



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA



PLAN NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN BOLIVIA 2016 - 2020



Serie: Documentos Técnico Normativos

**La Paz - Bolivia
2017**



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

PLAN NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN BOLIVIA 2016 - 2020



MINISTERIO
de **SALUD**



Serie: Documentos Técnico Normativos

La Paz - Bolivia
2017

Ficha Bibliográfica

BO
WF200
M665p
No.424
2016

Bolivia. Ministerio de Salud. Dirección General de Servicios de Salud. Programa Nacional de Control de Tuberculosis y Lepra.
Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016 - 2020./ Ministerio de Salud. La Paz
Quatro hermanos, 2017.

94p. : ilus. (Serie: Documentos Técnico-Normativos No. 424)

Deposito legal: 4-1-92-17 P.O.

I. PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD
II. TUBERCULOSIS
III. ESTADÍSTICAS DE SALUD
IV. CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
V. SERVICIOS DE SALUD
VI. BOLIVIA
I. t.
2. Serie

Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016 – 2020.

Programa Nacional de Control de Tuberculosis/UE/DGSS, Edificio Victor – 3er piso calle Fernando Guachalla N° 342 – Telefono/fax N° 591 – 2 – 2442403, www.minsalud.gob.bo

R.M: 1321 de 30 de diciembre de 2016.

Depósito Legal: 4-1-92-17 P.O.

Elaboración:

- Programa Nacional de Control de Tuberculosis y Lepra (Anexo Editorial).

Sistematización y edición:

- Programa Nacional de Control de Tuberculosis y Lepra

Revisión y aprobación:

- Dr. Denis Mosqueira Salas

Diseño y diagramación:

- Ing. Carlos Alberto Ayala Luna

Comité Técnico de Revisión de Publicaciones / DGPS / MS.

Comité de Identidad Institucional y Publicaciones:

- Dr. Alvaro Terrazas
- Dr. Elias Huanca Q.
- Dra. Miriam Nogales R.
- Lic. Eduardo Humerez F.
- Sr. Miguel Carcamo P.
- Dra. Diana Noya P.
- Dr. Edisson Rodriguez F.
- Lic. Patricia Daza B.

La Paz, Programa Nacional de Control de Tuberculosis – Unidad de Epidemiología – Dirección General de Servicios de Salud – Comité de Identidad Institucional y Publicaciones - Viceministerio de Salud y Promoción – Ministerio de Salud, 2017.

© Ministerio de Salud 2017

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia, se autoriza su reproducción total o parcial, siempre que los fines no sean de lucro, a condición de citar la fuente y la propiedad.

Impreso en Bolivia.

MINISTERIO DE SALUD

AUTORIDADES NACIONALES

Dra. Ariana Campero Nava
MINISTRA DE SALUD

Dr. Álvaro Terrazas Peláez
VICEMINISTRO DE SALUD
Y PROMOCIÓN

Sr. Germán Mamani Huallpa
VICEMINISTRO DE MEDICINA
TRADICIONAL
E INTERCULTURALIDAD

Dr. Rodolfo Rocabado Benavides
DIRECTOR GENERAL
DE SERVICIOS DE SALUD

Dr. Adolfo Zárate Cabello
JEFE a.i. UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA

PRESENTACIÓN

La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, en el actual proceso de cambio está dirigida a lograr para todos los bolivianos y bolivianas el acceso a un sistema de salud universal solidario e intercultural, en el marco estratégico y de priorización de Metas, Resultados y Acciones a ser desarrolladas en el tercer periodo del gobierno de la Revolución Democrática Cultural descritos en el Plan de Desarrollo Económico y Social, para Vivir Bien (PDES 2016-2020).

El PDES 2016-2020 se constituye en el eje sobre el cual giran las políticas sectoriales, que se refleja en el Plan Sectorial de Desarrollo Integral del sector salud 2016-2020, que proponen el control y la eliminación de las enfermedades transmisibles.

El Ministerio de Salud a través del Programa Nacional de Control de Tuberculosis, al identificar a la tuberculosis como un problema crónico, de carácter multifactorial en sus determinantes y causante de altas tasas de morbilidad y mortalidad especialmente en poblaciones pobres y desprotegidas (en el marco de la estrategia mundial TB Post 2015 “**Fin a la Tuberculosis**”), presenta el Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016 - 2020, como instrumento normativo que regule en su aplicación a todos los niveles de gestión del sector salud del Estado Plurinacional de Bolivia.

El Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020 refleja la visión, misión, los objetivos y lineamientos estratégicos, para contribuir al ordenamiento de los recursos técnicos-financieros, medición de avances y una toma de decisiones oportuna en los niveles de gestión descentralizados del Estado Plurinacional de Bolivia con el fin de controlar esta enfermedad.

Dra. Ariana Campero Nava
MINISTRA DE SALUD

RESOLUCIÓN MINISTERIAL



Estado Plurinacional de Bolivia
Ministerio de Salud

Resolución Ministerial Nº 1321

30 DIC 2016

VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que, el Parágrafo I del Artículo 35, de la Constitución Política del Estado, señala que el Estado en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

Que, en el Artículo 36, parágrafo II de la Constitución Política del Estado se establece que el Estado regulará, vigilará y controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud mediante la ley.

Que, el Artículo 37 de la norma precitada, establece que el Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera y se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Que, el Numeral 1 del Parágrafo I del Artículo 81 de la Ley N° 031, Ley Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Báñez", de 19 de julio de 2010, dispone que 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 la competencia de elaborar la política nacional de salud y las normas nacionales que regulen el funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y prácticas relacionados con la salud.

Que, el Numeral 22 del Parágrafo I del Artículo 14 del Decreto Supremo N° 29894, de 07 de febrero de 2009, determina como atribución de las Ministras y los Ministros del Órgano Ejecutivo, en el marco de las competencias asignadas al nivel central en la Constitución Política del Estado, de emitir las resoluciones ministeriales.

Que, el Inciso b) del Artículo 90 del Decreto Supremo N° 29894, señala como atribución de la Ministra(o) de Salud y Deporte, actual Ministra(o) de Salud en el marco de las competencias asignadas al nivel central por la Constitución Política del Estado, de regular, planificar, controlar y conducir el Sistema Nacional de Salud, conformado por los sectores de seguridad social a corto plazo, público y privado con o sin fines de lucro y medicina tradicional.

Que, el Inciso d), del Artículo 90 del Decreto Supremo N° 29894, señala como atribución de la Ministra de Salud y Deportes, de garantizar la salud de la población a través de su promoción, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación.

Que, el Decreto Supremo N° 1868 del 22 de enero de 2014, tiene por objeto modificar el D.S. N° 29894 Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional, y en su Artículo 10 parágrafos III, IV sustituye la denominación de Ministerio de Salud y Deportes por "Ministerio de Salud", también el de Ministra (o) de Salud y Deportes por "Ministra(o) de Salud".

Que, mediante Informe Interno MS/VMysP/DGSS/UE/PNCT/II/29/2016 de 11 de mayo de 2017, elaborado por el Profesional Técnico del Programa Nacional de Control de Tuberculosis, Dr. Niko Rosales Sejas, complementado por el Informe Técnico remitido con la Nota Interna MS/VMysP/DGSS/UE/PNCT/NI/873/2016 de 30 de diciembre de 2016, establecen la visibilidad técnica para la aprobación del "Plan Nacional de Control de la





Estado Plurinacional de Bolivia
Ministerio de Salud

Tuberculosis en Bolivia 2016-2020"

Que, mediante Acta de Reunión de 7 de diciembre de 2016, el Comité de Coordinación Técnica – COCOTEC, aprueba el documento "Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020".

