



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA



PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS



SERIE: DOCUMENTOS TÉCNICO NORMATIVOS

La Paz - Bolivia

2014



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA



MINISTERIO
de SALUD

PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS



SERIE: DOCUMENTOS TÉCNICO NORMATIVOS

La Paz - Bolivia

2014

MINISTERIO DE SALUD

AUTORIDADES NACIONALES

Dr. Juan Carlos Calvimontes Camargo

MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES

Dra. Ariana Campero Nava

VICEMINISTRA DE SALUD Y PROMOCIÓN

Sr. Alberto Camaqui Mendoza

**VICEMINISTRO DE MEDICINA TRADICIONAL
E INTERCULTURALIDAD**

Dr. Rubén Colque Mollo

**DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS DE
SALUD**

Dr. Rodolfo Rocabado Benavides

JEFE DE LA UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA

Dr. Julio Gonzalo Sumi Mamani

**RESPONSABLE PROGRAMA NACIONAL
DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS**

PRESENTACIÓN

La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, en el actual proceso de cambio, establece para todos a los bolivianos y bolivianas el acceso a un sistema de salud universal solidario e intercultural aspectos que están considerados en el Plan de Desarrollo Sectorial (PDS) y la política Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), ambos ordenadores de las acciones estratégicas del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis 2008-2015.

Con el propósito de profundizar la descentralización en la gestión de salud y lograr la articulación con los actores sociales, el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis al identificar esta enfermedad como un problema crónico, de carácter multifactorial y causa de altas tasas de morbilidad y mortalidad, desarrolla el Plan de Monitoreo y Evaluación de Control de la Tuberculosis con el objetivo de facilitar y contribuir con la gestión gerencial y epidemiológica en la lucha contra esta enfermedad.

El Plan refleja indicadores de estructura, proceso, resultado, efecto e impacto de las acciones de vigilancia y control de la tuberculosis, que contribuirán a medir avances, ampliar el análisis y la toma de decisiones en los correspondientes niveles de gestión

Ante estos desafíos el Ministerio de Salud presenta el Plan de Monitoreo y Evaluación para el Control de la Tuberculosis, como instrumento normativo de aplicación en todos los niveles de gestión del Sector Salud del Estado Plurinacional de Bolivia.

Dr. Juan Carlos Calvimontes Camargo
MINISTRO DE SALUD

INTRODUCCIÓN

El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) del Ministerio de Salud en la actualidad rige sus acciones, mediante el Plan Estratégico para el Control de la Tuberculosis en Bolivia 2008 – 2015, propone establecer un sistema de monitoreo y evaluación. Con el fin de desarrollar dicho componente, en el presente documento, se exhibe el Plan de Monitoreo y Evaluación del PNCT, para su implementación en todos sus niveles, con el objetivo de establecer directrices en la sistematización de indicadores, técnicas y metodológicas de intervención para optimizar el sistema de información en la recolección de datos de una manera estandarizada a nivel nacional.

En la estructura del documento, se inicia con una descripción del Sistema Nacional de Salud de Bolivia, del cual es parte el PNCT, dando de esta manera el contexto en el que se desarrolla el programa. Posteriormente, se presenta el sistema de monitoreo y evaluación en función a la normativa vigente, para que de acuerdo al diagnóstico realizado a nivel departamental y nacional, se desarrollen los componentes del Plan de Monitoreo y Evaluación del PNCT.

Se concluye con la descripción de las etapas de implementación y el presupuesto correspondiente y se espera que la implementación del presente Plan, contribuya significativamente, al logro de los objetivos establecidos en el Plan Estratégico para el Control de la Tuberculosis, y sus efectos e impactos sean de beneficio en la población boliviana.

ABREVIATURAS

BAAR (-)	Bacilo Ácido Alcohol Resistente Negativo
BAAR (+)	Bacilo Ácido Alcohol Resistente Positivo
CAI	Comité de Análisis de la Información
CLS	Comité Local de Salud
Dep.	Departamento / Departamental
DOTS	Directly observed treatment short course o Estrategia de control que incluye el Tratamiento Directamente Observado
DS	Decreto Supremo
ES	Establecimiento de Salud
IE	Información Estratégica
MyE	Monitoreo y Evaluación
MS	Ministerio de Salud
Mun.	Municipio / Municipal
ODM	Objetivos del Milenio
ONG	Organización No Gubernamental
PC	Computadora personal
PCT	Programa de Control de la Tuberculosis
PDCT	Programa Departamental de Control de la Tuberculosis
PNCT	Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
RAFA	Reacciones Adversas a Fármacos Antituberculosos
RS	Red de Salud
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural

SAFCO	Ley de Administración y Control Gubernamentales
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIRETB	Sistema de Registro de Tuberculosis
SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SNIS-VE	Sistema de Información de Vigilancia Epidemiológica
SR	Sintomático Respiratorio
STOP TB	Estrategia Alto a la Tuberculosis
SUS	Sistema Único de Salud
TB-MDR	Tuberculosis Multidrogoresistente
TB TSF	Tuberculosis todas sus formas
TB	Tuberculosis
TBP	Tuberculosis pulmonar
TD	Toma de Decisiones
TSyR	Test de Sensibilidad y Resistencia
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

LISTA DE FIGURAS

Figura No. 1

Modelo de Salud en el Marco de la SAFCI

Figura No. 2

El Proceso Administrativo en el Marco de la Ley No. 1178

Figura No. 3

Vínculos entre el Plan y el sistema de MyE

Figuras No. 4 a 7

Diagrama de Contexto. Programa de Control de la TB

Figura No. 8

Diagrama 1. Programa de Control de la Tuberculosis

Figura No. 9

Diagrama 2. PDCT

Figura No. 10

Relación del Flujo de Información y Ámbitos y Responsabilidades de Decisión, por niveles.

Figura No. 11

Enfoque sistémico de Monitoreo y Evaluación

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	17
1.1 Sistema Nacional de Salud de Bolivia	117
1.2 Marco legal	20
1.3 Antecedentes	25
1.4 Fundamentos generales	25
1.5 Marco conceptual	27
1.6 Sistema de MyE para el cumplimiento de sus objetivos del PNCT	29
1.7 Situación actual del Sistema de Monitoreo y Evaluación para el Control de la Tuberculosis	37
2. PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS	41
2.1 Objetivos	41
2.2 Estructura del plan de implementación Sistema de MyE del PNCT	42
2.2.1 Aspectos generales	42
2.2.2 Entradas (Inputs)	45
2.2.3 Procesos	62
2.2.4 Salidas (Outputs)	63
3. IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE MyE DEL PNCT	66
4. FINANCIAMIENTO Y SOSTENIBILIDAD	68

5. ANEXOS

ANEXOS No. 1, Presupuestos de implementación del Sistema de MyE	69
ANEXOS No. 2, Diagnóstico de la situación actual de Monitoreo y Evaluación para el Control de la Tuberculosis	75
ANEXOS No. 3, Decreto supremo 29601	127
ANEXOS No. 4, Anexo editorial	143

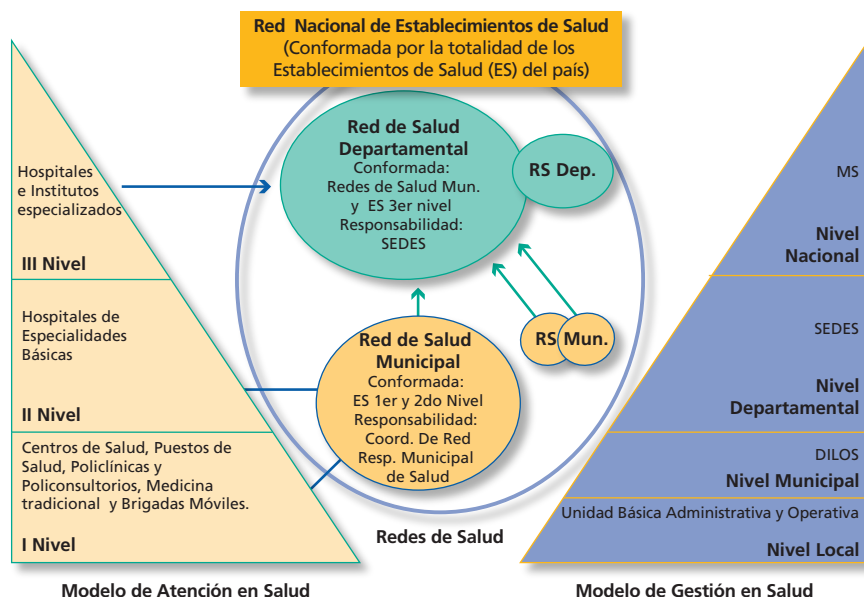
1. INTRODUCCIÓN

1.1 Sistema Nacional de Salud de Bolivia

El Sistema Nacional de Salud de Bolivia, a partir de 1978, en que se promulga el Código de Salud, ha ido evolucionando y flexibilizándose con políticas cada vez más descentralizadas y participativas, actualmente al ser la salud un derecho reconocido en la Constitución Política del Estado, se proyecta la implementación del Sistema Único de Salud (SUS) que tiene como objetivo lograr que todo el sistema de salud, funcione de manera única, que tenga la misma calidad, las mismas prestaciones y permita el acceso de todos los bolivianos y bolivianas a la atención médica gratuita.

En el ámbito de la Ley Marco de Autonomías y Descentralización (031), mediante el Decreto Supremo No. 29601 (Anexo No. III), que establece el Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia, de Atención y de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), se define el Modelo de Atención en Salud (estructurado en 3 niveles de atención y organizado en 3 niveles de Redes de Salud), y el Modelo de Gestión en Salud (estructurado en 4 niveles de gestión). Esquematizándose de la siguiente manera:

Figura No. 1 Modelo de Salud en el Marco de la SAFCI



El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) se inserta en los cuatro niveles de gestión, como sigue:

Nivel de Gestión	Indicador	Dependencia
Nivel Nacional: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT)	Formula estrategias, políticas, planes, programas y normas en Tuberculosis a nivel Nacional. Planifica, programa, evalúa actividades y procesa propuestas para la definición de las políticas de salud	Dirección General de Servicios de Salud, Unidad de Epidemiología
Nivel Departamental: Programa Departamental de Control de la Tuberculosis (PDCT)	Encargados de aplicar, supervisar, controlar y monitorear las normas emanadas por el PNCT. Responsable de la adecuada implementación del programa	SEDES, Unidad de Epidemiología PDCT
Nivel Municipal: Red Municipal de Salud	Responsable de la aplicación de las normas del programa (estrategia DOTS) en sus Establecimientos de Salud de Primer y Segundo Nivel. Supervisa, controla y monitorea las competencias operativas de sus E.S.	Coordinador de Red, DILOS
Nivel Local: Centro de Salud Puesto de Salud	Competencias operativas en detección y atención. Interactúan personal de salud y comunidad. Competencias Operativas en atención primaria.	Comité Local de Salud. Centro de Salud

Al mismo tiempo se articula a la estructura social de gestión participativa y control social en sus diferentes formas de organización territorial constituidas por la autoridad local de salud, comité local de salud, consejo social municipal de salud, consejo social departamental de salud, consejo social nacional de salud, acorde con la estructura estatal de gestión participativa antes mencionado.

Sistema de Información en Salud

El Sistema Nacional de Información de Salud (SNIS), proporciona información sobre los servicios de salud y sobre morbilidad que está bajo acción programática, así como de indicadores de vigilancia epidemiológica; el SNIS ha ido adecuándose en el tiempo a las exigencias emergentes de las políticas de salud del país.

A nivel del PNCT se cuenta con el Software SIRETB, que, actualmente aunque se encuentra instalado en todos los PDCT y algunas gerencias de salud de los nueve departamentos, presenta dificultades en el funcionamiento, requiriendo fortalecimiento y ajustes a las características y capacidades que necesitan los programas departamentales y las redes.

El software del SIRETB se encuentra en proceso de vinculación al SNIS del Ministerio de Salud y se constituye en la herramienta principal del Sistema de Información en Tuberculosis en su versión de escritorio, que está diseñada para trabajar con información individualizada y variables del Plan de Monitoreo y Evaluación del PNCT registrados en algún Equipo PC de escritorio, facilita el análisis e interpretación de información epidemiológica y el seguimiento rutinario de pacientes, mediante informes simples y dispone también, de opciones necesarias para acelerar la búsqueda.

El SIRETB Escritorio está diseñado para el registro de datos de Personas, Pacientes Sintomáticos Respiratorios, Pacientes y su seguimiento mensual, laboratorios vinculados, Pacientes Drogo Resistentes y Personas que entran en contacto con los afectados por TB. Asimismo, se ha elaborado un Manual de Capacitación en el Sistema, el cual incluye procedimientos para el registro de datos de los pacientes afectados con TB. Hace uso de imágenes y captura de pantalla para explicar el conjunto de opciones de cada uno de los formularios. El SIRETB ha sido diseñado en un Administrador de Base de Datos SQL2005 Express – Aplicación entorno Windows,

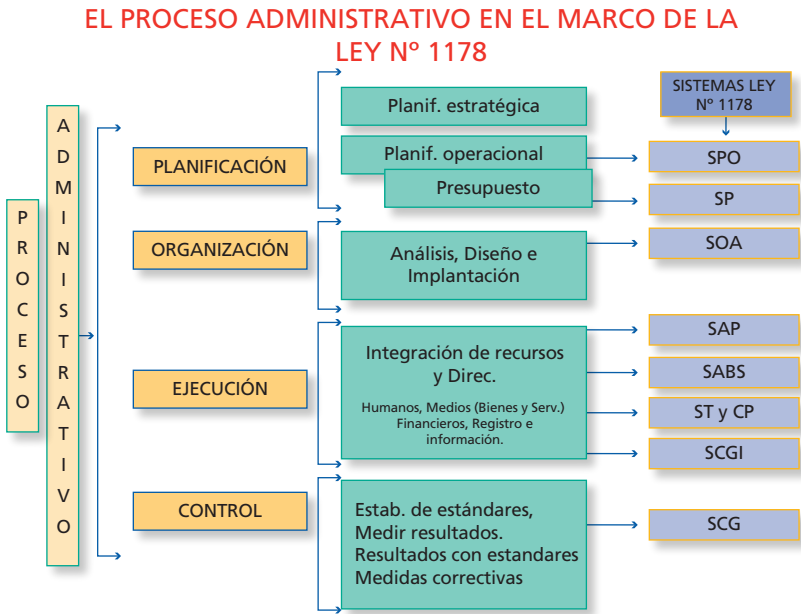
el cual se integra perfectamente con el Sub Sistema SNIS-VE a través de las Bases de Datos a la Estructura y codificación que se encuentra en el SNIS-VE.

1.2 Marco legal

Normativa nacional

Los componentes de evaluación y monitoreo en la administración pública se encuentran enmarcados en la normativa 1178 que expresa un modelo de administración para el manejo de los recursos del estado, establece sistemas de administración que interrelacionan entre si y con los sistemas nacionales, y el régimen de responsabilidad por la función pública, representadas en la figura No. 2.

Figura No. 2



SPO: Sistema de Programación de Operaciones
SP: Sistema de Presupuestos
SOA: Sistema de Organización Administrativa
SAP: Sistema de Administración de Personal

SABS: Sistema de Administración de Bienes y Servicios
ST y CP: Sistema de Tesorería y Contabilidad Pública
SCGI: Sistema de Contabilidad Gubernamental Integrada
SGC: Sistema de Control Gubernamental

Su finalidad es administrar la captación y uso eficaz y eficiente de los recursos públicos, disponer de información útil, oportuna y confiable. Por otro lado todo servidor público asume responsabilidad por el logro de objetivos, forma y resultados.

Esta norma se aplica a nivel nacional (ministerios, instituciones públicas descentralizadas y empresas del sector privado) y departamental (gobiernos departamentales, entidades públicas descentralizadas y desconcentradas).

Por otro lado existen regímenes constitucionales autónomos en las que se enmarcan los gobiernos municipales con potestad normativa, fiscalizadora, ejecutiva, administrativa y técnica en el ámbito de su jurisdicción y competencias territoriales.

Artículo 81. (SALUD). de la Ley Marco 031 de Autonomías y Descentralización

De acuerdo a la competencia del Numeral 17 del Parágrafo II del Artículo 298 y la competencia concurrente del numeral 2 del Parágrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado, el nivel central del Estado tendrá las siguientes competencias respecto a evaluación y monitoreo de programas y proyectos:

- Desarrollar programas nacionales de prevención de la enfermedad en territorios de alcance mayor a un departamento y gestionar el financiamiento de programas epidemiológicos nacionales y dirigir su ejecución a nivel departamental.

De acuerdo a la competencia concurrente del Numeral 2 del Parágrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado se distribuyen las competencias de la siguiente manera:

1. Gobiernos departamentales autónomos:

- a) Formular y aprobar el Plan Departamental de Salud en concordancia con el Plan de Desarrollo Sectorial (PDS).
- b) Ejecutar los programas epidemiológicos en coordinación con el nivel central del Estado y municipal del sector.

- c) Elaborar y ejecutar programas y proyectos departamentales de promoción de salud y prevención de enfermedades en el marco de la política de salud.
- d) Monitorear, supervisar y evaluar el desempeño de los directores, equipo de salud, personal médico y administrativo del departamento en coordinación y concurrencia con el municipio.

2. Gobiernos municipales autónomos:

- a) Formular y ejecutar participativamente el Plan Municipal de Salud y su incorporación en el Plan de Desarrollo Municipal.
- b) Crear la instancia máxima de gestión local de la salud incluyendo a las autoridades municipales, representantes del sector de salud y las representaciones sociales del municipio.

Normatividad vigente del PNCT

El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis cuenta con dos normas esenciales:

- a) Plan Estratégico para el Control de la Tuberculosis en Bolivia 2008 -2015 y
- b) Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis, segunda edición (Resolución Ministerial 1140 del 26 de diciembre de 2008)

Las mismas que se indican a continuación:

a) Plan Estratégico para el Control de la Tuberculosis en Bolivia 2008 – 2015.

Fue elaborado entre los años 2007 y 2008. Se enmarca en el Plan de Desarrollo Sectorial, el Plan Regional de Tuberculosis para las Américas y el Plan Global “Alto a la Tuberculosis”, elaborado por la OPS/OMS conjuntamente con los países miembros.

Los objetivos del Plan Estratégico para el Control de la Tuberculosis en Bolivia 2008 – 2015 son los siguientes:

- **Visión:** La tuberculosis no representará un problema severo de salud pública para Bolivia.
- **Misión:** Vigilar y controlar la tuberculosis con atención integral de calidad con equidad y eficiencia a la población en general.
- **Objetivo General:** Disminuir la morbilidad y mortalidad por tuberculosis en la población boliviana en el marco de la política de Atención de la Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI) y la estrategia Alto a la Tuberculosis.
- **Objetivos específicos:**
 - 1) Incrementar las coberturas de atención en tuberculosis con énfasis en un DOTS con calidad para toda la población.
 - 2) Prevenir y controlar la coinfección TB/VIH en coordinación con el Programa ITS/VIH SIDA.
 - 3) Prevenir y controlar la TB-MDR
 - 4) Fortalecer el diagnóstico y tratamiento de tuberculosis en poblaciones vulnerables.
 - 5) Garantizar el diagnóstico y control bacteriológico oportuno y de calidad a través de redes de laboratorio fortalecidos.
 - 6) Contribuir al fortalecimiento del sistema de salud.
 - 7) Incorporar a todos los proveedores de salud, públicos y privados en el control de la tuberculosis.
 - 8) Reducir el estigma e incrementar el acceso a los servicios de control de tuberculosis, con el desarrollo de estrategias de abogacía, comunicación y movilización social (ACMS), incluyendo la participación de la comunidad.
 - 9) Desarrollar y/o fortalecer la capacidad de investigación en tuberculosis.

Cada uno de estos objetivos cuenta con su Línea Estratégica de intervención.

- **Metas**

- Detectar el 70% de los casos estimados de TB BK+
- Tratar exitosamente al 85% de los mismos.

- Reducir a la mitad la prevalencia y mortalidad por tuberculosis al 2015 con respecto a 1990.
- Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública para el 2050.

• **Objetivos del milenio**

Meta 6 de Desarrollo del Milenio: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.

Meta 6.C. Haber detenido y comenzado a revocar la incidencia de la malaria y de otras enfermedades importantes.

Indicadores: Disminuir la incidencia de TB pulmonar con baciloscopía (+) en 50% del 2002 al 2015.

Disminuir la mortalidad por TB en más del 50%.

b) Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis, segunda edición (Resolución Ministerial 1140 del 26 de diciembre de 2008).

Esta norma incluye los objetivos, estructura y funciones del PNCT, así como las estrategias para abordar la tuberculosis y las actividades de cada una de ellas:

- 1) DOTS-C,
- 2) Prevención y control de la TB MDR y TB-XDR,
- 3) Abordaje práctico de la salud pulmonar - PAL (Practical Approach to Lung Health),
- 4) Coinfección VIH/TB,
- 5) Alianza público-privada,
- 6) Abogacía, comunicación y movilización social,
- 7) Empoderamiento de los afectados por la tuberculosis y la comunidad,
- 8) Vigilancia y control de tuberculosis en poblaciones en riesgo.

1.3 Antecedentes

La Norma Técnica incluye indicadores con sus definiciones, formatos de registro, flujos de información, procedimientos y cronogramas.

Existen indicadores de impacto y resultado incorporados en las normas del PNCT, no se cuenta con un Plan de Monitoreo y Evaluación, aunque existe una práctica no estructurada de estas actividades.

La información generada en los establecimientos de salud, es enviada mensualmente a las Coordinaciones de Red, las mismas que consolidan la información a nivel de Red para enviarla al Programa Departamental quienes asumen la responsabilidad de sistematizar y elaborar los informes trimestrales que son remitidos al PNCT. Se evidencia deficiencias en la calidad y oportunidad en la información sistematizada, duplicidad, como discordancias con los reportes del SNIS.

Es importante incorporar indicadores que permitan medir la calidad de los servicios, el cambio de comportamientos, la satisfacción de los clientes por los servicios y productos recibidos, adherencia y resistencia a los medicamentos.

En el país no se incluye el tema de TB en encuestas Nacionales como las Encuestas de Hogares ni en la de Demografía y Salud (DHS) y no existen indicadores específicos para medir el nivel socioeconómico, relacionado a esta enfermedad.

1.4 Fundamentos generales

El Sistema de Monitoreo y Evaluación (MyE) es un componente clave del funcionamiento basado en el desempeño, con el siguiente objetivo general:

- Promover el cumplimiento de las actividades enmarcadas en el Plan Estratégico para el Control de la Tuberculosis, proporcionando información que permita verificar el cumplimiento de los objetivos propuestos y la toma de decisiones en base a información válida, oportuna, completa, relevante y ética.

Para lo cual, deben desarrollarse los siguientes objetivos específicos:

1. Brindar información oportuna y de calidad sobre la situación de la tuberculosis en el ámbito nacional, departamental y municipal.

2. Implementar procesos de manejo y difusión de información, ágiles, oportunos, flexibles, que garanticen la utilización adecuada de los datos, acorde a las necesidades de los diferentes usuarios del sistema.
3. Desarrollar procesos de manejo de información, ágiles, oportunos, flexibles, que garanticen la utilización adecuada de los datos.
4. Desarrollar modelos lógicos de análisis y generación de escenarios de alternativas de solución, en respuesta a las diferentes situaciones de alerta y/o emergencias, que pongan en riesgo el logro de los resultados.
5. Contribuir a la toma adecuada de decisiones presentando alternativas para la elección basada en la evidencia.

A través del MyE se pueden medir los resultados programáticos a todos los niveles (impacto, efecto, resultado, proceso y entrada) a fin de establecer la base para la responsabilidad y una toma de decisiones informada en el ámbito de políticas y de programas.

El plan de MyE es un documento esencial para un país, ya que describe cómo debe funcionar el sistema de MyE. Debe ir acompañado de un plan de trabajo anual con costos, que describa las actividades de MyE previstas para cada año, incluyendo las medidas de fortalecimiento para mejorar el sistema de MyE detectadas a través del propio sistema o de las evaluaciones de la calidad de los datos. Además es un documento exigido por el Fondo Mundial, ya que proporciona la información justificativa para los indicadores incluidos en el marco de desempeño y para el sistema de MyE que genera los resultados.

El sistema de MyE permite que los datos sean recopilados, procesados y transformados en información estratégica (IE), a fin de posibilitar una toma de decisiones informada en todos los ámbitos: local, nacional y mundial.

La complejidad actual que tiene la tuberculosis, (como la TB-MDR, y coinfección) hace necesario contar con datos precisos para la toma de decisiones y para demostrar el progreso hacia los objetivos y metas internacionales, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Para satisfacer estas necesidades, el país debe contar con sistemas de monitoreo y evaluación (MyE) estables.

1.5. Marco conceptual

Definición de términos básicos de monitoreo y evaluación

El Monitoreo y Evaluación (MyE) de los Programas de Tuberculosis presentan retos en razón a la complejidad de los pasos desde la detección, diagnóstico y seguimiento laboratorial, hasta el seguimiento de tratamiento con varias drogas durante un periodo prolongado.

Este proceso se describe como el uso colectivo de la metodología de ciencias sociales y la investigación epidemiológica para evaluar y mejorar la implementación de los Programas o sus componentes¹.

Monitoreo: es el seguimiento rutinario de los elementos claves de desempeño de un programa o proyecto, habitualmente recursos, procesos y resultados, mediante el mantenimiento de registros informes periódicos y sistemas de vigilancia, así como la observación en centros sanitarios y encuestas.

Un cambio abrupto e inexplicable en los datos obtenidos mediante el monitoreo puede indicar la necesidad de implementar actividades de evaluación mas formales.

Evaluación: es una actividad temporal que trata de determinar en forma sistemática y objetiva la pertinencia, rendimiento y éxito de los programas y proyectos en curso y terminados, por tanto es un procedimiento puntual y valorativo, y se puede dar durante ó después de la ejecución del proyecto.

La evaluación de los procesos se utiliza para medir la calidad e integridad de la implementación del Programa y evaluar su cobertura con el fin de identificar brechas y poblaciones sin cobertura. Los resultados de esta evaluación están dirigidos a informar correcciones a medio plazo para mejorar la eficacia de los Programas

La evaluación de los resultados mide el grado en que se cumplieron los objetivos que fueron establecidos con respecto a las metas del Programa. Estas acciones se efectúan para evaluar la influencia de las actividades del Programa mediante la medición de conocimientos, actitudes, comportamientos, experiencias, normas comunitarias, utilización de los servicios de salud y el nivel de salud y riesgo de la población.

