



MINISTERIO
DE SALUD

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

El Salvador, **octubre** del 2020

2020 Ministerio de Salud



Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o formato, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial. Debe dar crédito de manera adecuada. Puede hacerlo en cualquier formato razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen apoyo de la licencia.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede Consultarse en el Centro Virtual de Documentación Regulatoria en:

<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Tercera Edición

Ministerio de Salud
Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2591 7000
Página oficial: <http://www.salud.gob.sv>

AUTORIDADES

Dr. Francisco José Alabí Montoya
Ministro de Salud *ad honorem*

Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Cardoza
Viceministro de Gestión y Desarrollo en Salud

Dra. Karla Marina Díaz de Naves
Viceministra de Operaciones en Salud

CONTENIDO

Glosario de términos	i
RESOLUCIÓN MINISTERIAL	1
PRÓLOGO	iError! Marcador no definido.
I. INTRODUCCIÓN	iError! Marcador no definido.
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	6
IV. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN	8
4.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO	8
4.2 CONTEXTO POLÍTICO	10
4.3 CONTEXTO SOCIO ECONÓMICO	11
Fuente: Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación, MINSAL. Elaboración propia en base a datos EHPM	16
4.4 MARCO REFERENCIAL INSTITUCIONAL Y MULTISECTORIAL	17
4.4.1 El Sistema Nacional de Salud.	18
4.4.2 Funciones de los actores del Sistema Nacional Integrado de Salud:	20
4.4.3 Gasto Nacional en Salud (GNS)	20
4.4.4 Políticas y planes de salud	25
4.4.5 Organización del sistema de salud e implementación del enfoque multisectorial.	26
4.4.6 Capacitación y cualificación de Recursos Humanos	27
4.4.7 Unidad de Programa de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias.	28
4.4.8 Situación epidemiológica y programática de la tuberculosis en El Salvador.	29
4.5. RED DE LABORATORIOS CLÍNICOS COMO APOYO AL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS	48
4.6. ENFOQUE DE ENGAGE TB	49
4.7 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN FINANCIERA.	56
V. VISIÓN, MISIÓN, OBJETIVOS, METAS, PRINCIPIOS	52
5.1 VISIÓN	56
5.2 MISIÓN	56
5.3 OBJETIVO DEL PLAN	57
5.4 METAS	57
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	60
6.1 BRECHAS PROGRAMÁTICAS	61
6.2 SOSTENIBILIDAD.	62
6.3 TRANSICIÓN.	63
VII. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA NACIONAL MULTISECTORIAL.	59
7.1 INDICADORES.....	64
7.2 LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL PLAN.	68
VIII. MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN.....	92
8.1 DESCRIPCIÓN DE INDICADORES Y METAS	87
IX. COSTEO Y FINANCIAMIENTO.....	98
X. BIBLIOGRAFÍA.....	115
XI. ANEXOS.....	106

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.
AVAD:	Años de Vida Ajustados a la Discapacidad.
BCR:	Banco Central de Reserva de El Salvador.
BK (+):	Baciloscopía Positiva.
CAISA:	Centro de Atención Integral de Salud del Adolescente.
CAP:	Conocimientos, Actitudes y Prácticas.
CDM:	Centro de Detención Menor.
CEFAFA:	Centro Farmacéutico de la Fuerza Armada.
CIAMIN:	Centro Integral de Salud Materno Infantil y de Nutrición.
COSAM:	Comando de Sanidad Militar.
COVID-19:	Coronavirus Disease 2019.
CP:	Centros Penales.
CSSP:	Consejo Superior de Salud Pública.
CBS:	Cabina de Seguridad Biológica.
DDHH:	Derechos Humanos.
DENT:	Dirección de Enfermedades no Transmisibles
DIGESTYC:	Dirección General de Estadísticas y Censos.
DMO:	Departamento Médico Odontológico.
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.
HEM:	Hogares de Espera Materna.
INH:	Isoniacida.
IRA:	Infección Respiratoria Aguda.
ISNA:	Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la 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.

LGBTI: Lesbianas, Gays, Bisexuales, personas Transgénero, e Intersexuales.

MH:	Ministerio de Hacienda.
MCP-ES:	Mecanismo de Coordinación de País El Salvador.
MEGA TB:	Medición de Gastos en Tuberculosis.
MINSAL:	Ministerio de Salud.
MINTRAB:	Ministerio de Trabajo.
MH:	Ministerio de Hacienda.
MINSAL:	Ministerio de Salud.
MINTRAB:	Ministerio de Trabajo.
MINED:	Ministerio de Educación.
MJSP:	Ministerio de Justicia y Seguridad Pública.
ODS:	Objetivos de Desarrollo Sostenible.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
ONG:	Organización No Gubernamental.
ONU:	Organización de las Naciones Unidas.
ONUSIDA:	Organizaciones de Naciones Unidas para el VIH/Sida.
OPS/OMS:	Organización Panamericana para la Salud /Organización Mundial de la Salud.
OSI:	Oficina Sanitaria Internacional.
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.
UPTYER:	Unidad del Programa de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias.
PNUD:	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
PPD:	Derivado Proteico Purificado del Bacilo de la TB.
PPL:	Persona Privada de Libertad.
RIIS:	Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.
RRHH:	Recursos Humanos.
Rx:	Rayos X.
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.
SIDA:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
SIMMOW:	Sistema de Morbimortalidad y Estadísticas Vitales en Web
SINAB:	Sistema Nacional de Abastecimiento
SNIS:	Sistema Nacional Integrado de Salud.
SUMEVE:	Sistema Único de Monitoreo y Vigilancia Epidemiológica del VIH/Sida

TAES:	Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado.
TB:	Tuberculosis.
TB-DR:	Tuberculosis Drogo Resistente.
TB/MDR:	Multidrogo resistencia a la TB.
TBP:	Tuberculosis Pulmonar.
TB/VIH:	Coinfección Tuberculosis/VIH.
TB/DM:	Comorbilidad Tuberculosis/ Diabetes Mellitus.
TB-RR	Tuberculosis Resistente a la Rifampicina.
UCSF:	Unidad Comunitaria de Salud Familiar.
VIH:	Virus de Inmuno deficiencia Humana.
VIGEPES:	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
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.

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 próximos 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 aún 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 para una 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 Nacional Integrado de Salud (SNIS); 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 2017-2020" (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, incubadoras 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 Salvadoreño 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 de la UPTYER 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 Integrado de Salud, el cual realizó un análisis de la información recabada a través del diálogo de país el cual se llevó a cabo usando medios electrónicos para tener reuniones virtuales con el objetivo de tener la contribución de los diferentes sectores en salud; previamente se les había hecho llegar un documento preliminar del PENMTB 2022-2026 y después de dicho análisis, los aportes pertinentes se han incorporado al PENMTB.

Se incorporaron las principales recomendaciones plasmadas en el informe de la evaluación externa del Fondo Mundial realizada por APMG HEALTH (marzo 2020, ver Anexo 4), en la cual se identificaron algunas brechas y oportunidades de mejora. Se tomó como insumo las recomendaciones de la evaluación del Informe de la visita de monitoreo del manejo programático de TB/MDR de SLV Comité Luz Verde Regional de Las Américas (RGLC) OPS OMS 2020 (ver Anexo 5), sobre el manejo clínico y programático de la TB-MDR; además del análisis y Plan de sostenibilidad realizado por Health Policy Plus (septiembre 2019, ver Anexo 7), entre otras.

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

En los diálogos nacionales de país, se 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 SNIS 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 de la UPTYER junto al equipo coordinador de propuestas liderado por el MCP-ES, analizaron objetivos, metas, indicadores y líneas estratégicas, haciendo uso de los insumos obtenidos en los diálogos de país realizado en el año 2020, en las que participaron las instituciones proveedoras de servicios de salud (MINSAL, ISSS, Centros Penales, FOSALUD, COSAM ONG,s, PDDH, 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.

Comentado [MM1]: En este párrafo se hace mención a tres organizaciones que emitieron sus recomendaciones en previas evaluaciones, por lo que se deberá de verificar las aseveraciones que se hacen en el párrafo. Además dichos documentos no se encuentran en los anexos. ENTONCES: valorar si se van a dejar o se quitarán. Correcciones por HIML.

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 pública.¹

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 algunos 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 se suman para mantener la prevalencia de la Tuberculosis en las comunidades.

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.

También hay grupos de riesgo en particular afectados según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), quienes refieren que el mayor riesgo de padecer tuberculosis pulmonar activa una vez que se contrae la infección se observa en los niños menores de 3 años, los adolescentes y los adultos jóvenes, las personas de edad muy avanzada y las inmunodeprimidas, entre ellas las que son seropositivas al VIH.²

Para dar respuesta a la problemática de la TB se involucran todos los actores y sectores que conforman el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y otras instituciones proveedoras de servicios; además existen convenios con el Ministerio de Justicia y Seguridad Pública (MJSP) y con el Instituto Salvadoreño

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

² Heymann, D. L. (20 edición) (2017). El control de las enfermedades transmisibles. Washington, EE.UU: Organización Panamericana de la Salud. <https://ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/783190/>

para el Desarrollo Integral de la Niñez y Adolescente (ISNA) 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 diálogo 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 acortado 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 sano, 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 partes del mundo hay más hombres que mujeres a quienes se les diagnostica TB y que mueren a causa de esta enfermedad. Sin embargo, por lo que a enfermedades infecciosas se refiere, la TB es una de las infecciones que más mortalidad femenina provoca. 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.³

³ Tuberculosis y género - La tuberculosis en las mujeres/ OPS <http://www.who.int/tb/challenges/es/>

Más allá de la inversión en la formación de recursos humanos para sensibilizarlos y dotarlos 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.

La UPTYER centra su mayor esfuerzo en la búsqueda precoz de SR o personas con sospecha de Tuberculosis, priorizando en grupo poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad, de igual forma, la oferta de servicios y accesibilidad al diagnóstico y tratamiento, prioriza grupos como poblaciones de personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero e Intersexuales (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 Salvador tiene una extensión territorial de 21,040.79 Km²; para el año 2019 la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM)⁴ reportó que la población total del país fue de 6,704,864 personas, de las cuales 4,134,360 residen en el área urbana y 2,570,504 en la rural, lo que representa el 61.7% y 38.3% respectivamente. En esta misma línea, se destaca que en el departamento de San Salvador se concentra el 27.0% del total de la población del país, es decir, 1,807,538 habitantes. Además El Salvador, uno de los países más densamente poblados del continente, cuenta con una densidad poblacional de 319 habitantes por Km².

Una característica fundamental es que la población es mayoritariamente joven, puesto que el 51.4% de la población es menor de 30 años, mientras que el 13.6% 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, la relación de dependencia para el 2019 fue del 51.7%.

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.

⁴ Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, 2019. Dirección General de Estadística y Censos. DIGESTYC. Ministerio de Economía. Gobierno de El Salvador.

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 1. El Salvador: Población y densidad poblacional, según departamento

Departamento	Población	Extensión en Km ²	Habitantes por Km ²
Total	6,704,864	21,040.79	319
San Salvador	1,807,538	886.15	2040
La Libertad	822,131	1,652.88	497
Sonsonate	516,069	1,225.77	421
Cuscatlán	272,765	756.19	361
La Paz	371,191	1,223.61	303
Ahuachapán	371,685	1,239.60	300
Santa Ana	598,196	2,023.17	296
San Miguel	510,766	2,077.10	246
Usulután	382,488	2,130.44	180
San Vicente	188,104	1,184.02	159
Cabañas	171,873	1,103.51	156
Morazán	208,679	1,447.43	144
La Unión	274,548	2,074.34	132
Chalatenango	208,831	2,016.58	104

Fuente: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) 2019. Dirección General de Estadística y Censos. DIGESTYC. Ministerio de Economía. Gobierno de El Salvador.

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.

Solo San Salvador como departamento concentra el 27% de la población total del país; al revisar la distribución de la población por los municipios que la forman, se observa que solo Soyapango, San Salvador y Apopa, en ese orden descendente, concentran el 38% de 1,807,538 de habitantes reportados para San Salvador como departamento para el año 2019.

La densidad poblacional según estimaciones de la DIGESTYC, año 2019, del departamento de San Salvador se estimó en 2,040 habitantes por km²; y para el año 2020, siendo el municipio de Soyapango el más densamente poblado en todo el AMSS, seguido por los municipios de San Salvador, Apopa y Mejicanos. En el extremo se ubican los municipios de El Paisnal, con el más bajo nivel de densidad poblacional; y le siguen los municipios de Rosario de Mora, Santiago Texacuangos y Aguilares, como otros municipios menos densamente poblados.

Según la EHPM 2019, 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 40.5% de los hogares viven en condición de hacinamiento; esta situación es más sufrida en el área rural donde el 55.2% de los hogares viven en esta situación, mientras que en el área urbana este porcentaje es de 31.9%. Se observa, un porcentaje menor en el AMSS de 25.3% de hogares que vive en condición de hacinamiento.

4.2 CONTEXTO POLÍTICO.

La Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) emitida por la Asamblea Legislativa de El Salvador, a través del Decreto No. 302⁵, 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 (APSI), 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:

- Coordinar desde el ente rector actividades político-técnicas de carácter estratégico con todos los miembros del SNIS 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 SNIS 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 SNIS.
- Avanzar progresiva y sostenidamente hacia la integración de los servicios de los miembros del SNIS 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.

⁵ 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>

- 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.

4.3 CONTEXTO SOCIO ECONÓMICO.

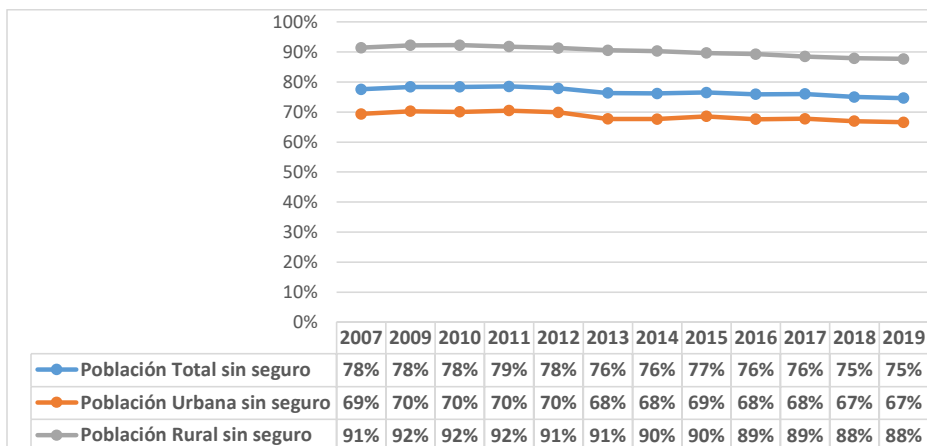
En El Salvador, una condición importante del ámbito socioeconómico, generalmente ligada a condiciones de empleo, pobreza, marco legal, vulnerabilidad y/o a la cultura previsional de la población, está relacionado con las coberturas de aseguramiento en salud. En tal sentido, en el Gráfico 1, se presentan los datos extraídos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) de los últimos 12 años, relativos a la población salvadoreña que no está cubierta por ningún seguro de salud (público o privado), según área geográfica; y en el Gráfico 2, la población sin seguro de salud según niveles socioeconómicos.