Que, el Informe Legal MS/DGAJ/UAJU/2711/2016 de 30 de diciembre de 2016, concluye que la aprobación del "Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020", no contraviene la normativa vigente y recomienda la emisión de la Resolución Ministerial correspondiente.

POR TANTO:

La **Ministra de Salud**, en uso de las atribuciones que le confiere el Decreto Supremo N° 29894 de 07 de febrero de 2009, de Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional.

RESUELVE:

ARTÍCULO ÚNICO.- Aprobar el documento "**Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020**" y autorizar la impresión, aplicación y publicación a nivel nacional conforme al texto adjunto en anexo que forma parte integrante e indisoluble de la presente Resolución Ministerial.

El Programa Nacional de Control de Tuberculosis del Ministerio de Salud, queda encargado del estricto cumplimiento y ejecución de la presente Resolución.

Regístrese, comuníquese y archívese.


Abogado General del Estado
DIRECTOR GENERAL
ASUNTOS JURÍDICOS
MINISTERIO DE SALUD


Dra. A. Parada Carón
VICEMINISTRA DE SALUD
Y PROMOCIÓN
MINISTERIO DE SALUD


Dra. Ariana Campero Nava
MINISTRA DE SALUD
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA



RAVL/VAA/ABC
HR PNCT-66287-VMSyP
Adj. lo indicado

Glosario de términos y abreviaciones

AIOC	Autonomía Indígena Originario Campesina
ARV	Antiretroviral
ASPACONT	Asociación de pacientes y ex pacientes Contra la Tuberculosis
BAAR	Bacilo Acido Alcohol Resistente
BK	Baciloscopia
CEASS	Central de Abastecimiento de Suministros en Salud
CNIDA	Comité Nacional de Integración Docente Asistencial
CNPV	Censo Nacional de Población y Vivienda
DOTS	Directly Observed Treatment Supervised (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado)
DSL	Drogas de Segunda Línea
E&D	Estigma y discriminación
ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ES	Establecimiento de Salud
IC	Intervalo de Confianza
INE	Instituto Nacional de Estadística
IPA	Indice de Parasitosis Anual
LMAD	Ley Marco de Autonomías y descentralización
MCP	Mecanismo de Coordinación País.
MS	Ministerio de Salud
MyE	Monitoreo y Evaluación
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
PDCT	Programa Departamental de Control de Tuberculosis
PEI	Plan Estratégico Institucional
PDES	Plan de Desarrollo Económico y Social

PIB	Producto Interno Bruto
PNC-TB	Plan Nacional de Control de la Tuberculosis
PNSI	Programa Nacional de Salud Intercultural
PMP	Planes de Mediano Plazo
PNCT	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
PN ITS/VIH/Sida/HV	Programa Nacional ITS/VIH/Sida/Hepatitis viral
PPL	Persona Privada de Libertad
PPM	Iniciativa Público – Público y Público – Privada
PSDI	Plan Sectorial de Desarrollo Integral
PSyR	Prueba de Sensibilidad y Resistencia
PVC	Pacientes en Situación Calle
PVV	Personas que Viven con VIH
RAFA	Reacciones Adversas a Fármacos Antituberculosos
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SR	Sintomático Respiratorio
TB	Tuberculosis
TB – DR	Tuberculosis Drogorresistente
TB TSF	Tuberculosis en Todas sus Formas
TBP	Tuberculosis Pulmonar
TBP BAAR (-)	Tuberculosis Pulmonar con baciloscopía negativa
TBP BAAR (+)	Tuberculosis Pulmonar con baciloscopía positiva
TD	Toma de Decisiones
TGN	Tesoro General de la Nación
UDAPE	Unidad de Análisis de Políticas Económicas
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

INTRODUCCIÓN

El Estado Plurinacional de Bolivia, ha ido generando un proceso de transformación social en los últimos años, bajo el paradigma del Vivir Bien, mejorando la calidad de vida y el acceso a la salud, en un modelo inclusivo orientado por la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), estos cambios han generado un efecto importante en el control de la tuberculosis logrando una reducción gradual de la incidencia de la tuberculosis en todas sus formas desde 112,6 por cien mil habitantes el año 2002, hasta 67 por cien mil habitantes el año 2015; no obstante la tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública importante tanto a nivel Mundial como a nivel Nacional afectando principalmente a poblaciones de mayor vulnerabilidad económica y social.

El contexto epidemiológico actual de la tuberculosis plantea la necesidad de fortalecer las estrategias implementadas desde una mirada intersectorial que permita actuar no solo sobre la atención del paciente sino también en la promoción de la salud y los determinantes sociales de la tuberculosis con una amplia participación de los actores involucrados incorporando al sector público, al sector privado y la sociedad civil organizada.

La elaboración del plan, ha contemplado el análisis de las principales brechas, mediante un proceso de diálogo participativo y constructivo, mediante el desarrollo de mesas de trabajo y la conformación de una comisión técnica que ha permitido presentar un marco estratégico coherente con la configuración de la epidemia y la política de salud, estableciendo una estructura lógica de resultados con metas audaces que implican superar una serie de desafíos para lograr la reducción de la carga de tuberculosis en el país y lograr en un futuro deseado la erradicación de esta enfermedad como un problema de salud pública.

El Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020 ha sido desarrollado de manera concertada con las diferentes instancias involucradas, concibiéndose los lineamientos presentados como un conjunto integrado de esfuerzos para garantizar el derecho a la salud, respetando los derechos humanos, con enfoque intercultural, definiéndose como elementos constitutivos: a) la promoción de la salud y prevención de riesgos; b) la atención integral de la tuberculosis desde el diagnóstico hasta la curación, tomando

en cuenta la tuberculosis sensible, la drogoresistencia, las reacciones adversas a los fármacos antituberculosos y las principales comorbilidades asociadas con la tuberculosis; c) intensificación de la investigación científica; d) la implementación de estrategias innovadoras para el control de la tuberculosis eliminando toda forma de estigma y discriminación.

El Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020 es un modelo de gestión por resultados, estructurado en seis capítulos, contiene 6 objetivos estratégicos estructurados desde la política SAFCI. Constituye el instrumento indicativo a nivel Nacional que orienta las intervenciones en el nuevo escenario económico, social y político, planteando estrategias articuladas participativamente con los actores involucrados de acuerdo con la demanda social y el comportamiento y evolución de la epidemia en el país.

