles.
- Resultados de estudios de investigación, tanto operacional como epidemiológica.
- Los informes de reuniones y talleres referentes a: centros penitenciarios, Coinfección TB/VIH, comorbilidad TB/DM, migrantes, Instituciones formadoras de recursos humanos en Salud, APP (Atención pública-pública y pública-privada), PAL (enfoque práctico a la salud pulmonar), reuniones de la red de laboratorio y de enfermería.
- Informes de las visitas de evaluación externa por OPS/OMS.

El monitoreo y evaluación de la información es retomada por la Coordinación del PNTYER, para caracterizar y analizar la información de cada una de las Regiones de Salud, SIBASIS, Hospitales de Segundo y Tercer Nivel de Atención; a través de indicadores programáticos e epidemiológicos tales como: incidencia, mortalidad y prevalencia. El seguimiento y evaluación de los indicadores se realiza semestral y anualmente con las Regiones de Salud, SIBASIS, Hospitales, Seguridad Social y Dirección General de Centros Penales.

Además, el equipo técnico nacional del Programa realiza monitoreo y supervisión a los diferentes niveles (Regional, SIBASI y servicios de salud), para dar seguimiento a la operativización de los indicadores epidemiológicos y programáticos; e identificar oportunamente las limitantes en el registro de la información u operativización de programa.

El proceso de monitoreo y supervisión del PENMTB ha sido y será permanente con visitas a los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención (I, II y III) , de todos los proveedores en salud y centros penitenciarios; e indirecto, a través del sistema de registro e información mensual y trimestral (PCT), control de calidad de pruebas bacteriológicas.

Las actividades de supervisión directa se realizará con guías de monitoreo estandarizadas, con cronograma mensual previamente elaborado y coordinado con el equipo técnico del PNTYER, en coordinación con cada uno de los actores (Regiones, SIBASIS, Hospitales, Centros Penales, Seguridad Social).

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

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

- Cumplimiento de indicadores epidemiológicos y operativos contenidos en el presente plan.
- Monitoreo de la operativización del Programa.
- Vigilancia temprana de la tuberculosis resistente.
- Monitoreo de la calidad de la atención de los servicios de salud.

La información generada constituye el elemento básico imprescindible para las actividades de planificación, gestión, evaluación e investigación del PNTYER para el proceso de Pre Eliminación de la enfermedad.

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

Los indicadores de impacto se detallan a continuación y los de resultado y de proceso que ayudaran a medir el desempeño están contenidos en el Plan de Monitoreo y Evaluación:

8.1 DESCRIPCIÓN DE INDICADORES Y METAS

INDICADORES DE IMPACTO Y RESULTADO

META 2: Porcentaje de Éxito del tratamiento para TB $\geq 90\%$

META 3. Porcentaje de familias afectadas que se enfrentan a costos catastróficos debido a la TB

META 10: Tasa de mortalidad por TB menor al 1%

Indicadores	Tipo de indicador	Línea de base	Metas					Medios de verificación	Frecuencia recolección	Responsable
			2022	2023	2024	2025	2026			
TB I-2: Tasa de incidencia de la tuberculosis (por cada 100.000 habitantes)	Impacto	2452 (39x100,000 hab.) Año 2015 Informe de detección de casos con tuberculosis (PCT-9)	2,080 (30.2x100,000 hab)	1990 (27.9 x100,000 hab)	1785 (25.5x100,000 hab)	1615 (22.9x100,000 hab)	1450 (20.4x100,000 hab)	Libro de registro general de casos con tuberculosis (PCT-5), VIGEPES	Anual	MINSAL ISSS Centros Penales, sanidad militar, sector privado
TB O-2a: Tasa de éxito del tratamiento en todas las formas de tuberculosis-bacteriológicamente y con diagnóstico clínico, casos nuevos y recaídas	Resultado	93.9% Año 2015 Cohorte de resultados de tratamiento	1872 (>90%)	1746 (>90%)	1607 (>90%)	1454 (>90%)	1305 (>90%)	Libro de registro general de casos con tuberculosis (PCT-5)	Anual	MINSAL ISSS Centros Penales
TB I-3(M): Tasa de mortalidad de la tuberculosis (por cada 100.000 habitantes)	Impacto	0.6 x 100,000 hab. Año 2016 Sistema de Morbi Mortalidad + Estadísticas Vitales (SIMMOW)	Menor de 1 x 100,000 hab.	Menor de 1 x 100,000 hab.	Menor de 1 x 100,000 hab.	Menor de 1 x 100,000 hab.	Menor de 1 x 100,000 hab.	Sistema de Morbi Mortalidad + Estadísticas Vitales (SIMMOW)	Anual	MINSAL

Línea Estratégica. 1:

ABORDAJE OPORTUNO DE LA TB EN GRUPOS DE MAYOR RIESGO Y VULNERABILIDAD CON ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA

META 5. Cobertura de tratamiento para Infección Latente por TB >90%

META 6. Cobertura en investigación de contactos >90%

META 9. Porcentaje de pacientes de TB con estado de VIH conocido $\geq 90\%$

Indicadores	Tipo de indicador	Línea de base	Metas					Medios de verificación	Frecuencia recolección	Responsable
			2022	2023	2024	2025	2026			
Porcentaje de familias afectadas que se enfrentan a costos catastróficos debido a la tuberculosis	Impacto	No dato	No dato	Se hará estudio para la línea basal	0%	0%	0%	Informe de estudio	Anual	MINSAL, ISSS y Centros Penales

Indicadores	Tipo de indicador	Línea de base	Metas					Medios de verificación	Frecuencia recolección	Responsable
			2022	2023	2024	2025	2026			
Cobertura de tratamiento para Infección Latente por TB	Cobertura	>85% Año 2015 Libro de Quimioprofilaxis	>85%	>85%	>85%	>85%	>85%	Libro de Quimioprofilaxis	Anual	MINSAL ISSS Centros Penales
Cobertura en investigación de contactos	Cobertura	91.7% Año 2016 Informe de contactos investigados	Mayor del 90%	Mayor del 90%	Mayor del 90%	Mayor del 90%	Mayor del 90%	Libro de investigación y seguimiento de contactos de casos de tuberculosis todas las formas (PCT-6), SEPS	Anual	MINSAL ISSS Centros Penales
Porcentaje de pacientes de tuberculosis con estado de VIH conocido	Resultado	97% Año 2015 Informe de pacientes con tuberculosis con resultados de pruebas para VIH	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%	Libro de Registro General de Casos con TB (PCT-5), SUMEVE, SEPS	Anual	MINSAL ISSS Centros Penales
Porcentaje de fallecidos por la coinfección TB/VIH	Impacto	20.3% Año 2015 Cohorte de resultados de tratamiento	≤15%	≤15%	≤15%	≤15%	≤15%	Libro de registro general de casos con tuberculosis (PCT-5), SIMMOW, SUMEVE	Anual	MINSAL ISSS Centros Penales

