****

**San Salvador. El Salvador. Centroamérica 2024.**

**Plan Estratégico Nacional Multisectorial para el control de Tuberculosis en El Salvador 2025-2029**

**Versión (9) 25/04/2024**

**Plan Estratégico Nacional Multisectorial para el control de Tuberculosis en El Salvador**

**2025-2029**

**San Salvador, El Salvador,** **Centroamérica 2024.**

2024 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](file:///F:\Downloads\Downloads\_blank)

Ministerio de Salud

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

Página oficial: [http://www.salud.gob.sv](http://www.salud.gob.sv/)

**Autoridades**

**Dr. Francisco José Alabi 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**

**Equipo técnico**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dependencia** | **Institución** |
| Equipo Técnico de la Unidad Prevención y Control de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. UPCTYER | Ministerio de Salud |

**Comité consultivo**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dependencia** | **Institución** |
| Dirección de Políticas y Gestión de Salud  Dirección de Primer Nivel de Atención  Dirección Nacional de Hospitales  Dirección de Epidemiología  Dirección de Inmunizaciones  Dirección de Tecnologías de Información y Comunicación (DTIC)  Dirección de Tecnologías Sanitarias (DITECS)  Dirección de Protección Radiológica (DPR)  Dirección de Planificación  Unidad Proyecto Fondo Global  Unidad Financiera Institucional  Unidad de Fondos Externos  Unidad de Programa Nacional ITS/VIH  Unidad de Salud Comunitaria  Unidad de Género  Unidad de Derecho a la Salud  Unidad de Servicio de Apoyo  Unidad de Promoción de Salud  Unidad de Políticas de Programas Sanitarias  Unidad Nacional de Enfermería  Programa Nacional de Salud Mental  Programa de Atención a Adulto Mayor  Oficina de Enfermedades Infecciosas  Oficina de Enfermedades no transmisibles | Ministerio de Salud |
| **Institución** | **Organismos** |
| Instituto Nacional de Salud (INS)  Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI)  Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM)  Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)  Dirección General de Centros Penitenciarios (DGCP)  Dirección Nacional de Medicamentos (DNM)  Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD)  Alcaldía Municipal de San Salvador (AMSS)  Hospital de Diagnóstico  Ministerio de Cultura | Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), Sector Gubernamentales, Sector Privado y Otros |
| **Instituciones académicas** | **Organismo** |
| Universidad de El Salvador (UES)  Universidad Evangélica de El Salvador (UEES)  Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer (USAM)  Universidad Nueva San Salvador (UNSSA)  Universidad Dr. Andrés Bello (UNAB)  Universidad Dr. José Matías Delgado (UDJMD)  Escuela Técnica para la Salud (ETS)  Universidad Católica de El Salvador (UNICAES)  Instituto Especializado de profesionales de la Salud (IEPROES) | Sector Académico |

**Organismos de Cooperación Internacional y Asistencia técnica**

|  |
| --- |
| **Institución** |
| Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial para la Salud (OPS/OMS) |
| Mecanismo de Coordinación de País (MCP-ES) |
| Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) |

Contenido

[Introducción 14](#_Toc163484186)

[I. Proceso De Formulación del 16](#_Toc163484187)

[PENM TB 2025-2029. 16](#_Toc163484188)

[1.1 Metodología de elaboración del Plan Estratégico Nacional Multisectorial para el control de tuberculosis 2025 –2029. 16](#_Toc163484189)

[1.2 Procesamiento de información para la línea basal del PENMTB. 17](#_Toc163484190)

[II. Aspectos trasversales. 18](#_Toc163484191)

[2.1. Derechos humanos, estigma y discriminación. 18](#_Toc163484192)

[2.2. Genero 20](#_Toc163484193)

[III. Análisis de la Situacional de la TB. 22](#_Toc163484194)

[3.1 Contexto demográfico. 22](#_Toc163484195)

[3.2. Contexto político. 23](#_Toc163484196)

[3.3. El Sistema Nacional Integrado de Salud. 24](#_Toc163484197)

[3.4. Funciones de los actores del Sistema Nacional Integrado de Salud. 25](#_Toc163484198)

[3.5. Coberturas del Sector Salud 26](#_Toc163484199)

[3.6. Modelo de Atención integral de salud. 30](#_Toc163484200)

[3.7. Gasto Nacional En Salud (GNS). 34](#_Toc163484201)

[3.8. Políticas y planes de salud. 37](#_Toc163484202)

[3.9. Capacitación y cualificación de Recursos Humanos. 39](#_Toc163484203)

[3.10. Unidad de Prevención y Control de la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UPCTYER). 40](#_Toc163484204)

[3.11. Compromisos internacionales, nacionales y marco legal de la UPCTYER. 40](#_Toc163484205)

[IV. Situación epidemiológica y programática de la tuberculosis en El Salvador. 41](#_Toc163484206)

[4.1 Situación Epidemiológica 41](#_Toc163484207)

[4.2. Tuberculosis Resistente a Rifampicina (TB-RR) – Multidrogo resistente (TB-MDR). 46](#_Toc163484208)

[4.3. Poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad. 49](#_Toc163484209)

[4.3.1. Personas con VIH. 50](#_Toc163484210)

[4.3.2. Personas Privadas de Libertad (PPL). 54](#_Toc163484211)

[4.3.3. Personas con comorbilidad TB/Diabetes y otras. 58](#_Toc163484212)

[4.3.4. Diagnóstico y tratamiento de la infección por tuberculosis, en grupos de mayor riesgo. 60](#_Toc163484213)

[4.3.5 Otras personas en riesgo: 61](#_Toc163484214)

[4.3.5. Diagnóstico de tuberculosis y tratamiento de la Tuberculosis activa e 62](#_Toc163484215)

[Infección por Tuberculosis en población pediátrica. 62](#_Toc163484216)

[4.3.6. Personas contactos de casos de TB. 64](#_Toc163484217)

[4.3.7. Personas adictas a sustancias ilícitas y personas en situación de la calle. 65](#_Toc163484218)

[4.3.8 Control de infecciones en establecimientos que brindan atención sanitaria. 69](#_Toc163484219)

[4.4. Red de laboratorios clínicos como apoyo al diagnóstico de tuberculosis. 70](#_Toc163484220)

[4.4.1. Estructura de la red. 71](#_Toc163484221)

[4.4.2. Pruebas de diagnóstico realizadas en años 2021-2023 72](#_Toc163484222)

[4.4.3. Programa de Evaluación Externa de Calidad. 73](#_Toc163484223)

[4.4.4. Sistema de información para la Red de laboratorio clínico. 76](#_Toc163484224)

[4.5. Enfoque de ENGAGE TB. 76](#_Toc163484225)

[4.6. Iniciativa del control de la Tuberculosis en Grandes Ciudades. 78](#_Toc163484226)

[4.7 Costos Catastróficos 79](#_Toc163484227)

[V. Marco estratégico. 81](#_Toc163484228)

[5.1 Visión. 81](#_Toc163484229)

[5.2. Misión. 81](#_Toc163484230)

[5.3 Objetivo del plan. 81](#_Toc163484231)

[5.4. Metas. 82](#_Toc163484232)

[5.5. Principios rectores. 82](#_Toc163484233)

[5.6. Enfoque del plan. 82](#_Toc163484234)

[5.7. Gestión de riesgos. 83](#_Toc163484235)

[VI. Retos, brechas y condiciones para la prevención, el control avanzado de la TB como problema de salud pública en El Salvador. 84](#_Toc163484236)

[6.1. Brechas programáticas. 85](#_Toc163484237)

[6.2. Sostenibilidad. 85](#_Toc163484238)

[6.3. Transición. 86](#_Toc163484239)

[VII. Planificación estratégica nacional multisectorial. 88](#_Toc163484240)

[7.1. Indicadores. 88](#_Toc163484241)

[7.1.1 Indicadores de impacto: 88](#_Toc163484242)

[7.1.2. Indicadores prioritarios 2025-2029: 88](#_Toc163484243)

[VIII. Monitoreo, supervisión y evaluación 117](#_Toc163484244)

[IX. Gasto y financiamiento en TB 121](#_Toc163484245)

[9.1 Análisis de la situación financiera. 121](#_Toc163484246)

[9.2 Estimación de presupuesto PENM TB 2025 – 2029 124](#_Toc163484247)

[9.3 Contabilidad y registro. 125](#_Toc163484248)

[X. Bibliografía. 127](#_Toc163484249)

[XI. Disposiciones finales 128](#_Toc163484250)

[XII. Vigencia. 128](#_Toc163484251)

[XIII. Anexos 129](#_Toc163484252)



**Ministerio de Salud**

**Acuerdo n.°**

**El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud,**

**Considerando**

I. Que de conformidad a los artículos 40, 131, 148, 149, 150, 151 y 152 del Código de Salud, el Ministerio de Salud es el organismo encargado de determinar, planificar, ejecutar y dictar las normas pertinentes, así como organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, especialmente para el control de tuberculosis.

II. Que son de interés público las acciones permanentes contra las enfermedades transmisibles en la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y obligatoriedad de toda persona de someterse a tratamiento y en particular tuberculosis.

III. Que se hace necesario sustituir el Plan Estratégico Nacional Multisectorial para el control de tuberculosis en El Salvador 2017-2021, emitido mediante Resolución Ministerial No. 146 del cuatro de julio del dos mil dieciocho, con el objetivo de detectar de forma temprana tuberculosis, disminuir la mortalidad e iniciar el proceso de control avanzado de la TB como problema de salud, con participación de las personas afectadas por TB y la comunidad, en consecuencia el Plan Estratégico Nacional Multisectorial para el control de tuberculosis en El Salvador 2025-2029, será de obligatorio cumplimiento por parte de todo el personal involucrado de las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud y de las Redes Integrales e Integradas de Salud.

POR TANTO, en uso de las facultades legales, ACUERDA emitir el siguiente:

**“Plan Estratégico Nacional Multisectorial para el control de tuberculosis en El Salvador 2025-2029”**

**Siglas y acrónimos.**

|  |  |
| --- | --- |
| ADESCO: | Asociación de Desarrollo Comunitario. |
| AMSS: | Área Metropolitana de San Salvador. |
| ANES  APP:  APSI | Asociación Nacional de Enfermeras de El Salvador  Alianza Público-Público, Público-Privado  Atención Primaria en Salud Integral. |
| ASADI:  AVAD: | Asociación Salvadoreña de Diabéticos.  Años de Vida Ajustados a la Discapacidad. |
| BCR: | Banco Central de Reserva de El Salvador. |
| BK (+):  BK: | Baciloscopia positiva.  Baciloscopia |
| CAP:  CDM: | Conocimientos, Actitudes y Prácticas.  Centro de Detención Menor. |
| CICR:  CEFAFA: | Comité Internacional de la Cruz Roja  Centro Farmacéutico de la Fuerza Armada. |
| COSAM:  COVID-19: | Comando de Sanidad Militar.  Coronavirus Desease 2019. |
| CP: | Centros Penales. |
| CSB:  CSSP:  GAMI: | Cabina de Seguridad Biológica.  Consejo Superior de Salud Pública.  Gerencia de Atención al Migrante. |
| DDHH:  DGCP: | Derechos Humanos.  Dirección General de Centros Penales. |
| DIGESTYC:  UMS/DGCP: | Dirección General de Estadísticas y Censos.  Unidad Multidisciplinaria en Salud. Dirección General de Centros Penales |
| DNM:  DQR: | Dirección Nacional de Medicamentos.  Verificación de la Calidad de Datos (Data Quality Review). |
| EHPM: | Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. |
| EMS: | Equipo Multidisciplinario de Salud. |
| ENGAGE TB | Integración de las actividades comunitarias de lucha contra la  TB en el trabajo de las ONG/OSC. |
| FM: | Fondo Mundial. |
| FOSALUD: | Fondo Solidario para la Salud. |
| GDBHS: | Gasto directo de bolsillo de los hogares en salud. |
| GNS: | Gasto Nacional en Salud. |
| GprivS:  GpúbS: | Gasto Privado en Salud.  Gasto Público en Salud. |
| HEM:  ILTB:  HP: | Hogares de Espera Materna.  Infección por Tuberculosis.  Isoniacida + Rifapentina |
| INH:  IRA:  ISBM: | Isoniacida.  Infección Respiratoria Aguda.  Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial. |
| ISDEMU:  CONAPINA: | Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer.  Consejo Nacional de la Primera Infancia, Niñez y Adolescencia. |
| ISRI: | Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral. |
| ISSS: | Instituto Salvadoreño del Seguro Social. |
| LA UNIÓN:  LNSP: | La Unión Internacional para la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias.  Laboratorio Nacional de Salud Pública. |
| MCP-ES:  MEGA TB: | Mecanismo de Coordinación de País El Salvador.  Medición de Gastos en Tuberculosis. | | |
| MH:  MINEDUCYT:  MINSAL: | Ministerio de Hacienda.  Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología.  Ministerio de Salud. | | |
| MTPS: | Ministerio de Trabajo y Previsión Social. | | |
| MJSP:  MRC-TB:  OBSERVA TB  ONEC/BCR  OENT  ODS: | Ministerio de Justicia y Seguridad Pública.  Marco de Rendición de Cuentas Multisectorial de la OMS para la TB.  Observatorio Social de TB en El Salvador  Oficina Nacional de Estadística y Censos/Banco Central de Reserva de El Salvador  Oficina de Enfermedades no Transmisibles  Objetivos de Desarrollo Sostenible. | | |
| OMS:  ONG:  ONU: | Organización Mundial de la Salud.  Organización No Gubernamentales.  Organización de las Naciones Unidas. | | |
| ONUSIDA: | Organizaciones de Naciones Unidas para el VIH/Sida. | | |
| OPS/OMS:  OSC:  OSI: | Organización Panamericana para la Salud /Organización Mundial de la Salud.  Organizaciones de la Sociedad Civil.  Oficina Sanitaria Internacional. | | |
| PDDH: | Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos. | | |
| PENMTB: | Plan Estratégico Nacional Multisectorial para el Control de Tuberculosis. | | |
| PIB: | Producto Interno Bruto. | | |
| PNC: | Policía Nacional Civil. | | |
| PNUD: | Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. | | |
| PPD:  PPL: | Derivado Proteico Purificado del Bacilo de la TB.  Persona Privada de Libertad. | | |
| RIIS: | Redes Integrales e Integradas de Salud. | | |
| RRHH: | Recursos Humanos. | | |
| SAFI: | Sistema de Administración Financiera Integrado. | | |
| SC: | Sociedad Civil. | | |
| SEPS: | Sistema Estadístico de Producción de Servicios. | | |
| SIS: | Sistema de Información en Salud. | | |
| SIBASI:  SIDA: | Sistemas Básicos de Salud Integral.  Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. | | |
| SIMMOW: | Sistema de Morbimortalidad y Estadísticas Vitales en Web | | |
| SINAB:  SNIS: | Sistema Nacional de Abastecimiento  Sistema Nacional Integrado de Salud. | | |
| SR:  SSF:  STOP TB:  SUMEVE: | Sintomático Respiratorio.  Superintendencia del Sistema Financiero.  Estrategia Alto a la Tuberculosis.  Sistema Único de Monitoreo y Vigilancia Epidemiológica del VIH/Sida | | |
| TAES: | Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado. | |
| TB:  TB-DR: | Tuberculosis.  Tuberculosis Drogo Resistente. | |
| TB/MDR: | Tuberculosis Multidrogorresistente | |
| TB-RR: | Tuberculosis Resistente a la Rifampicina. | |
| TBP: | Tuberculosis Pulmonar. | |
| TB/VIH: | Coinfección Tuberculosis/VIH. | |
| TB/DM:  UES/DIRPLAN  UFI/UFE: | Comorbilidad Tuberculosis/ Diabetes Mellitus.  Unidad de Economía de la Salud/Dirección de Planificación  Unidad Financiera Institucional/Unidad de Fondos Externos | |
| UPITS/VIH: | Unidad del Programa de ITS/VIH | |
| UPCTYER: | Unidad de Prevención y Control de la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. | |
| VIH: | Virus de Inmuno deficiencia Humana. | |
| VIGEPES: | Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de El Salvador. | |

# Introducción

El presente Plan Estratégico Nacional Multisectorial para el Control de Tuberculosis en El Salvador 2025-2029 (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 (2025-2029); el Plan está enmarcado en los pilares y principios de la Estrategia “Fin de la TB”, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual tiene como objetivo “acabar con la epidemia mundial de tuberculosis ”. Acabar con la epidemia de TB es una meta incluida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que requiere aplicar una combinación de intervenciones biomédicas, socioeconómicas y de salud pública, junto con medidas de investigación e innovación; en tal sentido el PENMTB persigue la ejecución de los pilares y los componentes de la Estrategia Fin de la TB en estrecha colaboración con todas las partes involucradas, incluyendo al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), a otros ministerios, las comunidades, la sociedad civil y el sector privado.

El PENMTB ha sido diseñado como una herramienta de trabajo que oriente y facilite las acciones y la movilización de los recursos, tanto dentro como fuera del sector salud; contiene las estrategias para avanzar en el control de tuberculosis y tiene como objetivos, detectar precozmente la tuberculosis y disminuir la mortalidad, continuar en 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 costos catastróficos debidos a la TB.

El enfoque del plan está dirigido a la mejora del diagnóstico de TB, mantener el éxito del tratamiento tanto en población general y en grupos de riesgo y vulnerabilidad, mejorar la detección de tuberculosis drogorresistente (TB-DR); asegurar la calidad y eficacia del tratamiento; reducir la mortalidad y la letalidad por TB, Coinfección TB/VIH y otras comorbilidades; con el objetivo del cumplimiento de las metas de la estrategia Fin de la TB.

Se ha considerado la integración de diferentes actividades prioritarias, siendo estas: detección precoz y tratamiento de casos TB de todas las formas; detección de casos y tratamiento de casos TB-DR; disminución de la mortalidad por TB, coinfección TB/VIH y otras comorbilidades; 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.

Uno de los cuatro principios de la Estrategia Fin de la TB es fortalecer alianzas estratégicas con las comunidades, las organizaciones no gubernamentales (ONG) y otras organizaciones de la sociedad civil (OSC). En el abordaje ENGAGE-TB se enumeran los principios operativos y acciones esenciales para la participación y colaboración eficaz entre la Unidad de Prevención y Control de la Tuberculosis, las ONG y OSC, principalmente para la integración de las actividades comunitarias de TB; se define el proceso a través del cual se involucran amplios sectores de la sociedad civil, en coordinación con las dependencias gubernamentales presentes en los diferentes municipios del país, con el fin de constituir una red multidisciplinaria para dar respuesta a la prevención y 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, dotación de insumos y equipo al nivel operativo (microscopios, centrífugas refrigeradas, estufas, incubadoras entre otros).
* Utilización de la Unidad Móvil de Rayos X en Centros Penitenciarios y municipalidades,
* Actualización técnica del recurso humano en los diferentes niveles.
* Expansión de la iniciativa Control de la Tuberculosis en Grandes Ciudades, con lo que se ha fortalecido las alianzas público - público y público - privado (APP), con proveedores de salud, otros actores e instituciones.
* Desarrollo de estudios e investigaciones, Medición de Gastos en tuberculosis (MEGA TB) y Medición del Gasto Catastrófico.
* Atención a grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad, principalmente a la población privada de libertad (PPL).

La inversión en la lucha contra la TB, se ha ido incrementado en el transcurso de 10 años, pasando de $11.2 millones en el año 2011 a $13.7 millones en el año 2022. Sin embargo, para mantener los logros alcanzados y tomando en consideración la inversión económica que el control de la tuberculosis requiere, se vuelve imperativo identificar fuentes de financiamiento externo que contribuyan a cubrir la brecha monetaria para la implementación del PENMTB.

# I. Proceso De Formulación del

# PENM TB 2025-2029.

El diseño del presente Plan Estratégico Nacional Multisectorial para el Control de la Tuberculosis en EL Salvador para los años 2025 – 2029 (PENM TB 2025-2029), surge de una revisión documental y de un proceso participativo, propuesto para este fin, donde la Unidad de Prevención y Control de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UPCTYER) lidero el proceso con el acompañamiento del Mecanismo Coordinador de País (MCP ES), han sido los responsables en conducir este proceso, partiendo de la revisión de documentos como el informe de Monitoreo por rGLC/OPS (anexo 1), iniciativas y lineamientos globales que conforman las Directrices de la Asamblea General de las Naciones Unidas 2023 (anexo 2), la Estrategia Fin de la TB (anexo 3), situación epidemiológica y operativa de la TB del 2022, aportes de los actores del SNIS, cooperantes que participan en la lucha contra la TB, el sector académico a través de las Instituciones de Educación Superior, los diálogos de país y aportes de la sociedad civil a través del Observa TB, personas afectadas y las recomendaciones de la evaluación del PENM TB 2022 – 2026 realizado por OPS en la visita de Monitoreo Estratégico de equipos regionales y la Evaluación del Comité de Luz Verde de las Américas; los que apoyan a la ruta de eliminación de la TB como problema de salud pública.

## 1.1 Metodología de elaboración del Plan Estratégico Nacional Multisectorial para el control de tuberculosis 2025 –2029.

**Revisión documental:**

Revisión documental para identificar las directrices y compromisos políticos que motivan y orientan el diseño del plan estratégico. Se diseñó una matriz síntesis de instrumentos teóricos y directrices políticas globales, regionales vigentes y vinculantes, para identificar principios, lineamientos, estrategias y pilares orientados hacia el Fin de la TB.

Se diseñaron una matriz de Excel, con los apartados y capítulos del PENM TB, en dónde los participantes colocaban sus recomendaciones, y recomendaciones a incorporar o eliminar del PENM TB. Se realizó un análisis interno y externo apoyados en herramientas de planificación con el equipo técnico de la Unidad de Prevención y Control de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UPCTYER) del MINSAL, al igual que con los diferentes comités asesores que apoyan a la UPCTYER; además se realizó un análisis de brechas programáticas y financieras, del PENM TB.

**Revisión y análisis:**

Se realizó una revisión y análisis de resultados de las sesiones realizadas, y de la revisión documental y del llenado de matrices. Esta revisión permitió visualizar el contexto nacional y definir las líneas estratégicas: áreas estratégicas y elaboración de matrices de planificación para el desglose de las actividades.

La elaboración del PENMTB 2025-2029 inició con la integración 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, se llevó a través de reuniones presenciales con el objetivo de tener la contribución de los diferentes sectores involucrados en el control de la TB; previamente se les hizo llegar un documento preliminar del PENM TB 2025-2029 y posterior al análisis, los aportes pertinentes se han incorporado al mismo.

Se integraron las principales recomendaciones plasmadas en el informe de la evaluación externa del Fondo Mundial, en las cual se identificaron algunas brechas y oportunidades de mejora. Se tomaron como insumos las recomendaciones del Informe de la visita de monitoreo y evaluación del manejo programático de TB/MDR de SLV año 2023, Comité Luz Verde Regional de Las Américas (rGLC) OPS OMS 2023, sobre el manejo clínico y programático de la TB-MDR; además del análisis al plan de sostenibilidad realizado por Health Policy Plus (septiembre 2019), entre otras definiendo 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 por parte de afectados, miembros de la sociedad civil a través del observatorio social de TB.

## 1.2 Procesamiento de información para la línea basal del PENMTB.

Para determinar la línea basal del PENMTB 2025-2029, el equipo técnico de la UPCTYER junto al comité ejecutivo de elaboración del plan, analizó los objetivos, metas, indicadores y líneas estratégicas, haciendo uso de los insumos obtenidos en los diálogos de país realizados en el año 2023, en las que participaron las instituciones prestadoras de servicios de salud entre otros (MINSAL, ISSS, Centros Penales, FOSALUD, COSAM), ONG´s, PDDH, sector académico, sociedad civil. Además, se contó con el apoyo técnico de la OPS/OMS, quienes han revisado y dado aportes para la estructuración del documento.

# II. Aspectos trasversales.

## 2.1. Derechos humanos, estigma y discriminación.

El concepto de derechos humanos es percibido dentro del campo de la salud, como un factor primordial para la sostenibilidad del sistema. Los sistemas de la atención en salud, están retomando cada vez más los derechos humanos, con énfasis en la equidad e igualdad de acceso, confidencialidad, lucha contra el estigma y la discriminación, entre otros. La experiencia ha demostrado que cuando los sistemas de salud, son resilientes y tienen en cuenta, los derechos humanos, resultan beneficiados, tanto los usuarios, como el sistema de salud. [[1]](#footnote-1)

El PENM TB 2025-2029, reconoce que la promoción y protección de los derechos humanos de las personas afectadas por la TB es un imperativo legal, ético y moral, así como de una importancia crucial para la efectividad de la respuesta a la epidemia de TB y ser una herramienta que contribuya a la disminución del sufrimiento de las personas y comunidades afectadas; enfatizando que las personas afectadas por la TB, con su experiencia y conocimiento de primera mano, deben, involucrarse en las etapas de la planificación, implementación, control, revisión y evaluación de los programas de tuberculosis a nivel nacional, y local.[[2]](#footnote-2)

La TB está fuertemente relacionado 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 inmunológico comprometido debido a la malnutrición.

El PENM TB pretende abordar los obstáculos relacionados con las desigualdades de género y los derechos humanos, para asegurar que todas las personas tengan a su disposición acceso a servicios de salud de calidad en tuberculosis, en particular aquellas poblaciones de riesgo y vulnerables.