PRESENTACIÓN
RESOLUCIÓN MINISTERIAL
Introducción

CAPÍTULO I	
CONTEXTO NACIONAL DE LA SALUD EN EL ESTADO	
PLURINACIONAL DE BOLIVIA	7
1.1 Contexto Socioeconómico	7
1.2 Contexto Macroeconómico	8
1.3 Contexto Sociodemográfico	9
1.4 La visión del Desarrollo y la Política de Salud	10

CAPÍTULO II	
ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA TUBERCULOSIS	
PLURINACIONAL DE BOLIVIA	15
2.1 Situación de la tuberculosis en Bolivia.....	16
2.2 Progreso de los objetivos del milenio	35

CAPÍTULO III	
MARCO ESTRATÉGICO DEL PLAN NACIONAL DE CONTROL	
DE LA TUBERCULOSIS EN BOLIVIA 2016 - 2020	39
3.1 Principales resultados del Plan Estratégico 2008-2015 ...	40
3.2 Determinantes de la Tuberculosis	43
3.3 Principales Desafíos en el Control de la Tuberculosis	44
3.4 Gestión Social Participativa	46
3.5 Ámbito Geográfico y Temporal.....	46

CAPÍTULO IV	
VISIÓN, MISIÓN, OBJETIVOS GENERAL Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	
DEL PLAN NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN	
BOLIVIA 2016 - 2020.....	47
4.1 Objetivos Estratégicos.....	48
4.2 Modelo conceptual	49
4.3 Lineamientos estratégicos	50
• Objetivo estratégico 1	51
• Objetivo estratégico 2	54

• Objetivo estratégico 3	58
• Objetivo estratégico 4	60
• Objetivo estratégico 5	62
• Objetivo estratégico 6	63
4.4 La estrategia Mundial y la estrategia Nacional	64

CAPÍTULO V

PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN BOLIVIA 2016-2020

69

5.1 Objetivos.....	69
5.2 Marco conceptual: Monitoreo y Evaluación del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020.....	70
5.3 Definición de Indicadores.....	73
• Matriz Operacional de Indicadores.....	74
5.4 Sistema de información	89
5.5 Implementación del Plan de Monitoreo y Evaluación	91

CAPÍTULO VI

PRESUPUESTO POR OBJETIVO ESTRATÉGICO, RESULTADO ESPERADO Y LÍNEA ESTRATÉGICA

93

Anexo I

Proceso Consultivo en la Formulación del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020.....	97
--	----

Anexo II

Anexo Editorial.....	107
----------------------	-----

Anexo III

Bibliografía	111
--------------------	-----

CAPÍTULO I

CONTEXTO NACIONAL DE LA SALUD EN EL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

La Constitución Política del Estado define en su artículo primero, que “Bolivia, se constituye en un Estado Unitario Social de Derecho Plurinacional Comunitario libre, independiente, soberano, democrático, intercultural, descentralizado y con autonomías. Bolivia se funda en la pluralidad y el pluralismo político, económico, jurídico y lingüístico, dentro del proceso integrador del país.

El Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV), realizado el año 2012, registró una población de 10.059.856 con un crecimiento poblacional de 1,71% anual con relación al Censo 2001.

La distribución de la población por edad y sexo concentra 31,4% de la población en el grupo menor de 15 años, encontrándose todavía una estructura por edad joven.

La población se distribuye en una extensión de 1.098.581 Km², lo que determina una densidad poblacional de 9 personas por kilómetro cuadrado, distinguiéndose tres pisos ecológicos definidos: Altiplano 28%, Valle 13% y Llano 59% del territorio nacional.

Política y administrativamente se divide en 9 departamentos, 112 provincias y 339 municipios, encontrándose que aproximadamente 70% de la población se encuentra en los departamentos del eje central del país: La Paz (27,0%), Santa Cruz (26,4%) y Cochabamba (17,5%).

La población es predominantemente urbana con una proporción de 67,5% distribuida en las ciudades capitales, y ciudades intermedias. La economía boliviana, descansa principalmente en actividades relacionadas con hidrocarburos, minería y agricultura, que representan cerca de 3/4 del PIB por actividad económica.

1.1 Contexto Socioeconómico

En los últimos años el Estado Plurinacional de Bolivia ha logrado avances importantes en el desarrollo productivo comunitario, me-

jorando las condiciones de vida de las bolivianas y bolivianos en el marco del “Vivir Bien”, que han repercutido en una disminución importante de los niveles de pobreza.

Para el año 2013 el porcentaje de población en situación de extrema pobreza fue de 18,8% registrando una disminución mayor a 20 puntos porcentuales con respecto al año 1996.

Los logros han sido producto de una transformación en las políticas sociales, acompañada de un contexto macroeconómico favorable.

1.2 Contexto Macroeconómico

- Para el año 2013, el valor del PIB a precios de mercado superó los 30.824 millones de USD, lo que significa un PIB per cápita aproximado de US\$ 3.000 por persona (Fuente: Estudio Cuentas de Salud. Ministerio de Salud). El crecimiento económico anual para este año superó el 6%, manteniendo una tendencia creciente, que ha permitido una mejor redistribución del ingreso.
- El gasto total en salud para 2013 asciende a Bs. 10.054 millones (Fuente: Estudio Cuentas de Salud. Ministerio de Salud), registrando un incremento de más de 250% respecto al año 2005 y representando, aproximadamente 6.1% del PIB.
- Para el año 2014 la inversión pública supera los 4.500 millones de USD, recibándose más de 2.000 millones de USD de inversión extranjera directa bruta.
- La expansión de la economía permitió mejorar los niveles salariales aumento en 3,8 veces más con respecto al año 2005, aumentando de 440 Bs. a 1.656 Bs. entre 2005 y 2014.
- La tasa de desempleo abierto en área urbana alcanzó a 4,02% en el año 2.013. La tasa global de participación de la población en el mercado de trabajo para el mismo año asciende a 58,5%, registrando 68,1% en hombres y 49,7% en mujeres.
- En los últimos años se ha conseguido un proceso de estabilización de precios con una tasa de inflación que no ha superado el 6%.
- La balanza comercial ha registrado un saldo favorable, gracias al incremento de los volúmenes de producción y un contexto favorable de los precios internacionales.

1.3 Contexto Sociodemográfico

- La esperanza de vida al nacer, según estimaciones del INE, alcanza a los 69 años.
- Según la ENDSA 2008, la tasa global de fecundidad observada (TGF) es 3,5 hijos por mujer, en área urbana es de 2,8 hijos por mujer y en área rural 4,9 hijos por mujer.
- En adolescentes de 15 a 19 años la tasa específica de fecundidad es de 88 nacimientos por mil mujeres, de acuerdo con la ENDSA 2008.
- Según el Censo 2012:
 - El 94,9% de la población de 15 años y más sabe leer y escribir. La tasa de alfabetismo en mujeres es de 92,3% y en hombres 97,6%.
 - El 24,2% de la población de 19 años y más alcanzó un nivel de educación superior.
 - El 69,1% de las mujeres atendieron su último parto en un establecimiento de salud, registrándose una cobertura de 81,3% en área urbana y en área rural de 69,1%.
 - La cobertura de vacuna pentavalente alcanza a 89,4% de niños y niñas menores de 1 año.
 - El 46,8% de la población boliviana prefiere auto-medicarse cuando enfrenta un problema de salud y 44,8% recurre a soluciones caseras.
 - El consumo promedio de leche es de 55,4 litros por año.
 - La cobertura de agua potable en los hogares es de 85,2% y la cobertura de energía eléctrica es del 85,4%.
 - Entre todas las viviendas el 75,5% están equipadas con aparato de radio, 66,5% con televisor, 65,1% con teléfono fijo o celular y 23,6% con equipo de computación.

En el cuadro siguiente se describe el estado general de la salud y sus determinantes, en el marco de los objetivos de desarrollo del milenio.