La información de la EHPM, identifica que durante el período comprendido de 2007 a 2019, la población sin acceso a ningún tipo de aseguramiento en salud, ya sea de carácter público o privado, pasó de representar el 78% en 2007, al 75% en 2019; lo que evidencia que en los últimos 12 años tres cuartas partes de la población salvadoreña ha estado sin ningún tipo de aseguramiento de salud, lo que implica que ésta ha sido la población de referencia de la red pública de salud salvadoreña.

Si se examina tal condición por áreas geográficas, los datos indican que la población no asegurada en las áreas urbanas, pasó del 69% (2007) al 67% (2019), porcentaje que se explica dada la mayor cantidad de personas en el área urbana del país con un empleo formal, por lo tanto, en su mayoría cotizantes de la seguridad social (ISSS).

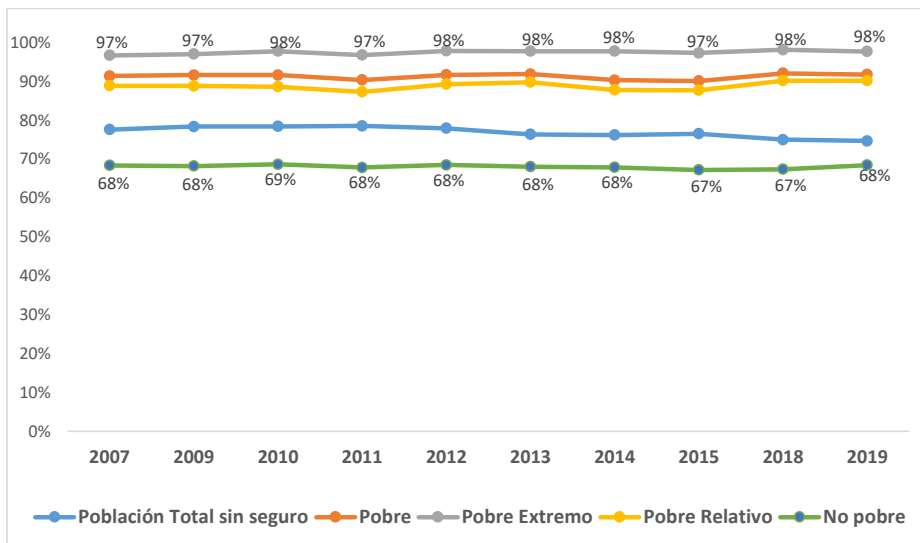
En cuanto al área rural del país, el porcentaje de población sin seguro de salud para 2007 fue de 91% pasando a 88% en 2019. En ese sentido, se puede ver que el no aseguramiento en salud de un alto porcentaje de la población salvadoreña, a pesar de los esfuerzos por extender coberturas en el aseguramiento, sigue siendo uno de los principales retos de carácter estructural dentro del país, en especial en las áreas rurales.

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 *Para el año 2008 no se cuenta con la desagregación por área geográfica.

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



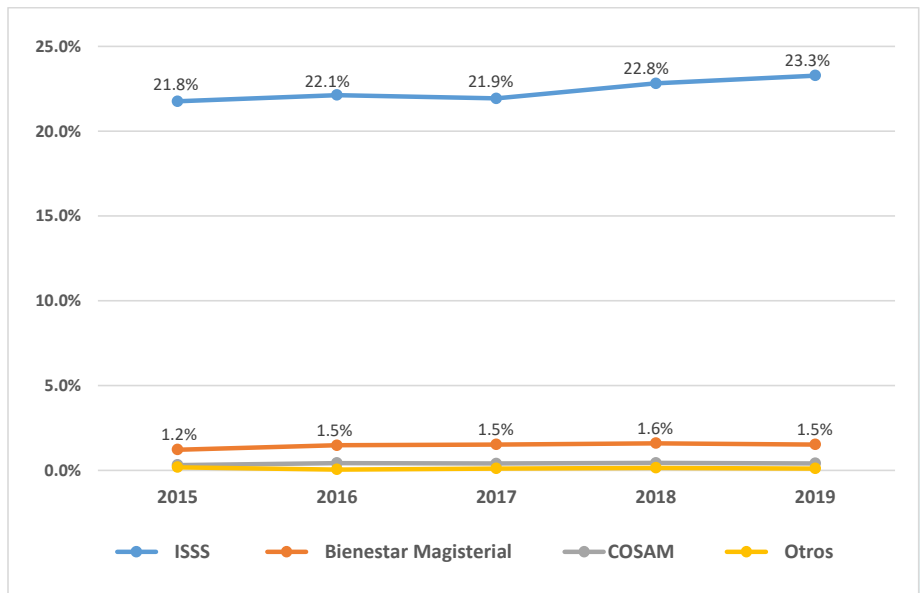
Fuente: Unidad de Economía de la Salud/Dirección de Planificación/MINSAL. Elaboración propia en base a datos EHPM. * Para los 2008, 2016 y 2017 no se dispone de esta desagregación por niveles socioeconómico.

Si se examina la condición de no aseguramiento en salud, por niveles socioeconómicos (Gráfico 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 (97% en 2007, y 98% en 2019). 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 (68%, en 2019). Para los 2008, 2016 y 2017 no se dispone de esta desagregación por niveles socioeconómico.

Lo anterior indica las limitaciones en las coberturas de los sistemas de seguridad social (Gráfico 3), 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”.

Como se evidencia en el Gráfico 3, únicamente un cuarto de la población cuenta con un seguro de salud y éste en un 90% corresponde a la afiliación al ISSS. 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.

Gráfico 3. El Salvador. Población según tipo de seguro médico que dispone.



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

Las EHPM permiten también identificar qué acción tomaron las personas que reportaron que se enfermaron o accidentaron como por ejemplo acudir o no acudir a consultar a alguien o a un establecimiento de salud.

En ese sentido, 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 en un promedio de 42% durante los años presentados.

Para 2019, el porcentaje de personas que no acudieron a consultar con nadie para tratar su problema de salud, fue de 39%.

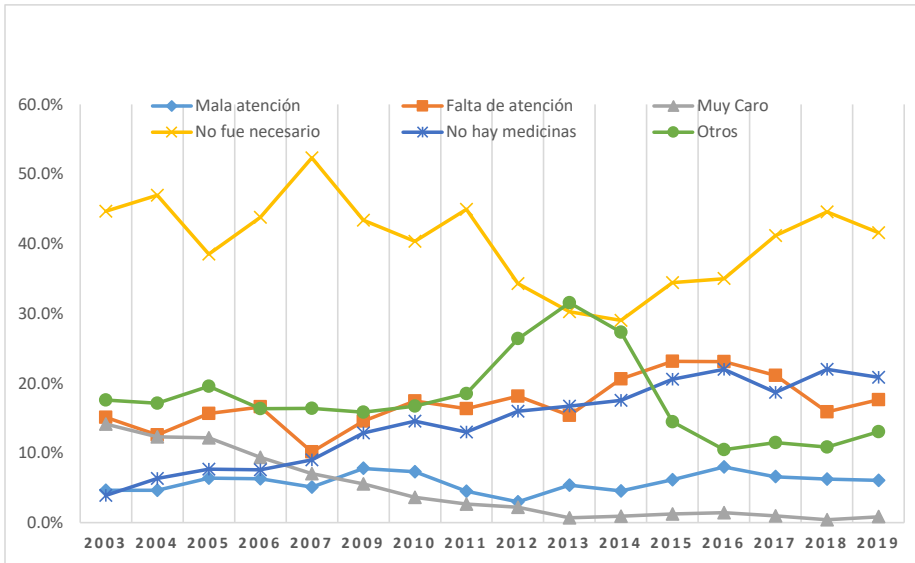
Tabla 2. El Salvador. Población que reportó que se enfermó o accidentó.

Año	Población que se enfermó o accidentó	Población que no consultó con nadie	%
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%
2018	909,422	401,401	44%
2019	1,000,041	393,578	39%

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

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 4 se presentan, en términos relativos, las razones que externaron las personas para no acudir a un establecimiento de salud. Esta es una información estratégica en política pública para buscar las herramientas para eliminar o minimizar tales barreras al acceso.

Gráfico 4. El Salvador. Población que reportó que se enfermó o accidentó, según las razones por las que no consultó en ningún establecimiento de salud público.



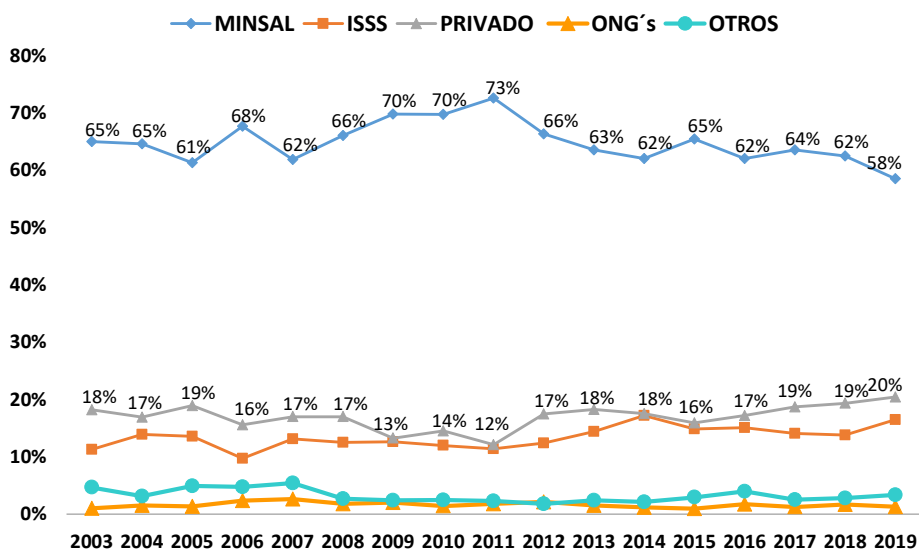
Fuente: Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación, MINSAL. Elaboración propia en base a datos EHPM.

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 20.8% en 2019. 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 2003, el 14.1% 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, hasta casi desaparecer en 2018 y 2019. 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 5, para el período 2003-2019.

Gráfico 5. El Salvador. Población que reportó que se enfermó o accidentó, según establecimiento de salud al que acudió para atenderse.



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 65%.

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 13% (promedio del período) 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 2003 el 18%, al 20% en 2019, es decir que, en promedio del período, fue 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%)⁶. 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 habitantes, es la reducción más notable: un número de homicidios de 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 año⁷.

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, si no 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.

⁶ Numbeo, Base de Datos Criminalísticos; <https://es.numbeo.com/criminalidad/clasificaciones-por-pa%C3%ADs>

⁷ <http://www.uca.edu.sv/idhuca/wp-content/uploads/INFORME-DE-DERECHOS-HUMANOS-2019-VF-Completo.pdf>

4.4.1 El Sistema Nacional Integrado de Salud.

De acuerdo a la Política Nacional de Salud, y basado en el decreto No. 302 de la asamblea legislativa de El Salvador, emitido con fecha 15 de mayo de 2019, se establece el Sistema Nacional Integrado de Salud; en la cual en sus artículos 2 y 3 su obligatorio cumplimiento por cualquier persona natural o jurídica y el involucramiento de toda persona o institución relacionada a la salud. Con el objetivo de 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. Buscando como la finalidad del Sistema la persona humana, la satisfacción de sus derechos y la solución de sus necesidades en este ámbito, con el objeto de alcanzar su desarrollo digno e integral.

El MINSAL será el ente rector del Sistema, en lo concerniente a coordinar, integrar y regular el mismo asumiendo en consecuencia su representación; definiendo las acciones a ejecutar dentro de la Política y Plan Nacional de Salud, y que influyan de manera directa o indirecta en la salud de la población, de acuerdo a sus respectivas funciones y ámbito de aplicación.

Los integrantes del Sistema:

- a) El Ministerio de Salud (MINSAL).
- b) El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).
- c) El Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD).
- d) El Ministerio de la Defensa Nacional, en lo concerniente al Comando de Sanidad Militar (COSAM).
- e) El Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM).
- f) El Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI).
- g) La Dirección Nacional de Medicamentos (DNM).
- h) Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, por medio de la Dirección Nacional de Educación Superior.
- i) Un representante de los hospitales del sector privado, debidamente certificados por el Consejo Superior de Salud Pública.

Colaboradores del sistema

Art. 7.- Son colaboradores del Sistema, las siguientes instituciones:

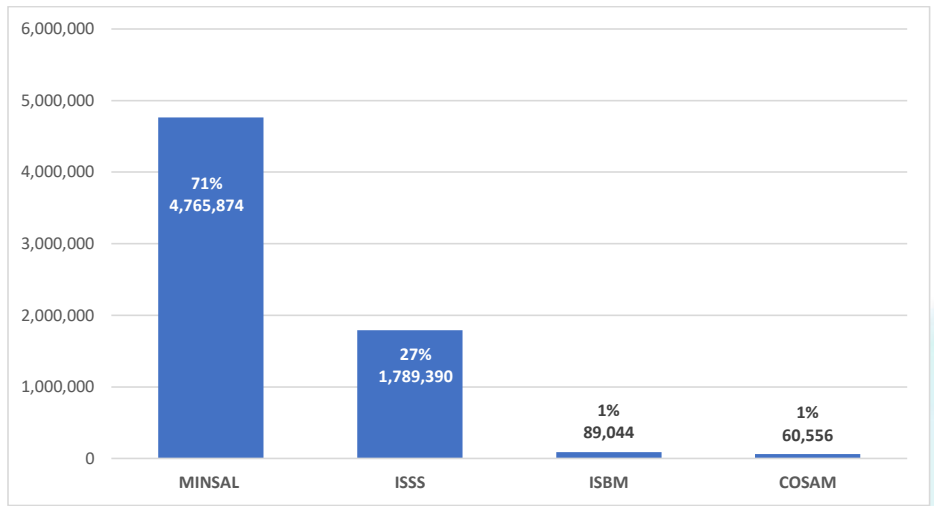
- a) Ministerio de Gobernación y Desarrollo Territorial.
- b) Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales.
- c) Ministerio de Trabajo y Previsión Social.
- d) Ministerio de Agricultura y Ganadería.
- e) Ministerio de Obras Públicas, Transporte, Vivienda y Desarrollo Urbano.
- f) Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados.
- g) Fondo Social para la Vivienda.
- h) Las Municipalidades.
- i) Organizaciones No Gubernamentales autorizadas y que tengan como finalidad acciones de salud de manera directa o indirecta.