El MINSAL a través de la UPCTYER tiene como objetivo trabajar a nivel individual, comunitario y con el SNIS, al igual que con otros proveedores para promover un mejor acceso de los servicios de prevención y tratamiento de la tuberculosis. Atenuando las actitudes, prácticas, reglamentos, políticas y leyes estigmatizantes, discriminatorias y punitivas que impidan el acceso de las personas a los servicios de salud. Además, adaptando estrategias, intervenciones y enfoques que reconozcan las diferencias en el riesgo y el acceso a los servicios en función del género, la edad, la situación laboral y otros factores.[[3]](#footnote-3)

Para el abordaje con enfoque de derechos humanos, particularmente el derecho a la salud, en la ejecución del PENMTB 2025-2029, se hace necesario retomar la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de las Asamblea General de las Naciones Unidas, Sobre la Lucha Contra la Tuberculosis de las 2023, en donde se reafirmaron los compromisos y metas de 2018, y se establecieron nuevas metas para el periodo 2023-2027:[[4]](#footnote-4)

* Seguimiento a la reafirmación de la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y que el ejercicio del derecho a la salud en el contexto de la tuberculosis está estrechamente ligado al derecho a disfrutar y compartir los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones, y observamos con preocupación que el acceso a los servicios relacionados con la tuberculosis y a los beneficios de la investigación y la innovación, como los métodos de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis de calidad, seguros, eficaces y asequibles, siguen suponiendo un reto, especialmente para los países en desarrollo.
* Reconocemos que la tuberculosis afecta de manera desproporcionada a las personas en situación vulnerable en todos los países, que en la epidemia influyen factores tanto de salud como sociales y económicos, como la pobreza, la desnutrición, el VIH, las condiciones de las viviendas, la salud mental, la diabetes, el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol y de otras sustancias, incluida la inyección de drogas, el encarcelamiento, el historial de encarcelamiento y de estancia en otros entornos de aglomeración, así como los riesgos laborales, por ejemplo los trabajadores de la salud, que las personas con tuberculosis y sus familiares se enfrentan a dificultades financieras antes y después del tratamiento y durante este, y que estos factores y consecuencias socioeconómicas de la tuberculosis se producen o se ven exacerbados por las emergencias humanitarias y de salud, los conflictos armados, los desplazamientos, el cambio climático y los desastres, y en consecuencia afirmamos que la respuesta a la tuberculosis tiene que centrarse en las personas, basarse en la comunidad, responder a las brechas existentes de género, respetar plenamente los derechos humanos e integrarse en el sector de la salud y otros sectores pertinentes.
* Reconocer que la desigualdad estructural, la estigmatización, el racismo y la discriminación, en particular contra las mujeres, la inversión insuficiente y el acceso desigual a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis siguen siendo obstáculos cruciales que impiden acabar con la epidemia de tuberculosis, que las personas con tuberculosis pueden sufrir estigmatización y todas las formas de discriminación y que los obstáculos al disfrute de los derechos humanos tienen que abordarse mediante medidas políticas, jurídicas y programáticas amplias.
* Observamos la relación multidireccional entre la tuberculosis, los problemas de salud mental, los factores sociales y económicos, incluidas la estigmatización y la discriminación, que pueden conducir a una mayor morbilidad y a peores resultados del tratamiento, que la prevalencia de la depresión es de hasta el 45 % entre las personas con tuberculosis y que este problema debe resolverse mediante una programación integrada;
* Afirmar que todas las personas afectadas por la tuberculosis tienen acceso a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la gestión de los efectos secundarios y la atención centrados en las personas, así como al apoyo psicosocial, nutricional y socioeconómico para un tratamiento exitoso.
* Comprometerse a involucrar a las comunidades afectadas y a la sociedad civil en la respuesta a la tuberculosis.
* Acceso universal a diagnóstico y tratamiento, principalmente de personas en alto riesgo y vulnerabilidad a través de políticas públicas, cumplimiento de las leyes, logrando mayor participación y diálogo entre las ONG, organizaciones de la sociedad civil (OSC), inmersas en las comunidades y autoridades locales y nacionales, para lograr ambientes más amigables y seguros para la provisiónde 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, Ciencia y Tecnología (MINEDUCYT), municipalidades, Organizaciones basadas en la Fe, Organizaciones no Gubernamentales (ONG), Asociaciones de Desarrollo Comunitario (ADESCOS) y otros.
* Participación social con integración de personas afectadas por TB, sus comunidades, residencias, lugares de trabajo, iglesias y otros.
* Acceso a diagnóstico precoz y oportuno al igual que tratamiento gratuito.
* Acceso a la educación en salud a usuarios afectados, personal y grupos multisectoriales que participan en la ejecución del Programa de Tuberculosis.
* Coordinación con otras instituciones que ejecuten programas de asistencia social.

## 2.2. Genero

A nivel mundial, los hombres y los niños representan el 64% de los casos de tuberculosis. Esto significa que aproximadamente dos hombres se infectan con TB por cada mujer o niña. Los hombres también tienen menos probabilidades de que se les detecte y notifique la tuberculosis que las mujeres, y representan también el 63% de las muertes por TB entre las personas seronegativas. Sin embargo, los riesgos y obstáculos relacionados con el género en los servicios de tuberculosis adoptan muchas formas, y afectan a todo el mundo.

Los conceptos de masculinidad y conductas hegemónicas, pueden tener un impacto negativo en el comportamiento de búsqueda de asistencia médica de los hombres, lo cual se puede manifestar en el hecho de que los diagnósticos de tuberculosis de este colectivo se realicen de forma tardía o no se realicen y aumentar las tasas de detección, cobertura de tratamiento y éxito de tratamiento. Es más probable que los hombres tengan un empleo formal o informal, en el sector de construcción o transporte, lo cual puede estar asociado con un mayor riesgo de contraer la tuberculosis. Los hombres son más propensos a tener un comportamiento con un mayor riesgo de contraer tuberculosis, lo que incluye fumar, consumo de alcohol y drogas.

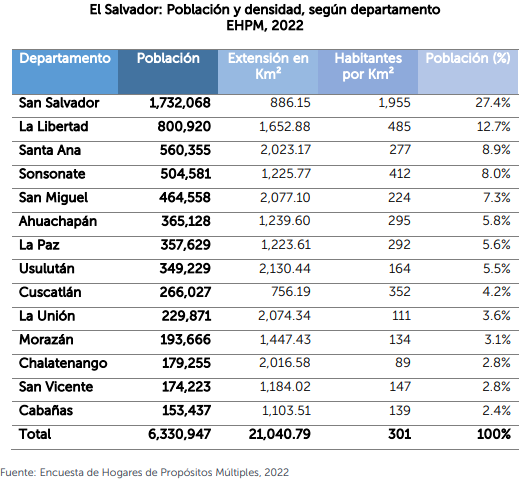
Las mujeres pueden tener menos acceso a los servicios de tratamiento y prevención de la tuberculosis que los hombres debido a las normas y desigualdades culturales. EL PENM TB pretende en estos casos de las mujeres y las niñas, disminuir los retrasos en el diagnóstico y mejorar la eficacia de los servicios, disminuyendo la estigmatización asociada a la infección por tuberculosis; además de fortalecer la integración de los programas de tuberculosis, salud sexual reproductiva, planificación familiar, atención materna e infantil y enfermedades no transmisibles. Con el objetivo que las mujeres no presenten dificultades para acceder a los servicios de tuberculosis debido a que los miembros masculinos de la familia no están dispuestos a pagar por dichos servicios, de atención y prevención en TB que son totalmente gratuitos en la red del SNIS, la salud de las mujeres algunas veces no es considerada prioritaria o se disminuye su red de apoyo en comparación a la de los miembros masculinos de la familia. Las mujeres generalmente en su rol de jefes de hogar o multiplicidad de roles, muchas veces esperan más tiempo que los hombres para el diagnóstico y el tratamiento, y pueden verse disuadidas de buscar atención médica por la falta de privacidad o de instalaciones en los centros de atención médica que no poseen áreas para el cuidado de los niños. El PENM TB pretende realizar los esfuerzos para acortar las brechas en la atención tanto a los hombres como a las mujeres, pero fortaleciendo la red de apoyo cuando son las mujeres y las niñas las afectadas por la enfermedad.

1. La UPCTYER centra su mayor esfuerzo en la búsqueda de sintomáticos respiratorios (SR) o personas con tuberculosis presuntiva, priorizando en todos los grupos de poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad independientemente de su identidad de género, de igual forma la oferta de servicios, accesibilidad al diagnóstico y tratamiento, prioriza grupos y poblaciones de riesgo, las PPL, personas con VIH, personas con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) trabajadores de salud, entre otros.

# III. Análisis de la Situacional de la TB.

## 3.1 Contexto demográfico.

1. El Salvador tiene una extensión territorial de 21,040.79 Km². Para 2025, las proyecciones poblacionales[[5]](#footnote-5), indican que la población salvadoreña será de 6,330,947 habitantes.
2. Para 2022, la encuesta de hogares de propósitos múltiples[[6]](#footnote-6) (EHPM); señala que el país tiene una alta concentración de la población en las áreas urbanas (61.7%); siendo el Departamento de San Salvador, el que concentra el 27.4% de la población, con una densidad poblacional de 1955 habitantes por Km², siendo el promedio nacional de 301 habitantes por Km².
3. La estructura por edades, indica que el segmento poblacional comprendido entre los 15 a 29 años (población joven), representa un cuarto de la población total (25.8%); y, el grupo de 7 a 14 años, el 13.1%. Los adultos mayores (60 años y más) ha ido ganando importancia relativa, representando en este año el 14.2% (Anexo 4)
4. Para el año 2022, la distribución de la población por departamento indica que el 64.2% de la población se concentra en 5 de los 14 departamentos: San Salvador, La Libertad, Santa Ana, Sonsonate, y San Miguel. Mientras que Cabañas, San Vicente, Chalatenango y Morazán son los menos poblados concentrando, en conjunto, el 11.1% del total de la población del país.
5. Tabla 1. Población y densidad por departamento El Salvador año 2022



1. El hacinamiento es un indicador básico para evaluar la calidad de vida en los hogares ya que, cuando un hogar se encuentra en esta condición, sus miembros presentan mayor riesgo de sufrir ciertas problemáticas como violencia doméstica, desintegración familiar, abusos, violencia sexual, bajo rendimiento escolar, entre otros. A nivel nacional el 39.0% de los hogares viven en condición de hacinamiento. Esta situación prevalece más en el área rural donde el 52.5 % de los hogares viven en esta situación, mientras que en el área urbana este porcentaje es de 31.0%.

## 3.2. Contexto político.

1. Como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y de los compromisos de la Reunión de Alto Nivel de Naciones Unidas sobre TB, 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 el SNIS garantizará a la población y análisis del modelo de financiamiento a desarrollar en el Sistema Nacional 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.
* 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, organismos de cooperación técnica y financiera, así como otros actores presentes en el departamento.
* Generar un consenso en torno al trato humanizado en la atención en 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.

## 3.3. El Sistema Nacional Integrado de Salud.

1. De acuerdo y basado en el decreto No. 302 de la Asamblea Legislativa de El Salvador, emitido con fecha 02 de mayo de 2019, publicado en el diario oficial número 89, tomo 423, del 17 de mayo de 2019. Se establece el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS); en la cual en sus artículos 2 y 3 establece 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 sustentar los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del SNIS, mediante un proceso progresivo hacia el acceso 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. En el artículo 8, literal e, ordena a los integrantes del SNIS “implementar un modelo nacional de atención con énfasis en la estrategia de Atención Primaria de Salud Integral, sin descuidar los aspectos curativos, de rehabilitación y paliativos”
2. Bajo este nuevo modelo de atención el reto del SNIS es profundizar su transformación, mediante cambios estructurales que permitan el cumplimiento de los mandatos constitucionales y los establecidos en la Ley. Definir el modelo de atención contribuirá a fortalecer la rectoría del Sistema; posicionar la estrategia de Atención Primaria de Salud Integral (APSI) como eje articulador del SNIS; frente a un sistema de salud fragmentado y segmentado; a lograr la reingeniería institucional pública y privada, a la articulación y fortalecimiento de las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS), cuya organización y gestión debe ser de base territorial, en función de alcanzar la integralidad, calidad y equidad, con el fin de obtener resultados de impacto social y garantizar el derecho a la salud de la población, a través de la generación de condiciones para la construcción y cuidado de la misma.
3. Los integrantes del Sistema son:
4. a) El Ministerio de Salud (MINSAL).
5. b) El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).
6. c) El Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD).
7. d) El Ministerio de la Defensa Nacional, en lo concerniente al Comando de Sanidad Militar (COSAM).
8. e) El Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM).
9. f) El Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI).
10. g) La Dirección Nacional de Medicamentos (DNM).
11. h) Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología (MINEDUCYT), por medio de la Dirección Nacional de Educación Superior.
12. i) Representante de los Hospitales del sector privado, debidamente certificados por el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP).

**Los colaboradores del sistema son:**

1. a) Ministerio de Gobernación y Desarrollo Territorial.
2. b) Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales.
3. c) Ministerio de Trabajo y Previsión Social.
4. d) Ministerio de Agricultura y Ganadería.
5. e) Ministerio de Obras Públicas, Transporte, Vivienda y Desarrollo Urbano.
6. f) Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados.
7. g) Fondo Social para la Vivienda.
8. h) Municipalidades.
9. i) Organizaciones No Gubernamentales autorizadas y que tengan como finalidad acciones de salud de manera directa o indirecta.
10. j) Entidades formadoras de recursos humanos en salud.

## 3.4. Funciones de los actores del Sistema Nacional Integrado de Salud.

1. 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.
2. El 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.
3. El 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.
4. El 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.
5. El 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).
6. El 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.
7. La DNM: a de las funciones de la DNM es autorizar la inscripción, importación, fabricación y expendio de productos o dispositivos farmacéuticos, suplementos vitamínicos, productos naturales y otros productos o sustancias que ofrezcan una acción terapéutica, fabricadas en el país o en el extranjero.
8. MINEDUCYT: establece las normas y mecanismos de coordinación y armonización entre niveles y modalidades, y para garantizar la cobertura, calidad y eficiencia del sistema educativo, a través de la Dirección Nacional de Educación Superior tiene como funciones formar profesionales competentes con fuerte vocación de servicio y sólidos principios morales; promover la investigación en todas sus formas; prestar un servicio social a la comunidad; y cooperar en la conservación, difusión y enriquecimiento del legado cultural en su dimensión nacional y universal.
9. HOSPITALES DE EL SECTOR PRIVADO: brindan servicios de diagnóstico, tratamiento y prevención de diversas condiciones de salud, los servicios comunes ofrecidos por un hospital privado incluyen consultas médicas, servicios de emergencia las 24 horas, cirugías, cuidados intensivos, atención de maternidad, servicios de laboratorio y radiología, rehabilitación física, servicios de farmacia y atención especializada en áreas como cardiología, oncología, ortopedia y neurología.

## 3.5. Coberturas del Sector Salud

1. En materia de protección social, en este caso relacionada con el sector salud, una variable importante es la relacionada con la cobertura poblacional de los esquemas contributivos públicos (ISSS, ISBM y COSAM) y seguros privados de salud. En la tabla 2. se presenta la información de 2022 relacionada con las coberturas poblacionales, tanto de los esquemas contributivos, como no contributivos (MINSAL).
2. Población. Respecto a las coberturas en salud, en el año 2022, hubo 2,075121 de personas (32.8 % de la población salvadoreña) que estuvieron cubiertas bajo esquemas contributivos públicos de la seguridad social (ISSS, ISBM y COSAM):
3. 1) mientras que, por los seguros privados en salud, la cobertura fue inferior al 1 %. El ISSS, alcanzó una cobertura total de 1,963,958 (31 %); el ISBM, de 88,715 (1.4 %); y el COSAM, un total de 22,448 (0.4 %). Los seguros privados, cubrieron a 4,881 personas (0.1 %)
4. 2. En ese sentido, 4,250,945 de personas (67.1 %) no contaron con ningún tipo de seguro de salud, constituyendo la población de referencia potencial del MINSAL.
5. Tabla 2. El Salvador. Cobertura de Salud, según Instituciones. Año 2022.



Fuente: construcción propia con base a información de entidades del Sistema Nacional Integrado en Salud y EHPM 2022 (ONEC/BCR) y UES/DIRPLAN/MINSAL.

1. El no aseguramiento de la población, por área geográfica, con base a la información derivada de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM)[[7]](#footnote-7), se identifica que, como promedio del período 2007-2020 (Grafico 1), la población urbana sin seguro de salud fue del 69%, mientras que, en el área rural, dicho porcentaje se eleva al 90%. Esta información difiere levemente de las coberturas institucionales de la Tabla 1, dado que está basada en encuestas.

**Gráfico 1. 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

1. La información indica que, para el mismo período (2007-2019), en promedio, la población pobre sin seguro de salud, es del 91%; mientras que la población no pobre, es del 68%. Cabe señalar que para 2008, 2016 y 2017, no se dispone de esta desagregación por niveles socioeconómicos.
2. Gráfico 2. 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.

1. Lo antes señalado, evidencia las limitaciones en las coberturas de los sistemas de seguridad social, cuya afiliación está basada en el empleo formal (ISSS, ISBM y COSAM); y el todavía bajo desarrollo de los sistemas de seguros privados de salud en el país, debido a sus costos y la poca difusión de la cultura previsional en El Salvador, aún en la población catalogada como “no pobre”. Situación que, presiona y aumenta la oferta de servicios del MINSAL, que recibe los efectos del bajo aseguramiento en salud.
2. Las EHPM permiten también identificar qué acción tomaron las personas que reportaron que se enfermaron o accidentaron, tanto en el sentido de si acudieron o no a atenderse en un establecimiento de salud. En la Tabla 3, se presenta el porcentaje de las personas que no acudieron a ningún establecimiento para tratar su condición (enfermedad o accidente). La información revela el alto nivel de personas que no acudieron a tratar su condición. El período 2020-2022, el alto porcentaje de “no consulta”, probablemente esté influenciado por las medidas de contención implementadas durante la pandemia por Covid-19.
3. Tabla 3. El Salvador. Población que reportó que se enfermó o accidentó.



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

*.*

1. Respecto al lugar o establecimiento al que acudieron las personas que se enfermaron o accidentaron (Gráfico 3), 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 2010-2022, fue de 62%. Situación que refleja, por un lado el éxito en las políticas de gratuidad en la prestación de los servicios del MINSAL, la extensión de horarios con el apoyo de FOSALUD; y, las bajas coberturas de los esquemas contributivos y de seguros privados en el país. Respecto al segmento poblacional que se enfermó o accidentó y decidió consultar, según lugar o establecimiento al que acudió (2010-2022).
2. Gráfico 3. 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.

## 3.6. Modelo de Atención integral de salud.

1. El Modelo de Atención Integral de Salud es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos y recursos que definen cómo se organiza y funciona el SNIS, la forma cómo otros sectores se complementan con el sector salud y la manera en que los recursos del Estado son orientados para proteger a las personas del riesgo de enfermar y responder a sus necesidades de salud, en el curso de vida y los diferentes entornos.
2. Los principios que sustentan las acciones del Modelo de Atención Integral de Salud son:
3. 1) Universalidad
4. Implica que los componentes de organización, provisión, gestión y financiamiento son adecuados y suficientes para cubrir a toda la población, eliminando las diferentes barreras de acceso y cobertura en salud.
5. 2) Integralidad
6. Articula acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos de las personas, familias, comunidad y su entorno. Interrelaciona y complementa actividades sectoriales, ciudadanas, y los diversos sistemas médicos (medicina formal/medicinas ancestrales/medicinas alternativas), desde una visión multidimensional y biopsicosocial de la salud individual y colectiva, potenciando los factores protectores de la salud, e identificando los riesgos y condiciones que la afectan.
7. 3) Accesibilidad
8. Implica la eliminación de las barreras que impiden el acceso a las acciones y servicios de salud para garantizar el derecho a la salud. Se expresa en la forma como se acercan los servicios de salud a la población, que posibilita el llegar, entrar, salir y utilizar en forma plena los servicios de salud entregados en los establecimientos de salud y fuera de ellos.
9. 4) Solidaridad
10. Principio que sostiene el desarrollo de sistemas de protección social, con mecanismos redistributivos a través de contribuciones definidas en función de la capacidad económica de las personas y las empresas y asignadas para satisfacer las necesidades de la población. Implica la colaboración entre personas, familias, comunidades o instituciones que va más allá de intereses personales o necesidades particulares.
11. 5) Subsidiaridad
12. Se concibe como el acompañamiento del Estado a lo que la sociedad, o determinados actores sociales no pueden lograr por sí mismos. Surge de otro principio que es el de justicia distributiva. Se materializa en acciones orientadas a la asistencia de determinados problemas de salud que escapan a las posibilidades de las personas o de los grupos primarios. La aplicación de este principio es muy útil para el quehacer del Estado, pues se trata de trabajar en equilibrio con otros sectores y la comunidad, colaborando para el desarrollo integral en diferentes etapas.
13. 6) Equidad
14. Su fin es la eliminación de desigualdades en salud, evitables o remediables, entre grupos o poblaciones definidos social, económica, demográfica o geográficamente. La equidad no es sinónimo de igualdad ni de una igual distribución de los recursos. Implica distribución de recursos en función de las necesidades de los miembros de la sociedad, de manera que las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud, para el pleno goce del derecho a la salud, independientemente de su posición social o de otras circunstancias o factores sociales excluyentes.
15. 7) Intersectorialidad
16. Orienta intervenciones coordinadas entre instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida. Se materializa en la articulación e interrelación de los distintos sectores sociales, con el objetivo de alcanzar de forma eficiente y efectiva la concreción plena y sostenida del goce del derecho a la salud por todos los miembros de la sociedad; para el abordaje de la determinación social de la salud y la mejora de la misma en los grupos vulnerables.
17. 8) Participación Social
18. Consiste en la relación estructurada entre la población y las instituciones de salud, en espacios de derechos reconocidos y garantizados y de responsabilidades compartidas. Implica la incorporación de la población como actor social en el análisis de las situaciones/problemas que le afectan y en la consideración de opciones para enfrentarlas, así como en la ejecución de las acciones resultantes. La participación debe concretarse en todos los niveles de intervención, pero principalmente en los vínculos con el primer nivel de atención y el funcionamiento de las RIIS.
19. 9) Calidad
20. Implica un enfoque integrador de cultura de la calidad. Es la provisión de servicios de salud a las personas de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos con el fin de lograr la satisfacción de las personas usuarias. Se construye con base a sus tres componentes esenciales: el científico técnico, el interpersonal y el de amenidades.
21. Situación de la Capacidad Instalada del Ministerio de Salud e ISSS.
22. El Sistema debe establecer un modelo de atención centrado en la persona, la familia, el entorno laboral y la comunidad, con enfoque de derecho humano y bien común. Este modelo se fundamenta en los programas y proyectos definidos en la estrategia de Atención Primaria de Salud Integral –APSI- asegurando la atención continua, el acceso permanente, progresivo y universal a servicios de salud integral y de calidad, en función del perfil epidemiológico y las determinantes de la salud.
23. 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.
24. Para la provisión integral de servicios de salud, la Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención y la Dirección Nacional de Hospitales del MINSAL, cuenta con 769 Unidades de Salud, 45 Casas de Salud, 32 Centros Rurales de Nutrición, 22 Hogares de Espera Materna y 12 Oficinas Sanitarias Internaciones en las cuales se amplió el horario de atención a 24 horas. En el segundo y tercer nivel de atención se incluyen 2 Centros de Atención de Emergencias, 11 Hospitales básicos, 14 Hospitales departamentales, 2 Hospitales regionales, 4 Hospitales de referencia nacional. Entre los 31 hospitales se cuenta con un total de 4,648 camas censables y 1,550 camas no censables. También cuenta con 1 Centro de Radioterapia y 1 Centro Oftalmológico. Al momento se ha finalizado la recategorización de establecimientos de primer nivel.
25. Se ha contratado personal de salud (incluido médicos especialistas y otro tipo de personal especializado) para mejorar los servicios, con lo cual se ha llegado a contar con más de 31,000 colaboradores, entre los que se encuentran un aproximado de 2,945 médicos generales, 2,454 médicos especialistas, 505 odontólogos, 4,358 enfermeras profesionales, 4,508 auxiliares de enfermería, 525 profesionales y técnicos anestesistas, 1,003 profesionales y técnicos laboratoristas, 168 profesionales y técnicos fisioterapistas, 3,119 Promotores de Salud y 555 inspectores de saneamiento ambiental, entre otros. Muchos de estos trabajadores están incorporados a 532 Equipos Multidisciplinarios de Salud y 33 Equipos especializados, y el resto están integrados en los diferentes establecimientos de salud y hospitales[[8]](#footnote-8).
26. La capacidad instalada del ISSS, cuenta con 11 Hospitales, 34 Unidades Médicas, 37 Clínicas Comunales, 295 Clínicas Empresariales. Dentro de los servicios auxiliares cuentan con 87 Farmacias, 19 Servicios de Rayos X, 19 Laboratorios Clínicos, 57 Salas Quirúrgicas electivas, 16 Salas de Emergencias, 12 Maternidades y un total de 1,558 camas hospitalarias censables\*.

## 3.7. Gasto Nacional En Salud (GNS).

1. El Gasto Nacional en Salud (GNS), cuyas principales cifras se enuncian a continuación, refleja el total del gasto corriente y de capital que el país ejecuta durante un período determinado, generalmente en un año. Dicha información se reporta a la OMS/OPS/OCDE para su publicación en la Base Mundial del Gasto en Salud (GHED, por sus siglas en inglés)[[9]](#footnote-9). Las variaciones existentes entre el GHED y las cifras que se reportan en este informe, se derivan del hecho de que para el GHED únicamente se reportan los gastos corrientes en salud, mientras que, para efectos internos del país, se incluyen también los gastos de capital. Las cifras al año 2021 son de carácter preliminar y pueden sufrir variaciones en el próximo reporte del GHED del país.
2. En el caso particular de El Salvador, por el lado del sector público, se incluyen dentro del GNS las siguientes instituciones: MINSAL y red de instituciones descentralizadas que reciben transferencias del MINSAL (hospitales, FOSALUD y otras entidades adscritas), ISSS, ISBM, COSAM, Centro Farmacéutico de la Fuerza Armada (CEFAFA) en lo concerniente al gasto destinado al apoyo al Comando de Sanidad Militar; la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM); y otras entidades públicas que ejecutan gastos en salud (gobiernos municipales, entre otros). 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.
3. En lo que respecta al sector privado, la información relativa a las empresas de seguros procede de la Superintendencia del Sistema Financiero (SSF); mientras que lo relativo al Gasto Directo de Bolsillo de los Hogares (GDBHS) e Instituciones Sin Fines de Lucro al Servicios de los Hogares (ISFLSH), están basadas en la información disponible en Banco Central de Reserva de El Salvador.
4. En el Gráfico 4, se presenta la evolución del Gasto Nacional en Salud (GNS) y Gasto Corriente en Salud (GCS) para el período 2017-2021; y, en el gráfico 8, lo que representan como proporción del Producto Interno Bruto (PIB).
5. Gráfico 4. Gasto Nacional y Gasto Corriente en Salud. 2017-2021 (en millones de US$)

Fuente: UES/DIRPLAN/MINSAL.

1. Gráfico 5. Evolución del Gasto Nacional en Salud y Gasto Corriente en Salud como porcentaje del PIB. 2017-2021.

Fuente: UES/DIRPLAN/MINSAL.

1. Como puede observarse en Grafico 5, el GNS en valores corrientes, en cinco años (2017-2021), pasó de US$2,208 millones, a US$2,875 millones, incrementándose en ese período en un 23% respecto a 2017; mientras que el GCS pasó de US$ 2,102 a US$ 2,792, con un incremento del 25%. En relación al PIB, el GNS ha pasado de representar el 8.8% (2017), al 9.8% en 2021; y, el GCS se incrementó de 8.4% al 9.5% del PIB. Lo anterior se sustenta en el incremento sostenido del gasto público; y, la incorporación de las ISFLSH, entre otros factores.
2. Gráfico 6. Estructura del Gasto Corriente en Salud según Fuente de Financiamiento (Público, Privado y Donaciones) Período 2017-2021
3. Se destaca en el Grafico 6, 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 66% en 2021. Esto 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.
4. 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 2021, el 34% del GNS.
5. En el gráfico 7 se presenta la proporción del gasto público en salud y gasto público en salud del MINSAL como proporción del PIB (con y sin donaciones).

Gráfico 7. Gasto Público en Salud e Institucional como porcentaje del PIB (2017-2021)

Fuente: UES/DIRPLAN/MINSAL

El GPúbS, desde el año 2020, ha logrado 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, representan en 2020 y 2021 el 6.2% y 6.5% del PIB, respectivamente. Considerando únicamente el GCS, para 2021, éste llegó al 6.2% del PIB.

La entidad que tiene mayor peso relativo en este incremento es el MINSAL, cuyo gasto en salud respecto al PIB, pasó de 2.5% (2017), al 4.2% (2021), excluyendo las donaciones; y, su gasto corriente, pasó de 3.3% al 4% del PIB, en 2020 y 2021, respectivamente.

