

COMITÉ MONITOREO ESTRATÉGICO INFORME DE VISITA DE CAMPO VC03-2026



**RECEPTOR PRINCIPAL MINISTERIO DE SALUD
COMPONENTE TUBERCULOSIS
SLV-C-MOH**

JUEVES 18 DE JUNIO DE 2026

ÍNDICE

1. Introducción	3
2. Objetivo General de la Visita	4
3. Equipo Conformado para la Visita	4
4. Desarrollo de la Visita.....	4
5. Agradecimientos.....	22
6. Conclusiones	19
7. Recomendaciones.....	20
8. Fotos de la Visita.....	21

1.- Introducción

El Comité de Monitoreo Estratégico del MPC-ES llevo a cabo su tercera visita de campo el 18 de junio del presente año, en coordinación y apoyo del Receptor Principal Ministerio de Salud, al proyecto financiado por el Fondo Mundial SLV-C-MOH y titulado “Reforzar la Respuesta Nacional al VIH, Centrándose en las Poblaciones Clave y Alineándose con los Objetivos Internacionales 2025-2027”.

A través del financiamiento del Fondo Mundial en El Salvador, se ejecuta actualmente la subvención consolidada con dos componentes: uno para Tuberculosis y uno para VIH; para la subvención de Tuberculosis se cuenta con un solo Receptor Principal: Ministerio de Salud (MINSAL) y para VIH se cuenta con dos Receptores Principales: Ministerio de Salud (MINSAL) y Plan Internacional. La Subvención consolidada (SLV-C-MOH) inició el 01 de enero del 2025 y finalizará el 31 de diciembre del 2027, con un monto aprobado de \$6,536,647.00 para MINSAL y la subvención para Plan Internacional (SLV-H-PLAN) de \$10,067,870.00, totalizando \$16,604,517.00 (Dieciséis millones seiscientos cuatro mil quinientos diecisiete dólares americanos).

Esta visita fue llevada a cabo para brindar seguimiento a la ejecución del acuerdo antes citado y con el siguiente objetivo general: **Analizar el desempeño de los indicadores priorizados de Tuberculosis para identificar avances, brechas y oportunidades de mejora en la prevención, detección y diagnóstico oportuno de la enfermedad.**

Por mandato de Fondo Mundial el MCP-ES, debe velar y monitorear a los receptores principales en el cumplimiento de una serie de requisitos (6) para alcanzar el mejor desempeño. Entre ellos el requisito No. 3 consigna la exigencia de contar con un Plan de Monitoreo para garantizar el cumplimiento de las acciones que se enmarcan en las subvenciones al país, bajo este requisito implementará de manera regular durante el presente año 6 visitas de campo a los proyectos antes mencionados, en caso de considerar necesaria alguna visita adicional se podría programar.

Para esta visita, fueron convocados los siguientes miembros del Comité de Monitoreo Estratégico del MCP-ES: Lcda. Susan Padilla, Coordinadora del Comité de Monitoreo; Lcda. Isabel Payes, Subcoordinadora del Comité de Monitoreo; Dra. Celina de Miranda, Presidenta del MCP-ES, Dra. Carmen del Pilar de Durán, ISSS; Dr. Carlos Castaneda, PEPFAR, Sra. Doris Acosta de Alvarado, Asociación REDSAL, Sra. Verónica de Quintanilla, Asociación El Renuevo, Sra. Zuleima Molina, Asociación Orquídeas del Mar, Ing. Enrique Díaz, REDCA+ y Lcda. Marta Alicia de Magaña/MCP-ES.

2. OBJETIVO GENERAL DE LA VISITA:

Analizar el desempeño de los indicadores priorizados de Tuberculosis para identificar avances, brechas y oportunidades de mejora en la prevención, detección y diagnóstico oportuno de la enfermedad.

3. EQUIPO QUE PARTICIPÓ EN LA VISITA DE CAMPO:

No	Nombre	Organización	Sector
1	Lcda. Susan Padilla	Coordinadora de la misión /Directora Ejecutiva PASMO	COMITÉ DE MONITOREO ESTRATÉGICO MCP-ES
2	Lcda. Marta Alicia de Magaña	Directora Ejecutiva MCP-ES	
3	Lcda. Isabel Payés	CONAMUS	
4	Sra. Doris Acosta	REDSAL +	
5	Sra. Zuleima Molina	Orquídeas del Mar	
6	Ing. Enrique Díaz	REDCA+	
7	Dra. Celina de Miranda	Representante de País ONUSIDA	
8	Dr. Carlos Castaneda	PEPFAR	
9	Lcda. María Eugenia Ochoa	Técnica Administrativa, Financiera y Comunicaciones	DIRECCIÓN EJECUTIVA MCP-ES
10	Dr. Mario Soto	Unidad de Control y Prevención de la Tuberculosis y otras enfermedades respiratorias	RECEPTOR PRINCIPAL MINISTERIO DE SALUD
11	Lic. René Guevara	Unidad de Control y Prevención de la Tuberculosis y otras enfermedades respiratorias	
12	Dr. Juan Carlos Ramírez	Oficina de Apoyo Fondo Mundial	
13	Dra. Ana Guadalupe Flores	Apoyo Técnico MCP-ES	

4. DESARROLLO DE LA VISITA DE CAMPO:



Lcda. Susan Padilla brindó la bienvenida al equipo y agradeció al equipo del Receptor Principal, las gestiones realizadas, para llevar a cabo esta visita de campo al Componente de Tuberculosis, mencionando el objetivo de la visita. De igual forma agradeció al Ministerio de Salud, por agendar esta reunión y preparar la presentación, lo cual brinda la oportunidad de conocer los datos reportados y especialmente cumplir el objetivo principal de esta visita,

citado previamente. Hace el recordatorio de que el equipo cuenta con un formulario con algunas consultas y preguntas, que se irán compartiendo durante el desarrollo de la presentación.

Lcda. Marta Alicia de Magaña, comentó que este día se tiene la ventaja de contar con la presencia de Dr. Mario Soto, jefe de la Unidad de Control y Prevención de la Tuberculosis y otras enfermedades respiratorias y si hay preguntas que no vienen en el formulario y no salen del contexto también se puede realizar, dado el ambiente de confianza con el Receptor Principal.



El Dr. Juan Carlos Ramírez manifestó que era un honor compartir este espacio con los participantes y recordó que la historia de la respuesta a la tuberculosis en El Salvador ha demostrado que los datos y los indicadores de salud pertenecen a la comunidad, pues cada porcentaje, tasa o cifra representa la vida, el sufrimiento o la esperanza de una persona.

Señaló que la jornada se centraba en dos indicadores fundamentales. El primero, la tasa de incidencia de tuberculosis refleja la velocidad con la que la enfermedad continúa propagándose en las comunidades, especialmente en poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad, como las personas privadas de libertad. Destacó que su análisis permite responder preguntas esenciales sobre si se está llegando oportunamente a las poblaciones históricamente más rezagadas y si se está logrando interrumpir la cadena de transmisión.

Respecto al segundo indicador, relacionado con el porcentaje de personas diagnosticadas mediante pruebas rápidas recomendadas por la OMS, afirmó que este representa el derecho a una atención científica, digna y oportuna. Explicó que una prueba molecular como GeneXpert no constituye un lujo tecnológico, sino una herramienta que permite brindar un diagnóstico oportuno, iniciar el tratamiento adecuado e identificar tempranamente la farmacorresistencia.