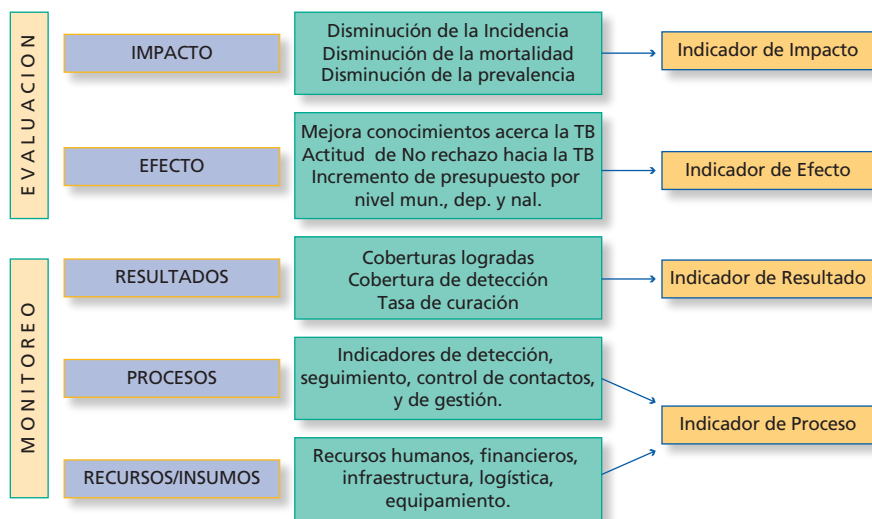
1. Compendio de Indicadores para el MyE de los Programas Nacionales de Tuberculosis. STOP TB 2006

La evaluación de impacto mide los resultados del programa y su efecto en la población objetivo y son llevadas a cabo siguiendo diseños científicos e involucran la recolección de datos y análisis de procedimientos complejos, se orientaría a efectos e impactos.

Niveles de monitoreo y evaluación: existen diferentes niveles de monitoreo y evaluación que corresponden a su ubicación en la cadena lógica de impactos. Esto significa que existen diferentes conexiones y relaciones causales de las intervenciones. Así, un conjunto de insumos permitirán la realización de actividades (procesos) los cuales llevarán a la consecución de productos (denominados resultados). La combinación de estos productos produce efectos en un corto plazo, es decir al término de las intervenciones. Estos cambios en el largo plazo producirán impactos.

La figura 3, siguiente, ilustra los vínculos entre el plan de MyE, el sistema de MyE y la utilización de la información a los distintos niveles:

Figura No. 3 Vínculos entre el Plan y el Sistema de MyE



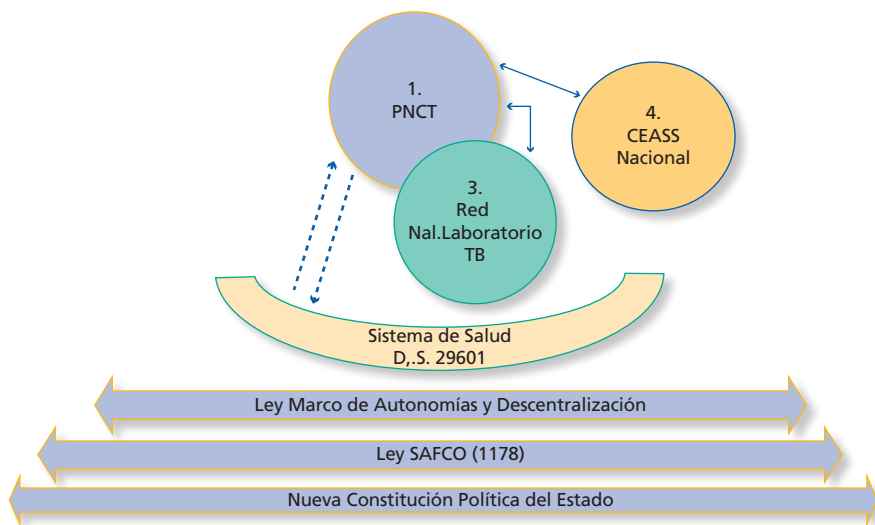
1.6 Sistema de MyE para el cumplimiento de los objetivos del PNCT

En virtud de los elementos del Plan Estratégico para el Control de la Tuberculosis en Bolivia 2008-2015, la normativa vigente, el ámbito de acción y competencias según el marco legal desarrollado en el acápite I.1. Y los elementos conceptuales del acápite I.2, se establece el sistema de MyE para el nivel central, en un enfoque sistémico, desarrollado con la herramienta de análisis estructurado de sistemas, en el cual se presentan los diferentes estructuras y elementos del programa, en función a sus interrelaciones tanto internas como externas.

Contexto de desarrollo del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

El accionar del Programa de Control de la Tuberculosis (PNCT), según su ámbito de competencias, su misión y objetivos, representada en la siguiente esquematización:

Figura No.4

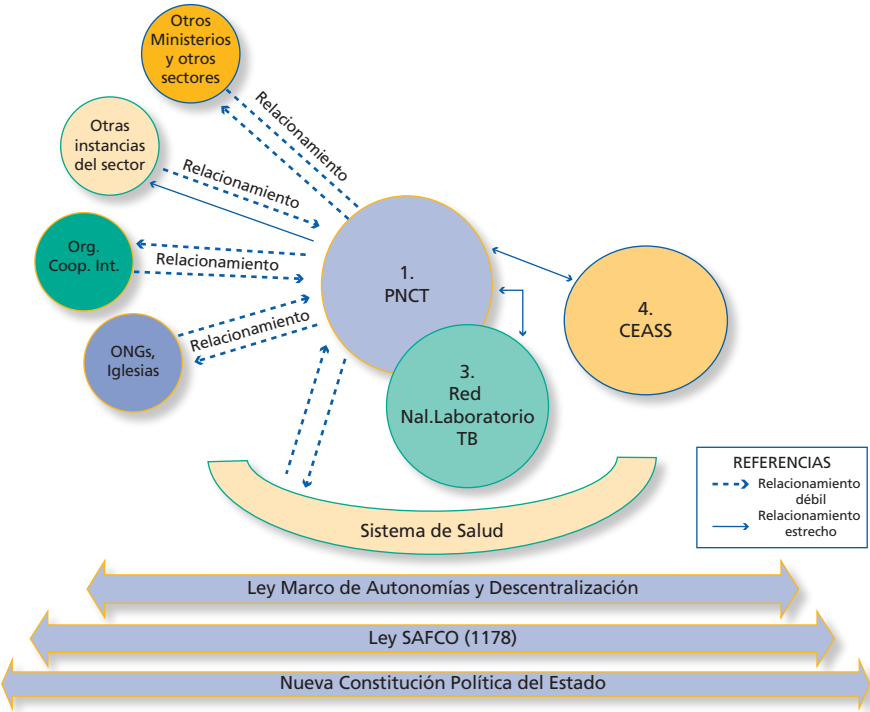


En donde se observa que el contexto del PNCT (Sistema Central No. 1), se establece sobre las bases del Sistema de Salud (D.S. 29601 SAFCI), la Ley Marco de Autonomías y Descentralización, la Ley SAFCO y la Nueva Constitución Política del Estado.

En su accionar, tiene relacionamiento estrecho, para el cumplimiento de su misión, con la Red Nacional de Laboratorio (Sistema No. 3), y el CEASS Nacional (Sistema No 4), siendo unidades de coordinación y trabajo conjunto, que insertan su presupuesto de funcionamiento para tuberculosis en el Plan Operativo Anual del PNCT.

En función a la concepción de salud vigente, en que la salud no tiene causas sino determinantes, donde el PNCT, requiere establecer líneas de acción con otros sectores, de la siguiente manera:

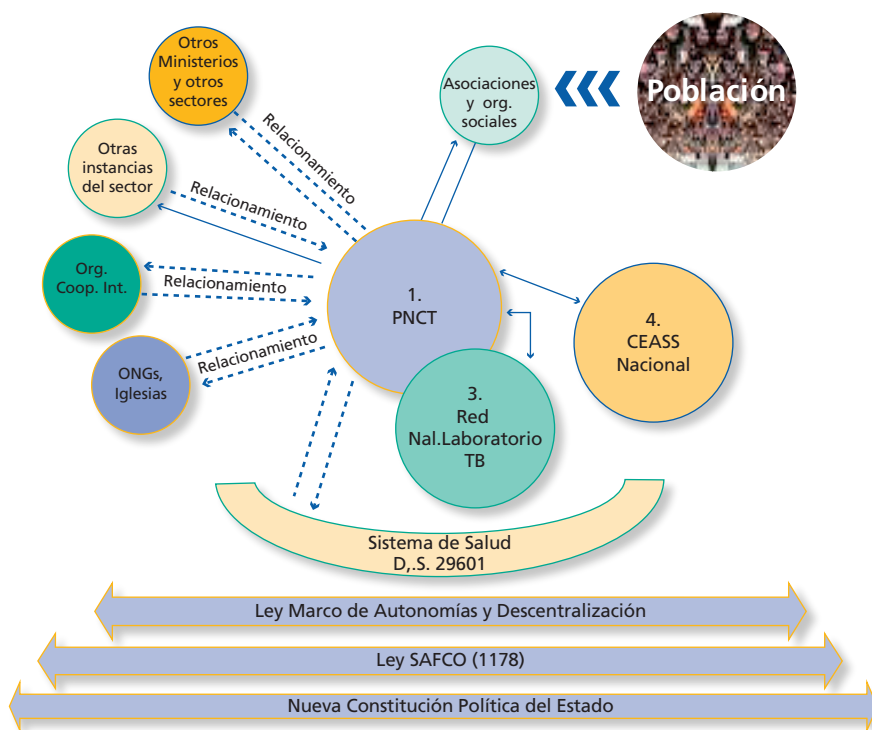
Figura No. 5



En donde se observa que existe un relacionamiento con otras instancias sectoriales, otros ministerios, organismos de cooperación internacional, ONGs e Iglesias, en procesos de gestión, negociación, abogacía de integralidad e intersectorialidad.

Trabajo que además se basa en el relacionamiento con la población en su conjunto a través de asociaciones y organizaciones de base, brindando de esta manera el terreno fértil para el trabajo integral e intersectorial en todo el territorio nacional.

Figura No. 6



A nivel nacional, se establece en el marco legal que el relacionamiento con la población es de carácter de gestión participativa, para los procesos de planificación, implementación así como del monitoreo y evaluación, sin embargo el

relacionamiento directo de la población como meta del programa es establecida a partir de los Programas Departamentales de Control de la Tuberculosis, donde además de asumir aspectos de gestión, se establece un relacionamiento de beneficiarios de intervenciones y estrategias, como se demuestra en el siguiente esquema:

Figura No. 7

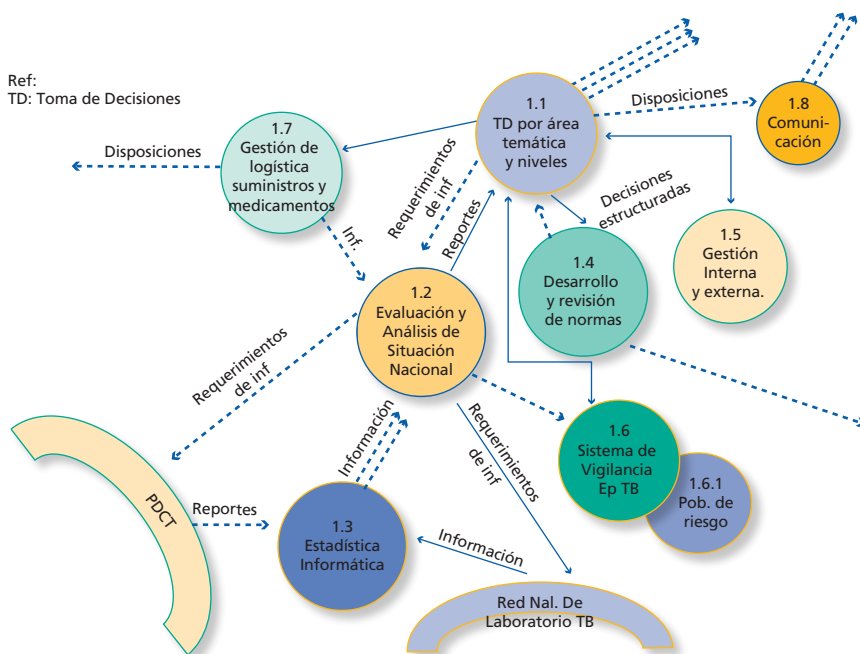


Procesos que se desarrollan en el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Siguiendo con el análisis estructurado de sistemas, se esquematizan los procesos que deben ser ejecutados internamente, en el nivel nacional (PNCT), de acuerdo al marco legal y documentos normativos del programa, esquematizándose en el Diagrama No. 1 que representa, el Sistema 1 del gráfico precedente, por lo que sus procesos en su numeración, asumen como primer número el del sistema:

Figura No. 8

DIAGRAMA 1. PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS



En la esquematización se observa, que el proceso principal representado por el nivel 1.1, es la Toma de Decisiones (TD), por área temática y niveles, que se alimenta a través de reportes, información de procesos y resultados internos del PNCT, principalmente del nivel 1.2: Evaluación y Análisis de

la Situación Nacional, que a su vez se alimenta mediante un proceso de gestión de información (Nivel 1.3: Estadística e Informática) que gracias a la información del nivel departamental, Red Nacional de Laboratorios, CEASS y otros procesos internos del PNCT, brindan la información necesaria para que la toma de decisiones se realice en base a evidencia. Todos estos procesos que se desarrollan en la estructura interna del PNCT, se encuentran tendientes al cumplimiento del rol normativo, rector, gestor del nivel central, a la vez que contribuiría a garantizar el trabajo del nivel departamental.

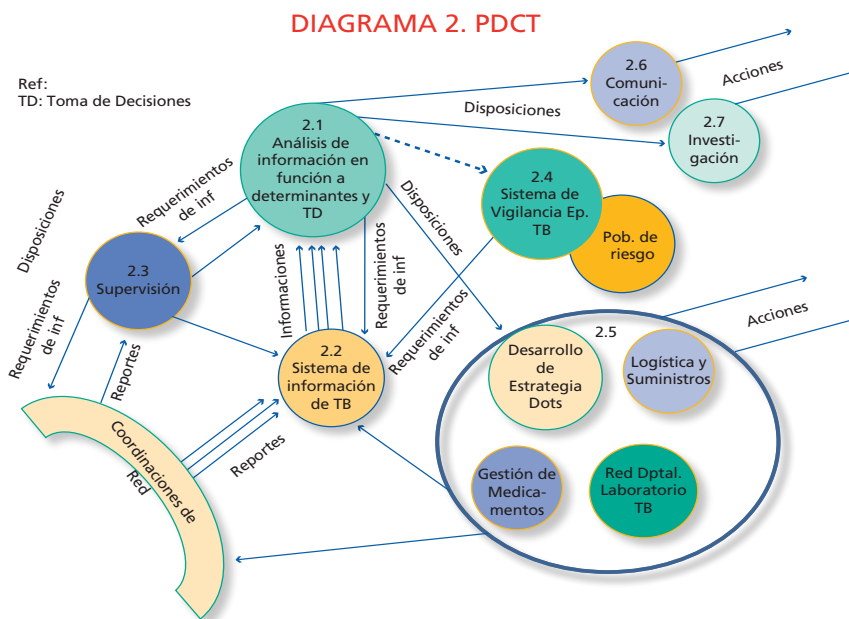
Por tanto, el Sistema de Monitoreo y Evaluación a desarrollarse en el nivel central, de acuerdo al análisis estructurado de sistemas descrito, permitirá determinar aspectos macro en el ámbito nacional, siendo el nivel superior del sistema de MyE, a través de los siguientes grupos de indicadores:

Impacto	Indicadores de incidencia y prevalencia nacional
Impacto	Indicadores de mortalidad
Efecto	Cambios de comportamiento respecto a la enfermedad
Monitoreo	Indicadores de Gestión de Programas Departamentales

Procesos que se desarrollan en los Programas Departamentales de Control de la Tuberculosis:

En el nivel departamental, y siguiendo la metodología del análisis estructurado de sistemas, se observa, que al interior de cada PDCT (Sistema No. 2 del Diagrama de Contexto), se deben llevar a cabo los siguientes procesos:

Figura No. 9



En el diagrama se observa, que el proceso 2.1 Análisis de Información en función a determinantes y Toma de Decisiones (TD), se alimenta de información procesada en el proceso 2.2: Sistema de Información de TB de cada nivel regional, que a su vez se alimenta de datos provenientes de los diferentes componentes operativos del PDCT y de las redes de salud del departamento a través de la Coordinación de Red, los que se integran alimentando el proceso de análisis para la toma de decisiones, la que se realiza en base a evidencia; por lo que es necesario fortalecer el componente del Sistema de Información departamental en tuberculosis, para brindar el principal insumo que garantice el logro de los objetivos.

El nivel departamental trabajará con los siguientes grupos de indicadores:

Impacto	Indicadores de incidencia departamental
Impacto	Cambios de comportamiento respecto a la enfermedad
Monitoreo	Indicadores de de resultados en el PDCT
Monitoreo	Indicadores operativos del PDCT
Supervisión	Desempeño del personal en el accionar del PDCT

De esta manera, el sistema de monitoreo y evaluación se conforma en una estructura piramidal en cuanto al flujo de información y análisis, de acuerdo al siguiente esquema lógico:

RELACIÓN DEL FLUJO DE INFORMACIÓN Y ÁMBITOS Y RESPONSABILIDADES DE DECISIÓN, POR NIVELES.



Figura No. 9

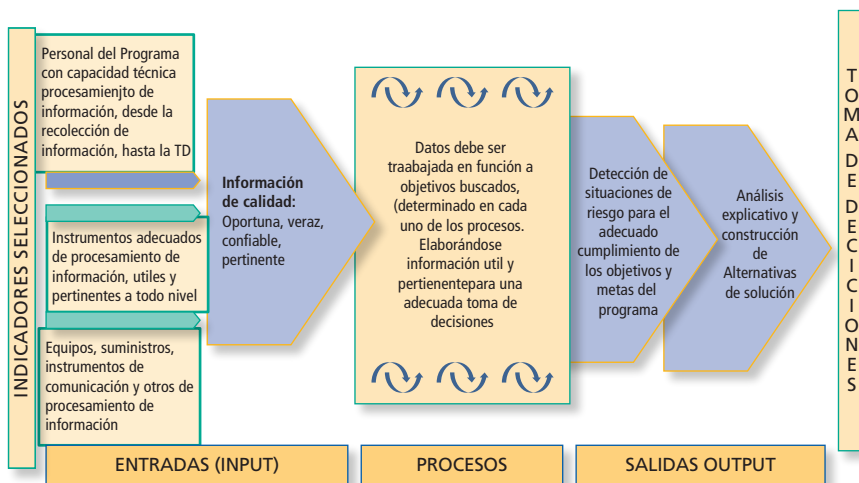
Observándose que en el nivel local y departamental se realiza la mayor parte de los procesos de generación de información, con el mayor cúmulo de datos y variables, de tal manera que la toma de decisiones sea oportuna y adecuada en el nivel donde se suceden los eventos. Esta información, del número de variables que se procesan en los niveles locales, van disminuyendo a medida que

se asciende en nivel administrativo, hasta que en el nivel nacional, se trabaja con aquellos indicadores macro a nivel país, sin embargo el ámbito y responsabilidad de toma de decisiones, es mayor en el nivel nacional, disminuyendo progresivamente, a medida que se acerca a la población.

1.7. Situación actual del Sistema de Monitoreo y Evaluación para el Control de la Tuberculosis

El desarrollo de un sistema de Monitoreo y Evaluación, se encuentra totalmente vinculado al desarrollo integral del programa, por lo que para determinar la situación de los procesos de MyE debió realizarse un diagnóstico de todos los componentes del programa, y su relación con el adecuado funcionamiento del sistema de MyE. Proceso complementario descrito en el documento Anexo II², por lo que en el presente acápite, se puntualiza un resumen de los resultados alcanzados, los que son organizados de acuerdo a los elementos conceptuales del capítulo I, en el que el sistema de monitoreo y evaluación del PNCT, según el enfoque de sistemas debe contemplar las siguientes etapas:

Figura No. 11 Enfoque sistémico de Monitoreo y Evaluación



2 Anexo II: Diagnóstico de Situación del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis y su relación con Procesos de Monitoreo y Evaluación.

En función a este esquema de monitoreo y evaluación, durante la fase de diagnóstico se observaron los siguientes:

Aspectos generales:

- Deficiencias en cuanto a la estructura organizativa para el Monitoreo y Evaluación, principalmente en los niveles departamentales.
- Deficiencias en cuanto al establecimiento de roles y funciones en MyE, tanto a nivel institucional como a nivel de relacionamiento diferentes organismos y organizaciones (alianzas).

Selección de indicadores:

- El Plan Estratégico no contempla el componente de MyE, donde se establezcan los indicadores, el nivel de los mismos y su forma de procesamiento desde la etapa de recolección hasta la toma de decisiones.
- No está establecido el bagaje de indicadores que deben ser evaluados, monitoreados y supervisados por niveles ni por ámbitos de acción.
- No se toma en cuenta las particularidades departamentales para realizar el proceso de MyE, estandarizándose la información, sin tomar en cuenta la necesidad departamental.

Entradas (input):

- Personal del programa en los diferentes niveles, en los departamentos, no se encuentran capacitados en procesos de MyE.
- Se evidencian procesos de MyE en la práctica cotidiana, con metodologías aprendidas durante el proceso, sin haberse estandarizado ni optimizado para el sistema.
- La capacitación en procesos de información, son impartidas como parte de los contenidos técnicos, sin brindarse el tiempo necesario para su aprendizaje.

- Los procesos de información (captación, sistematización y consolidación) no culmina con el análisis de información, toma de decisiones y retroalimentación.
- El personal de salud no conoce en su totalidad el Plan Estratégico, Planes Operativos y Proyecto del Fondo Mundial que le muestre la importancia de la recolección adecuada de información.
- No existe un Plan de Recursos Humanos que responda a las necesidades de monitoreo y evaluación, principalmente en aspectos de generación de información, con debilidades en el análisis y toma de decisiones.
- Los instrumentos de recolección de información, todavía no recogen información pertinente para la toma de decisiones por niveles, requiriéndose en el nivel departamental y local mayor disgregación de información.

Procesos:

- Se presentan deficiencias en cuanto a la disponibilidad de equipos para el procesamiento de información, ya que la mayor parte de los equipos son obsoletos, o aquellos proporcionados al programa, se encuentran en otras dependencias.
- El procesamiento de información, es realizado en forma manual, en instrumentos desarrollados por el programa, que dificulta la consulta para una toma de decisiones inmediata, ocasionando que se generen bases de datos con formatos propios y en paquetes no estandarizados (Excel, EpiInfo).

Salidas (Output):

- Información procesada por el sistema, es presentada al equipo en gráficos estandarizados, que son analizados por los equipos nacionales y departamentales, en base a parámetros comparativos de cumplimiento o no de metas en cada uno de los indicadores.
- No se utilizan otras medidas estadísticas para el análisis de las cifras del sistema.

- Deficiencias en la cultura de análisis y uso de información en la toma de decisiones.
- Deficiencias en la participación social en el proceso de análisis.
- Aunque se generan espacios de análisis (Evaluaciones anuales), la práctica del manejo de indicadores se limita al análisis descriptivo de la información y no se efectúa la medición de la contribución de estos indicadores al cumplimiento de los objetivos y metas del programa.

Los aspectos del diagnóstico o estado de situación actual del sistema de MyE en el programa de tuberculosis, determinan aspectos que deben ser superados, por el Plan de MyE, para el adecuado funcionamiento del mismo, planteándose como recomendación y/o sugerencias de medidas correctivas que garanticen la puesta en marcha del sistema.

2. PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

2.1 Objetivos

Objetivo General

- Contribuir a profundizar los procesos y procedimientos del plan estratégico de control de la tuberculosis, estableciendo las directrices de implementación de las actividades del Sistema de Monitoreo y Evaluación del PNCT por niveles de gestión, de una manera estandarizada, coordinada y confiable.

Objetivos Específicos

1. Sistematizar los indicadores de los diferentes componentes del PNCT que serán evaluados y monitorizados, en el cumplimiento de sus objetivos.
2. Determinar los niveles de monitoreo y evaluación, acorde a los ámbitos de competencia de los distintos niveles jerárquicos del programa.
3. Establecer las técnicas y metodologías de medición de los diferentes componentes del Sistema de Monitoreo y Evaluación.
4. Optimizar el Sistema de Información para la recolección de datos según indicadores.

2.2 Estructura del plan de implementación del Sistema de MyE del PNCT

En el presente capítulo se describen las pautas de implementación de cada uno de los componentes que conforman el Sistema de MyE del PNCT, bajo el enfoque sistémico:

- 1) **Aspectos generales:** Que contempla: Estructura Organizativa y garantía de la calidad del dato.
- 2) **Entradas (inputs):** Que contempla: Selección de indicadores, instrumentos, flujos, recursos humanos y logística.
- 3) **Proceso:** Que contempla: Sistema de información y software
- 4) **Salidas (outputs):** Que contempla: Métodos de análisis en evaluación, monitoreo y supervisión y presentación de resultados.

Asimismo este plan, orienta hacia la adopción de medidas que el programa, de acuerdo a los resultados de la fase de diagnóstico, precisa realizar ajustes para el adecuado funcionamiento del sistema.

A continuación se detallan cada uno de los cuatro puntos ya enunciados.

2.2.1 Aspectos generales:

Estructura organizativa del PNCT para el Sistema de MyE

Tomando como base, el análisis estructurado de los procesos llevados a cabo tanto a nivel nacional como departamental presentado en el acápite II.6, es imprescindible que la estructura organizativa, incluya como un componente estructural el Monitoreo y Evaluación, reflejado en el organigrama respectivo, que involucre a Sistemas de Información, Supervisión y Análisis de Situación.

En el diagnóstico se observó, que si bien la estructura organizativa a nivel departamental es la misma que la del nivel nacional, la carga funcional de algunos componentes es de mayor exigencia en el nivel regional, como por ejemplo el componente de TB-MDR, aspectos que deben ser tomados en cuenta en el fortalecimiento estructural.

Funciones en Monitoreo y Evaluación

En este acápite se plantean las funciones en monitoreo y evaluación de nivel nacional y departamental, requeridas para el adecuado desarrollo y funcionamiento del Sistema de MyE, debiendo considerarse que son actividades integrales, realizadas por el equipo del programa en reuniones de análisis específicas, liderizados por un responsable de MyE o por el responsable del programa.

Nivel Nacional

- Gestionar la implementación y la aplicación el Sistema de Monitoreo y Evaluación en sus diferentes niveles de gestión.
- Monitorear la calidad de la información de los 9 PDCT.
- Sistematizar, analizar la información y socializar a instancias competentes.
- Proponer estrategias que permitan superar dificultades que se encuentren como producto del análisis de la información.
- Coordinar estrechamente con el Sistema Nacional de Información SNIS.
- Capacitar y asesorar en el componente de MyE al nivel departamental.
- Elaborar conjuntamente el área de vigilancia boletines periódicos con la información del Programa.
- Coordinar la realización de reuniones de análisis de la información en los diferentes niveles.
- Coordinar la realización de reuniones de evaluación del Programa.
- Elaborar informes y difundir los resultados de las evaluaciones.
- Orientar la toma de decisiones y ajustes en la programación.
- Coordinar la realización de estudios de investigación.
- Coordinar con vigilancia epidemiológica la instalación de las salas situacionales de tuberculosis.
- Realizar visitas de monitoreo y evaluación a las departamentales.