El Ministerio de Salud (MINSAL) cubre un 70% de la población; el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) que tiene una cobertura del 27%; el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM) que cubre el 1.36% de la población; el Comando de Sanidad Militar (COSAM) cubre el 1% de la población; el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) que además de financiar campañas de promoción de la salud también presta servicios en horarios extendidos y fines de semana en los mismos establecimientos del Ministerio de Salud; y, el Instituto de Rehabilitación Integral (ISRI) es el único instituto público de rehabilitación y cubre a toda la población que no tenga aseguramiento⁸.

Respecto a las coberturas de los servicios de salud de carácter público para el 2019, éstas se distribuyen de la siguiente forma: MINSAL, 71%; ISSS, 27%; ISMB, 1%; y COSAM, 1%. 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 6.

El Ministerio de Justicia, aunque no es parte del SNIS, está trabajando articuladamente para la atención en privados de libertad, para ello el MINSAL realiza capacitación a personal de salud y administrativos del sistema penitenciario, en las temáticas de prevención, detección y tratamiento de la TB.

Gráfico 6. Cobertura poblacional, según institución pública del sector salud - 2019



Fuente: Estimación de Cuentas en Salud 2019, basada en información institucional. Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación/MINSAL

⁸ <https://press.ispor.org/LatinAmerica/wp-content/uploads/2020/04/ISPOR-SITUACION-DE-SALUD-EL-SALVADOR-FINAL.pdf>

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 Gasto Nacional en Salud 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, FOSALUD 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).

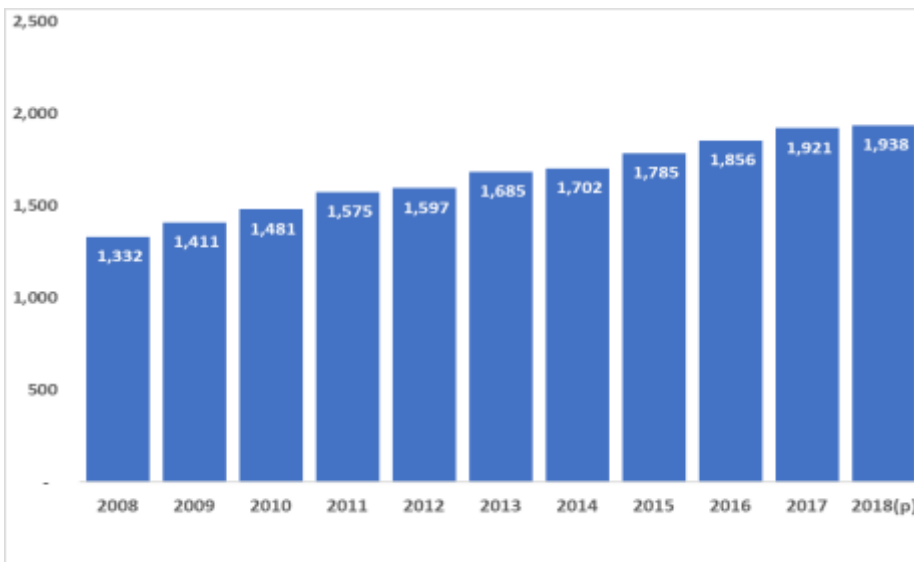
En lo que respecta al GprivS, se incorporan tanto las erogaciones en salud ejecutadas por las empresas de seguros de naturaleza privada, como el denominado «gasto directo de bolsillo de los hogares en salud» (GDBHS).

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.

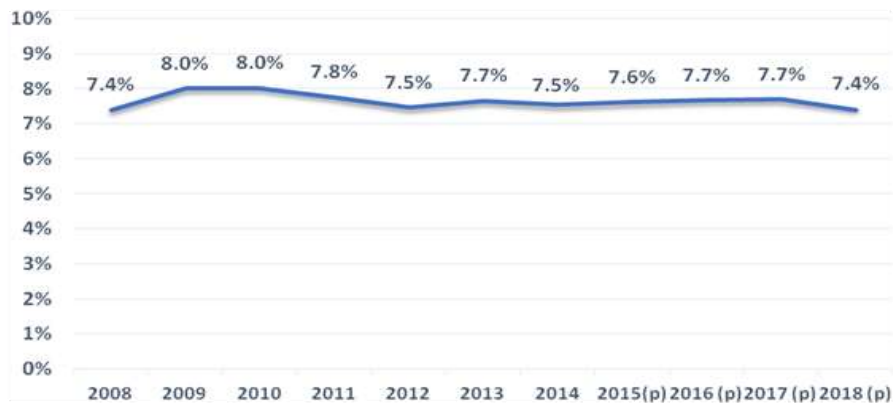
En el gráfico 7, se presenta la evolución del Gasto Nacional en Salud (GNS) en valores corrientes para el período 2008-2018, el cual incluye tanto el gasto público en salud (GPúbS), como el gasto privado en salud (GPrivS); y, en el gráfico 8, lo que éste representa como proporción del Producto Interno Bruto (PIB).

Gráfico 7. 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 8. Evolución del gasto nacional en salud como porcentaje del PIB.



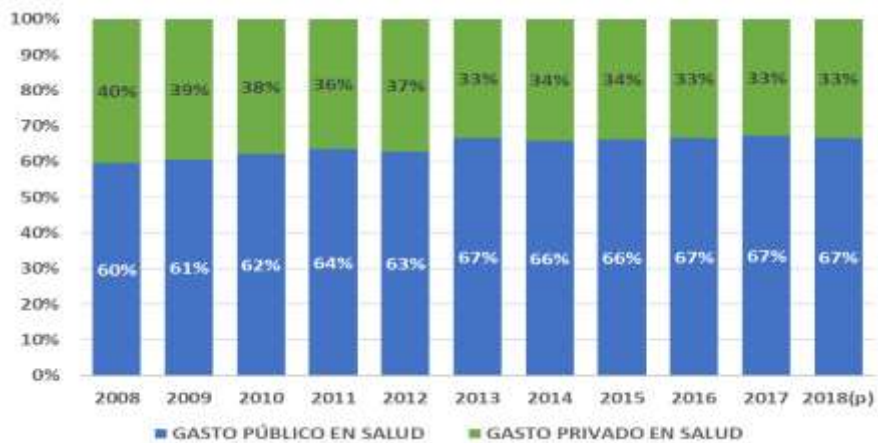
Fuente: Cuentas en Salud, Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación/MINSAL.

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 9 se presenta dicha estructura para el período 2008-2018.

Gráfico 9. Proporción del gasto público y gasto privado en salud.

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

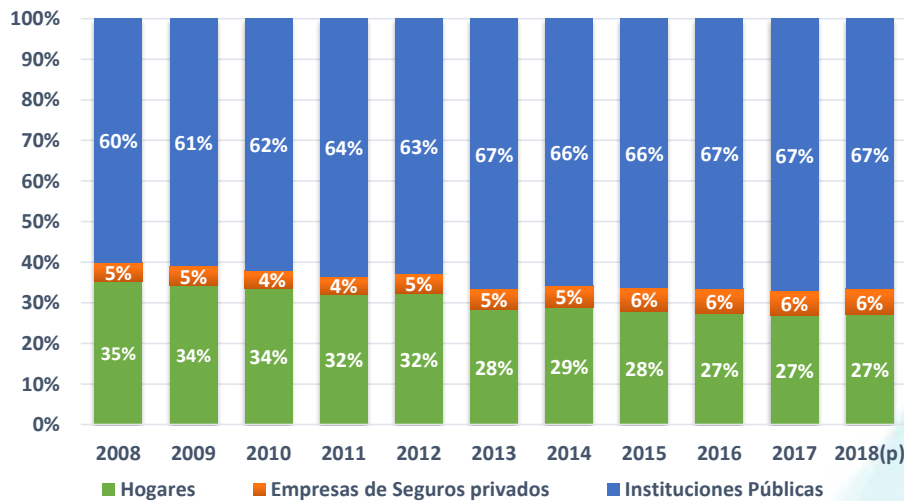


Se destaca la alta relevancia relativa que ha ido adquiriendo la proporción del GNS que es cubierta a través del GPubS, el cual pasó de representar el 60% del GNS en 2008, al 67% en 2018. Ello evidencia el esfuerzo gubernamental de aumentar de manera sostenida, el financiamiento público de la salud en 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 10 se presenta la composición del GNS según los diferentes agentes de financiamiento.

Gráfico 10. 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 11 se presenta, tanto el GPúbS total, como por las entidades que lo componen; y su relación respecto al PIB.

Gráfico 11. 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 (RIIS), 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 estar 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 Integrado de Salud ⁹, en el artículo 1 expresa: “La presente ley tiene por objeto 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

⁹ <http://cssp.gob.sv/wp-content/uploads/2016/05/Ley-del-Sistema-Nacional-Integrado-de-Salud..pdf>

cobertura universal en forma equitativa, oportuna y de calidad para la población en los diferentes niveles de atención”.

Su artículo 3, párrafo 1 expresa: “Créase el Sistema Nacional Integrado de Salud, que en lo sucesivo podrá denominarse ‘El Sistema’, el cual estará constituido por las instituciones públicas y privadas que de manera directa e indirecta se relacionan con la salud”.

En su artículo 5 también expresa: “El Sistema fundamentará su actuación en los principios de Universalidad, Integralidad, Accesibilidad, Solidaridad, Subsidiaridad, Equidad, Intersectorialidad, Participación Social y Calidad”.

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 422 Unidades Comunitarias de Salud Familiar, 293 intermedias y 39 especializadas; de igual manera con 22 Hogares de Espera Materna (HEM), 10 Oficina Sanitaria Internacional (OSI), 1 Centro Integral de Salud Materno Infantil y de Nutrición (CIAMIN), 1 Centro de Atención Integral de Salud del Adolescente (CAISA), 69 Casas de Salud, 2 Centros de Atención de Emergencia Médica, 43 Centros Rurales de Nutrición y 1 Clínica de empleados.

En el segundo nivel de atención se cuenta con 27 Hospitales de II Nivel y 1 Centro Nacional de Oftalmología. Para el tercer nivel de atención se tienen 3 Hospitales de III Nivel de Atención (Centros Nacionales de Referencia) y 1 Centro Nacional de Radioterapia.

En total se cuenta con una capacidad instalada de 935 centros en donde se brinda la atención en salud de la población salvadoreña¹⁰.

Es de hacer notar que debido a la emergencia dictaminada por la Organización Mundial de la Salud, COVID-19, la cual ha tenido repercusiones en la entrega de servicios regulares de salud en nuestro país, ha sido necesario una readecuación de los planes de salud locales, regionales y nacionales, a fin de ajustar las metas de atención dentro de los programas de protección a la salud y las expectativas de medicina preventiva planificadas con anterioridad, debido al impacto en coberturas y producción de servicios que la pandemia está provocando¹¹.

¹⁰ <https://www.salud.gob.sv/memorias-de-labores/2018-2019>

¹¹ <https://www.salud.gob.sv/memorias-de-labores/2019-2020>

Esto hizo que el Gobierno de El Salvador se proyectara con la construcción de un nuevo hospital para la atención de pacientes con COVID-19, Hospital El Salvador; y con esto aumentó la capacidad instalada en la infraestructura hospitalaria del país.

Para la atención de la salud de la población el MINSAL cuenta con personal administrativo 7,130, de anestesia 375; encargados en la atención de medio ambiente 832; auxiliares de enfermería 3,954; enfermeras 3,249; Estudiantes de odontología en servicio social 53; fisioterapeutas 153; personal de laboratorio clínico 1,001; egresado de doctorado medicina en servicio social 375; Médicos especialistas 1961; Médicos generales y residentes 2791; Doctores en odontología 536; Otro personal de salud/técnicos en Salud 2,725; practicantes internos 498; promotores de salud 3,542; y personal de química y farmacia 120. Por todo, hasta para el primer semestre del 2019, el MINSAL contaba con un total de 29,295 personas trabajando en temas de salud en los diferentes niveles de atención¹².

Es de hacer mención también que durante el año 2020, la pandemia por COVID-19 llegó a cambiar la dinámica de trabajo en salud, como también, dio la apertura para hacer una reestructuración obligada de todos los sistemas de salud a nivel mundial y en concordancia con esto, la contratación de más recurso humano en salud, con lo que las cifras con las que ha llegado a contar el MINSAL, han sido mayores.

4.4.6 Capacitación y cualificación de Recursos Humanos.

Enmarcado en la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud del MINSAL, la UPTYER sistemáticamente ha fortalecido técnicamente al personal multidisciplinario, responsable de la operativización de la Unidad del Programa de Tuberculosis en 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.

¹² <https://www.salud.gob.sv/memorias-de-labores/2018-2019>

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 Unidad del Programa de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UPTYER).

El Ministerio de Salud cuenta con la Unidad del Programa de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. Estructurada organizativamente con una jefatura y 5 áreas técnicas: asistencia médica, diagnóstico, capacitación y normalización; planificación, monitoreo, evaluación y seguimiento de proyectos; vigilancia epidemiológica, sistemas de información e investigación; información, educación y comunicación; y la de gestión, administración y desarrollo. Sus funciones están orientadas al diseño e implementación de estrategias para la promoción, prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis; retomando la estrategia Fin de la TB de la OMS (Ver Anexo 11).

Estructura organizativa de la Unidad del Programa de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias.



4.4.7.1 Referencias y compromisos internacionales, nacionales y marco legal de la UPTYER

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.
- Reporte de información para el Plan Regional de Tuberculosis en las Américas.
- Estrategia Fin de la TB de la 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.

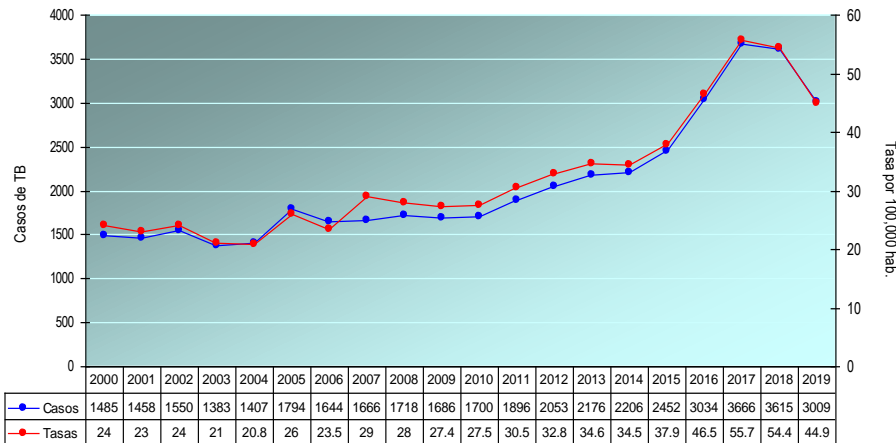
4.4.8 Situación epidemiológica y programática de la tuberculosis en El Salvador.