## 3.8. Políticas y planes de salud.

El Ministerio de Salud (MINSAL), desde el año 2009 inició la reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que se haya realizado en la historia de El Salvador; reconoce a la salud como un derecho humano fundamental, promueve su inclusión en las políticas sociales y económicas del país, rechaza las acciones de mercantilización de la misma y la armoniza con la determinación social de la salud que identifica al proceso salud-enfermedad como el resultado de las interacciones que el modelo hegemónico de desarrollo ejerce entre la naturaleza y la forma en que la sociedad se organiza y funciona mediante la interacción contradictoria de componentes socio-históricos, económicos, políticos, culturales, demográficos, ambientales y biológicos.

En el año 2020, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en colaboración con los Estados Miembros, se plantearon la revisión y renovación del abordaje de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), sistematizada en la publicación Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Esta renovación se basó en las experiencias y lecciones aprendidas de la aplicación y medición regional que tuvo lugar en las décadas anteriores, los desafíos nuevos y persistentes para la salud de la población y sus determinantes sociales; así como las nuevas condiciones institucionales, económicas, sociales y políticas que afectan a la Región que suponen una visión más integral de la salud pública frente a los desafíos del siglo XXI.

Actualmente, las FESP se conceptualizan como “las capacidades de las autoridades de salud en todos los niveles institucionales, junto con la sociedad civil, para fortalecer los sistemas de salud y garantizar un ejercicio pleno de la salud pública, actuando sobre los factores y determinantes sociales que tienen un efecto en la salud de la población”

En ese sentido, la propuesta «renovada» de las FESP orienta el desarrollo de políticas de salud pública mediante cuatro etapas: evaluación, desarrollo de políticas, asignación de recursos y acceso; y tiene como objetivo general que los países de las Américas efectúen un diagnóstico de las capacidades necesarias para el ejercicio de las FESP, establezcan una línea base para futuras evaluaciones y fortalezcan aquellas áreas que pudieran requerir mejoras.

Por lo que, el Plan de Acción de las Funciones Esenciales de Salud Pública, contempla las principales propuestas de actividades que se delinearon, con la participación de una amplia gama de instituciones gubernamentales, durante las 3 fases del ejercicio de evaluación y fortalecimiento de las FESP conducido por el Ministerio de Salud, en su calidad de ente rector, con el propósito de abordar las brechas identificadas en cada una de las capacidades priorizadas por cada una de las once funciones esenciales de salud pública, a fin de fortalecer las competencias de la Autoridad Sanitaria Nacional en el ámbito de la Salud Pública.

Dentro del Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud 2021-2025 en el capítulo III Prioridades Institucionales literal B referente a sanitarias encontramos que se debe reducir la mortalidad y el aparecimiento de nuevos casos de enfermedades transmisibles, con énfasis en VIH, tuberculosis, hepatitis B, enfermedades trasmitidas por vectores, infecciones respiratorias agudas y enfermedad diarreica aguda (incluido el abordaje de los factores de riesgo que las generan).

En los resultados del plan GOES el 2.3.9 Fortalecidos los programas de salud de interés público en función de la salud universal, se contempla que al 2025, se ha reducido la incidencia de tuberculosis a 22.9 casos nuevos por 100,000 habitantes.

## 3.9. Capacitación y cualificación de Recursos Humanos.

Enmarcado en la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud del MINSAL, la UPCTYER ha fortalecido técnicamente al personal multidisciplinario responsable de la operativización del programa en los diferentes niveles e instituciones del SNIS; a través de jornadas, talleres, cursos de capacitación y diplomados para la profesionalización de los trabajadores de salud, 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 actualizó 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 la temática de TB 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 actualizando 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, ONG, sociedad civil y carreras universitarias afines.

Es importante las pasantías de profesionales de laboratorio clínico, en el laboratorio supranacional y en el Laboratorio Nacional de Salud Pública, para el conocimiento de nuevas metodologías y capacitación continua del recurso, en la realización de pruebas especiales, para el diagnóstico de la tuberculosis.

La UPCTYER promueve el desarrollo de diplomados que fortalezcan la atención integral de la tuberculosis, como parte del proceso los participantes realizan trabajos de investigación con la participación de recursos en salud tanto del MINSAL, como de otras instituciones del SNIS, Universidades, y de los Centros Penitenciarios.

## 3.10. Unidad de Prevención y Control de la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UPCTYER).

El Ministerio de Salud cuenta con la Unidad de Prevención y Control de la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, la cual está conformada por una jefatura y cinco oficinas 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 Gestión, administración y desarrollo (Figura 1).

Sus funciones están orientadas al diseño e implementación de estrategias para la información, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento de la tuberculosis y elaboración y actualización de instrumentos técnicos jurídicos.

1. Figura 1. Estructura organizativa de la Unidad de Prevención y Control de la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias.

Unidad de Prevención y Control de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias

Viceministerio de Gestión y Desarrollo en Salud

Dirección de Políticas y Gestión en Salud

Área de asistencia Médica, Diagnóstico, Capacitación y Normalización

Área De Planificación Monitoreo, Evaluación y Seguimiento de Proyectos

Área de Vigilancia Epidemiológica, Sistemas de Información e Investigación

Área de Información, Educación y Comunicación

Área de Gestión, Administración y Desarrollo

## 3.11. Compromisos internacionales, nacionales y marco legal de la UPCTYER.

El país, elabora sus políticas, normativas y lineamientos retomando los compromisos internacionales adquiridos en las reuniones de alto nivel de las Naciones Unidas y las estrategias recomendadas por la OMS/OPS y los compromisos internacionales siguientes:

* Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la lucha contra la tuberculosis, Septuagésimo octavo período de sesiones; Asamblea General de las Naciones Unidas; 2023.
* Estrategia Fin de la Tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud.
* Marco de Rendición de Cuentas en TB, Naciones Unidas, 2018. Informe de país año 2022 (Anexo 5).
* Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS); Meta 3.3 para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, tuberculosis, malaria y enfermedades tropicales desatendidas y combatir hepatitis, enfermedades transmitidas por agua y otras enfermedades transmisibles.
* Agenda de salud sostenible para las Américas. 2018-2030.
* Participación del control de calidad con laboratorio supranacional (México).
* Reportes periódicos a ONUSIDA y a OMS.
* Reporte de información para el Plan Regional de Tuberculosis en las Américas.
* Convenio de subvenciones con el Fondo Mundial.

# IV. Situación epidemiológica y programática de la tuberculosis en El Salvador.

En El Salvador, la TB aún representa un problema de salud pública; existiendo dos escenarios, el primero en población general atendida por MINSAL e ISSS, cuya tasa de incidencia todas las formas han aumentado en los últimos dos años (2021-2022), posterior a la disminución de las acciones realizadas por la pandemia COVID 19; el fortalecimiento y expansión de la red de diagnóstico con pruebas moleculares e implementación de nuevas metodologías diagnosticas como el cultivo en medio líquido. Y el otro escenario relacionado a la carga de enfermedad en la población privada de libertad, donde la tasa de incidencia ha aumentado paulatinamente en los últimos dos años (2021-2022).

## 4.1 Situación Epidemiológica

Gráfico 8. En El Salvador la tuberculosis sigue afectando a gran número de personas. De hecho, al comparar con el año 2010, el número de casos de TB en el país, pasó de 1700 a 2517 en el año 2022. Sin embargo, en los últimos cinco años, la tasa de incidencia de casos se redujo de 58 por 100,000 habitantes en 2018, a 40 por 100,000 habitantes en 2022, experimentando un descenso en el transcurso de esos 5 años. La captación de casos se ha presentado en mayor magnitud en población con mayor riesgo y vulnerabilidad; principalmente en la población privada de libertad.

Gráfico 8. Incidencia de casos de tuberculosis todas las formas, años 2010 - 2022

Fuente: UPCTYER El Salvador. Año 2022

Al analizar las tasas de casos de TB todas las formas estimadas por la OMS para El Salvador y las tasas notificadas de país; en los últimos 10 años, la OMS ha estimado un promedio de un 20% más de casos por 100 000 habitantes, comparado con los notificados cada año, con un rango que va de 18.2% en el año 2014 a un máximo de 21.9% en el año 2022. (Ver gráfico 9)

Gráfico 9. Notificación y estimación de casos de tuberculosis OMS/El Salvador. años 2010 – 2022.

Fuente: Reporte Global de Tuberculosis de la OMS 2023. Perfil de país El Salvador.

El incremento de la incidencia notificada de casos en los últimos dos años (2021-2022) se debe a:

* Mayor búsqueda de personas con tuberculosis presuntiva en poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad.
* Mejora en el acceso y manejo de los casos de tuberculosis al interior del sistema penitenciario, a través del cumplimiento de los convenios establecidos entre ambas instituciones.
* Las acciones implementadas con el apoyo financiero del Fondo Mundial (FM), permitió la utilización de nuevos métodos diagnósticos, como la prueba molecular rápida, unidad móvil de rayos X y la coordinación interprogramática con la Unidad de Programa ITS-VIH y la Oficina de Enfermedades No Transmisibles, así como la actualización técnica del recurso humano en los diferentes niveles.
* Alianzas público-público y público-privado con diferentes proveedores, entre ellos ISSS, DGCP, COSAM, hospitales privados, clínicas privadas, iglesias, municipalidades entre otros, que han contribuido a la captación de casos.

1. Gráfico 10. Proveedores de salud que participan en la detección y notificación de casos con tuberculosis, año 2022
2. 

Fuente: UPCTYER El Salvador. Año 2022.

Gráfico 10. Para el año 2022, el Ministerio de Salud MINSAL diagnosticó el 43.3% es decir 1090 casos, Centros Penales detectó el 40.4% (1,017 casos) y la Seguridad Social detectó el 16.3 % (410 casos), del total de casos de tuberculosis de todas las formas. Es importante mencionar que la Seguridad Social, incremento su detección en un 40% comparada con el año 2021 (292 casos).

Como parte del resultado de las alianzas público-público y público-privado con diferentes proveedores hospitales privados, clínicas privadas, iglesias, municipalidades entre otros; estos proveedores han contribuido a la captación de casos y referencia con un total de 305 casos de TB todas las formas nuevas más recaídas en los últimos 5 años; lo que anualmente corresponde en promedio de 2.5%; que equivale a un numero de entre 50 a 70 casos anualmente. (Ver grafico 11)

Grafico 11. Contribución del sector privado en la detección de casos de TB todas las formas nuevas mas recaídas, El Salvador año 2018-2022.

1. Gráfico 12. Tasa de mortalidad de tuberculosis estimada y notificada. Años 2010-2022

Fuente: Sistema de Morbi-Mortalidad del MINSAL*.*

Gráfico 12. En los últimos cinco años la mortalidad por TB, la tasa de mortalidad más baja corresponde para el año 2021 (42 casos), que representó una tasa de 0.7 por cada 100,000 habitantes y la tasa más elevada corresponde para el año 2022 (86 casos), representando 1.2 casos por 100,000 habitantes. La mayor parte de estas personas fallecen en hospitales, debido a comorbilidades como enfermedad renal crónica, diabetes, así como personas adultas mayores, personas VIH, lesiones de causa externa, entre otras.

1. Gráfico 13. Porcentaje de éxito del tratamiento en casos nuevos de TB y recaídas.
2. Años 2010 - 2021

Fuente : UPNTBYER. El Salvador, año 2022.

En el gráfico 13, se observa que el éxito de tratamiento de la cohorte del año 2021, fue de 88.1%, obteniendo una reducción del 3.0%, con respecto a la curación del año 2020; lo que se vio afectado debido a que hubo un leve aumento en pacientes fallecidos (6.7%) y pérdidas en el seguimiento (5.0); así como el 0.6% no fue evaluado por cambio de diagnóstico.

## 4.2. Tuberculosis Resistente a Rifampicina (TB-RR) – Multidrogo resistente (TB-MDR).

El Salvador, a lo largo de los años a presentado una notificación baja de casos TB-RR y TB-MDR; reportando entre los años 2010 al 2022, en el país se han diagnosticado un total de 166 casos de tuberculosis resistente a rifampicina (TB-RR) y 36 casos de tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR).

La OMS en los últimos 5 años, ha estimado para el país, que el 1.2% de casos de Tuberculosis todas las formas nuevos más recaídas podrían haber presentado algún patron de fármaco resistencia (TB RR y MDR); teniendo una brecha amplia entre lo estimado y lo notificado como país para el periodo de años entre el 2015 al 2019, la cual se cerró en los años 2020 y 2021.(Ver gráfico 14)

Grafico 14. notificación y estimación OMS de casos de tuberculosis RR y MDR/el salvador. años 2015 – 2022

Fuente : Reporte Global de Tuberculosis 2023, perfil de país.

Para el año 2022, fueron diagnosticados 15 casos con resistencia a rifampicina, representando una reducción importante del 60% con respecto al año 2021 y manteniendo en los últimos tres años, 2 casos de TB MDR.

En el año 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, y actualmente pruebas Xpert MTB/RIF Ultra y MTB XDR. (ver grafico 15).

En el país y durante estos últimos años, se ha expandido la red de diagnóstico de pruebas moleculares; la cual se encuentran ubicando en diferentes regiones, ampliando la cobertura.

A través de los años, se ha tenido un incremento en el número de casos TB-RR y TB-MDR detectados con pruebas moleculares, tal como se observa en el Gráfico 14, evidenciando la detección más alta para el año 2021 con 43 casos de los cuales 40 casos fueron TB RR, 2 casos TB MDR y 1 caso pre XDR.

1. Gráfico 15. Tuberculosis resistente, años 2010 - 2022



Intervenciones realizadas para TB-Drogorresistente:

* Adquisición de más equipos e insumos para pruebas moleculares, incluyendo equipos de 10 colores, los cuales se han distribuido en todas las regiones del país para ampliar la cobertura.
* Adquisición de equipo MGIT el cual se encuentra en proceso de capacitación por parte del proveedor y del LSN.
* Aumento del presupuesto de fondo general para la adquisición de medicamentos de segunda línea, incluyendo los nuevos medicamentos utilizados para el esquema BPALM y otros insumos a fin de tratar los pacientes diagnosticados.
* Incorporación de algunas variables de interés de FAVIA TB al SIS 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.
* Manejo ambulatorio de los casos de TB drogorresistente.

Brechas:

* Insuficientes equipos de pruebas moleculares rápidas en las instituciones del SNIS, para el diagnóstico oportuno de la drogo resistencia y la expansión recomendada de estas pruebas a la población general como prueba diagnóstica inicial.
* Déficit de personal de salud multidisciplinario capacitado.
* El ISSS recién ha implementado las pruebas moleculares rápidas, y a corta plazo las sensibilidades convencionales al momento, por estar en el proceso de validación.
* Aumento de la carga de TB, TB-DR en personas privadas de libertad.
* Retraso en el diagnóstico y tratamiento oportuno en personas privadas de libertad por el contexto específico en el sistema penitenciario del país.
* Dificultad para la aplicación de un adecuado control de infecciones en la población privada de libertad.

Para superar las brechas enunciadas anteriormente, se pretende que el ISSS continúen con el proceso de validación de los equipos de biología molecular; para adquirir y desarrollar una mayor capacidad instalada, para la detección y tratamiento de la TB-DR a través de pruebas moleculares rápidas, según la normativa de su institución.

Además, ampliación por parte del Ministerio de Justicia y Seguridad Pública de la cobertura de pruebas moleculares, en la mayoría de centros Penitenciarios, para continuar con el diagnóstico oportuno de TB y de la TB-DR. Mientras estas brechas se vayan superando, el LNSP y la red de laboratorios clínicos del MINSAL continuarán proporcionando el apoyo para realizar las pruebas de diagnóstico y sensibilidad.

En el Gráfico 16, se observa la cohorte de resultados de tratamiento de casos de tuberculosis RR y MDR, desde el 2015, teniendo un éxito de tratamiento del 91% para el año 2021.

Grafico 16. Resultados del tratamiento de los casos de TB resistente, años 2015 a 2021**.**

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

## 4.3. Poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad.

Toda la población está expuesta a infectarse por TB, existen diferentes grados de exposición y de riesgo para infectarse o riesgo a desarrollar la enfermedad tuberculosis. Por lo que, para efecto del PENM TB, estas poblaciones serán definidas así:

Población de mayor riesgo de infectarse serán aquellas personas que pertenezcan a: Poblaciones Privadas de Libertad, Migrantes, trabajadores de la salud, personas que viven en condiciones de hacinamiento y pobreza, personas en situación de calle, poblaciones móviles, niños menores de 5 años, entre otras.

Población de mayor riesgo de enfermar por TB (Vulnerables), se entenderá por: Personas con VIH; Desnutridas; Diabéticos; Enfermedad Renal Crónica; personas con algún tipo de inmunosupresión como Cáncer, uso prolongado de esteroides, entre otros. Incluye la susceptibilidad, fragilidad física, económica, social, ambiental o institucional.

Por lo que, al analizar cada uno de estos grupos de personas, se hace necesario planificar acciones específicas, en conjunto con las diferentes instituciones del Estado, fortalecer las alianzas con otras instituciones no gubernamentales y privadas del país.

### 4.3.1. Personas con VIH.

El país ha realizado una amplia labor para el abordaje diferenciado de la prevención de TB en la población con VIH para el año 2022, la UPCTYER, logró resultados importantes como el tamizaje del 99% de pacientes con TB conocen su estado serológico para VIH; se ha mantenido un 7.5% la tasa de coinfección TB/VIH.

El Gráfico 17, se representa la tendencia de coinfección TB/VIH entre los años 2010-2022. Se observa una disminución del porcentaje de personas con coinfección entre las personas afectadas por TB, llegando a mantener un promedio de 6.4% en el periodo antes mencionado (2010-2022). Esta reducción se deben al impacto de la implementación de las actividades colaborativas, la oferta de la prueba diagnóstica de VIH junto a las acciones de descarte clínico entre los casos nuevos y los conocidos, además de la gratuidad en la oferta de servicios de TB/VIH de los cuales podemos mencionar: tamizaje con prueba de VIH a todos los casos de TB, descarte de TB en todas las personas con VIH, tratamiento preventivo para la Infección por Tuberculosis, y de otras oportunistas en las personas coinfectadas a través de la indicación de Trimetoprim, y el manejo coordinado e integrado entre la Unidad de ITS/VIH y la UPCTYER, ha permitido controlar los casos de coinfección.

Gráfico 17. Total, de casos de TB todas las formas, TB/VIH y porcentaje de coinfecciónTB/VIH.Años 2010 – 2022

Fuente: UPTYER. El Salvador.

En el año 2022, se les hizo descarte de TB a 10,619 personas con VIH (nuevos y antiguos), lo cual corresponde al 57.2% de las personas con VIH vinculadas a los servicios de salud; y se le descarto la TB al 100% de los casos nuevos de VIH. El 77% de los casos VIH que iniciaron ARV se les brindo TPT (ver gráfico 18). Para ese mismo año se administró la profilaxis con TMP/SMX a un 95% de personas con coinfección TB/VIH.

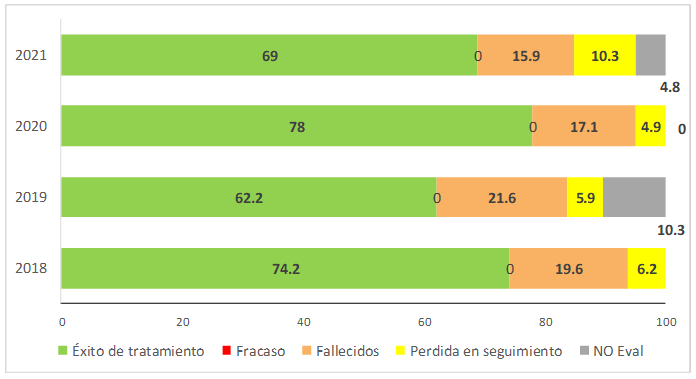
Grafico 18. Porcentaje de personas con VIH -positivo (iniciando atención en VIH-casos nuevos VIH) que están en tratamiento preventivo para la infección por TB, 2017 a 2022

Fuente: Base de Datos de UPCTYER/Reporte Global de Tuberculosis 2023 – Perfil de país.

El Gráfico 19, podemos observar que el porcentaje de éxito de tratamiento se ha mantenido arriba de 64% en los últimos 4 años; con el porcentaje más alto de 78% en el año 2020.

Los fallecidos se han mantenido entre el 15 % a 21% y la pérdida del seguimiento de un 10.3%.

Gráfico 19. Cohorte de TB/VIH a nivel nacional en porcentaje, El Salvador, 2018-2021 (%)

******

Fuente: UPTYER. El Salvador.

Brechas:

* La elevada tasa de mortalidad en pacientes con coinfección TB/VIH, se podría vincular a los diagnósticos tardíos de VIH junto a los deterioros inmunológicos relacionados con los abandonos de la terapia antirretroviral.
* Centralización de la dispensación de tratamiento para Infección por Tuberculosis y TAR.
* Dificultades en el seguimiento de casos de coinfección TB/VIH en el primer nivel de atención.
* Fallas en el sistema de referencia, retorno e interconsulta de personas con coinfección TB/VIH y personas con VIH a quienes se les descartó TB.
* Persistencia de estigma y discriminación en la comunidad y áreas laborales.

Intervenciones:

* Las Unidades de ITS/VIH y Tuberculosis, realizan las actividades colaborativas basadas en la intensificación de la búsqueda de casos de TB en personas con VIH, la implementación de la quimioprofilaxis para el manejo de la ITBL y el inicio rápido de la terapia antirretroviral en acompañamiento de las estrategias prueba y tratamiento para la reducción de los tiempos de atención de ambas enfermedades, con el fin de controlar la coinfección TB/VIH; utilizando las directrices actualizadas de la OMS, la estrategia Fin de la TB y la vía rápida para la erradicación del VIH en el 2030.
* El Salvador ejecuta la “Política de la OMS sobre las Actividades Colaborativas TB/VIH del 2013”.
* Atención estandarizada para las personas con VIH y tuberculosis descrita en los documentos regulatorios del Ministerio de Salud, que son aplicados por el Sistema Nacional Integrado de Salud.
* Promover la participación multisectorial dentro de los comités de coinfección TB/VIH a nivel nacional, regional y local.
* Implementación de las pruebas de diagnóstico rápido (PDRO) para TB a través de las pruebas de detección de la molécula de Lipoarabinomanano.
* Actualización inter programática de lineamientos técnicos y guías clínicas para la atención de las personas con VIH, TB y coinfección TB/VIH, infección por tuberculosis y control de infecciones con énfasis en tuberculosis.
* Monitoreo y seguimiento de indicadores estandarizados nacionales e internacionales de coinfección TB/VIH.
* Uso de prueba molecular como prueba diagnóstica de primer escoge en personas con VIH.
* Personal de salud altamente calificado, capacitado y actualizado en la atención de pacientes con coinfección TB/VIH en el MINSAL.
* Descarte de la TB y dispensación de tratamiento de la Infección por Tuberculosis de pacientes con VIH en el MINSAL como en el ISSS; con uso de esquema con Isoniacida y/o acortado con Isoniacida más Rifapentina/ Tratamiento Preventivo para Tuberculosis (TPT).
* Transformación digital de los servicios de salud a través de la implementación del módulo de Tuberculosis en línea enlazado al Sistema de Información en Salud (SIS).
* Uso de prueba LF LAM en orina, para personas con VIH y que tienen alta sospecha de tuberculosis, tanto en ambiente hospitalario como ambulatorio.

Tabla 4. Actividades de colaboración TB/VIH recomendados por la Organización Mundial de la Salud

|  |
| --- |
| **A. Establecer y fortalecer los mecanismos para proporcionar servicios integrados de TB y VIH**   * Establecer y fortalecer un grupo coordinador funcional en todos   los niveles.   * Determinar la prevalencia del VIH entre los pacientes con TB y la   prevalencia de la TB entre personas con VIH.   * Planificar conjuntamente a fin de integrar los servicios de la TB y   el VIH.   * Monitorear y evaluar |
| **B. Reducir la carga de TB en personas con VIH e iniciar tempranamente el tratamiento antirretroviral (las 3 íes para VIH)**   * Intensificar la búsqueda de casos de TB y proporcionar un   tratamiento anti-TB de buena calidad.   * Iniciar la prevención de la TB con TPI y el TAR temprano * Garantizar el control de infecciones por TB en establecimientos   de salud y sitios de congregación |
| **C. Reducir la carga de VIH en pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de TB:**   * Proporcionar la prueba del VIH y consejería a los pacientes con   diagnóstico presuntivo o confirmado de TB.   * Introducir intervenciones de prevención del VIH en los pacientes   con diag­nostico presuntivo o confirmado de TB.   * Proporcionar TPC a pacientes coinfectados TB/VIH. * Garantizar intervenciones de prevención del VIH, tratamiento y   atención a pacientes coinfectados TB/VIH.   * Proporcionar TAR a pacientes coinfectados TB/VIH |

Fuente: OMS, Coinfección TB/VIH. Guía Clínica Regional. Actualización 2017; ISBN: 978-92-75-31985-7

### 4.3.2. Personas Privadas de Libertad (PPL).

**Situación de TB en Centros Penales.**

La TB en centros penales del país incrementó de manera sustancial durante el año 2022; situación que se debió al aumento en la población privada de libertad (PPL). Este contexto pone de manifiesto las necesidades que esto conlleva, como son:

a) Mayor asistencia médica,

b) Aumento de personal de salud para cubrir la demanda,

c) Fortalecer las capacidades técnicas del personal de salud en el componente de TB,

d) Aumento del presupuesto para la compra de bienes y servicios, y

e) Fortalecimiento de la red de laboratorios tanto de los centros penales como a nivel nacional.

Debido a la importancia del abordaje de las determinantes en salud en centros penales, la tuberculosis se vuelve una enfermedad de importancia epidemiológica en salud pública, lo cual implica orientar estrategias de impacto como el Plan de Mitigación de Riesgo para el Control de la Tuberculosis en el Sistema Penitenciario, que contribuyan a la detección temprana de la enfermedad, tratamiento oportuno, investigación de los contactos y abordaje de la Infección por Tuberculosis; como también la implementación de intervenciones enfocadas en las medidas de control de infecciones.

El desafío para los próximos años es intensificar el diagnóstico de la TB sensible y farmacorresistente entre las PPL, así también brindar el tratamiento anti TB de manera oportuna.

El Gráfico 20 muestra los casos de TB diagnosticados entre las PPL; se registran los casos diagnosticados en la DGCP del MJSP, excepto los casos diagnosticados de las bartolinas de la PNC. Y los casos de CONAPINA que se registran en las estadísticas del MINSAL.

Gráfico 20. Incidencia de casos de tuberculosis todas las formas en Centros Penales. El Salvador.



1. Casos TB
2. .
3. Fuente: UPTYER y DGCP ELS

Los casos de Tuberculosis notificados en PPL, para los años 2020 – 2021, disminuyeron notablemente; a pesar de que la oferta de servicios se mantuvo, la demanda de estos fue cubierta ya que se realizó similar número de pruebas moleculares rápidas que los años anteriores; la positividad disminuyo, debido a las medidas de protección respiratorias, disminución del hacinamientos, y medidas de control de infecciones respiratorias durante la pandemia COVID 19, lo que indirectamente disminuyo la velocidad de contagio y trasmisión de TB en esta población.