Asimismo, destacó que ampliar el acceso a estas pruebas debe convertirse en una prioridad de equidad impulsada también por la sociedad civil, cuyo papel trasciende la revisión de informes para ejercer una contraloría social basada en el conocimiento de la realidad de los territorios.

Finalmente, expresó que los indicadores muestran las brechas, pero son las organizaciones comunitarias quienes conocen el rostro de las personas afectadas por ellas. Invitó a que las preguntas de la jornada fueran utilizadas no solo como un ejercicio técnico, sino como una herramienta para proponer acciones, dar seguimiento y contribuir a que ninguna persona en El Salvador quede atrás en la respuesta a la tuberculosis. Concluyó agradeciendo la participación de los asistentes y deseando una jornada productiva.

Lcda. Marta Alicia de Magaña agradeció a Dr. Ramírez y confirmó que le tomarán la palabra.

Dr. Mario Soto inicia su participación saludando al equipo. Inicia la presentación de los indicadores seleccionados para revisión de este día, el primero **Tuberculosis I-2 Tasa de incidencia de Tuberculosis por 100,000 habitantes** y segundo indicador **Tuberculosis DT-4 — Otro 4**, que corresponde al Porcentaje de pacientes con Tuberculosis (casos nuevos y recaídas) analizados con pruebas de diagnóstico rápido recomendadas por la OMS en el momento del diagnóstico.

La Lcda. Marta Alicia de Magaña solicitó la palabra para informar que la selección de los indicadores abordados durante la visita de campo no fue aleatoria. Explicó que estos fueron definidos tomando como referencia la carta de retroalimentación emitida por el Fondo Mundial sobre el desempeño de la subvención 2025, y que su selección fue coordinada con el equipo técnico del Programa Nacional de Tuberculosis. Señaló que, de manera conjunta, se consideró que estos indicadores constituían los más pertinentes para orientar la visita, por reflejar de forma integral el estado de la respuesta nacional a la tuberculosis y abarcar aspectos clave relacionados con la incidencia de la enfermedad y el diagnóstico oportuno.

TUBERCULOSIS-2 Tasa de incidencia de Tuberculosis por 100,000 habitantes

Compartió una explicación sobre la terminología epidemiológica, iniciando con el concepto de **tasa de incidencia**. Señaló que este indicador refleja qué tan rápido se está propagando, en este caso, la tuberculosis en una comunidad durante un período determinado, generalmente un año. Explicó que la medición considera únicamente los casos nuevos diagnosticados durante ese período, sin incluir a las personas que recibieron tratamiento previamente. Comparó este proceso con tomar una fotografía de la situación en un momento específico, incorporando únicamente los casos presentes en ese período.

Indicó que este indicador permite determinar si el bacilo de la tuberculosis está ganando terreno o si, por el contrario, su propagación va en descenso. Asimismo, facilita evaluar si el país está logrando frenar la enfermedad y comparar la carga de tuberculosis entre distintas poblaciones, departamentos o países. Como ejemplo, mencionó que es posible comparar la tasa de incidencia entre San Salvador y Chalatenango, entre Chalatenango y San Vicente, o entre El Salvador y otros países del mundo. Destacó que esta medición constituye una herramienta fundamental para la vigilancia epidemiológica y la planificación de las acciones de salud pública.

Posteriormente explicó que la tasa de incidencia se calcula mediante la fórmula:

$$(\text{Número de casos de tuberculosis} \div \text{Población total}) \times 100,000$$

Precisó que el numerador corresponde al número de casos nuevos diagnosticados de tuberculosis durante el período evaluado y el denominador a la población total. El resultado expresa el número de personas con tuberculosis registradas por cada 100,000 habitantes, lo que permite realizar comparaciones estandarizadas entre departamentos, países, regiones o continentes.

¿Cuál ha sido la tendencia de la incidencia de la Tuberculosis durante los últimos 3 años y cuales son los principales factores que explican los cambios observados?

Entonces ahora veamos el comportamiento de la Tuberculosis:

- 1) **Para el año 2023**, la tasa de incidencia Tuberculosis fue de **67.5 x 100.000 habitantes** y los casos diagnosticados **4.282**
- 2) **Para el 2024**, la tasa de incidencia Tuberculosis fue **91 x 100.000 habitantes** y los casos diagnosticados fueron **5.796**

3) **Para el 2025**, la tasa de incidencia Tuberculosis fue **98.4 x 100.000 habitantes** y los casos diagnosticados **6.050**

Explicó que, de acuerdo con la tasa de incidencia estimada en el Reporte Mundial de la OPS (Global Report 2023), la línea base era de **50 casos por cada 100,000 habitantes**. Sin embargo, señaló que esta estimación resultó inferior a los hallazgos observados, ya que entre **2022 y 2024** se registró un incremento importante en la tasa de incidencia. Indicó que este comportamiento se atribuye principalmente a la identificación y diagnóstico de casos en grupos de mayor riesgo, especialmente en la población privada de libertad, cuya magnitud ha aumentado significativamente en los últimos años.

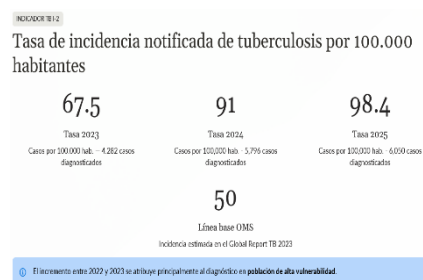
Informó que, para responder a este contexto, el Ministerio de Salud, a través de la Unidad de Control y Prevención de la Tuberculosis, mantiene un trabajo interinstitucional organizado y coordinado con la Dirección General de Centros Penales (DGCP), mediante una planificación que contempla reuniones mensuales o bimensuales. Explicó que en este esfuerzo también participan la Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención, la Dirección Nacional de Hospitales, la Oficina de Enfermedades No Transmisibles, el equipo técnico de la Unidad de Control y Prevención de la Tuberculosis —del cual forma parte el Lic. René Guevara—, la Oficina de Apoyo del Fondo Mundial, representada por el Dr. Juan Carlos Ramírez, y la Dirección de Monitoreo Estratégico. Asimismo, destacó el apoyo brindado por el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), tanto en asistencia técnica como en la facilitación de espacios para el desarrollo de reuniones.

Respecto a las metas de la subvención **SLV-C MOH P02**, indicó que la proyección para este indicador es de **77.1 para 2025, 78.3 para 2026 y 82.1 para 2027**. No obstante, recordó que la tasa de incidencia registrada para **2025 fue de 98.4 casos por cada 100,000 habitantes**, evidenciando una tendencia sostenida al incremento, la cual refleja una mayor capacidad de detección de casos en poblaciones vulnerables.

Finalmente, señaló que los principales factores que han influido en el incremento de la tasa de incidencia de tuberculosis son: **i)** el impacto de la población en mayor riesgo y vulnerabilidad, particularmente la población privada de libertad; **ii)** las mejoras en la capacidad diagnóstica y la reducción del subregistro; **iii)** el aumento de casos en poblaciones de alto riesgo y con comorbilidades, especialmente personas con VIH, diabetes e hipertensión, destacando que alrededor de **580 personas con diabetes** también presentan tuberculosis; y **iv)** las secuelas derivadas de la pandemia de COVID-19.