TCP-6a: Número de casos de TB (todas las formas) notificados entre los privados de libertad	Cobertura	1,869 Año 2017 Informe de detección de casos con tuberculosis en PPL	728	582	446	323	218	Libro de Registro General de Casos con TB (PCT-5)	Anual	MINSAL y Centros Penales
TCP - other -1: Porcentaje de casos todas las formas de TB entre PPL tratados exitosamente entre el total de casos todas las formas notificados	Cobertura	96% (769/801) Cohorte de resultados de tratamiento 2016	728/692 (95%)	582/553 (95%)	446/424 (95%)	323/307 (95%)	218/207 (95%)	Libro de Registro General de Casos con TB (PCT-5)	Anual	MINSAL y Centros Penales
Porcentaje de casos de tuberculosis en población privada de libertad por pruebas moleculares	Resultado	No dato (hasta obtener resultados de evaluación nacional)	728/655 (90%)	528/523 (90%)	446/401 (90%)	323/291 (90%)	218/196 (90%)	Libro de Registro General de Casos con TB (PCT-5), base de Gene Xpert y base de datos de sensibilidad.	Anual	MINSAL y Centros Penales

Línea Estratégica 2:**DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TB Y TB DR**

META 4. Porcentaje de pacientes nuevos de TB que fueron diagnosticados a través de pruebas bacteriológicas 75%

META 7. Cobertura de pacientes de TB con resultados de sensibilidad a medicamentos del 90%

META 8. Cobertura de tratamiento con nuevos medicamentos 35%

Indicadores	Tipo de indicador	Línea de base	Metas					Medios de verificación	Frecuencia recolección	Responsable
			2022	2023	2024	2025	2026			
Número de sintomáticos respiratorios investigados	Proceso	70,000 Año 2016 Informe de sintomáticos respiratorios investigados	65,406	65,957	66,507	66,050	66,589	Libro de registro de sintomáticos respiratorios (PCT-2), SEPS	Anual	MINSAL, ISSS, Centros Penales, Sanidad Militar, Sector Privado

Numero de casos de tuberculosis confirmados bacteriológicamente (microscopía, pruebas moleculares y cultivo) en el periodo a evaluar (expresado en porcentaje para cada uno de los métodos diagnósticos)	Proceso	71% (2156/3,034) Año 2016 Informe de detección de casos con tuberculosis (PCT-9)	1560	1455	1339	1211	1088	Libro de Registro General de Casos con TB (PCT-5), SEPS, VIGEPES	Anual	MINSAL ISSS, Centros Penales
TB - O5 (M): Cobertura del tratamiento de TB: Porcentaje de casos nuevos y recaídas que fueron notificados y tratados entre el número de casos incidentes estimados para el mismo año (todas las formas de TB: confirmados bacteriológicamente y diagnosticados clínicamente)	Resultado	92% Dato preliminar para año 2016	2080/ 1872 (90%)	1940/ 1746 (90%)	1785/ 1606 (90%)	1615/ 1453 (90%)	1450/ 1305 (90%)	Libro de Registro General de Casos con TB (PCT-5), Ficha de tratamiento	Anual	MINSAL, ISSS, Centros Penales

Porcentaje de pacientes nuevos de tuberculosis que fueron diagnosticados mediante test rápidos recomendados por OMS	Proceso	9.85% Año 2016 Base de datos de Gene Xpert LIC GUEVARA	15%	20%	25%	30%	35%	Libro de Registro General de Casos con TB (PCT-5) Base de datos de Gene Xpert	Anual	MINSAL y Centros Penales
Letalidad por tuberculosis	Impacto	5% Año 2015 Cohorte de resultados de tratamiento e Informe de detección de casos con tuberculosis	<5%	<5%	<5%	<5%	<5%	Libro de Registro General de Casos con TB (PCT-5) y Ficha de tto., SIMMOW	Anual	MINSAL, ISSS
TB O-6: Número y porcentaje de casos notificados de RR-TB y/o MDR-TB**, bacteriológicamente confirmados, como proporción de todos los casos estimados de TB-RR y/o TB-MDR	Resultado	25 Año 2015 Informe sobre notificación de casos TB-RR/TB-MDR bacteriológicamente confirmados	31/31 (100%)	29/29 (100%)	27/27 (100%)	24/24 (100%)	22/22 (100%)	Libro de registro de Farmacorresistencia Base de datos de Gene Xpert, VIGEPES	Anual	MINSAL
TB O-4(M): Tasa de éxito del tratamiento de RR-TB y/o TB-MDR: porcentaje de casos de tuberculosis de TB-RR y/o TB-MR que se han tratado con éxito	Resultado	73.3% (100%) Año 2014 Cohorte de resultados de tratamiento de la TB-RR/TB-MDR	29/31 (≥90%)	27/29 (≥90%)	25/27 (≥90%)	23/24 (≥90%)	20/22 (≥90%)	Libro de registro de Farmacorresistencia y Tarjeta de tratamiento	Anual	MINSAL, ISSS

MDR TB-6: Porcentaje de casos de TB con resultados de pruebas de sensibilidad a drogas (PSD) al menos para Rifampicina, entre el número total de casos notificados (nuevos y previamente tratados) en el mismo año	Cobertura	34.0 % (733/2,156) Año 2017 Informe de Base de datos Gene Xpert y Base de datos de Sensibilidad Lic. Guevara favor Revisar metas y porcentajes	416/ 2080 50%	1164/ 1940 60%	1250/ 1785 70%	1292/ 1615 80%	1305/ 1450 90%	Base de datos Gene Xpert y Base de datos de Sensibilidad	Anual	MINSAL, ISSS
MDR TB-3(M): Número de casos de tuberculosis resistente a la rifampicina y/o tuberculosis multirresistente que han comenzado un tratamiento de segunda línea*	Cobertura	25 Año 2015 Informe sobre notificación de casos TB-RR/TB-MDR bacteriológicamente confirmados	31 (100%)	29 (100%)	27 (100%)	24 (100%)	22 (100%)	Libro de registro de Farmacorresistencia y Tarjeta de tratamiento.	Anual	MINSAL
Cobertura de tratamiento con nuevos medicamentos (segunda línea)	Cobertura	0	15%	20%	25%	30%	35%	Libro de registro de Farmacorresistencia y Tarjeta de tratamiento.	Anual	MINSAL