Nivel Departamental.

- Programar y ejecutar reuniones de Comités de Análisis de Información a mitad de gestión y evaluación anual.
- Analizar, difundir y retroalimentar la información por niveles.
- Brindar alternativas de solución, a los niveles correspondientes, ante situaciones de alarma detectados por el análisis de información, para la adecuada toma de decisiones a nivel departamental.
- Preparar los productos para la comunicación mediante boletines y sala situacional.
- Realizar la revisión y verificación de la calidad de los datos de redes y servicios de salud de manera trimestral.
- Elaborar el Informe Anual de Evaluación.
- Identificar y coordinar con instituciones que realizan investigaciones sobre TB en el departamento, municipios y comunidad.

Garantía de calidad de los datos en el sistema de MyE.

La calidad de los datos comunicados depende de la gestión de los datos subyacentes y de los sistemas de presentación de informes, así como de la supervisión regular.

Los sistemas más completos y que también reciben supervisión efectiva deben producir datos de mejor calidad. Para que se generen datos de alta calidad mediante un sistema de gestión de datos y para que dichos datos fluyan por dicho sistema, debe contarse con componentes funcionales prioritarios en todos los niveles del sistema.

Los sistemas electrónicos de registro y reporte pueden utilizarse para gestionar e integrar la recolección de datos de la tuberculosis, su consolidación, validación y comunicación³.

Debe efectuarse una evaluación externa de los datos designada, programada y ejecutada por el PNCT, con el fin de que la información cuente con los siguientes requisitos:

3. Guía de seguimiento y evaluación programas de tuberculosis. Fondo Mundial 2011

1. Confiable
2. Oportuna
3. Veraz
4. Verificable

Para lo cual, deben realizarse estudios de inventario para valorar si el registro de casos de tuberculosis es inferior al número de casos reales. Un estudio de inventario puede basarse en una muestra representativa de áreas geográficas, en la que se incluyan todos los proveedores de servicios de salud públicos y privados dentro de las zonas de la muestra durante un periodo de estudio especificado (tres meses, por ejemplo), durante el que todos los casos de tuberculosis detectados se registran según el tipo de proveedor (por ejemplo, el programa nacional de tuberculosis, proveedores privados, laboratorios y hospitales generales).

Un alto nivel de casos no incluidos en los reportes pone de manifiesto la necesidad de establecer iniciativas que sean una mezcla de los sectores público-privado y público-público.

2.2.2 Entradas (Inputs):

Indicadores

Se analizaron los indicadores de acuerdo a objetivos y metas planteadas en el Plan estratégico del PNCT y del Proyecto del Fondo Global.

Los indicadores seleccionados, se los presenta en la tabla siguiente que describe el tipo de indicador, que componente o área del PNCT evalúa, y cual es el nivel donde se recolecta, procesa y analiza, con las siguientes consideraciones:

- Indicadores del Plan Estratégico y Normas Técnicas de Tuberculosis, sin marca de color en la tabla.
- Indicadores (marcados en naranja) que se fueron adoptando de acuerdo a la demanda planteada por Organismos Internacionales: Estrategia Alto a la Tuberculosis (STOP TB) y Objetivos de Desarrollo del Milenio.

- Indicadores que se están implementando desde la presente gestión: (verde)
- Otros indicadores, que deberán ser incluidos, ya que son de requerimiento internacional para la evaluación y/o monitoreo. (marcados con celeste).

Esta tabla de indicadores, se complementa con las fichas técnicas correspondientes a cada indicador en la guía práctica de MyE, en las cuales se incluye la utilidad, el cálculo, la forma y nivel de medición y evaluación.

Tabla de Indicadores:

TABLA DE INDICADORES DE ANÁLISIS A NIVEL NACIONAL:

Nivel de Indicador	Indicador	Componente del PE del Programa, y/o Proyecto FM que mide	Ver ficha No.:
De impacto	Tasa de incidencia de Tuberculosis todas sus formas.	Metas del PE Objetivos del Milenio Impacto del Proyecto del FM	1
	Tasa de incidencia de TBP BAAR(+) nuevos	Metas del PE Objetivos del Milenio Impacto del Proyecto del FM	2
	Tasa de mortalidad por TB	Metas del PE Objetivos del milenio	3
	Tasa de incidencia de TB Meningea en niños < 5 años	Incluido en las normas	4
	Prevalencia de la tuberculosis pulmonar	No se incluye en ningún documento	Por estudio No tiene ficha

Nivel de Indicador	Indicador	Componente del PE del Programa, y/o Proyecto FM que mide	Ver ficha No.:
De efecto	Porcentaje de personas que poseen conocimientos correctos acerca de la Tuberculosis	Línea estratégica VIII ACMS del PE	Por estudio No tiene ficha
	Porcentaje de personas que expresan actitud de aceptación hacia pacientes con TB.	Línea estratégica VIII ACMS del PE	Por estudio No tiene ficha

Nivel de Indicador	Indicador	Componente del PE del Programa, y/o Proyecto FM que mide	Ver ficha No.:
De resultado	Proporción de TBP BAAR (+) y BAAR (-) nuevos en relación a TB TSF	Línea estratégica I DOTS del PE.	5
1.- Cobertura	Proporción de TB BAAR (+) nuevos	Línea estratégica I DOTS del PE.	6
	Cobertura de SR identificados de los programados	Línea estratégica I DOTS del PE.	7
	Cobertura de TBP BAAR (+) nuevos diagnosticados de los programados	Línea estratégica I DOTS del PE.	8
	Cobertura de tratamiento de TB BAAR (+) nuevos.	Línea estratégica I DOTS del PE.	9
	Seroprevalencia de VIH en pacientes con tuberculosis TSF Nuevos.	Línea estratégica II del PE. TB/VIH	10
	Seroprevalencia de VIH en pacientes con tuberculosis TBP BAAR(+) Nuevos	Línea estratégica II del PE. TB/VIH	11
	Proporción de pacientes TB-MDR confirmados mediante la prueba de sensibilidad y resistencia.	Línea estratégica III del PE. TBMDR	12
	Porcentaje de proveedores de salud incorporados y aplicando normas nacionales de TB	Línea estratégica VII del PE. PPM	13
	Porcentaje de establecimientos de salud que aplican la estrategia AITER/ASPA (EPSP).	Línea estratégica VI del PE. Estrategia AITER/ASPA	14
	Número y Porcentaje de investigaciones operativas concluidas cuyos resultados se han difundido por el PNCT.	Línea estratégica IX del PE. Investigaciones operativas.	15
2.- Detección	Porcentaje de acceso a cultivo y TSyR de casos TBP BAAR (+) con sospecha de resistencia secundaria.	Línea estratégica I DOTS del PE.	16
	Porcentaje de casos de TB extrapulmonares que acceden a cultivo.	Línea estratégica I DOTS del PE.	17
	Número de casos de TB TSF informados por establecimientos de salud del privado y no gubernamental de entre todos los casos de tuberculosis notificados.	Línea estratégica VII del PE. PPM Proyecto del FM	18
	Número de TBP BAAR(+) nuevos detectados en población indígena.	Línea estratégica IV, TB en poblaciones vulnerables. Proyecto del FM	19
	Porcentaje de TB TSF notificados a la autoridad sanitaria entre sintomáticos respiratorios estimados en población indígena	Línea estratégica IV, TB en poblaciones vulnerables.(Proyecto del FM	20
	Número de TBP BAAR(+) nuevos detectados en población privada de libertad	Línea estratégica IV, TB en poblaciones vulnerables. Proyecto del FM	21
	Porcentaje de TB todas las formas notificados a la autoridad sanitaria entre sintomáticos respiratorios estimados en población privada de libertad	Línea estratégica IV, TB en poblaciones vulnerables. Proyecto del FM	22
	Casos TBP BAAR (+) nuevo y previamente tratados notificados en privados de libertad que acceden a cultivo y TSyR.	Línea estratégica I DOTS del PE.	23
2.- Resultado de tratamiento	Tasa de curación (Eficiencia) TBP BAAR (+) nuevos.	Línea estratégica I DOTS del PE. Objetivos del Milenio.	24
	Tasa de fallecidos TBP BAAR(+) nuevos	Línea estratégica I DOTS del PE.	25
	Tasa de abandonos TBP BAAR(+) nuevos	Línea estratégica I DOTS del PE.	26
	Tasa de transferidos TBP BAAR(+) nuevos	Línea estratégica I DOTS del PE.	28
	Tasa de termino de tratamiento en TB BAAR (+)	Línea estratégica I DOTS del PE.	28
	Tasa de fracasos TBP BAAR(+) nuevos	Línea estratégica I DOTS del PE.	29
	Tasa de Eficacia TBP BAAR(+) nuevos	Línea estratégica I DOTS del PE.	30
	Tasa de éxito de tratamiento en pacientes nuevos de TBP BAAR (+)	Línea estratégica I DOTS del PE.	31
	Tasa de conversión bacteriológica al termino de la fase inicial de tratamiento en casos de TB BAAR (+).	Línea estratégica I DOTS del PE.	32
	Porcentaje de positividad de baciloscopías de control	Línea estratégica I DOTS del PE.	33
	Porcentaje de TB-MDR curados	Línea estratégica III del PE. TBMDR	34

	Porcentaje de casos de TB-MDR que han iniciado tratamiento de segunda línea y que tienen cultivo negativo al final de los seis meses de tratamiento.	Línea estratégica I DOTS del PE. Proyecto FM.	35
	Tasa de éxito de tratamiento en pacientes con TB-MDR confirmada por laboratorio	Línea estratégica III del PE. TBMDR Proyecto del FM.	36
	Porcentaje de casos de TB TSF que presentan RAFA a medicamentos antituberculosos de primera línea	Línea estratégica I DOTS del PE.	37
	Porcentaje de curación de pacientes TB BAAR B(+) con RAFA	Línea estratégica I DOTS del PE.	38
	Tasa de Curación (Eficiencia) TBP BAAR(+) en población indígena	Línea estratégica IV, TB en poblaciones vulnerables. Proyecto del FM	39
	Tasa de Curación (Eficiencia) TBP BAAR(+) en población privada de libertad	Línea estratégica IV, TB en poblaciones vulnerables. Proyecto del FM.	40
	Tasa de Curación (Eficiencia) TBP BAAR(+) en poblaciones de cuarteles	Línea estratégica IV, TB en poblaciones vulnerables.	41
	Tasa de éxito de tratamiento en pacientes con TB BAAR (+) supervisados por personal comunitario	Línea estratégica VIII del PE: ACMS. Proyecto del FM.	42

Nivel de Indicador	Indicador	Componente del PE del Programa, y/o Proyecto FM que mide	Ver ficha No.:
De proceso:	Porcentaje de población que vive en el área de establecimientos que implementan la estrategia DOTS	Línea estratégica I DOTS del PE.	43
1.- Cobertura	Porcentaje de establecimientos de salud que implementan la estrategia DOTS.	Línea estratégica I DOTS del PE.	44
	Cobertura de la baciloscopia de diagnóstico	Línea estratégica V del PE: Red de laboratorios	45
	Porcentaje de laboratorios que efectúan baciloscopia con control de calidad externo	Línea estratégica V del PE: Red de laboratorios Proyecto del FM.	46
	Porcentaje de laboratorios que efectúan cultivo con control de calidad interno y externo sistemáticamente aplicado	Línea estratégica V del PE: Red de laboratorios	47
	Porcentaje de muestras salivales de baciloscopia de diagnóstico	Línea estratégica V del PE: Red de laboratorios	48
	Porcentaje de baciloscopias de diagnóstico con carga bacilar alta..	Línea estratégica V del PE: Red de laboratorios	49
	Oportunidad del tratamiento- de TB BAAR (+).	Línea estratégica I DOTS del PE.	50
	Porcentaje de pacientes con TBTSF que acceden voluntariamente a la prueba rápida de VIH y tienen el resultado de la misma.	Línea estratégica II del PE: TB/VIH Proyecto del FM.	51
	Promedio de días de retraso entre la fecha de reporte de la TB-MDR y la fecha en la que el paciente inicio el esquema categoría IV.	Línea estratégica III del PE: TB-MDR Proyecto del FM.	52
	Porcentaje de establecimientos de salud que reportan información de tuberculosis en forma oportuna según las directrices nacionales.	Línea estratégica I DOTS del PE. Proyecto FM	53
2.- Detección	Proporción de SR examinados* entre los SR identificados.	Línea estratégica I DOTS del PE.	54
	Promedio de baciloscopias de diagnóstico entre los SR examinados	Línea estratégica V del PE: Red de laboratorios	55
	Promedio de SR detectados por caso TBP BAAR(+) nuevo.	Línea estratégica I DOTS del PE.	56
	Porcentaje de positividad de baciloscopia de diagnóstico	Línea estratégica V del PE: Red de laboratorios	57
	Porcentaje de casos diagnosticados y confirmados de TB-MDR que inician tratamiento.	Línea estratégica III del PE. TB-MDR Proyecto del FM	58
3.- Tratamiento	Proporción de TBP BAAR (+) nuevos sin conversión bacteriológica al 2º mes de tratamiento y que acceden al cultivo y/o prueba de sensibilidad y resistencia	Línea estratégica V del PE: Red de laboratorios	59

TABLA DE INDICADORES DE REQUERIMIENTO INTERNACIONAL

Indicadores	Componente que mide
Porcentaje de establecimientos de salud que aplican la estrategia AITER/ASPA	Línea estratégica VI del PE. AITER/ ASPA.
Número de investigaciones operativas concluidas cuyos resultados se han difundido por el PNCT	Línea estratégica IX del PE. Investigación.
Unidades sanitarias externas al PNCT que participan en algunos aspectos de la implementación del sistema DOTS, entre las unidades externas al PNCT en las áreas de intervención (número y porcentaje)	Línea estratégica VII del PE. PPM
Nuevos casos de seropositivos diagnosticados que reciben tratamiento para la infección latente de tuberculosis (número y porcentaje) (TB/VIH)	Línea estratégica II del PE. TB/VIH
Laboratorios que demuestren al menos un 90% de consistencia en la prueba de susceptibilidad a los medicamentos con isoniazida y rifampicina de entre el número total de laboratorios que realizan pruebas de susceptibilidad a los medicamentos. (Número y porcentaje).	Línea estratégica V del PE: Red de laboratorios
Pacientes con tuberculosis seropositivos, registradas durante el periodo de reporte, que inician o continúan tratamiento preventivo con cotrimoxazol durante el tratamiento de la tuberculosis de entre todos los pacientes seropositivos con tuberculosis.	Línea estratégica II del PE. TB/VIH
Instituciones de salud que cuentan con prácticas de control de infecciones que incluyen el control de las infecciones por transmisión aérea para el control de la tuberculosis de entre el número total de instituciones	Línea estratégica III del PE: TB-MDR
Razón de la tasa de notificación de tuberculosis (todas las formas) entre el personal de salud (todas las categorías) y la tasa de notificación de tuberculosis entre la población general, ajustada por edad y sexo.	Línea estratégica III del PE: TB-MDR
Instituciones de salud que ejecutan el enfoque práctico de salud pulmonar (EPSP) de entre el número total de instituciones de salud (número y porcentaje).	Línea estratégica VI del PE. AITER/ ASPA.
Casos de tuberculosis (todas las formas) remitidos por la comunidad de entre los casos de tuberculosis (todas las formas) notificados en los establecimientos de salud cubiertos por la subvención (número y porcentaje).	Línea estratégica VIII del PE: ACMS
Casos de tuberculosis (todas las formas) con tratamiento supervisado (DOT) (según las políticas nacionales) por parte de la comunidad de entre los casos de tuberculosis (todas las formas) notificados en los establecimientos de salud cubiertos por la subvención.	Línea estratégica VIII del PE: ACMS
Casos nuevos de tuberculosis con frotis positivo tratados con éxito (curados y con tratamiento completo) de entre los casos nuevos de tuberculosis con frotis positivo que han recibido tratamiento bajo supervisión (DOT)	Línea estratégica I DOTS del PE.

De acuerdo a los instrumentos que se aplican en los diferentes niveles, así como, por el flujo que siguen, se pueden agrupar a los indicadores en los siguientes grupos:

Primer grupo:

Instrumento:

Informe de notificación mensual.

Este instrumento a su vez consolida la información proveniente del libro de registro de pacientes, ficha de quimioprofilaxis, libro de sintomáticos respiratorios y libro de registro de baciloscopías.

Nivel:

Establecimiento de Salud

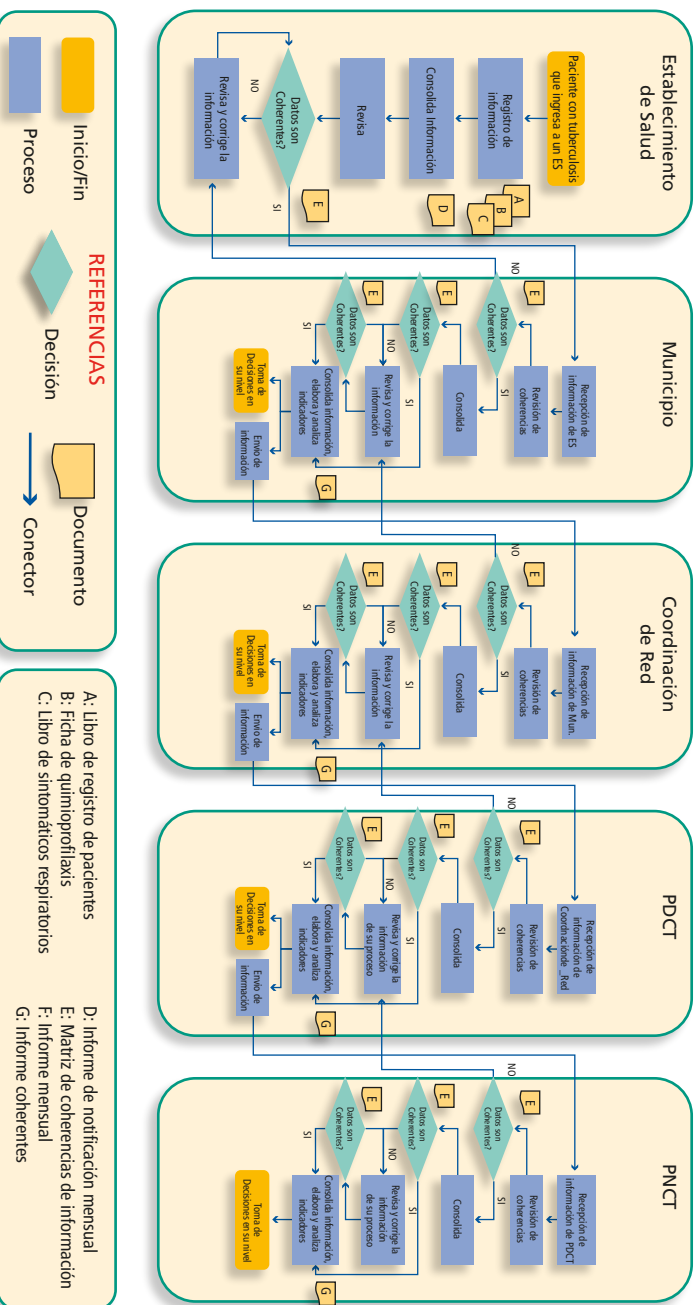
Coordinación de Red en forma mensual. La persona responsable del Programa en la Red, revisa la información, la analiza, consolida y la envía al Programa Departamental de Control de la Tuberculosis en el SEDES. El responsable departamental, igualmente revisa la información, la analiza, si encuentra observaciones la devuelve para ser corregida, luego consolida la información de las redes de su jurisdicción y envía en forma trimestral al nivel nacional.

Este instrumento proporciona información de variables que permite el cálculo de los siguientes indicadores:

- Tasa de incidencia de TB todas las formas
- Tasa de incidencia de TBP BAAR(+) nuevos
- Tasa de incidencia de TB Meníngea en niños < 5 años
- Proporción de TBP BAAR (+) y BAAR (-) nuevos en relación a todas sus formas (parámetro 80%)
- Proporción de TBP BAAR (+) nuevos (parámetro > 65%)
- Promedio de SR detectados por caso TBP BAAR (+) casos nuevos.
- Cobertura de SR identificados de los programados.

- Cobertura de TBP BAAR (+) nuevos diagnosticados de los programados.
- Tasa de conversión bacteriológica al término de la primera fase del tratamiento en TBP BAAR (+).
- Porcentaje de servicios de salud que implementan el DOTS
- Porcentaje de pacientes con TB TSF que acceden voluntariamente a la prueba rápida de VIH y tienen el resultado de la misma.
- Porcentaje de reportes de establecimientos de salud que son enviados en forma oportuna según las directrices nacionales.

ALGORITMOS DE FLUJO DE INFORMACIÓN: PRIMER GRUPO DE INDICADORES



Segundo grupo:

Instrumento:

Informe de resultado de tratamiento (Cohorte).

Nivel:

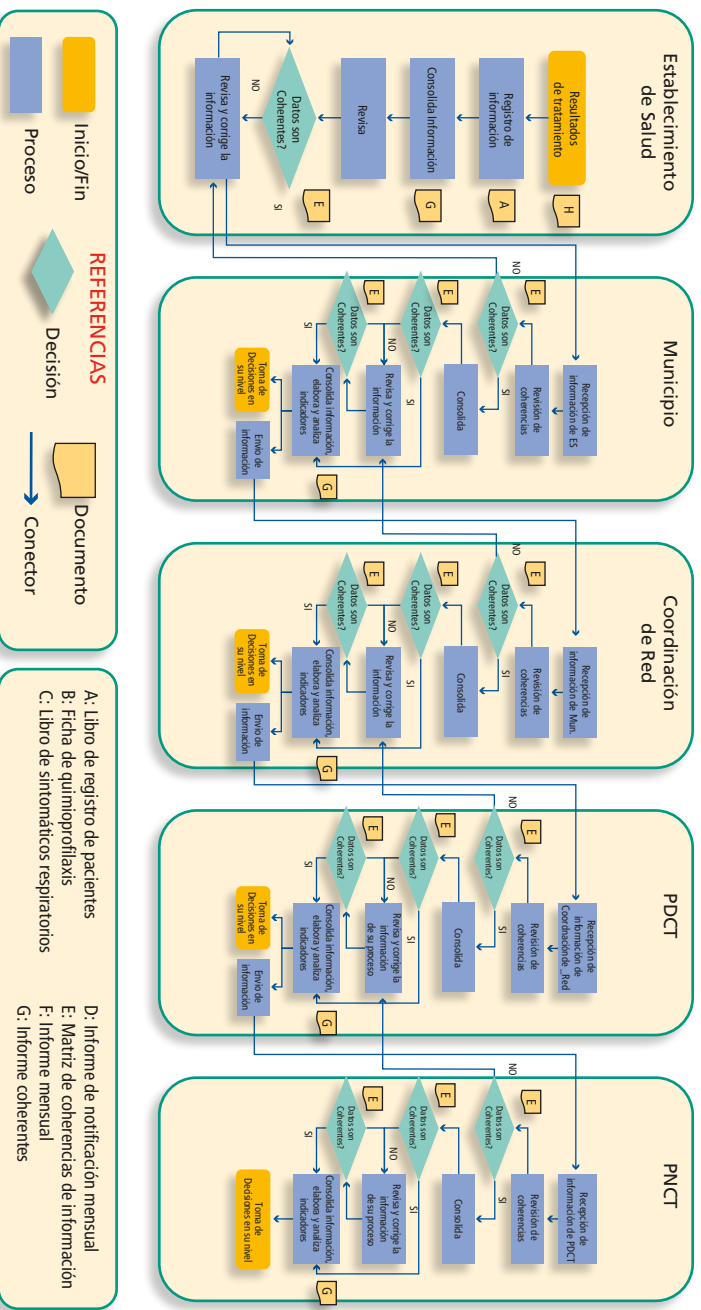
Establecimiento de salud

Del establecimiento de salud, al municipio, luego a la Coordinación de Red, donde el equipo del Programa, recibe la información, la revisa, analiza, consolida y la envía al nivel departamental en forma mensual, analizando la cohorte del periodo de acuerdo a norma.

Los indicadores que pueden ser calculados y analizados con la información proveniente de este instrumento son:

- Tasa de curación (Eficiencia) TBP BAAR (+) nuevos.
- Tasa de término tratamiento TBP BAAR (+) nuevos.
- Tasa de éxito de tratamiento en pacientes nuevos de TB BAAR (+)
- Tasa de fracasos TBP BAAR(+) nuevos
- Tasa de fallecidos en TBP BAAR(+) nuevos
- Tasa de abandonos TBP BAAR(+) nuevos
- Tasa de transferidos TBP BAAR(+) nuevos
- Tasa de eficacia TBP BAAR (+) nuevos.
- Cobertura de tratamiento de TB BAAR (+)

ALGORITMOS DE FLUJO DE INFORMACIÓN: SEGUNDO GRUPO DE INDICADORES



Tercer Grupo

Instrumento:

Informe mensual de laboratorio

Reporte de resultados de cultivo y TSyR

Nivel:

Establecimiento de Salud

Laboratorio de I nivel

El laboratorio reporta el resultado de las solicitudes de baciloscopias y cultivos de los pacientes a los servicios de salud correspondientes, este reporte se registra en el libro de sintomáticos respiratorios y en el cuaderno de pacientes si resultan ser positivos. Los datos acerca de los sintomáticos respiratorios se consolidan en el informe de notificación, ese informe es enviado a la cabecera de municipio, quien verifica la información, a su vez esta instancia deriva el informe a la coordinación de red, quien verifica, consolida, analiza indicadores y luego envía al PDCT, quien además del mismo procedimiento verifica la calidad del dato, efectúa el análisis de la información del departamento en equipo, concluyendo con el envío de la información al PNCT.

Los indicadores que son posibles calcular y evaluar son los siguientes:

- Proporción de SR examinados entre los SR identificados.
- Promedio de baciloscopias de diagnóstico entre los SR examinados
- Porcentaje de positividad de baciloscopía de diagnóstico
- Porcentaje de positividad de baciloscopía de control
- Cobertura de baciloscopía de diagnóstico

- Porcentaje de muestras salivales de baciloscopia de diagnostico
- Porcentaje de baciloscopias de diagnóstico con carga bacilar alta
- Proporción de TBP nuevos cultivo (+).
- Porcentaje de acceso a cultivo y TSyR de casos de TBP BAAR (-) con sospecha de resistencia secundaria.
- Proporción de TB BAAR (+) nuevos sin conversión bacteriológica al 2do mes de tratamiento y que acceden al cultivo y/o TSyR.
- Porcentaje de casos de TB extrapulmonar que acceden a cultivo.
- Porcentaje de positividad de cultivo en casos de TBP
- Porcentaje de positividad de cultivo en casos de TB extrapulmonar.
- Porcentaje de laboratorio que efectúan baciloscopia con control de calidad externo.
- Porcentaje de laboratorios que efectúan cultivo con control de calidad interno y externo sistemáticamente aplicado.