Lcda. Marta Alicia de Magaña consulta sobre cuando se menciona el impacto de la población en mayor riesgo y vulnerabilidad, ¿ha ido creciendo esta población?

Dr. Mario Soto confirma que como es del conocimiento que la población privada de libertad también ha crecido.



Dr. Juan Carlos Ramírez, hace notar que la tasa de incidencia de Tuberculosis dice “**notificada**”, lo que significa que ese es el dato que el país presentó a OPS/OMS y ellos dan por aceptado.

Pues así como la estimación de tasas de VIH, OPS/OMS también hace estimaciones de casos para tuberculosis, también hacen estimaciones de tasa de incidencia, considerando las variabilidades que existen entre los diferentes periodos, El Salvador presenta tasas notificadas mayores

a las tasas históricamente estimadas, dicho incremento se debe al evento de una mayor movilización y concentración de esta población en los centros penales, generando el escenario ideal para que la enfermedad se

transmitiera más fácilmente, motivo principal por el que los valores notificación de la tasa de incidencia de Tuberculosis de todas las formas ha aumentado gradualmente.

Añadió que, en relación con la subvención vigente financiada por el Fondo Mundial, es importante recordar que esta responde al Plan de Mitigación de la Tuberculosis en Centros Penales y que actualmente se encuentra en su segundo año de implementación. Señaló que ya existen evidencias que permiten inferir un impacto positivo en el control de la enfermedad, ya que la mayoría de los pacientes diagnosticados durante 2022 y 2023 han completado su tratamiento y se encuentran curados. Indicó que, como ocurre en toda cohorte, algunos pacientes fallecieron por causas distintas a la tuberculosis. Asimismo, destacó que la incorporación de nuevos esquemas terapéuticos con Rifapentina e Isoniazida, mediante tratamientos de menor duración, ha mostrado resultados favorables al reducir el tiempo requerido para completar el tratamiento. Como ejemplo, mencionó que en un centro penal donde anteriormente se registraban numerosos casos, durante el presente año no se han identificado nuevos casos, pese a haberse realizado actividades de búsqueda activa, observándose un silencio diagnóstico.

No obstante, enfatizó que, si bien estos resultados reflejan avances importantes en el control de la tuberculosis en los centros penales, no debe perderse de vista el riesgo asociado a la denominada población puente, integrada por personal de enfermería, personal médico y personal de seguridad penitenciaria, quienes, tras concluir su jornada laboral, regresan a la comunidad e interactúan con sus familias y otros entornos como centros de trabajo, instituciones financieras, iglesias y el transporte público. En ese sentido, advirtió que podría observarse una disminución de casos en la población privada de libertad, mientras aumenta el riesgo de transmisión en la población general a través de estos contactos, razón por la cual las actividades de vigilancia epidemiológica continúan siendo fundamentales.

Finalmente, señaló que, al comparar las metas establecidas en la subvención vigente con la estimación estadística del Global Tuberculosis Report 2025 de la OMS/OPS, se evidencia una diferencia importante, ya que mientras la estimación del reporte es de 116, la meta programada para 2025 en la subvención fue de 77. Consideró que esta situación pone de manifiesto la necesidad de establecer, en la próxima subvención, metas acordes con las tasas de incidencia notificadas y con la evolución epidemiológica de la enfermedad.

¿Qué grupos poblacionales o territorios presentan actualmente las tasas de incidencia más altas y que intervenciones específicas se están implementando para reducir la transmisión en estas áreas o poblaciones?



Lcda. Susan Padilla refirió que llama la atención el factor que refiere la incidencia de la población de alto riesgo e incluye a personas con VIH, pero también diabetes, pueden ampliar este punto.

El Dr. Mario Soto explicó que, hace aproximadamente seis años, la Unidad de Control y Prevención de la Tuberculosis desarrolló un proyecto piloto para investigar la comorbilidad entre tuberculosis y diabetes mellitus. Señaló que el estudio, implementado inicialmente en cinco Unidades de Salud de San Salvador, fue liderado por un equipo integrado por referentes de tuberculosis de la Región Metropolitana de Salud, el Programa de Enfermedades No Transmisibles, el Dr. Henry Alfaro, neumólogo de la Unidad de Control y

Prevención de la Tuberculosis, y dos médicos endocrinólogos. Posteriormente, el pilotaje se amplió a las cinco regiones de salud y finalmente fue incorporado a nivel nacional.

Informó que la comorbilidad tuberculosis-diabetes representa actualmente el 11 % del total de casos de tuberculosis, mientras que la coinfección tuberculosis-VIH corresponde al 2.8 %, evidenciando una mayor carga asociada a la diabetes.

Indicó que estos hallazgos motivaron la incorporación de un apartado específico sobre tuberculosis y diabetes en los lineamientos nacionales de tuberculosis. Asimismo, señaló que existen otras comorbilidades asociadas a la inmunosupresión, como la enfermedad renal crónica, que también incrementan el riesgo de desarrollar tuberculosis.

Explicó que, para fortalecer el abordaje de estas condiciones en el nivel local, mediante subvenciones anteriores del Fondo Mundial se adquirieron glucómetros y tiras reactivas, con el propósito de facilitar el tamizaje de diabetes en personas con sospecha de tuberculosis y factores de riesgo. Preciso que, además de la prueba molecular para tuberculosis, se realiza glucometría y, cuando el resultado es igual o superior a 100 mg/dl, se indica una glicemia para continuar el algoritmo diagnóstico y el manejo integral de ambas patologías, según corresponda. Agregó que se han identificado pacientes con tuberculosis confirmada que presentan valores de glucometría de hasta 400 mg/dl, lo que evidencia la importancia de este abordaje integral.

El Dr. Juan Carlos Ramírez ratificó que la articulación entre las diferentes direcciones del Ministerio de Salud ha fortalecido la vigilancia epidemiológica y ha permitido abordar de manera integral las principales comorbilidades asociadas a la tuberculosis. Señaló que enfermedades como la diabetes, la hipertensión arterial, la insuficiencia renal y el cáncer favorecen la inmunosupresión y aumentan el riesgo de desarrollar tuberculosis, incluso en personas que desconocen estas condiciones.

Añadió que históricamente la atención se ha concentrado en la coinfección tuberculosis-VIH; sin embargo, los datos muestran una reducción de esta condición, mientras que las comorbilidades asociadas a enfermedades no transmisibles han incrementado de forma importante. En ese sentido, destacó la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica y mantener alianzas estratégicas entre las diferentes unidades especializadas del Ministerio de Salud para garantizar un abordaje integral de los pacientes.



El Lic. René Guevara manifestó que la incorporación de la vigilancia de la comorbilidad tuberculosis-diabetes ha permitido dar respuesta a indicadores internacionales. Señaló que actualmente se realiza el seguimiento de cohortes específicas y que esta información se reporta en los informes anuales, evidenciando que la diabetes constituye la principal comorbilidad asociada a la tuberculosis en la comunidad, por encima de otras condiciones.