LÍNEA 3. INTERSECTORIALIDAD, MULTISECTORIALIDAD Y POLÍTICAS DE SALUD

Indicadores	Tipo de indicador	Línea de base	Metas					Medios de verificación	Frecuencia recolección	Responsable
			2022	2023	2024	2025	2026			
Porcentaje de servicios del sistema nacional de salud, centros penales y organizaciones de la sociedad civil operativizando la Estrategia Fin de la TB	Proceso	30 % Se está dando a conocer la Estrategia Fin a la TB. Se pretende implementar a partir del año 2015 en el SNIS	70%	80%	85%	90%	90%	Instrumentos de registro de recolección de datos del PNTYER, Plan de control de infecciones, Cartas compromisos y convenios con la sociedad civil, informes técnicos de actividades realizadas de ACMS	Anual	MINSAL, ISSS, FOSALUD, ISRI, BM Sanidad militar, Centros Penales y Sociedad Civil
Porcentaje de instituciones del sistema nacional de salud aplicando y operativizando los ITJ en los establecimientos de salud	Proceso	30% de las instituciones del SNIS aplican los ITJ	70%	80%	85%	90%	90%	Instrumentos de registro de recolección de datos del PNTYER, Plan de control de infecciones, Cartas compromisos y convenios con la sociedad civil, informes técnicos de actividades realizadas de ACMS	Anual	MINSAL, ISSS, FOSALUD, ISRI, BM Sanidad militar, Centros Penales y Sociedad Civil

LÍNEA 4. FORTALECIMIENTO DE SISTEMA DE SALUD, SISTEMA DE INFORMACIÓN, VIGILANCIA E INVESTIGACIÓN, INNOVACION TECNOLOGICA, INTERCULTURALIDAD

Fortalecer el SNIS en el 100% de los establecimientos con enfoque de control de infecciones con énfasis en TB, mejorando la obtención de los datos a través el sistema de información en línea apoyándose de los diferentes actores sociales respetando los derechos humanos y género (Centros Penales y Sociedad Civil), promoviendo la investigación en TB.

Indicadores	Tipo de indicador	Línea de base	Metas					Medios de verificación	Frecuencia recolección	Responsable
			2022	2023	2024	2025	2026			
% de establecimientos de salud en los que se readecuaron áreas de aislamiento	Proceso	Año 2019 10%	25%	35%	45%	55%	60%	Proyectos diseñados y ejecutados en infraestructura con control de infecciones en TB	Anual	MINSAL, ISSS, FOSALUD, ISRI, BM Sanidad militar, Centros Penales y Sociedad Civil
% de establecimientos implementando el sistema en línea de diagnóstico (seguimiento de pacientes con tuberculosis, TB/VIH y TB-MDR)	Proceso	Año 2019 5%	10%	20%	30%	40%	50%	Número de establecimientos notificando de forma electrónica y en tiempo real el total de casos de TB diagnosticados a nivel País.	Anual	MINSAL, ISSS, FOSALUD, ISRI, BM Sanidad militar, Centros Penales y Sociedad Civil

% de organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones de la sociedad civil integradas en las actividades comunitarias de lucha contra la tuberculosis	Proceso	ND	5%	10%	15%	20%	25%	Cartas compromisos y convenios con la sociedad civil, informes técnicos de actividades realizadas	Anual	MINSAL, ONG´s y Sociedad Civil
% de RRHH Fortalecido en el abordaje intercultural de la tuberculosis.	Proceso	ND	5%	10%	15%	20%	25%	Informe de capacitaciones Lista de Asistencia	Anual	MINSAL, ONG´s y Sociedad Civil

LINEA ESTRATEGICA 5**Transición Sostenibilidad y Financiamiento****Contar con Informe MEGA TB anualmente.**

Indicadores	Tipo de indicador	Línea de base	Metas					Medios de verificación	Frecuencia recolección	Responsable
			2022	2023	2024	2025	2026			
Elaboración del MEGA TB de forma anual	Proceso	MEGA TB 2019	100% Mega TB	100% Mega TB	100% Mega TB	100% Mega TB	100% Mega TB	Informe anual	Anual	MINSAL, ISSS, FOSALUD, ISBM Sanidad militar, Centros Penales

8.3 SISTEMA DE INFORMACIÓN.

Actualmente, todo el sistema de registro (denominado PCT) de la información relacionada a los pacientes con tuberculosis (diagnóstico, investigación de contactos, tratamiento, seguimiento, etc.) se realiza de forma manual y es almacenada en carpetas, las cuales son resguardadas en archivadores físicos; ésta información es generada como fuente primaria desde las diferentes Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF), Hospitales Nacionales del Ministerio de Salud, Unidades Médicas del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) y Clínicas Médicas-Odontológicas de los diferentes centros penitenciarios del país.

Dicha información se transfiere de forma manual de las UCSF hacia los SIBASI, éstos consolidan la información de sus UCSF según área geográfica de influencia, la cual envían según períodos de tiempos establecidos a Regiones de Salud, y por último la información es enviada por las Regiones hacia el Nivel Central, donde se consolida la información de las Regiones para obtener indicadores epidemiológicos y operativos de país.

Durante la implementación de la Reforma de Salud, el Ministerio de Salud ha fortalecido las intervenciones en relación a la promoción, prevención, diagnóstico y control de la tuberculosis. Así mismo, la Reforma de Salud tiene como uno de sus ejes estratégicos la implementación del Sistema Único de Información en Salud (SUIS).

Uno de los componentes principales del SUIS, es el expediente clínico electrónico de cada una las personas atendidas en los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención. El expediente clínico electrónico se conforma mediante el registro de información en el Sistema Integral de Atención al Paciente (SIAP).