[illegible]

Diagrama de flujo de un proceso de negocio:

- Inicio/Fin (Rectángulo amarillo)
- Proceso (Rectángulo azul)
- Decisión (Rombo verde)
- Documento (Documento amarillo)
- Conector (Flecha azul)

D: Informe de notificación mensual
E: Matriz de coherencias de información
F: Informe mensual
G: Informe coherentes

Cuarto Grupo

Instrumento:

Libro de TB-MDR

Libro de cultivo

Nivel:

Establecimiento de salud

Coordinación de Red

Flujo de información:

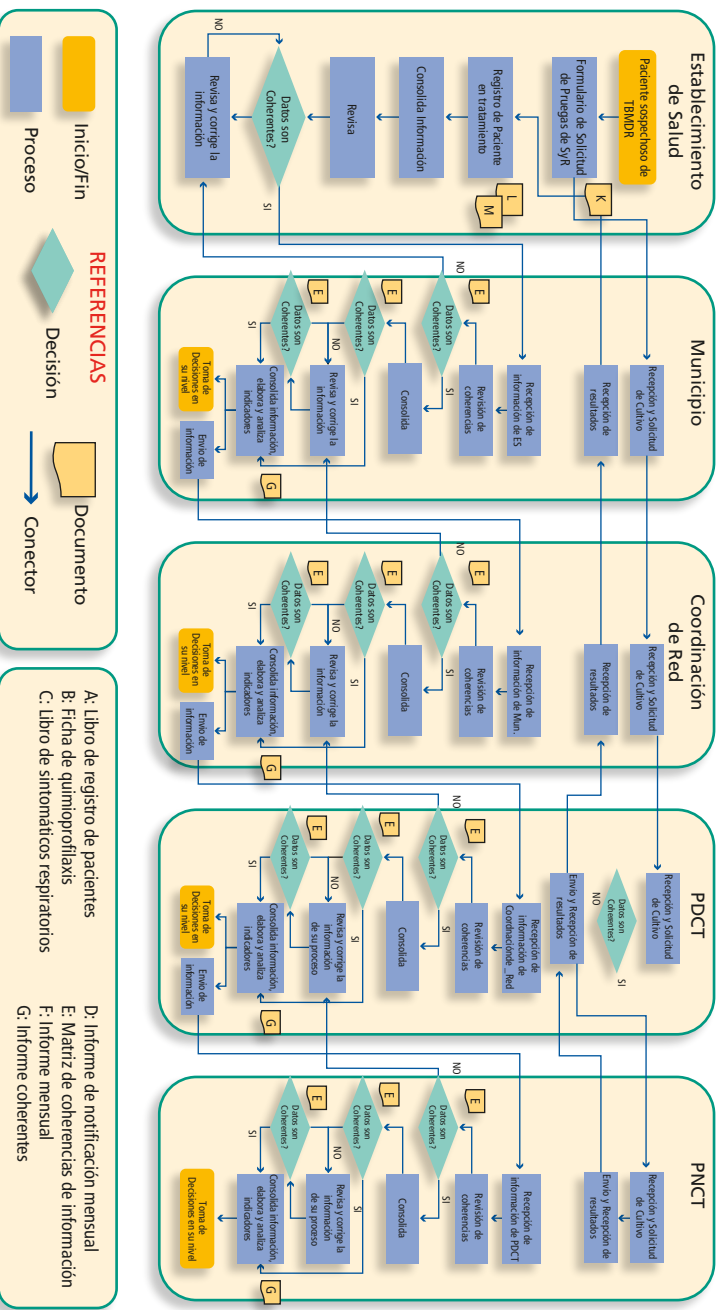
Ante la detección de un caso sospechoso de TB-MDR el establecimiento solicita al nivel departamental a través de la gerencia de red la prueba de sensibilidad y resistencia, el Programa Departamental de Control de la Tuberculosis mediante la persona responsable del componente de TB-MDR (existente en La Paz, Santa Cruz, Cochabamba y Tarija) efectúa la solicitud al laboratorio correspondiente de la red de cultivos, para la realización de este estudio, el cual es enviado al laboratorio departamental para su derivación a INLASA, una vez que recibe el reporte en mínimamente 2 meses reporta al servicio el resultado para efectuar una evaluación minuciosa del paciente en forma conjunta con el Comité de TB-MDR e iniciar el tratamiento en caso de confirmarse como TB-MDR.

Los indicadores que se miden a través de este instrumento son:

- Proporción de pacientes TB-MDR confirmados mediante el test de sensibilidad y resistencia.
- Porcentaje de casos TBMDR confirmados que inician tratamiento.
- Porcentaje de TB-MDR curados.
- Porcentaje de casos de TB-MDR que han iniciado tratamiento de segunda línea y tienen cultivo negativo a los seis meses de tratamiento.

- Tasa de éxito de tratamiento en pacientes con TB-MDR confirmada por laboratorio
- Promedio de días de retraso entre la fecha de reporte de TB-MDR y la fecha en la que el paciente inició el tratamiento esquema categoría IV.

ALGORITMOS DE FLUJO DE INFORMACIÓN: CUARTO GRUPO DE INDICADORES



Quinto Grupo

No tienen un instrumento de recolección periódica, se capta la información a través de sistemas de información de otros programas (VIH), y/o por otras instituciones como indígenas, población privada de libertad, fuerzas armadas, servicios del sector privado, en otros casos son estudios operativos los que podrán dar esta información.

No tienen por ende un flujo de la información

Estos indicadores son:

- Tasa de mortalidad por TB
- Porcentaje de Población que vive en el área de establecimientos que implementan la estrategia DOTS.
- Porcentaje de establecimientos de salud que aplican la estrategia DOTS.
- Seroprevalencia de VIH en pacientes con tuberculosis TSF Nuevos.
- Seroprevalencia de VIH en pacientes con tuberculosis TBP BAAR (+) Nuevos.
- Número de casos de TBP BAAR(+) nuevos detectados en población indígena
- Porcentaje de TBP BAAR(+) curados en población indígena
- Número de TBP BAAR(+) nuevos detectados en población privada de libertad
- Porcentaje de TBP BAAR (+) curados en población privada de libertad.
- Porcentaje de TBP BAAR (+) curados en poblaciones de cuarteles.
- Porcentaje de TB TSF notificados entre los SR notificados al establecimiento de salud en población indígena.

- Porcentaje de TB todas las formas notificados entre los SR notificados al establecimiento de salud en población privada de libertad
- Porcentaje de proveedores de salud incorporados y aplicando normas nacionales de TB.
- Número de casos de TB TSF notificados por establecimientos de salud del sector privado y no gubernamentales de entre todos los casos de tuberculosis notificados.
- Porcentaje de personas que poseen conocimientos correctos acerca de la Tuberculosis (forma de transmisión, tratamiento, prevención).
- Porcentaje de personas que expresan actitud de aceptación hacia pacientes con tuberculosis.
- Tasa de éxito de tratamiento en pacientes con TB supervisados por el personal comunitario.
- Porcentaje de establecimientos de salud que aplican la estrategia AITER/ ASPA.
- Número de investigaciones operativas concluidas cuyos resultados se han difundido por el PNCT.

2.2.3 Procesos

Con el fin de garantizar, el procesamiento de la información, es preciso que se cuente con la red de información de TB nacional, departamental y a nivel gerencia para el monitoreo y evaluación, implementando los equipos de acuerdo a los resultados del diagnóstico.

Con los equipos implementados, en la siguiente fase, se procederá a la implementación del software SIRE TB, con la respectiva capacitación en el manejo del mismo.

2.2.4 Salidas (Outputs)

Métodos de análisis en evaluación, monitoreo y supervisión

La información que es procesada en el sistema de MyE, es consolidada y procesada según niveles, de acuerdo a los instrumentos correspondientes.

Los métodos de monitoreo y evaluación que utilizará el sistema para determinar el logro de los resultados del Plan Estratégico, son desglosados en una Guía Práctica de Monitoreo y Evaluación del PNCT⁴, que brinda las directrices de implementación del presente plan.

La Guía, en cada una de las unidades de monitoreo, evaluación y supervisión, se desarrolla los siguientes pasos:

1. Definición del concepto
2. Determinación de la utilidad
3. Determinación del objeto de monitoreo o evaluación o supervisión dependiendo de la unidad.
4. Definición de los responsables que realiza cada unidad por niveles.
5. Determinación de requerimientos para realizar monitoreo o evaluación o supervisión dependiendo de la unidad.
6. Descripción práctica de los pasos de implementación del monitoreo o evaluación o supervisión dependiendo de la unidad, por niveles.

Presentación de resultados

La información recopilada y analizada en el Sistema de Monitoreo y Evaluación del PNCT, debe ser difundida a los diferentes públicos objetivo, que a su vez serán usuarios del sistema, siendo el Área de MyE del PNCT y la persona responsable de MyE de los PDCT los responsables de la difusión periódica de resultados y de comunicación en situaciones de alerta, para lo cual se plantea lo siguiente:

⁴ Guía Práctica de Monitoreo y Evaluación del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.

Informes para niveles de decisión jerárquicos en el MSD y SEDES respectivos:

Para cumplir el principal objetivo del Sistema de Monitoreo y Evaluación, referente a ser el insumo para la toma de decisiones, que son adoptadas por niveles de decisión, se deberá presentar información procesada, analizada, con la construcción de alternativas de solución, para que el nivel respectivo pueda interpretarlos y tomar la decisión adecuada en base a evidencia con el mínimo nivel de incertidumbre, en este sentido se plantea que para este nivel, la información se difundirá a través de:

Informe Trimestral:

Este informe proporciona información sobre la cobertura de diagnósticos y tratamientos por cada departamento y a nivel nacional. Abarcará el periodo de tres meses anteriores al reporte.

La información debe provenir del sistema de información SIRE TB o del Informe de Notificación. Cada Informe Trimestral contendrá los datos acumulados del año hasta la fecha, los resultados del trimestre anterior y los resultados de trimestre que se reporta, para permitir el análisis de tendencias de los indicadores. El análisis servirá para la reprogramación de actividades del trimestre posterior.

Informe Anual de Evaluación de Tuberculosis:

Proporciona una visión general de la mortalidad e incidencia de la tuberculosis a nivel nacional y departamental, además de otros indicadores.

La información proviene del SIRE TB o de las diferentes fuentes de datos del programa. Los indicadores serán calculados teniendo en cuenta los periodos de reporte (año anterior al informe: enero a diciembre o trimestre anterior).

El Informe será un insumo importante para la planificación y estimación del presupuesto anual.

Informes extraordinarios a requerimiento de los usuarios del sistema:

Dando respuesta a las solicitudes de información específicas formuladas por las autoridades.

Informes para personal de salud y usuarios del sistema:

En este nivel de decisión, deben presentarse información de interés de la población objetivo del programa, de los actores involucrados en el sistema y de los diferentes sectores comprometidos en la problemática de tuberculosis, en una visión de integralidad e intersectorialidad. Para tal efecto, el sistema de MyE, difundirá resultados de interés a nivel comunitario y personal de salud del primer y segundo nivel, orientados hacia el cambio de comportamiento en base a evidencias, planteándose en este sentido:

Boletín trimestral.

El Área de MyE del PNCT y la persona responsable de MyE de los PDCT asegurarán la difusión de información relevante para la población beneficiaria y actores involucrados, debiendo tener un lenguaje, sencillo de fácil comprensión, que brinde el espacio de interacción con el usuario a través de acciones motivadoras de opinión y espacios de discusión de los lectores. Debiéndose además enriquecer el boletín con otros componentes del PNCT, PDCT y artículos de interés de los involucrados.

3. IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE MyE DEL PCT

La implementación del sistema de MyE, se debe desarrollar tres etapas claramente definidas:

Primera Etapa: Preparación y fortalecimiento institucional, que contempla:

- Generación y fortalecimiento de la capacidad instalada, física financiera y técnica, en la que se de prioridad a las barreras identificadas en la fase de diagnóstico que son un factor de riesgo para el adecuado funcionamiento del sistema de MyE. Debiendo utilizarse como herramienta el diagnóstico realizado para que en cada departamento y nivel nacional den prioridad a sus nudos críticos de intervención.
- Consolidación del marco legal y normativo, que permita el adecuado funcionamiento del Sistema de MyE, como parte integral del Sistema de Control y Evaluación Nacional.

Segunda Etapa: Ejecución inicial y desarrollo gradual de procesos, que contempla:

- Inicio de procesos con carácter modular, de acuerdo al grado de desarrollo de los procesos y recursos para MyE, con que cuenta cada nivel .
- Expansión de manera gradual en cascada, de acuerdo a los niveles de gestión y de atención.

Esta etapa finalizará cuando se desarrolle el sistema, en un periodo de tiempo establecido, en todo el territorio nacional.

Tercera Etapa: Consolidación y seguimiento del Sistema de MyE, que contempla:

- Seguimiento del sistema,
- Mantenimiento de equipos, hardware y software
- Actualización de los recursos humanos
- Actualización periódica del sistema de MyE.

En estas tres etapas se consideran las fases en el enfoque de sistemas, presentado en el Capítulo I.

El cuadro de Anexo I, proporciona los elementos técnicos, por etapas en cuando a las entradas (input), procesos y salidas (output), tomando como periodo de implementación del sistema, en el marco de vigencia del Plan Estratégico para el Control de la Tuberculosis en Bolivia 2008 - 2015 o sus reformulaciones posteriores.

En dicho cuadro que representa un esquema visual técnico financiero, se contemplan los siguientes recursos:

- Recursos humanos
- Recursos físicos
- Equipamiento y mobiliario
- Logística y Suministro
- Material para procesos de generación de información (instrumentos)
- Mantenimiento
- Gastos operativos

En este sentido el instrumento Visual Técnico Financiero del Sistema de MyE del PNCT, se convierte en una herramienta de gestión, de negociación de presupuestos, de búsqueda de financiamiento, cronograma de procesos y de seguimiento a la implementación del sistema.

4. FINANCIAMIENTO Y SOSTENIBILIDAD

Para el cumplimiento de los objetivos y los procesos en la implementación del Sistema de MyE del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, tanto a nivel nacional como departamental, se estimó el presupuesto en base al acompañamiento que debe realizar el Sistema de MyE al Plan Estratégico de Control de la Tuberculosis por niveles, por tanto se plantea al mismo tiempo de vigencia del presente plan, para dos años, puesto que deberá desarrollarse un nuevo proceso de planificación con los ajustes en el marco de un plan estratégico vigente

Se presenta a continuación, un resumen del presupuesto bianual estimado, tomando en cuenta los objetivos y las actividades planteadas para el logro del Plan de MyE, el detalle de dicho presupuesto, se lo presenta en el Anexo I.

Año 1	182.096,00 \$US
Año 2	222.690,00 \$US
TOTAL	404.786,00 \$US

Con el fin de garantizar la sostenibilidad del sistema, los responsables de los niveles de gestión respectivos deben realizar las negociaciones, desde la primera etapa de implementación, para incorporar en los correspondientes POAS, presupuesto de funcionamiento del sistema, de acuerdo a la necesidad, asegurando su continuidad en el tiempo.



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

ANEXO I Presupuestos de implementación del Sistema de MyE

Diagrama Visual Técnico Financiero
PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PNCT
Presupuesto por actividades según tiempo de implementación por semestre

			Presupuesto Estimado en \$US por año			
No. de Act.	Actividades	Requerimientos	Año 1		Año 2	
			1er sem	2do sem	1er sem	2do sem
1	Eventos de capacitación en cascada específica para M&E a nivel país.	Pasajes: (32 grupos de pasajes: 3 personas por PDCT y 5 PNCT x Promedio a 200 \$US)	6.400,00			
		Viáticos (3 días x 3 personas x 1 oportunidad x 50 \$US/día)	4.800,00			
		Materiales de escritorio (Para el evento y para 32 participantes x 7\$US c/u, incluye material del evento)	224,00			
		Impresión de la Guía de Capacitación en M&E (32 juegos de material impreso x 5 \$US c/u)	160,00			
		Alquiler de local (3 días x 180 \$US día)	540,00			
		Refrigerios de los talleres (32 participantes x 2 refri /ida x 3 días x 6 \$US)	1.152,00			
		Replica en cascada de eventos (Pasajes, refrigerios, viáticos rurales de 3 días y material impreso = 1000 \$US por PDCT)	9.000,00			
		TOTAL ACTIVIDAD	22.276,00			
2	Reuniones de gestión para la dotación de los ítems respectivos en los SEDES, iniciándose con paulatinamente con 3 SEDES.	Pasajes (3 grupos de pasajes PNCT a 3 departamentos x 200\$US promedio)	1.800,00	1.800,00	1.800,00	
		Viáticos (3 personas x 3 días x3 departamentos x 50\$US)	1.350,00	1.350,00	1.350,00	
		Telefonía (Para coordinación, negociación y definición de negociaciones x 100\$US mes)	600,00	1.200,00	1.200,00	
		Salario del personal (800 \$US mes para Responsable de M&E de los PDCT, paulatinamente 3 cada año)	7.200,00	28.800,00	43.200,00	43.200,00
		TOTAL ACTIVIDAD	10.950,00	33.150,00	47.550,00	43.200,00
3	Desarrollo del marco legal correspondiente.	Reuniones	200,00	200,00	200,00	
		TOTAL ACTIVIDAD	200,00	200,00	200,00	
4	Desarrollo e implementación del Plan de Supervisión al personal en aspectos técnicos de M&E	Pasajes interdepartamentales para personal del PNCT x 1 veces al año visita a 9 regionales, promedio 200\$US, no incluye La Paz)		1.600,00		1.600,00
		Pasajes provinciales (personal del PDCT, x 2 veces al año, promedio 80\$US x 1 persona)		720,00	720,00	720,00
		Pasajes aéreos interprovinciales (Beni, Pando promedio 350 \$US por regional por semestre)		700,00	700,00	700,00
		Viáticos departamentales (1 persona x 50 \$US x 2 días x 8 departamentos)		900,00		900,00
		Viáticos interprovinciales promedio 300\$US		2.700,00	2.700,00	2.700,00
		Telefonía (Para coordinación, negociación y definición de negociaciones x 100\$US mes)		600,00	600,00	600,00
		TOTAL ACTIVIDAD		7.220,00	4.720,00	7.220,00
5	Actualización del Inventario de equipos de computo	Pasajes (1 persona PNCT x 2 días x 9 departamentos x promedio 200\$US, no incluye La Paz)	1.600,00			
		Viáticos (1 personas x 2 días x8 departamentos x 50\$US)	800,00			
		Transporte rural, promedio 100 \$US por departamento x 1 persona	900,00			
		Viatico Rural (1 persona x 5 días x 9 departamentos)	1.125,00			
		Telefonía (Para coordinación, negociación y definición de negociaciones x 100\$US mes)	600,00			
		TOTAL ACTIVIDAD	5.025,00			

			Presupuesto Estimado en \$US por año			
No. de Act.	Actividades	Requerimientos	Año 1		Año 2	
			1er sem	2do sem	1er sem	2do sem
6	Implementación de la red de comunicación de acuerdo al inventario	Compra de equipos de computo según inventario, se calcula a 1200 \$US por equipo con impresora		19.200,00	9.600,00	9.600,00
		Pasajes (1 persona PNCT x 2 días x 9 departamentos x promedio 200\$US, no incluye La Paz)		1.600,00	1.600,00	1.600,00
		Viáticos (1 personas x 2 días x8 departamentos x 50\$US)		800,00	800,00	800,00
		Transporte rural para traslado de computadoras, promedio 350 \$ por departamento		3.150,00	3.150,00	3.150,00
		TOTAL ACTIVIDAD		24.750,00	15.150,00	15.150,00
7	Actualización del inventario de equipos de comunicación	Pasajes (1 persona PNCT x 2 días x 9 departamentos x promedio 200\$US, no incluye La Paz)	1.600,00			
		Viáticos (1 personas x 2 días x8 departamentos x 50\$US)	800,00			
		Transporte rural, promedio 100 \$US por departamento x 1 persona	900,00			
		Viatico Rural (1 persona x 5 días x 9 departamentos)	1.125,00			
		Telefonía (Para coordinación, negociación y definición de negociaciones x 100\$US mes)	600,00			
		TOTAL ACTIVIDAD	5.025,00			
8	Implementación de la red de comunicación de acuerdo al inventario	Compra de equipos de comunicación según inventario (envió conjuntamente con equipos de computo)		10.000,00	5.000,00	5.000,00
		TOTAL ACTIVIDAD		10.000,00	5.000,00	5.000,00
9	Mantenimiento de los equipos de computo	Pasajes (1 persona PNCT x 2 días x 9 departamentos x promedio 200\$US, no incluye La Paz)		1.600,00		1.600,00
		Viáticos (1 personas x 2 días x8 departamentos x 50\$US)		800,00		800,00
		Materiales de computación por departamento, promedio 500 \$US		500,00		500,00
		TOTAL ACTIVIDAD		2.900,00		2.900,00
10	Dotación de mobiliarios para el fortalecimiento institucional	Compra de mobiliario acorde a necesidades, para los 9 departamentos y nivel nacional, se estima promedio	12.000,00			
		TOTAL ACTIVIDAD	12.000,00			
11	Sistematización de instrumentos a través de reuniones (contactos y quimioprofilaxis)	Pasajes (1 persona PNCT x 2 días x 9 departamentos x promedio 200\$US, no incluye La Paz)	1.600,00			
		Viáticos (1 personas x 2 días x8 departamentos x 50\$US)	800,00			
		Comunicaciones	200,00			
		TOTAL ACTIVIDAD	2.600,00			
12	Impresión de formularios Distribución de acuerdo a solicitudes de requerimientos	Imprenta		3.000,00		3.000,00
		Gastos de courier		400,00		400,00
		Telefonía		100,00		100,00
		TOTAL ACTIVIDAD		3.500,00		3.500,00
13	Instalación del software en equipos de computo de regionales y de gerencias.	Pasajes (1 persona PNCT x 2 días x 9 departamentos x promedio 200\$US, no incluye La Paz, 3 departamentos cada semestre)	600,00	600,00	600,00	
		Viáticos (1 personas x 2 días x8 departamentos x 50\$US)	400,00	400,00	400,00	
		TOTAL ACTIVIDAD	1.000,00	1.000,00	1.000,00	

			Presupuesto Estimado en \$US por año			
No. de Act.	Actividades	Requerimientos	Año 1		Año 2	
			1er sem	2do sem	1er sem	2do sem
14	Capacitación del personal en el manejo adecuado del software	Pasajes interprovinciales a municipios, promedio 250 \$US semestre a 3 departamentos	250,00	250,00	250,00	
		Viáticos rurales x 2 días x promedio 250 \$US semestre a 3 departamentos	250,00	250,00	250,00	
		TOTAL ACTIVIDAD	500,00	500,00	500,00	
15	Desarrollo del proceso de control de calidad del dato	Pasajes (1 persona PNCT x 2 días x 9 departamentos x promedio 200\$, no incluye La Paz)	1.000,00	800,00	800,00	800,00
		Viáticos (1 personas x 2 días x8 departamentos x 50\$US)	350,00	2.800,00	2.800,00	2.800,00
		Comunicaciones	50,00	100,00	100,00	100,00
		TOTAL ACTIVIDAD	1.400,00	3.700,00	3.700,00	3.700,00
16	Gastos de Luz, teléfono, agua, material de escritorio y otros (Gestiones con autoridad correspondiente)	Presupuesto para pago de luz, agua, internet, teléfono, material de escritorio y otros materiales (Promedio 2000 \$US por departamento y nacional anual)		20.000,00	20.000,00	20.000,00
		TOTAL ACTIVIDAD		20.000,00	20.000,00	20.000,00
17	Generación y mantenimiento de escenarios de análisis de información en la que participen organizaciones, instituciones, autoridades y otras personas	Pasajes (1 persona PNCT x 2 días x 9 departamentos x promedio 200\$, no incluye La Paz)		1.600,00		1.600,00
		Viáticos (1 personas x 2 días x8 departamentos x 50\$US)		800,00		800,00
		Fotocopias Material didáctico (promedio 200 \$US por departamento)		1.800,00		1.800,00
		TOTAL ACTIVIDAD		4.200,00		4.200,00
18	Realizar el mantenimiento de los medios de transporte para el adecuado funcionamiento de los mismos.	Presupuesto para realizar el mantenimiento de las movilidades, compra de repuestos, gasolina, lubricantes, etc. (Promedio 1000 \$US por departamento y nacional por año)				
		TOTAL ACTIVIDAD			10.000,00	
19	Elaboración de informes periódicos y boletines.	Impresión de boletines e informes periódicos (promedio 500 \$US por departamento y nacional por semestre)	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00
		TOTAL ACTIVIDAD	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00
			65.976,00	116.120,00	112.820,00	109.870,00



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

ANEXO II Diagnóstico de la situación actual de Monitoreo y Evaluación para el Control de la Tuberculosis

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

1. Introducción

En el marco del proyecto de la novena ronda del Fondo Mundial –Tuberculosis, el PNUD Bolivia, a solicitud del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) ha contratado los servicios de una profesional internacional para realizar el trabajo del desarrollo del Sistema de Monitoreo y Evaluación del programa, para lo cual como etapa previa, se realizó el diagnóstico del estado actual del componente de Monitoreo y Evaluación del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, que permita contar con información, determinar áreas críticas de intervención disgregadas a nivel nacional, ámbito territorial de los SEDES y nivel local, para ser incorporadas en el plan de Monitoreo y Evaluación.

1.1. Antecedentes

Bolivia cuenta con un Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) dependiente del Ministerio de Salud, reconocido como autoridad máxima, rectora y de coordinación a nacional. Asimismo cuenta con Programas Departamentales de Control de la Tuberculosis (SEDES), dependientes de las gobernaciones.

Tiene un rol normativo con un enfoque preventivo, curativo e incluyente, enmarcado en las políticas nacionales de salud, articulada al Plan de Desarrollo Sectorial y al modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), sus normas se ejecutan en todos los establecimientos de salud del país, y las prestaciones de diagnóstico y tratamiento son gratuitos para la población

afectada y son garantizados por el Estado Plurinacional Boliviano. Dentro de los principios que considera la política SAFCI, se encuentra la intersectorialidad, definida como una intervención coordinada con los diferentes sectores en el marco de la corresponsabilidad en el cuidado de la salud de la población.

El PNCT, extiende sus acciones a través de los Programas Departamentales de Control de la Tuberculosis (PDCT), las Gerencias de Red, equipos municipales locales operativos a nivel de los establecimientos de salud.

La información generada en los establecimientos de salud, es enviada mensualmente a las Gerencias de Red, las mismas que consolidan la información a nivel de Red para enviarla al Programa Departamental quienes asumen la responsabilidad de sistematizar y elaborar los informes trimestrales que son remitidos al PNCT. Sin embargo, uno de los principales problemas, es que se evidencia deficiencias en la calidad y oportunidad en la información sistematizada, como duplicidad y discordancias con los reportes del SNIS.

El programa cuenta con normas, guías y un Plan Estratégico para el Control de la Tuberculosis en Bolivia 2008–2015, los cuales se enmarcan en el Plan de Desarrollo Sectorial, el Plan Regional de Tuberculosis para las Américas y el Plan Global “Alto a la Tuberculosis”, elaborado por la OPS/OMS conjuntamente con los países miembros.