Cuadro No. 1

Bolivia: Indicadores seleccionados de la situación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Descripción	Indicador	Año
Esperanza de vida al nacer	69 [años]	2013
Tasa de mortalidad infantil	48,6 [por mil nacidos vivos]	2011
Cobertura de tercera dosis de la vacuna pentavalente	78 %	2012
Cobertura de parto institucional	73 %	2011
Índice de Parasitosis Anual (IPA)	2,1 [por mil nacidos vivos]	2012
Prevalencia de SIDA	83,4 [por millón de habitantes]	2012
Porcentaje de pacientes con TB curados del total de notificados	84,2 %	2012
Tasa de alfabetismo en la población de 15 a 24 años	99,5 %	2012
Tasa de término a 6° de primaria	90,0 %	2011
Porcentaje de población con acceso a agua potable	78,9 %	2012
Porcentaje de población con acceso a servicios de saneamiento básico	49,8 %	2012

Fuente: Séptimo Informe de Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, UDAPE – 2013

1.4 La Visión de Desarrollo y la Política de Salud

El Plan de Desarrollo Económico Social aprobado mediante Ley N° 786 de 9 de Marzo de 2016 tiene como principal objetivo la erradicación de la extrema y moderada pobreza, plantea como una de las estrategias la: Transformación del modelo de atención y reorganización de las Redes de Salud que respondan al Sistema Único de Salud con personal que presten servicios de calidad y con enfoque cultural y como acción estratégica: Construcción y equipamiento de establecimientos de salud de primer, segundo, tercer y Cuarto Nivel de atención en salud, previendo recursos necesarios para tal efecto.

De acuerdo con la constitución política del Estado, “El sistema de salud es único e incluye la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos”. La política de salud promueve el acceso universal y tiene como objetivo la construcción de un modelo social, económico y estatal basado en la diversidad y lo plurinacional.

La estructura programática de la política de salud se edifica en tres ejes definidos en el Plan de Desarrollo Sectorial 2010-2020 “Hacia la Salud Universal”, que determina el accionar de las diferentes estrategias de respuesta a los problemas de salud:

Eje 1:

Acceso Universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural

Eje 2:

Promoción de la Salud y Movilización Social

Eje 3:

Soberanía y Rectoría en Salud

Los ejes planteados tienen como propósito la consolidación del derecho a la salud a partir de la construcción y desarrollo del sistema único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), con acceso universal y gratuito priorizando la promoción de la salud, la participación y control social, de esta forma contribuir al Vivir Bien y la erradicación de la pobreza e inequidad.

La SAFCI “es la política de salud del Estado Plurinacional de Bolivia, se constituye en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer la salud; complementa y articula recíprocamente al personal de salud y médicos tradicionales de las Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesinos con la persona, familia, comunidad, madre tierra y cosmos, en base a sus organizaciones en la Gestión Participativa y Control Social y la Atención Integral Intercultural de la Salud”¹

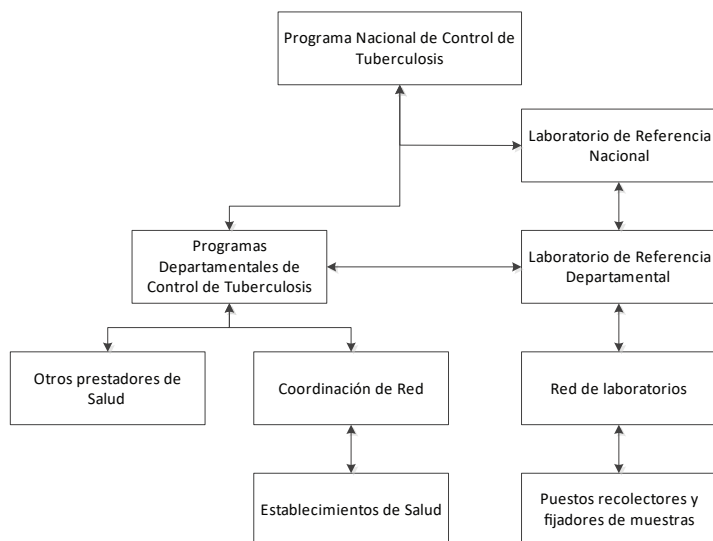
¹ Ministerio de Salud. “Salud Familiar Comunitaria Intercultural”. La Paz – Bolivia, 2013.

En este escenario la salud es concebida como un proceso multidimensional que responde a una serie de factores y determinantes² como los estilos de vida de la población y la interacción con el medio ambiente, por lo tanto la solución a los problemas de salud involucra acciones multisectoriales integrales que trasciendan la sola atención sanitaria.

La promoción de la salud es un proceso político de movilización social, intersectorial, transformador de los determinantes de la salud que se realiza en corresponsabilidad entre la población organizada, las autoridades, el sector salud y otros sectores.

La política SAFCI busca la transformación de los factores educativos, vivienda y servicios básicos, producción y otros para generar protección de la salud.

Modelo de atención en salud



² Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las diferencias e inequidades en el acceso y en el estado de salud de las personas. Los determinantes pueden ser biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. La casi totalidad de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos factores de tipo biológico. La incidencia de unos sobre otros es tal que no pueden disociarse, a no ser que se quiera tender al reduccionismo simplista que no conduce a parte alguna.

La atención de la tuberculosis se rige por 4 líneas fuerza: 1) cobertura, 2) calidad y calidez, 3) eficacia y 4) eficiencia, que definen su proceso administrativo de a) planificación y programación, b) organización y coordinación, c) ejecución, supervisión y seguimiento y d) control y evaluación, articuladas por un principio rector del Programa Nacional de Control de Tuberculosis y que es operativizado mediante los programas departamentales y laboratorios, cuyas acciones concretas se articulan en los establecimientos de salud.

CAPÍTULO II

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA TUBERCULOSIS A NIVEL MUNDIAL Y NACIONAL

La tuberculosis es causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que generalmente afecta a los pulmones, es curable y se puede prevenir; no obstante de acuerdo con la OPS/OMS constituye la segunda causa mundial de mortalidad, causada por un agente infeccioso, después del SIDA, a nivel mundial, además es una de las cinco causas principales de muerte en las mujeres entre 15 y 44 años.

En las personas que viven con VIH, la tuberculosis es la causa principal de muerte causando una cuarta parte de las defunciones en este grupo poblacional.

Para el año 2013 se registra que 9 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,5 millones murieron por esta enfermedad. Más del 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos. Se estima también para el mismo año que 550.000 niños enfermaron de tuberculosis y 80.000 niños seronegativos murieron de tuberculosis. Se calcula que 480.000 personas desarrollaron tuberculosis multirresistente a nivel mundial en 2013. La tuberculosis es una pandemia que se presenta en todo el mundo, aunque el mayor número de casos el 2013 ocurrió en Asia Sudoriental y en regiones del Pacífico Occidental, a la que correspondió el 56% de los casos nuevos en el mundo. No obstante, ese mismo año África tuvo la mayor tasa de incidencia, más de 280 casos por 100.000 habitantes.

En 2013, alrededor del 80% de los casos de tuberculosis se presentaron en 22 países. En algunos países se está produciendo una disminución considerable de los casos, pero en otros el número de casos están descendiendo muy lentamente. Brasil y China, por ejemplo, se cuentan entre los 22 países donde se observó un descenso sostenido de los casos de tuberculosis en los últimos 20 años.

La región de las Américas para el año 2013 representó el 3% de la carga mundial de tuberculosis, notificándose 219.000 casos nuevos con una tasa de incidencia de 23 casos por cien mil habitantes

frente a una estimación de 29 casos por cien mil habitantes. Asumiéndose una brecha de detección de 60.000 casos respecto a las estimaciones.