Sumado a este esfuerzo, el Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (PNTYER) con el objetivo de apoyar la Atención, Diagnóstico y Control de Pacientes con Tuberculosis, inició en conjunto con la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones (DTIC) y la Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención (DNPNA), el desarrollo del Sistema Informático de Tuberculosis en Línea el cual ha sido integrado a SIAP, al mismo tiempo se relaciona con otros sistemas del SUIS. La inversión total estimada para la implementación del SUIS a nivel nacional es de 24 millones, de los cuales, aproximadamente 7.5 millones están siendo financiados por BID, Banco Mundial y Fondo Mundial (VIH), y 2 millones por el Gobierno Nacional.

El Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (PNTYER) gestionó y obtuvo financiamiento externo de Fondo Mundial para:

- Compra de equipos de cómputo, servidores de aplicaciones/base de datos, instalación de redes LAN, antenas de radiofrecuencia, impresores multifuncionales, switch, telefonía IP, dispositivos móviles, mini centrales de para sistema VoIP para establecimientos de salud, fortaleciendo así la implementación del SIAP.
- Contratación de consultoría para el diseño, desarrollo y creación del Sistema Informático de Tuberculosis, con la creación de la ficha clínica de pacientes con tuberculosis estandarizada con el expediente clínico electrónico de salud del SIAP, el cual incluye todas las variables de

notificación obligatoria (tales como género, comorbilidades, proveedores de salud, seguimiento de cohorte, tipo de población/factores de riesgos, etc.).

- Capacitaciones a personal de salud en el manejo y uso de los módulos del SIAP en establecimientos de salud, ya que, para implementar el sistema informático de tuberculosis, los establecimientos de salud deben estar implementando ciertos módulos de SIAP, debido a que el sistema informático de tuberculosis está integrado a SIAP.

Con la implementación del Sistema Informático de Tuberculosis como PNTYER, se pretende mejorar la calidad en el continuo proceso de atención a las personas con diagnóstico de tuberculosis, teniendo un mayor control de los casos, fortaleciendo el seguimiento de pacientes y el cumplimiento de tratamientos, generando de manera oportuna la información necesaria para la toma de decisiones; todo encaminado hacia la erradicación de la TB y un Sistema Único de Información en Salud integrado e inclusivo, en beneficio de la población. Motivo por el cual se integrará a este esfuerzo a instituciones que realizan actividades en la lucha contra la tuberculosis tales como: Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Dirección General de Centros Penales (DGCP), Comandos Sanidad Militar y otros.

El Sistema Informático de Tuberculosis integra la información en una base de datos central, que recolectará de los diferentes establecimientos de salud del MINSAL. Dependiendo de la infraestructura tecnológica con la que cuente el establecimiento, se han considerado tres modalidades de funcionamiento del sistema:

- Módulo de TB Integrado al Sistema Integral de Atención al Paciente (SIAP-TB).
- Sistema Web de Tuberculosis (SISTB).
- Aplicación Móvil de Tuberculosis (AppTB).
- De esta forma, los indicadores epidemiológicos y operativos, reportes/informes podrán generarse desagregados por persona, tiempo, lugar y comorbilidades, podrán ser generados inmediatamente según la necesidad de la información requerida para la toma de decisiones y estrategias a implementar.

Las ventajas del nuevo sistema incluyen:

- Obtención de información de forma inmediata tanto para captación (ingreso), tratamiento, seguimiento y egreso a través de análisis de cohorte de forma automatizada y en tiempo real, para la toma de decisiones
- La facilitación de las tareas de supervisión y verificación de calidad del dato por el PYNTER al estar la información disponible en línea y en tiempo real
- La integración de la información en el SUIS
- La disminución paulatina de la carga de trabajo relacionada con el doble ingreso de información (manual, Excel y sucesiva consolidación)
- Mayor confiabilidad del dato, al minimizarse las posibilidades de errores manuales en las etapas descritas en el punto anterior.

El nuevo sistema permite introducir datos del sintomático respiratorio de forma electrónica y en línea, desde el lugar en que ha sido captado, diagnosticado y tratado con la descripción de todas las variables de notificación obligatoria de forma automática, las podrán ser consolidadas en una base de datos central.

Para la aplicación exitosa del nuevo sistema informático de la tuberculosis, sin afectar la calidad de la información (tanto interna como externa) debe llevarse a cabo un Plan de Implementación que conlleva un proceso de transición. Este deberá llevarse a cabo de forma progresiva, tomando en cuenta las capacidades actuales de los establecimientos de salud, hasta lograr incorporar el 100% de los mismos.

Durante un período de transición, se llevará un registro de la información en paralelo tanto electrónico y físico, para poder llevar un mejor control de calidad de la información. A finales del año 2019, se realizó una prueba piloto del sistema informático de tuberculosis, en establecimientos de salud del departamento de Sonsonate, obteniendo como resultado algunas observaciones y correcciones al sistema por parte de los usuarios, para lo cual se realizaron los respectivos ajustes al sistema por parte del personal técnico de la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones (DTIC).

Para el año 2020, en establecimientos de salud siempre en el departamento de Sonsonate, se inicia la implementación de dicho sistema en dos modalidades: módulo de TB integrado SIAP y el Sistema Web de Tuberculosis, en el primer trimestre de éste año se planificaron visitas de monitoreo y supervisión a estos establecimientos de salud conjuntamente con la DNPNA, Dirección Regional de Salud Occidental, DTIC y el PNTYER, para dar seguimiento a la implementación del sistema, y poder conocer en campo inconvenientes o problemas que el sistema presenta a los usuarios que manejan, usan y alimentan dicho sistema con la información de las fuentes primarias (registros en papel), para hacer los ajustes necesarios por parte del personal técnico la DTIC.