La Norma Técnica del programa incluye indicadores con sus definiciones, formatos de registro, flujos de información, procedimientos y cronogramas. Existiendo indicadores de impacto, efecto, resultado y procesos, incorporados en las normas del PNCT, sin embargo, existen necesidades de incorporar indicadores que permitan medir la calidad de los servicios, el cambio de comportamientos, la satisfacción de los usuarios de los servicios y atención recibida, adherencia y resistencia de los medicamentos y otros aspectos relevantes para el programa. Pese a que existen los planes, normas técnicas y todo el marco legal, a la fecha, aún no se cuenta con un Plan de Monitoreo y Evaluación (MyE), aunque, en la práctica, por la necesidad sentida, existe un ejercicio no estructurado de éstas actividades, siendo una necesidad previa, a la elabora-

ción del Plan de MyE el determinar el estado de situación actual de MyE, tanto a nivel nacional como departamental.

2. Objetivos del Diagnóstico

Objetivo general

Determinar la situación actual en relación a la capacidad técnica, de equipamiento y logística instalada en el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, niveles departamental y municipales para el desarrollo del sistema de monitoreo y evaluación, que permita superar deficiencias y aprovechar lecciones aprendidas.

Objetivos específicos

1. Identificar los componentes de Monitoreo y Evaluación del PNCT y su integración como sistema, a nivel departamental y nacional.
2. Describir los procesos de entrada (inputs) en cuanto a Monitoreo y Evaluación del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis a nivel departamental como nacional.
3. Describir los procesos de manejo de datos para el Monitoreo y Evaluación del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis a nivel departamental como nacional.
4. Determinar el estado actual de los procesos de salida en cuanto a Monitoreo y Evaluación del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis a nivel departamental como nacional.

5. Evaluar la relevancia de los resultados obtenidos de los componentes de Monitoreo y Evaluación del Programa Nacional de la Tuberculosis.

3. Marco Referencial

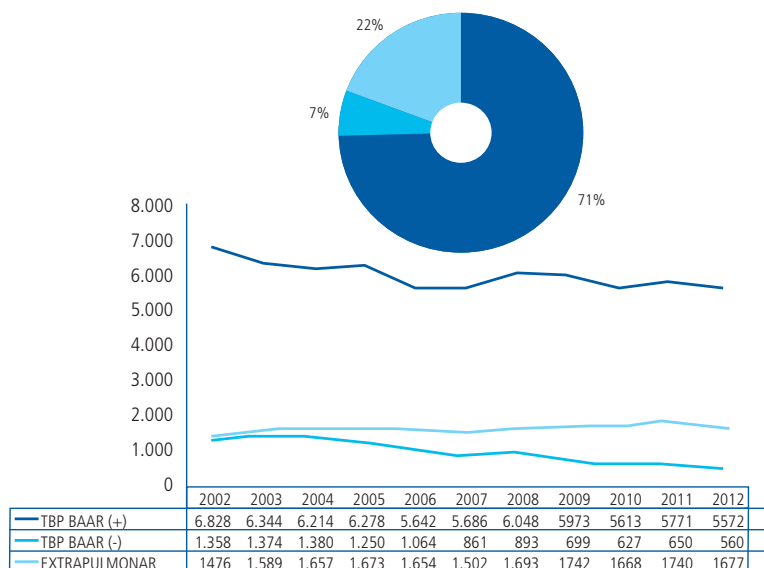
La tuberculosis es una enfermedad que mundialmente produce alrededor de 9.000.000 de casos por año, especialmente en la India, China (40% de la carga mundial de TB) y África (24%).

En Bolivia, la tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública de gran magnitud y trascendencia, que clasifica al país dentro de los 12 países con alta carga en Las Américas, ocupando el segundo lugar después de Haití por la tasa de incidencia de Tuberculosis en todas sus formas.

En la gestión 2012 se notificaron 8.490 casos de TB en todas sus formas, donde el 92% (7811) son casos nuevos en todas sus formas y 8% (679) son casos de retratamiento, según los antecedentes.

Figura No. 1: Número de casos notificados de Tuberculosis todas sus formas (TB TSF),

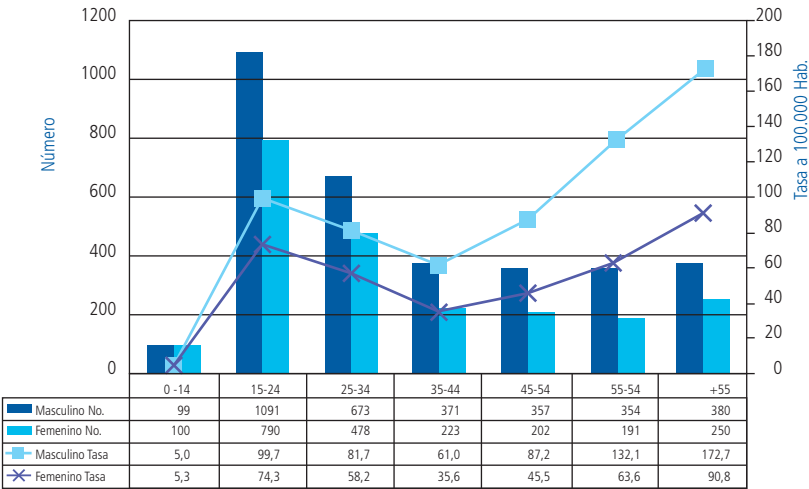
TBP BAAR (+), TB BAAR (-) y TB Extrapulmonar, Bolivia 2001 – 2012



Fuente Programa Nacional de Control de Tuberculosis

Del total de casos de casos nuevos de TBP el 79%(6.132), el 71% (5.572) son casos TBP con baciloscopia positiva, teniendo una relevancia epidemiológica por ser la forma contagiosa de la enfermedad, hacia donde se dirige la mayoría de las acciones contra la tuberculosis; el otro porcentaje se distribuyen entre aquellos con baciloscopia negativa el 7,8% (560 casos) y 22 % (1.677) con TB extrapulmonar. Aunque estas dos formas no son contagiosas, tiene su importancia por la probabilidad de contar con formas graves de tuberculosis.

Figura No. 2: Número de casos TBP BAAR (+) y Tasa de incidencia notificada de TB BAAR (+), Según grupo etáreo y sexo, Bolivia 2012



Fuente Programa Nacional de Control de Tuberculosis

Según sexo del total de casos de la forma infectante el 60 % son varones y 40% son mujeres, permitiendo inferir que el nivel de riesgo, es mayor, en el sexo masculino.

Los grupos etáreos más afectados por la TBP BAAR (+) son los comprendidos entre 15 a 34 años, grupos de edad reproductiva, activa económicamente y de mayor contacto social, lo que evidencia que el contagio de la enfermedad se inicia a edades tempranas, y de predominio en el sexo masculino.

4. Marco Conceptual

4.1 La tuberculosis

La tuberculosis, en la actualidad, a pesar de todos los conocimientos disponibles, sigue siendo la enfermedad infecciosa más importante de nuestros tiempos y que aún no es derrotada.

Definición, la tuberculosis es una enfermedad social, infecciosa, contagiosa, de evolución crónica y curable.

- *Social*, porque afecta principalmente a las personas pobres.
- *Infecciosa*, porque es producida por el *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch.
- *Contagiosa*, porque el bacilo es transmitido por vía aérea, de persona a persona.
- *Crónica*, porque su tiempo de evolución es prolongado, debido a la multiplicación lenta del bacilo.
- *Curable*, porque con tratamiento estandarizado y estrictamente supervisado se curan prácticamente el 100% de los enfermos, la curación se refiere a la eliminación del bacilo no a la desaparición de las secuelas secundarias por destrucción de los tejidos.

Mecanismo de Transmisión, la persona TBP bacilífera al hablar, reír, estornudar, cantar y sobre todo, al toser elimina diminutas gotas que contienen bacilos, los factores involucrados en la transmisión son el número de personas con Tuberculosis Pulmonar BAAR (+) existentes y la duración de su enfermedad sin tratamiento.

Manifestaciones clínicas, los síntomas y signos sugestivos de la tuberculosis pulmonar se clasifican en síntomas locales (respiratorios) y generales (sistémicos).

- *Los síntomas generales o sistémicos*, son los primeros en aparecer, entre ellos está el decaimiento, cansancio fácil, pérdida de apetito, alzas térmicas, sudoraciones nocturnas, pérdida progresiva de peso; sin embargo,

uno de los aspectos más importantes es que los síntomas generales de tuberculosis aparecen gradualmente en semanas y hasta en meses.

- *Los síntomas respiratorios* pueden aparecer simultánea o posteriormente a los generales. El más representativo es la tos que al comienzo es seca, irritativa, y que se vuelve productiva con expectoración mucosa, mucopurulenta o purulenta. Al ser la tos el principal síntoma orientador de la enfermedad, el paciente es identificado como sintomático respiratorio con sospecha de tuberculosis.
- *Sintomático Respiratorio (SR)* es la persona que tiene tos y expectoración por más de 15 días y que debe ser examinado con baciloscopía seriada de esputo.

Formas de la Tuberculosis, desde el punto de vista de su localización, se clasifica en:

Tuberculosis pulmonar que es más frecuente, representando más del 80% de los casos de Tuberculosis en todas sus formas, pudiendo ser BAAR (+) y BAAR (-).

- *La tuberculosis pulmonar BAAR (+)* es la forma más contagiosa.
- *Los casos de TB pulmonar BAAR (-)* pero cultivo positivo, son 10 veces menos contagiosos que los BAAR (+).

La Tuberculosis extrapulmonar representa el 20% de los casos de tuberculosis en todas sus formas, afecta otros órganos fuera de los pulmones.

4.2 Programa Nacional de Control de Tuberculosis

El Ministerio de Salud en procura de vigilar y controlar la Tuberculosis en Bolivia con atención integral de calidad, equidad y eficiencia a la Población Boliviana cuenta con el Programa Nacional de Control de Tuberculosis que es una estructura técnica dependiente del ente rector, orgánicamente depende de la Unidad de Epidemiología.

Su principal función es la emisión de normas y estrategias dirigidas a controlar la Tuberculosis en el país, y deben ser aplicadas en todos los establecimientos de salud donde las prestaciones de diagnóstico y tratamiento están garantizadas por el Estado Plurinacional de Bolivia.

Objetivo General de PNCT

Reducir la transmisión del *Mycobacterium tuberculosis* en la comunidad para disminuir la mortalidad y morbilidad por tuberculosis evitando la aparición de resistencia.

Objetivos específicos del PNCT

1. Promover la captación pasiva de los sintomáticos respiratorios en todos los establecimientos de salud del país.
2. Asegurar distribución oportuna, ininterrumpida, suficiente y regular de insumos y reactivos de laboratorio en los nueve programas departamentales
3. Fortalecer el diagnóstico y control bacteriológico oportuno y de calidad en toda la red de laboratorios del país.
4. Asegurar una distribución oportuna, ininterrumpida, suficiente y regular de medicamentos antituberculosos en los establecimientos de salud del país.
5. Promover el cumplimiento del tratamiento directamente observado en todos los casos de tuberculosis por personal de salud o promotor comunitario capacitado.

6. Fortalecer el sistema de registro e información, evaluación y análisis de los componentes del Programa Nacional de Tuberculosis en todos los establecimientos de salud.
7. Implementar un sistema de vigilancia con relación VIH/Tuberculosis
8. Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica de la farmacoresistencia
9. Promover la capacitación de recurso a nivel local para actividades que coadyuven al control de Tuberculosis.
10. Fortalecer el sistema de monitoreo y evaluación a nivel Nacional, Departamental y Local.

Metas al 2015

- Nacional (Indicadores de Resultado)
- Detectar el 70 % de los casos nuevos de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva.
- Curar el 85 % de los casos nuevos detectados de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva.
- Lograr una cobertura de la estrategia DOTS en el 90 % de los establecimientos de salud en atención de tuberculosis.

Milenio (Indicadores de Impacto)

- Disminuir la incidencia de TBP con baciloscopia positiva en 50% (de 86,9 el 2002 a 43,8 por 100.000 habitantes el 2015).
- Disminuir la mortalidad por TB en más del 50% (de 51 en 1990 a 25 por 100.000 habitantes el 2015).

El PNCT pretende lograr el control de la tuberculosis en el país, en el marco de los objetivos, metas, estrategias, funciones y actividades dentro del modelo de Atención de la Salud Comunitaria e Intercultural (SAFCl) y de la Estrategia Mundial Alto a la Tuberculosis.

En Plan Estratégico para el Control de la Tuberculosis en Bolivia 2008-2015, proyecta reducir la morbilidad y mortalidad por tuberculosis.

Las líneas estratégicas que integran este plan son las siguientes:

1. Fortalecimiento y ampliación de la estrategia DOTS con calidad.
2. Implementación de las actividades de colaboración TB/VIH bajo normas.
3. Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, prevención y atención de TB-MDR bajo normas.
4. Ampliación de la vigilancia y control de la tuberculosis en privados de libertad, poblaciones indígenas, fuerzas armadas, migrantes y otros.
5. Fortalecimiento de la Red Nacional de Laboratorios con base en estándares internacionales de calidad.
6. Fortalecimiento del sistema nacional de salud a través de estrategias de desarrollo de recursos humanos, de gestión, de servicios, de sistemas de información, adquisición de equipos, mejoramiento de infraestructura e implementación de la estrategia de Atención integral de la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias para mayores de 5 años (AITER/ASPA).
7. Implementación de la iniciativa público - público y público - privada (PPM) bajo normas del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT).
8. Aplicación de estrategias de Abogacía, Comunicación y Movilización Social (ACMS) y participación comunitaria que facilite el empoderamiento de los afectados y la comunidad.
9. Diseño y ejecución de investigaciones operativas, clínicas y epidemiológicas en tuberculosis.

La tuberculosis, se encuentra entre las enfermedades transmisibles crónicas prioritarias a ser reducida a nivel nacional, pretender mejorar la eficiencia del sistema de vigilancia, a través del fortalecimiento de la calidad de la información para la adecuada toma de decisiones conjuntas entre los equipos de salud y la comunidad.

4.3. El Monitoreo y la Evaluación

Son aspectos que juegan un papel importante en el manejo rutinario de los programas de salud. Son actividades complementarias que permiten a los programas medir la cobertura de la población objetivo con el fin de identificar brechas y sectores de la población no cubierta, además que permite determinar el grado de avance de los planes y proyectos en relación a las metas programadas.

El Monitoreo, es el seguimiento rutinario de programas usando los datos de los insumos, los procesos y los resultados obtenidos. Se utiliza para evaluar si las actividades programáticas se están llevando o no a cabo en el tiempo y forma establecidos. Las actividades de monitoreo revelan el grado de progreso del programa hacia las metas identificadas.

La Evaluación, es el conjunto completo de información sobre las actividades, características y resultados de una acción, proyecto o programa, que posibilita el análisis, explicación y determina su mérito o valor.

Por otro lado se puede decir que es el proceso sistemático para determinar hasta qué punto una acción, proyecto o programa alcanzó las metas inicialmente establecidas y esperadas.

Existe superposición entre los conceptos de monitoreo y evaluación. La distinción reside en que el monitoreo controla el cumplimiento de las tareas y actividades planeadas, mientras que la evaluación verifica el logro de los objetivos estratégicos y de las metas programáticas de acceso, utilización.

5. Marco Metodológico

5.1. Tipo de estudio

Para determinar el Diagnóstico del Estado Actual de Monitoreo y Evaluación en el Programa de Control de la Tuberculosis, se realizó un estudio Descriptivo Transversal, que permitió recabar información de la situación actual de los componentes de monitoreo y evaluación, que se llevan a cabo en los niveles locales, regionales y nacional del Programa de Control de la Tuberculosis.

5.2. Variables seleccionadas

La selección de las variables recopiladas en el estudio, se realizaron en función de los procesos que se realizan en la práctica de monitoreo y evaluación, bajo el enfoque sistémico, por tanto se recolectó información que permita determinar la situación de las condiciones que son entrada del sistema, los procesos, las salidas del sistema y la toma de decisiones en relación a los componentes y líneas estratégicas del PNCT enmarcado en el Plan Estratégico de TB.

5.3 Identificación del sujeto de estudio

- Programa Nacional de Control de Tuberculosis
- Red de Laboratorio Nacional de Tuberculosis
- Programas Departamentales de Control de Tuberculosis
- Laboratorios Departamentales de Tuberculosis
- Gerencias Redes de Salud
- Establecimientos de Salud

5.4 Técnicas de estudio y de recolección de información

Se llevaron a cabo las siguientes técnicas de estudio:

- Investigación documental
- Análisis y revisión del Plan estratégico del PNCT
- Revisión de documentos relacionados con monitoreo y evaluación existentes en el PNCT y PDCT.
- Revisión de reportes de las regionales en el marco de monitoreo y evaluación.
- Recolección de información de fuente primaria (equipos regionales)

A fin de verificar lo establecido en la documentación revisada se realizaron visitas a las regiones para entrevistas con el personal de los programas, en instrumentos con preguntas abiertas y cerradas, realizándose las siguientes técnicas metodológicas

Entrevistas a informantes claves: La recolección de información se realizó de fuentes primarias del PNCT y PDCT aplicando las siguientes técnicas metodológicas:

- A nivel nacional al Responsable del PNCT, Supervisora, responsables de áreas TB-MDR, Coinfección, Informática, Medicamentos, Poblaciones Vulnerables y Comunicación (fuentes primaria de información).
- A nivel departamental Responsables de programa, Supervisoras, Punto Focal de TB-MDR y nivel operativo.
- Observación y verificación de procesos e instrumentos claves de monitoreo y evaluación.
- Grupo focal institucional.
- Reunión con el equipo del Programa Nacional de Control de tuberculosis y equipos departamentales.
- Se desarrolló esta acción en el Programa Nacional de Control de Tuberculosis y ocho de los nueve Programas de control de Tuberculosis: La Paz, Cochabamba, Santa Cruz, Tarija, Chuquisaca, Pando, Chuquisaca, Potosí y Oruro.

- Visita de observación y verificación de los procesos de MyE en un servicio de salud de nivel urbano-periurbano, seleccionado al azar.

5.5. Sistematización de la información

Todos los niveles visitados contaron con instrumentos para la recolección de la información y una planilla de cálculo en Excel donde se digitaron los datos recolectados.

Para tener una adecuada sistematización de la información recolectada fue procesado en el paquete Epiinfo versión Windows, el grupo focal fue procesado en Word y analizado mediante el análisis de tópicos.

5.6. Alcances

- Ámbito Geográfico, la investigación se realizó a nivel Nacional.
- Ámbito Sectorial, la investigación fue efectuada en cada Programa Departamental de Control de Tuberculosis en Bolivia.

5.7. Operativo de campo

El estudio fue desarrollado en etapas, las cuales se describen a continuación:

- Etapa Preparatoria
- Levantamiento de información

Etapa preparatoria, se dio inició con una reunión con personal del Programa Nacional de Control de Tuberculosis con la participación del equipo, en la que se aprueba el “Plan de Trabajo” y los instrumentos a aplicar durante el relevamiento de información y datos, como también el cronograma de visitas a los diferentes SEDES del país.

El PNCT, mediante circular solicita el acceso a entrevistas a los integrantes de los PDCT, Laboratorio y Gerencias de Red y visita a un Establecimiento de Salud, seleccionado por el equipo departamental.

Levantamiento de Información, el levantamiento de datos se realizó en los ocho de los nueve departamentos, durante el mes de agosto 2013, completándose con el departamento restante en septiembre del año en curso; realizándose 51 entrevistas.

5.8 Análisis de la información

- La información es analizada con la utilización de porcentajes por variables simples y cruces de variables según los objetivos, disgregando la información por nivel departamental.

6. Resultados

En este capítulo se presentan los resultados del estudio, organizándose de acuerdo a la ruta lógica en el Sistema de Monitoreo y Evaluación: Entrada (inputs), proceso y salida (outputs); además de los aspectos generales para el sistema de MyE y la capacidad instalada requerida para su adecuado funcionamiento, para finalmente presentar el análisis de la relevancia de los hallazgos para el desarrollo de un sistema de MyE. Los cuadros que corresponden al presente acápite, se presentan a continuación:

Cuadro Nro.1
Personas entrevistadas según SEDES y nivel Nacional
Bolivia
Agosto de 2013

Personas entrevistadas	Número	Porcentaje
TOTAL Nivel	51	100,00
SEDES		
Beni	4	7,8
Chuquisaca	7	13,7
Cochabamba	8	15,7
La Paz	3	5,9
Oruro	4	7,8
Pando	3	5,9
Potosí	3	5,9
Santa Cruz	7	13,7
Tarija	3	5,9

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de la Consultoría de:
Elaboración del Plan de MyE del PNCT

Cuadro Nro.2
Personas entrevistadas en cuanto al conocimiento y disponibilidad de los planes de tuberculosis
Bolivia
Agosto de 2013

Ámbito de acción	Plan Estratégico de TB		POA 2013		Proyecto Fondo Mundial	
	Lo conoce	Lo tiene a mano (*)	Lo conoce	Lo tiene a mano (*)	Lo conoce	Lo tiene a mano (*)
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total Nivel	73,2	74,2	70,6	65,4	90	66,7
Nacional SEDES	100	83,3	100,0	83,3	100,0	100,0
Beni	75,0	100,0	100,0	100,0	50,0	0,0
Chuquisaca	100,0	75,0	100,0	66,7	100,0	100,0
Cochabamba	71,4	100,0	50,0	66,7	100,0	50,0
La Paz	100,0	50,0	50,0	100,0	100,0	100,0
Oruro	50,0	33,3	0,0	100,0	100,0	0,0
Pando	66,7	100,0	66,7	0,0	50,0	100,0
Potosí	66,7	0,0	66,7	50,0	100,0	100,0
Santa Cruz	60,0	66,7	100,0	0,0	100,0	50,0
Tarija	33,3	100,0	50,0	60,9	100,0	0,0

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de la Consultoría de Elaboración del Plan de MyE del PNCT
(*) Porcentaje de los que indican conocerlo

Cuadro Nro. 3
Personas entrevistadas en cuanto al conocimiento y aplicación de Indicadores de Planes del Programa
Bolivia
Agosto de 2013

Ámbito de acción	Plan Estratégico		POA 2013		Proyecto Fondo Mundial		Evalua
	Conoce los Indicadores (%)	Los Usa (%)	Conoce los Indicadores (%)	Los Usa (%)	Conoce los Indicadores (%)	Los Usa (%)	
Total Nivel	85,3	96,4	71,0	90,5	72,2	100,0	84,8
Nacional SEDES	100	83,3	75,0	66,7	100,0	100,0	75,0
Beni	50,0	100,0	33,3	100,0	100,0	100,0	25,0
Chuquisaca	100,0	100,0	50,0	100,0	50,0	100,0	100,0
Cochabamba	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
La Paz	100,0	83,0	100,0	50,0	100,0	100,0	100,0
Oruro	50,0	100,0	50,0	100,0	100,0	100,0	50,0
Pando	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Potosí	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0	100,0	100,0
Santa Cruz	50,0	100,0	50,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de la Consultoría de Elaboración del Plan de MyE del PNCT

Cuadro Nro. 4
Personas entrevistadas en cuanto a la Capacitación y Actualización
Bolivia
Agosto de 2013

Ámbito de acción	Cuentan con un Plan y/o Estrategia de Capacitación	Realizan Evaluación de impacto de las Capacitaciones	Tienen convenios con las Universidades o entidades Formadoras de RRHH
	(%)	(%)	(%)
Total Nivel	58,3	50,0	31,3
Nacional SEDES	75,0	0,0	0,0
Beni	100,0	50,0	0,0
Chuquisaca	100,0	100,0	100,0
Cochabamba	33,3	66,7	50,0
La Paz	0,0	100,0	0,0
Oruro	100,0	50,0	0,0
Pando	0,0	0,0	0,0
Potosí	0,0	0,0	0,0
Santa Cruz	66,7	66,7	50,0
Tarija	52,4	50,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de la Consultoría de Elaboración del Plan de MyE del PNCT

Cuadro Nro. 5
Personas en trevistas en cuanto a Gestion del Personal
Bolivia
Agosto de 2013

Ámbito de acción	Cuentan con un Plan y/o Estrategia de Gestión de RRHH?	Cuentan con perfiles establecidos para cada cargo	Evaluan al personal del Programa	Cuentan con manuales de normas y funciones
	(%)	(%)	(%)	(%)
Total Nivel	58,3	50,0	31,3	31,3
Nacional SEDES	75,0	75,0	60,0	80,0
Beni	33,3	0,0	25,0	50
Chuquisaca	0,0	50,0	100,0	100,0
Cochabamba	0,0	0,0	60,0	20,0
La Paz	100,0	100,0	50,0	50,0
Oruro	0,0	50,0	75,0	50,0
Pando	0,0	0,0	66,7	33,3
Potosí	0,0	100,0	66,7	33,3
Santa Cruz	0,0	0,0	60,0	80,0
Tarija	0,0	50,0	0,0	0,0

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de la Consultoría de Elaboración del Plan de MyE del PNCT

Cuadro Nro. 6
Personas entrevistadas en cuanto a Condiciones de Trabajo del personal.
Bolivia
Agosto de 2013

Ámbito de acción	Cuentan con un ambiente adecuado de trabajo	Cuentan con suministros y logística adecuada para su trabajo
	(%)	(%)
Total Nivel	33,3	81,5
Nacional SEDES	80,0	100,0
Beni	0,0	66,7
Chuquisaca	0,0	100,0
Cochabamba	100,0	60,0
La Paz	0,0	100,0
Oruro	75,0	100,0
Pando	0,0	50,0
Potosí	0,0	100,0
Santa Cruz	20,0	100,0
Tarija	33,3	66,7

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de la Consultoría de Elaboración del Plan de MyE del PNCT

Cuadro Nro. 7
Personas entrevistadas en cuanto a Relaciones Interpersonales
Bolivia
Agosto de 2013

Ámbito de acción	Como son las relaciones interpersonales del personal del Programa				Cumplen las líneas Jerárquicas y de mando en el Programa			Cumplen las líneas Jerárquicas y de mando en el Programa			
	Excelentes	Buenas	Regulares	Malas	Totalmente (se respetan)	Parcialmente	No se respetan	Excelentes	Buenas	Regulares	Malas
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total Nivel	30,0	56,7	13,3	0,0	76,7	20,0	3,3	10,3	82,8	6,9	0,0
Nacional SEDES	0,0	66,7	33,3	0,0	33,3	66,7	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0
Beni	100,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	0,0	33,3	66,7	0,0	0
Chuquisaca	33,3	66,7	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	33,3	66,7	0,0	0,0
Cochabamba	100,0	50,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	75,0	25,0	0,0
La Paz	0,0	100,0	0,0	0,0	50,0	0,0	50,0	0,0	50,0	50,0	0,0
Oruro	0,0	100,0	0,0	0,0	66,7	33,3	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0
Pando	33,3	33,3	33,3	0,0	66,7	33,3	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0
Potosí	33,3	66,7	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0
Santa Cruz	25,0	50,0	25,0	0,0	75,0	25,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0
Tarija	0,0	50,0	50,0	0,0	50,0	50,0	0,0	50,0	50,0	0,0	0,0