La Lcda. Isabel Payés consultó si el régimen de excepción guarda alguna relación con la disminución de los casos de tuberculosis.

El Dr. Juan Carlos Ramírez respondió que la reducción observada se debe principalmente a las intervenciones implementadas en coordinación con la Dirección General de Centros Penales (DGCP). Explicó que toda persona que ingresa a un centro penal es sometida a un tamizaje mediante un algoritmo que permite identificar el riesgo de tuberculosis, complementado, según corresponda, con radiografía de

tórax o pruebas moleculares. Añadió que, cuando se descarta la enfermedad, pero la persona permanecerá en un ambiente de alto riesgo de transmisión, se administra tratamiento preventivo con Rifapentina e Isoniazida, lo que ha contribuido a que algunos centros penales que antes reportaban numerosos casos actualmente registren cero casos.

La Lcda. Isabel Payés aclaró que su consulta se refería a si la disminución de la población penitenciaria, tras el incremento de capturas registrado hace dos años, podría haber influido en la reducción de casos, considerando que en ese período el elevado ingreso de personas dificultaba el tamizaje oportuno.

En respuesta, **el Dr. Mario Soto** recordó que el Plan de Mitigación de la Tuberculosis en Centros Penales, aprobado por el Fondo Mundial y con una vigencia de tres años, establece metas de 25,000 radiografías de tórax para 2025, 25,000 para 2026 y 26,000 para 2027, para un total de 76,000 radiografías. Indicó que el fortalecimiento de estas acciones de búsqueda activa contribuyó al incremento de casos detectados durante 2025.

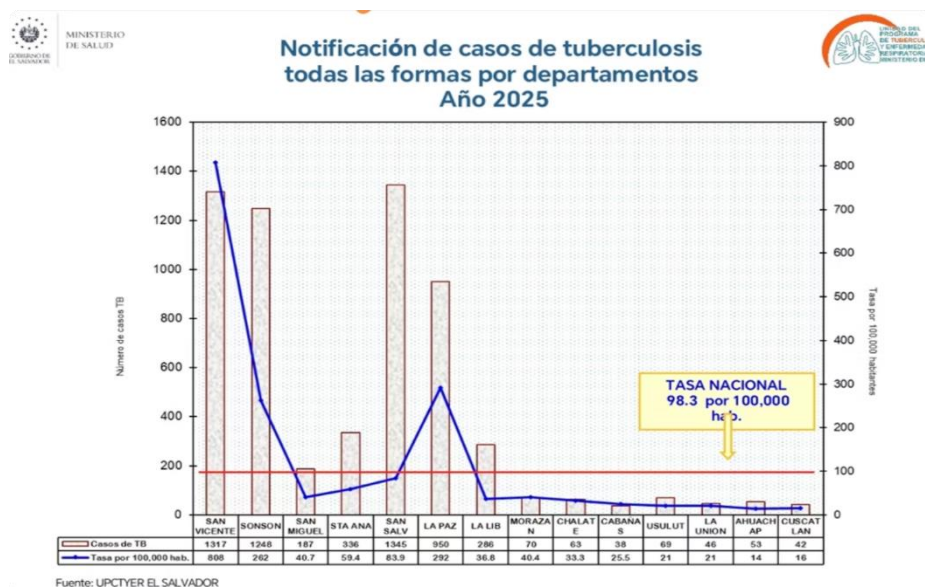
Asimismo, explicó que las primeras 25,000 radiografías fueron interpretadas de forma manual, debido a que aún no se disponía del sistema de inteligencia artificial. Posteriormente, gracias al apoyo técnico financiado por el Fondo Mundial, se implementó esta herramienta, cuya calibración requirió el análisis conjunto de aproximadamente 10,000 radiografías de tórax y 10,000 pruebas moleculares, con el fin de establecer los umbrales diagnósticos necesarios para su funcionamiento.

Agregó que, cuando el sistema no alcanza el umbral requerido para confirmar un caso, la Dra. Maritza Melgar, neumóloga de la Unidad de Control y Prevención de la Tuberculosis, realiza una revisión clínica y radiológica del caso para confirmar o descartar el diagnóstico. Finalmente, señaló que el incremento de casos registrado en 2025 no constituyó una sorpresa, ya que es esperable que el fortalecimiento de las estrategias de búsqueda activa y diagnóstico permita identificar un mayor número de casos previamente no detectados.

Grafica No 1. En El Salvador adonde se encuentran la mayor incidencia de la Tuberculosis

El Dr. Mario Soto presentó el análisis de la tasa de incidencia de tuberculosis por departamento

correspondiente al año 2025, señalando que los mayores valores se concentran en territorios donde se ubican los principales centros penales del país. Indicó que San Vicente registró la tasa de incidencia más alta (808 por 100,000 habitantes), seguido por La Paz (292), Sonsonate (262), San Salvador (83.9) y Santa Ana (59.4 por 100,000 habitantes).



Explicó que estos resultados están estrechamente relacionados con la ubicación de los centros penitenciarios de mayor capacidad y destacó que la interpretación de la tasa de incidencia debe considerar también la densidad poblacional de cada departamento, ya que esta influye en el comportamiento del indicador.

Asimismo, señaló que las intervenciones implementadas en los centros penales, incluyendo el tamizaje mediante pruebas moleculares, la realización de radiografías de tórax y el tratamiento preventivo, han

contribuido a reducir la transmisión de la enfermedad en varios establecimientos. Como ejemplo, mencionó los centros penales de Gotera y Jucuapa, que históricamente reportaban casos de tuberculosis y que actualmente presentan una disminución significativa o ausencia de casos.

Finalmente, se aclaró que los centros de internamiento para personas menores de edad, como el Centro de Integración Social (CIS) El Espino, no forman parte de la Dirección General de Centros Penales, sino que se encuentran bajo la administración del Consejo Nacional de la Primera Infancia, Niñez y Adolescencia (CONAPINA).

INDICADOR TUBERCULOSIS DT-4 — OTRO 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.

¿Cuál ha sido el comportamiento de este indicador en los últimos años y qué factores han contribuido a los avances?

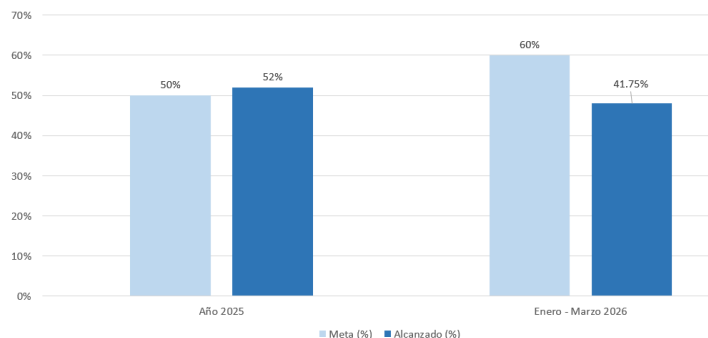
Dr. Mario Soto continuó con el indicador **TUBERCULOSIS DT-4-OTRO 4**, en el caso del porcentaje de pacientes con tuberculosis, casos nuevos y recaídas que han sido analizados con pruebas de diagnóstico rápido, como son las pruebas moleculares, el diagnóstico preciso es fundamental para la atención de la Tuberculosis y la ventaja de la prueba rápida para la detección temprana y el tratamiento oportuno; en El Salvador se está utilizando la prueba molecular Xpert M Tuberculosis/RIF Ultra, con dos funciones uno es el diagnóstico de la enfermedad y también la resistencia a rifampicina; de acuerdo a lineamiento es el método de elección y es indicada en población general y para población privada de libertad, lo cual ha desplazado la baciloscopía no obstante aunque se realice el diagnóstico con la prueba molecular complementariamente al contar con la baciloscopía, se puede realizar el control y seguimiento al segundo, cuarto, y sexto mes a través de baciloscopía y en el caso de Tuberculosis se continúa realizando el cultivo tanto en medio líquido como en medio sólido.