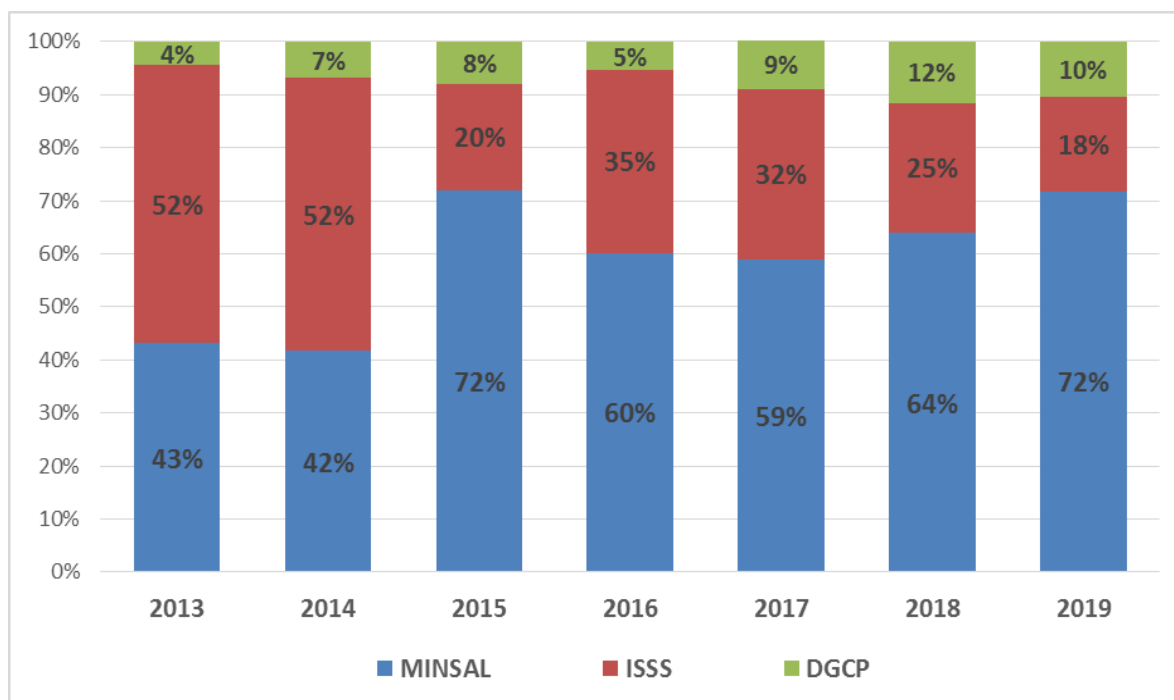
Cómo PNTYER, se pretende continuar expandiendo la implementación del sistema informático de tuberculosis a establecimientos de salud de los departamentos de Santa Ana y Ahuachapán para completar la Región de Salud Occidental, pero todo esto dependerá del comportamiento de la curva de contagios del covid-19 en los próximos meses del año en curso, ya que el personal de salud referente del programa de tuberculosis en nuestros establecimientos de salud, son responsables de otros programas y desarrollan múltiples actividades.

IX. COSTEO Y FINANCIAMIENTO

Según la información de gastos TB 2019 (Ver anexo XX) el gasto total en tuberculosis en El Salvador con recursos domésticos fue de \$ 11,508,080. El aporte del MINSAL es la fuente más importante (con un 72%) según se muestra en el gráfico 14.

Grafico 14:

PRINCIPALES ENTIDADES QUE CONTRIBUYEN CON LA INVERSIÓN EN TUBERCULOSIS, GASTOS EN TB CON RECURSOS DOMÉSTICOS (LOCALES) 2013-2019.
(EN 2013, 2014, 2018, LOS VALORES EN % NO CORRESPONDEN CON LA SUMATORIA DE ÉSTOS, HAY QUE CORREGIRLOS).



Fuente: Unidad de Economía de la Salud/DIRPLAN/MINSAL. MEGA TB 2019.

INCLUIR GRÁFICA DE PASTEL PARA DESCRIBIR EN QUÉ ÁREAS EL MINSAL INVIERTE EL 72%, POR EJEMPLO INVIERTE EN ATENCIÓN RX, INSUMOS BK, MEDICAMENTOS, PRUBAS DXS. ETC. PERO NO TIENE PARA INVERTIR EN CAPACITACIONES, CAMPAÑA DE RADIO A NIVEL, COMUNITARIO, EN TRABAJOS CON ONG Y SOCIEDAD CIVIL, TECNOLOGÍA DX., AMPLLIAR CAPACIDAD DX. (MGIT APRA CADA REGIÓN), CABINAS DE FLUJO LAMINAR (SACARLO DEL MEGATB) ESTO SERÍA LA BRECHA PARA PEDIR AL DONANTE.

TABLA No. ¿???????

DISTRIBUCION DE GASTOS EN TB SEGÚN COMPONENTE.

Gasto del MINSAL en Tuberculosis, según niveles de atención. El Salvador 2019.

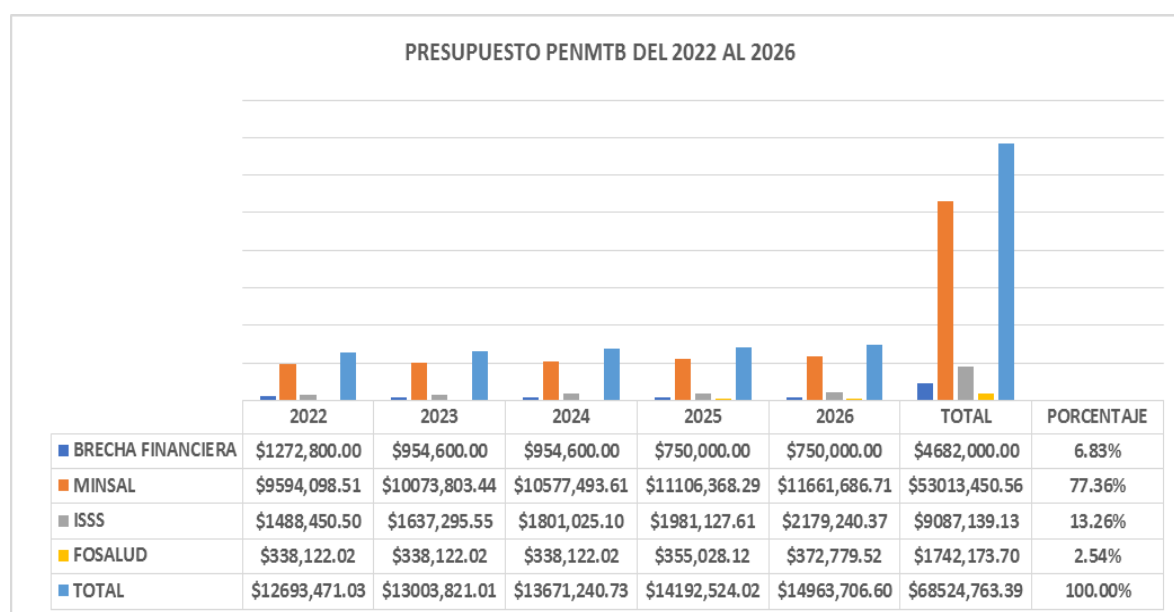
NIVEL DE ATENCIÓN	EN US \$	EN %
PRIMER NIVEL	2,007,450	25%
SEGUNDO NIVEL	1,474,308	18%
TERCER NIVEL	279,593	3%
ACCIONES DE APOYO A TB DEL NIVEL CENTRAL DEL MINSAL, INCLUYENDO COMPRAS GLOBALES Y LABORATORIO CENTRAL	4,394,933	54%
TOTAL GENERAL	8,156,284	100%