A partir del año 2022, el cambio poblacional de mayor riesgo y vulnerabilidad, como son los PPL, demando la planificación e implementación de un plan de mitigación, proporcional al aumento de riesgo, carga de la enfermedad y la creciente demanda de servicios, y esté fue acompañado con el aumento de capacidad instalada, pruebas diagnósticas rápidas, tratamiento, tamizaje activo, financiamiento adicional y políticas de salud, con participación multisectorial e interinstitucional.

La creciente demanda / oferta de servicios no pudo acompañar la demanda al programa, lo que requirió un incremento de las pruebas etc.

Logros previos a la implementación del Plan de Mitigación:

* Convenio de Cooperación Interinstitucional entre MINSAL y MJSP.
* Mejora en las coordinaciones interinstitucionales entre ambos ministerios para realizar actividades para fortalecer el control de la tuberculosis en Centros Penales.
* Inclusión dentro de las actividades de control de tuberculosis a Dirección General de Centros Intermedios y Policía Nacional Civil.
* Desarrollo de capacitaciones continuas sobre aspectos básicos y normativas sobre TB al personal de salud que trabaja para la DGCP, incluyendo el uso de los instrumentos técnicos jurídicos que utiliza el MINSAL (normativa institucional).
* Constante vigilancia epidemiológica de los casos de TB sensibles y farmacorresistentes en todos los Centros Penales del país.
* Mantener el abastecimiento de los medicamentos para los casos de TB todas las formas.
* Adquisición de nuevos medicamentos para el tratamiento acortado de casos resistentes y para inicio del tratamiento para Infección latente por Tuberculosis .

En la implementación del Plan de Mitigación:

* Implementación de algoritmos diagnósticos diferenciados de evaluación clínica de toda PPL de reciente ingreso, antiguos y aquellos que son trasladados entre los Centros Penales.
* Incremento en el desarrollo de jornadas y números de pacientes para el tamizaje (rayos X de tórax), por la UPCTYER.
* Aumento significativo de RRHH contratados exclusivamente para la atención de las PPL.
* Se triplico la inversión financiera para la compra de pruebas diagnósticas y medicamentos, así como el aumento de jornadas de RX de forma diaria para cubrir la demanda por el aumento de las PPL.
* Implementación del tratamiento a la infección tuberculosa latente de manera progresiva en los centros penales con mayor carga de enfermedad, pretendiendo llegar a un 100% de cobertura en las PPL del sistema penitenciario.

El Salvador, actualmente cuenta con 19 centros Penales a cargo de la Dirección General de Centros Penales (DGCP), un centro intermedio a cargo de la Dirección General de Centros Intermedios (DGCI), cuatro centros de protección y reinserción social (CPIS) que albergan a población menor de edad en conflicto con la ley, a cargo del Consejo Nacional de la Primera Infancia Niñez y Adolescencia CONAPINA; y 36 centros de detención provisional a cargo de la Policía Nacional Civil (Bartolinas)

En los diferentes sitios de detención existen variables que influyen en la transmisión y desarrollo de enfermedades, principalmente las infectocontagiosas como la TB. El nivel de hacinamiento que existe en los centros penales, es uno de los principales factores de riesgo que influyen para que las PPL, puedan tener mayor exposición al bacilo de la tuberculosis y por ende padecer la enfermedad. Además del hacinamiento, existen otros factores como: elevado número de contactos de casos TB bacteriológicamente, limitada implementación de las medidas de control de infecciones, la perdida en el seguimiento de las PPL que son puestos en libertad; esto debido que, al momento de ser puesto en libertad, proporcionan direcciones incorrectas, lo que dificulta la ubicación y continuidad de los tratamientos.

Para abordar las determinantes en salud de Centros Penales y poder proporcionar una atención integral en salud de las PPL, se implementan intervenciones con el fin de lograr una reducción de la carga de TB en los Centros Penales del país, entre las cuales podemos mencionar:

* Tamizaje con pruebas moleculares rápidas, para el diagnóstico temprano de la TB en las PPL como población vulnerable.
* Tamizaje con radiografías de tórax, desde 2012 al 2023, haciendo un total de 16,547.
* Administración de TAES en las PPL.
* Abordaje de la Infección por Tuberculosis e implementación de su tratamiento con esquemas acortados.
* Formación y capacitación constante de promotores de salud penitenciarios.
* Capacitación continua a Recurso humano en salud de centros penales en temática de TB.
* Dotación de insumos y equipamiento de las áreas TAES en centros penales.

Brechas:

* Infraestructura inadecuada en celdas de centros penitenciarios, afectando el control de infecciones.
* Limitado capacidad instalada de recursos humanos como de infraestructura, equipo y tecnología que mejoren la cobertura de atención e implementación de las intervenciones en salud en las PPL.
* Rotación del recurso multidisciplinario de salud de centros penitenciarios por diferentes motivos.
* Limitado presupuesto asignado a la DGCP para la atención a las PPL afectadas por TB.
* Limitado apoyo y compromiso por parte del personal de algunas bartolinas, en la detección y atención oportuna de las PPL con TB o TB presuntiva (detención provisional).
* Alta carga de TB sensible, TB-DR y TB-MDR en el sistema penitenciario.

Para abordar de una mejor manera las brechas que se detallaron, se pretende continuar el esfuerzo y políticas de país y mantener las coordinaciones con cooperantes internacionales que apoyen en actividades de búsqueda activa de casos de TB en centros penitenciarios, tamizaje con pruebas moleculares rápidas, insumos, radiología digital y lectura asistida por inteligencia artificial, al ingreso, durante la estancia en centros penitenciarios; para mejorar la atención en salud de las PPL; y orientar los esfuerzos en la obtención de los resultados de la estrategia Fin de la TB.

### 4.3.3. Personas con comorbilidad TB/Diabetes y otras.

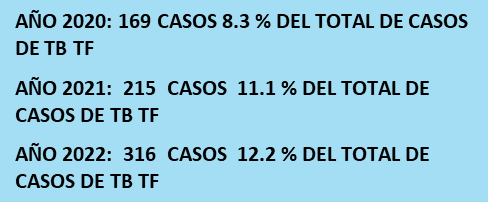
El comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en los establecimientos del MINSAL, en la última década, muestra un aumento en las consultas según estadísticas epidemiológicas, sin embargo, se mantiene constante la tasa de letalidad. Con el tiempo, se ha logrado establecer que existe una relación creciente con el aparecimiento de TB, en los grupos poblacionales que padecen enfermedades crónicas. Desde la UPCTYER, se han realizado coordinaciones con la Oficina de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, para ejecutar acciones dirigidas a la atención de las poblaciones con diabetes, IRC e hipertensión arterial, principalmente.

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 complica debido a que cerca de la mitad de dicha población no conoce su diagnóstico. Los esfuerzos de coordinación con las organizaciones que representan a las personas afectadas por DM, se están fortaleciendo y sus demandas están siendo consideradas en las herramientas regulatorias del MINSAL.

Por todo lo anterior, el país integró dentro de sus estrategias un sistema de monitoreo y vigilancia que incluye: el manejo integral de la comorbilidad tuberculosis y diabetes; la vigilancia de la tuberculosis en las personas con Diabetes, el descarte de diabetes en personas con TB, el tamizaje de la diabetes en personas con TB presuntiva y que tienen factores de riesgo para Diabetes. Además de contar con indicadores específicos los cuales se evalúan semestralmente.

En el país la relación de la comorbilidad entre tuberculosis y diabetes se está monitoreando y registrando en el sistema de información de la Unidad de Prevención y Control de Tuberculosis, con un resultado de dicho binomio para el año 2020 de un 8.3%, el cual progresivamente se ha ido incrementado hasta un 12.2% de los casos de todas las formas para el año 2022. Sin embargo, aún existe unas importantes brechas, la cual se espera disminuir de forma progresiva al implementar los planes de coordinación entre la UPCTYER y la Oficina de Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

La UPCTYER 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 con al menos un factor de riesgo de diabetes. Al igual que toda persona ya conocida por su diabetes, al ser sintomático respiratorio, se le descarte tuberculosis. La importancia de investigar esta comorbilidad radica en el nexo que ambas enfermedades poseen producto del debilitamiento del sistema inmunológico de los pacientes que padecen diabetes. En los próximos años se pretende fortalecer la captación de sintomáticos respiratorios a otras enfermedades crónicas no transmisibles, mediante la búsqueda de casos.

****Gráfico 21. Casos de tuberculosis en personas DM/TB y TB/DM, años 2020 – 2022**.**

.

****

Fuente UPNTBYER. El Salvador, año 2022

En el gráfico 21, se observa que para el año 2022, las personas diagnosticadas con la comorbilidad TB/DM, fueron 316 personas, que representa el 12.5% de los casos de tuberculosis todas las formas. Es importante mencionar que, de los 316 casos diagnosticados, 271 (85.7%) son casos bacteriológicamente positivos.

Brechas:

* Limitada cobertura en el tamizaje del 100% de personas con DM y SR para el descarte de TB.
* Limitados recursos para compra constante de insumos básicos para la estrategia TB/Diabetes.
* 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 TB en otras Enfermedades Crónicas No Trasmisibles (ECNT) o falta de registro de otras comorbilidades.

Intervenciones:

* Inclusión en la normativa de TB, la atención en personas con DM como grupo de riesgo.
* Estudios para la investigación para el conocimiento de la comorbilidad TB/diabetes en el país.
* Búsqueda activa de tuberculosis en personas con enfermedades crónicas no transmisibles.
* Detección de diabetes en sintomáticos respiratorios y/o personas con tuberculosis.

Para superar las brechas en este grupo vulnerable TB/diabetes, se pretende realizar el descarte precoz de TB en diabetes y diabetes en TB, a través del cumplimiento de la normativa para la búsqueda de sintomáticos respiratorios y el abordaje inicial en el diagnóstico de diabetes, con la toma de glucometría capilar, 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.

### 4.3.4. Diagnóstico y tratamiento de la infección por tuberculosis, en grupos de mayor riesgo.

Desde el 2016, se introdujo el término de Infección Latente por Tuberculosis en El Salvador (antes terapia preventiva con isoniacida o quimioprofilaxis). La infección por Tuberculosis se ha tratado en los siguientes grupos de alto riesgo: personas con VIH independiente de su edad y procedencia (PPL o población general). niños y niñas menores de diez años contactos de pacientes con TB pulmonar con bacteriología positiva a quienes se les ha descartado la enfermedad; además de personas con proceso migratorio o de solicitud de residencia a otro país quienes deben recibir tratamiento para la Infección por Tuberculosis previo descarte de la enfermedad por tuberculosis.

Sin embargo, han incorporado otros grupos vulnerables que igualmente la OMS establece que deben recibir tratamiento preventivo para la infección por TB, como son para nuestro país la población privada de libertad que cuentan con la mayor carga de TB del país; por lo que se considera que el próximo paso para reducir la carga de TB en estas poblaciones será el proporcionar tratamiento para la Infección por Tuberculosis, con tratamientos combinados y esquema acortado. Otros grupos que se consideran prioritarios son: trabajadores de salud, pacientes con enfermedades crónicas, entre otros, previo descarte de la enfermedad tuberculosa activa.

Se estima que el riesgo de que una persona con infección por M. tuberculosis evolucione a una TB activa en algún momento de su vida es de 5 a 10%, el riesgo es particularmente alto en los menores de 5 años y en las personas con inmunodepresión.

Para el diagnóstico de la Infección por Tuberculosis, se debe seguir el algoritmo clínico (tos por más de 15 días, fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso); al presentar uno o más síntomas de estos debe indicársele una prueba diagnóstica (BK, prueba molecular y/o cultivo); si dichas pruebas son negativas debe indicársele tratamiento para Infección por Tuberculosis. La prueba PPD es importante realizarla en la población pediátrica y poder indicar el tratamiento tomando en cuenta todos los criterios de descarte de la enfermedad.

Previo al inicio del tratamiento para la Infección por Tuberculosis en niños y niñas menores de 10 años se debe:

1. Descartar la enfermedad activa por M. Tuberculosis
2. Identificar e investigar el caso índice, como nexo epidemiológico
3. Brindar consejería a familiares con énfasis en la importancia de iniciar el esquema preventivo, consecuencias por incumplimiento del tratamiento y reacciones adversas (RAFA).

### 4.3.5 Otras personas en riesgo:

Se ha identificado un mayor riesgo de progresión de Infección por Tuberculosis a TB activa en los siguientes grupos:

1. Personas con tratamiento inmunosupresor con anti-factor de necrosis tumoral (anti-FNT).
2. Persona con Enfermedad renal crónica. (con terapia de sustitución renal).
3. Persona con Trasplante de órgano o tejidos (solido o hematológico).
4. Persona Migrantes que proceden de países con una carga alta de TB.
5. Personal de salud.

Estos grupos de riesgo al ser contactos de un caso de TB pulmonar bacteriológicamente confirmada deben descartársele TB activa a través evaluación clínica y pruebas de detección diagnóstica, si las pruebas son negativas, se debe realizar una evaluación individualizada para el tratamiento de la Infección por Tuberculosis.

**Tratamiento Preventivo para Tuberculosis (TPT).**

El tratamiento para la Infección por Tuberculosis debe ser dirigido a evitar que la persona con infección por Tuberculosis pase a enfermedad activa para ello el tratamiento debe ser brindado utilizando los esquemas aprobados en las guías, normas y lineamientos nacionales.

Brechas:

* Dificultades para la adherencia al tratamiento de la Infección por Tuberculosis, asociadas a factores sociales como alcoholismo, uso y consumo de drogas.
* Constantes traslados o movimientos de la población privada de libertad, en los centros Penales.
* Baja cobertura en el tratamiento para la infección por tuberculosis en grupos vulnerables.

Intervenciones:

* Manejo de la Infección por Tuberculosis por el personal multidisciplinario.
* Formación del personal de salud del SNIS sobre la implementación del tratamiento para la Infección por Tuberculosis.
* Gestión en las compras de medicamentos por el ISSS, según su población de riesgo.
* Gestión de compras de los medicamentos combinados para el tratamiento acortado para la Infección por Tuberculosis por el MINSAL. (esquema de Isoniazida más Rifapentina, una dosis por semana, 12 dosis, 3 meses de duración).
* Descarte de la TB activa y tratamiento de la Infección por Tuberculosis en personas migrantes, móviles o solicitante de visa para residencia en otro país.
* Implementar un programa de descarte Infección por Tuberculosis en poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad.

### 4.3.5. Diagnóstico de tuberculosis y tratamiento de la Tuberculosis activa e

### Infección por Tuberculosis en población pediátrica.

Poner fin a la TB en niños y adolescentes, es una parte integral de la estrategia Fin de la TB, que está incluida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Los niños pueden sufrir tuberculosis a cualquier edad, sin embargo, la carga de la enfermedad es más frecuente en menores de 5 años. Las notificaciones de casos dependen de la permanencia de la enfermedad en la población, medios diagnósticos disponibles, la investigación y tratamiento de los contactos.

En el año 2022, del total de casos de tuberculosis en todas sus formas diagnosticados y notificados, el 2.5% corresponden a casos de TB pediátrica. La tuberculosis pediátrica siempre es el resultado del diagnóstico tardío en los adultos; su diagnóstico y manejo es complejo y requiere de diferentes pruebas como Broncoscopía, Cultivo BAAR, Pruebas moleculares, Derivado Proteico Purificado del Bacilo de la TB (PPD) y Radiografías, entre otros. Es por esta razón que gran porcentaje de casos pediátricos aún son diagnosticados en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom (HNNBB), 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 bacteriológicamente confirmada; con frecuencia uno de los padres o un pariente cercano. Los lactantes y los niños pequeños se encuentran en riesgo particularmente alto de desarrollar TB diseminada grave y muerte relacionada a TB.

El descarte de la TB activa en los niños y niñas se debe realizar a través de los criterios siguientes:

1. Epidemiológico
2. Clínico
3. Tuberculínico
4. Radiológico
5. Anatomopatológico
6. Bacteriológico

El diagnóstico de TB pediátrica se realiza a través de la presencia de los criterios anteriores, al descartársele TB activa se debe indicar tratamiento para la Infección por Tuberculosis.

Brechas:

* Insuficiente entrenamiento al 100% médicos del SNIS encargados de la atención pediátrica en las directrices nacionales de abordaje de TB activa y uso de nuevos métodos diagnósticos.
* Insuficiente capacidad instalada para el abordaje de la TB presuntiva en población pediátrica.
* Barreras culturales, que dificultan el cumplimiento del reporte de información requerida en el componente infantil.

Para superar las brechas planteadas se propone mejorar la capacidad instalada de diagnóstico (equipos de pruebas molecular rápidas) y la formación de recursos para el diagnóstico clínico, radiológico, anatomopatológico y microbiológico a nivel nacional; ampliando las actividades de detección de TB en población infantil; implementando herramientas educativas con información actualizada; coordinación con otros actores y sectores inter programáticos para la atención integral de la TB pediátrica.

El personal de salud necesita capacitaciones continuas para fortalecer la prevención, mejorar la búsqueda y atención de los casos de TB y Infección por Tuberculosis; utilizando herramientas educativas, métodos de diagnóstico disponibles; mejorar la toma, manejo y optimización de muestras y pruebas rápidas; e implementar medidas de control de infección.

Intervenciones:

* Fortalecer la capacidad para el diagnóstico y tratamiento de la TB en población pediátrica en el primer y segundo nivel de atención.
* Gestión y compra de mayor cantidad de PPD, como método diagnóstico de apoyo.
* Capacitación de recurso humano en salud para el abordaje de la TB infantil, utilizando la Guía clínica para la atención pediátrica de la TB.
* Actualización de la normativa institucional para el diagnóstico y tratamiento de la TB pediátrica y de la Infección por Tuberculosis.
* Adquisición y distribución a nivel nacional de presentaciones farmacéuticas pediátricas dispersables para el tratamiento de la TB activa y tratamiento de la Infección por Tuberculosis en niños.
* Investigación de los contactos de casos de TB con bacteriología positiva, utilizando los criterios establecidos para tal fin.
* Uso de pruebas rápidas moleculares en cualquier muestra para el diagnóstico de la TB en población pediátrica.

### 4.3.6. Personas contactos de casos de TB.

Se deben realizar intervenciones para el seguimiento de casos y contactos de personas que adolecen de TB, por las implicaciones en el paciente, familia y comunidad.

La susceptibilidad de la niñez a la infección y la enfermedad de TB, hace necesario que los niños, niñas y adolescentes expuestos a una persona con TB bacteriología positiva o cualquier otra forma, se deben investigar y realizar el descarte de la enfermedad activa en el establecimiento de salud correspondiente.

Para el año 2022, el total de contactos examinados en las cinco regiones de salud (MINSAL e ISSS), fue 17,562 contactos y de estos fueron examinados el 94.0% (16,508), diagnosticando 227 casos nuevos de TB sensible, que representan el 9.0% de casos de TB todas las formas. Al correlacionar el número de contactos examinados, con el número de casos de TB diagnosticados, se obtiene que por cada 77 contactos examinados se diagnostica un caso de tuberculosis.

Brechas:

* Estigma y discriminación por parte de la familia y comunidad, que impiden el seguimiento de los casos y la investigación de contactos en los establecimientos de salud.
* Dificultades en el abordaje de los contactos de personas con TB y algún tipo de inmunosupresión o las causadas por enfermedades crónicas no transmisibles.

Para superar las brechas planteadas en el PENMTB, se propone el involucramiento multisectorial, además de los afectados y sus familias, programas permanentes de educación, participación de voluntarios, organizaciones basadas en la Fe, MINEDUCYT, municipalidades, ONG, OSC y otros actores locales, a fin de poder aumentar la identificación contactos de casos diagnosticados, incluyendo acuerdos inter fronterizos regionales, además de ampliar la cobertura de tratamiento para la Infección por Tuberculosis en otros grupos vulnerables.

Intervenciones:

* Gestión y compra de mayor cantidad de PPD como método de apoyo diagnóstico.
* Coordinación con otras instituciones proveedoras de salud, para el seguimiento de contactos (ISSS, Sanidad Militar, Centros Penales, entre otros.)
* Tratamiento para la Infección por Tuberculosis en contactos de casos de TB bacteriología positiva a quienes se les descarta la enfermedad; y tratamiento antifímico a los casos de TB, de acuerdo a la normativa.

### 4.3.7. Personas adictas a sustancias ilícitas y personas en situación de la calle.

El informe nacional 2022 sobre la situación de las drogas manifiesta que, debido a la apertura de las consultas ambulatorias en la red nacional de establecimientos de salud post COVID-19, en el año 2021 se registró un incremento del 61% de casos nuevos, comparado con el registrado en el año 2020, pasando de 7,517 casos (año 2020) a 12,117 casos nuevos (año 2021).

En el año 2021, las atenciones de primera vez por adicciones de sustancias lícitas, registraron el 92% (11,097 casos), mientras que las atenciones por adicciones a sustancias ilícitas, consignaron el 8% (1,200 casos), donde la principal causa de consulta por adicciones a sustancias ilícitas fue el uso de múltiples drogas y sustancias psicoactivas, marihuana y cocaína.

La mayor demanda por servicios de atención en los servicios de salud continúa siendo por trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, con el 87% de los casos con relación al resto de sustancias; en segundo lugar, el uso de tabaco con un 5%; en tercer lugar, el uso de múltiples drogas y sustancias psicoactivas, con un 4%; en cuarto lugar, el consumo de marihuana con el 3%; y en quinto lugar, cocaína con un 0.6 %.

Con respecto al género, los casos de personas atendidas, presentó una relación de 7 a 1 en el consumo de sustancias entre hombres y mujeres. Sin embargo, esta relación es diferente en el grupo de adolescentes, con una relación de 3 a 1, con predominio del sexo femenino, que representa un sector de la población sumamente vulnerable y relevante, que implica su apuesta a la implementación de una respuesta preventiva interinstitucional y de otros actores de la sociedad civil. (\*). Aunque no existan datos oficiales sobre la cantidad de personas en situación de calle en El Salvador, existen municipios en los cuales hay organismos de asistencia que trabajan con personas en situación de calle, como organizaciones basadas en la fe, Alcaldías Municipales, dormitorios municipales, albergues y casas de día.

Brechas:

* Escasa búsqueda de TB presuntiva, en personas usuarias de sustancias ilícitas y en situación de calle.
* Rotación continua de personal que atiende a los dormitorios públicos, casas de día, centros de recuperación y rehabilitación de usuarios de sustancias ilícitas y alcohol.
* Limitada expansión de la Iniciativa de Grandes Ciudades a otras ciudades del país. (\* Informe nacional sobre la situación de las drogas 2022, pag.8

**Diversidad Sexual, Identidad y Expresión Genero.**

La UPCTYER centra su mayor esfuerzo en la búsqueda de sintomáticos respiratorios (SR) o personas con tuberculosis presuntiva, priorizando en todos los grupos de poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad independientemente de su orientación sexual, identidad y expresión de género; de igual forma la oferta de servicios y accesibilidad al diagnóstico y tratamiento, prioriza grupos como la comunidad de la diversidad sexual, lesbianas, gays, bisexuales, personas transgénero, Intersexuales y Queer (LGBTIIQ+), trabajadoras/es sexuales.

* 1. **Población Indígena.**

Como en el resto del mundo, en la Región la TB es un problema de salud pública, en especial entre los pueblos indígenas, en algunos países cuyas tasas de incidencia superan en gran medida a las de la población general. Con vistas a controlar la infección en estas poblaciones identificadas como especialmente vulnerables, es necesario responder a sus diversas necesidades desde una perspectiva intercultural, es decir, aplicar un abordaje holístico desde un plano de igualdad y respeto mutuo que considere el valor de las prácticas culturales de cada pueblo, incluidos sus modos de vida, sus sistemas de valores, sus tradiciones y sus cosmovisiones.

Se ha avanzado en el reconocimiento de la necesidad de un abordaje intercultural de los servicios de salud, pero aún persisten obstáculos basados en la discriminación, el racismo y la exclusión que se ejercen sobre las poblaciones indígenas, los afrodescendientes, y otros grupos étnicos, en algunos casos porque no se les reconoce ni se valora su cultura. Según el perfil de los Pueblos Indígenas\*, entre el 10 y el 12% de la población de El Salvador es indígena. En términos numéricos hablamos de entre 628,889 y 754,667 personas.

El país ha considerado que, para tener impacto y mejores resultados en la prevención y control de la tuberculosis, un eje trasversal 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 perfil de Pueblos Indígenas actualizado en El Salvador. (último documento 2003)
* No se cuenta con un diagnóstico actualizado de intervenciones o actividades etnoprácticas realizadas en tuberculosis
* No se cuenta con material educativo gráfico, audiovisual con enfoque interculturalidad de preferencia en su lengua nativa para dar pie a las traducciones en Náhuatl.
* Falta de incorporación dentro de los sistemas de información (SIS TB) y registros de población indígena y autoidentificación étnica.
* A nivel nacional, se dificulta la obtención de información desagregada por grupos étnicos y en especial de los Pueblos Indígenas.

Intervenciones:

* Fortalecer el trabajo intersectorial con el Ministerio de Cultura y otros socios, lo cual es fundamental para avanzar en la implementación de los Lineamientos en las áreas geográficas de Sonsonate seleccionadas y el Pueblo Náhuatl Pipil. Incluir en el ejercicio socios estratégicos a nivel nacional y local es fundamental para dinamizar los comités/mesas multisectoriales.
* Gestionar recursos de cooperación externa interesados en trabajar en poblaciones indígenas.
* Buscar estrategias que permitan identificar a la población indígena en el ámbito de implementación, con el fin de desarrollar planes que fortalezcan el análisis de situación de la tuberculosis de manera desagregada.
* Fortalecer la organización y funcionamiento de las RIIS en territorio identificados con población indígena.
* Continuar con los procesos de diálogos de saberes, capacitación y sensibilización en habilidades y competencias en salud intercultural en el área de implementación de los Lineamientos
  1. **Migración.**

Actualmente, la migración es una realidad dinámica presente en todos los países del mundo, y es definida como: “Movimiento de población hacia el territorio de otro Estado o dentro del mismo, abarca todo movimiento de personas sea cual fuere su tamaño, su composición o sus causas; incluye en los flujos migratorios a refugiados, personas desplazadas, personas desarraigadas, migrantes económicos y victimas de trata de personas”.

En El Salvador, las personas migrantes y de poblaciones transfronterizas son un grupo de riesgo importante en los municipios fronterizos, estos proceden principalmente de Guatemala, Honduras y Nicaragua, los cuales pueden ingresar legalmente a El Salvador en el marco del Acuerdo CA-4. ((OIM), 2006) La OIM ha observado que muchas de ellas están empleadas irregularmente en los sectores agrícola, construcción y de servicios, enfrentando condiciones laborales inadecuadas, incluyendo el pago por debajo del salario mínimo y horas extras no compensadas.

En cuanto al abordaje de la TB en migrantes, existe coordinación entre la UPCTYER, los programas nacionales de los países vecinos y organizaciones internacionales que trabajan con la Tuberculosis, para la identificación y continuidad del tratamiento en personas migrantes en tránsito, destino y retorno.