En la región Brasil, Perú, México y Haití concentran 61% de los casos de tuberculosis.

En la gestión 2013 la cobertura de prueba de VIH en pacientes con tuberculosis fue de 57%. Del total de pacientes con tuberculosis que se hicieron una prueba de VIH 16% dio un resultado positivo. Con respecto a la cobertura de tratamiento el 77% de los casos TB-VIH recibieron terapia antirretroviral y 64% tratamiento para la tuberculosis.

De acuerdo a la OPS/OMS para el 2013 se estimó 6.911 casos de tuberculosis multidrogorresistente, la notificación para la misma gestión alcanzó a 3.366 casos (49 % de la estimación), reportándose que el 90% de los casos notificados habría iniciado el tratamiento correspondiente.

16

2.1 Situación de la tuberculosis en Bolivia

Aunque es complejo determinar el inicio de la epidemia en el país, es posible encontrar una visibilización del problema durante la guerra del Chaco (1932-1935), desde entonces se ha producido una expansión de casos, alcanzando el año 2013 8.327 casos nuevos lo que representa una tasa de incidencia de 54 personas con tuberculosis por cada 100 mil habitantes. La tuberculosis pulmonar, BAAR (+) es la de mayor concentración en el país representando el 72% de los casos nuevos notificados para el 2014.

En el Estado Plurinacional de Bolivia, la tuberculosis afecta a la población en general, aunque existen poblaciones de mayor vulnerabilidad como es el caso de las personas que viven con VIH/SIDA (PVV), población privada de libertad (PPL), población indígena originaria campesina, población en situación de calle (PVC), fuerzas armadas, entre otros.

Bolivia ha dado grandes pasos en la lucha contra la tuberculosis, principalmente en los últimos años reduciendo la incidencia bajo el liderazgo del Ministerio de Salud a través del Programa Nacional de Control de Tuberculosis y los Programas Departamentales logrando

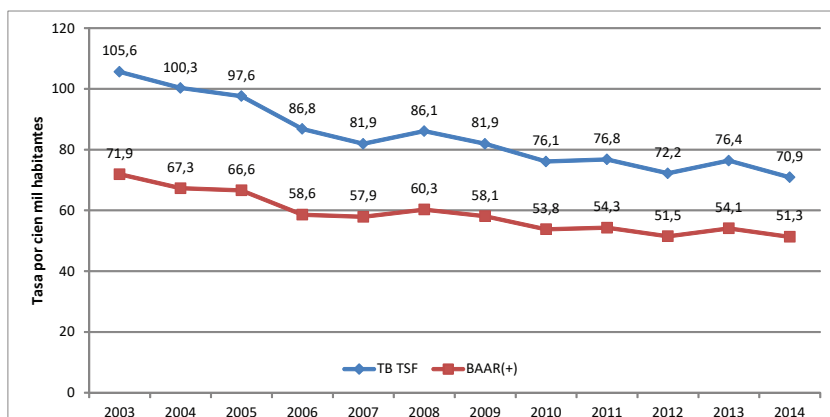
fortalecer las actividades de seguimiento a los pacientes para que puedan concluir su tratamiento, desarrollando alianzas estratégicas con Organizaciones Sociales y representantes de Pueblos Indígena Originario Campesinos. Se han generado sinergias positivas con la sociedad civil, para articular estrategias participativas, capacitando a ex-pacientes, principalmente de la Asociación de Pacientes contra la Tuberculosis (ASPACONT) como promotores de salud que cooperan en el seguimiento y las actividades informativas sobre la tuberculosis.

Incidencia de tuberculosis

Se ha registrado una tendencia decreciente en la tasa de incidencia de la tuberculosis en todas sus formas (TB TSF) en 3,2% promedio anual, desde 105,6 por cien mil habitantes el 2003 hasta 70,9 por cien mil habitantes el año 2014. La incidencia de la tuberculosis pulmonar BAAR (+) muestra también una tendencia descendente en 2,8% promedio anual.

Aunque estos indicadores muestren una evolución favorable, no se puede asumir el control de la enfermedad, debido a la subnotificación, la alta carga bacilar al momento del diagnóstico y la captación tardía de estos pacientes.

Gráfico 1
Tasas de incidencia de TB TSF y TBP BAAR (+). Bolivia 2003 – 2014

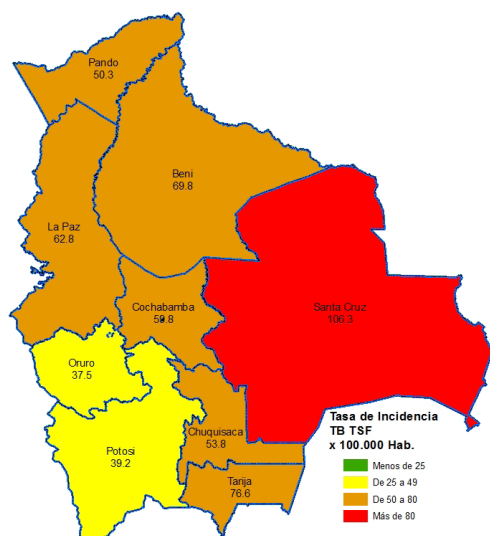


Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

³ Las tasas de incidencia del 2014, han sido calculadas tomando en cuenta las estimaciones poblacionales realizadas a partir de los resultados del Censo 2012.

La distribución geográfica de la incidencia notificada de TB TSF no es homogénea, de tal manera que en el año 2014, el Departamento de Santa Cruz notificó una tasa de TB muy alta (>80 casos/100.000); los Departamentos de Pando, Beni, La Paz, Cochabamba, Chuquisaca y Tarija presentan incidencia alta (50 – 80/100.000) y las regiones de Potosí y Oruro presentan niveles de incidencia moderada (25 - 49 casos/100.000) (Mapa 1).

Mapa 1
Incidencia notificada de TB TSF por departamentos.
Bolivia 2014



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Si bien para el 2014 las tasas de incidencia más elevadas se encuentran en los Departamentos de Santa Cruz, Tarija y Beni, en los dos últimos Departamentos la elevada incidencia es dada por la baja densidad de población, con una menor cantidad de casos en números absolutos. Por otra parte, los Departamentos de La Paz y Cochabamba tienen tasas más altas junto con Santa Cruz representando el 78,4% de la carga de enfermedad del país, correspondiendo el 39,6% de los casos reportados al Departamento de Santa Cruz. (Tabla 1).