En El Salvador, la TB aún representa un problema de salud pública como incidencia global de país; teniéndose dos escenarios 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 la mayor tasa en comparación con 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 TB en El Salvador.

Gráfico 12. Tasa de incidencia de casos de Tuberculosis todas las formas.



Fuente: UPTYER El Salvador.

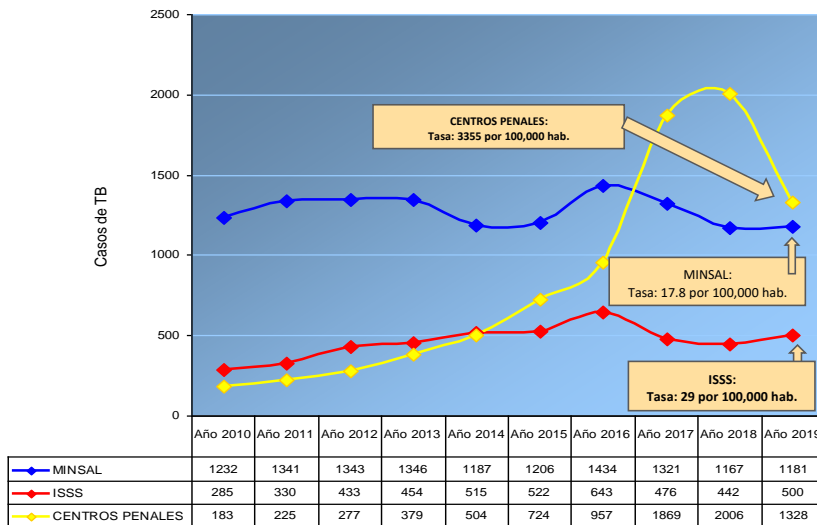
En el gráfico 12 se muestra que en la última década, las tasas de incidencia han oscilado entre 27.5 para el 2010 alcanzado tasas máximas de 55.7 y 54.4 para los años 2017-2018 de manera respectiva; y una reducción importante de la incidencia para el año 2019 de 10 puntos por cien mil habitantes (44.9). Ésta reducción es 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 la prueba molecular rápida Xpert MTB/RIF, la unidad móvil de Rayos X en los CP y la coordinación interprogramática con la Unidad del 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, propias de la población privada de libertad siguen manteniendo en alto riesgo de contagio y transmisión de la tuberculosis a esta población; debido a esto, 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.

Gráfico 13. Incidencia de casos de tuberculosis todas las formas por proveedor de salud. Años 2010 -2019.



Fuente: UPTYER El Salvador.

La carga de casos nuevos de TB en todas sus formas, en los diez años ha oscilado entre 1,700 y 3,009 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 17.8 por 100,000 habitantes, la seguridad social de 29 por 100,000 habitantes y la tasa para los Centros Penitenciarios de 3355 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%), cuya condición está relacionada a factores de riesgo como el hacinamiento, la desnutrición y comorbilidades, lo que afecta directamente en el control de infecciones.

Gráfico 14. Detección y notificación de casos de tuberculosis, según instituciones. El Salvador 2019.



Fuente: PNTYER El Salvador.

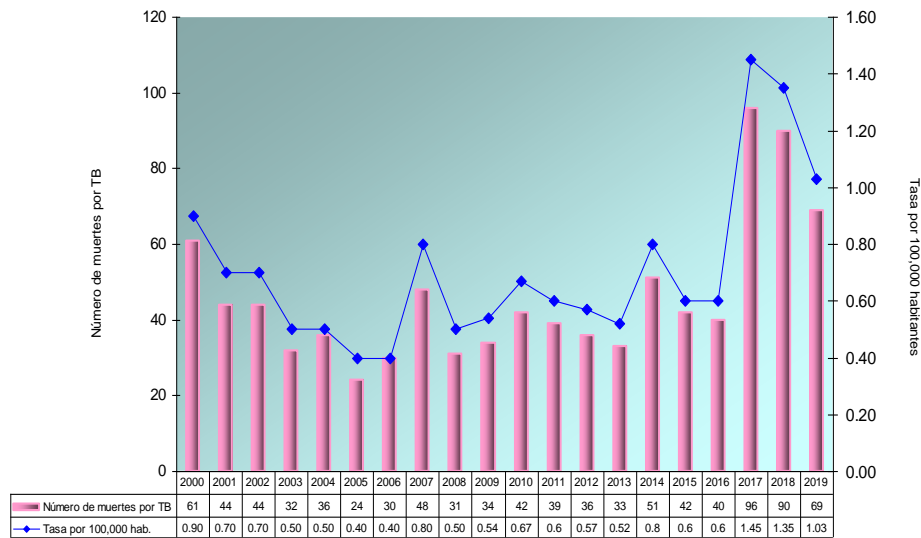
De acuerdo al Gráfico 14, durante el año 2019, la DGCP fue la entidad con un mayor número de casos diagnosticados (44.1%) es decir 1328 casos, en relación al total de casos diagnosticados a nivel nacional (3,009); seguido del MINSAL con 1,181 que representa el 39.2% del total y el 16.6% (500 casos) diagnosticados por la seguridad social.

Debido a factores conocidos como la sobrepoblación y hacinamiento en los centros penitenciarios, existe una alta carga de Tuberculosis, favoreciendo la transmisibilidad de esta enfermedad; 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 15. Tasa de mortalidad hospitalaria por tuberculosis. Años 2000 - 2019

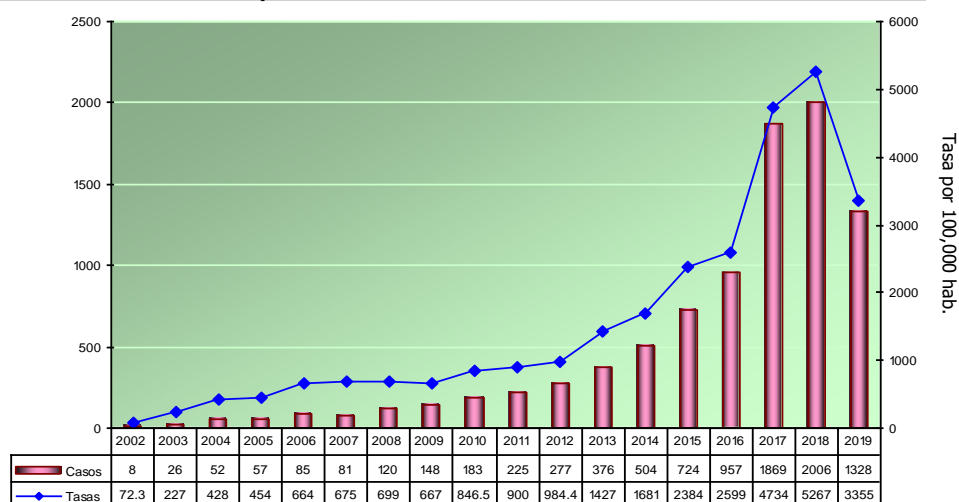


Fuente: Sistema de Morbi-Mortalidad del MINSAL.

La mortalidad hospitalaria por TB ha oscilado entre 34 para el año 2009 y hasta llegar a 96 casos en el 2017, con una tasa de 0.54 y 1.45 por 100,000 habitantes respectivamente. En los últimos dos años dichas cifras han tenido un descenso que se ha reportado para el 2018 la cantidad de 90 muertes por TB y para el 2019 solo 69 y cuyas tasas corresponden a 1.35 y 1.03 cada 100,000 habitantes respectivamente.

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 sumados a la violencia social.

Gráfico 16. Incidencia de casos de tuberculosis (todas las formas) en centros penitenciarios. El Salvador 2002 – 2019



Fuente: UPTYER y DGCP. El Salvador.

Dada la importancia de los casos de TB reportados por la DGCP, en el Gráfico 16, 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/UPTYER.

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 de la Unidad del Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UPTYER) 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

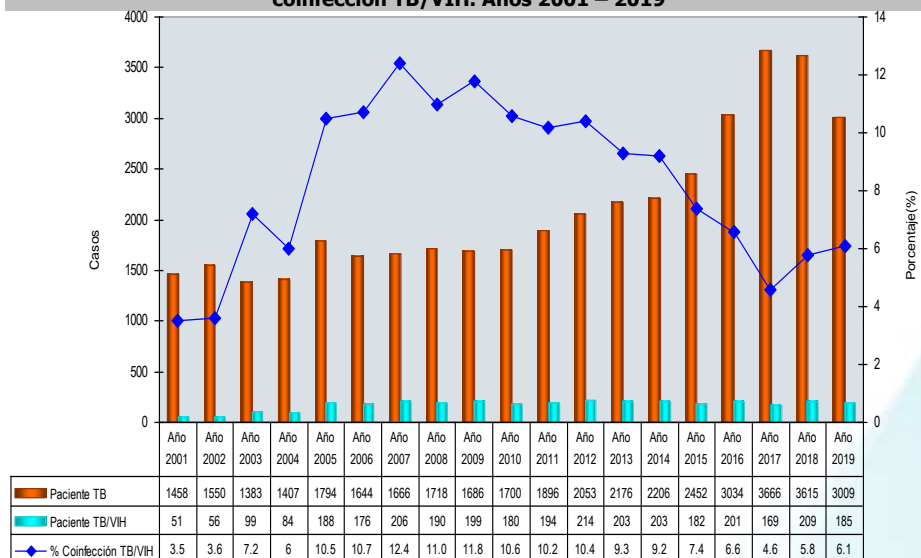
control de la tuberculosis en población privada de libertad, Guía para el manejo de la Tuberculosis y VIH, entre otras.

- 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 esto 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.

4.4.8.3 Situación de la coinfección de TB/VIH.

Gráfico 17. Total de casos de TB todas las formas, TB/VIH y porcentaje de coinfección TB/VIH. Años 2001 – 2019

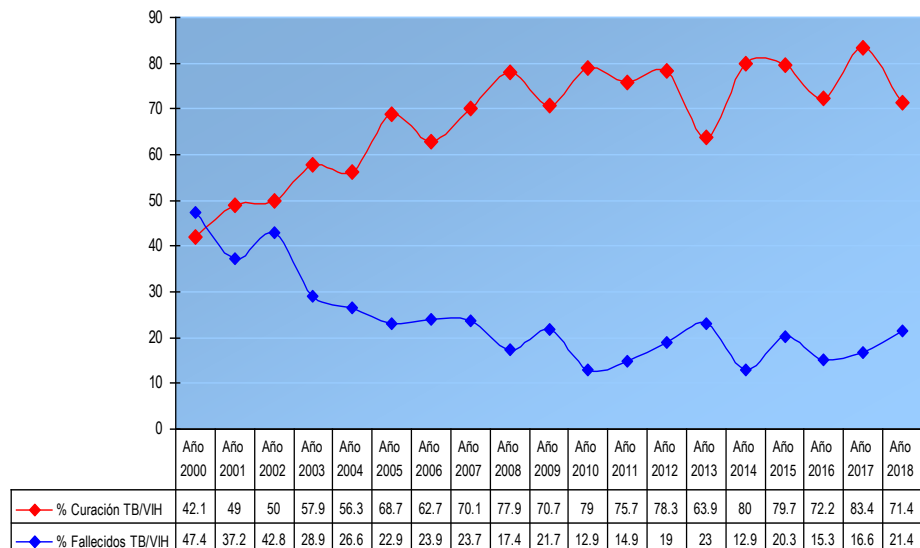


Fuente: UPTYER. El Salvador.

El gráfico 17 refleja que durante los últimos dieciséis años (2001-2019) se han diagnosticado con coinfección TB/VIH 3,189 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 la UPTYER y la Unidad del Programa de ITS VIH/Sida y a la priorización de intervenciones en los grupos vulnerables.

**Gráfico 18. Porcentaje de curación y fallecidos de casos coinfectados TB/VIH
Años 2000 – 2018.**



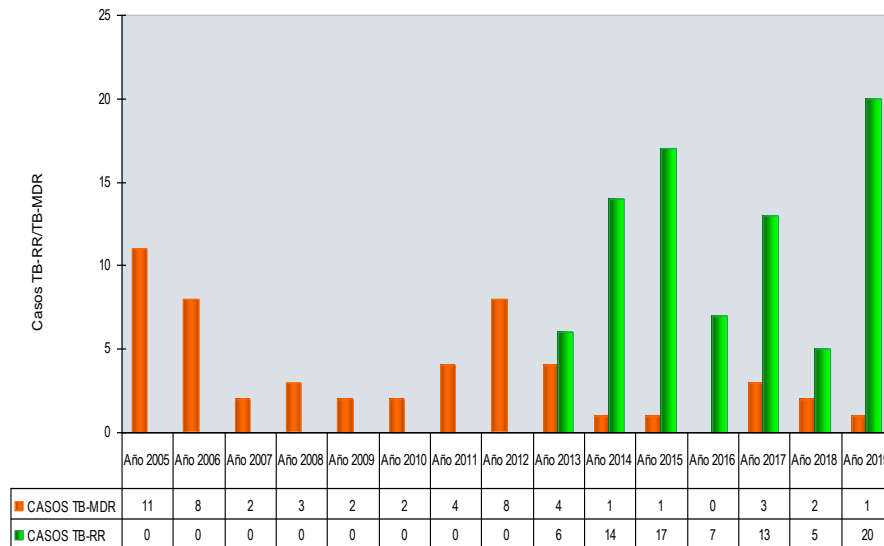
Fuente: UPTYER. El Salvador.

El gráfico 18 muestra el impacto de la ejecución de las actividades colaborativas entre la Unidad del Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias y la Unidad del 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 (71.4%). Las variaciones se han debido a comorbilidades de enfermedades crónicas no transmisibles.

4.4.8.4 TB-MDR.

Gráfico 19 Casos de tuberculosis resistentes, año 2005-2019.



Fuente: UPTYER, El Salvador.

En el gráfico 19 se evidencia que entre los años 2005 al 2019, el país ha diagnosticado un total de 82 casos de tuberculosis Resistente a Rifampicina (TB-RR) y 52 casos de tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR).

En el 2012, como apoyo a la vigilancia de la drogorresistencia 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 19, 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 SNIS, para el diagnóstico oportuno de la drogorresistencia.
- Necesidad de mayor cantidad de personal de salud capacitado en las instituciones del sector salud.
- El ISSS no posee equipos de diagnóstico para la realización de pruebas moleculares ni de sensibilidad convencionales.
- Aumento de contagio de TB, TB DR y TB MDR en los penales.
- Identificación tardía y seguimiento de casos y contactos intra y extracarcelarios para el control de infecciones.

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 drogorresistente, ya que es donde más casos se han detectado en los últimos años, esto con el compromiso de acercarnos a la meta de la estrategia Fin de la TB.