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de la Consultoría de Elaboración del Plan de MyE del PNCT

Cuadro Nro. 8
Personas entrevistadas en cuanto Sistemas de Información para Tuberculosis
Bolivia
Agosto de 2013

Ámbito de acción	Sistema Software		
	Percepción de funcionamiento del SIRETB	Cuentan con un inventario de computadoras	Los equipos son suficientes
	(%)	(%)	(%)
Total Nivel	4,2	53,3	33,3
Nacional SEDES	0,0	0,0	0,0
Beni	0,0	50,0	0,0
Chuquisaca	0,0	0,0	0,0
Cochabamba	0,0	66,7	66,7
La Paz	0,0	100,0	100,0
Oruro	0,0	100,0	100,0
Pando	0,0	0,0	0,0
Potosí	33,3	100,0	0,0
Santa Cruz	0,0	50,0	0,0
Tarija	0,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de la Consultoría de Elaboración del Plan de MyE del PNCT

Cuadro Nro. 9
Personas Entrevistadas en cuanto a disponibilidad de Medios de Transporte
Bolivia
Agosto de 2013

Ámbito de acción	Cuentan con transporte para el M&E				Cuentan con transporte para trabajo operativo				Realizan Mantenimiento		
	Siempre	Casi Siempre	Raras veces	Nunca	Siempre	Casi Siempre	Raras veces	Nunca	Si	No	No sabe
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total Nivel	100	23,5	11,8	5,9	37	14,8	33,3	14,8	81,5	3,7	14,8
Nacional SEDES	100	0	0	0	0	0	100	0	100	0	0
Beni	0	50	50	0	0	33,3	66,7	0	33,3	0	66,7
Chuquisaca	100	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0	33,3	33,3	100	0,0	0,0
Cochabamba	33,3	66,7	0,0	0,0	0,0	50	50	0,0	100	0,0	0,0
La Paz	100	0,0	0,0	0,0	50	0,0	50	0,0	50	50	0,0
Oruro	50	0,0	0,0	50	100	0,0	0,0	0,0	100	0,0	0,0
Pando	0,0	50	50	0,0	33,3	0,0	33,3	33,3	66,7	0,0	33,3
Potosí	100	0,0	0,0	0,0	100	0,0	0,0	0,0	100	0,0	0,0
Santa Cruz	100	0,0	0,0	0,0	25	25	25	25	75	0,0	25
Tarija	100	0,0	0,0	0,0	50	0,0	0,0	50	100	0,0	0,0

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de la Consultoría de Elaboración del Plan de MyE del PNCT

Cuadro Nro. 10
Personas entrevistadas en cuanto a disponibilidad de Instrumentos del Sistema de Información para TB
Bolivia
Agosto de 2013

Ámbito de acción	Instrumentos de Información					
	Recolección	Consolidación	Análisis	Otro	Estan capacitados en el uso	Cuentan con personal específico
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total Nivel	100,0	96,2	100,0	35,7	85,7	29,4
Nacional SEDES	100,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Beni	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	0,0
Chuquisaca	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	0,0
Cochabamba	100,0	80,0	100,0	100,0	60,0	100,0
La Paz	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	0,0
Oruro	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0
Pando	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	0,0
Potosí	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	0,0
Santa Cruz	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0
Tarija	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0	0,0

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de la Consultoría de Elaboración del Plan de MyE del PNCT

Cuadro No. 11
Personas entrevistadas en cuanto al conocimiento y manejo de indicadores de detección
Bolivia
Agosto de 2013

Ámbito de Intervención	Proporción de SR examinados* entre los SR identificados (meta 100%).				Promedio de baciloscopias de diagnóstico entre los SR examinados (parámetro 3)				Promedio de TBP BAAR(+) casos nuevos (parámetro 10)				Porcentaje de positividad de baciloscopia de diagnóstico (parámetro 10)			
	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalúa (%)	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalúa (%)	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalúa (%)	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalúa (%)
Total Nivel	60,0	50,0	50,0	55,5	60,0	50,0	50,0	55,5	60,0	50,0	50,0	55,5	50,0	40,0	40,0	45,5
Nacional SEDES	33,3	0,0	33,3	33,3	33,3	0,0	33,3	33,3	33,3	0,0	33,3	33,3	33,3	0,0	33,3	33,3
Beni																
Chuquisaca	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0
Cochabamba	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	0,0	66,7	66,7
La Paz	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Oruro	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pando	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Potosí	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Santa Cruz	100,0	66,7	66,7	66,7	100,0	66,7	66,7	66,7	100,0	66,7	66,7	66,7	100,0	0,0	66,7	66,7
Tarija	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de la Consultoría de Elaboración del Plan de MJE del PNCT

Cuadro No. 13
Personas entrevistadas en cuanto al conocimiento y manejo de indicadores de cobertura
Bolivia
Agosto de 2013

Ambito de Intervención	Cobertura de SR identificados de los programados (meta 90%).					Cobertura de TBP BAAR (+) nuevos diagnosticados de los programados (meta 70%)					Cobertura de hactiología de diagnóstico					Cobertura de tratamiento (meta 100%)				
	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalua (%)		Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalua (%)		Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalua (%)		Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalua (%)	
Total	60,0	50,0	50,0	55,5		60,0	50,0	50,0	55,5		60,0	50,0	50,0	55,5		50,0	40,0	35,0	35,5	
Nivel																				
Nacional	33,3	0,0	33,3	33,3		33,3	0,0	33,3	33,3		33,3	0,0	33,3	33,3		33,3	0,0	33,3	33,3	
SEDES																				
Beni	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	100,0	
Chuquisaca	66,7	33,3	33,3	33,3		66,7	33,3	33,3	33,3		66,7	33,3	33,3	33,3		66,7	33,3	66,7	66,7	
Cochabamba	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	
La Paz	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	
Oruro	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	100,0	
Pando	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	
Porosí	100,0	100,0	0,0	100,0		100,0	100,0	0,0	100,0		100,0	100,0	0,0	100,0		100,0	100,0	0,0	100,0	
Santa Cruz	100,0	66,7	66,7	33,3		100,0	66,7	66,7	33,3		100,0	66,7	66,7	33,3		100,0	66,7	66,7	33,3	
Tarifa	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de la Consultoría de Elaboración del Plan de MJE del PICT

Cuadro No. 14
Personas entrevistadas en cuanto al conocimiento y manejo de indicadores de cobertura
Bolivia
Agosto de 2013

Ámbito de acción	Cobertura de SR identificados de los programados (meta 90%).				Cobertura de TBP BAAR (+) nuevos diagnosticados de los programados (meta 70%)				Cobertura de baciloscopia de diagnóstico				Cobertura de tratamiento (meta 100%)			
	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalua (%)	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalua (%)	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalua (%)	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalua (%)
Total	60,0	50,0	45,0	45,0	60,0	50,0	45,0	45,0	60,0	50,0	45,0	45,0	50,0	40,0	35,0	35,0
Resp. de Programa	50,0	37,5	37,5	37,5	50,0	37,5	37,5	37,5	50,0	37,5	37,5	37,5	50,0	37,5	37,5	37,5
Enf. Supervisora	83,3	83,3	66,7	66,7	83,3	83,3	66,7	66,7	83,3	83,3	66,7	66,7	83,3	83,3	66,7	66,7
Resp. de Lab. TB	50,0	33,3	33,3	33,3	50,0	33,3	33,3	33,3	50,0	33,3	33,3	33,3	16,7	0,0	0,0	0,0

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de la Consultoría de Elaboración del Plan de MJE del PNCT

Cuadro No. 15
Personas entrevistadas en cuanto al conocimiento y manejo de indicadores de tratamiento
Bolivia
Agosto de 2013

Ámbito de Intervención	Tasa de conversión bacteriológica al término de la fase inicial del tratamiento. En TB BAAR (+)				Tasa de curación (Eficiencia) TBP BAAR (+) nuevos (meta > 85%)				Tasa de término tratamiento TBP BAAR(+) nuevos				Tasa de fracasos TBP BAAR(+) nuevos				Tasa de fa
	Conoce		Define		Calcula		Evalúa		Conoce		Define		Calcula		Evalúa		Conoce
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total Nivel	60,0	65,0	60,0	50,0	50,0	55,0	50,0	45,0	55,0	55,0	50,0	45,0	50,0	50,0	45,0	40,0	50,0
Nacional SEDES	33,3	33,3	33,3	0,0	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3
Beni																	
Chuguisaca	100,0	100,0	100,0	66,7	100,0	100,0	100,0	66,7	100,0	100,0	100,0	66,7	100,0	100,0	100,0	66,7	100,0
Cochabamba	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	33,3	33,3	66,7	33,3	33,3	33,3	33,3	66,7
La Paz	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Oruro	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0	50,0	100,0	50,0	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0
Pando	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0
Potosí	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0
Santa Cruz	66,7	100,0	100,0	66,7	33,3	66,7	100,0	33,3	33,3	66,7	66,7	33,3	33,3	66,7	66,7	33,3	33,3
Tarija	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de la Consultoría de Elaboración del Plan de MjE del PNCT

Cuadro No. 16
Personas entrevistadas en cuanto al conocimiento y manejo de indicadores de tratamiento
Bolivia
Agosto de 2013

Ámbito de intervención	Tasa de conversión bacteriológica al término de la fase inicial del tratamiento. En TB BAAR (+).				Cobertura de TBP BAAR (+) nuevos diagnosticados de los programados (meta 70%)				Tasa de término tratamiento TBP BAAR(+) nuevos				Tasa de fracasos TBP BAAR(+) nuevos				Tasa de frac
	Conoce		Define		Calcula		Evalúa		Conoce		Define		Calcula		Evalúa		Conoce
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total	60,0	65,0	60,0	50,0	50,0	55,0	50,0	45,0	55,0	55,0	50,0	45,0	50,0	50,0	45,0	40,0	50,0
Resp. de Programa	62,5	62,5	62,5	62,5	62,5	62,5	62,5	62,5	62,5	50,0	50,0	50,0	62,5	50,0	50,0	50,0	62,5
Enf. Supervisora	66,7	83,3	66,7	50,0	66,7	83,3	66,7	66,7	66,7	83,3	66,7	66,7	66,7	83,3	66,7	66,7	50,0
Resp. de Lab. TB	50,0	50,0	50,0	33,3	16,7	16,7	16,7	0,0	33,3	33,3	33,3	16,7	16,7	16,7	16,7	0,0	16,7

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de la Consultoría de Elaboración del Plan de MjE del PNCT

Muestras de frotis de bacilos (+) nuevos			Tasa de abandonos TBP BAAR(+) nuevos				Tasa de transferidos TBP BAAR(+) nuevos				Porcentaje de positividad de baciloscopia de control				Tasa de éxito de tratamiento en pacientes nuevos de TB con frotis positivo			
Define (%)	Calcula (%)	Evalua (%)	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalua (%)	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalua (%)	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalua (%)	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalua (%)
50,0	45,0	40,0	45,0	45,0	40,0	35,0	50,0	50,0	45,0	40,0	55,0	55,0	50,0	50,0	45,0	40,0	40,0	35,0
33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3
100,0	100,0	66,7	100,0	100,0	100,0	66,7	100,0	100,0	100,0	66,7	100,0	100,0	100,0	100,0	66,7	66,7	66,7	33,3
33,3	33,3	33,3	33,3	0,0	0,0	0,0	66,7	33,3	33,3	33,3	66,7	33,3	33,3	33,3	66,7	33,3	33,3	33,3
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0	50,0	50,0	50,0
50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0
100,0	0,0	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	0,0	0,0	100,0
66,7	66,7	33,3	33,3	66,7	66,7	33,3	33,3	66,7	66,7	33,3	33,3	66,7	66,7	33,3	33,3	66,7	66,7	33,3
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Muestras TBP BAAR(+) nuevos			Tasa de transferidos TBP BAAR(+) nuevos				Tasa de Eficacia TBP BAAR(+) nuevos				Porcentaje de positividad de baciloscopia de control				Tasa de éxito de tratamiento en pacientes nuevos de TB con frotis positivo			
Define (%)	Calcula (%)	Evalua (%)	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalua (%)	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalua (%)	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalua (%)	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalua (%)
50,0	45,0	40,0	50,0	50,0	45,0	40,0	50,0	50,0	45,0	40,0	55,0	55,0	50,0	50,0	45,0	40,0	40,0	35,0
50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	62,5	50,0	50,0	50,0	62,5	50,0	50,0	50,0	62,5	50,0	50,0	50,0
66,7	50,0	50,0	83,3	66,7	66,7	66,7	66,7	83,3	66,7	66,7	66,7	83,3	66,7	66,7	50,0	50,0	50,0	50,0
16,7	16,7	0,0	16,7	16,7	16,7	0,0	16,7	16,7	16,7	0,0	33,3	33,3	33,3	33,3	16,7	16,7	16,7	0,0

Cuadro No. 17
Personas entrevistadas en cuanto al conocimiento y manejo de indicadores de TB-MDR.
Bolivia
Agosto de 2013

Ámbito de Intervención	Proporción de pacientes TB-MDR casos nuevos confirmados mediante la prueba de sensibilidad y resistencia.				Porcentaje de TB-MDR curados				Número y porcentaje de casos diagnosticados y confirmados de TB-MDR que inician tratamiento.				Número y % de casos de TB-MDR iniciado un tratamiento de según que tienen un cultivo negativo al seis meses de tratamiento		
	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalúa (%)	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalúa (%)	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalúa (%)	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)
Total Nivel	60,0	60,0	55,0	40,0	50,0	50,0	45,0	30,0	55,0	55,0	50,0	45,0	50,0	50,0	45,0
Nacional SEDES	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3
Beni															
Chuquisaca	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0	33,3	100,0	100,0	100,0
Cochabamba	66,7	33,3	33,3	33,3	66,7	33,3	33,3	33,3	66,7	33,3	33,3	33,3	66,7	33,3	33,3
La Paz	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Oruro	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0
Pando	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0
Potosí	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0	0,0
Santa Cruz	66,7	100,0	100,0	66,7	33,3	66,7	66,7	33,3	33,3	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Tarija	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de la Consultoría de Elaboración del Plan de MyE del PNCT

102

Cuadro No. 18
Personas entrevistadas en cuanto al conocimiento y manejo de indicadores de TB-MDR.
Bolivia
Agosto de 2013

Ámbito de intervención	Proporción de pacientes TB-MDR casos nuevos confirmados mediante la prueba de sensibilidad y resistencia.				Cobertura de TBP BAAR (+) nuevos diagnosticados de los programados (meta 70%)				Número y porcentaje de casos diagnosticados y confirmados de TB-MDR que inician tratamiento.				Número y % de casos de TB-MDR han iniciado un tratamiento de según línea y que tienen un cultivo negativo final de los seis meses de tratamiento		
	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalúa (%)	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalúa (%)	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalúa (%)	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)
Total	60,0	60,0	55,0	40,0	50,0	50,0	45,0	30,0	50,0	50,0	45,0	40,0	55,0	50,0	45,0
Resp. de Programa	62,5	50,0	50,0	37,5	62,5	50,0	50,0	37,5	62,5	50,0	50,0	37,5	62,5	50,0	50,0
Enf. Supervisora	66,7	83,3	66,7	50,0	66,7	83,3	66,7	50,0	66,7	83,3	66,7	83,3	66,7	83,3	66,7
Resp. de Lab. TB	50,0	50,0	50,0	33,3	16,7	16,7	16,7	0,0	16,7	16,7	16,7	0,0	33,3	16,7	16,7

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de la Consultoría de Elaboración del Plan de MyE del PNCT

R que han da línea y final de los	Tasa de éxito de tratamiento en pacientes con TB-MDR confirmada por laboratorio				Número promedio de días de retraso entre la fecha de confirmación de la TB-MDR y la fecha en la que el paciente inició tratamiento				Proporción de TBP BAAR (+) nuevos sin conversión bacteriológica al 2º mes y que acceden al cultivo y/o prueba de sensibilidad y resistencia				Porcentaje de TB TSF que realizan RAFA a medicamentos antituberculosos de primera línea			
	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalúa (%)	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalúa (%)	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalúa (%)	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalúa (%)
35,0	50,0	50,0	45,0	40,0	45,0	45,0	40,0	35,0	60,0	60,0	55,0	50,0	50,0	50,0	45,0	40,0
33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3
33,3	100,0	100,0	100,0	33,3	100,0	100,0	100,0	33,3	100,0	100,0	100,0	33,3	100,0	100,0	100,0	33,3
33,3	66,7	33,3	33,3	33,3	66,7	33,3	33,3	33,3	66,7	33,3	33,3	33,3	66,7	33,3	33,3	33,3
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0	50,0	50,0	50,0
50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0
100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0
33,3	33,3	66,7	66,7	66,7	33,3	66,7	66,7	66,7	66,7	100,0	100,0	100,0	33,3	66,7	66,7	66,7
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

R que segunda tivo al iento	Tasa de éxito de tratamiento en pacientes con TB-MDR confirmada por laboratorio				Número promedio de días de retraso entre la fecha de confirmación de la TB-MDR y la fecha en la que el paciente inició tratamiento				Proporción de TBP BAAR (+) nuevos sin conversión bacteriológica al 2º mes y que acceden al cultivo y/o prueba de sensibilidad y resistencia				Porcentaje de TB TSF que realizan RAFA a medicamentos antituberculosos de primera línea			
	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalúa (%)	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalúa (%)	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalúa (%)	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalúa (%)
35,0	50,0	50,0	45,0	40,0	50,0	50,0	45,0	40,0	50,0	50,0	45,0	40,0	55,0	55,0	45,0	40,0
37,5	62,5	50,0	50,0	50,0	50,0	37,5	37,5	37,5	62,5	50,0	50,0	50,0	62,5	50,0	50,0	50,0
66,7	66,7	83,3	66,7	66,7	66,7	83,3	66,7	66,7	66,7	83,3	66,7	66,7	66,7	83,3	66,7	66,7
0,0	16,7	16,7	16,7	0,0	33,3	33,3	33,3	16,7	50,0	50,0	50,0	33,3	16,7	16,7	16,7	0,0

Cuadro Nro. 19
Personas entrevistadas en cuanto a la Tuberculosis Multidrogoresistente
Bolivia
Agosto de 2013

Ámbito de acción	PSyR	Guía TB-MDR		Comité TB-MDR	
	Solicitan	Lo conoce	Lo tiene a mano	Han conformado	Esta funcionando
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total Nivel	88,5	100,0	80,0	100,0	86,7
Nacional SEDES	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Beni	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0
Chuquisaca	100,0	100,0	66,7	100,0	100,0
Cochabamba	60,0	100,0	100,0	100,0	100,0
La Paz	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Oruro	100,0	100,0	33,3	100,0	100,0
Pando	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0
Potosí	66,7	100,0	33,3	100,0	100,0
Santa Cruz	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Tarija	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de la Consultoría de Elaboración del Plan de MyE del PNCT

Cuadro Nro.20
Personas entrevistadas en cuanto a la estrategia Coinfección TB/VIH
Bolivia
Agosto de 2013

Ámbito de acción	PNCT - PNITS/VIH/SIDA			Comité TB/VIH	
	Coordinación Interprogramática	Se han conformado	Estan funcionando	Cuentan con actas	Realizan seguimiento a decisiones
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total Nivel	100,0	100,0	75,0	100,0	77,8
Nacional SEDES	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0
Beni	100,0	100,0	0,0		
Chuquisaca	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Cochabamba	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
La Paz	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Oruro	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0
Pando	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0
Potosí	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0
Santa Cruz	100,0	100,0	50,0	100,0	100,0
Tarija	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de la Consultoría de Elaboración del Plan de MyE del PNCT

Cuadro Nro. 21
Personas entrevistadas en cuanto a la estrategia de Poblaciones Vulnerables
Bolivia
Agosto de 2013

Ámbito de acción	Comité TB/VIH		
	Trabajan con Pob. Vul.	Realizan coordinacion	Evaluan acciones
	(%)	(%)	(%)
Total Nivel	94,1	92,9	71,4
Nacional SEDES	100,0	100,0	100,0
Beni	100,0	100,0	100,0
Chuquisaca	100,0	50,0	100,0
Cochabamba	75,0	100,0	66,7
La Paz	100,0	100,0	100,0
Oruro	100,0	100,0	100,0
Pando	100,0	100,0	0,0
Potosí	100,0	100,0	0,0
Santa Cruz	100,0	100,0	50,0
Tarija	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de la Consultoría de Elaboración del Plan de MyE del PNCT

Cuadro Nro. 22
Personas entrevistadas en cuanto a Comunicación y Educacion a la Población
Bolivia
Agosto de 2013

Ámbito de acción	Cuentan con Proyectos e iniciativas de Invest.		Cuentan con un profesional específico	Evaluan el impacto de la Comunicación
	(%)	(%)	(%)	(%)
Total Nivel	20,0	66,7	9,1	39,1
Nacional SEDES	0,0	0,0	100,0	0,0
Beni	0,0	0,0	0,0	0
Chuquisaca	100,0	100,0	0,0	50,0
Cochabamba	0,0	0,0	0,0	0,0
La Paz	0,0	0,0	0,0	0,0
Oruro	0,0	0,0	0,0	0,0
Pando	0,0	0,0	0,0	0,0
Potosí	100,0	0,0	0,0	0,0
Santa Cruz	0,0	0,0	0,0	0,0
Tarija	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de la Consultoría de Elaboración del Plan de MyE del PNCT

Cuadro Nro. 23
Personas entrevistadas en cuanto a Investigaciones y Estudios
Bolivia
Agosto de 2013

Ámbito de acción	Cuentan con Proyectos e iniciativas de Invest. (%)	Se detectan necesidades de investigación (%)	En el ultimo año han existido iniciativas (%)	Se han implementado (%)	El Programa ha realizado el seguimiento (%)
Total Nivel	34,8	85,0	44,4	63,6	70,0
Nacional SEDES	33,3	100,0	50,0	100,0	100,0
Beni	0,0	100,0	0	100,0	100,0
Chuquisaca	66,7	100,0	50,0	100,0	100,0
Cochabamba	33,3	66,7	0,0	0,0	0,0
La Paz	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0
Oruro	50,0	100,0	0,0	100,0	100,0
Pando	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Potosí	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Santa Cruz	66,7	100,0	0,0	100,0	100,0
Tarija	50,0	100,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de la Consultoría de Elaboración del Plan de MyE del PNCT

Cuadro No. 24
Personas entrevistadas en cuanto al conocimiento y manejo de indicadores de PPM.
Bolivia
Agosto de 2013

Ámbito de Intervención	Porcentaje de proveedores de salud incorporados y aplicando normas nacionales de TB				Número de casos de tuberculosis (todas las formas) informados por el sector privado de entre todos los casos de tuberculosis notificados			
	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalúa (%)	Conoce (%)	Define (%)	Calcula (%)	Evalúa (%)
Total Nivel	30,0	30,0	25,0	30,0	30,0	25,0	20,0	10,0
Nacional SEDES	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	0,0
Beni								
Chuquisaca	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	0,0
Cochabamba	33,3	33,3	33,3	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0
La Paz	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Oruro	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0
Pando	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0
Potosí	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0
Santa Cruz	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tarija	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de la Consultoría de Elaboración del Plan de MyE del PNCT

Cuadro No. 25
 Personas entrevistadas en cuanto al conocimiento y manejo de indicadores de PPM.
 Bolivia
 Agosto de 2013

Ámbito de intervención	Porcentaje de proveedores de salud incorporados y aplicando normas nacionales de TB				Número de casos de tuberculosis (todas las formas) informados por el sector privado de entre todos los casos de tuberculosis notificados			
	Conoce	Define	Calcula	Evalúa	Conoce	Define	Calcula	
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total	30,0	30,0	25,0	30,0	50,0	55,0	50,0	50,0
Resp. de Programa	25,0	25,0	25,0	25,0	37,5	25,0	25,0	12,5
Enf. Supervisora	66,7	66,7	50,0	66,7	50,0	50,0	33,3	16,7
Resp. de Lab. TB	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de la Consultoría de Elaboración del Plan de MyE del PNCT

Cuadro Nro. 26
 Personas Entrevistadas en cuanto a gestión de Medicamentos
 Bolivia
 Agosto de 2013

Ámbito de acción	Procesos que aplican para la gestión de los medicamentos de primera línea				
	Programan	Solicitan a nivel Nacional	Evalúan Existencias	En los 6 meses tuvieron algún problema	Utilizan algún indicador para controlar distrib., uso y calidad
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total	100,0	81,8	81,8	39,1	54,5
Nivel					
Nacional					
SEDES					
Beni	100,0	0,0	0,0	0	0
Chuquisaca	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Cochabamba	100,0	100,0	100,0	40,0	100,0
La Paz	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Oruro	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0
Pando	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0
Potosí	100,0	100,0	100,0	33,3	0,0
Santa Cruz	100,0	100,0	100,0	25,0	0,0
Tarija	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de la Consultoría de Elaboración del Plan de MyE del PNCT

Cuadro Nro. 27
Personas Entrevistadas en cuanto a Evaluación de Aspectos Operativos del Programa
Bolivia
Agosto de 2013

Ambito de acción	Prevención		Detección		Tratamiento	
	Evalua como se esta cumpliendo la Quimioprofilaxis (%)	Evalua como se esta cumpliendo el Control de Contactos (%)	Evalua el cumplimiento de la deficion operativa (%)	Evalua el cumplimiento de la programación de deteccion de casos (%)	Evalua la cobertura de la detección alcanzada (%)	Se realiza el seguimiento y evaluación de las cohortes (%)
Total	93,1	89,7	75,5	100,0	100,0	96,2
Nivel						
Nacional	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0
SEDES						
Beni	100,0	66,7	100,0	100,0	100,0	100,0
Chuquisaca	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Cochabamba	80,0	80,0	66,7	100,0	100,0	100,0
La Paz	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Oruro	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pando	66,7	66,7	0,0	100,0	100,0	66,7
Potosí	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Santa Cruz	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Tanja	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de la Consultoría de Elaboración del Plan de MJE del PUCI

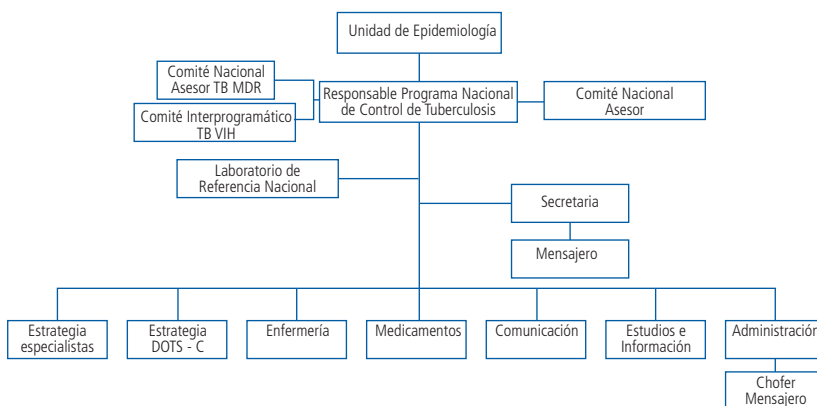
6.1. Aspectos que involucran la globalidad del sistema de monitoreo y evaluación.