Fuente: MEGATB 2016

La Tabla 6 presenta en detalle GpúbTB del MINSAL por niveles de atención, donde se puede ver que la mayor parte de los gastos se concentraron en las acciones de apoyo a TB del nivel central (54%), lo que incluye las compras globales de bienes, insumos y remuneraciones del PNTYER; y, reactivos y remuneraciones del laboratorio central. Le siguen en importancia relativa, los gastos en TB de los servicios de salud brindados en el primer nivel de atención (25%); y los establecimientos del segundo nivel de atención (18%) y el del tercer nivel de atención en un 3%.

Grafico 16:

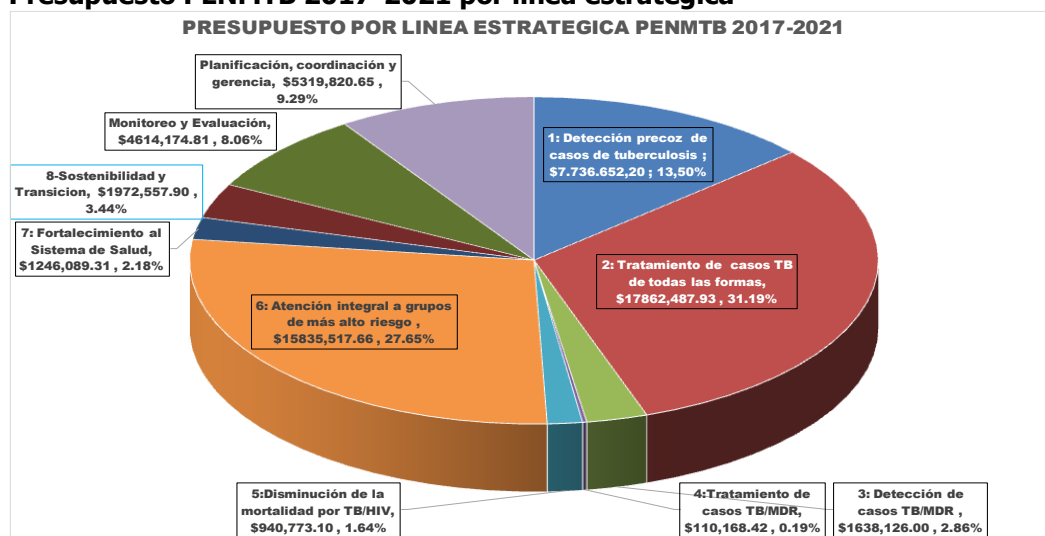
Presupuesto PENMTB 2022-2026 por fuente de financiamiento.



Fuente: Proyección de gastos según PENMTB 2022-2026.

Según la gráfica anterior del presupuesto PENMTB 2022-2026 (anexo 18) por fuente de financiamiento totaliza un monto de \$ 68,524,763.39 el cual se desglosa de la siguiente forma: MINSAL aporta un 77.36%, el ISSS aportará 13.26%, FOSALUD el 2.54% y brecha financiera de 6.83%. Quedando una brecha financiera por cubrir de 0.67%. Así mismo el Salvador se proyecta continuar incrementando la inversión para los próximos años 2017-2021 para completar la totalidad del PENMTB. Manteniendo una brecha de \$10,193,992.01 de los cuales el Fondo Mundial, ya está aportando \$5,567,852.00 para los años 2017-2018 y aportará para los próximos 3 años (2019-2021) \$4, 242,741.00

Grafico 17:
Presupuesto PENMTB 2017-2021 por línea estratégica



Fuente: Presupuesto PENMTB 2017-2021 (Proyección de gastos por línea estratégica)

OJO: AGREGAR UNA TABLA CON LA INFORMACIÓN POR LÍNEA PARALELA AL PASTEL.

La distribución porcentual del PENMTB 2017-2021 por línea estratégica está constituido de la siguiente manera, en su orden de prioridad: el 31.19% está dirigido al tratamiento de los casos en lo que se incluyen recursos humanos, actividades de prevención y control, medicamentos, entre otros; en segundo lugar el 27.65% está destinado a la atención integral a grupos de más alto riesgo, ésta abarca, entre otros: los PPL, VIH y TB/VIH, contactos, personas con diabetes; en un tercer lugar el 13.50% el cual está dirigido a la detección precoz de casos, incluyendo capacidad instalada, tecnología para diagnóstico, insumos y mantenimientos de estos, entre otros; y en un cuarto lugar planificación, coordinación y gerencia con el 9.29%, en un quinto lugar Monitoreo y Evolución con el 8.06% considerándolo como un pilar fundamental en el seguimiento de los logros alcanzados; el resto de componentes tales como: manejo de TB-MDR, fortalecimiento del sistema de salud, sostenibilidad y transición y disminución de la mortalidad por TB/VIH ocupan el 10.30% del presupuesto total.

El MINSAL como Cartera de Estado está regulado con la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado. Esta ley tiene por objeto normar y armonizar la gestión financiera del sector público y establecer el sistema de administración financiera integrado que comprende los subsistemas de presupuesto, tesorería, crédito público y contabilidad gubernamental.

El Presupuesto anual gubernamental es elaborado en julio del año anterior y es presentado a la Asamblea Legislativa para revisión, negociación y aprobación el último trimestre del año. Este presupuesto es formulado con insumos de necesidades anuales que cada programa elabora anualmente; cuando este es aprobado por la Asamblea Legislativa cada institución del estado procede a ingresar el presupuesto anual al Sistema Contable SAFI, el cual permite generar reportes mensuales y comparativos entre el presupuesto y la ejecución.

El sistema SAFI también permite codificar y crear cuentas específicas para un determinado componente y/o subvención, para el caso de las subvenciones de Fondo Mundial existe una cuenta para cada una. Lo que permite la separación entre cuentas GOES y cuentas específicas de proyectos de subvención.

Contabilidad y registro.