¿Qué cobertura tienen actualmente las pruebas de diagnóstico rápido recomendados por la OMS a nivel nacional

Ahora para la medición de este indicador el numerador corresponde al número de pacientes nuevos y recaídas que fueron analizados por pruebas de diagnóstico rápido recomendadas por la OMS y el denominador es el número total de pacientes de Tuberculosis notificados nuevos y recaídos en el año de reporte, la periodicidad de este indicador es anual, no es acumulativo y la fuente de información es el sistema nacional de información del Programa Nacional de Tuberculosis.

Cabe destacar que este indicador refleja el compromiso país con el diagnóstico oportuno y de calidad, elementos claves para el control de la tuberculosis,

Gráfico No 2 TUBERCULOSIS DT-4 - Otro 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.



En relación con el **Indicador TBDT-4**, correspondiente al porcentaje de pacientes con tuberculosis notificados que fueron analizados mediante pruebas de diagnóstico rápido recomendadas por la OMS al momento del diagnóstico, el equipo técnico presentó los resultados alcanzados durante 2025 y el primer trimestre de 2026.

Se informó que, para **2025**, la meta establecida fue del **50 %**, la cual fue superada al alcanzar un **52 %**. Para **2026**, la meta anual es del **60 %** y, al cierre del primer trimestre, se registró un avance del **41.75 %**. Se aclaró que este porcentaje corresponde únicamente al período de enero a marzo y no al resultado anual del indicador.

El equipo técnico explicó que la interpretación de este indicador debe considerar el fortalecimiento de las estrategias de tamizaje implementadas en el país. Con la incorporación de la lectura de radiografías mediante inteligencia artificial, ha aumentado la identificación de casos **clínicamente diagnosticados**, es decir, personas con hallazgos radiológicos sugestivos de tuberculosis que, aun sin presentar síntomas o sin requerir confirmación mediante prueba molecular, inician tratamiento conforme a los lineamientos técnicos vigentes. Esta situación influye en la proporción de casos confirmados mediante pruebas moleculares, sin representar una disminución en la capacidad diagnóstica del programa.

Asimismo, se informó que durante el período evaluado se notificaron **2,074 casos de tuberculosis**, de los cuales **866** fueron diagnosticados mediante pruebas moleculares, equivalente al **41.75 %**.

Finalmente, se destacó que, de conformidad con las guías de la OPS y los lineamientos nacionales, el abordaje diagnóstico debe seguir un algoritmo que inicia con la radiografía de tórax y, según los hallazgos, determina la necesidad de realizar pruebas moleculares u otros procedimientos diagnósticos, favoreciendo una detección más oportuna de la enfermedad.

¿cuáles son los principales desafíos que está presentando actualmente el diagnóstico temprano de la tuberculosis? y ¿qué acciones se están tomando para superar estos desafíos?

Dra. Celina de Miranda consultó sobre ¿cuáles son los principales desafíos que está presentando actualmente el diagnóstico temprano de la tuberculosis? y ¿qué acciones se están tomando para superar estos desafíos?

El Dr. Mario Soto señaló que uno de los principales desafíos para la sostenibilidad de la respuesta a la tuberculosis es garantizar el financiamiento de las pruebas moleculares una vez finalice el apoyo del Fondo Mundial. Asimismo, indicó que persiste el reto de ampliar el acceso a este tipo de diagnóstico en todos los establecimientos de salud, considerando que muchos de ellos no cuentan con laboratorio clínico, lo que obliga al traslado de las muestras hacia hospitales o establecimientos con capacidad diagnóstica. Destacó que el alto costo de las pruebas moleculares representa una preocupación para la sostenibilidad del programa.

Durante la discusión, se consultó sobre el monitoreo del uso de las pruebas moleculares, considerando que la meta anual del indicador para 2026 es del **60 %** y que al primer trimestre ya se había alcanzado un **41.75 %**. En respuesta, el **Dr. Mario Soto** explicó que el Programa Nacional de Tuberculosis promueve el uso racional de estas pruebas, enfatizando que su indicación debe responder al algoritmo diagnóstico y no únicamente al cumplimiento de metas. Informó que el costo estimado de cada prueba molecular, incluyendo reactivos y procesamiento, es de **US\$50.64**, por lo que su utilización es objeto de seguimiento permanente.

Agregó que, a través de las evaluaciones nacionales, se analizan indicadores como el número de personas con sintomatología respiratoria, las pruebas moleculares realizadas y los casos diagnosticados, lo que ha permitido identificar situaciones en las que se efectuaron múltiples pruebas a una misma persona hasta confirmar el diagnóstico. Señaló que, en algunas Regiones de Salud, esta práctica representó un gasto de hasta **US\$6,000** para detectar un solo caso de tuberculosis, razón por la cual se continúa fortaleciendo la adherencia al algoritmo diagnóstico en todos los niveles de atención.

Asimismo, informó que durante el año anterior se desarrolló un trabajo conjunto con el **Instituto Emilio Coni**, de Buenos Aires, para diseñar una herramienta que permita establecer metas de detección basadas en el número esperado de casos de tuberculosis por establecimiento de salud, en lugar de fijarlas únicamente por el número de personas con sintomatología respiratoria, con el propósito de orientar de manera más eficiente las acciones de búsqueda y diagnóstico.

En relación con el papel de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el **Dr. Mario Soto** explicó que actualmente no existe la posibilidad de apoyo financiero para la adquisición de pruebas o insumos, debido a las restricciones presupuestarias que también han afectado a otros organismos de cooperación. No obstante, destacó que la OPS continúa brindando apoyo mediante el **Fondo Estratégico**, actuando como mecanismo de adquisición que consolida las compras de medicamentos e insumos de salud para obtener mejores precios, sin que ello represente financiamiento directo para el país.



La **Dra. Celina de Miranda** destacó la importancia de analizar la situación de la tuberculosis más allá de la población privada de libertad y consultó sobre el comportamiento de la enfermedad en la población general. En respuesta, el **Dr. Mario Soto** explicó que la mayor carga de casos se concentra en departamentos con alta densidad poblacional, como San Salvador, Sonsonate y La Libertad, situación que históricamente ha estado asociada a factores como la concentración poblacional y la mayor prevalencia de comorbilidades, entre ellas diabetes, obesidad y síndrome metabólico.

Asimismo, se enfatizó que, si bien los centros penales representan actualmente un escenario prioritario para el control de la tuberculosis, no debe perderse de vista el riesgo de transmisión hacia la población general a través de la denominada población puente, integrada por personal de salud, custodios, personal de seguridad y otros trabajadores que mantienen contacto permanente entre los centros penales y la comunidad.