Tabla 1
Número de casos e incidencia TB TSF por Departamentos.
Bolivia 2014

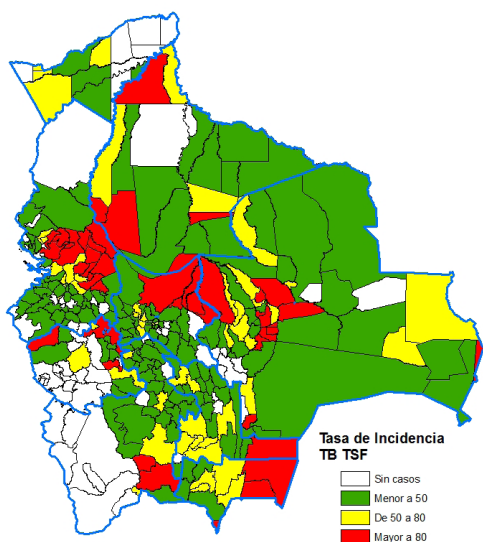
Departamento	Población	Casos TB TSF		Tasa de incidencia
		n	%	
LA PAZ	2.887.075	1.814	24,0	62,8
ORURO	525.099	197	2,6	37,5
POTOSI	879.204	345	4,6	39,2
COCHABAMBA	1.871.452	1.119	14,8	59,8
CHUQUISACA	617.174	332	4,4	53,8
TARIJA	513.389	393	5,2	76,6
SANTA CRUZ	2.822.385	3.000	39,6	106,3
BENI	448.227	313	4,1	69,8
PANDO	117.356	59	0,8	50,3
TOTAL	10.681.361	7.572	100	70,9

Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Del total de 339 municipios del país, 261 (77,4%) notificaron casos de tuberculosis en el año 2014. En 82 municipios la tasa de incidencia es baja (<25 casos por 100.000 habitantes), en 79 la incidencia es moderada (25 – 49 casos por 100.000 habitantes), en 54 municipios la incidencia es alta (50 a 79 casos por 100.000 habitantes) y 46 municipios del país registran una tasa de incidencia muy alta (>80 casos por 100.000 habitantes). Los Departamentos con mayor número de municipios con incidencia muy alta son La Paz (15 municipios), Santa Cruz (11 municipios) y Cochabamba (5 municipios). Un total de 76 municipios no han notificado casos de TB en el 2014, la mayoría de los cuales se encuentran en La Paz (20), Oruro (19), Potosí, (10) y Santa Cruz (8). (Tabla 2).

Mapa 2

Tasa de incidencia de tuberculosis TB TSF por municipios. Bolivia 2014



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

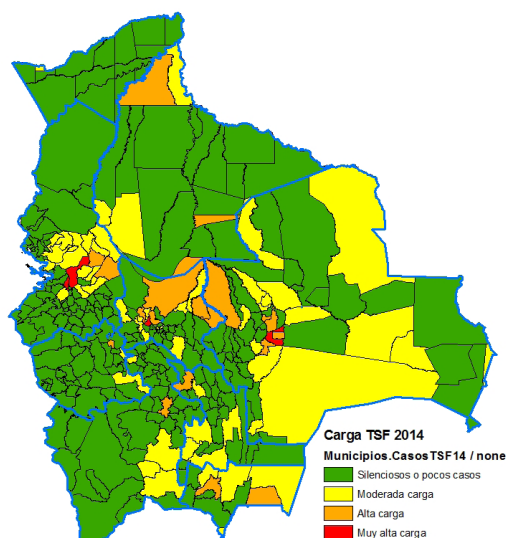
Tabla 2
Número de Municipios por Departamento según incidencia TB TSF.
Bolivia 2014

Departamento	Incidencia				
	Sin notificación	Baja (< 25)	Moderada (25 - 50)	Alta (50 - 80)	Muy alta (> 80)
LA PAZ	20	24	18	8	15
ORURO	19	6	2	3	5
POTOSI	10	11	13	4	2
COCHABAMBA	7	15	13	7	5
CHUQUISACA	3	9	8	8	1
TARIJA	0	2	2	4	3
SANTA CRUZ	8	9	15	13	11
BENI	2	5	5	3	4
PANDO	7	1	3	4	0
TOTAL	76	82	79	54	46

Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Por otro lado, se ha estratificado a los municipios según carga de enfermedad en muy alta (>300 casos de TB TSF), alta (50 a 300 casos de TB TSF), moderada (10 a 49 casos de TB TSF) y baja (<10 casos), conforme se observa en el Mapa 3 y la Tabla 3. Cabe resaltar que en los municipios de alta carga se notifican el 56% (243/432) de las recaídas, el 55,5% (10/18) y 73, 26% (74/101) de los abandonos en pacientes en categoría de retratados.

Mapa 3
Carga de TB TSF por Municipios. Bolivia 2014



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Tabla 3
Número de Municipios por Departamentos según carga de enfermedad (TB TSF). Bolivia 2014

Departamento	Carga de Enfermedad			
	Muy alta (> 300) casos	Alta (50 a 300) casos	Moderada (10 a 49) casos	Baja (< 10) casos
TOTAL DE MUNICIPIOS	4	19	60	254
LA PAZ	2	2	16	66
ORURO	0	1	2	32
POTOSI	0	1	4	35
COCHABAMBA	1	5	11	30
CHUQUISACA	0	1	5	23
TARIJA	0	2	4	5
SANTA CRUZ	1	5	15	35
BENI	0	2	3	14
PANDO	0	0	1	14

Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

En cuanto al área de residencia no se encuentran grandes diferencias en las tasas de incidencia, aunque probablemente se trate de un problema de sub notificación en el contexto rural. Para el año 2014 se notificaron 4.237 casos, TB TSF en el área urbana⁴ lo que significa una incidencia de 56,98 por cien mil habitantes; mientras que en área rural se tiene una notificación de 3.333 casos que implica una tasa de incidencia de 44,02 por cien mil habitantes.

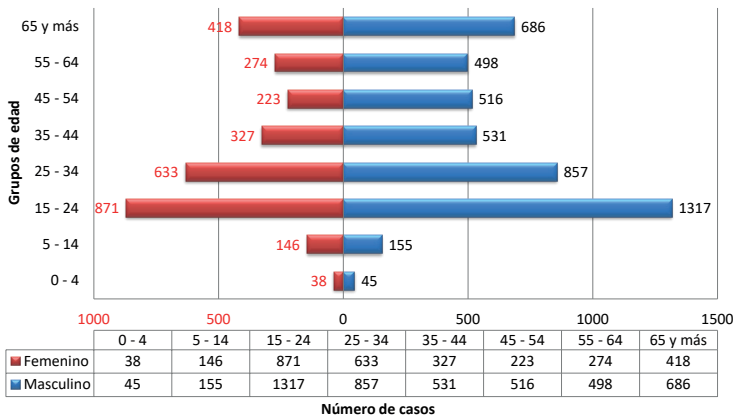
La distribución de casos por edad y sexo muestra que existe un mayor impacto en la población de 15 a 34 años lo que evidencia que el contagio de la enfermedad se inicia a edades tempranas, además de ser predominantemente masculina, existe una razón de 1,6 hombres por una mujer. El impacto social de la tuberculosis se manifiesta con mayor fuerza en la población en edad de trabajar, potencialmente activa en la economía del país.

Para poder asumir un control efectivo de la enfermedad, lo que se espera es que el grupo afectado este comprendido en las etapas

⁴ Para la estimación de la incidencia urbana se consideran a los municipios capitales de departamento y la ciudad de El Alto.

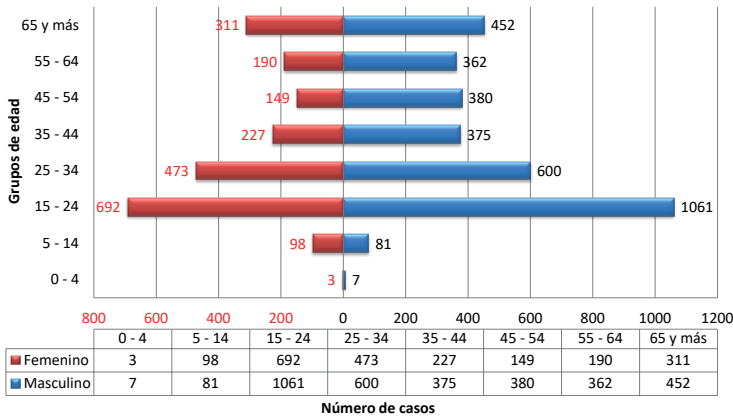
finales de la vida ya que este grupo es más propenso a sufrir desnutrición por cualquier causa, además de la comorbilidad de enfermedades crónicas y la posibilidad de haber tenido tuberculosis. Todo lo anterior constituye factores de riesgo presentes en este grupo que los hace más susceptibles a padecer esta enfermedad.