El Sistema de Administración Financiera Integrado SAFI, es creado y administrado por el Ministerio de Hacienda de El Salvador. Este sistema es utilizado en línea por todas las instituciones de gobierno y la base de datos se encuentra centralizada en el Ministerio antes mencionado, por lo que ninguna institución puede manipular la plataforma del Sistema. Todos los accesos están normados y regulados por el Ministerio de Hacienda, según el Manual y Reglamento del SAFI.

Los archivos y registros están regulados en las Normas Técnicas del MINSAL que establecen como mínimo 10 años para la salvaguarda de los registros contables. Adicionalmente, la Ley de la Corte de Cuentas de la Republica, audita y establece normativas para la custodia de los registros de las diferentes carteras del estado.

Los Estados Financieros del Ministerio de Salud son generados en el área de Contabilidad, aplicando las Normas y Principios de Contabilidad Gubernamental, las cuales se encuentran en el Manual Técnico del SAFI, tomando en cuenta la Ley AFI, Manual de Procesos de la Ejecución Presupuestaria, Manual de Clasificación para las Transacciones Financieras del Sector Público; también se han creado lineamientos que regulen aquellas actividades que no están definidas en las presentes políticas contables.

El sistema de Contabilidad Gubernamental se fundamenta sobre la base de acumulación o devengamiento, lo que implica que las operaciones se registran cuando se devengan y en un segundo momento cuando se pagan.

La Administración es responsable de la preparación y presentación razonable de estos Estados Financieros. Esta responsabilidad incluye: diseñar, implementar y mantener el Control Interno relevante a la preparación y presentación razonable de los Estados Financieros, que estén libres de representaciones erróneas de importancia relativa, ya sea debidas a fraude o error; seleccionando y aplicando políticas contables apropiadas, y haciendo estimaciones contables que sean razonables en las circunstancias. Los estados financieros incluyen como mínimo: el Estado de Situación Financiera, Estado de Rendimiento Económico, Estado de Flujo de Fondos y Estado de Ejecución Presupuestaria, así como un resumen de las políticas contables importantes y otras notas aclaratorias.

El sistema Contable SAFI permite codificar, registrar y mantener un control tanto presupuestario como de ejecución, por grupo de cuentas; es decir permite llevar y mantener un control de los gastos

específicos por rubro presupuestario en este caso el de Tuberculosis, de tal forma que pueda fácilmente generar reportes de ejecución de fondos GOES como los provenientes de los recursos del Fondo Mundial, que periódicamente son auditables.

Para el caso particular la administración financiera de los proyectos del Fondo Mundial, son administrados en la Unidad Financiera Institucional (UFI) – específicamente en el Área de Fondos Externos. Quienes tienen capacidad y experiencia para la ejecución de fondos provenientes de la cooperación internacional incluyendo los de Fondo Mundial.

Cabe destacar que según las últimas evaluaciones técnicas - financieras realizadas por el Fondo Mundial a las subvenciones de Tuberculosis, han sido calificadas como A1 y las auditorías internas y externas realizadas a estos proyectos desde el 2006 no han presentado observaciones o señalamientos relevantes que llamen la atención. Hasta la fecha, los recursos provenientes del Fondo Mundial se rigen bajo un manual Administrativo Financiero que establece políticas y procesos aplicables a fondos de este donante. El mismo se alinea a regulaciones nacionales y ha sido actualizado en el tiempo para asegurar la ejecución eficiente y transparente de los recursos.

Así también los recursos del Fondo Mundial son controlados y administrados en cuentas bancarias exclusivas para la ejecución de la subvención y código de registros contable único para los registros de la subvención lo que permite contar con reportes financieros específicos para cada componente (HIV, TB y MALARIA) siendo flexible a los programas poder recalendarizar y reprogramar montos presupuestados; así como, usar los intereses generados en actividades propias de los programas. En cuanto al aspecto de exención fiscal no se ve riesgo, debido a que los convenios son legalizados por la Asamblea Legislativa de El Salvador.

Aunque los reportes financieros generados por el SAFI son de forma anual; esto no limita que también se generen informes trimestral o semestral ya que el sistema lo permite.

ANEXOS.

Actividades de colaboración TB/VIH recomendadas por la OMS

A. Establecer y fortalecer los mecanismos para proporcionar servicios integrados de TB y VIH
A.1. Establecer y fortalecer un grupo coordinador funcional de las actividades de colaboración TB/VIH en todos los niveles
A.2. Determinar la prevalencia del VIH entre los pacientes con TB y la prevalencia de la TB entre personas con VIH
A.3. Realizar una planificación conjunta a fin de integrar los servicios de atención de la TB y el VIH
A.4. Monitorear y evaluar las actividades de colaboración TB/VIH
B. Reducir la carga de TB en personas con VIH e iniciar tempranamente el tratamiento antirretroviral (las tres Ies para VIH/TB)
B.1. Intensificar la búsqueda de casos de TB y proporcionar un tratamiento antituberculoso de buena calidad
B.2. Iniciar la prevención de la TB con terapia preventiva con Isoniazida y el tratamiento antirretroviral temprano
B.3. Garantizar el control de Infecciones de tuberculosis en establecimientos de salud y sitios de congregación
C. Reducir la carga de VIH en pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de TB
C.1. Proporcionar la prueba del VIH y consejería a los pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de TB
C.2. Introducir intervenciones de prevención del VIH en los pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de TB
C.3. Proporcionar terapia preventiva con trimetoprim-sulfametoxazol (cotrimoxazol) a pacientes coinfectados TB/VIH
C.4. Garantizar intervenciones de prevención del VIH, tratamiento y atención, a pacientes coinfectados TB/VIH
C.5. Proporcionar tratamiento antirretroviral a pacientes coinfectados TB/VIH

Fuente: Política de las actividades colaborativas TB/VIH – OMS 2012

X. BIBLIOGRAFÍA

1. Plan Regional de Tuberculosis 2016 Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud.
2. Situación Epidemiológica de la Tuberculosis en El Salvador 2012-2016, PNTYER, Ministerio de Salud.
3. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) 2019. Dirección de Estadística y Censos.
4. Ministerio de Economía, Dirección General de Estadística y Censo (2007), "Estadísticas Demográficas/Proyecciones". El Salvador.
5. Ministerio de Economía, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2007.
6. Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Ministerio de salud.
7. Informe de Labores 2016 – 2017. Ministerio de Salud.
8. Política Nacional de Salud 2015-2019.
9. Política de Participación Social en Salud.
10. MEGA TB, 2016.
11. Estrategia Nacional de Participación Comunitaria para la Prevención y Control de la Tuberculosis.
12. Ley de igualdad, equidad y erradicación de la discriminación contra las mujeres.
13. Manual de organización y funciones, nivel superior. Ministerio de Salud, julio 2017.
14. Estrategia Mundial "FIN de la TB" Aspectos Esenciales para su Implementación. OPS/OMS.
15. Organización Panamericana de la Salud. Informe de visita de evaluación a El Salvador por OPS/OMS - año 2017.