Al continuar el análisis del indicador TBBDT-4, se destacó que el avance alcanzado durante el primer trimestre de 2026 (41.75 %) podría permitir superar la meta anual del 60 %, lo que representa un resultado positivo desde el punto de vista del diagnóstico oportuno, pero también plantea desafíos para garantizar la disponibilidad de pruebas diagnósticas rápidas y la sostenibilidad de su financiamiento.

En este sentido, el **Lic. René Guevara** informó que el Programa Nacional de Tuberculosis ha incrementado progresivamente la disponibilidad de pruebas diagnósticas, pasando de 500 pruebas en 2022 a 46,000 en 2023, 66,000 en 2025, 91,000 en 2025 y una proyección de 94,000 pruebas para 2026, lo que permite cubrir la demanda prevista para el presente año. No obstante, señaló que un incremento mayor al esperado en el número de casos podría generar nuevas necesidades de abastecimiento.

Asimismo, se informó que el fortalecimiento del diagnóstico mediante inteligencia artificial ha contribuido a optimizar el uso de las pruebas moleculares y a mejorar la selección de los pacientes que requieren este tipo de estudio. El **Dr. Mario Soto** indicó que el Programa ha incorporado un nuevo equipo de inteligencia artificial para ampliar su utilización en la población general; sin embargo, reiteró que uno de los principales desafíos será garantizar la sostenibilidad tecnológica y financiera de esta estrategia una vez concluya el apoyo del Fondo Mundial.

En cuanto al abastecimiento de insumos, el **Lic. René Guevara** informó que recientemente se distribuyeron 650 pruebas y que, adicionalmente, se contará con una donación de 500 pruebas gestionada a través del SICA, lo que contribuirá a mantener la cobertura prevista durante 2026.

Durante la discusión también se abordó el papel de las organizaciones comunitarias en la prevención y detección de la tuberculosis. La **Lcda. Isabel Payés** planteó la necesidad de retomar los procesos de capacitación dirigidos a organizaciones territoriales, a fin de fortalecer su participación en las acciones comunitarias de prevención y referencia de casos.

En respuesta, el **Dr. Mario Soto** explicó que el Programa Nacional de Tuberculosis impulsa desde hace varios años la estrategia de Alianza Público-Privada, promovida por la Organización Mundial de la Salud, mediante la cual se establecen vínculos de colaboración con voluntarios comunitarios, farmacias, laboratorios, clínicas privadas y otros actores locales para fortalecer la búsqueda de casos, la referencia oportuna de personas con sospecha de tuberculosis y el acceso temprano al tratamiento. Destacó que esta estrategia forma parte de los indicadores de seguimiento del programa y reiteró que toda institución u organización interesada en contribuir a estas acciones es bienvenida, en beneficio de la población y del fortalecimiento de la respuesta nacional frente a la tuberculosis.

El **Dr. Juan Carlos Ramírez** informó que, desde el Comité de Coinfección Tuberculosis-VIH, se prevé fortalecer las acciones de educación continua dirigidas a los grupos de apoyo de las Clínicas de Atención Integral (CAI), con el propósito de mantener vigente la sensibilización sobre la tuberculosis tanto entre el personal de salud como en las comunidades. Destacó que la educación continua es fundamental para evitar la percepción errónea de que la tuberculosis ha sido erradicada en el país y para fortalecer el papel de la comunidad en la vigilancia y detección oportuna de casos. Asimismo, señaló que la experiencia de otras estrategias comunitarias, como los colaboradores voluntarios en el componente de malaria, evidencia el valor de la participación comunitaria en la respuesta a las enfermedades transmisibles.

En este contexto, la **Lcda. Isabel Payés** manifestó el interés de las organizaciones comunitarias en incorporarse a las acciones de prevención de la tuberculosis y consultó sobre los mecanismos mediante los cuales podrían apoyar al Programa Nacional de Tuberculosis, particularmente a través de procesos de capacitación y materiales educativos dirigidos a grupos de mujeres y otras poblaciones comunitarias.

En respuesta, el **Dr. Mario Soto** señaló que el principal apoyo que puede brindar el Programa consiste en procesos de capacitación, debido a que actualmente la política institucional limita la impresión de materiales educativos. No obstante, se reconoció que los materiales en formato digital constituyen una herramienta útil para fortalecer las acciones de información, educación y prevención en las comunidades.



La **Sra. Doris Acosta** destacó la importancia de disponer de información desagregada entre población general y personas privadas de libertad, a fin de analizar el comportamiento de la tuberculosis en ambos grupos y monitorear de forma diferenciada el impacto de las intervenciones. En respuesta, el **Dr. Mario Soto** explicó que la información presentada corresponde a los indicadores nacionales reportados al Fondo Mundial; no obstante, la Unidad de Control y Prevención de la Tuberculosis dispone de información desagregada por grupos poblacionales y por proveedor de servicios de salud para efectos del seguimiento epidemiológico.

Durante la discusión también se abordó el papel de la sociedad civil en la respuesta a la tuberculosis. El **Ing. Enrique Díaz** consultó sobre el mecanismo más apropiado para establecer alianzas con el Programa Nacional de Tuberculosis. El **Dr. Mario Soto** y el **Lic. René Guevara** recomendaron formalizar estos esfuerzos mediante cartas compromiso con los establecimientos de salud, facilitando así la referencia oportuna de personas con sospecha de tuberculosis para su diagnóstico y atención.

Asimismo, la **Sra. Doris Acosta** expresó su preocupación por la sostenibilidad de las intervenciones una vez concluya el financiamiento del Fondo Mundial y consultó sobre las acciones previstas para enfrentar este escenario. El **Dr. Mario Soto** explicó que la Unidad de Control y Prevención de la Tuberculosis informa periódicamente a las autoridades institucionales sobre la necesidad de fortalecer el financiamiento nacional para garantizar la continuidad de las acciones, particularmente la adquisición de pruebas diagnósticas, tuberculina y medicamentos de primera y segunda línea, cuya priorización dependerá de los recursos asignados.

La **Lcda. Susan Padilla** señaló que este desafío también fue identificado durante el ejercicio del Índice de Sostenibilidad del VIH (SID), al evidenciarse la ausencia de asignaciones presupuestarias específicas para algunos



programas prioritarios. Destacó que la sostenibilidad de la respuesta a la tuberculosis requiere no solo asegurar la compra de insumos, medicamentos y equipos, sino también garantizar su mantenimiento y reposición, por lo que consideró necesario impulsar acciones de incidencia para fortalecer el compromiso del Estado mediante asignaciones presupuestarias específicas que permitan dar continuidad a las intervenciones una vez finalice el apoyo del Fondo Mundial.

La **Dra. Celina de Miranda** destacó que, durante el ejercicio del Índice de Sostenibilidad del VIH (SID), se evidenció la importancia de contar con información documentada que respalde el análisis de la sostenibilidad financiera de los programas. Señaló que este ejercicio permitió identificar la necesidad de fortalecer el seguimiento al presupuesto público destinado a la respuesta al VIH y

la tuberculosis, así como de generar evidencia que facilite el diálogo con las autoridades responsables de la asignación de recursos.