Gráfico 2
Número de casos nuevos de TB TSF por grupo de edad y sexo.
Bolivia 2014



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Gráfico 3
Número de casos nuevos de TBP BAAR (+) por grupo de edad y sexo. Bolivia 2014



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Al analizar los casos de TB en niños, observamos que el 77,4 % (305/394) de los casos se observaron en el grupo de 5 a 14 años. En cuanto a las formas de TB TSF en esta población el 76,6% (302/394) son pulmonares, el 48 % fueron BAAR (+) y el 23,4% fueron formas extra-pulmonares (Tabla 4).

Tabla 4
Formas de TB en niños. Bolivia 2014

Formas	N	%
TB TSF	394	100
TBP	302	76,6
TBP BAAR (+)	189	48,0
TBP BAAR (-)	113	37%
TB – EP	92	23,4

Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

El 57.6% (227/394) de los casos de TB TSF en niños fueron diagnosticados en el Departamento de Santa Cruz. De éstos el 60,6% de los casos fueron TBP y el 47,8% extrapulmonares. (Tabla 5).

Tabla 5
Formas de TB en niños según Departamentos. Bolivia 2014

DEPARTAMENTO	TB TSF		TBP		TBP BK(+)		TB - EP	
	n	%	n	%	n	%	n	%
LA PAZ	53	13.5	32	10.6	28	14.8	21	22.8
ORURO	5	1.3	3	1.0	3	1.6	2	2.2
POTOSÍ	9	2.3	5	1.7	2	1.1	4	4.3
COCHABAMBA	44	11.2	34	11.3	23	12.2	10	10.9
CHUQUISACA	31	7.9	27	8.9	2	1.1	4	4.3
TARIJA	13	3.3	11	3.6	9	4.8	2	2.2
SANTA CRUZ	227	57.6	183	60.6	117	61.9	44	47.8
BENI	11	2.8	6	2.0	5	2.6	5	5.4
PANDO	1	0.3	1	0.3	0	0.0	0	0.0
TOTAL	394	100	302	100	189	100	92	100

Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

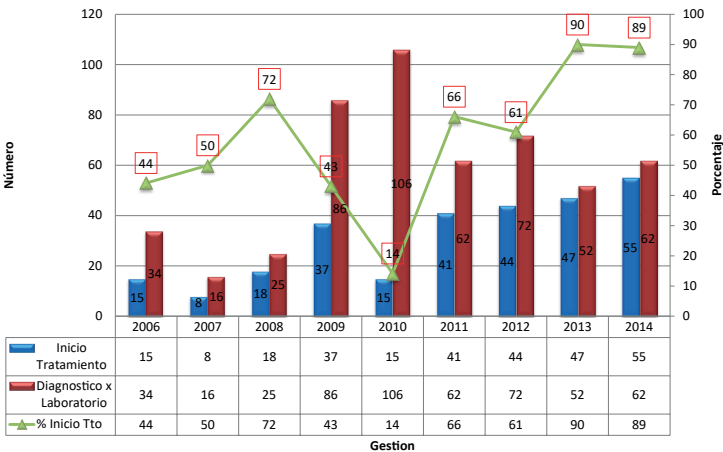
Tuberculosis Drogoresistente

El año 2014 Bolivia notificó 62 casos de TB-DR (RR/MDR-TB), de los cuales 55 casos son TB-MDR. Los departamentos de mayor carga de TB-MDR son: Santa Cruz, Cochabamba y La Paz que en conjunto notifican el 85% de los casos.

Ahora bien, no todos los pacientes diagnosticados iniciaron tratamiento, existiendo una brecha entre el diagnóstico e inicio de tratamiento, siendo múltiples las causas que van desde el tiempo de demora para obtener los resultados del cultivo, la PSyR, así como la negación del paciente para el inicio de tratamiento.

Con referencia a los casos TB-MDR diagnosticados y notificados que iniciaron tratamiento, se observa un incremento sustancial a partir del año 2006 de los cuales iniciaron tratamiento el 44% (15/34) y al 2014 un 88% (55/62).

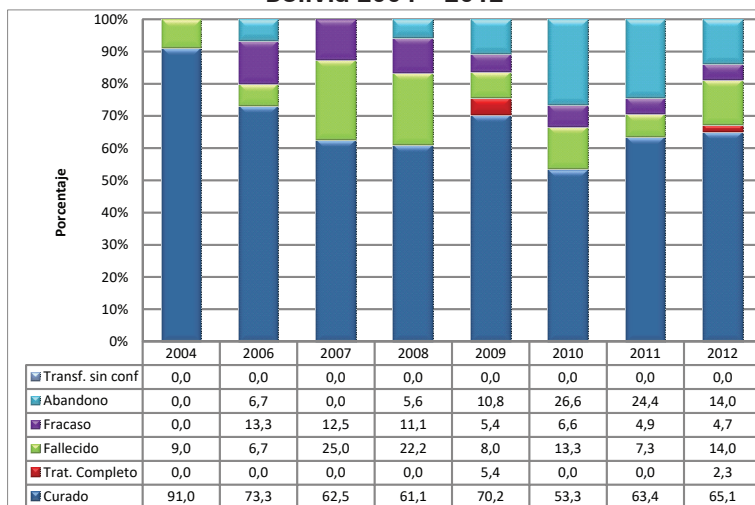
Gráfico 4
Número y porcentaje de pacientes TB-MDR que inician tratamiento, número de pacientes TB MDR reportados por laboratorio. Bolivia 2006 – 2014



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

En la cohorte de tratamiento del año 2012 el éxito de tratamiento de los casos TB-MDR fue de 65%, es decir no se alcanza la meta de curación de 75%, afectado por el elevado número de casos de abandonos (14%) y fallecidos (14%).

Gráfico 5
Resultados de tratamiento de pacientes TB-MDR.
Bolivia 2004 – 2012



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Por otro lado, se ha identificado 2 casos de TB XDR, confirmados bacteriológicamente con PSyR en el Laboratorio de Referencia Nacional.

La situación de la TB-DR representa un importante desafío y gran prioridad en el control de la TB en Bolivia, especialmente en los Departamentos de mayor carga (Santa Cruz, Cochabamba y La Paz), por las connotaciones negativas en la transmisión de bacilos resistentes y las consecuencias en los pacientes, la familia, sociedad, además de la eficacia de los sistemas de salud.

Situación Operacional del Control de la Tuberculosis

Bolivia identifica el 85% (90.969/106.814) de los sintomáticos respiratorios esperados (SRE), siendo los Departamentos con mayor brecha de identificación: La Paz, Cochabamba, Potosí y Oruro (Tabla 9).