XI. ANEXOS

N° de anexo	Nombre del documento	Nombre del archivo	Página de referencia
1	Estrategia fin de la TB	Estrategia FIN DE LA TB	Todo el documento
2	Estrategia nacional de participación comunitaria para la prevención y control de la tuberculosis 2017 - 2020	Estrategia Comunitaria _SLV_Diciembre 2016	Página 15
3	Medición del gasto público en tuberculosis en El Salvador, 2016 (MEGA TB)	MEGA TB 2016_SLV_Julio 2017	Paginas 20, 27
4	Informe de visita de evaluación a El Salvador por OPS/OMS – año 2017	Informe de evaluación ELS _OPS-OMS	Todo el documento
5	Informe de la visita de monitoreo del manejo programático de TB/MDR de SLV comité luz verde regional de las américas (RGLC) OPS OMS	Informe rGLC_SLV_Sep 2017	Todo el documento
6	Informe DDHH_SLV_septiembre 2014	Informe DDHH_SLV_Septiembre 2014	Página 44
7	Encuesta de hogares de propósitos múltiples (EHPM)	PUBLICACION_EHPM_2016	Página 35
8	Política Nacional de Salud 2015-2019	Política Nacional de Salud	Página 19-21
9	MINSAL- Informe de labores 2016-2017	MINSAL_Informe_de_Labores_2016_2017	Página 27, 28, 69 y 70
10	Manual de organización y funciones nivel superior	Manual Org. y funcion Sup_SLV_Julio 2017	Páginas 32 - 42
11	Control de la tuberculosis en grandes ciudades	Control_TB Grandes Ciudades_OPS-OMS_Febrero 2014	Todo el documento
12	Convenio de cooperación interinstitucional entre el MINSAL y MJSP	Convenio MINSAL-MJSP_SLV_Abril 2016	Todo el documento
12A	Modificación número uno de cooperación interinstitucional entre el MINSAL y MJSP	Modificativa convenioJusticia_SLV_Diciembre_2016	Todo el documento
12B	Convenio de cooperación interinstitucional entre el MINSAL, FOSALUD e ISNA	Convenio ISNA_MINSAL_FOSALUD_SLV_Septiembre 2017	Todo el documento
13	Tabla de variables para categorizar municipios	Tabla de categ. de Municipios ESL	Todo el documento
14	Plan de gestión de riesgos para la ejecución del PENM TB 2016-2020	Plan Gestión de Riesgos	Páginas 22 - 23
15	Plan de monitoreo y evaluación del Plan estratégico nacional multisectorial para el control de la tuberculosis en El Salvador 2017 - 2021	Plan de M&E 2017 - 2021 TB_SLV_31 Enero 2018	Páginas 27 - 31
16	El Salvador, perfil de país OMS_ reporte global 2016	SLV Perfil de país TB (WHO_Global report 2016)	Todo el documento
17	Referencia SLV-CDE-010/28/3-082 OMS/OPS	Estimación TB/RR y TB/MDR OMS enero 18	Todo el documento
18	Presupuesto PENMTB 2017 - 2021	Presupuesto PENM TB SLV_30enero18	Todo el documento

PENMTB 2022 - 2026

Comité Consultivo: MINSAL por medio de la Dirección de Regulación, Dirección del Primer Nivel de Atención y Dirección de Hospitales, Comité de información estratégica del MCP-ES, ONUSIDA, PNUD, GIZ, OPS/OMS y la Dirección General de Centros Penales.

Equipo Técnico del PNTYER. Ministerio de Salud

Agradecimientos a las instituciones que participaron en la elaboración del PENMTB: 2022-2026.

1. Mecanismo de Coordinación de País, (MCP-ES)
2. Organismos Gubernamentales:
Ministerio de Salud.
Dirección de Centros Penales,
Hospital Militar,
Instituto Salvadoreño del Seguro Social,
Instituto de Bienestar Magisterial
Ministerio de Trabajo
Ministerio de Educación
FOSALUD
Instituto Nacional de Investigación
Ciudad Mujer
Instituto Salvadoreño de la Niñez y la Adolescencia
Consejo Nacional de la Judicatura
Policía Nacional Civil
Corte Suprema de Justicia
Procuraduría de Derechos Humanos
COSAM
ISDEMU
ISRI
3. Organismos de Cooperación Internacional:
PNUD,
OPS/OMS
USAID
GIZ
ONUSIDA
4. Personas afectadas por la Tuberculosis.
5. Representantes de las Alcaldías Municipales
6. ONG´s
Asociación Demográfica Salvadoreña
FUNDASIDA
Patronato Nacional Antituberculoso
Asociación Nacional de Personas Positivas Vida Nueva
Fundación Seraphin
Asociación Promotora de la Salud
Asociación Salvadoreña de Derechos Humanos. Entre Amigos
Coordinadora Nacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA
Organización de Trabajadoras del Sexo de El Salvador
Coordinadora Nacional de la Mujer Salvadoreña
Visión Mundial
Fundación Huellas
Fraternidad Gay sin Fronteras
Médicos del Mundo
Plan El Salvador
7. Sector Educativo:
Universidad de El Salvador
Universidad Evangélica de El Salvador
Universidad Dr. José Matías Delgado
Universidad Autónoma de Santa Ana
Universidad Católica de El Salvador
Universidad Nueva San Salvador
Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer
Universidad Dr. Andrés Bello
Instituto Tecnológico Escuela Técnica para la Salud
Instituto Especializado de Educación Superior de Profesionales de Salud de El Salvador
Comité de Docencia.
8. Asociaciones Médicas:
Asociación de Medicina Interna
Asociación de Infectología
Asociación de Neumología
9. Representantes Comunitarios

Asistencia técnica

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD

ONUSIDA

OPS/OMS

Plan Internacional El Salvador

Mecanismo Coordinador de País El Salvador (MCP-ES)