Tabla 3. Resultados del tratamiento de los casos de TB resistente, años 2008 a 2019.

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
TB-MDR	5	2	2	4	8	3	5	1	0	3	2	2
TB-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
Éxito Tx.	60	50	100	100	100	80	73	89	100	81		

Fuente: Clínica de Resistencias. Hospital Nacional de Neumología y Medicina Familiar "Dr. José Antonio Saldaña".

En la tabla 3 se observa la cohorte de resultados de tratamiento de casos de tuberculosis MDR desde el año 2008, teniendo un éxito de tratamiento del 81% de los casos hasta el año 2017.

4.4.8.5 Poblaciones claves (de mayor riesgo y vulnerabilidad).

Existen grupos de personas o poblaciones clave de mayor riesgo y vulnerabilidad para contraer TB debido a que poseen ciertas condiciones que las hacen propicias de un mayor contagio de la enfermedad; dichos factores pueden ser socioculturales, laborales, personas en sitios de congregación, usuarios de drogas y adictos a drogas, personal de salud, personas que padecen de enfermedades inmunosupresoras, personas privadas de libertad, además de niños, niñas y adolescentes del ISNA, población general infantil, contactos de casos de TB, personas en situación de calle, personas con VIH, entre otros.

El análisis de estos grupos de personas hace ejercer acciones específicas entre las diferentes instituciones del Estado, en conjunto con alianzas con otras instituciones no gubernamentales y privadas del país. Esto ha hecho crear la iniciativa de "TB Grandes Ciudades", con la que se trata de armonizar los esfuerzos de todas las instituciones participantes, para el control de la TB.

Para la población con enfermedades crónicas e inmunosupresoras se dispone de información escasa y limitada a estudios que requieren más profundidad para mejorar el análisis de contraer TB en este tipo de población.

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 la UPTYER 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 descartar precoz de TB en personas con 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 a quienes no se les 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, 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".
- 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 (ILT) y control de infecciones con énfasis en Tuberculosis.
- Indicadores estandarizados nacionales e internacionales de coinfección TB/VIH.
- Dispensación de tratamiento de la ILT 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 agravado 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 fueron 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, 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 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 penales¹³.

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

- Hacinamiento arriba del 137% en todo el sistema penitenciario. La capacidad aproximadamente de los centros penitenciarios es para 27,000 PDL y existen 37,000.
- 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.
- Difícil ubicación de la población excarcelaría en la comunidad de residencia.
- Autoexclusión de la población excarcelaría 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.
- Poco recurso de salud debido a la alta deserción del mismo en clínicas de centros penales debido a amenazas, extorsiones a las que son expuestos por parte de las PPL que pertenecen a maras o pandillas.
- Tamizaje no sistemático para descartar TB en el 100% de los privados de libertad que ingresan a los penales, por personal de salud limitado.
- No implementación del tratamiento preventivo para la ILTB en los centros penales.
- Bajo presupuesto asignado al Departamento Médico Odontológico (DMO) 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.
- Insuficiente capacidad diagnóstica de TB en el sistema penitenciario.

¹³ http://www.uca.edu.sv/idhuca/wp-content/uploads/INFORME-DE-DERECOS-HUMANOS-2019-VF_Completo.pdf

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 drogorresistencia, 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 TB en los grupos poblacionales que padecen enfermedades crónicas.

Por iniciativa de la UPTYER/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 sub-registro el cual se espera disminuir de forma progresiva al implementar los planes de coordinación entre la UPTYER 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 la UPTYER 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 descarta 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 (1,675) 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 TB/diabetes, 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 (hemoglucotest), 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.

Diagnóstico y tratamiento de la infección latente por tuberculosis (ILTB) en grupos de mayor riesgo.

Desde el 2016, se introdujo el término de ILTB (antes terapia preventiva con isoniácida 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 isoniácida, 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 isoniácida (INH).

Brechas o debilidades:

- No se ha incluido otras poblaciones de riesgo y vulnerabilidad del SNIS tales como la población privada de libertad sin VIH, militares, bartolinas, personas usuarias de drogas; niñas, niños y adolescentes del ISNA, población escolar etc.
- Desabastecimiento internacional de isoniácida para dar cumplimiento a esquemas de tratamiento en todos los grupos de riesgo.

- Presupuesto limitado para la compra de isoniácida, 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, uso y consumo de drogas 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 SNIS.
- Baja cobertura en el Tratamiento para la Infección Latente por Tuberculosis en grupos vulnerables.
- Bajo desarrollo de investigaciones sobre el comportamiento de la TB en la niñez y adolescencia.

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 broncoscopia, cultivo BARR, ADA, pruebas moleculares, Derivado Proteico Purificado del Bacilo de la TB (PPD) y Rx 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 ultra 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 inter fronterizos; 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 el 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 sustancias 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 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, entre estas podemos mencionar: personas con diabetes, niños, privados de libertad, personas en situación de calle, etc.

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 en 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 SNIS.
- 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 medidas de bioseguridad a través del buen manejo del material bioinfeccioso en la red de laboratorios.

4.5.1 Estructura de la red.

La red de laboratorios del MINSAL está estructurada de la siguiente manera:

- Red de laboratorios clínicos: realizan las pruebas diagnósticas en los diferentes niveles de atención: Primer nivel (comunitario), segundo nivel (hospitalario) y tercer nivel (especializado).
- Red de banco de sangre: apoyan en la recolección y abastecimiento de las unidades requeridas a los establecimientos de salud. Apoyan en la recolección y abastecimiento de las unidades de sangre y sus derivados, que requieren los pacientes en 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 nacional de laboratorios clínicos, depende de las Direcciones Nacionales de acuerdo a su nivel de complejidad: Los laboratorios clínicos del primer nivel de atención, dependen de la Dirección Nacional de Primer Nivel, y los laboratorios de segundo y tercer nivel, dependen de la Dirección Nacional de Hospitales. 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 baciloscopía 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 baciloscopías y prueba molecular en tiempo real para algunos centros penales, como Izalco en sus tres fases, Centro de Detención Menor (DCM) La Esperanza realiza BK y pruebas moleculares, como ejemplo.

La red nacional de laboratorios hasta diciembre del 2019 realizó 163,071 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.

Tabla 4. 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			

Fuente: Distribución de la Red Nacional de Laboratorios. Ministerio de Salud. El Salvador.

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 de la siguiente manera:

- 9,726 cultivos,
- 121,146 baciloscopia 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 30,698 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 2,218; 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 proporcionó 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	$\frac{\text{Total de BK de diagnóstico SR investigados por laboratorio}}{\text{Total de BK de diagnóstico SR investigados por laboratorio}}$	2	1.9
Rendimiento técnico	$\frac{\text{Total de BK de diagnóstico positivas del SR}}{\text{Total de BK de diagnóstico realiza al SR}} \times 100$	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	$\frac{\text{BK negativo con cultivo positivo en pacientes adultos con muestra pulmonar de diagnóstico}}{\text{Total de cultivos en pacientes adultos con muestra pulmonar de diagnóstico}} \times 100$	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	2.7 %
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 baciloscopías 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:

- Aún en proceso de adecuar la infraestructura en el nuevo edificio donde será trasladado el LNSP.
- Expansión de prueba molecular rápida Xpert MTB/RIF y Xpert MTB/RIF Ultra como prueba inicial de diagnóstico para sustituir la baciloscopia y métodos fenotípicos antiguos.
- 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 drogoresistencia a través de nuevos métodos (LPA y cultivo líquido en sistema automatizado).
- Adquisición de insumos para el diagnóstico de Tuberculosis por falta de proveedores locales.
- Implementación de sistema de gestión de calidad en Laboratorios de Tuberculosis de la Red Nacional.
- No se cuenta en el país con empresas o personal capacitado para realizar verificaciones y certificaciones de Cabinas de Seguridad Biológica (CSB) de Laboratorios de TB de los diferentes niveles de atención.
- Entrenar y certificar al personal biomédico del país para que realice dicho proceso y el equipo correspondiente.
- Falta de presupuesto para mantenimiento preventivo y correctivo de cabina de seguridad biológica incluyendo las mediciones de verificación de funcionamiento.
- Adecuación de las áreas de laboratorio con mejoras 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, equipo de protección y manejo de desechos bioinfecciosos en los laboratorios que realizan PSD, cultivos 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 bioinfecciosos.
- 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.
- Fortalecimiento con equipo de cómputo cableado estructurado para la implementación de SIAP en los Laboratorios de la Red.
- Fortalecer el sistema informático en el LNSP.
- Fortalecimiento con recurso humano en aquellos establecimientos de mayor demanda como lo son los que cuentan con Centros Penales o en aquellos que se implementaran nuevas metodologías de diagnóstico debido a que aumentaría la demanda del servicio de laboratorio.
- Fortalecer la infraestructura limitada e inadecuada para laboratorios de la red nacional.

- Adquisición de tecnologías y métodos alternos para mejorar la capacidad instalada en el diagnóstico de TB drogorresistente en los niveles locales.
- Falta de presupuesto para capacitaciones internacionales y visitas de asistencia técnica.
- Falta de presupuesto para participación en control de calidad internacional.
- Gestionar compra de TRUE NAT y otras metodologías para laboratorios con infraestructura básica.

Sistema de información para la red de laboratorio clínico

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

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 ONG 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 atrayente 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 ONG´s y sociedad civil.
- Referencia de las personas sospechosas para su diagnóstico con apoyo de las ONG´s y sociedad civil.
- Las ONG´s 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 ONG´s 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 ONG´s 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 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 69ª 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 ONG 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.

Tal como lo evidencia la medición del gasto público en tuberculosis, el Estado ha ido aumentando el financiamiento con recursos propios de forma progresiva desde un 80% en el 2017 a un 81% en el año 2019¹⁴. En la tabla 5 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 2017 - 2019.

Tabla 5. Brechas financieras para el período correspondiente a los años 2017 a 2019.

Resumen Fuentes de Financiamiento	2017	2018	2019
Gobierno Central	\$ 7,122,428.00	\$8,433,646	\$9,300,454
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	\$11,508,080
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)**	\$181,935.21*
a) OPS, Patronato Nacional Antituberculosis, entre otros. (OPS ha proporcionado asistencia técnica) **PUDR			

- * Brecha no cubierta
- ** Brecha cubierta

Fuente: Anexo 3. Medición del gasto público en tuberculosis en El Salvador, 2017,2018 y 2019 (MEGA TB).

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 conjunto con alianzas estratégicas, y con apoyo de la tecnología para facilitar la cobertura de los servicios de salud integrales y garantizados a corto, mediano y largo plazo con énfasis en las poblaciones más vulnerables, a fin de iniciar un proceso de control avanzado y de pre eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública.

¹⁴ WHO 2020, Tuberculosis Country Profiles. Disponible en : <https://www.who.int/tb/country/data/profiles/en/>

5.3 OBJETIVO DEL PLAN

Fortalecer la prevención y atención integral de nuevos casos de tuberculosis, centrada en las personas afectadas por la enfermedad y sus familias; 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.

Indicador	Metas
1. Cobertura de tratamiento para TB	≥90%
2. Porcentaje de Éxito del tratamiento para TB	≥90%
3. Porcentaje de pacientes con TB cuyos hogares sufren gastos catastróficos debido a la TB	0%
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	≥90%
6. Cobertura en investigación de contactos	≥90%
7. Cobertura de pacientes de TB con resultados de sensibilidad a medicamentos	90%
8. Cobertura de tratamiento con nuevos medicamentos	35%
9. Porcentaje de pacientes de TB con estado de VIH conocido	≥90%
10. Tasa de mortalidad por TB	<1 por 100,000 habitantes

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; con un proceso participativo a

través del cual se incluyeron sectores de la sociedad civil, en coordinación con las instancias gubernamentales.

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, usuarios de drogas, 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, cultivos en medios sólidos y líquidos para vigilancia de TB drogorresistente tanto a primera como a segunda línea, prueba molecular rápida MTB/RIF, MTB/RIF Ultra, pruebas TB-LAM, LPAs y radiografías de tórax como un método diagnóstico de apoyo, entre otros.

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.

Es la base fundamental de la identificación, el análisis, la planificación de respuesta y el control de riesgos. Dentro del PENMTB, se tienen como elementos de apoyo para su implementación el 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 que garantizaran la eficiente ejecución del plan estratégico multisectorial. 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; se ha analizado tanto la probabilidad como el impacto, a medida que la probabilidad y severidad del impacto se incrementan lo hace también la medida del riesgo.

Las actividades en la Gestión de Riesgos 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 adjuntando el impacto para evaluar la influencia de los mismos, tanto en forma numérica como probabilística, tomándose en cuenta además del desarrollo de opciones de mejoras, oportunidades y las formas de 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, los actores del SNIS, la Unidad de Gestión de Riesgos del MINSAL y el Equipo Gerencial de la UPTYER, así como la Gerencia Operaciones a través de todas las dependencias del MINSAL para responder a las demandas presentadas tanto al interior como en el entorno en que la amenaza en donde se presente.

Evidentemente las inseguridades 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 estos pueden aparecer o desaparecer.

Una vez que se han identificados algunos de los riesgos, se vuelve necesario establecer acciones para mitigarlos a través de la ejecución de un plan 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 y autoridades gubernamentales, municipales e internacionales; 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.

Para tener éxito, la multisectorialidad debe comprometerse a conocer la gestión de riesgos de una manera proactiva y consistente a lo largo del tiempo. Debe hacerse una priorización de todos los niveles involucrados en la organización para identificar activamente y perseguir una gestión eficaz durante la ejecución del plan; los riesgos existen desde el momento en que se concibe un proyecto.

Avanzar en un proyecto sin adoptar un enfoque proactivo en materia de gestión de riesgos aumenta el impacto que puede tener la materialización de un conflicto sobre este y que, potencialmente, podría conducirlo al fracaso.

Todas las instancias actores y sectores 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 sujetos involucrados en el riesgo y aquellos responsables por implementar controles estén conscientes de su responsabilidad; asegurar líneas claras de comunicación sobre este tema y determinar cómo se tratarán éstos. (Ver Anexo 17).

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 la UPTYER 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 capacidad instalada, infraestructura, equipos, innovación tecnológica, insumos médicos y no médicos 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, la UPTYER no cuenta con un presupuesto suficiente para las actividades de prevención y control de la TB.
- **Epidemias frecuentes, pandemias y Desastres naturales** como Dengue, Chickungunya 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 de la Tuberculosis sensible y drogorresistente en los centros penitenciarios** por el aumento de la población privada de libertad (hacinamiento, infraestructura

inadecuada, escasos control de infecciones, rotación continua de personal de salud, entre otros) lo que constituye un riesgo y carga importante de TB en el sistema penitenciario.