En los últimos 5 años (2018- 2022) el país atendió 71 casos de TB en personas migrantes nacionales y extranjeros de los cuales se logró completar tratamiento a 40 (56.3%); se suspendió el tratamiento a 4 (5.6%) por ser otro diagnóstico, 4 (5.6%) se perdieron en el seguimiento, 1 (1.4%) no aceptó el tratamiento y 22 (31%) no fue posible localizarlos.

Brecha:

* Dificultad para identificación de la TB en poblaciones migrantes, que permita un abordaje integral.
* Ausencia de un programa que priorice la captación de poblaciones móviles en riesgo de TB.

Actividades:

1. Fortalecer el diagnóstico y seguimiento oportuno a todas las personas migrantes que cumplen con el criterio de TB presuntiva y caso de TB.
2. Mantener las coordinaciones con los organismos internacionales responsables del retorno y vinculación de personas con TB en migrantes irregulares (retornados).
3. Seguimiento a los casos de TB en personas migrantes retornados, hasta la finalización de su tratamiento.
4. Capacitar a personal de salud que atiende poblaciones móviles, en atención y seguimiento de TB presuntiva y casos de TB.
5. Fortalecer las coordinaciones entre países (miembros del SICA) para la implementación del Plan Estratégico Regional de Tuberculosis (PER).
6. Fortalecer las coordinaciones de las oficinas sanitarias internacionales con los establecimientos de salud que les corresponde.
7. Establecer un sistema formal de referencias transfronterizo y transnacional.
8. Búsqueda activa de TB presuntiva en personas retornadas.

**Adulto Mayor.**

Según la ley de atención integral de las personas adulto mayor, de la Asamblea Legislativa, de la República de El Salvador, dice:

Las personas mayores podrán disfrutar de atención médica integral gratuita en las instituciones gubernamentales. Los servicios médicos de las instituciones estatales y municipales deben contar con atención geronto-geriátrica. Las personas mayores deben recibir todos los tratamientos que necesitan de manera oportuna y eficaz para prevenir complicaciones, deficiencias funcionales y nutricionales, restablecer la salud y rehabilitar las deficiencias y discapacidades que puedan haber surgido. Los Ministerios de Salud y Asistencia Social, Educación, universidades, instituciones educativas públicas y privadas promoverán investigaciones y estudios sobre los problemas de la vejez y el envejecimientoʺ.

### 4.3.8 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, establecimientos de salud, sitios de congregación de personas (cárceles, iglesias, entre otros) y en hogares. El control de infecciones se debe de realizar de acuerdo con las siguientes medidas:

1. Medidas administrativas gerenciales.
2. Medidas ambientales.
3. Protección respiratoria.

El país ha realizado un esfuerzo al interior del SNIS, tanto en la formación de recursos humanos, infraestructura y dotación de bienes e insumos para mejorar el control de infecciones, sin embargo, existen brechas que se deben de superar.

Brechas:

* Recurso en salud que aún no son capacitados en el tema de control de infecciones con énfasis en tuberculosis.
* Deficiente infraestructura que impide el cumplimiento de los lineamientos de control de infecciones (áreas de aislamiento y procedimiento en hospitales y áreas de IRA en establecimientos del primer nivel de atención).
* Falta de un tamizaje sistemático para el descarte de tuberculosis en el 100% del personal de salud.
* Limitado involucramiento parte del personal multidisciplinario de los establecimientos de salud para control de infecciones asociadas a la atención sanitaria con énfasis en tuberculosis.

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.
* Implementar el tamizaje anual en el personal de salud que trabaja en áreas de riesgo de contagio 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.
* Fortalecer la ejecución de los planes de control de infecciones en los establecimientos del SNIS.
* Fortalecer la implementación de las medidas de control de infecciones a todo nivel (áreas administrativas, gerenciales, ambientales y de protección respiratoria).
* Realizar capacitaciones con el personal de salud sobre control de infecciones.

## 4.4. Red de laboratorios clínicos como apoyo al diagnóstico de tuberculosis.

Tres objetivos importantes de la red de laboratorios para el apoyo diagnóstico de la tuberculosis a nivel nacional son los siguientes:

1. Fortalecer la red de diagnóstico con metodologías recomendadas por OPS/OMS, entre ellas: Sistema automatizado para el cultivo de micobacterias (MGIT), expandiendo progresivamente las pruebas moleculares como prueba de inicio a los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad y población general (Xpert MTB RIF Ultra y Xpert MTB XDR), además de la baciloscopia.
2. Fortalecer el cumplimiento de la normativa vigente de bioseguridad en el manejo y proceso de las muestras como medidas de control de infecciones para la protección del personal de salud y del medio ambiente.
3. Estandarizar el informe de análisis de las pruebas y su notificación oportuna en los diferentes sistemas de información en los niveles correspondientes.

### 4.4.1. 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.
* Red de bancos de sangre: los bancos de sangre 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 el 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 la dirección del primer nivel de atención y de la dirección de hospitales. El Laboratorio Nacional de Salud Pública (LNSP) depende del Instituto Nacional de Salud (INS).

El número de establecimientos del MINSAL (año 2023) que realizan baciloscopias son 200; 5 cultivo BAAR, por método de Petroff y 3 por Ogawa Kudoh; 14 realizan pruebas rápidas moleculares y en 20 se tiene la capacidad de procesar la prueba LF-LAM.

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), cuenta con una red de 22 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 sección de laboratorio clínico y hemoterapia; en 18 de ellos se realizan baciloscopias y en 4 además de BK realizan cultivo BAAR. El ISSS también realiza compra de servicios al MINSAL (17 laboratorios), para el procesamiento de baciloscopias, en áreas geográficas en las que no se tiene cobertura con laboratorios institucionales. La Dirección General de Centros Penitenciarios cuenta con un laboratorio en el Centro Penal La Esperanza, el cual realiza baciloscopias y prueba rápida molecular.

Tabla 5. Laboratorios según regiones de salud, ISSS y DGCP, El Salvador, Año 2023

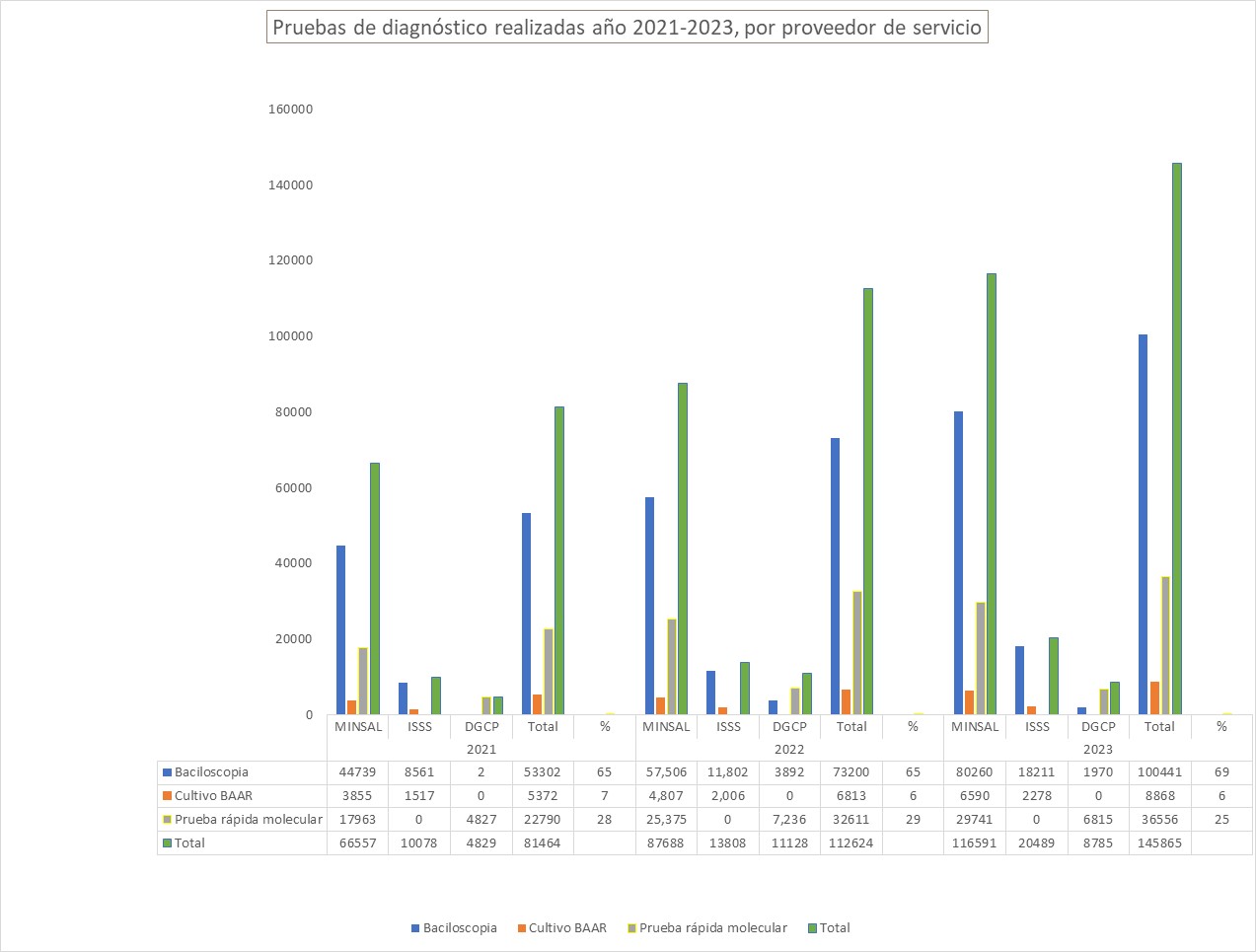
|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Región de salud** | **Total de Laboratorios** | **Laboratorio Primer Nivel de Atención** | **Laboratorio Segundo Nivel de Atención** | **Laboratorio Tercer Nivel de Atención** |
| Metropolitana | 44 | 36 | 5 | 3 |
| Central | 29 | 26 | 3 | 0 |
| Paracentral | 28 | 22 | 6 | 0 |
| Occidental | 34 | 29 | 5 | 0 |
| Oriental | 65 | 56 | 9 | 0 |
| ISSS | 20 | 0 | 14 | 6 |
| DGCP | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Total de laboratorios | 223 | | | |

\* Del ISSS del total de laboratorios (22), 18 realizan pruebas para el diagnóstico de la TB

Fuente: Información proporcionada por los supervisores de laboratorio regionales, personal de laboratorio del ISSS y de la DGCP

### 4.4.2. Pruebas de diagnóstico realizadas en años 2021-2023

La red de laboratorios del MINSAL, ISSS y laboratorio clínico de la Dirección General de Centros Penales, han estado realizando baciloscopia, cultivos BAAR y de biología molecular para tuberculosis y el laboratorio nacional de Salud también realiza tipificaciones y pruebas de sensibilidad con metodología convencional. (Ver grafica 22)

Grafico 22. Pruebas de diagnostico realizadas por los proveedores de servicios años 2021 – 2023.

Fuente: Datos recopilados del SEPS, bases de Excel de prueba molecular, información proporcionada por profesionales de laboratorio clínico del ISSS y de la DGCP

En la gráfica 22, se muestra que en los últimos años se ha incrementado las pruebas diagnósticas de 81,464 en el año 2021 a 145,865, un incremento en porcentaje de 56%, siendo la baciloscopia el método mayormente utilizado; sin embargo, con biología molecular se realizó 22,720 para el año 2021 y 36,556 para el año 2023 con un incremento de 62% respecto al año 2021.

Para la realización de todas estas pruebas diagnósticas, se cuenta con un número de profesionales de laboratorio clínico dando respuesta a la demanda de dichas pruebas, como se muestra el ejemplo del año 2022 de la tabla 6.

Tabla 6. Número de profesionales de laboratorio clínico que realizan pruebas para TB, por institución. El Salvador, Año 2022

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Instituciones | Total, de profesionales de laboratorio clínico | Profesionales de laboratorio clínico que realizan pruebas de TB | |
| No | % |
| MINSAL | 762 | 390 | 51% |
| ISSS | 556 | 54 | 9.7% |
| DGCP | 4 | 4 | 100% |
| Total | 1,322 | 448 |  |

Fuente: Información proporcionada en evaluaciones regionales de TB, datos otorgados por profesionales de laboratorio clínico del ISSS y de la DGCP

### 4.4.3. Programa de Evaluación Externa de Calidad.

**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 (tal como lo establece la [Norma técnica para los Laboratorios Clínicos del Sistema Nacional Integrado de Salud](https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/norma/normatecnicaparalaboratoriosclinicosdelsistemanacionalintegradodesalud-Acuerdo-1855_v1.pdf)) :

* Para baciloscopias se utilizan dos métodos: relectura de láminas y paneles de desempeño por microscopista, esta última se modificó en el año 2019 según recomendaciones internacionales.
* Las pruebas moleculares se evalúan mensualmente a través de controles internos y una vez al año por medio de PEEC.
* Para cultivo BAAR se realiza anualmente control de calidad externo del medio de cultivo preparado por cada establecimiento.

**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 los resultados fenotípicos alcanzados para los medicamentos de primera línea fueron excelentes para la Isoniacida y la Rifampicina con eficiencia de 100% y para los medicamentos de segunda línea, la eficiencia fue excelente (100%) para la Kanamicina y la Levofloxacina según ronda 10. (ver anexo 6).

Para los últimos dos años no se ha tenido ofertantes para el servicio de transporte de estos panales.

Para la prueba molecular Xpert MTB/RIF y MTB/RIF ULTRA en 2022 y 2023 según tabla 7, fueron satisfactorios, según resultados del CDC. (Anexo 7)

Tabla 7. Resultados de Calidad de Prueba molecular Xpert MTB/RIF y Xpert MTB/RIF ULTRA del CDC Ronda B. Año 2022 y Ronda A. 2023

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Establecimientos** | **Región de Salud** | **Resultado** | **Año** | **Año** |
| **2022** | **2023** |
| **% de concordancia** | **% de concordancia** |
| LNSP | Metropolitana | Satisfactorio | 100 | 100 |
| Hospital Rosales | Satisfactorio | 100 | 100 |
| Hospital Saldaña | Satisfactorio | 100 | 100 |
| Laboratorio de la DGCP | Satisfactorio | 100 | 100 |
| Hospital de Santa Ana | Occidental | Satisfactorio | 100 | 100 |
| Hospital Sonsonate | Satisfactorio | 100 | 100 |
| Hospital San Vicente | Paracentral | Satisfactorio | 100 | 85 |
| Hospital Zacatecoluca | Satisfactorio | 100 | 100 |
| Hospital San Miguel | Oriental | Satisfactorio | 100 | 100 |
| Hospital Usulután | Satisfactorio | 85 | 100 |
| Hospital Ciudad Barrios | Satisfactorio | No participó | 100 |
| U S Izalco | Occidental | Satisfactorio | No participó | 100 |

Fuente: Situación de diagnóstico de la TB y TB DR en El Salvador. Instituto Nacional de Salud. Laboratorio de Vigilancia en Salud Pública, Sección Micobacterias, Diciembre 2023.

Brechas:

* La sección de micobacterias aún no se trasladada al nuevo edificio donde funcionará el LNSP.
* Limitado presupuesto para mantener el servicio de diagnóstico y vigilancia de la drogorresistencia a través de métodos como: cultivo líquido en sistema automatizado y pruebas rápidas moleculares.
* Limitado número de profesionales de laboratorio clínico para que realicen pruebas para diagnóstico y vigilancia de TB.
* Dificultad para la adquisición de insumos para el diagnóstico y vigilancia de tuberculosis por falta de proveedores locales.
* Limitado personal biomédico del MINSAL para el mantenimiento de los equipos de diagnóstico incluyendo las cabinas de seguridad biológica.
* Insuficiente presupuesto para mantenimiento preventivo y correctivo para equipos de laboratorio, incluyendo las certificaciones de los equipos de medición necesarios para la certificación de las CSB.
* Inadecuada infraestructura y ventilación de algunas áreas de laboratorio.
* Presupuesto limitado para recambio de equipos que venzan por su vida útil, como microscopios, refrigeradoras, estufas, computadoras, cristalería entre otros.
* Insuficiente presupuesto para capacitaciones internacionales y visitas de asistencia técnica.
* Insuficiente presupuesto para obtener paneles de pro eficiencia para pruebas de sensibilidad de primera y segunda línea y prueba moleculares.
* Insuficiente equipo de cómputo para el reemplazo del equipo deteriorado, para los equipos Xpert, según fabricante.

Actividades a realizar:

* Expansión de prueba molecular rápida.
* Actualizar y entrenar al personal de salud que realiza los nuevos métodos para el diagnóstico de la TB, por parte del LNSP, considerando la ampliación de la capacidad instalada la cual se está incrementando paulatinamente.
* Implementación de sistema de gestión de calidad en laboratorios de tuberculosis de la Red Nacional.
* 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 establecimientos de salud, siempre y cuando se cuente con CSB certificada y con el adecuado manejo de desechos bioinfecciosos.
* Fortalecer el sistema informático en el LNSP.
* Fortalecer la infraestructura de algunos laboratorios de la red nacional.
* Adquisición de equipo de cómputo para los equipos Xpert, según fabricante.
* Adquisición de módulos de repuestos para los equipos de biología molecular.
* Adquisición de pruebas moleculares y Kit de calibración para los instrumentos de biología molecular, incluyendo para el MGIT
* Fortalecimiento de la conectividad de las pruebas rápidas moleculares y el SIS.

### 4.4.4. 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 elaboradas en hojas de cálculo, 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, visualización de datos ingresados, además de plantillas y monitoreo de ingreso de registros; sin embargo, se está en la expansión del Sistema de Información en Salud (SIS).

La interconectividad de los equipos de biología molecular Xpert (88%) hacia el SIS en el panel nacional de los resultados de Gene Xpert y viceversa, permiten obtener resultados en tiempo real para el médico tratante, también la información es consolidada automáticamente desde el nivel central y de esta forma obtener indicadores como el porcentaje de positividad, resistencia a rifampicina, cantidad de pruebas realizadas por establecimiento de salud y de nivel nacional.

## 4.5. Enfoque de ENGAGE TB.

La estrategia ENGAGE-TB es una iniciativa y 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 la población general a través de un enfoque diferenciado; implementando estrategias comunicacionales masivas con enfoque a la promoción, prevención y detección precoz de la tuberculosis, las cuales son válidas para cualquier tipo de actores, organizaciones no gubernamentales (ONG) y otras organizaciones de la sociedad civil (OSC); ya que esta puede adaptarse a los diferentes escenarios. Es de suma importancia en este enfoque, realizar una serie de esfuerzos para dotar a la sociedad civil de herramientas necesarias de mejor costo-beneficio y mayor impacto; 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, en el 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.

Las actividades comunitarias abarcan una amplia gama de acciones que contribuyen a la prevención, el diagnóstico, la adherencia al tratamiento y atención integral de las personas, incide positivamente en los resultados del tratamiento de la tuberculosis sensible, como en la tuberculosis resistente y la asociada con la infección por el VIH. Las actividades también incluyen la movilización de la comunidad para promover la comunicación y participación eficaces de sus integrantes y así generar mayor demanda de servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la tuberculosis.

En El Salvador, se han realizado esfuerzos para la integración de las ONG y la sociedad civil (OSC) a través del MCP y OBSERVATORIO TB, con actividades enfocadas en la prevención y control de la tuberculosis, a pesar de ellos se hace necesario un mayor esfuerzo para superar las siguientes brechas identificadas.

**BRECHAS:**

• Baja prioridad para el control de la TB en algunas ONG y OSC.

•Bajo involucramiento por ONG/OSC en la lucha contra la tuberculosis por falta de financiamiento.

• Estigma y discriminación, hacia los afectados por TB, principalmente de la familia y la comunidad.

Escaso conocimiento de los proveedores de salud sobre normativa institucional en prevención y control de TB en poblaciones indígenas.

Para realizar un trabajo coordinado a nivel comunitario con ONG/OSC, lideres, voluntarios, municipalidades, comités de afectados, el promotor de salud del MINSAL apoyará como enlace con los niveles locales para dar seguimiento a las personas referidas, casos diagnosticados y supervisión de tratamiento.

Dentro de las actividades a implementar con el apoyo de las organizaciones no gubernamentales, líderes comunitarios, voluntarios capacitados, comités de afectados, la sociedad civil organizada y de las instituciones a través de alianzas público - público y público – privadas, se pretende superar o minimizar las brechas antes mencionadas:

Intervenciones a realizar:

•La detección temprana de casos a través de la identificación de personas que podrían tener TB (sintomáticos respiratorios) en población general y especialmente en aquellas más vulnerables a la enfermedad con apoyo de las ONG y OSC.

•Capacitar a los promotores de salud para el abordaje de la TB en población general y poblaciones de riesgo y vulnerabilidad utilizando las herramientas de la estrategia ENGAGE TB.

•Referencias por parte de ONGs y OSC de las personas sugestivas de TB y contactos para diagnóstico.

•Las ONG y OSC podrán apoyar en el tratamiento en aquellos casos donde el trabajador de salud presente dificultad para el seguimiento de este, con adopción de medidas para asegurar que las personas que necesitan tratamiento lo reciban oportunamente, que los tratamientos se completen y que se realicen monitoreos periódicos.

•Las ONG y OSC apoyaran actividades educativas enmarcadas en la prevención de la transmisión de la TB, sensibilización sobre estigma y discriminación, abordaje integral para mejorar la adherencia al tratamiento; 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 y OSC apoyaran en identificar las poblaciones de riesgo y de vulnerabilidad, realizando el enlace y refiriendo con los establecimientos de salud correspondiente.

•Involucramiento de las comunidades con el apoyo de líderes comunitarios y voluntarios capacitados en TB que pueden involucrarse en actividades de detección, diagnóstico, tratamiento y prevención.

Fomentar la participación de otras instituciones en el acompañamiento del proceso de atención de las personas afectadas por tuberculosis.

Continuar con la implementación de la Estrategia de Alianzas Público Público y Público Privada (APP/PP).

## 4.6. Iniciativa del control de la Tuberculosis en Grandes Ciudades.

Es ampliamente reconocido que la carga de la TB, es mayor en las zonas urbanas que en las rurales, tanto en países en vías de desarrollo, esto atribuible en gran parte a los determinantes sociales de la salud y las condiciones de vida de las personas que habitan en los lugares más pobres, barrios marginales con mayor densidad poblacional.

Las condiciones de vivienda representan un indicador socio-económico de salud y bienestar, puesto que viviendas con bajos estándares de construcción, como poca iluminación e inadecuada ventilación, con grupos familiares numerosos creando hacinamiento, esto asociadas con la pobreza, genera una mayor susceptibilidad a enfermedades transmisibles entre ellas la TB.

La iniciativa TB en Grandes Ciudades propicia que las instituciones que conforman el SNIS se integren al trabajo intersectorial con otras instituciones con el objetivo de apoyar actividades prevención y control de la TB como: Gobiernos Municipales, instituciones educativas, iglesias, empresa privada y otros actores, con quienes se elaboran planes de trabajo, así como la identificación de poblaciones vulnerables dentro de los municipios, como poblaciones en situación de calle, dormitorios públicos, personas con conductas adictivas a sustancias psicoactivas, comedores públicos, asilos entre otros.

Existen barreras que dificultan el control de la TB en las grandes ciudades, entre ellas la fragmentación y multiplicidad de proveedores de salud, la pobreza, desnutrición, estigma, discriminación y marginalización, ausencia de un abordaje intersectorial sin liderazgo, en las grandes ciudades. Estas barreras se deben contemplar para diseñar estrategias orientadas en mejorar la calidad de la atención a pacientes con tuberculosis.

Actividades propuestas:

* Convenio entre las autoridades del MINSAL y Gobiernos municipales, para el desarrollo de capacidades de recursos humanos en prevención y control de la tuberculosis en las grandes ciudades.
* Continuar el trabajo de prevención y control de la TB, a través de los mecanismos de coordinación establecidos entre el Ministerio de Salud y las diferentes autoridades de los Gobiernos municipales.
* Establecer una agenda de trabajo conjunta entre la UPCTYER y las autoridades locales de salud (Regiones y SIBASI) y Gobiernos municipales, en la que se aborde las dificultades del control de la TB en las ciudades.
* Implementar estrategias de atención de salud con enfoque comunitario por parte de las áreas de salud de las Alcaldías, para el diagnóstico y el tratamiento de TB en lugares donde no existan servicios de salud.
* Gestionar con otras instituciones incentivos a las personas con TB, a través de una canasta básica de alimentos; involucrando a líderes comunitarios, a través de la coordinación con las municipalidades, para la inclusión de las personas afectadas con TB y sus familias en programas de protección social.

## 4.7 Costos Catastróficos

El Salvador, en busca de poder lograr los hitos de la Estrategia Fin a la Tuberculosis, realizó el “Estudio de costos catastróficos en pacientes tuberculosis”, el cual cumplió con los principios éticos y rigurosidad metodológica de la OMS y avalado por el Ministerio de Salud y el Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud de El Salvador. Para el cumplimiento de la metodología de recopilación de información, se tomó como basé el manual práctico para la realización de encuestas usado por la OMS, a partir de la cual se adaptó a la características específica del país; dicha encuesta tuvo como objetivo investigar el impacto de los costos directos e indirectos médicos y no médicos en los que incurren las personas que padecen tuberculosis y sus familias en El Salvador, a fin de conocer el porcentaje de erogación de recursos financieros en términos de gasto de bolsillo; dicha encuesta se aplicó con una muestra de 335 pacientes TB con 95% de confianza y 5% de margen de error.

Para calcular el porcentaje de hogares con costos catastróficos a partir de la estimación de los costos totales (directos e indirectos) en TB en relación con los ingresos familiares anuales, se consideró el umbral establecido por la OMS: si el gasto es equivalente al 20% o más de la renta anual del hogar, es considerado como catastrófico. Se utilizaron los datos de los gastos relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de la TB obtenidos de las encuestas realizadas a personas en los establecimientos del MINSAL e ISSS.

El estudio presento que el 13% de los hogares con pacientes TB tiene costos atribuibles a la enfermedad que igualan o son mayores al 20% de los ingresos del hogar; siendo el país el que presenta el menor porcentaje de los países que han realizado el estudio a nivel mundial (OMS, Global TB Report 2022). En el país, al menos uno de cada ocho pacientes enfrenta costos catastróficos.

Uno de los aspectos que más inciden es el gasto de bolsillo para cubrir transporte y alimentación, así como también el costo indirecto; tomando en cuenta que el tratamiento de la enfermedad es prolongado de 6 meses y que, para cumplir con el objetivo de garantizar la adherencia al tratamiento, la persona con TB debe recibir un tratamiento estrictamente supervisado por personal de salud. Entre los hogares con costos catastróficos, la carga económica más alta son los gastos de transporte; en segundo lugar, los costos indirectos; en tercer lugar, los gastos de alimentación; y en cuarto lugar los costos médicos particularmente antes del diagnóstico, tomando en cuenta que el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del caso son brindados de forma gratuita, bajo la política de gratuidad de los servicios de salud. Los costos médicos son mayores antes del diagnóstico y disminuyen en 86% posterior a este; y los costos no médicos son menores antes del diagnóstico los cuales aumentan en 536% después del diagnóstico.