Asimismo, indicó que herramientas como la Medición del Gasto en Tuberculosis y los estudios sobre gasto catastrófico promovidos con el apoyo de la OPS pueden aportar evidencia para demostrar los beneficios sanitarios y económicos de invertir en la prevención y el control de la enfermedad, particularmente en los casos de tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR). Consideró que estos elementos deberían incorporarse al proceso de transición hacia la sostenibilidad.

La **Dra. Ana Guadalupe Flores** señaló que la experiencia del proceso de absorción gradual de medicamentos antirretrovirales y del recurso humano financiado previamente por el Fondo Mundial constituye un referente que podría considerarse para la planificación de la transición del componente de tuberculosis. Propuso valorar un esquema de incorporación progresiva de recursos por parte del Estado, que facilite la negociación y fortalezca la sostenibilidad de las intervenciones.

Por su parte, la **Dra. Celina de Miranda** enfatizó la importancia de optimizar las inversiones realizadas con los recursos de cooperación, procurando la adquisición de tecnologías e insumos que garanticen disponibilidad de repuestos, mantenimiento y continuidad operativa, a fin de maximizar el aprovechamiento de los recursos durante el proceso de transición.

En este contexto, el **Dr. Mario Soto** manifestó que, desde la perspectiva técnica del Programa Nacional de Tuberculosis, una mayor disponibilidad de equipos para pruebas moleculares habría permitido ampliar la cobertura diagnóstica a nivel nacional. Finalmente, la **Dra. Ana Guadalupe Flores** explicó que los procesos institucionales de adquisición deben ajustarse a la normativa vigente en materia de compras públicas, la cual establece criterios de competencia, cumplimiento de especificaciones técnicas y eficiencia en el uso de los recursos públicos.

¿Qué mecanismo utiliza la Unidad de Control y Prevención de la Tuberculosis para monitorear la calidad, disponibilidad y uso oportuno de las pruebas de diagnóstico rápido en los establecimientos de salud?

Ante la consulta sobre los mecanismos utilizados para monitorear la calidad, disponibilidad y uso oportuno de las pruebas de diagnóstico rápido en los establecimientos de salud, el **Dr. Mario Soto** explicó que la Unidad de Control y Prevención de la Tuberculosis desarrolla un sistema de monitoreo permanente que combina reuniones técnicas, evaluaciones nacionales y visitas de supervisión a los establecimientos de salud. Señaló que estas actividades son realizadas por equipos multidisciplinarios integrados por personal médico, de enfermería y laboratorio, con el propósito de verificar la correcta utilización de las pruebas diagnósticas y fortalecer la capacidad operativa de los servicios.

El **Lic. René Guevara** complementó que, de forma semanal, los establecimientos que procesan pruebas moleculares remiten sus bases de datos para el análisis de la producción, calidad y resultados obtenidos. Asimismo, indicó que los casos de tuberculosis resistente son notificados el mismo día de su detección, lo que permite mantener una vigilancia epidemiológica continua y dar seguimiento oportuno al comportamiento de los indicadores.

Por su parte, el **Dr. Mario Soto** destacó que la incorporación de herramientas electrónicas, como RedLab y los sistemas de información utilizados en los centros penales, ha agilizado la entrega de resultados de las pruebas

moleculares y de las lecturas radiológicas, reduciendo los tiempos de respuesta e iniciando con mayor oportunidad el tratamiento de las personas diagnosticadas.

En cuanto al aseguramiento de la calidad, se informó que los laboratorios participan en controles externos de calidad y que las auditorías de casos son realizadas por los referentes de tuberculosis de las Regiones de Salud y los SIBASI, con el apoyo técnico del nivel central cuando se presentan casos de difícil diagnóstico.

Asimismo, se explicó que cada visita de monitoreo concluye con la formulación de recomendaciones y un plan de mejora, cuyo cumplimiento es verificado mediante visitas de seguimiento coordinadas con las Regiones de Salud y los SIBASI. Los resultados de estas supervisiones son documentados en informes técnicos dirigidos a las autoridades correspondientes, con el fin de facilitar la toma de decisiones y fortalecer la implementación del Programa de Tuberculosis en los diferentes niveles de atención.

Finalmente, el Lic. René Guevara indicó que el monitoreo también comprende la verificación del almacenamiento y manejo de los reactivos para pruebas moleculares, incluyendo el cumplimiento de las especificaciones técnicas, la cadena de frío, las condiciones de transporte y los registros diarios de temperatura, con el propósito de garantizar la calidad y confiabilidad de los insumos utilizados en el diagnóstico de la tuberculosis.

La **Dra. Celina de Miranda** expresó su preocupación por el mantenimiento de la cadena de frío durante el transporte de las pruebas moleculares, especialmente considerando las altas temperaturas registradas en distintas zonas del país y los tiempos de traslado, lo que podría afectar la calidad de los reactivos y, en consecuencia, la confiabilidad de los resultados diagnósticos.

En respuesta, el **Lic. René Guevara** explicó que, desde la planificación de las adquisiciones, la Unidad de Control y Prevención de la Tuberculosis establece como requisito que los reactivos sean transportados y conservados entre **2 °C y 8 °C** durante toda la cadena de suministro, desde el origen hasta su destino final. Señaló que, además de supervisar el cumplimiento de esta condición durante el transporte y la distribución, el Programa realiza controles de calidad a los diferentes lotes adquiridos y mantiene una coordinación permanente con los establecimientos de salud mediante comunicación electrónica, con el fin de garantizar la integridad de los reactivos y la confiabilidad del diagnóstico.

La Lcda. Isabel Payés agradeció la presentación realizada por el Dr. Juan Carlos Ramírez y el llamado dirigido a



la sociedad civil para fortalecer el ejercicio de la contraloría social. Señaló que este ejercicio requiere contar con información suficiente que permita dar seguimiento a la respuesta nacional y, en ese contexto, puso en conocimiento del equipo una situación que le había sido reportada sobre una niña menor de edad con diagnóstico de tuberculosis que reside junto a su madre en un centro penal, manifestando preocupación por la continuidad de la atención médica que estaría recibiendo. Solicitó, de ser posible, el apoyo del Programa Nacional de Tuberculosis para verificar la situación y facilitar las gestiones que contribuyeran a garantizar la atención de la menor.

En respuesta, el **Dr. Mario Soto** expresó la disposición de la Unidad de Control y Prevención de la Tuberculosis para canalizar la información con las instancias correspondientes de la Dirección General de Centros Penales y coordinar el seguimiento del caso. Explicó que, para poder identificar a la paciente y realizar las gestiones respectivas, era indispensable contar con su nombre completo u otra información que permitiera su localización.

La **Lcda. Isabel Payés** manifestó que realizaría las gestiones necesarias para obtener los datos de identificación y remitirlos posteriormente al equipo técnico, reiterando su interés en que el caso pudiera ser verificado y atendido a la mayor brevedad posible.

El Dr. Carlos Castaneda señaló que, de acuerdo con la información compartida en espacios de coordinación con socios de cooperación, el Gobierno de los Estados Unidos prevé mantener su apoyo a acciones relacionadas con la tuberculosis en el marco del memorando de entendimiento administrado por PEPFAR, particularmente en aspectos vinculados a la respuesta integral frente a las comorbilidades y al fortalecimiento de los planes operativos nacionales.