Estructura organizativa para MyE

Nivel Nacional

El Programa Nacional de Control de Tuberculosis, está organizado en áreas con dependencia de la Jefatura del Programa Nacional, con la siguiente organización:

Figura No. 3: Organigrama Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PNCT)



Según el organigrama adscrito en el Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis y en el Plan Estratégico para el Control de la Tuberculosis en Bolivia 2008 – 2015, no se incluye un área de monitoreo y evaluación, por lo que a pesar de no tener un área dedicada al tema de monitoreo y evaluación, el programa cuenta con dos profesionales relacionados al tema: la Supervisora y el Informático, cabe señalar que en funciones, no reemplaza a un área de monitoreo y evaluación.

Se revela también, que el programa está en proceso de contratación de un profesional exclusivamente para MyE con recursos del proyecto del Fondo Mundial para el componente Tuberculosis la cual es una situación no sostenible en un futuro próximo, sin embargo será una fortaleza en el tiempo de la subvención.

No obstante que el PNCT tiene una dependencia de la Dirección de Epidemiología, no se cuenta con apoyo técnico, puesto que el programa a nivel nacional, no cuenta con epidemiólogos, pese a ello, los profesionales desarrollan análisis epidemiológicos, por la relevancia de la enfermedad.

Nivel Departamental

En los Programas Departamentales de Control de Tuberculosis de los SEDES, en la mayoría de ellos se replica la estructura de nivel nacional, donde tampoco existen áreas de monitoreo y evaluación en los organigramas, a excepción de Cochabamba, que cuenta con personal específico en esta área.

Las funciones de MyE y de estadística las asumen las enfermeras supervisoras del PDCT, aunque estas actividades funciones no están especificadas en sus funciones.

Se prevé que el eje troncal también contara, en futuro inmediato, con profesionales para MyE que serán contratados con recursos del proyecto del Fondo Mundial.

Nivel Operativo

En las Gerencias de Redes de Salud no se identifican áreas de monitoreo y evaluación en la estructura orgánica. Las enfermeras supervisoras son las que asumen la función de monitoreo, evaluación y estadística, como una función adicional a sus tareas diarias. Algunas redes tienen estadísticos (que no son informáticos en la mayoría de las Redes) que están dedicados a la compilación y procesamiento de datos de todos los programas de salud además de tuberculosis.

En los servicios de salud, en general, se advierte que la recolección de datos es responsabilidad de las profesionales de enfermería, que atienden los servicios de tuberculosis, no existiendo en este nivel informáticos ni personal específico de MyE.

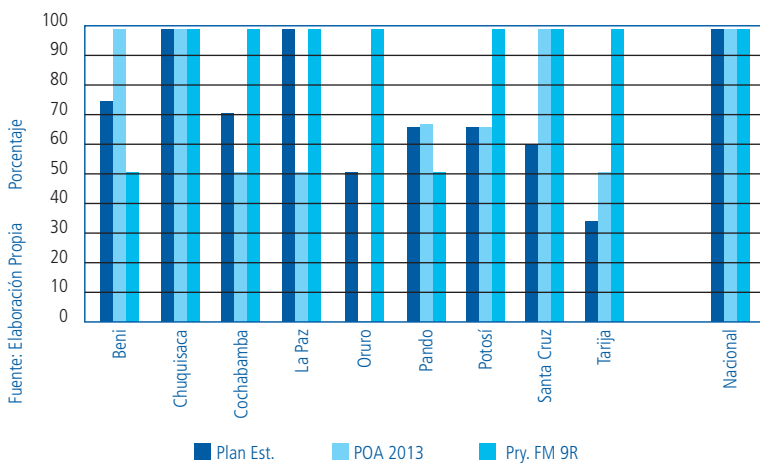
Capacidad técnica para MyE

Conocimiento de Planes y Programas

Uno de los aspectos relevantes en MyE, es el conocimiento de los planes y programas respectivos, por cuanto este sistema, permite determinar si se están alcanzando los objetivos y metas planteadas o no, por lo que fue una de las interrogantes al personal de tuberculosis, la percepción de conocimiento, entre el personal gerencial, de los tres planes que se encuentran vigentes – Plan Estratégico de TB, Plan Operativo Anual, y Proyecto del Fondo Mundial–, observándose en general, mejor nivel de conocimiento del Proyecto del Fondo Mundial 9na. Ronda, seguido por el Plan Estratégico y luego POA 2013 (90%, 73,2% y 70,6% respectivamente), situación que se repite en la mayoría de los SEDES, excepto Beni.

Figura No. 3

Personal de los Programas Departamentales y Nacionales de
Control de Tuberculosis entrevistado, según conocimiento de planes.
Bolivia, Agosto - Septiembre, 2013



Sin embargo, su acceso directo de consulta, no demuestra una correspondencia, es decir, se tiene el conocimiento pero la disponibilidad del documento para su consulta inmediata, es menor (Cuadro No. 2).

El conocimiento y utilización de los indicadores de los planes mencionados, alcanza a 76% como promedio, siendo mayor el porcentaje de aquellos adscritos en el Plan Estratégico, seguido de los indicadores del Proyecto del Fondo Mundial 9na Ronda y finalmente el POA 2013, debiendo mencionar además, que la línea directriz de los indicadores en general, lo constituye el Plan Estratégico. En la disgregación por departamentos, existe amplia variabilidad entre los tres planes (Cuadro No. 3). En el mismo cuadro, se observa la utilización de los indicadores de los planes, alcanzando porcentajes que sobrepasan el 90%, entre aquellas personas que conocen los indicadores, indicando que la utilización de los mismos, se lo realiza en cuando al cálculo de porcentajes y comparaciones con metas programadas y gestiones anteriores, sin embargo solo el 84% menciona que se evalúan los mismos, principalmente en cuanto al cumplimiento de metas.

Capacitación en Monitoreo y Evaluación

La percepción general de las personas entrevistadas, que fue recabada a través de los grupos focales, fue que no fueron capacitadas en aspectos específicos de monitoreo y evaluación, siendo temas que son tratados conjuntamente con aspectos técnicos del programa, sin dar énfasis a los procedimientos de estas herramientas. Al respecto, se espera que la capacitación en monitoreo y evaluación, sea parte de un Plan Estratégico de Capacitación en Tuberculosis, sin embargo, solo el 58.4% indica contar con un plan y/o estrategia de capacitación (Cuadro No. 4), pero a excepción de laboratorio, en la verificación se observa que se refieren a planes para actividades de capacitación específicas, realizadas principalmente con fines presupuestarios.

De la misma manera, se observa que solo el 50% manifiestan que se realiza evaluación del impacto de las capacitaciones, principalmente durante los procesos de supervisión. Asimismo, no se cuenta con convenios con universidades o entidades formadoras de RRHH que coadyuven a expandir las normas del Programa de Tuberculosis, principalmente en el personal que ingresará en el sistema de salud. (Cuadro Nro.4)

Gestión de Recursos Humanos para Monitoreo y Evaluación

De acuerdo a los resultados de la encuesta, sólo el 10 % cuenta con un plan y/o estrategia de gestión de RRHH, que permita distribuir adecuadamente al personal acorde a necesidades del programa, este porcentaje bajo, es atribuible a que aspectos de la gestión de RRHH, no se encuentran dentro de las competencias del personal gerencial del programa, por el contrario, se encuentran bajo la dependencia de Recursos Humanos de SEDES. De la misma manera, a excepción de laboratorio, tanto los perfiles, manuales de funciones, inclusive la evaluación del personal, responden a normas generales de SEDES, no existiendo procesos específicos para el programa. (Cuadro Nro.5).

Estos resultados, denotan la necesidad de negociación y sensibilización con autoridades de SEDES, Gobernación y Municipios, para fortalecer al personal del programa en los correspondientes niveles, de tal manera que exista un manejo específico en Monitoreo y Evaluación y Sistemas de Información para el programa.

Condiciones de trabajo del personal

En los cuadros 6 y 7, se aprecia, la percepción en cuanto a las condiciones de trabajo del personal en el programa de tuberculosis, aspectos que facilitarían los procesos de MyE. En general (a excepción de Cochabamba y Oruro), se observan deficiencias en cuanto a espacios de trabajo, tanto a nivel gerencial como operativo, presentándose una gran variabilidad en los establecimientos de salud en este aspecto, yendo desde aquellos que cuentan con un espacio exclusivo y específico para el programa como aquellos que tienen espacios improvisados sin las condiciones necesarias para la implementación del mismo.

Sin embargo la dotación de suministros para las actividades regulares, son provistas en virtud a los POAS elaborados en función a necesidades.

En cuanto a relacionamiento interno y externo, se observa que la mayor parte de los PDCT, calificaron a las mismas en la categoría de "buenas" (Cuadro No.7), aspecto que facilita el trabajo en equipo y la participación social en los procesos de análisis y toma de decisiones.

Capacidad instalada para MyE

Equipos de Cómputo y Software

Solo el 53% de los entrevistados refieren que existe un inventario de equipos de cómputo, pero no en el programa, sino a nivel de SEDES en general, el 66.7% indican que los equipos son insuficientes, por otra parte, se menciona que aunque en ciertos niveles existen equipos de cómputo, en la mayor parte de los casos, estos son obsoletos y no responden a necesidades del programa, especialmente para la instalación del SIRETB.

El PNCT denota que existe un software (SIRETB), brindado por el Proyecto del Fondo Mundial, para trabajar con información de Pacientes registrados, misma que facilita el análisis e interpretación de información epidemiológica.

De acuerdo a la encuesta realizada en cuanto al funcionamiento del SIRETB no está funcionando en todo el país, reportándose que solo funciona en el 38,5 % de los equipos lo cual es insuficiente para su utilización para los fines que requiere el personal de el programa, pese a ello la percepción del 95.8% de las personas entrevistadas, es que el SIRETB no se encuentra funcionando. Sin embargo en la encuesta se evidencia que el PNCT capacito a más de 300 funcionarios del programa en el país, pero, este proceso fue afectado, por el constante rote de personal en esas áreas. Aunque existe municipios de los departamentos de Santa Cruz y La Paz que la aplican con buenos resultados. (Cuadro Nro. 8)

Disponibilidad de Medios de Transporte para Monitoreo y Evaluación

De acuerdo a la encuesta realizada, en este rubro, se denota la no disponibilidad de transporte para las acciones de supervisiones, monitoreo y trabajo operativo, principalmente en los departamentos de Cochabamba, Oruro y Pando, (Cuadro No. 9), que en algunos casos se deben a barreras administrativas; sin embargo, el personal realiza estas labores utilizando medios de transporte y presupuestos particulares.

Revisando los antecedentes existe un equipamiento de vehículos por el Fondo Mundial al PNCT a los nueve departamentos para actividades de monitoreo,

supervisión y actividades que coadyuven al control de la TB, por lo que muestra la necesidad de regularizar el uso de los vehículos.

6.3. Entradas (inputs) del sistema de monitoreo y evaluación

Instrumentos de información: formularios del programa de control de la tuberculosis

El Programa de Tuberculosis cuenta con un conjunto de instrumentos de información utilizados en TB sensible y TB-MDR utilizados para su registro y consolidación de la información en todos los niveles, desde el establecimiento de salud al nivel departamental. Los instrumentos de registro utilizados por el programa tuberculosis son de captación, de sistematización y consolidación para procedimientos de monitoreo y evaluación que a continuación se detalla:

De captación

1. Ficha de tratamiento (TB sensible).
2. Ficha de Quimioprofilaxis (tratamiento preventivo)
3. Tarjeta amarilla de farmacovigilancia.
4. Solicitud de examen bacteriológico de la tuberculosis (baciloscopía).
5. Formulario de solicitud de cultivo y/o prueba de sensibilidad y resistencia.
6. Reporte de examen bacteriológico de la tuberculosis (baciloscopía).
7. Solicitud de prueba de sensibilidad y resistencia departamental al INLASA.
8. Reporte de resultados de cultivo de micobacterias.
9. Reporte de pruebas de sensibilidad y resistencia.
10. Formulario de consentimiento informado y compromiso de tratamiento.
11. Formulario de transferencia de pacientes con tuberculosis.
12. Formulario de transferencia internacional.

De sistematización

13. Libro de SR
14. Libro de registro de pacientes
15. Libro de registro de laboratorio
16. Cuaderno de registro de cultivo y TSyR

De consolidación

17. Informe de notificación de casos de TB
18. Informe de resultados de tratamiento (Cohorte)
19. Formulario de información anual de actividades (laboratorio)
20. Formulario de Solicitud de medicamentos

Los instrumentos de registro de captación, sistematización y de consolidación son utilizados en los establecimientos de salud, Coordinaciones de Gerencias de Red y en el nivel departamental se aplica los instrumentos de consolidación datos que ingresan en hojas Excel a excepción de Cochabamba que utiliza el EpiInfo.

Paralelamente, los establecimientos de salud consolidan parte de su información en el formulario del Sistema Nacional de Información en Salud – SNIS de manera mensual.

Los instrumentos para el monitoreo de los casos con TB-DR, tratamiento Categoría IV que contempla formularios de reportes de casos y de laboratorio, se utiliza en el nivel departamental, actualmente está en proceso de implementación en el nivel operativo se detalla a continuación:

Formularios, Reportes y Flujo de Información

Formulario 1: Resumen del Expediente Clínico del Paciente TB-DR

Formulario 2: Consentimiento Informado de Aceptación del Tratamiento

Formulario 3: Evaluación de Historias Clínicas, Comité TB-DR Nacional y Departamental

Formulario 4: Notificación Inmediata: Inicio, Interrupción o Fin del Tratamiento TB-DR

Formulario 5: Tarjeta de Tratamiento Categoría

Formulario 6: Libro de Registro de Casos Categoría IV

Formularios de la Red de Laboratorios de Tuberculosis

Formulario 1: Solicitud de Examen Bacteriológico de la Tuberculosis (Baciloscopía)

Formulario 2: Reporte de Examen Bacteriológico de la Tuberculosis (Baciloscopía)

Formulario 3: Solicitud de Examen de Cultivo y/o TSyR

Formulario 4: Reporte de Resultados del Cultivo de Micobacterias

Formulario 5: Ficha de Seguimiento de Resultados de Cultivo

Formulario 6: Solicitud de TSyR Departamental al INLASA

Formulario 7: Reporte del Test de Sensibilidad y Resistencia

Todos estos formularios se encuentran en los niveles correspondientes para su respectiva utilización (Cuadro No. 10).

Indicadores en el Programa de Control de Tuberculosis para MyE

El impacto del control de la Tuberculosis en el país, es evaluado epidemiológicamente en términos de índices (tasas de incidencia) la misma que valora la magnitud de la enfermedad y sirve para programación anual, basada en los siguientes aspectos: detección de casos, cobertura y adherencia de los enfermos al tratamiento.

La evaluación operativa es medida de forma indirecta, evaluando la eficiencia y eficacia de las actividades de control de la Tuberculosis.

A continuación, se describen los indicadores existentes en el programa, así como los resultados de la encuesta, tanto en cuanto a manejo de los mismos desde la generación del dato, involucrando los aspectos operativos, así como la capacidad de análisis de cada uno de ellos por el personal gerencial, indagando si conoce y define el indicador correspondiente, si sabe como se lo calcula, si lo evalúa y la frecuencia con que lo hace. Estos datos se presentan disgregando por nivel departamental, y por nivel de cargo en el programa, es decir Responsable de Programa, Enfermera Supervisora y Personal de Laboratorio.

Indicadores de detección de casos

Son los indicadores que miden la calidad y cantidad de acciones de la detección de casos sospechosos con confirmación diagnóstica de los TBP-BAAR (+), entre ellos se encuentran los indicadores de Proporción de SR examinados con respecto a los identificados, Promedio de baciloscopías de diagnóstico entre los SR examinados, Promedio de SR detectados por caso TBP BAAR (+), Porcentaje de positividad de baciloscopia de diagnóstico y de control.

Los resultados determinan que en el PNCT se tiene conocimiento, interpretación y manejo de los indicadores detallados, sin embargo, si bien determinadas áreas conocen, pocas interpretan los indicadores.

A nivel departamental tenemos dos escenarios de resultados satisfactorios, por un lado los departamentos de Chuquisaca, Oruro, Potosí, Santa Cruz seguida de Cochabamba conocen, definen, calculan y evalúan los indicadores; y por otro lado, los departamentos de Tarija y Pando deben ser fortalecidos en conocimiento y aplicación de las mismas. (Cuadro Nro. 11).

En relación a los cargos encuestados: responsables de programas, enfermeras supervisoras y responsables de laboratorio, en estos indicadores se observa que las enfermeras supervisoras tienen más fortalezas en relación a los otros niveles de cargo, en la formulación, interpretación y análisis de los indicadores, debido a las funciones y responsabilidades que desempeñan. (Cuadro Nro. 12). Datos que indican, que existe una práctica continua de MyE, requiriéndose mayor fortaleza técnica, para contar con una práctica adecuada de MyE.

Indicadores de Cobertura

El indicador está referido a la población objeto y cubierto por el programa, se obtiene en base al sistema de programación realizado al inicio de actividades de gestión en el programa. Se encuentran los indicadores de cobertura de Sintomáticos Respiratorios (SR), detección de TBP BAAR (+) nuevos diagnosticados de los programados, baciloscopias de diagnóstico respecto a lo programado, casos TBP - BAAR (+) nuevos que inician tratamiento respecto a los nuevos notificando su proceso es netamente en el establecimiento de salud y laboratorio.

Claramente se demuestra que los indicadores procesados para el tema de cobertura son indicadores de los establecimientos de salud. De acuerdo a la encuesta, el 50% de los departamentos conocen y aplican los indicadores en forma práctica y rutinaria, sin embargo se requiere mayor fortaleza en cuanto a los fundamentos teóricos. (Cuadro Nro. 13).

De igual manera, en cuanto a aunque estos indicadores son interpretados y aplicados con conocimientos sólidos por las enfermeras supervisoras, seguido por los responsables de programa, su representación se encuentra por debajo del óptimo requerido, en cuanto a los responsables de laboratorio ocurre el mismo escenario. (Cuadro Nro. 14).

Indicadores de Adherencia y Resultado al Tratamiento

Indicadores que muestran la calidad de atención a los pacientes y el éxito de tratamiento supervisado, los indicadores involucrados son la conversión bacteriológica en TBP-BAAR (+) que tienen como fuente la Cohorte I, que vienen a ser los indicadores concernientes a las tasas de curación, de término de tratamiento, de fracasos, de fallecidos, de abandonos y de transferidos de TBP-BAAR (+). Estos indicadores son elaborados en general en los establecimientos de salud de todos los departamentos; en cuanto al conocimiento, interpretación y evaluación, sólo el 60% de los PDCT realizan las funciones, siendo que los otros carecen de técnica de conocimiento.

El indicador de "Tasa de curación de TBP-BAAR (+)" se procesa en todos los departamentos, y en los tres niveles, este indicador forma parte de la evaluación operativa para medir la eficiencia de las actividades del programa de control de la enfermedad, de la misma forma los indicadores de término de tratamiento, de curación, de fracaso, de transferencias, de fallecidos, abandono y de pacientes no evaluados. Dados los resultados se puede concluir que los encuestados realizan la práctica de monitoreo y evaluación en su complejidad, pero existe una carencia en cuanto a la retroalimentación referente al análisis para la mejora continua y mejor toma de decisiones. (Cuadros Nro. 15 y 16).

Indicadores de Tuberculosis Multidrogoresistente

Indicadores involucrados al seguimiento del diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Multidrogoresistente, de acuerdo a los resultados, únicamente el 60% de los encuestados conocen, definen e interpretan los indicadores, el resto no elaboran estos indicadores, atribuyéndose a los números reducidos de casos de TB-MDR que tienen, por lo que no se priorizarían los procesamientos de indicadores relacionados a este tipo de Tuberculosis. (Cuadro Nro. 17).

Una buena representación de las enfermeras supervisoras tienen conocimiento y aplicación los indicadores, empero se debe robustecer en el mejoramiento continuo de toda herramienta para la aplicación de los mismos para el logro de los objetivos. (Cuadro Nro. 18).

En cuanto a conocimiento y percepción de norma TB-MDR en general se observa una buena representación a excepción de los departamentos Oruro y Potosí los cuales no demuestra una correspondencia, es decir que se tiene el conocimiento pero no se tiene el documento para su consulta inmediata. La conformación y funcionamiento de los Comités TB-MDR son compactos a excepción del departamento de Pando que debe ser fortalecido para dar una respuesta inmediata a demandas de asesoramiento clínico en pacientes de TB-MDR/RAFA. (Cuadro Nro. 19).

Indicadores sobre Tuberculosis e Infección por VIH/SIDA

Estos indicadores evalúan las estrategias del Programa en la coinfección, de los cuales el de Seroprevalencia de VIH en pacientes con Tuberculosis concerniente a la Tuberculosis en todas sus formas (TSF) es elaborado en Santa Cruz, mientras que el indicador referido a las pruebas rápidas realizadas a los pacientes con TB es procesado en todos los departamentos, los departamentos que superan las actividades colaborativas son La Paz, Santa Cruz y Cochabamba. En cuanto al conocimiento de elaborar indicadores se carece de manejo en el proceso de esta estrategia, misma que afecta al cumplimiento total de los indicadores trazados.

En la Estrategia de coinfección los programas de TB y VIH demuestran que en relación a los aspectos de coordinación y la conformación de los comités inter programáticos en general funcionan activamente y son respaldadas con actas en su totalidad. (Cuadro Nro. 20).

Indicadores sobre Poblaciones Vulnerables

Se puede observar que una gran parte de los indicadores sugeridos por el PNCT, sobre todo aquellos referidos a los sectores de población indígena, así como a las personas privadas de libertad (PPL), no han sido diferenciados en ningún nivel de las dependencias departamentales, por lo que no se consideran como elaborados. Lo mismo ocurre con los indicadores orientados a la población perteneciente a las Fuerzas Armadas.

Se evidencia que existe una escasez de la elaboración de estos indicadores tanto a nivel departamental como nacional, referidos a las Personas Privadas de Libertad (PPL), Población Indígena y Fuerzas Armadas, además se verifica que existe un desconocimiento del proceso de estos indicadores en los dos niveles.

En cuanto a la coordinación y acciones en prevención y control de la TB sobre todo en los recintos penitenciarios, son óptimas sin embargo existen debilidades en la evaluación de los alcances de intervención. (Cuadro Nro. 21).

Indicadores en Comunicación y Educación a la Población

En cuanto a esta estrategia se carece de indicadores, directrices de comunicación, estrategias de abogacía en los niveles nacional, departamental, la asistencia técnica y capacitación del área de comunicación del PNCT hacia los PDCT es nula y por ende no existe un plan de comunicación nacional, aunque existe un profesional en el nivel nacional (Cuadro Nro. 22).

Indicadores de Investigaciones Operativas

A nivel nacional no se elabora indicadores que evalúe la línea estrategia y no existen planes de investigaciones operativas ni percepciones de definición.

Sin embargo el PNCT denota que existe un estudio nacional de resistencia que se realiza desde el 2010 actualmente en etapa final. (Cuadro Nro. 23).

Indicadores Público – Público y Público – Privada (PPM)

Indicador referido en la incorporación de todos los proveedores de salud asegurando la aplicación de las normas del PNCT, para su contribución en la prevención y control de la tuberculosis.

En la encuesta se percibe que el 30% de los PDCT tienen conocimiento del proceso de manejo de indicadores, sin embargo en general no elaboran indicadores relacionada a esta línea estratégica. (Cuadros Nro. 24 - 25).

Gestión de Medicamentos

Los procesos de gestión de medicamentos de los programas son aplicados en su totalidad, necesario para la gestión de medicamentos de primera línea, estos niveles que intervienen son:

El nivel departamental (SEDES) que programa sus necesidades de medicamentos semestralmente en función de la notificación del nivel local y solicitan sus requerimientos al programa nacional.

El nivel local (Gerencia de Red) que programa sus necesidades de medicamentos trimestralmente en función de la notificación del trimestre anterior de todos los establecimientos de salud, los cuales solicitan al nivel departamental.

El Programa Nacional, el cual se encarga de proveer los medicamentos semestralmente al nivel departamental a través de la CEASS. (Cuadro No. 26)

5.3. Procesamiento de información en el Sistema de Monitoreo y Evaluación

La generación del dato en el sistema de información se origina en el establecimiento de Salud, desde donde es enviado al nivel de las Coordinaciones de Red de Salud correspondiente, en la cual se realiza la revisión y consolidación de la información conjuntamente los establecimientos de Salud para posterior envío al nivel del Programa Departamental de Control de Tuberculosis de los SEDES donde se realiza la consolidación para su envío al Programa Nacional de Control de Tuberculosis – PNCT.

En el PNCT se verifica y consolida toda la información recibida de los distintos PDCT para ser remitidas a instancias internacionales como la OPS/OMS.

A nivel nacional aplican los instrumentos de recolección, consolidación y de análisis, el personal está capacitado sin embargo la dificultad, es que no cuentan con personal específico para esta área excepto el PNCT.

5.4. Salidas (outputs) del Sistema de Monitoreo y Evaluación

Análisis de la Información

El análisis de la información implica identificar el desempeño de los establecimientos de salud y de cada uno de los niveles para la implementación de ajustes oportunos, en el nivel operativo se realiza reuniones trimestrales en los comités de análisis de información (CAI), en el nivel departamental los CAI o en evaluaciones departamentales multiprogramáticas y para el nivel nacional se analiza en reunión anual y en actividades de supervisión.

El tipo de procesamiento que se sigue con la información, en cuanto a procesos de evaluación, es la de realizar cálculos de porcentajes, determinar coberturas, y efectuar comparaciones con las metas programadas y determinar las brechas y comparaciones con valores alcanzados en gestiones anteriores, en base a lo cual se califica los avances.

La toma de decisiones, no se encuentra estandarizada, siguiendo procesos propios en cada departamento como en cada uno de los niveles.

6. Conclusiones y recomendaciones

Aspectos Generales

- Deficiencias en cuanto a la estructura organizativa para el Monitoreo y Evaluación, principalmente en los niveles departamentales, en donde la responsabilidad del monitoreo y evaluación recae en supervisoras del programa.

- Deficiencias en cuanto al establecimiento de roles y funciones en MyE, tanto a nivel institucional como a nivel de relacionamiento de diferentes organismos y organizaciones (alianzas).

Selección de Indicadores

- El Plan Estratégico no contempla el componente de MyE, donde se establezcan los indicadores, el nivel de los mismos y su forma de procesamiento desde la etapa de recolección hasta la toma de decisiones.
- No está establecido el bagaje de indicadores que deben ser evaluados, monitoreados y supervisados por niveles y por ámbitos de acción.
- No se toma en cuenta las particularidades departamentales para realizar el proceso de MyE, estandarizándose la información, sin tomar en cuenta la necesidad departamental. De esta manera, programas departamentales como el caso de La Paz, Santa Cruz, Chuquisaca (Sucre), determinaron la necesidad de monitorear indicadores particulares.