Es importante resaltar que el estudio, nos sirve para establecer la línea base para la definición de metas que nos guíen para lograr paulatinamente ir disminuyendo los costos catastróficos en las personas con TB y sus familias.

Brechas:

* Diagnostico tardío de la tuberculosis, lo cual conlleva un incremento de los costos médicos directos e indirectos previos al diagnóstico.
* Gastos en transporte, costos indirectos y alimentación, se incrementan en el periodo de tratamiento.

Intervenciones

* Fortalecer el mecanismo de coordinación entre las instituciones de salud que atienden pacientes del programa de Tuberculosis con el Ministerio de Trabajo, Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, entre otras; con el fin de garantizar la estabilidad laboral de la persona con TB.
* Diseñar e implementar una estrategia comunicacional y de atención a los pacientes TB, para reducir la estigmatización y favorecer la inclusión social, disminuyendo las barreras de acceso a los servicios de salud.
* Gestión interinstitucional, para la inclusión de paquete de prestaciones sociales; que estén dirigidas a fortalecer la seguridad alimentaria y nutricional en los hogares de los pacientes TB con costos catastróficos.

# V. Marco estratégico.

## 5.1 Visión.

El Salvador libre de tuberculosis como problema de salud pública.

## 5.2. Misión.

Prevenir y controlar la transmisión de tuberculosis, reduciendo su incidencia, prevalencia, mortalidad y sufrimiento, a través del fortalecimiento de la promoción, prevención, detección mediante la atención eficaz y oportuna, con un enfoque centrado en la persona durante el ciclo de vida, facilitando para ello el acceso universal de los servicios de salud en conjunto con aliados estratégicos, 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 de mayor riesgo y vulnerabilidad, a fin de iniciar un proceso de control avanzado y de preeliminación de la tuberculosis como problema de salud pública.

## 5.3 Objetivo del plan.

Establecer las estrategias nacionales en relación a la prevención , promoción, diagnóstico y atención integral de la tuberculosis, centrándose en las personas afectadas por la enfermedad y sus familias durante su ciclo de vida, para reducir la morbi mortalidad y disminuyendo los gastos catastróficos en los afectados y sus familias; implementando un abordaje estratégico en poblaciones de más alto riesgo y vulnerabilidad a enfermar por TB; brindando sostenibilidad a la respuesta de país; dando cumplimiento a la Estrategia Mundial Fin de la TB y los compromisos de país adquiridos en las declaración política de la reunión de alto nivel sobre la lucha contra la tuberculosis.

## 5.4. Metas.

Las primeras diez metas han sido retomadas de la Estrategia Fin de la TB, las cuales están proyectadas para el 2029, priorizando la atención de poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad, para las cuales el PENMTB enfatiza y propone intervenciones diferenciadas.

Tabla 8 Indicadores y metas

|  |  |
| --- | --- |
| **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 que fueron diagnosticados mediante las pruebas rápidas recomendadas por la OMS | >90% |
| 5. Cobertura de tratamiento para la ILTB | >90% |
| 6. Cobertura en investigación de contactos | >90% |
| 7. Cobertura de pacientes TB con resultados de sensibilidad a medicamentos de segunda línea | 100% |
| 8. Cobertura de tratamiento con nuevos medicamentos orales para drogorresistencia | 90% |
| 9. Porcentaje de pacientes de TB con estado de VIH conocido | >90% |
| 10. Tasa de letalidad por TB | ≤5% |

## 5.5. Principios rectores.

Los principios que guían el presente plan son: Derechos Humanos, Equidad, Integralidad, Igualdad, justicia, Ética, Responsabilidad, Compromiso y Participación Social, Transparencia, Solidaridad, Universalidad, Gratuidad, Multisectorialidad y Organización comunitaria.

## 5.6. Enfoque del plan.

El plan contiene un conjunto de estrategias e intervenciones de forma general centradas en la persona en el curso de vida, las cuales pueden adaptarse e implementarse a nivel nacional. Cuenta con 5 líneas estratégicas, en las cuales se definen los objetivos estratégicos, líneas de acción, brechas y actividades; además de 3 indicadores de impacto, 10 indicadores prioritarios y 14 indicadores complementarios (ver capítulo VII).

Las actividades y sus estrategias están orientadas a reducir la detección precoz y tratamiento de casos de Tuberculosis, incrementando los esfuerzos de país para la prevención; con el fortalecimiento de sistema de salud y las estructuras comunitarias. Además, priorizando la inversión en poblaciones de riesgo y de alta vulnerabilidad. Se buscará derribar barreras que limiten el goce completo de derechos humanos y la equidad de género; asegurando la sostenibilidad de la respuesta de país.

Para tener éxito en la ejecución del PENMTB, se hace necesario el empoderamiento, involucramiento y participación de la multisectorialidad, sociedad civil y la comunidad.

## 5.7. Gestión de riesgos.

La gestión del riesgo se enfocará en la identificación, análisis y cuantificación de las probabilidades y efectos secundarios que deriven de los desastres o situaciones de calamidad nacional; así como las acciones preventivas, correctivas y reductivas correspondientes que deben emprenderse para cada una de los riesgos identificables; tomando en cuenta que el riesgo es una función de dos variables: la amenaza y la vulnerabilidad. La gestión de riesgos se convierte en un mecanismo impulsor para la sustentabilidad de la vida, para ello, es necesario ver de manera exhaustiva todos los factores, hechos y elementos que configuran el riesgo mismo y su dinámica, siendo necesario el implementar estrategias integrales a seguir a corto, mediano y largo plazo, que transformen ese escenario critico de riesgo a un escenario de sustentabilidad.

En el PENMTB, se tienen como elementos de apoyo para su implementación el Plan de Gestión Riesgo para la ejecución del PENMTB 2025-2029; cuya acción directa es realizada por el personal de salud, sociedad civil y sectores gubernamentales y no gubernamentales, quienes toman un rol determinante que garantizarán la eficiente ejecución del plan estratégico multisectorial. Se identifican principalmente las siguientes categorías operacionales: Externos, Financieros, Programáticos y Operativos.

Una de las principales funciones importante en la Gestión de Riesgos en el Plan Estratégico lo desempeña el SNIS en conjunto con MCP - ES y el equipo técnico de la UPCTYER, de igual manera la Gerencia de Operaciones, a través de todas las dependencias del MINSAL, para responder a las demandas presentadas tanto al interior, como en el entorno en el que se presente la amenaza.

# VI. Retos, brechas y condiciones para la prevención, el control avanzado de la TB como problema de salud pública en El Salvador.

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

* Alta carga de tuberculosis y TB/VIH en poblaciones de mayor vulnerabilidad lo que requiere la necesidad de ampliar y dotar a los establecimientos de mejor capacidad instalada, infraestructura, equipos e insumos médicos, innovación tecnológica, insumos generales, para cubrir esta demanda y acercarnos al control avanzado en dicha población.
* Comorbilidad Tuberculosis Diabetes, en el país representa un 12.2% del total de casos de TB para el año 2022; llegando a superar el porcentaje de la coinfección TB/ VIH. Siendo la diabetes una epidemia que va en aumento a través de los años, se hace necesario crear intervenciones a esta población vulnerable con servicios integrados de salud que permitan la detección, atención, diagnóstico y tratamiento oportuno de este binomio.
* El personal de salud es altamente expuesto a la TB, por lo que es necesario continuar mejorando los ambientes y lugares de trabajo (ventilación natural y mecánica), dotar de equipos e insumos de bioseguridad y estandarizar procedimientos, para evitar, tratar la Infección por Tuberculosis y TB activa en el personal multidisciplinario de salud.
* Limitada participación en la respuesta a la TB por autoridades locales, de organizaciones de la sociedad civil y de las mismas comunidades en actividades de control de la tuberculosis.
* Desastres por eventos naturales, desastres de Salud (Epidemias, pandemias y sindemias), ha supuesto que los programas de control de TB corran el riesgo de perder años de logros significativos en la lucha contra la TB, especialmente en los países de ingresos medio y bajos con una carga significativas de TB; la vulnerabilidad como país ante el cambio climático y desastres naturales de cualquier índole, desvían la atención, los recursos humanos y financieros, lo que conlleva la modificación de la planificación de las acciones programáticas de la TB.
* Aumento de tuberculosis sensible y drogorresistente en los centros penitenciarios debido al incremento de población privada de libertad y ECNT, lo que constituye un riesgo y carga importante de TB.

## 6.1. Brechas programáticas.

Las brechas identificadas en esta sección son el resultado de una evaluación del SNIS (MINSAL, ISSS, DGCP, FOSALUD, COSAM, entre otros) a través monitoreo, evaluación y análisis epidemiológico, análisis de indicadores programáticos, y los informes internacionales de Comité de Luz Verde, Evaluaciones en países focalizados de TB en El Salvador-evaluación de campo, Análisis de sostenibilidad en la respuesta al control de la tuberculosis de El Salvador, Hoja de ruta para la sostenibilidad de la acción multisectorial en la respuesta a la tuberculosis en El Salvador, entre otros; renciendo como base las metas e indicadores de la estrategia Fin de la TB. A continuación, se enumeran las principales brechas identificadas:

* Reducir la tasa notificada de incidencia de casos de tuberculosis todas las formas a nivel país para lograr llegar a control avanzado.
* Reducir la carga de tuberculosis en población de alto riesgo y vulnerabilidad, como en población privada de libertad, personas con ECNT, VIH, entre otras.
* Reducir el 13% de costo catastrófico para lograr la meta de 0% de familias que sufren de esto.
* Reducir la tasa de mortalidad por tuberculosis a menos de 1 x 100,000 habitantes.
* Incrementar la tasa de cobertura de tratamiento para tuberculosis.
* Expansión del diagnóstico bacteriológico a través de prueba molecular a la población general.

## 6.2. Sostenibilidad.

Mediante múltiples aspectos se ha analizado la sostenibilidad de la respuesta a la tuberculosis en el país, considerando las brechas, los retos y las oportunidades. Por lo que en El Salvador se identifican dos tipos de escenarios, uno en la población general, el cual se encuentra dirigido a consolidar el control avanzado con una tasa de tuberculosis de 24 por 100 mil habitantes y la otra en población privada de libertad, en la cual los cambios poblacionales han propiciado condiciones epidemiológicas que favorecen el incremento de los casos.

La mejora de la capacidad diagnóstica con la expansión de pruebas rápidas, abordaje precoz de la TB, estrategias como TB en ECNT, ENGAGE TB, Grandes Ciudades, ha traído como resultado un impacto positivo en la población general atendida por MINSAL e ISSS en su mayoría, la cual a corto o mediano plazo disminuirá la carga de TB.

Por lo cual, como país se buscará la sostenibilidad en la prevención y control de tuberculosis, haciendo uso de la capacidad instalada e incrementando La gestión de presupuesto de gobierno; con mayor compromiso e involucramiento interinstitucional y multisectorial.

Según el informe de la Medición de Gastos en tuberculosis (MEGATB), el país progresivamente ha ido asumiendo el financiamiento de las principales actividades en la lucha y control de la tuberculosis, teniendo que para el año 2022 el 96% de los gastos para la enfermedad fueron fondos domésticos. Es importante mencionar que el apoyo recibido por parte de la cooperación externa es fundamental para generar capacidad instalada en los servicios de salud, innovación tecnológica y mejoras diagnósticas. El país asume el 100% del tratamiento, el recurso humano, gastos fijos y mantenimiento de infraestructura. Es importante mencionar que el ISSS y DGCP han incrementado su financiamiento para la prestación de servicios de salud; lo que ha permitido brindar una mejora en la cobertura de la población.

Estructuralmente, los factores subyacentes, como las desigualdades económicas, la discriminación, la pobreza y la desnutrición, contribuyen a mantener la prevalencia de la enfermedad tuberculosis en El Salvador. Se debe hacer frente a las causas fundamentales de la enfermedad con el fin de reducir la incidencia de tuberculosis especialmente en poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad y prioritariamente en los centros Penitenciarios.

Por lo cual, como país se continuará con la ruta trazada para el logro de la sostenibilidad en la prevención y control de tuberculosis, haciendo uso de la capacidad instalada e incrementándola (equipos, recursos humanos formados y/o capacitados en la prevención y control de tuberculosis); se realizarán las gestiones para mantener el aumento del 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 $ 104,846,020.44; para el período del año 2025 al 2029 para la prevención y control de la TB, de estos el MINSAL invertirá $66,836,339.34 que corresponde al 64%; la contribución del ISSS es por $21,020,871,01 con un 20% y el Fondo Mundial cofinanciará el PENMTB en sus primeros tres años (2025-2027) con un monto de $2,221,745.00 que representa aproximadamente el 2.1% de la inversión total para este período.

En ruta para la transición se ha logrado absorber con fondos del estado a todo el recurso humano que brinda la atención preventiva, diagnostica, curativa y de rehabilitación para las personas con tuberculosis en los diferentes establecimiento de salud y la adquisición de medicamentos de primera y segunda linda para la enfermedad de tuberculosis y se pretende continuar con acciones que permitan incrementar el financiamiento con fondos del Estado, con el objetivo de mejorar la capacidad instalada, y fortalecer el uso de nuevos métodos diagnósticos para TB drogorresistente, adquisición de reactivos para pruebas moleculares rápidas MTB/Rif, entre otros.

Es importante hacer notar que el país como otros del mundo, posterior a una pandemia se encuentra en etapa de reconstrucción de la economía, la cual lo lleva a priorizar las diferentes acciones de alto impacto para el desarrollo del país, considerando entre las áreas prioritarias de inversión; la salud, la educción y la seguridad social.

Sin embargo, en la distribución de financiamiento nacional para la Tuberculosis, existen brechas para la respuesta al control de la TB, que se busca cofinanciar con la cooperación externa, lo que permitirá tener bases para fomentar un mayor financiamiento nacional y realizar mecanismos de gestión para incrementar la sostenibilidad de la respuesta a la Tuberculosis.

Así también se continuarán realizando esfuerzos para mantener y aumentar una mayor asignación presupuestaria a través de la definición de responsabilidades y trabajo multisectorial, lo que permitirá asumir más compromisos como país, generando mayor inversión, para la preparación de la transición y sostenibilidad de la respuesta.

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, recurso humano y bienes y servicios, a fin de propiciar una mejor atención a las personas afectadas por la TB.

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

* Gobernanza y liderazgo: Cumplimiento de los compromisos adquiridos en las reuniones de Alto Nivel de las Naciones Unidas y de la Estrategia Fin de la TB, a través de la implementación y monitoreo del Marco de Rendición de Cuentas de País.
* Financiación: Incrementar el financiamiento nacional para la respuesta a la lucha contra la tuberculosis; con involucramiento interinstitucional y multisectorial.
* Eficiencia: Uso eficiente de los recursos existentes, en busca de una respuesta a la lucha contra la TB que sea sostenible y resiliente.
* Participación multisectorial: Fortalecer y fomentar la participación comunitaria, de las Organizaciones de Sociedad Civil (OSC) y otros actores, para que se sumen al esfuerzo de poner fin a la TB como problema de salud pública.

# VII. Planificación estratégica nacional multisectorial.

El Plan estratégico, presenta un enfoque dirigido a mejorar la cobertura diagnostica, con mayores esfuerzos en el control de la TB en las poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad; mejoras en las intervenciones de detección con tecnologías diagnosticas innovadoras más sensibles y especificas; atención en las condiciones que condicionan el incremento de los casos de TB y sus determinantes sociales.

En conclusión, el planteamiento estratégico a mediano plazo del plan de TB es detectar precozmente la TB y sensibilidad o resistencia a fármacos antifímicos, incrementar la cobertura de tratamiento, aumentar el éxito de tratamiento, reducir la mortalidad.

## 7.1. Indicadores.

En el PENMTB 2025-2029, se retoman dentro de sus indicadores, los de impacto y prioritarios de la Estrategia Fin de la TB; los cuales son:

### 7.1.1 Indicadores de impacto:

1. Tasa de incidencia de TB.
2. Número de muertes por TB.
3. Porcentaje de personas con TB cuyos hogares sufren gastos catastróficos debido a la TB.

El país está haciendo esfuerzos para establecer las metas e indicadores del presente plan en concordancia con los indicadores de la Estrategia Fin de la TB; en sinergia con el Plan Estratégico Regional (PER TB MCR 2024 - 2029) siguiendo las pautas de disminución en la incidencia, mortalidad y gastos catastróficos.

### 7.1.2. Indicadores prioritarios 2025-2029:

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 referencia el año 2022 (tasa de incidencia de TB todas las formas 39.7 por 100,000 habitantes, Global TB Report OMS 2022) y para los indicadores operativos los años 2021 y 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 TB, Aspectos Esenciales”* de la OMS.

Tabla 9. Indicadores prioritarios 2025 al 2029

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indicadores** | **Línea de base** | **2025** | **2026** | **2027** | **2028** | **2029** | **Nivel del Objetivo recomendado** |
| 1. Cobertura de tratamiento para TB | \*79.09% Año 2022 | >81% | >82% | >83% | >84% | >85% | ≥90% |
| 2. Porcentaje de Éxito del tratamiento para TB. | \*88% Año 2021 | ≥90% | ≥90% | ≥90% | ≥90% | ≥90% | ≥90% |
| 3. Porcentaje de pacientes con TB cuyos hogares sufren gastos catastróficos debido a la TB. | 13% Año 2021 | 12% | 11% | 11% | 10% | 10% | 0% |
| 4. Porcentaje de pacientes con tuberculosis notificados (casos nuevos y recaídas) analizados con las pruebas de diagnóstico rápido, recomendadas por la OMS, en el momento del diagnóstico. | 44% Año 2022  Global Report | 50% | 60% | 70% | 80% | 80% | 80% |
| 5. Cobertura de tratamiento para Infección por TB. | 53% Año 2022 | >70% | >70% | >80% | >80% | >85% | ≥90% |
| 6. Número de personas en contacto con pacientes con TB que iniciaron a recibir terapia preventiva investigación de contactos | 970 Año 2023 | 1129 | 1150 | 1209 | 926 | 770 | ≥90% |
| 7. Porcentaje de casos de TB-RR/MDR confirmados bacteriológicamente con PSD de segunda línea. Nuevo | 47%  Año 2022 | >50% | >60% | >60% | >70% | >75% | >80% |
| 8. Cobertura de tratamiento con nuevos medicamentos orales de segunda línea | 100% Año 2023 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | ≥100% |
| 9. Porcentaje de pacientes de TB con estado de VIH conocido | 91% Año 2022  Global TB Report | ≥90% | ≥90% | ≥90% | ≥90% | ≥90% | ≥90% |
| 10. Tasa de letalidad por tuberculosis | 5%\* Año 2022 | ≤5% | ≤5% | ≤5% | ≤5% | ≤5% | ≤5% |

\*Perfil tuberculosis El Salvador 2022. Global TB Report 2022. OMS.

Además de los indicadores de impacto y prioritarios el PENMTB contempla los siguientes indicadores complementarios para medir el cumplimiento del PENMTB 2025-2029.

Tabla 10. Indicadores complementarios para el seguimiento y gestión de la UPCTYER 2025-2029.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indicadores** | **Línea de base** | **2025** | **2026** | **2027** | **2028** | **2029** |
| 1. Persona con TB presuntiva | 63,857  Año 2022 | 63661 | 63838 | 64034 | 64245 | 64469 |
| 2. Tasa de incidencia de tuberculosis por cada 100,000 habitantes. | 50  Global Report  Año 2022 | 77.1 | 78.3 | 82.1 | 62.7 | 51.9 |
| 3. Número de casos de tuberculosis confirmados bacteriológicamente (microscopía, pruebas moleculares y cultivo) en el período a evaluar expresado en porcentaje \* | 870/1,589 (55%)  Año 2022 | 3683 | 3161 | 3098 | 2461 | 2110 |
| 4.Porcentaje de PPL que iniciaron tratamiento preventivo para la infección por tuberculosis. (que son elegibles) | NO HAY LINEA BASAL utilizará 2024 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 5. Porcentaje de casos notificados de TB-RR y/o TB-MDR confirmados bacteriológicamente como proporción de todos los casos estimados de TB-RR y/o TB-MDR. | 32.1%  (17/53)  Año 2022 | 70% | 73%\* | 75% | 78%\* | 80%\* |
| 6. Número de casos nuevos de TB (todas las formas) notificados en cárceles al PNT en el período a evaluar. | 2,443  Año 2023 | 3319 | 3405 | 3655 | 2420 | 1735 |
| 7. Porcentaje de casos de tuberculosis en PPL diagnosticados por pruebas moleculares | 70%  Año 2022 | 80% | 90% | 90% | 90% | 90% |
| 8. Número y porcentaje de casos de TB bacteriología positiva (nuevos y recaídas) curados al final de su tratamiento | 88%  Año 2022 | ≥90% | ≥90% | ≥90% | ≥90% | ≥90% |
| 9. Tasa de éxito del tratamiento de TB-RR y/o TB-MDR: porcentaje de casos de tuberculosis de TB-RR y/o TB-MDR que se han tratado con éxito. | 89%  Año 2020 | ≥90% | ≥90% | ≥90% | ≥90% | ≥90% |
| 10. Porcentaje de casos de tuberculosis resistente a la rifampicina y/o tuberculosis multirresistente que han comenzado un tratamiento de segunda línea. \*\* | 91.89  Año 2023 | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% |
| 11. Porcentaje de casos todas las formas de TB entre PPL tratados exitosamente entre el total de casos todas las formas notificadas. | 93.52%  Año 2022 | >90% | >90% | >90% | >90% | >90% |
| 12. Porcentaje de fallecidos por la coinfección TB/VIH. | 15.9%  Año 2021 | ≤15% | ≤15% | ≤15% | ≤15% | ≤15% |
| 13. Tasa de mortalidad por tuberculosis (por cada 100.000 habitantes) \*\*\* | 1.2 x 100,000 hab.  Global Report Año 2022 | 1.2 x 100,000 hab. | 1.2 x 100,000 hab. | 1 x 100,000 hab. | 0.9 x 100,000 hab. | 0.9 x 100,000 hab. |
| 14. Total de casos de Tuberculosis todas las formas confirmadas bacteriológicamente y clínicamente diagnosticados (incluye nuevos y recaídas) total país | 4,282  Año 2023 | 4911 | 5001 | 5256 | 4026 | 3346 |
| 15. Número de personas privadas de libertad a los que se les descartó la tuberculosis (tamizados clínico y laboratorio Dato acumulado por año. | Sin línea de Base | 80%  (30,400) | 85%  (68,000) | 90%  (90,000) | 0% | 0% |
| 16.Numero de personas con TB RR y/o MDR confirmados y notificados | 37  Año 2023 | 59 | 60 | 63 | 48 | 40 |
| 17.Porcentaje de analizadores (módulos de diagnóstico equipos), de diagnóstico molecular que logran una funcionalidad mínima del 85% (capacidad para realizar pruebas de muestras) durante el periodo de reporte. NUEVO | 95.15 %  Año 2023 | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% |
| 18. Porcentaje de casos nuevos y recaídas de TB en pacientes coinfectados por VIH que recibieron tratamiento ARV durante el tratamiento de la TB. NUEVO | 86.70%  Año 2022 | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% |
| 19. Porcentaje de personas que viven con el VIH actualmente inscritas en el tratamiento ARV que iniciaron tratamiento preventivo de TB durante el periodo de reporte. NUEVO | 12.18%  Año 2023 | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% |

\* 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 2% 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.

\*\*\*No se cuenta con estimación de pais debido a que OMS la establece un año después de la notificación; sin embargo el pais calculará en base carga total de TB que será el 1.2 – 1.6 % del total de casos de pais.

#### 7.2 Líneas estratégicas del plan.

Para la implementación del Plan estratégico, se han establecido cinco líneas estratégicas, las cuales han sido seleccionadas tomando en cuenta la situación de país, con parámetros y líneas basales de indicadores para los años 2021 y 2022; análisis epidemiológico, de proceso y operativo de los últimos cinco años, , cuyas brechas deben ser abordada para cumplir con los ODS, así como los objetivos de la estrategia Fin de la TB y los compromisos adquiridos en las reunión de alto nivel sobre la lucha contra la tuberculosis de Naciones Unidas (NNUU), Plan Estratégico Regional Para el Control de la TB (PER – países miembros del SICA), Marco de Rendición de Cuentas de País y las actualizaciones de las Directrices y Guías operativas de TB de la OMS.

Se ha retomado el plan estratégico institucional, plan operativo institucional el modelo de atención integral de salud del SNIS, los Informes del Comité de Luz Verde /rGLC-OPS, el Informe Independiente de Medio Término y finalmente, se han retomado los aportes de las instituciones que realizan actividades en la prevención y control de la tuberculosis, tales como: Observa TB, personas afectadas por la TB, 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 tuberculosis sensible y tuberculosis drogorresistente.

Línea Estratégica 3:

Políticas de salud, intersectorialidad, multisectorialidad, estrategia de participación comunitaria e interculturalidad.

Línea Estratégica 4:

Fortalecimiento de sistema de salud, sistema de información, vigilancia e investigación, innovación tecnológica

Línea Estratégica. 5: Transición, sostenibilidad y resiliencia.

En los cuadros a continuación, se han organizado las actividades y su mecanismo de implementación, así como los principales responsables de la ejecución de éstas, con las cuales se busca ir cubriendo las brechas identificadas en los capítulos anteriores.

**Línea estratégica 1: Abordaje oportuno de la TB en grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad con enfoque centrado en la persona**.

Se continuara con la implementación de estrategias diferenciadas de acuerdo a las brechas identificadas en la prevención, detección, cobertura de servicios de salud; priorizando los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad los cuales son: PPL, personal trabajador de salud, personas con VIH, población pediátrica, contactos de casos de TB sensible y farmacorresistente, personas previamente tratadas, personas con ECNT, personas migrantes, población indígena, personas con adicciones a sustancias ilícitas y alcohol, personas en situación de calle.

Objetivos estratégicos.

1.1- Detectar tempranamente los casos de TB sensible y farmacorresistente priorizando a los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad, a través de biología molecular rápida y tecnología diagnostica aplicando IA (RX).

1.2- Aumentar tamizaje para detección de Infección por Tuberculosis y su tratamiento en las poblaciones priorizadas de acuerdo a normativa nacional de prevención y control de la TB.

1.3- Disminuir la mortalidad por coinfección TB/VIH a través de intervenciones oportunas.

1.4- Implementar las actividades de Control de Infecciones de TB en el marco de la normativa y lineamiento de prevención y control de Tuberculosis.

1.5-Tratamiento centrado en las necesidades de los usuarios, con atención integral a las comorbilidades, como enfermedades no transmisibles, salud mental y apoyo psicosocial.