6.1 BRECHAS PROGRAMÁTICAS.

Las brechas identificadas en esta sección son el resultado de una evaluación de los integrantes del SNIS (MINSAL, ISSS, DGCP, FOSALUD, entre otros) durante las evaluaciones nacionales sistemáticas, diálogo de país, supervisión, monitoreo y evaluación continuo, utilizando la metodología de análisis de indicadores programáticos, establecidos en el plan operativo anual siguiendo las directrices de la UPTYER, 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, a) informes del Comité de Luz Verde, b) Plan de Sostenibilidad, c) evaluaciones en países focalizados de TB en El Salvador evaluación de campo, d) análisis de sostenibilidad en la respuesta al control de la tuberculosis de El Salvador, e) hoja de ruta para la sostenibilidad de la acción multisectorial en la respuesta a la Tuberculosis en El Salvador; por mencionar algunos.

Al igual que se han considerado 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 tanto a drogas de primera como de segunda línea.
- Poca participación de algunos proveedores de Servicios de Salud Privados.
- Escasa participación de ONG 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 y al interior del sistema penitenciario.
- 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.
- Poco uso de las herramientas para comunicación virtual para la implementación de programas dirigidos al desarrollo del conocimiento del RRHH en salud.
- Limitada cobertura de tratamiento de la infección latente por tuberculosis (ILTb) debido a insuficiente asignación presupuestaria.
- Limitado uso de herramientas informáticas para el cumplimiento del TAES por medios de comunicación virtuales para Tratamiento Acortado Observado por Video (VOT por sus siglas en inglés).
- Limitado 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 escenario en cuanto a la incidencia de Tuberculosis: uno en la población general, cuya incidencia presenta una tendencia estable y otra en las PPL, en quienes la incidencia se mantiene alta pero con tendencia a la disminución (Ver sección 4.4.8).

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, optimización de las redes de diagnóstico y capacidad, lo cual representa el 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 ®." (Ver Anexo 7).

Si bien la UPTYER reconoce el papel limitado de algunos 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 es la coyuntura política, la inestabilidad económica debido a la pandemia por COVID-19 y a otros factores externos que podrían afectar la lucha contra la TB.

Estructuralmente, los factores subyacentes, como las desigualdades económicas, la discriminación, la pobreza, la desnutrición y la debilidad en los sistemas de salud, contribuyen a mantener la prevalencia de la enfermedad Tuberculosis 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 especialmente en poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad y prioritariamente 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 el tamizaje sistemático del descartar 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 privadas de libertad que quedan en libertad y que todavía no han sido curadas de esta enfermedad. 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 e incrementándola (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 período del año 2022 al 2026 para la prevención y control de la TB, de estos se invertirán \$39,368,532 de los cuales el Fondo Mundial cofinanciará en el mismo período al PENMTB un monto de \$3,182,056 que representa aproximadamente el 8% de la inversión total para este período.

Con el apoyo financiero del Fondo Mundial, para el componente de Tuberculosis, desde el 2003 a la fecha, se ha podido fortalecer la capacidad instalada de los establecimientos de salud 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, en actividades para mejorar la capacidad instalada, aumento del recurso doméstico en recursos humanos para fortalecer el uso de nuevos métodos diagnósticos para TB drogorresistente, adquisición de reactivos para prueba molecular 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 reducción y ha comenzado un descenso de la incidencia según lo había proyectado el PENMTB 2017-2021, dicha disminución ha sido en 10 casos por cada 100,000 habitantes pasando de 54.4 en el 2018 a 44.9 por 100.000 habitantes en el 2019; condicionado principalmente, al aumento de las intervenciones de detección precoz en poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad principalmente PPL al uso de métodos diagnósticos moleculares con mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico precoz de la Tuberculosis, disminución del hacinamiento en el sistema penitenciario 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 precozmente la TB infectocontagiosa, garantizar su curación y una reducción progresiva de la incidencia para cumplir con las metas establecidas en la estrategia Fin de la Tuberculosis proyectada para el país. (Ver Anexo 1).

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 hasta el año 2017 y a partir de este una disminución sostenida tal como lo muestra el Gráfico 12, con un porcentaje significativo de disminución alrededor de un 10% anual; lo que al proyectar las metas hacia el año 2026 podríamos estar muy cerca del cumplimiento de las metas establecidas en la estrategia fin de la TB por tal razón la UPTYER se plantea para los próximos años los siguientes indicadores y 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 2019 (tasa de 44.9 por 100,000 hab.) y para los indicadores operativos los años 2018 y 2019; estimando una reducción del 10 % anual para los próximos cinco 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 "El establecimiento de metas nacionales para las reducciones de las muertes por TB y la incidencia de la TB, 2016-2025" del documento de la "Implementación de la Estrategia Fin de la Tuberculosis, Aspectos Esenciales" de la OMS; hasta llegar a una reducción significativa para el año 2026 de alrededor de un 30% según las metas proyectadas. (Ver Anexo 1).

Tabla 7. Indicadores prioritarios 2022 al 2026

INDICADORES	Línea de Base 2019	2022	2023	2024	2025	2026	Nivel del Objetivo recomendado*
1. Cobertura de tratamiento para TB	*80%	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%
2. Porcentaje de Éxito del tratamiento para TB	*91%	>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	*45%	≥55%	≥60%	≥70%	≥80%		100%

(bacteriología positiva) de TB con resultados de sensibilidad a medicamentos (Porcentaje de pacientes diagnosticados con prueba rápida)	Año 2019					≥90%	
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	*96%	≥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%

Anexo 22: El Salvador_essential DataTable propuesta 2019 a 2026- completo 16 junio 2020

*Perfil Tuberculosis El Salvador 2019. Global TB Report 2020. OMS.

Además de los indicadores de impacto y prioritarios el PENMTB contempla los siguientes indicadores complementarios para medir el cumplimiento del PENMTB 2022-2026.

Tabla 8. Indicadores complementarios para el seguimiento y gestión de la UPTYER

INDICADORES	Línea de Base 2019	2022	2023	2024	2025	2026
1. Número y porcentaje de sintomáticos respiratorios investigados	83601	65406	65957	66507	67050	67589
2. Tasa de incidencia de tuberculosis por cada 100,000 habitantes (&)	44.9	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 *	1,974	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.	1.06%	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.	1328	728	582	446	323	218
6. Porcentaje de casos de tuberculosis en población privada de libertad diagnosticados por pruebas moleculares	70%	655/728 90%	523/582 90%	401/446 90%	291/323 90%	196/218 90%
7. Número y porcentaje de casos de TB bacteriología positiva (nuevos y recaídas) curados al final del su tratamiento	90% (Año 2018 Cohorte de resultados de tratamiento)	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%

8. Éxito del tratamiento de TB-MDR (%) de casos de tuberculosis drogorresistente confirmados bacteriológicamente (TB-RR y/o TB-MDR).	91.4 %	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%
9. Número de casos de tuberculosis resistente a la rifampicina y/o tuberculosis multirresistente que han comenzado un tratamiento de segunda línea. **	21	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.	1831/1953 94% (Cohorte del año 2018)	692/728 (95%)	553/582 (95%)	424/446 (95%)	307/323 (95%)	207/218 (95%)
11. Porcentaje de fallecidos por la coinfección TB/VIH.	20.3%	≤15%	≤15%	≤15%	≤15%	≤15%
12. Letalidad por TB	<5%	<5%	<5%	<5%	<5%	<5%
13. Porcentaje de servicios del sistema nacional integrado de salud, centros penales y organizaciones de la sociedad civil operativizando la Estrategia Fin de la TB	70%	>70%	>80%	>85%	>90%	>90%
14. Total de casos todas las formas nuevos, recaídas y casos con historia previa de tratamiento antituberculoso desconocido.	3,009	2,080	1,940	1,785	1,615	1,450

Anexo 22: El Salvador_essentialDataTable propuesta 2019 a 2026- completo 16 junio 2020

*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 1.5% del total de los casos de TB todas las formas podrán presentar algún patrón de drogorresistencia.

(&) 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 PENMTB.

Para la implementación del Plan estratégico, se han establecido cinco líneas estratégicas las cuales han sido seleccionadas tomando en cuenta la situación epidemiológica actual de nuestro país, parámetros con líneas basales de algunos indicadores para los años 2018 y 2019; análisis epidemiológico y operativo de los últimos cinco 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.

Además se ha retomado la situación actual del Sistema Nacional Integrado de Salud, los riesgos y vulnerabilidades 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 que realizan actividades en pro de la lucha contra la Tuberculosis, tales como: ONG's, sociedad civil, personas afectadas por la TB entre otras, por lo que a continuación se contemplan los siguientes brechas, objetivos y actividades de cada una de las líneas estratégicas.

Línea Estratégica. 1:

Abordaje oportuno de la TB en grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad con enfoque centrado en la persona.

Línea Estratégica. 2:

Diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis sensible y Tuberculosis Drogorresistente (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, innovación tecnológica, 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 principales responsables de la ejecución de éstas, en relación 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.

- 1.1- Detectar precozmente sintomáticos respiratorios, priorizando las poblaciones claves (de mayor riesgo y vulnerabilidad).
- 1.2- Detectar precozmente casos de tuberculosis sensible y resistente priorizando a los grupos vulnerables (PPL, trabajadores de salud, población infantil, adultos con enfermedades crónicas no transmisibles, población migrante, seguimiento de los contactos, entre otros).
- 1.3- 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.
- 1.4- 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.
- 1.5- Aumentar el descarte de la TB y tamizaje para detección de ILTB y su tratamiento en las poblaciones que está indicada.
- 1.6- Atención integral a personas con VIH y disminución de la mortalidad por TB/VIH.
- 1.7- 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 implementarán estrategias diferenciadas de acuerdo a las brechas identificadas en la promoción, detección, cobertura de servicios de salud; priorizando los grupos vulnerables entre otros tales como: 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
1. Limitada cobertura y acceso a los servicios de salud y déficit de personal.	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 SNIS para diseñar estrategias de intervención para la detección temprana de TB (Actividad coordinada con instituciones formadoras de recursos de salud y sus estudiantes).	Abordar los determinantes que condicionan o influyen en la detección tardía de los casos de TB.	MINSAL, ISSS, Comité Académico.
	Realización de investigaciones epidemiológicas y operativas a nivel de regiones de salud, divulgación y/o publicación de investigaciones realizadas por personal de salud capacitado (diplomados).	Investigaciones epidemiológicas y operativas en los municipios de mayor carga de TB o de silencio epidemiológico para identificar causas de brechas de captación de SR y detección de casos, estudios sobre evidencia entre la asociación de TB y DM.	MINSAL, ISSS, privados, Comité Académico.
2. Demanda tardía de los pacientes con síntomas respiratorios asociados a TB, generando una demora en el diagnóstico de la enfermedad.	Ejecución de actividades de promoción, información, educación a través de diferentes medios de comunicación (teatros, foros, perifoneo, radios, televisión, medios digitales, incluyendo las redes sociales) sobre contenidos de tuberculosis.	Difusión de mensajes a través de diferentes medios. Elaboración y distribución de materiales educativos impresos. Ejecución de actividades de movilización social. Ubicación de murales alusivos a la TB	MINSAL, ISSS, ISBM, SM, FOSALUD, centros penales, sociedad civil, alcaldías, ONG, comités de salud.
3. 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 cultivos sólidos y líquidos (MGIT), microscopía y pruebas moleculares: MTB/RIF y MTB/RIF Ultra y LPAs.	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
		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 baciloscopías 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,	Provisión de insumos gastables para la atención (papelería, material de oficina y educativo en TB, instrumentos de registros, entre otros) para el diagnóstico y tratamiento de TB.	MINSAL, ISSS, ISBM, SM, FOSALUD, cooperación, alcaldías

	organizaciones de sociedad civil, ONG ubicadas en los municipios de mayor carga.		
4. Inconvenientes logísticos para el transporte, procesamiento y retorno de la respuesta de las muestras.	Apoyo a la red de transporte, procesamiento y retorno de las respuestas de las muestras de esputo para diagnóstico de TB dentro de las RIIS.	Fortalecer la red de transporte de muestras a nivel nacional con la dotación de vehículos y otros medios de transporte a fin de que los resultados estén a la brevedad posible.	MINSAL, Instituto Nacional de Salud.
BRECHA	ACTIVIDADES	IMPLEMENTACION	RESPONSABLE
5. No todos los proveedores del Sistema de Salud utilizan los ITJ, los recursos y/o tecnología disponible para el diagnóstico de la TB.	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, ONG (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
	Formación permanente a todos los proveedores de salud del SNIS en el diagnóstico, tratamiento, seguimiento de contactos y/o utilización de nuevas tecnologías para el diagnóstico de la TB.	Capacitación en la utilización de los ITJ, nuevas tecnologías de diagnóstico de la TB al personal del SNIS, organizaciones de sociedad civil y otros proveedores de salud.	MINSAL, ISSS, ISBM, SM, FOSALUD, sociedad civil, ONGs
6. Limitado tamizaje para el descarte de TB en el 100% de las personas con VIH, por la no aplicación de los ITJ y por la insuficiente cantidad de insumos.	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.	Formación de personal en el SNIS, desarrollo de infraestructura y dotación de equipo e insumos médicos y no médicos.	SNIS
	Mantener/fortalecer los comités de coinfección TB/VIH en todos los niveles de atención (Nacional, Regional e Intrahospitalarios). Monitoreo interdisciplinario y multisectorial de las actividades colaborativas TB/VIH, comorbilidades y el control de infecciones.		