Asimismo, destacó la importancia de avanzar en la planificación del proceso de transición y sostenibilidad, considerando que los fondos actualmente disponibles permitirán continuar fortaleciendo las capacidades nacionales durante los próximos años. En ese contexto, resaltó la necesidad de aprovechar este período para consolidar la coordinación interinstitucional y preparar las condiciones para la implementación de la siguiente subvención del Fondo Mundial.

Finalmente, compartió que las tendencias de la cooperación internacional apuntan hacia un enfoque cada vez más integrado de la salud pública, en el que las respuestas al VIH, la tuberculosis y otras prioridades sanitarias se articulen dentro de estrategias nacionales de salud, favoreciendo una planificación conjunta y una mayor sostenibilidad de las intervenciones.

4. AGRADECIMIENTOS:



La **Lcda. Susan Padilla** expresó su agradecimiento al equipo de la Unidad de Control y Prevención de la Tuberculosis por el tiempo dedicado a la preparación de la presentación y por la amplitud de la información compartida durante la visita. Destacó que, como en cada ejercicio de monitoreo estratégico, el análisis realizado permitió identificar avances y desafíos para la respuesta nacional, particularmente en el contexto de la reducción del financiamiento internacional y los retos asociados a la sostenibilidad. Asimismo, agradeció al Comité de Monitoreo Estratégico por la organización de la visita y a todos los participantes por sus aportes.

Por su parte, la **Lcda. Marta Alicia de Magaña**, en su calidad de Coordinadora de la Dirección Ejecutiva del MCP-ES, agradeció al equipo de la Unidad de Control y Prevención de la Tuberculosis, en especial al Dr. Mario Soto, Dr. Juan Carlos Ramírez, Dr. Gilberto Ayala y Lic. René Guevara, por la disposición y el acompañamiento brindado desde la planificación de la visita de campo hasta su desarrollo. De igual forma, reconoció la participación de los integrantes del Comité de Monitoreo Estratégico del MCP-ES y agradeció a la Secretaría General del Sistema de la Integración Centroamericana (SG-SICA) por facilitar el Salón China (Taiwán) para la realización de la actividad.

No habiendo más puntos que tratar y habiéndose cumplido los objetivos de la visita de campo, se dio por finalizada la jornada.

6. CONCLUSIONES

1. La tasa de incidencia de Tuberculosis en población privada de libertad ha sufrido un notable incremento desde el año 2023 de 67.5x100,000 hab., al 2025 con 98.5x100,000; en el año 2023 fue evidente que el notable crecimiento de esta población por las medidas del régimen de excepción, lo cual motivó a trabajar un plan de acción para contener tal crecimiento, razón por la cual la subvención vigente concentra su financiamiento para la implementación del Plan de Mitigación y control de la Tuberculosis en Centros Penales, cuyas acciones fueron planificadas con el objetivo de implementar tecnología como la inteligencia artificial para la lectura de radiografías de tórax y diagnosticar en menos tiempo la tuberculosis; estas mejoras en la capacidad diagnóstica han impactado en el hallazgo e incremento sostenido de la enfermedad en poblaciones vulnerables como personas privadas de libertad y personas con morbilidades como la diabetes e hipertensión.
2. El liderazgo de la Unidad del Programa de Tuberculosis y la alianza interna entre las diferentes unidades especializadas en MINSAL, permitió el andamiaje perfecto para la búsqueda de otras

comorbilidades como diabetes, hipertensión, enfermedad renal y otras, en las que antes no se pensaba que pudieran incidir en la tuberculosis, con un hallazgo muy importante de la comorbilidad Diabetes Tuberculosis representa el 11% del total de casos de Tuberculosis y en el caso de VIH representa solo un 2.8%, es una diferencia importante, a predominio de mayor carga de diabetes que de VIH.

3. En cuanto indicador porcentaje de pacientes con Tuberculosis notificados, analizados mediante pruebas diagnósticas, en el primer trimestre del presente año el logro alcanzado fue 41.75% versus una meta anual del 60%, este resultado se debe a la implementación de las diferentes actividades del Plan de Mitigación de Tuberculosis en Centros Penales, en específico a la adquisición de pruebas moleculares rápidas, lo que ha facilitado mayor acceso al diagnóstico provocando estos resultados, que de continuar con este comportamiento, al cierre del año puede inferir que se superará la meta anual del 60%, por lo que es necesario prever la probable existencia de brecha.
4. Durante la visita se identificó la sostenibilidad financiera de la respuesta nacional a la tuberculosis como uno de los principales desafíos para los próximos años. Los participantes destacaron la importancia de fortalecer la planificación del proceso de transición hacia un mayor financiamiento nacional y de mantener el diálogo entre las instituciones responsables y los socios estratégicos, con el propósito de contribuir a la continuidad de las intervenciones actualmente apoyadas por el Fondo Mundial.

7. RECOMENDACIONES

Para el equipo de la Unidad de Prevención y Control de la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias:

1. Mantener la eficiencia y calidad de los servicios de prevención, diagnóstico rápido de la Tuberculosis en poblaciones vulnerables.
2. Vigilar el comportamiento de la Tuberculosis en población general e impacto de la población puente versus incidencia de Tuberculosis en población privada de libertad.
3. Continuar la coordinación de actividades de vigilancia del comportamiento de comorbilidades, como: diabetes, hipertensión, enfermedad renal, etc.
4. Facilitar la oportunidad, de crear alianzas comunitarias a través de capacitaciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis, para que la sociedad civil forme parte de la alianza público privado a través de carta compromiso con el nivel local, considerándole como otro socio que, contribuya a la identificación y referencia de personas tosedoras sospechosas de Tuberculosis, para estudio.
5. Comunicar a las autoridades la salida de Fondo Mundial y preocupación ante el compromiso de garantizar la sostenibilidad de la respuesta de país.

Para el Mecanismo Coordinador de País (MCP-ES):

1. Seguimiento a la respuesta nacional de Tuberculosis del receptor principal a futuro
2. Coordinar la creación del plan de transición con actores claves, responsables de la respuesta de la Tuberculosis.
3. Acompañamiento al comité de Transición, en el proceso de negociación de gestión del compromiso de país para garantizar la sostenibilidad para el componente de Tuberculosis.
4. Realizar análisis costo efectividad, para gestionar con las autoridades la asignación de presupuesto que permitan mantener los requerimientos para diagnóstico temprano de la Tuberculosis.
5. Gestionar reunión con el Programa de Salud Global de COMISCA, para conocer los componentes de salud al que brindan apoyo, entre ellos Tuberculosis.
6. Dar seguimiento a los acuerdos de voluntarios de ONG's y unidades de salud, a través de cartas compromiso.

8. FOTOS DE LA VISITA DE CAMPO:

Miembros del Comité de Monitoreo Estratégico, Equipo Receptor Principal Ministerio de Salud Componente Tuberculosis



Conéctate con el MCP-ES y sé
parte del seguimiento a nuestras
acciones.



MCPELSALVADOR.ORG.SV



MCPELSALVADOR



MCPELSALVADOR



ELSALVADORMCP



MCPELSALVADORORG