**Cuadro 1. Actividades para Línea estratégica 1.**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INTERVENCION | ACTIVIDAD | RESPONSABLE |
| Descarte de la TB activa y latente para la administración de tratamiento a la enfermedad activa e ILTB en 100% de PPL en aquellos que son elegibles. | 1. Tamizaje y descarte de la TB activa y latente en 100% de PPL, basados en los algoritmos clínicos y flujogramas de atención establecidos en el plan de mitigación. 2. Compra y adquisición de medicamentos combinados o individualizados de isoniacida y rifapentina (HP) para la administración de los esquemas acortados y Levofloxacina para los contactos de casos de TB-RR-MDR en PPL. 3. Compra y adquisición de equipo de Rayos X, software de lectura con Inteligencia Artificial para ampliar el tamizaje del descarte de TB activa y latente en PPL. 4. Administración de esquemas acortados para la ILTB al 100% de los PPL que son elegibles de acuerdo al cronograma y al número de celdas tamizadas. 5. Adquisición y entrega de suplemento nutricional, como apoyo nutricional y coadyuvante a la adherencia al tratamiento de las PPL diagnosticadas con TB activa 6. Incrementar el número del personal multidisciplinario de salud para la administración del tratamiento de la ILTB en el sistema penitenciario. 7. Coordinar la gestión de la compra de medicamentos combinados para la administración de los esquemas acortados de HP por cada proveedor del SNIS, DGCI y DGCP a través del MINSAL. 8. Capacitar, socializar al personal multidisciplinario de salud y de seguridad en los temas de: prevención y control de TB, abordaje de la ILTB y control de infecciones con énfasis en TB, contenida en los Lineamientos Técnicos para la prevención y control de la TB. | **SNIS + MJSP-DGCP** |
| “Mesa Multisectorial” para el seguimiento de la atención en salud de la población privada de libertad según el plan de mitigación de TB. | 1. Monitorear el cumplimiento de las actividades asignadas por los miembros de la Mesa Multisectorial, el cumplimiento de tareas, funciones e intervenciones priorizadas para ser ejecutadas en los diferentes niveles de atención y a nivel interinstitucional para la atención integral de la salud de la población privada de libertad, establecidas en el plan de mitigación | **INSTITUCIONES QUE INTEGRAN LA MESA MULTISECTORIAL** |
| Vigilancia continua de la farmacorresistencia en PPL con pruebas moleculares al 100% de personas con TB presuntiva. | 1. Ampliar y equipar la red de diagnóstico de tuberculosis, con acceso a cultivos líquidos, pruebas moleculares rápidas Xpert Ultra, XDR, PSD para el tamizaje y vigilancia de TB sensible y TB-DR. 2. Administración oportuna de esquemas acortados (BPaL-BPaLM) para el tratamiento de Tuberculosis DR, recomendados por la OMS para las PPL que son elegibles. 3. Compra y adquisición de respiradores N-95, para el personal de salud y de seguridad que labora en centros penales con alta carga de TB y mascarillas quirúrgicas para las PPL afectadas por TB. 4. Coordinación con el ISSS para la atención de los trabajadores del sistema penitenciario reportados como casos de TB, en aquellos centros penales con mayor carga de TB. | **SNIS + MJSP-DGCP** |
| Actividades Colaborativas TB/VIH | 1. Reuniones de seguimiento del Comité Nacional Asesor TB/VIH y monitoreo de las actividades de atención y el abordaje integral de las personas coinfectadas. 2. Monitoreo y evaluación de indicadores epidemiológicos y programáticos de la coinfección TB/VIH y del cumplimiento de las actividades colaborativas TB/VIH de manera semestral. 3. Coordinación y gestión de los servicios integrados de TB y VIH para realizar diagnósticos y vinculación oportunos en todos los niveles de atención. 4. Mantener y/o fortalecer los comités de coinfección TB/VIH en todos los niveles de atención (Nacional, Regional e Intrahospitalarios). | **SNIS + MJSP-DGCP** |
| Tamizaje, realización de pruebas y diagnostico en personas con coinfección TB/VIH | 1. Descarte de TB activa en personas que viven con VIH (nuevos y antes registrados) en las CAI basados en los algoritmos clínicos con uso de pruebas moleculares rápidas y flujogramas de atención establecidos en la Guía Clínica de Coinfección TB/VIH. 2. Tamizaje para descarte de VIH, a las personas afectadas por TB, para el descarte de la coinfección TB/VIH. 3. Tamizaje con pruebas TB-LAM para las personas elegibles que viven con el VIH para el diagnóstico de la tuberculosis en personas seropositivas. | **SNIS + MJSP-DGCP** |
| Tratamiento y atención a las personas afectadas por la coinfección TB/VIH | 1. Proporcionar TAR y vincular oportunamente a las personas con coinfección TB/VIH en las CAI. 2. Proporcionar tratamiento antituberculoso, derivando a las personas con coinfección al establecimiento del primer nivel de atención correspondiente para su respectivo seguimiento y admón. de TAES. 3. Proporcionar TMP/SMX (TPC) a pacientes coinfectados TB/VIH, según se establece en la normativa institucional en la atención de las personas con coinfección TB/VIH. 4. Administración de esquemas acortados para la ILTB al 100% de las personas con nuevo diagnóstico de VIH y a los ya vinculados elegibles a quienes se les realizo el descarte de TB activa. 5. Compra y adquisición de medicamentos combinados o individualizados de isoniacida y rifapentina (HP) para la administración de los esquemas acortados y Levofloxacina para los contactos de casos de TB-RR-MDR 6. Adquisición y entrega de suplemento nutricional, como apoyo al estado nutricional y coadyuvante a la adherencia al tratamiento de las personas afectadas por la coinfección TB/VIH. | **SNIS + MJSP-DGCP** |
| Manejo integral de la comorbilidad TB/DM en coordinación con la Oficina de Enfermedades Crónicas no Trasmisibles (OFICENT). | 1. Formación o capacitación del personal multidisciplinario de salud del SNIS en el manejo integral, prevención, control y tratamiento de la comorbilidad TB/DM. 2. Monitoreo y evaluación de la información epidemiológica, programática de la comorbilidad TB/DM. 3. Impresión de hojas de sistema de registro del tamizaje con glucometría capilar y tarjeta de control de glucometría en las personas con TB, TB presuntiva, y con factores de riesgo | **SNIS – DGCP – PROVEEDORES DE SALUD NO PNT PUBLICOS Y PRIVADOS** |
| Descarte de TB a todas las personas con diabetes mellitus que cumplen con el criterio de TB presuntiva | 1. Tamizaje a personas con DM y TB presuntiva a través de pruebas rápidas moleculares. | **SNIS – DGCP – PROVEEDORES DE SALUD NO PNT PUBLICOS Y PRIVADOS** |
| Descarte de diabetes mellitus en las personas diagnosticadas con TB de todas las formas | 1. Tamizaje a personas con TB a través de glucometría capilar o central. 2. Compra y adquisición de suplemento nutricional, como apoyo nutricional y coadyuvante a la adherencia al tratamiento de las personas con diabetes diagnosticadas con TB activa | **SNIS – DGCP – PROVEEDORES DE SALUD NO PNT PUBLICOS Y PRIVADOS** |
| Descarte de diabetes mellitus en personas con TB presuntiva y que posean factores de riesgo para desarrollar diabetes. | 1. Compra de glucómetros, tiras reactivas y lancetas para realizar el descarte de DM en personas con TB presuntiva y factores de riesgo para DM. | **SNIS – DGCP – PROVEEDORES DE SALUD** |
| Detección oportuna de TB a todas las personas migrantes que cumplen con el criterio de TB presuntiva y caso de TB, por las Oficinas Sanitarias Internacionales (OSI) en coordinación con la red de establecimientos del MINSAL. | 1. Búsqueda activa y seguimiento de casos identificados en la población migrante y retornado. 2. Tamizaje a personas migrantes en lugares de trabajo temporales y en sitios fronterizos para captación y manejo de casos de TB a través de pruebas rápidas moleculares. 3. Adquisición de insumos (termos y refrigeradoras y otros) para la conservación, manejo y envío de muestras realizadas a la población migrante a la red de laboratorio del MINSAL para el procesamiento y reporte oportuno. 4. Seguimiento al procesamiento de las muestras bacteriológicas realizadas a la población migrante a nivel nacional. | **MINSAL/UPCTYER, ODS**  **OSI-FOSALUD, CURE TB, Clínica del Migrante- OIM, PNT´S de otros países** |
| Establecer un sistema formal de referencias transfronterizo y transnacional. | 1. Fortalecer las coordinaciones entre países para seguimiento de casos de TB. 2. Fortalecer las coordinaciones de las oficinas sanitarias internacionales (OSI) con los establecimientos de salud correspondientes de la red del MINSAL. 3. Reuniones de coordinación y seguimiento binacionales o multinacionales de actividades con los Programas Nacionales de TB de los países de la región. | **SICA-SECOMISCA-MCR-MINSAL/UPCTYER** |
| Desarrollo de capacitación y formación dirigida al personal multidisciplinario de salud de las OSI y Unidades de Salud fronterizas que atiendes poblaciones móviles o migrantes. | 1. Capacitar a personal de salud que atiende poblaciones móviles, migrantes y retornados en atención y seguimiento de TB presuntiva y casos de TB. 2. Formación de personal Multidisciplinario del sistema de salud en monitoreo y evaluación de información epidemiológica clínica y programática que brindan atención a migrantes | **MINSAL/UPCTYER, ODS**  **OSI-FOSALUD, CURE TB, Clínica del Migrante- OIM, PNT´S de otros países** |
| Detección de casos, diagnóstico, tratamiento y la prevención de las tuberculosis dirigidas específicamente a niños y adolescentes. | 1. Investigación de contactos entre niños y adolescentes para la detección de la TB. 2. Utilización de pruebas moleculares rápidas para el tamizaje, en diferentes tipos de muestras para el diagnóstico de TB en población pediátrica, (incluyendo en heces.) 3. Compra de medicamento antituberculosos con formulaciones adaptadas a los niños y niñas. (presentaciones dispersables y de sabores) 4. Compra y adquisición de biológico PPD para el descarte de TB activa en los niños y niñas contactos de casos TB. 5. Compra y adquisición de suplemento nutricional, como apoyo nutricional y coadyuvante a la adherencia al tratamiento de los niños, niñas y adolescentes diagnosticadas con TB activa 6. Administración de tratamiento para la ILTB con formulaciones adaptadas a los niños, niñas y adolescentes que se les descarto TB activa. 7. Desarrollar jornadas de capacitación para fortalecer los conocimientos del personal de salud encargado en la atención de la población pediátrica con tuberculosis. 8. Actualización y socialización de la guía clínica para la atención pediátrica de la tuberculosis y la coinfección TB-VIH de acuerdo a las nuevas recomendaciones de la OMS. | **SNIS – MJSP/DGCP – PROVEEDORES DE SALUD NO PNT PUBLICOS Y PRIVADOS** |
| Prevención, diagnóstico, detección de casos, tratamiento y de la tuberculosis dirigidas a otras poblaciones claves y vulnerables (indígena, adultos mayores, personas con desnutrición, con patologías inmunosupresoras, personas con problemas sociales, personas adictas a sustancias psicoactivas a drogas ilícitas y ECNT) | 1. Tamizaje a otros grupos de riesgo y vulnerabilidad con TB presuntiva a través de pruebas rápidas moleculares. 2. Compra y adquisición de suplemento nutricional, como apoyo nutricional y coadyuvante a la adherencia al tratamiento de este grupo diagnosticadas con TB activa. 3. Administración de tratamiento para la TB activa y latente. 4. Descarte de TB activa y latente en los contactos de estos grupos vulnerables. | **SNIS – PROVEEDORES DE SALUD NO PNT PUBLICOS Y PRIVADOS** |
| Descarte de la TB activa para la administración de tratamiento a la ILTB en población general, otras poblaciones claves y vulnerables (indígena, adultos mayores, personas con desnutrición, con patologías inmunosupresoras, personal de salud, personas con ECNT) de acuerdo al capítulo de tratamiento a la infección latente por TB del lineamiento de prevención y control de TB vigente. | 1. Tamizaje y descarte de la TB activa, basados en los algoritmos clínicos y flujogramas de atención establecidos en el lineamiento de prevención y control de TB vigente. 2. Compra y adquisición de medicamentos combinados o individualizados de isoniacida y rifapentina (HP) para la administración de los esquemas acortados y Levofloxacina para los contactos de casos de TB-RR-MDR. 3. Coordinar la gestión de la compra de medicamentos combinados para la administración de los esquemas acortados de HP por cada proveedor del SNIS, a través del MINSAL e ISSS. 4. Coordinación con el ISSS para la atención y descarte de TB activa y administración de tratamiento para la ILTB en los trabajadores de salud del SNIS. 5. Coordinar y fortalecer la evaluación y derivación por especialistas según las comorbilidades de la persona.      1. Capacitar, socializar al personal de salud del SNIS en los temas de abordaje de la ILTB, contenida en los Lineamientos Técnicos para la prevención y control de la TB. 2. Monitoreo y evaluación de indicadores epidemiológicos del tratamiento para la ILTB en poblaciones claves y vulnerables. | **SNIS – PROVEEDORES DE SALUD NO PNT PUBLICOS Y PRIVADOS** |
| Prevención y Control de Infecciones que se transmiten por el aire con énfasis en TB. | 1. Formación o capacitación al personal de salud del SNIS, sobre las actividades de control de infecciones con énfasis en TB contempladas en el capítulo de CI de los lineamientos de prevención y control de TB; en todos los niveles de aplicación:  * Actividades de control de infecciones a nivel nacional * Actividades de control de infecciones a nivel de establecimientos de salud * Actividades de control de infecciones a nivel sitios de congregación. * Actividades de control de infecciones a nivel de hogares de personas afectadas con TB.  1. Compra y adquisición de respiradores N-95, para el personal de salud que labora en lugares con alta carga de TB y mascarillas quirúrgicas para las personas afectadas por TB. 2. Monitoreo y evaluación de la implementación de las actividades de control de infecciones con énfasis en TB en el SNIS 3. Monitoreo y vigilancia epidemiológica de los casos de TB reportados en trabajadores de salud en coordinación con el ISSS. | **SNIS – PROVEEDORES DE SALUD NO PNT PUBLICOS Y PRIVADOS** |

**Línea estratégica 2:**

Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis sensible y tuberculosis drogorresistente (TB-DR).

El tratamiento continuará siendo normatizado según las recomendaciones de OMS, gratuito, estrictamente supervisado, universal, libre de prácticas y actitudes de discriminación con la participación directa del equipo técnico de la UPCTYER, como de todo el personal involucrado en el trabajo para la eliminación 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.

2.1-- Continuar el proceso de control avanzado para la eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública, con la implementación de intervenciones eficaces.

2.2.- Acceso universal a pruebas de sensibilidad; tamizaje sistemático de los contactos y grupos de alto riesgo para la TB-Drogorresistente.

2.3- Aumentar la capacidad instalada para realizar pruebas moleculares rápidas para pruebas de sensibilidad a drogas de primera y segunda línea, así como cultivos líquidos.

2.4. - Realizar vigilancia permanente de los casos de TB drogorresistente, a través de pruebas moleculares en el SNIS para tratamiento oportuno.

2.5-Proporcionar tratamiento oportuno a todas las personas con TB sensible y drogorresistente para alcanzar la curación.

2.6- Tratar exitosamente todos los casos de TB drogorresistente, de acuerdo a la normativa establecida.

2.7. Tratamiento centrado en las necesidades de los usuarios, con atención integral a las comorbilidades,

como enfermedades no transmisibles, salud mental y apoyo psicosocial.

Para lograr los objetivos estratégicos anteriores y superar las brechas establecidas, se realizarán 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 y otras pruebas para ser implementadas (pruebas líquidas), principalmente en los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad que pueden desarrollar drogorresistencia.

**Cuadro 2. Actividades para Línea estratégica 2.**

**Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis sensible y tuberculosis drogorresistente.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INTERVENCION | ACTIVIDAD | RESPONSABLE |
| Tamizaje, diagnóstico y control del tratamiento de la tuberculosis | 1. Gestionar la compra de insumos para mantenimiento preventivo y correctivo de equipos de laboratorios de la red nacional de salud. 2. Gestionar el mantenimiento preventivo y correctivo de las cabinas de bioseguridad, microscopios, equipos de pruebas moleculares y demás insumos críticos para el adecuado funcionamiento de la red de laboratorios del SNIS. 3. Tamizaje de la tuberculosis mediante el uso de pruebas moleculares para el diagnóstico rápido (Xpert, Ultra, incluido de 10 colores). 4. Compra y adquisición de insumos de laboratorio tales como: frascos para esputo, láminas, cartuchos de pruebas moleculares, tubos de ensayos, insumos para medios de cultivos, para baciloscopias y reactivos, entre otros. 5. Coordinaciones de las redes de laboratorio para toma manejo y envío de muestras de la población general, poblaciones vulnerables como los PPL a la red de laboratorio del MINSAL, ISSS, laboratorio de la DGCP, para el procesamiento y reporte oportuno. 6. Seguimiento al procesamiento de las muestras bacteriológicas a nivel nacional. 7. Realización de pruebas bacteriológicas para monitorizar el control y respuesta del tratamiento. 8. Monitoreo, supervisión y evaluación a la red de laboratorios. 9. Ejecución de programas de evaluación externa de la calidad y mejoras continuas de la gestión de calidad externas de la red de laboratorios, en las diferentes metodologías. | SNIS (MINSAL/ISSS/LNSP) DGCP, |
| Diagnóstico de la TB Sensible y DR/ pruebas de sensibilidad a los fármacos. | 1. Fortalecer los servicios de salud, la compra de suministros, insumos y equipos necesarios para el diagnóstico de tuberculosis, sensible y drogorresistente en la red nacional de laboratorios, priorizando las poblaciones clave y vulnerables. 2. Formación o capacitación sobre nuevos métodos de diagnóstico para TB y detección de resistencia. También en metodologías ya conocidas. 3. Provisión de insumos, consumibles, materiales y pruebas para la realización de pruebas de sensibilidad y pruebas moleculares (como Xpert Ultra, Xpert MTB/XDR) para la red de laboratorios del MINSAL, ISSS y DGCP, en entornos descentralizados 4. Compra y adquisición de insumos de protección personal (EPP), entre otros para el personal de laboratorio clínico para ser utilizados de acuerdo a la actividad que se realice. 5. Gestionar la readecuación de la infraestructura para mejorar el control de infecciones (medidas de control ambiental) en las áreas de laboratorio. | SNIS (MINSAL/ISSS/LNSP) DGCP, |
| Tratamiento, atención y apoyo para las personas afectadas por TB-DR | 1. Tamizaje y descarte de la TB DR, basados en los algoritmos clínicos y flujogramas de atención establecidos. (uso de pruebas moleculares para el diagnóstico rápido Xpert, Ultra, incluido de 10 colores). 2. Compra y adquisición y provisión de medicamentos de primera y segunda línea para pacientes con TB sensible y TB-DR mediante modelos centrados en el paciente, ambulatorios y descentralizados. 3. Administración oportuna de esquemas acortados (BPaL-BPaLM) para el tratamiento de Tuberculosis DR, recomendados por la OMS que son elegibles. 4. Adquisición y entrega de suplemento nutricional, como apoyo nutricional y coadyuvante a la adherencia al tratamiento de las personas diagnosticadas con TB DR. 5. Continuar con la vigilancia de los efectos adversos (FAVIA TB) de los medicamentos, incluidas la gestión y el monitoreo farmacológico. 6. Capacitación del personal multidisciplinario de salud en la atención y manejo con TB DR y nuevos esquemas acortados de tratamiento TB DR (BPaL - BPaLM). |  |

**Línea estratégica 3.**

Políticas de salud, intersectorialidad, multisectorialidad, estrategia de participación comunitaria e interculturalidad.

comunitaria e interculturalidad.

En ésta línea estratégica, se pretenden generar los mecanismos de coordinación y articulación intra e intersectorial, para un control efectivo de la tuberculosis en el Sistema Nacional Integrado de Salud y otros sectores como respuesta a la lucha contra la TB; implementando políticas de salud, aplicación de la normativa institucional en prevención y control de la TB en los establecimientos de salud, sitios de congregación, hogares de pacientes, entre otros escenarios; que propicien un trabajo efectivo multisectorial para sumar esfuerzos en la lucha contra la TB, con el apoyo e involucramiento de las ONG, OSC, OBSERVA TB; y así lograr una respuesta sostenible en la prevención y control de la tuberculosis, como problema de salud pública.

Objetivos estratégicos:

3.1- Fortalecer la coordinación interinstitucional utilizando los modelos y herramientas legalmente establecidas.

3.2- Fortalecer a los integrantes y colaboradores del Sistema Nacional Integrado de Salud, que proveen servicios de salud como ONG, organizaciones de la sociedad civil a través de políticas, estrategias y normativa institucional a nivel comunitario, con enfoque de interculturalidad; integrando el conocimiento a través de diálogos de saberes.

3.3- Continuar con la implementación de la estrategia ENGAGE TB de abordaje de control de la TB.

3.4- Priorizar a la población Indígena en actividades de prevención y control de la TB en todos los niveles del SNIS.

3.5- 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.

3.6- Involucrar a las comunidades, municipalidades, organizaciones de la sociedad civil y los proveedores de atención públicos y privados para la respuesta, prevención y control de tuberculosis y coinfección TB/VIH, libre de estigma y discriminación.

**Cuadro 3. Brechas y actividades para línea estratégica 3.**

**Políticas de salud, intersectorialidad, multisectorialidad, estrategia de participación comunitaria e interculturalidad.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INTERVENCION** | **ACTIVIDAD** | **RESPONSABLE** |
| Involucramiento de otros proveedores no PNT en la atención de la TB (Observatorio TB, ONG/OSC, proveedores de salud privados, gobiernos municipales, sector académico). | 1. Continuar la Implementación de la estrategia ENGAGE TB a nivel nacional, con la participación de todos los actores y comunidad. 2. Desarrollo de jornadas de formación y capacitación en la estrategia de ENGAGE TB con los miembros del SNIS, OBSERVATORIO DE TB, OSC, ONG. 3. Desarrollo y elaboración de planes de educación continua en temas de prevención y control de TB con todos los actores y sectores involucrados públicos, privados, Observatorio TB, ONG, OSC. 4. Participación en la búsqueda y derivación del SR y apoyo en la supervisión del tratamiento, por parte de promotores de salud comunitarios, miembros del Observatorio TB, ONG/OSC y otros actores. 5. Toma, manejo y envío de muestras realizadas a la población intervenida a la red de laboratorios del MINSAL/ISSS para el procesamiento y reporte oportuno. 6. Participación de las comunidades, Observatorio, ONG/OSC, municipalidades, personas afectadas por TB, en iniciativas de abogacía y comunicación, en jornadas enfocadas a la sensibilización del estigmatización y la educación sobre derechos humanos de las personas afectadas por TB. 7. Formación y capacitación del personal multidisciplinario de salud del sector privado. Municipalidades y ONG/OSC. 8. Establecimiento de mecanismos de coordinación y sistemas de derivación entre los servicios de salud de los diferentes prestadores de servicios de salud con la red del SNIS. 9. Fortalecer las capacidades técnicas de ADESCO´s, Observatorio TB, ONG, OSC para gestionar fondos de cooperación externa. 10. Establecer coordinaciones a nivel comunitario con promotores de salud, ADESCO, ONG/OSC, lideres, voluntarios, municipalidades, comités de afectados, y promotor de salud. 11. Trabajo en conjunto con las Instituciones de Educación Superior formadoras de RRHH en salud, para la implementación de los lineamientos de enseñanza sobre tuberculosis para las carreras de la salud.ollar jornadas de sensibilización y capacitación a familias de afectados, comités de salud de las comunidades, personal de salud de los establecimientos a los que pertenecen las comunidades Gestionar la formación en derechos humanos y aspectos ética | SNIS, OBSERVATORIO TB, ONG, OSC proveedores de salud públicos y privados, gobiernos municipales, Comité Nacional de Docencia. |
| Campañas informativas sobre prevención y control de TB en las comunidades, a través de los diferentes medios de comunicación y redes sociales. | 1. Diseño y ejecución de campañas a través de diferentes medios de comunicación digital, con énfasis en grupos vulnerables a adquirir TB. 2. Difusión de los mensajes educativos a través de las diferentes plataformas digitales. . 3. Elaboración y distribución de material educativo alusivo en prevención y control de TB enfocado a las comunidades. 4. Elaboración de guías orientadas a la reducción de estigma y discriminación comunitaria y en los servicios de salud. 5. Elaboración y difusión de información adaptada y ajustada a los distintos grupos poblacionales con enfoque de interculturalidad. | SNIS, OBSERVATORIO TB, ONG, OSC proveedores de salud públicos y privados, gobiernos municipales, Comité Nacional de Docencia. |
| Movilización y abogacía con participación de la comunidad, incluido el apoyo a los grupos de personas afectados y que han superado la TB. | 1. Desarrollo de actividades de movilización social alusivos al día de la lucha contra la TB. 2. Elaboración de stand educativos e informativos con apoyo de las Instituciones de Educación Superior. (Comité Nacional de Docencia). | SNIS, OBSERVATORIO TB, ONG, OSC proveedores de salud públicos y privados, gobiernos municipales, Comité Nacional de Docencia. |
| Información y educación en TB, a la población, para disminuir barreras interculturales (pueblos indígenas). | 1. Capacitación al personal de salud de los establecimientos, SIBASI y regiones de salud en el abordaje de la salud en pueblos indígenas, basado en los conocimientos ancestrales y cosmovisión. 2. Continuar los procesos de diálogos de saberes, capacitación y sensibilización en habilidades y competencias en salud intercultural en el área de implementación de los Lineamientos 3. Establecer el comité multidisciplinario e intersectorial para la implementación de los lineamientos en pueblos indígenas. 4. Elaboración la ruta intercultural de tuberculosis en pueblos indígenas. 5. El fortalecimiento del acceso al diagnóstico oportuno y de calidad para los pueblos indígenas, donde las pruebas moleculares rápidas se mantengan como primera prueba diagnóstica. | MINSAL – UPCTYER- ODS-MINCULTURA, líderes Indígenas comunidad indígena, |

**Línea estratégica 4.**

Fortalecimiento de sistema de salud, sistema de información, vigilancia e investigación, innovación tecnológica

Con esta línea estratégica, se espera fortalecer la totalidad de establecimientos del SNIS, con enfoque de control de infecciones con énfasis en TB, mejorando la obtención de los datos a través del SUIS en línea; apoyándose de los diferentes actores sociales, respetando los derechos humanos y género (incluyendo Centros Penitenciarios y sociedad civil), promoviendo la investigación en TB.

Objetivos estratégicos.

4.1-Fortalecer el marco normativo y logístico para la notificación de casos, registros vitales, calidad de los medicamentos, así como denuncia de la violación de los derechos humanos de pacientes con TB.

4.2- Fortalecer el monitoreo y evaluación de la información epidemiológica, clínica y programática; indicadores y metas del PENM TB a nivel nacional; asegurando la calidad del dato y la revisión regular del programa.

4.3-Continuar con la Implementación y expansión del sistema de información en salud en TB (SIS TB).

4.4- Desarrollo y generación de conocimiento en la atención integral de la tuberculosis y de la investigación científica.

4.5-Protección social a las familias afectadas por tuberculosis, con el fin de que la enfermedad no represente un gasto catastrófico.

Cuadro 4. Brechas y actividades para línea estratégica 4.