	Implementar la detección, control, tratamiento de TB y coinfección TB/VIH de manera precoz aplicando los nuevos algoritmos establecidos para poblaciones de alto riesgo y la aplicación de los ITJ.		
--	---	--	--

BRECHA	ACTIVIDADES	IMPLEMENTACION	RESPONSABLE
7. Limitada implementación de los lineamientos técnicos para la atención de la Infección Latente por Tuberculosis (ILT) y aumento de la cobertura de TAR en el SNIS.	Aplicación del tratamiento para la ILTB y TAR temprano a todos los pacientes que la requieran de los grupos vulnerables en el SNIS. Aumentar la dispensación de TAR en el 100% en todos los coinfectados TB/VIH.	Proveer, socializar y aplicar los Lineamientos Técnicos para la Atención de la Infección Latente por Tuberculosis en El Salvador.	SNIS
8. Persistencia de estigma y discriminación para atender con calidad a los afectados por TB/VIH por parte de personal de salud responsable de la atención a estos pacientes.	Desarrollo de jornadas de sensibilización para eliminar el estigma y discriminación en la atención a esta población clave.	Personal de salud sensibilizado, atendiendo con calidad y calidez a los usuarios TB/VIH.	SNIS
9. Deficiente manejo del sistema de referencia y retorno de personas TB/VIH y diagnóstico de VIH/TB.	Homologar la ruta crítica de referencia y retorno con énfasis en el seguimiento al paciente.	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.	SNIS
10. La Mortalidad por coinfección TB/VIH es todavía muy alta.	Operativizar las actividades colaborativas TB/VIH. Proporcionar TMP/SMX (TPC) a pacientes coinfectados TB/VIH según se establece en los lineamientos nacionales emanados del MINSAL como ente rector. Proporcionar TAR a pacientes coinfectados TB/VIH en el primer nivel de atención.	Elaborar y socializar el Lineamiento técnicos de monitoreo y evaluación para las actividades colaborativas TB/VIH. 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.	SNIS

	<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 las actividades colaborativas TB/VIH con el SNIS, a través de los lineamientos técnicos de monitoreo y evaluación para las actividades colaborativas TB/VIH.</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 respiratorias y otras como SARS-CoV-2.</p> <p>Seguimiento y evaluación de las actividades colaborativas y de integración TB/VIH en el SNS a través de reuniones evaluativas de calidad.</p>	
BRECHA	ACTIVIDADES	IMPLEMENTACION	RESPONSABLE
<p>11. Baja cobertura en el Tratamiento para la Infección Latente por Tuberculosis en grupos vulnerables.</p>	<p>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.</p> <p>Coordinar la gestión de la compra de Isoniacida por cada proveedor del SNIS a través del MINSAL.</p>	<p>Fortalecimiento al Recurso Humano en la administración de la Isoniacida en los grupos vulnerables.</p>	<p>SNIS</p>
<p>12. Plan de control de infecciones en TB no implementado en el 100% de los servicios de salud a nivel nacional.</p>	<p>Capacitar al personal de salud en 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.</p>	<p>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.</p>	<p>SNIS</p>
<p>13. No se ha operativizado en el 100% de niveles de atención y otros proveedores de salud los esquemas de tamizaje rutinario de</p>	<p>Fortalecer las acciones de promoción y educación en salud en el componente de control de infecciones en el SNS.</p> <p>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 – ISSS - DGCP</p>

<p>TB en personal de mayor riesgo.</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>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 de la tuberculosis.</p>	<p>MINSAL e ISSS</p>
<p>14. Infraestructura inadecuada y bajo presupuesto para la atención en salud integral de la población privada de libertad (insumos médicos, reactivos (Gene Xpert, placas rayos X).</p>	<p>Gestionar el fortalecimiento y equipamiento de áreas TAES en clínicas del sistema penitenciario</p> <p>Mejorar diagnóstico de TB en el sistema penitenciario con pruebas moleculares y de gabinete como rayos X,</p> <p>Fortalecer el diagnóstico de TB y el seguimiento bacteriológico de los casos de TB</p>	<p>Readecuación de infraestructura, adquisición de mobiliario, equipo e insumos para las clínicas de los centros penales.</p> <p>Provisión de insumos, material consumible y mantenimiento de equipo para el diagnóstico de TB en Centros Penitenciarios.</p> <p>Adquisición de equipo, insumos y materiales consumibles en tres laboratorios clínicos que implementara la DGCP en tres Centros Penales del país.</p>	<p>Dirección General de Centros Penales</p> <p>MINSAL – MJSP- DGCP</p>
<p>15. Barrera al acceso de la atención en salud al interior de algunos Centros Penales, bartolinas de la Policía Nacional Civil (PNC), lo que dificulta diagnóstico precoz, seguimiento y adherencia al tratamiento de TB, ILTB y ARV.</p>	<p>Formación de comisiones de PPL afectados por TB en la DGCP-DGCI-ISNA, actualización en la normativa de TB, y uso de nuevos métodos diagnósticos para personal multidisciplinario y de seguridad del sistema penitenciario y de la policía Nacional Civil.</p>	<p>Jornadas de actualización de conocimientos sobre la TB en PPL, personal multidisciplinario de centros penales, centros intermedios, Policía Nacional Civil (PNC/bartolinas), personal del ISNA y capacitación de voluntarios en privados de libertad.</p>	<p>MINSAL, ISSS, ISBM, SM, FOSALUD, MJSP, PNC, sociedad civil, ONG´s</p>
<p>16. Insuficiente número de recursos humanos en salud al interior del Sistema Penitenciario</p>	<p>Gestionar la contratación de RRHH para cubrir la necesidad</p>	<p>Contratación de RRHH (multidisciplinario) en la cantidad suficiente para cubrir la necesidad</p>	<p>DGCP</p>

17. Alta carga de TB, TB-DR y TB-MDR en el sistema penitenciario¹⁵.	Identificación y seguimiento de casos y contactos intra y extra carcelarios para el control de infecciones en el sistema penitenciario.	Ampliar y equipar la red de diagnóstico de tuberculosis, con acceso a cultivos sólidos y líquidos, microscopía y pruebas moleculares, PSD para primera y segunda línea	MSJ/DGCP/MINSAL.
18. Insuficiente capacidad diagnóstica de TB en el sistema penitenciario.	Aumentar la capacidad de diagnóstico en los penales y en las bartolinas, implementando el tamizaje sistemático de la PPL, tanto para los ya recluidos como para los que recién ingresan. Implementar de forma progresiva el tratamiento de la ILTB en PPL.	Tamizaje radiológico, clínico y de laboratorio de forma sistemática a los PPL al ingreso en cualquier penal o bartolina. Tratamiento de la ILTB a contactos en los PPL previo descarte de la TB.	MSJ/DGCP/MINSAL.

BRECHA	ACTIVIDADES	IMPLEMENTACION	RESPONSABLE
19. 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
20. No se realiza tamizaje para pacientes crónicos	Integrar el manejo de casos de TB con otras enfermedades no transmisibles tales como HTA, IRC, ASMA, EPOC entre otras en coordinación con la DENT.	Coordinación interprogramática con la DENT (Dirección de Enfermedades no Transmisibles) para integrar el manejo de pacientes con enfermedades no transmisibles tales como: HTA, IRC.	MINSAL, ISSS, ISBM, SM, FOSALUD, sociedad civil

¹⁵ Análisis del portafolio del Fondo Mundial para El Salvador octubre 2020.

		Fortalecimiento del recurso humano para su implementación.	
22. 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
23. No hay búsqueda de casos estandarizada para población afectada con determinantes sociales. No uso de pruebas moleculares para el descartar 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. Mapeo de las instituciones, establecer alianzas o convenios con albergues, de los 4 distritos de la alcaldía de San Salvador. 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.	MINSAL, ISSS, ISBM, SM, FOSALUD, sociedad civil, centros penales, proveedores privados, municipalidades.
BRECHA	ACTIVIDADES	IMPLEMENTACION	RESPONSABLE
24. 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

25. 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
26. 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 personas en situación de calle.	MINSAL, ISSS, ISBM, SM, FOSALUD, sociedad civil, centros penales, privados, municipalidades
Personal de Salud			
27. 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
28. 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
BRECHA	ACTIVIDADES	IMPLEMENTACION	RESPONSABLE
29. No se ha definido un esquema de tamizaje rutinario de TB en personal expuesto o en mayor riesgo por contacto frecuente con pacientes.	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
30. Equipo obsoleto, infraestructura	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

inadecuada y deteriorada.			
31. Deficiente diseño médico-arquitectónico en hospitales y otras unidades, específicamente en áreas de aislamiento y áreas de procedimientos.			
32. 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 baciloscopia.	MINSAL, ISSS
Población Pediátrica.			
33. 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
BRECHA	ACTIVIDADES	IMPLEMENTACION	RESPONSABLE
34. 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.	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

35. 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
36. 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
37. No disponibilidad de nuevos métodos diagnósticos 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
38. 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

BRECHA	ACTIVIDADES	IMPLEMENTACION	RESPONSABLE
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.	-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).	MINSAL, Cooperación, FOSALUD, DAMI, Unidad por Derecho a la Salud, Oficina Sanitaria Internacional (OSI), Cure TB. dirección de vigilancia sanitaria

	<p>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.</p>	<p>-Coordinación y seguimiento de referencias binacionales. -Búsqueda activa y seguimiento de casos. -elaboración de material educativo para pacientes.</p> <p>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 retorno de los casos, en coordinación con las oficinas sanitarias internacional 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 externa</p>

LÍNEA ESTRATÉGICA 2:

Diagnóstico y tratamiento de la TB y TB drogorresistente.

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 drogorresistente.
2. Curar todos los casos de TB tanto sensible como drogorresistente.
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 drogorresistente 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 drogorresistente 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 drogorresistencia, nuevos y antes tratados; la expansión de pruebas diagnósticas moleculares MTB/RIF y otras pruebas para reciente implementación (pruebas líquidas) principalmente en los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad para desarrollar drogorresistencia.

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.
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

BRECHA	ACTIVIDADES	IMPLEMENTACION	RESPONSABLE
2. Déficit de insumos críticos, infraestructura inadecuada, equipo obsoleto y de bajo rendimiento en el SNS.	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 y seguimiento 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 Realización de visitas domiciliarias para seguimiento a las personas diagnosticadas con tuberculosis bajo TAES.	MINSAL, ISSS, ISBM, SM, FOSALUD 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
4. Limitada oferta de servicios diagnósticos a grupos de población con más riesgo de drogorresistencia (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 rápida MTB/RIF para detección temprana de la fármacorresistencia.	Gestionar la compra completa de más equipos y de insumos para la prueba molecular MTB/RIF para la detección de TB-RR.	MINSAL, ISSS

BRECHA	ACTIVIDADES	IMPLEMENTACION	RESPONSABLE
5. Limitada capacidad instalada en cuanto a métodos diagnósticos rápidos para la detección precoz de TB drogorresistente.	Gestionar la adquisición de equipo e insumos para mejorar la capacidad instalada en el diagnóstico de TB drogorresistencia.	Gestionar la compra de equipo e insumos para mejorar la capacidad instalada en el diagnóstico de TB drogorresistencia.	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 drogorresistente.	Socialización al 100% de los trabajadores del SNS de los instrumentos técnicos jurídicos para el diagnóstico y tratamiento de la TB drogorresistente.	Supervisar el cumplimiento de los instrumentos técnicos jurídicos relacionados con el diagnóstico y manejo de la TB drogorresistente.	MINSAL, ISSS
7. Inicio tardío del tratamiento de la TB drogorresistente en algunas poblaciones como PPL.	Desconcentrar el tratamiento de TB drogorresistente a las clínicas del sistema penitenciario.	Monitoreo continuo con los responsables de la atención de la TB drogorresistente de las cinco regiones del país.	MINSAL, DGCP
	Garantizar la administración de la terapia a toda persona diagnosticada con drogorresistencia de forma precoz y estrictamente supervisada.	Personal técnico clínico y de campo implementando TAES estrictamente supervisado a los casos de TB drogorresistente.	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 drogorresistente incluyendo a aquellas que viven en sitios y en condiciones vulnerables o de riesgo, utilizando nuevas tecnologías como: TAES por video llamadas, monitoreo a través de redes, entre otras.	Gestionar el apoyo con diferentes organizaciones, ONG, 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 drogorresistente.	Manejo multidisciplinario del paciente con TB drogorresistente que padezcan de otras comorbilidades.	Coordinar y fortalecer la evaluación por especialistas según las comorbilidades.	MINSAL, ISSS, DGCP

LÍNEA ESTRATÉGICA 3.

Intersectorialidad, 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 ONG y la sociedad civil para lograr una respuesta sostenible en la prevención y control de la Tuberculosis como problema de salud pública.

Objetivos estratégicos:

- 3.1- Fortalecer las coordinaciones interinstitucionales ajustando el marco jurídico.
- 3.2- Establecer planes estratégicos para el Sistema Nacional Integrado de Salud a mediano y largo plazo.
- 3.3- Fortalecer la integración de todos los actores del Sistema Nacional Integrado de Salud, colaboradores del sistema y de otros actores que proveen servicios de salud; ONGs, organizaciones de la sociedad civil a través de políticas intersectoriales e iniciativas ENGAGE TB y Grandes Ciudades.

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 Integrado de Salud.	SNIS
3. Incumplimiento de los instrumentos técnicos jurídicos en cuanto al manejo de la	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

provisión de servicios originado por parte del ente rector.			
BRECHA	ACTIVIDADES	IMPLEMENTACION	RESPONSABLE
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 del sistema de salud, sistema de información, vigilancia e investigación, innovación tecnológica e interculturalidad.

Objetivos estratégicos.

- 4.1-Implementar el plan nacional de control de infecciones de la tuberculosis en la red de servicios de salud.
- 4.2-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.
- 4.3-Implementar un sistema de información electrónico innovador de TB.
- 4.4-Implementar la estrategia de abordaje de control de la TB ENGAGE TB e interculturalidad.
- 4.5-Desarrollo y generación de conocimiento en la atención integral de la Tuberculosis y de la investigación científica.

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

BRECHA	ACTIVIDADES	IMPLEMENTACION	RESPONSABLE
6. 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).
2. 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 domestica 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
1. Aumentar la eficiencia de los recursos para la atención de la población con 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)
2. 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 1: Detectar al menos el 90% de la incidencia de TB estimados por la OMS.

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 (27.9x100,000 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- confirmados 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

Porcentaje de familias afectadas que se enfrentan a costos catastróficos debido a la tuberculosis	Impacto	No dato	No dato	Se hará segunda medición.	0%	0%	0%	Informe de estudio	Anual	MINSAL, ISSS y Centros Penales
--	---------	----------------	---------	---------------------------	----	----	----	--------------------	-------	--------------------------------

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 $\geq 90\%$
- META 11. Tamizar con glucometría al 100% del total de los casos notificados de TB.
- META 12. Descartar la TB en personas con enfermedades crónica no transmisibles.

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	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$	Libro de Quimioprofilaxis	Anual	MINSAL ISSS Centros Penales
Cobertura en investigación de contactos	Cobertura	91.7% Año 2016 Informe de contactos investigados	$> 90\%$	$> 90\%$	$> 90\%$	$> 90\%$	$> 90\%$	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	*96% Año 2019 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	1,328 Año 2019 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	94% (1831/1953) Cohorte de resultados de tratamiento 2018	692/728 (95%)	553/582 (95%)	424/446 (95%)	307/323 (95%)	207/218 (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	927/1328 70% Año 2019.	655/728 (90%)	523/528 (90%)	401/446 (90%)	291/323 (90%)	196/218 (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

*Perfil Tuberculosis El Salvador 2019. Global Report, 2020. OMS.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS TB Y TB-RR (FARMACORESISTENTE)

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

META 7. Cobertura de pacientes con 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	83,601 Año 2019 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	1974 Informe de Situación epidemiológica año 2019, UPTYER.	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	Resultado	*80%	1872/ 2080 (90%)	1746/ 1940 (90%)	1606/ 1785 (90%)	1453/ 1615 (90%)	1305/ 1450 (90%)	Libro de Registro General de Casos con TB (PCT-5), Ficha de tratamiento	Anual	MINSAL, ISSS, Centros Penales

para el mismo año (todas las formas de TB: confirmados bacteriológicamente y diagnosticados clínicamente)										
Letalidad por tuberculosis	Impacto	2.2% AQUÍ NOS QUEDAMOS. 22-10-20 Año 2019 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 Drogorresistencia Base de datos de Gene Xpert, VIGEPES	Anual	MINSAL
TB O-4(M): Tasa de éxito del tratamiento de TB-RR y/o TB-MDR: porcentaje de casos de tuberculosis de TB-RR y/o TB-MR que se han tratado con éxito	Resultado	89% Año 2015 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 drogorresistencia 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,	Cobertura	54 % (1073/1974) Año 2019 Informe de Base de datos Gene Xpert y	1144/2080 55%	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, DGCP.

entre el número total de casos notificados (nuevos y previamente tratados) en el mismo año		Base de datos de Sensibilidad								
MDR TB-3(M): Número de casos de tuberculosis resistente a la rifampicina y/o tuberculosis multiresistente que han comenzado un tratamiento de segunda línea*	Cobertura	25 (vamos aquí) 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 drogorresistencia 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 drogorresistencia y Tarjeta de tratamiento.	Anual	MINSAL

LÍNEA ESTRATÉGICA 3.