Entradas (INPUT)

- Personal del programa en los diferentes niveles, en departamentales, no se encuentran capacitados en procesos de MyE, sin embargo existe en la práctica cotidiana, con metodologías aprendidas durante el proceso, sin haberse estandarizado ni optimizado para el sistema.
- La capacitación en procesos de información, son impartidas como parte de los contenidos técnicos, sin brindarse el tiempo necesario para su aprendizaje. Se desarrollaron metodologías de capacitación integral, que aunque contempla los procesos de información (Sucre y La Paz), no contempla el proceso de toma de decisiones. Los procesos de información con grandes debilidades en el análisis de información y en la toma de decisiones
- El personal de salud no conoce en su totalidad el Plan Estratégico, Planes Operativos y Proyecto del Fondo Mundial que le muestre la importancia de la recolección adecuada de información.

- No existe un Plan de Recursos Humanos que responda a las necesidades de monitoreo y evaluación, principalmente en aspectos de generación de información, con debilidades en el análisis y toma de decisiones.
- La disponibilidad de personal es otra de las barreras críticas en el desarrollo del proceso de MyE, puesto que no es posible garantizar la adecuada marcha del sistema, si existe un personal cambiante, con sobrecarga de trabajo por la escasez de recursos humanos y el poco desarrollo de trabajo en equipo.
- Los instrumentos de recolección de información, todavía no recogen información pertinente para la toma de decisiones por niveles, requiriéndose en el nivel regional y local mayor disgregación de información, que motivó a la generación de instrumentos propios (Santa Cruz, La Paz) para fines que los PDCT lo requieren.

Procesos

- Se presentan deficiencias en cuanto a la disponibilidad de equipos para el procesamiento de información, ya que la mayor parte de los equipos son obsoletos, o aquellos proporcionados al programa, se encuentran en otras dependencias.
- El procesamiento de información, es realizado en forma manual, en instrumentos desarrollados por el programa, que dificulta la consulta para una toma de decisiones inmediata, ocasionando que se generen bases de datos con formatos propios y en paquetes no estandarizados (Excel, EpiInfo).

Salidas (OUTPUT)

- Información procesada por el sistema, es presentada al equipo en gráficos estandarizados, que son analizados por los equipos nacionales y regionales, en base a parámetros comparativos de cumplimiento o no de metas en cada uno de los indicadores.
- No se utilizan otras medidas estadísticas para el análisis de las cifras del sistema.

- Deficiencias en la cultura de análisis y uso de información en la toma de decisiones.
- Deficiencias en la participación social en el proceso de análisis.

Los aspectos del diagnóstico o estado de situación actual del sistema de MyE en el programa de tuberculosis, determinan aspectos que deben ser superados, por el Plan de MyE, para el adecuado funcionamiento del mismo, planteándose como recomendación y/o sugerencias de medidas correctivas que garanticen la puesta en marcha del sistema.



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

**PLAN DE MONITOREO
Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA
NACIONAL DE CONTROL
DE LA TUBERCULOSIS**

ANEXO III
Decreto Supremo 29601

Decreto Supremo N° 29601
Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia
"MODELO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL"
EVO MORALES AYMA
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que el inciso a) del artículo 7 de la Constitución Política

del Estado, establece que toda persona tiene derechos fundamentales a la vida, la salud y la seguridad.

Que, la Ley No 3351 de 21 febrero de 2006, de Organización del Poder Ejecutivo establece las atribuciones y responsabilidades del Ministerio de Salud y Deportes, respecto a la formulación, desarrollo, supervisión y evaluación de la implementación del modelo sanitario.

Que, el Decreto Supremo No 29272 de 12 de septiembre de 2007, aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2006 – 2010 establece entre los objetivos del pilar Bolivia Digna la eliminación de la exclusión social en salud, a través de la implementación del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

Que, el Decreto Supremo No 29246 de 22 de agosto de 2007, de Protección Social y Desarrollo Integral Comunitario establece la política, objetivos y principios para la erradicación de la pobreza y extrema pobreza y toda forma de exclusión, discriminación, marginación y explotación; coadyuvando a la restitución y fortalecimiento de los derechos y capacidades (económicas, físicas, humanas, naturales y sociales) de la población, principalmente de los indígenas, originarios y campesinos; fortalecer el modelo comunitario urbano y rural que se sustenta en los valores de la comunidad, el control social directo y la transparencia, las formas organizativas propias de las poblaciones locales y la identidad cultural y territorial.

Que, la Ley 1702 de 17 de julio de 1996, modificatoria del Artículo 1° de la Ley 1551 de Participación Popular, reconoce, promueve y consolida el proceso de Participación Popular, articulando a las Comunidades Indígenas, Pueblos Indígenas, Comunidades Campesinas y Juntas Vecinales, respectivamente, en la vida jurídica,

política y económica del país, procurando mejorar la calidad de vida de la mujer y el hombre bolivianos, con una más justa distribución y mejor administración de los recursos públicos.

Que la Ley Nro 1252 de 11 de julio de 1991, reconoce el convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo – OIT, sobre derechos de los pueblos indígenas, como forma de eliminar las diferencias socioeconómicas en la sociedad, y que en salud significa la oferta de servicios de salud adecuados a la realidad indígena bajo la responsabilidad y control de los mismos; además, de la valoración y utilización de las medicinas propias de dichos pueblos.

Que la Ley 3760 de 7 de noviembre de 2007, eleva a rango de Ley la Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas a través de los cuales se reconoce el derecho de éstos a su autodeterminación, a partir de sus especificidades culturales, identitarias, políticas y organizativas, por lo cual se apoya la revalorización de la medicina indígena originaria campesina y su proceso de articulación y complementariedad con la medicina académica occidental.

Que, el D.S. N° 25233 de 27 de noviembre de 1998 establece el modelo básico de organización, atribuciones y funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud dentro de las previsiones del Decreto Supremo N° 25060 que establece la estructura orgánica de las Prefecturas de Departamento y disposiciones vigentes en materia de salud.

Que, la Ley N° 2426 de 21 de noviembre de 2002, del Seguro Universal Materno Infantil dispone la prestación de salud con carácter universal, integral y gratuito en los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud y el Sistema de Seguridad a Corto Plazo a mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto, niños y niñas desde su nacimiento hasta los 5 años de edad.

Que, el D.S. N° 26875 de 21 de diciembre de 2002, Modelo de Gestión y Directorio Local de Salud amplía los alcances del D.S 25233, incorporando al conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud, a nivel Nacional, Departamental, Municipal y Local; reguladas por el Ministerio de Salud y Previsión Social, involucrando al Sistema Público, Seguro Social de Corto Plazo, Iglesias Privadas con y sin fines de lucro y la Medicina Tradicional.

Que, ante la necesidad de establecer e implementar un Modelo Sanitario de Salud, coherente con la realidad socio económico cultural de la población boliviana, desarrolle sus acciones en el marco de la justicia, en la búsqueda de equidad, fortaleciendo las capacidades de los actores sociales en cuanto a la toma de decisiones sobre las acciones de salud, e impulsando procesos de articulación y complementariedad entre las diferentes medicinas (académica, indígena originaria campesina y otras).

EN CONSEJO DE MINISTROS,

DECRETA:

TÍTULO I

MARCO GENERAL

CAPÍTULO I

OBJETIVO, PRINCIPIOS Y ESTRATEGIA

ARTÍCULO 1.- (OBJETO)

El presente Decreto Supremo tiene por objeto establecer el Modelo de atención y de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural - SAFCI.

ARTICULO 2. (OBJETIVO DEL MODELO)

El objetivo del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud (buscando la autogestión); y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población.

ARTÍCULO 3.- (PRINCIPIOS)

a. Participación

Comunitaria Es la capacidad autogestionaria de las comunidades urbanas y rurales en la identificación, priorización, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos de desarrollo integral comunitario en salud, en los diferentes niveles de gestión para consolidar una visión nacional, de acuerdo con intereses colectivos y no sectoriales o corporativos.

b. Intersectorialidad

Es la intervención coordinada entre la población y los diferentes sectores (salud, educación, saneamiento básico, producción, vivienda, alimentación), con el fin de actuar sobre las determinantes socioeconómicas de la salud en base a las alianzas estratégicas y programáticas, dinamizando iniciativas conjuntas en el tratamiento de las problemáticas y necesidades identificadas.

c. Interculturalidad

Es el desarrollo de procesos de articulación complementariedad entre diferentes medicinas (académica, indígena originaria campesina y otras), a partir del diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud.

d. Integralidad

Es la capacidad del servicio de salud para concebir el proceso salud enfermedad como una totalidad, que contempla la persona y su relación con la familia, la comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual; con el fin de implementar procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y recuperación de manera eficiente y eficaz.

ARTÍCULO 4.- (PROMOCIÓN DE LA SALUD)

Es la estrategia de implementación del Modelo SAFCI como un proceso político de movilización social, continua por el cual el equipo de salud se involucra con los actores sociales facilitando su organización y movilización, para responder a la problemática de salud y sus determinantes para lograr el Vivir Bien en relación directa con el estado de bienestar general. Este proceso abarca las acciones encaminadas a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, dirigidas a modificar y mejorar sus condiciones sociales, económicas y ambientales.

TÍTULO II
MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD
CAPÍTULO I
MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD

ARTÍCULO 5.- (DEFINICIÓN)

El modelo de atención de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio.

ARTÍCULO 6.- (CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD)

- a. Enfoca la atención de manera intercultural e integral (Promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad).
- b. Desarrolla sus prestaciones con equipos de salud interdisciplinarios
- c. Organiza sus prestaciones en redes de servicios y redes sociales.
- d. Recupera la participación de los usuarios en la organización de los servicios.
- e. Desarrolla sus acciones en el ámbito del establecimiento de salud y en la comunidad.

ARTÍCULO 7.- (AFILIACIÓN)

La afiliación constituye el proceso de registro a los Seguros Públicos de salud, siendo ésta responsabilidad de los Gobiernos Municipales como componente de la planificación y del desarrollo humano sostenible para el Vivir Bien.

La reglamentación, tanto del proceso de afiliación como de la aplicación de su sistema integrado de información, será establecida por el Ministerio de Salud y Deportes.

ARTÍCULO 8.- (CARPETA FAMILIAR – HISTORIA CLÍNICA)

La Carpeta Familiar constituye el instrumento esencial para la aplicación del Modelo de atención SAFCI para establecer las determinantes de la salud de las familias y

comunidades, realizar el seguimiento de su estado de salud y garantizar el ejercicio de sus derechos a la salud.

La Historia Clínica es parte de los registros médicos que contiene la Carpeta Familiar, debe ser administrativa bajo la responsabilidad del personal de salud como parte del proceso de afiliación a los Seguros Públicos de Salud.

La reglamentación de la implementación de la Carpeta Familiar será establecida por el Ministerio de Salud y Deportes.

ARTÍCULO 9.- (MODELO DE ATENCIÓN EN EL SEGURO DE CORTO PLAZO)

La Seguridad de corto plazo que brindan las Cajas de Salud, deben adecuar su atención al Modelo Sanitario SAFCI, mediante la implementación de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

CAPÍTULO II

ESTRUCTURA DE LA RED DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

ARTÍCULO 10.- (REDES DE SERVICIOS)

I A fin de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de la población, se constituyen las Redes de Servicios. Cada Red deberá estar conformada por un conjunto de establecimientos y servicios de salud de primer, segundo y tercer nivel que pueden pertenecer a uno o varios municipios.

II Según la atención requerida el responsable de la misma podrá realizar la referencia y retorno de un nivel a otro, siendo la puerta de ingreso a la Red de Servicios el establecimiento de Primer Nivel. La atención de emergencias y urgencias serán la excepción.

III La reglamentación será establecida por el Ministerio de Salud y Deportes.

ARTÍCULO 11.- (COORDINADOR DE LA RED DE SERVICIOS)

I El Coordinador es el responsable técnico de la coordinación en los tres niveles de atención de una Red de Servicios que depende orgánica y funcionalmente del Servicio Departamental de Salud.

II Es responsable de la suscripción de compromisos de gestión con los establecimientos de salud de la Red bajo su coordinación de acuerdo a normativa del Ministerio de Salud y Deportes.

III El Coordinador de la Red de Servicios cuenta con un Equipo Técnico conformado al menos por un Profesional en Salud Pública, un Estadístico y un Conductor.

IV La remuneración y gastos operativos del Coordinador y su Equipo estarán a cargo de la Prefectura correspondiente, a través del SEDES.

ARTÍCULO 12.- (RED MUNICIPAL SAFCI)

I Es la estructura operativa del Modelo SAFCI constituida por todos los recursos comunitarios e institucionales, que contribuyen a mejorar el nivel de salud de las familias de su área de influencia y fundamentada en las necesidades de la misma.

II Desarrolla servicios integrales de salud (promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de las personas, familias y comunidades en el ámbito de su jurisdicción), la participación social consciente y efectiva y la corresponsabilidad de otros sectores en el marco de la salud familiar y la interculturalidad.

ARTÍCULO 13.- (RESPONSABLE MUNICIPAL DE SALUD)

I Es el responsable técnico administrativo del funcionamiento de la Red Municipal SAFCI.

II Depende orgánica y funcionalmente del Gobierno Municipal.

III Es responsable del cumplimiento de la planificación municipal de salud a través de compromisos de gestión de la Red Municipal SAFCI.

IV El Perfil del responsable municipal de salud corresponde a un profesional de las ciencias de la salud, ciencias económicas y financiera o de ciencias sociales con experiencia en salud.

TITULO III

MODELO DE GESTIÓN EN SALUD

CAPITULO I

MODELO DE GESTION EN SALUD

ARTÍCULO 14.- (AMBITO, COMPETENCIAS Y PARTICIPACION SOCIAL)

I El modelo de gestión en salud vincula la participación social con los niveles de gestión estatal en salud y las instancias de concertación sobre los temas de salud en los ámbitos local, municipal, departamental y nacional.

II Las decisiones abarcan a la gestión de la salud (planificación, ejecución administración, seguimiento control) de los actores sociales en constante interacción con el sector salud.

ARTÍCULO 15.- (ESTRUCTURA ESTATAL).

a. Nivel local: Es la unidad básica, administrativa y operativa del Sistema de Salud, ejecutor de prestación de servicios integrales e interculturales a la persona, familia y comunidad y responsable de la gestión compartida de la salud.

b. Nivel municipal: El Directorio Local de Salud es la máxima autoridad en la gestión de salud en el ámbito municipal y encargada de la implementación del Modelo Sanitario SAFCI, seguros públicos, políticas y programas de salud en el marco de las políticas nacionales. Así mismo, es responsable de la administración de las cuentas municipales de salud. El Directorio Local de Salud – DILOS, elaborará su reglamento interno en base a normativa nacional determinada por el Ministerio de Salud y Deportes.

c. Nivel departamental: Constituido por el Servicio Departamental de Salud que es el máximo nivel de gestión técnica en salud de un departamento. Articula las políticas nacionales, departamentales y municipales; además de coordinar y supervisar la gestión de los servicios de salud en el departamento, en directa y permanente coordinación con los gobiernos municipales, promoviendo la participación social y del sector privado. Es el encargado de cumplir y hacer cumplir la política nacional de salud y normas de orden público en su jurisdicción territorial, alcanzando a las instituciones y/o entidades que conforman tanto el sector público como privado. El

Director Técnico que dirige el SEDES e nombrado por el Prefecto del Departamento y depende técnicamente del Ministerio de Salud y Deportes.

d. Nivel nacional: Esta conformado por el Ministerio de Salud y Deportes que es el órgano rector-normativo de la gestión de salud a nivel nacional, responsable de formular la política, estrategia, planes y programas nacionales; así como de establecer las normas que rigen el Sistema de Salud en el ámbito nacional.

ARTICULO 16.- (FUNCIONAMIENTO DEL DIRECTORIO LOCAL DE SALUDDILOS)

En el marco de la conformación de DILOS establecida en el artículo 6 de la Ley No 2426 de 21 de noviembre de 2002, del Seguro Universal Materno Infantil, esta instancia cuenta para el ejercicio de sus funciones con:

a. Nivel de decisión política. Conformado por el Alcalde Municipal o su representante, quien lo preside, un representante técnico del SEDES y un representante del Comité de Vigilancia.

b. Nivel de coordinación. Conformado por el Coordinador de la Red de Servicios.

c. Nivel operativo. Conformado por la Red Municipal SAFCI y la Estructura Social en salud local y municipal, conformada por la Autoridad Local de Salud, Comité local de Salud y Consejo Social Municipal de Salud.

ARTÍCULO 17.- (PARTICIPACION DE LA ESTRUCTURA SOCIAL)

El Modelo SAFCI reconoce la estructura social que se expresa en la participación y toma de decisiones de las organizaciones sociales, orientada a la relación igualitaria con la estructura estatal en los procesos de resolución de la problemática de salud.

a. Autoridad Local de Salud: Es el representante legítimo de la comunidad o barrio (con o sin establecimiento de salud) ante el sistema de salud; encargada de hacer planificación junto al equipo de salud, de informar a la comunidad o barrio sobre la administración del servicio de salud y de realizar seguimiento control de las acciones en salud que se hacen en la comunidad o barrio. No es un cargo voluntario, es una más de las autoridades de la comunidad o barrio.

b. Comité Local de Salud: Es la representación orgánica de las Autoridades Locales de Salud, pertenecientes territorialmente a un área o sector de salud ante el sistema de salud (puesto o centro de salud), organizada en un directorio responsable

de implementar la Gestión compartida en salud y de impulsar la participación de la comunidad o barrio en la toma de decisiones sobre las acciones de salud. No es un cargo voluntario, es una más de las autoridades de la comunidad.

c. Consejo Social Municipal de Salud: Es la representación orgánica del conjunto de Comités Locales de Salud y de otras organizaciones sociales representativas de un municipio, organizada en una directiva, que interactúa con los integrantes del DILOS garantizando la Gestión Compartida de Salud, constituyéndose en el nexo articulador entre la estructura social local en salud (Autoridades y Comités Locales de Salud) y el nivel de gestión municipal en salud (DILOS), proponer el porcentaje de presupuesto destinado a salud para su incorporación al POA municipal.

d. Consejo Social Departamental de Salud: Es la representación orgánica de los Concejos Sociales Municipales de salud existentes en un departamento ante el sistema de salud, organizado en un directorio encargado de articular las necesidades y propuestas del nivel municipal con la política departamental de desarrollo; además de realizar control social a la implementación de la misma en cuanto a salud y a las acciones desarrolladas por el SEDES, proponer el porcentaje de presupuesto destinado a salud para su incorporación al POA departamental.

e. Consejo Social Nacional de Salud: Es la representación orgánica del conjunto de Consejos Sociales Departamentales de Salud, organizaciones sociales e instituciones del nivel nacional, que articula las necesidades y propuestas en salud de los departamentos ante el Ministerio de Salud y Deportes; además de ser encargado de realizar control social a las acciones que esta instancia emprenda.

ARTÍCULO 18.- (ESPACIOS DE DELIBERACIÓN INTERSECTORIAL EN LA GESTIÓN EN SALUD)

Los espacios de deliberación de la Gestión, son instancias de dialogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos, disensos y toma de decisiones, sobre la gestión de la salud, donde la estructura social y estatal de gestión en salud participan de manera conjunta asumiendo corresponsabilidad en el desarrollo de acciones de salud incorporadas en los planes estratégicos de cada nivel de gestión de salud.

a. ASAMBLEA NACIONAL DE SALUD: Es la máxima instancia nacional de participación, diálogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos, para la toma de decisiones en cuanto a las necesidades y propuestas de salud, con el fin de integrarlas

al Plan Nacional de Salud; a su vez es el espacio de seguimiento al desarrollo del mismo.

b. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE SALUD: Es la máxima instancia departamental de participación, diálogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos para la toma de decisiones en cuanto a las necesidades y propuestas de salud, con el fin de integrarlas al Plan Departamental de Salud, a su vez es el espacio donde se efectúa el seguimiento a la estrategia y al POA departamental

c. MESA MUNICIPAL DE SALUD: Es una instancia de diálogo, consulta, coordinación, concertación y consenso entre todos los actores de la Gestión Compartida del municipio, otros sectores, instituciones y organizaciones sociales con la finalidad de tomar decisiones en la planificación y seguimiento de las acciones de salud en el municipio (Estrategia Municipal de Salud).

d. ASAMBLEAS, AMPLIADOS, REUNIONES, JUNTAS, CUMBRES, CABILDOS, OTROS Y CAIS COMUNALES O BARRIALES: Son espacios que se desarrollan en la comunidad o barrio (de acuerdo a usos y costumbres), donde se concretiza la Gestión Local en salud, en los que participan diferentes actores sociales e institucionales en corresponsabilidad, para implementar procesos de planificación, ejecución administración y seguimiento evaluación control de las acciones de salud destinadas a mejorar la situación de salud de la comunidad o barrio. En el nivel local, existen dos tipos de espacios de deliberación, que se detallan a continuación:

I Planificación: “Reunión General de Planificación” (asambleas, ampliados, reuniones, juntas, cumbres, cabildos y otros) que se realizan una vez al año, en las comunidades o barrios tengan o no establecimiento de salud, para identificar las problemáticas en salud, analizar sus determinantes y plantear alternativas de solución, que tomen en cuenta el tipo de recursos, el tiempo y responsables.

II Espacios de seguimiento control: “Comité de Análisis de Información en Salud (CAI) comunal o barrial”, que se realiza tres veces al año (en la comunidad o barrio que cuente con un establecimiento de salud), para analizar y evaluar la situación de salud, el cumplimiento de las actividades que se han acordado en la reunión de planificación, el funcionamiento del establecimiento de salud (administración) y la calidad de atención brindada a los usuarios

ARTÍCULO 19.- (DESARROLLO REGLAMENTARIO)

El Ministerio de Salud y Deportes queda encargado de reglamentar el presente Decreto Supremo en un plazo de noventa (90) días a partir de la fecha. Asimismo, aprobará las normas de funcionamiento del Modelo de Atención y Modelo de Gestión en salud.

CAPÍTULO II

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

DISPOSICIÓN TRANSITORIA UNICA.-

La seguridad de corto plazo debe presentar en el término de noventa (90) días al Ministerio de Salud y Deportes, un plan de adecuación al Modelo Sanitario SAFCI, para su compatibilización y aplicación a nivel nacional.

DISPOSICIONES ABROGATORIAS Y DEROGATORIAS

DISPOSICIONES DEROGATORIAS.-

I. Se derogan los artículos 2, 3, 4, 5, 7 párrafo I, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 23, 25, 26, 27 y 28 del Decreto Supremo N° 26875 de 21 de diciembre de 2002.

II Que derogado el párrafo I del artículo 2 del Decreto Supremo N° 26874 de 21 de septiembre del año 2002.

El Señor Ministro de Estado, en el Despacho de Salud y Deportes, queda encargado de la ejecución y cumplimiento del presente Decreto Supremo.

Es dado en el Palacio de Gobierno de la ciudad de La Paz, a los once días del mes de junio del año dos mil ocho.

FDO. EVO MORALES AYMA, etc (aquí viene otros ministros).



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

ANEXO IV Anexo editorial

Equipo técnico de revisión y validación del documento

Nivel Nacional

Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT)

Dr. Julio Gonzalo Sumi Mamani	Responsable Nacional - PNCT
Dr. Juan Carlos Gutierrez V.	Responsable Monitoreo y Evaluación - PNCT
Lic. Adelaida Vila Aruni	Supervisora Nacional - PNCT
Dra. Magna Olarte Huamán	Responsable TB - MDR - PNCT
Dra. Silvia Alcón Herrera	Responsable de Medicamentos - PNCT
Dra. Mirtha Camacho	Responsable de Laboratorio Nacional NLASA - PNCT

Nivel Departamental

Programa Departamental de Control de la Tuberculosis (PDCT)

SANTA CRUZ

Dr. Segundo Guzmán Cordova	Responsable PDCT Santa Cruz
Lic. María del Rosario Ruiz C.	Supervisora PDCT Santa Cruz
Lic. Nancy Titichoca Villarroel	Supervisora PDCT Santa Cruz
Dra. Ingrid Arancibia	Responsable de Laboratorio Departamental Santa Cruz

Programa Departamental de Control de la Tuberculosis

COCHABAMBA

Dr. Amilkar Apaza Miranda

Responsable PDCT Cochabamba

Lic. Clara Fernández Motiño

Supervisora PDCT Cochabamba

Dra. Elizabeth Vargas

Responsable de Laboratorio Departamental
Cochabamba

Programa Departamental de Control de la Tuberculosis

LA PAZ

Lic. Rosemary Avendaño Espinoza

Responsable PDCT La Paz

Dra. Carla Jemio Castellón

Responsable de Laboratorio Departamental
La Paz

Programa Departamental de Control de la Tuberculosis

CHUQUISACA

Dr. Oscar Laime

Responsable PDCT Chuquisaca

Lic. Elvira Erquicia

Enfermera Supervisora PDCT Chuquisaca

Dra. Bertha Moscoso

Responsable de Laboratorio Departamental
Chuquisaca

Programa Departamental de Control de la Tuberculosis

T A R I J A

Dra. Leonor Villa Olarte

Responsable PDCT Tarija

Dra. Marcela Rodríguez

Responsable de Laboratorio Departamental
Tarija

Programa Departamental de Control de la Tuberculosis

B E N I

Dr. José Luis Aguilera Villavicencio

Responsable PDCT Beni

Lic. M. Rosario Vásquez López

Supervisora PDCT Beni

Dra. Air Heredia Claure

Responsable de Laboratorio Departamental
Beni

Programa Departamental de Control de la Tuberculosis

O R U R O

Dr. Edgar Villarte López

Responsable del PDCT Oruro

Lic. Justina Linares T.

Supervisora PDCT Oruro

Dra. Mónica Castro

Responsable de Laboratorio
Departamental Oruro

Programa Departamental de Control de la Tuberculosis

P A N D O

Lic. Norma Cortez Vásquez

Supervisora PDCT Pando

Lic. Daniel Espinoza G.

Responsable de Laboratorio Departamental
Pando

Programa Departamental de Control de la Tuberculosis

P O T O S Í

Dra. Marcela Bernal Romero

Responsable PDCT Potosí

Dra. Ana Flores

Responsable de Laboratorio Departamental
Potosí

Lic. Milenka Aguilar

Enfermera Operativa

Equipo de P N U D

Ing. Richard Flores Rodriguez

Coordinador General del Fondo Mundial –
PNUD

Dr. Percy Calderon Espinoza

Asesor Técnico en Salud

Lic. Miguel García de Bejar

Administración General Fondo Mundial -
PNUD

Dra. Gilma Lourdes Pereira Guillén

Consultoras Financiamiento PNUD

Dra. Zulema Bautista de Villegas

Consultoras Financiamiento PNUD

La salud... un derecho para vivir bien