**Fortalecimiento de sistema de salud, sistema de información, vigilancia e investigación, innovación tecnológica**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INTERVENCION | ACTIVIDAD | RESPONSABLE |
| Desarrollo de estrategia, políticas y reglamentos del sector de salud nacional | 1. Evaluaciones estrategias, políticas, reglamentos, protocolos y directrices a nivel nacional, incluidas las destinadas a comorbilidades. 2. Capacitación y fortalecimiento de mecanismos a nivel nacional y subnacional para el desarrollo, la ejecución, la supervisión y la presentación de informes sobre estrategias, políticas y reglamentos del sector sanitario, también a través de tecnologías digitales. 3. Evaluaciones nacionales de programa de TB, niveles subnacional y nacional. 4. Evaluaciones Internacionales de Programa. (OMS, Comité de Luz Verde, entre otros). 5. Implementación del registro de la datos de TB en el sistema de información de TB en línea (SIS TB). | SNIS, OBSERVATORIO TB, ONG, OSC proveedores de salud públicos y privados, gobiernos municipales, Comité Nacional de Docencia. |
| Integración y coordinación entre los programas de enfermedades y a nivel de la prestación de servicios | 1. Desarrollo de planes estratégicos nacionales multisectoriales e integrados. | SNIS, OBSERVATORIO TB, ONG, OSC proveedores de salud públicos y privados, gobiernos municipales, Comité Nacional de Docencia. |
| Apoyo de la participación del Sector Privado | 1. Asistencia técnica y capacitación institucional para lograr la participación sistemática del sector privado (diálogo sobre políticas, intercambio de información, reglamentación y financiamiento). 2. Coordinación con el sector privado para el análisis de políticas relevantes, formulación de estrategias o ejecución. | SNIS, OBSERVATORIO TB, ONG, OSC proveedores de salud públicos y privados, gobiernos municipales, Comité Nacional de Docencia. |
| Investigación sobre la temática de Tuberculosis. | 1. Desarrollo de Estudio de evaluación de Calidad de Dato, (Data Quality Review (DQR)). 2. Evaluación de medio término del PENM TB. 3. Desarrollo de Estudio de Costos Catastróficos en Familias de personas con Tuberculosis. | SNIS |

**Línea estratégica 5.**

Transición, sostenibilidad y resiliencia.

El financiamiento externo está decreciendo, y esta disminución supone la incorporación de líneas específicas a ser financiadas con presupuestos regulares nacionales para dar sostenibilidad. En tal sentido, el país deberá hacer sostenible la prevención y control de 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 prevención y control de la tuberculosis, así como 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 presupuestos que se presentan al Ministerio de Hacienda cada año; para cuyo proceso es necesario pasar por un período de transición para que instituciones y organizaciones se empoderen como parte de la respuesta nacional de lucha contra la tuberculosis.

Objetivos Estratégicos

5.1-Fortalecer el marco regulatorio de la respuesta a la tuberculosis (gobernabilidad, liderazgo, derechos humanos).

5.2-Incrementar el financiamiento nacional para la respuesta a la tuberculosis (financiación).

5.3-Fortalecer el uso eficiente de los recursos existentes (eficiencia).

5.4-Cumplir los compromisos adquiridos como país, en los acuerdos regionales y reuniones de alto nivel de las Naciones Unidas; con la implementación del Marco de Rendición de Cuentas en Tuberculosis.

Para lograr 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:

Cuadro 5. Brechas y actividades para línea estratégica 5

Transición, sostenibilidad y resiliencia.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INTERVENCION | ACTIVIDAD | RESPONSABLE |
| Planificación y estrategias de financiamiento de la salud | 1. Gestión y desarrollo de estrategias de financiamiento de la salud para la mejora de la movilización y recaudación de ingresos nacionales y el financiamiento del sector sanitario. 2. Realizar evaluaciones para la preparación para la transición y la sostenibilidad de los servicios de salud para TB. | SNIS |
| Generación de informes (Datos) del financiamiento de la salud. | 1. Elaboración y divulgación de la Medición de Gastos en Tuberculosis (MEGA TB). | SNIS, OBSERVATORIO TB, ONG, OSC proveedores de salud públicos y privados, gobiernos municipales, Comité Nacional de Docencia. |
| Desarrollo de Políticas, estrategias, gobernanza. | 1. Actualización de documentación técnica de medicamentos y de diagnósticos; con nuevas tecnologías de dispositivos médicos. 2. Actualización de listas de diagnósticos y medicamentos esenciales, formularios farmacéuticos nacionales, directrices normalizadas de tratamiento. 3. Gestión de productos sanitarios, coordinación de la gestión de la cadena de adquisiciones y suministros, supervisión de apoyo y mecanismos de monitoreo. 4. Implementación del Marco de Rendición de Cuentas en TB (MCR TB). | MINSAL – ISSS - SNIS |

# 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” y del Marco de Rendición de Cuentas Multisectorial de la OMS para la TB (MRC-TB) y el Plan Estratégico Regional de Tuberculosis para países miembros del SICA. La UPCTYER/MINSAL es la responsable del monitoreo, supervisión, evaluación y de la vigilancia epidemiológica de tuberculosis en El Salvador.

Para esto cuenta, con un sistema de registro nacional, constituido por instrumentos denominados PCT (Programa de Control de Tuberculosis), que son la fuente primaria de información para el MINSAL, ISSS, DGCP, COSAM y otros proveedores de salud privados, que realizan actividades para diagnóstico de tuberculosis; dichos instrumentos permiten alimentar los diferentes sistemas de información electrónicos institucionales, que conforman el Sistema de Información Integrado en Salud (SIIS), el cual tiene como base el expediente electrónico de las personas atendidas en los establecimientos de salud y cuya información es consolidada en los diferentes niveles de atención y administrativos, luego transmitida a los sistemas de información específicos de vigilancia, producción de servicios, entre otros.

La UPCTYER, caracteriza, analiza y evalúa la información de cada uno de los niveles de atención operativos y administrativos que conforman el SNIS, para dar respuesta a indicadores epidemiológicos, operativos y programáticos a nivel de país, establecidos por la OMS, así como también los ODS e indicadores contractuales, como compromiso de país adquirido ante cooperantes externos, tales como Fondo Mundial.

Una vez, evaluada y analizada la información, esta es utilizada para la toma de decisiones orientada a implementar nuevas estrategias para lograr las metas programadas que no ha sido posible alcanzar por diferentes factores, incluyendo desastres naturales y epidemias, entre otros. Para esto, el equipo técnico de la UPCTYER, realiza monitoreo y supervisión a los diferentes niveles, para dar seguimiento de los indicadores epidemiológicos, operativos y programáticos. Así también los diferentes niveles que generan información, deben de tomar las decisiones en relación a sus evaluaciones.

Las actividades de monitoreo y supervisión directa se realizarán a través de una guía de monitoreo estandarizada, un cronograma mensual previamente elaborado con el equipo técnico de la UPCTYER, en coordinación con cada uno de los actores involucrados.

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

La información generada constituye el elemento básico imprescindible para las actividades de planificación, gestión, evaluación e investigación de la UPCTYER para el proceso de pre eliminación de la enfermedad. Por lo que se requiere de la verificación de la calidad de datos (DQR) según la metodología de la OMS, de forma periódica que permita generar una cultura de validación y uso de información con calidad.

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

Los indicadores serán, de impacto, de resultado y de proceso; que ayudarán a medir el desempeño, los cuales están contenidos en el Plan de Monitoreo y Evaluación.

Sistema de información de tuberculosis:

Actualmente el país está ejecutando una amplia transformación digital en todos los niveles y unificando todos los sistemas de información en salud, por lo que a corto y mediano plazo todo el sistema de registro (denominado PCT) de la información relacionada a los pacientes con tuberculosis (diagnóstico, investigación de contactos, tratamiento, seguimiento, entre otros), se realizara de forma electrónica en tiempo real a través del módulo de TB integrado al SIIS; que incluirá todos los proveedores del SNIS.

El Ministerio de Salud ha fortalecido las intervenciones en relación a la promoción, prevención, diagnóstico y control de la tuberculosis. Una de las herramientas esenciales para la gestión de la información es el Sistema de Información Integrado en Salud (SIIS).

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

Sumado a este esfuerzo, la UPCTYER 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 al SIS; al mismo tiempo se relaciona con otros sistemas del SIS. La inversión total estimada para la implementación del SUIS a nivel nacional es de 24 millones de dólares.

La UPCTYER 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 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.

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 del SIAP, debido a que el sistema informático de tuberculosis está integrado a éste.

Con la implementación del sistema informático de tuberculosis, como UPCTYER, 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, seguro, confiable, con respeto a la confidencialidad, 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.

El sistema informático de tuberculosis integra la información en una base de datos central, que recolectará de los diferentes establecimientos de salud del MINSAL. Con relación al ISSS y la DGCP, estos se encuentran en proceso de integración.

Dependiendo de la infraestructura tecnológica con la que cuente el establecimiento, se han considerado tres modalidades de funcionamiento del sistema:

1. Módulo de TB Integrado al SIS.
2. Sistema Web de Tuberculosis (SIS-TB).
3. Aplicación Móvil de Tuberculosis (App TB).

De esta forma, los indicadores epidemiológicos, operativos y reportes/informes podrán generarse 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, tratamiento, seguimiento y egreso a través de análisis de cohorte de forma automatizada y en tiempo real, para la toma de decisiones.
* Facilitación de las tareas de supervisión y verificación de calidad del dato por la UPCTYER al tener la información disponible en línea y en tiempo real.
* Integración de la información en el SIIS.
* Reducción progresiva de la carga de trabajo relacionada con el doble ingreso de información (manual, electrónica y consolidación).
* Mejora en la calidad del dato, al minimizarse las posibilidades de errores manuales en las etapas descritas en el punto anterior.

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

Para la aplicación exitosa del nuevo sistema informático de tuberculosis, sin afectar la calidad de la información (tanto interna como externa), debe llevarse a cabo el Plan de Implementación del Sistema de Información en Línea, 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 el período de transición, se llevará un registro de la información en paralelo, tanto electrónico como en físico, para un mejor control de la calidad de la información.

En el años 2020 al 2023, se ha implementado el sistema en los establecimientos de salud, en dos modalidades: módulo de TB integrado al SIS y el sistema web de tuberculosis. Estos establecimientos de salud conjuntamente con la DNPNA, Direcciones Regionales de Salud Occidental, Oriental, Central y Metropolitana, coordinados por La DTIC y la UPCTYER; darán seguimiento a la implementación del sistema.



# IX. Gasto y financiamiento en TB

## 9.1 Análisis de la situación financiera.

Uno de los aspectos más importantes en el análisis de la tuberculosis es conocer la inversión dirigida a esta patología. En el Gráfico 23, se presenta la evolución de dicho gasto durante los últimos diez años; en donde se puede destacar que, en promedio, el gasto público en tuberculosis, fue de US$11.7 millones, siendo el año más alto, el alcanzado en 2016 (US$14.2); y, el más bajo, por efectos de la Pandemia por Covid 19, el del año 2020 (US$9.2 millones). Para 2022, el monto invertido para iguales fines, fue de US$13.8 millones, superando el nivel alcanzado en el año pre pandemia por Covid 19 (2019, US$11.5 millones); y el del año 2021 inmediato anterior, US$11.1 millones.

Gráfico 23: Gasto público en tuberculosis 2013 - 2022 (en millones de US $)

*Fuente: Medición del Gasto en Tuberculosis, año 2022 (MEGA TB 2022).*(Anexo 8)

En el Gráfico 23 se presenta la distribución porcentual del gasto en tuberculosis de acuerdo a las entidades que contribuyen con la inversión; donde puede verse que, en los últimos 5 años, más del 60% del gasto corresponde al realizado por el MINSAL, seguido del ISSS y la DGCP.

Gráfico 24: Principales entidades que contribuyen con la inversión en tuberculosis, gastos en TB con recursos nacionales 2013-2022.

Fuente: Unidad de Economía de la Salud/DIRPLAN/MINSAL. MEGA TB 2022.

Respecto a las fuentes de financiamiento que sustentan el gasto en TB en el país, en el gráfico 24, se muestra la proporción que representa el fondo general, los recursos propios y las donaciones en el financiamiento de la TB (período 2013 – 2022). Destaca la importancia relativa que han ido adquiriendo los fondos generales dentro de los gastos en TB en el país. De hecho, de representar el 34% en 2013, han llegado a representar el 81.4% en 2022, siendo la principal fuente de financiamiento.

Los recursos propios son las cotizaciones de los trabajadores, jubilados y sector patronal a la seguridad social, así como los fondos de las cotizaciones del magisterio captadas a través del ISBM.

Si se le agregan a los fondos generales, los recursos propios generados en el ISSS e ISBM[[10]](#footnote-10), para 2022, el 95% de los gastos fueron financiados por dichas fuentes, ambas de carácter interno. Ese porcentaje, para 2013, fue del 86.5%.

Respecto a las donaciones (en los últimos cinco años, procedentes únicamente del Fondo Mundial), cabe señalar que, a partir de una fuerte participación en 2018 (33.5%), ésta ha ido disminuyendo en los gastos en TB, llegando en 2022 a representar el 4.7% del financiamiento para TB en el país.

**T**abla 11. Gasto de MINSAL en tuberculosis, según niveles de atención. El salvador 2022

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nivel de atención** | **En US $** | **En %** |
| Primer nivel | 3,736,433 | 35% |
| Segundo nivel | 2,518,966 | 24% |
| Tercer nivel | 534,465 | 5% |
| Acciones de apoyo a TB del nivel central del MINSAL, incluyendo compras globales y laboratorio central | 3,851,866 | 36% |
| **Total general** | **10,641,729** | **100%** |

*Fuente: Medición del Gasto en Tuberculosis, año 2022 (MEGA TB 2022)* (Anexo 8)

*.*

La tabla 11. presenta en detalle GpúbTB del MINSAL por niveles de atención, en la cual se puede ver que la mayor parte de los gastos se concentraron en las acciones de apoyo a TB del laboratorio central (36%), lo que incluye las compras globales de bienes, insumos y remuneraciones de la UPTYER, y reactivos y remuneraciones del LNSP. Le siguen en importancia relativa, los gastos en TB de los servicios de salud brindados en el Primer Nivel de Atención (35%); los establecimientos del Segundo Nivel de Atención (24%) y el del Tercer Nivel de Atención en un 5%.

## 9.2 Estimación de presupuesto PENM TB 2025 – 2029

El Salvador, ha proyectado una inversión de $104,846,020.44; para el período del año 2025 al 2029 para la prevención y control de la TB, de estos el MINSAL invertirá $66,836,339.34 que corresponde al 63.6%; la contribución del ISSS es por $21,020,871,01 con un 20% y el Fondo Mundial cofinanciará el PENMTB en sus primeros tres años (2025-2027) con un monto de $2,221,745.00 que representa aproximadamente el 2.1% de la inversión total para este período. (Ver gráfico 25)

Gráfico 25. Estimaciones de presupuesto del PENM 2025-2029 por institución.

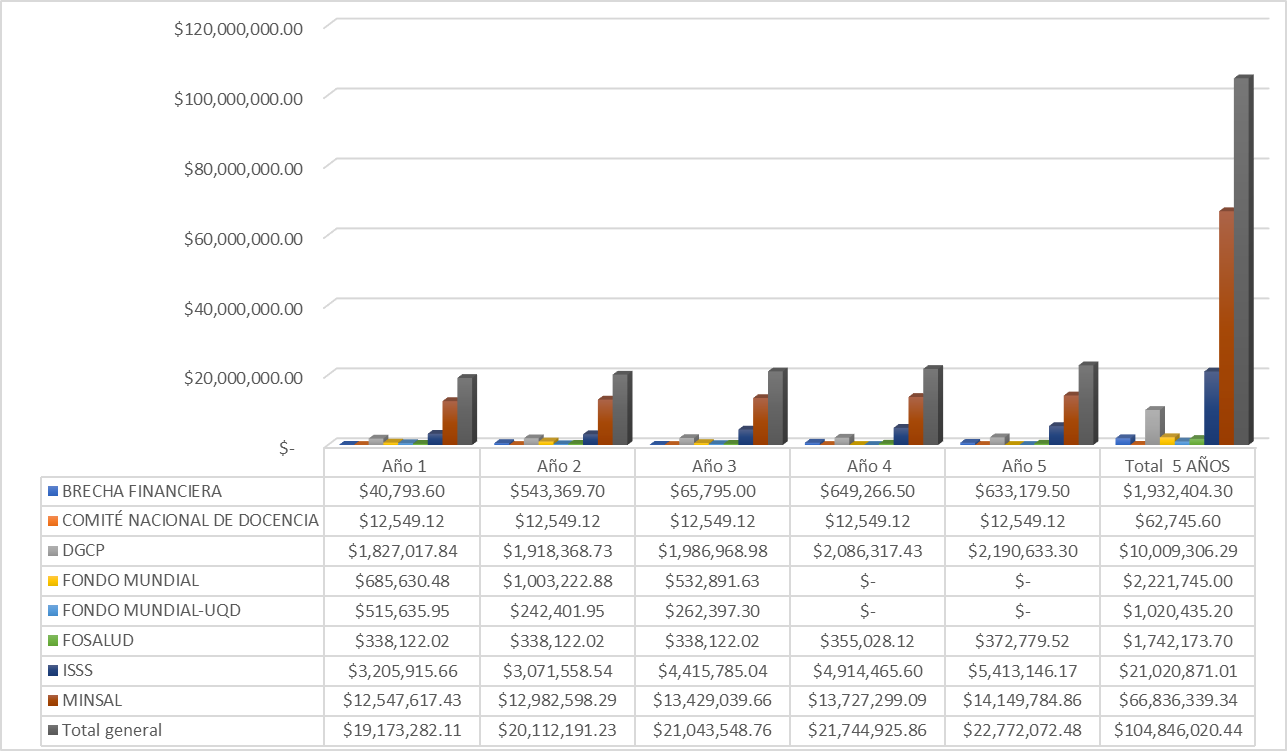
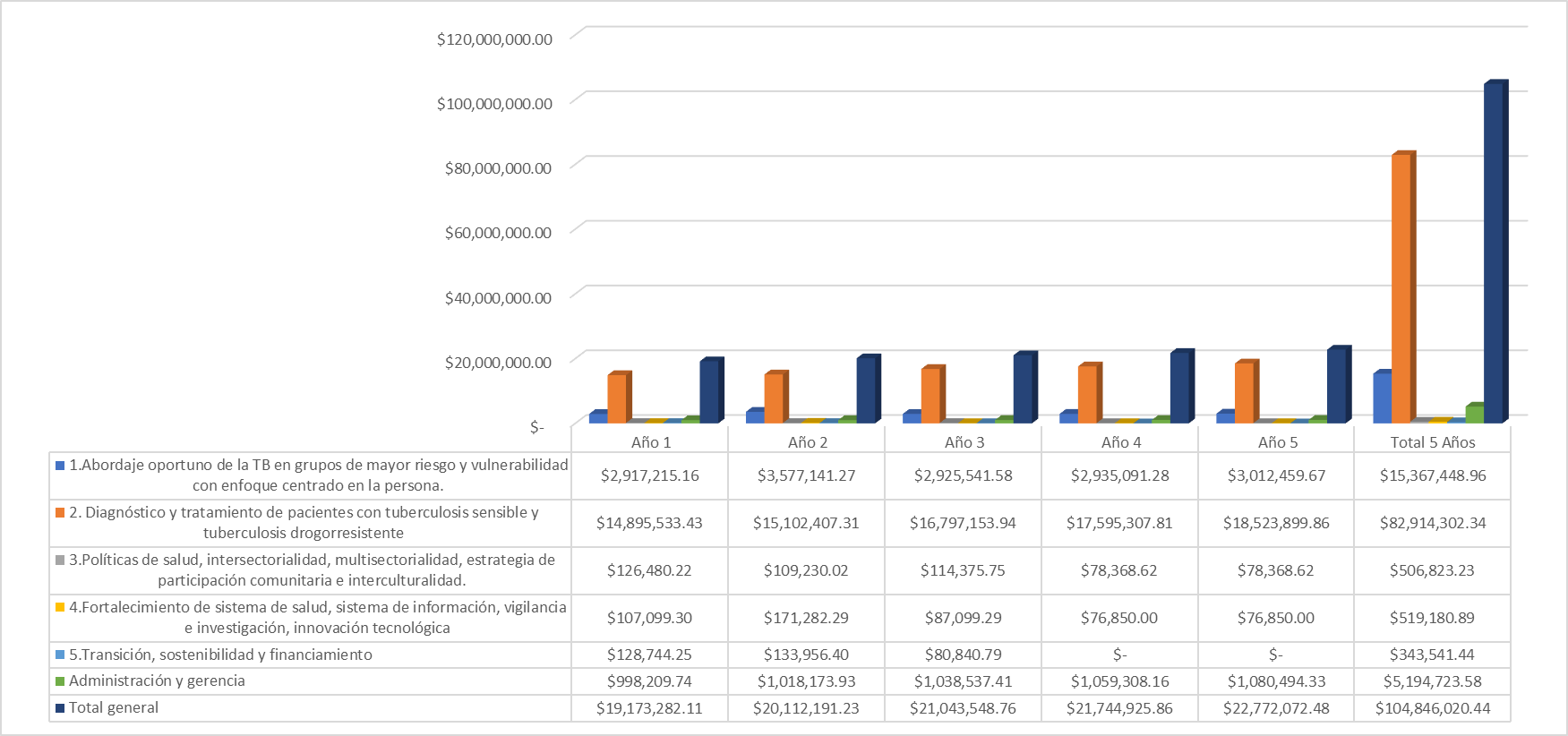


Gráfico 26. Estimaciones de presupuesto del PENM TB 2025-2029 por Líneas Estratégicas



La distribución porcentual del PENMTB 2025-2029 por línea estratégica está constituido de la siguiente manera, en su orden de prioridad: el 79.1% está dirigido a la línea estratégica 2; estos constituyen la inversión del gasto en diagnóstico, tratamiento y recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, que trabajan en la prevención y control de la Tuberculosis; el 14.7% está dirigida a la línea estratégica 1, y que está constituye a la inversión proyectada para el diagnóstico y tratamiento de TB en poblaciones alto riesgo y vulnerabilidad principalmente PPL, Personas con VIH y personas con Diabetes Mellitus. (ver grafico 26)

## 9.3 Contabilidad y registro.

El 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 de Control Interno del MINSAL que establecen como mínimo diez años para salvaguardar los registros contables. Adicionalmente, la Ley de la Corte de Cuentas de la República, 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 de Administración Financiera Institucional (AFI), Manual de Procesos de la Ejecución Presupuestaria, Manual de Clasificación para las Transacciones Financieras del Sector Público; también se han creado lineamientos que regulen aquellas actividades que no están definidas en las 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 por auditorías internas y externas.

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.

# X. Bibliografía.

1. Declaracion Politica De TB -Spanish. Declaración política de la reunión de alto nivel de la Asamblea. https://www.who.int/tb/features\_archive/UNGA\_report\_on\_HLMN\_TB.pdf?ua=1 Años 2018 y 2023
2. Tuberculosis: a Human Rights approach - César Augusto Ugarte-Gil / EDHUCASALUD – Marzo 2009.
3. MINSAL/OPS, Informe de Marco de Rendición de Cuentas de El Salvador 2022.
4. Ministerio de Salud, Medición de Costos Catastróficos, Año 2021.
5. OPS/OMS, Informe de Comité de Luz Verde, año 2023.
6. 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/
7. Tuberculosis y género - La tuberculosis en las mujeres/ OPS <http://www.who.int/tb/challenges/es/>
8. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, 2022. Dirección General de Estadística y Censos. DIGESTYC. Ministerio de Economía. Gobierno de El Salvador.
9. 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>
10. Informe de Derechos Humanos, IDHUCA 2019; [http://www.uca.edu.sv/idhuca/wp-content/uploads/INFORME-DE-DERECHOS-HUMANOS-2019-VF Completo.pdf](http://www.uca.edu.sv/idhuca/wp-content/uploads/INFORME-DE-DERECHOS-HUMANOS-2019-VF%20Completo.pdf)
11. Situación de Salud El Salvador 2019; <https://press.ispor.org/LatinAmerica/wp-content/uploads/2020/04/ISPOR-SITUACION-DE-SALUD-EL-SALVADOR-FINAL.pdf>
12. Plan Quinquenal de Desarrollo de Gobierno 2014-2019; http://www.aecid.sv/wp-content/uploads/2015/11/Plan-Quinquenal-de-Desarrollo.pdf
13. Ministerio de Salud; Memoria de Labores 2018 – 2019; <https://www.salud.gob.sv/memorias-de-labores/2018-2019>
14. Ministerio de Salud; Memoria de Labores 2019 – 2020; <https://www.salud.gob.sv/memorias-de-labores/2019-2020>
15. WHO 2020, Tuberculosis Country Profiles. Disponible en: <https://www.who.int/tb/country/data/profiles/en/>
16. Análisis del portafolio del Fondo Mundial para El Salvador octubre 2020.
17. Medición del gasto público en tuberculosis en El Salvador, año 2022 (MEGA TB, 2022). Ministerio de Salud. Gobierno de El Salvador.

# XI. Disposiciones finales

a) Sanciones por el incumplimiento

Es responsabilidad del personal del Sistema Nacional Integrado de Salud y de las Redes Integrales e Integradas de Salud dar cumplimiento al presente plan estratégico, caso contrario se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

d) De lo no previsto

Todo lo que no esté previsto en el presente plan se resolverá a petición de parte, por medio de escrito dirigido al titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto, técnica y jurídicamente.

# XII. Vigencia.

El presente plan estratégico entrará en vigencia a partir de la fecha de la firma de los mismos, por parte del Titular de esta Cartera de Estado.

San Salvador a los \_\_\_\_\_\_\_\_\_ días del mes de del año dos mil veinticuatro.

**Dr. Francisco José Alabi Montoya**

**Ministro de Salud ad honórem**

# XIII. Anexos

1. Tuberculosis: a Human Rights approach - César Augusto Ugarte-Gil / EDHUCASALUD – marzo 2009. [↑](#footnote-ref-1)
2. Declaración de los Derechos Humanos de las Personas afectadas por Tuberculosis. Stop TB Partnership. [↑](#footnote-ref-2)
3. Informe técnico Tuberculosis, género y derechos humanos. The Global Found. Noviembre 2019. [↑](#footnote-ref-3)
4. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel Sobre La Lucha Contra la Tuberculosis [↑](#footnote-ref-4)
5. / Las estimaciones poblacionales que se citan fueron realizadas por la Dirección General de Estadística y Censos. Actualmente esta información es generada por la Oficina Nacional de Estadística y Censos (ONEC), una dependencia del Banco central de Reserva de El Salvador (BCR) [↑](#footnote-ref-5)
6. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, 2022. ONEC/BCR [↑](#footnote-ref-6)
7. / De los años 2007 a 2020, la información fue generada por la Dirección General de Estadística y Censos del Ministerio de Economía. A partir de 2023 dicha dependencia se denomina Oficina Nacional de Estadística y Censos y depende del Banco Central de Reserva de El Salvador. [↑](#footnote-ref-7)
8. \* Fuente : Memoria de Labores del ISSS, año 2021.

   Plan Operativo Institucional 2023, revisado octubre 2023 [↑](#footnote-ref-8)
9. A la fecha, se han reportado a las OMS/OPS/OCDE las cifras preliminares de Cuentas en Salud hasta el año 2021. [↑](#footnote-ref-9)
10. Los recursos propios son las cotizaciones de los trabajadores, jubilados y sector patronal a la seguridad social, así como los fondos de las cotizaciones del magisterio captadas a través del ISBM. [↑](#footnote-ref-10)