INTERSECTORIALIDAD, MULTISECTORIALIDAD Y POLÍTICAS DE SALUD.

META 17. Aplicar la estrategia Fin de Tuberculosis en el 100% de los participantes del SNIS.

META 18. Expandir a otros municipios más la iniciativa de TB en Grandes Ciudades.

META 19. Actualizar los instrumentos técnicos jurídicos al menos cada 2 años.

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	<p>30 % Se está dando a conocer la Estrategia Fin a la TB. Se pretende implementar a partir del año 2015 en el SNIS</p>	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

*Perfil Tuberculosis El Salvador 2019. Global Report, 2020. OMS.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4.

FORTALECIMIENTO DE SISTEMA DE SALUD, SISTEMA DE INFORMACIÓN, VIGILANCIA E INVESTIGACIÓN, INNOVACION TECNOLÓGICA, 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.

META 14. Aumentar la capacidad instalada al menos al 5% anual con nuevos métodos diagnósticos.

META 15. Realizar al menos 3 estudios de investigación epidemiológico u operativo por parte del sector y desarrollo y formación de recursos humanos.

META 16. Aumentar 10% anual los sistemas de información en línea.

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 infección 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 el informe MEGA TB anualmente.**

META 12. Aumentar en 5% el gasto doméstico.

META 13. Medición anual el gasto público en TB.

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 de 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 (App TB).
- 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 SUIIS
- 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.

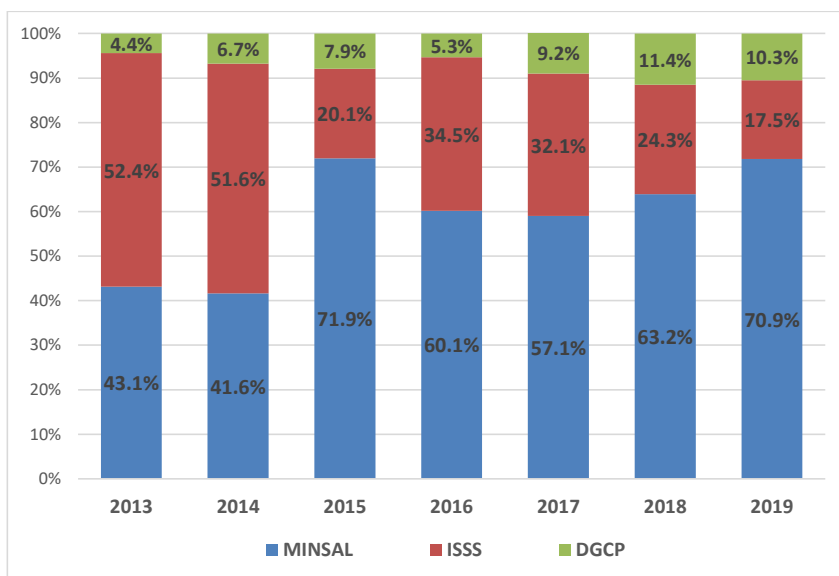
Cómo PNTYER, se pretende continuar expandiendo la implementación del sistema informático de tuberculosis a establecimientos de salud de los departamentos de Santa Ana y Ahuachapán para completar la Región de Salud Occidental, pero todo esto dependerá del comportamiento de la curva de contagios del covid-19 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 en TB 2019 (MEGA TB 2019)¹⁶ (Ver anexo XX) el gasto total en Tuberculosis en El Salvador, con recursos domésticos, fue de \$9,300,454 y a lo cual se le suma un monto de \$2,207,626 de donaciones del Fondo Mundial para completar un total de \$11,508,080. En lo que respecta al aporte del MINSAL, ésta es la fuente más importante para el mismo año (con un 71%) según se muestra en el gráfico 19.

¹⁶ Medición del gasto público en tuberculosis en El Salvador, año 2019 (MEGA TB, 2019). Ministerio de Salud. Gobierno de El Salvador.

Gráfico 19: Principales entidades que contribuyen con la inversión en tuberculosis, gastos EN TB con recursos domésticos (locales) 2013-2019.



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

Es de hacer mención que dentro de las inversiones en TB, para llegar al 100% de la inversión en TB, hay otras instituciones que dan su aporte, estas si bien son mínimas, en los últimos 3 años han sido de 1.5% para el 2017, 1.1% en el 2018 y 1.3% para el 2019.

Ese 71% de inversión en TB para el año 2019, para el MINSAL, se refleja de una manera detallada en la tabla 19, en donde se refleja por categoría de gastos, los rubros en los que se ha invertido dinero para poder darle el cumplimiento a las actividades de lucha y control de la Tuberculosis.

Tabla 20. Gasto público en tuberculosis según categoría de gasto (en US\$ y porcentajes). El Salvador 2019

Categoría de gasto	Fuente de financiamiento							
	Fondo general		Fondos propios		Donación		Total general	
Atención ambulatoria	2,094,183	28.70%	617,021	30.60%	-	-	2,711,204	23.60%
Atención hospitalaria	644,783	8.90%	160,244	8.00%	-	-	805,027	7.00%
Productos farmacéuticos	272,120	3.70%	51,124	2.50%	-	0.00%	323,244	2.80%
Productos de salud y equipo de salud	-	0.00%	43,405		887,841	40.20%	931,246	8.10%
Pruebas diagnósticas	2,806,442	38.50%	201,998	10.00%	354,751	16.10%	3,363,191	29.20%
Infraestructura y otro equipamiento	-		8,800		-	0.00%	8,800	0.10%
Apoyo vital a clientes-poblaciones objetivos	769,581	10.60%	1,794		121,137	5.50%	892,512	7.80%
Recursos humanos	19,200	0.30%	-	0.00%	-		19,200	0.20%
Planificación y administración	498,587	6.80%	257,572		-	0.00%	756,159	6.60%
Monitoreo y evaluación	124,410	1.70%	40,918		387,332	17.50%	552,660	4.80%
Costos de gestión, de adquisiciones y suministros	33,946	0.50%	172,727		-		206,673	1.80%
Subsidios	-		39,313	2.00%	-		39,313	0.30%
Capacitación	4,545	0.10%	290,340		156,278	7.10%	451,163	3.90%
Materiales de comunicación	-		2,070		52,597	2.40%	54,667	0.50%
Gastos generales y otros	17,181	0.20%	128,150		247,690	11.20%	393,021	3.40%
Total general	7,284,978	100%	2,015,476	53%	2,207,626	100%	11,508,080	100%
Como % del total	63.30%		17.50%		19.20%		100%	

Fuente: Construcción propia UES/DIRPLAN, utilizando información proporcionada por Unidad Financiera Institucional y otras dependencias MINSAL, Fondos Externos, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Dirección General de Centros Penales, y organizaciones donantes.

Tabla 21. Gasto de 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: Información estimada, Unidad de Economía de la Salud/DIRPLAN/MINSAL

La tabla 21 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 de la UPTYER; 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%.

Gráfico 20. Presupuesto del PENMTB 2022-2026 por fuente de financiamiento.

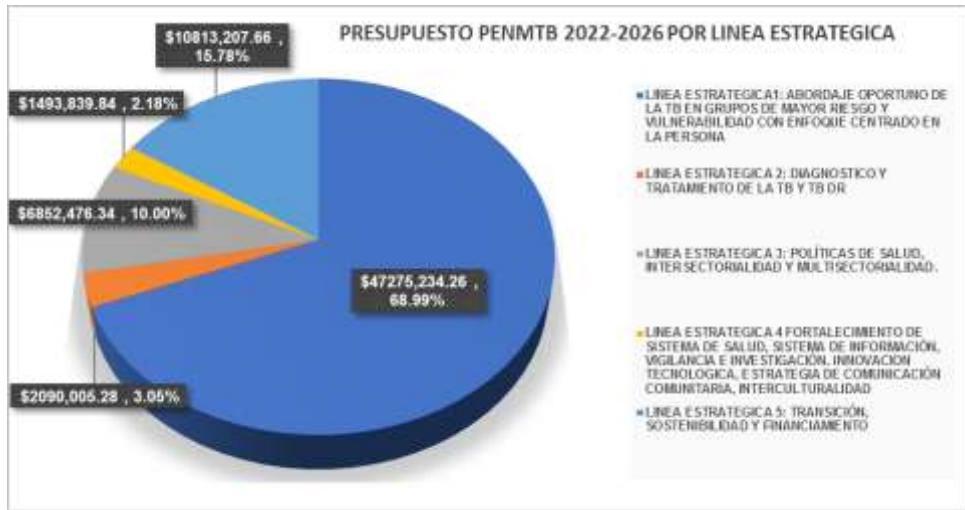


Fuente: Proyección de gastos según PENMTB 2022-2026.

Según el gráfico 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 una brecha financiera de 6.83%. Quedando una brecha financiera por cubrir de 6.83%.

Así mismo El Salvador se proyecta continuar incrementando la inversión para los próximos años 2022-2026 para completar la totalidad del PENMTB. Manteniendo una brecha de \$4,682,000.00, de los cuales el Fondo Mundial aportará para los próximos 3 años (2022-2024) un monto de \$ 3,200,000.00

Gráfico 21: presupuesto del PENMTB 2022-2026 por línea estratégica



Fuente: Presupuesto PENMTB 2022-2026 (Proyección de gastos por línea estratégica).

La distribución porcentual del PENMTB 2022-2026 por línea estratégica está constituido de la siguiente manera, en su orden de prioridad: el 68.99% está dirigido al abordaje oportuno de la TB en grupos de mayor riesgos y vulnerabilidad con enfoque centrado a la persona; en segundo lugar el 15.78% está destinado a la transición, sostenibilidad y financiamiento; en un tercer lugar el 10% el cual está dirigido a la política de salud intersectorialidad y multisectorialidad y las últimas dos: diagnóstico y tratamiento de la TB y TB MDR; y, fortalecimiento del sistema de salud, sistema de información, vigilancia e investigación, innovación tecnológica, estrategia de comunicación comunitaria, intercultural ocupan el 5.23% 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 SAFI, 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 políticas contables existentes.

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 (A2 para el 2019) 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 (VIH, 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.

ANEXO.

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 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 (<i>las tres íes para VIH/TB</i>)
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 isoniacida 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 trimetropim-sulfametoxazol (Clotrimoxazole) 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

REVISAR 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.
16. Copenhagen Consensus Center. 2015. Available at: <https://www.copenhagenconsensus.com/post-2015-consensus/health-infectious-diseases>
17. Informe de evaluación de países focalizados del Fondo Mundial, 2020.
18. El Fondo mundial. 2020. El Salvador más saludable: importancia de la inversión en salud
19. OPS - Tuberculosis en las Américas Informe regional 2019, 2020.
20. WHO 2020, Tuberculosis Country Profiles. Disponible en : <https://www.who.int/tb/country/data/profiles/en/>

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. Años 2017, 2018 y 2019 (MEGA TB)	MEGA TB 2019_SLV_Julio 2020 MEGA TB 2018_SLV_Julio 2019 MEGA TB 2017_SLV_Julio 2018	Todo el documento
4	Informe de evaluación países focalizados, evaluación de TB en El Salvador, Marzo 2020.	Informe de evaluación países focalizados, evaluación de TB en El Salvador, Marzo 2020.	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 2020	Informe rGLC_SLV_Oct 2020	Todo el documento
6	Informe DDHH_SLV_septiembre 2014	Informe DDHH_SLV_Septiembre 2014	Página 44
7	Análisis de Sostenibilidad la Respuesta de El Salvador al Control de la Tuberculosis (Majumdar, P. y T. Fagan. 2019)	Análisis de Sostenibilidad la Respuesta de El Salvador al Control de la Tuberculosis (Majumdar, P. y T. Fagan. 2019)	Todo el documento
8	Encuesta de hogares de propósitos múltiples (EHPM)	PUBLICACION_EHPM_2019	Página 35
9	Plan Nacional de Salud 2019-2024	Plan Nacional de Salud 2019-2024.	Página 19-21
10	MINSAL- Informe de labores 2017-2018 y 2018-2019	MINSAL_Informe_de_Labores_2017_2018; 2018-2019	Página 27, 28, 69 y 70
11	Manual de organización y funciones nivel superior	Manual Org. y funcion Sup_SLV_oct 2020	Páginas 43 – 50; 59.
12	Control de la tuberculosis en grandes ciudades	Control_TB Grandes Ciudades OPS-OMS Febrero 2014	Todo el documento

13	Convenio de cooperación interinstitucional entre el MINSAL y MJSP	Convenio MINSAL-MJSP_SLV_Abril 2017	Todo el documento
14	Modificación número uno de cooperación interinstitucional entre el MINSAL y MJSP	Modificativa convenioJusticia_SLV_Diciembre_2016	Todo el documento
15	Convenio de cooperación interinstitucional entre el MINSAL, FOSALUD e ISNA	Convenio ISNA_MINSAL_FOSALUD_SLV_Septiembre 2017	Todo el documento
16	Tabla de variables para categorizar municipios	Tabla de categ. de Municipios ESL	Todo el documento
17	Plan de gestión de riesgos para la ejecución del PENM TB 2016-2020	Plan Gestión de Riesgos	Páginas 22 - 23
18	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
19	El Salvador, perfil de país OMS_ reporte global 2016	SLV Perfil de país TB (WHO_Global report 2016)	Todo el documento
20	Referencia SLV-CDE-010/28/3-082 OMS/OPS	Estimación TB/RR y TB/MDR OMS enero 18	Todo el documento
21	Presupuesto PENMTB 2022 – 2026.	Presupuesto PENM TB SLV_30enero18	Todo el documento
22	El Salvador_essentialDataTable propuesta 2019 a 2026- completo 16 junio 2020		

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)