Se identifica el 51,3% de los casos de TBP BAAR (+) esperados, siendo los Departamentos con mayor brecha de detección La Paz, Cochabamba, Potosí y Santa Cruz (Tabla 10), situación requiere un análisis profundo, teniendo en cuenta que el 74% (56/76) de los municipios silenciosos están situados en los Departamentos de la La

Paz, Cochabamba, Potosí y Oruro.

Tabla 6
Número de SR esperados e Identificados por Departamento.
Bolivia 2014

Departamento	SR esperados	SR Identificados	Brecha	Porcentaje brecha
BENI	4.482	3.527	955	21%
COCHABAMBA	18.715	12.978	5.737	31%
CHUQUISACA	6.172	7.984	--	0%
LA PAZ	28.871	19.895	8.976	31%
ORURO	5.250	3.793	1.457	28%
PANDO	1.174	1.167	7	1%
POTOSÍ	8.792	7.132	1.660	19%
SANTA CRUZ	28.224	28.631	--	0%
TARIJA	5.134	5.862	--	0%
TOTAL	106.814	90.969	18.792	18%

Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Tabla 7
Número de casos de TBP BAAR (+) esperados e Identificados por Departamento. Bolivia 2014

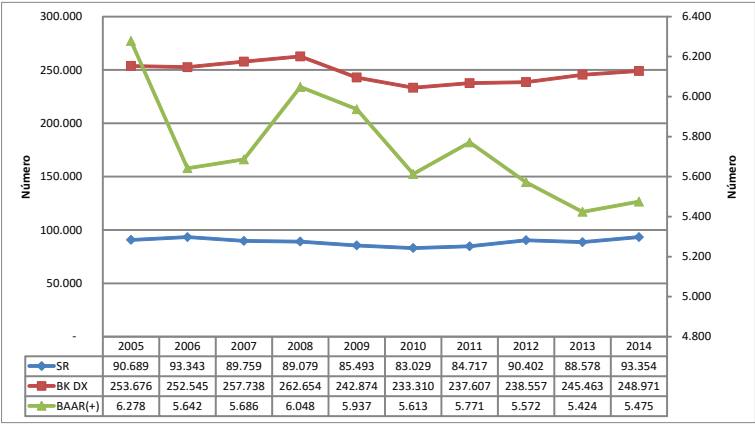
Departamento	TBPBAAR(+) esperados	TBP BAAR(+) Identificados	Brecha	Porcentaje brecha
BENI	448	255	193	43%
COCHABAMBA	1.871	812	1.059	56%
CHUQUISACA	617	249	368	59%
LA PAZ	2.887	1.177	1.710	59%
ORURO	525	105	420	80%
PANDO	117	49	68	58%
POTOSÍ	879	205	674	76%
SANTA CRUZ	2.822	2.343	479	16%
TARIJA	513	291	222	43%
TOTAL	10.679	5.486	5.193	48%

Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

La detección de SR y baciloscopías diagnósticas efectuadas entre el 2004 al 2014 se ha mantenido estable, con mínimas variaciones anuales. En el periodo 2004 – 2014, se examinan 17,1 SR por cada caso de TBP BAAR (+) en el mismo periodo el número de baciloscopías por Sintomático Respiratorio fue de 2,7.

Si bien el número de SR identificados (periodo 2004 – 2014) no está lejos de lo estimado (1% de la población que vive en el área de influencia de cada establecimiento de salud), la tendencia del número de casos de TBP BAAR (+) en general acompañó a las variaciones de SR identificados. Esta situación podría explicarse por la dificultad en la identificación del Sintomático Respiratorio en consulta externa del primer nivel de atención, a esto se suma que los pacientes acuden a los hospitales de tercer nivel de referencia departamental en los que no se notifican los SR captados, repercutiendo en la programación establecida.

Gráfico 6
Número de SR, baciloscopías diagnósticas y TBP BAAR (+).
Bolivia 2004 – 2014



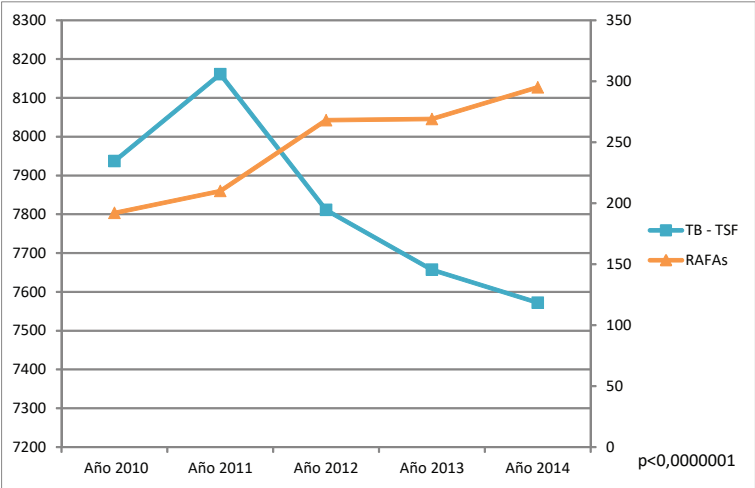
Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Reacciones Adversas a Fármacos Antituberculosos (RAFA)

En los últimos 5 años se han notificado Reacciones Adversas a Medicamentos Antituberculosos (RAFA), las cuales mostraron un incremento significativo ($p<0,0000001$) entre el año 2010 (2,4%) y el 2014 (3,8%) como se observa en el Gráfico 4, resultado de una mejora en la notificación, la implementación de una guía para la

detección y manejo de las reacciones adversas a fármacos antituberculosos en el año 2011 y a la designación de los puntos focales en los departamentos.

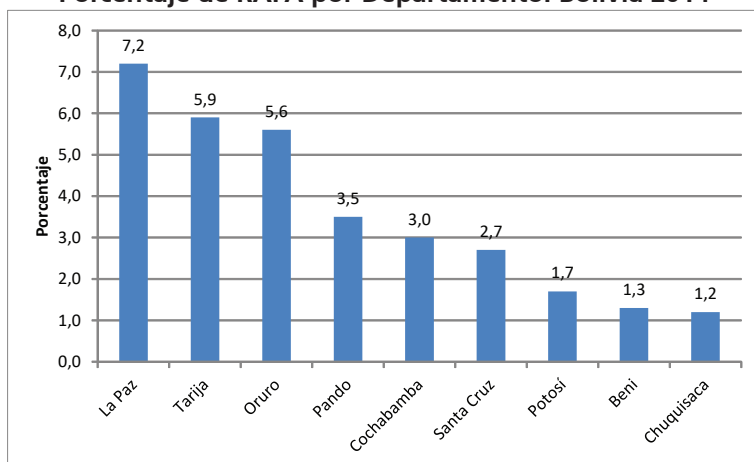
Gráfico 7
Número de casos de TB TSF y RAFA a primera línea gestión.
Bolivia 2010 - 2014



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Con el actual tratamiento antituberculoso en base a Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida, Etambutol y Estreptomicina, se espera hasta un 3% que presenten reacción adversa a fármacos antituberculosos; siendo por lo general los medicamentos antituberculosos de primera línea bien tolerados, sin embargo para la gestión 2014 los Departamentos de La Paz, Tarija, Oruro y Pando sobrepasaron el umbral de espera de acuerdo a la relación de los casos RAFA notificados entre el total de tuberculosis todas sus formas.

Gráfico 8
Porcentaje de RAFA por Departamento. Bolivia 2014



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

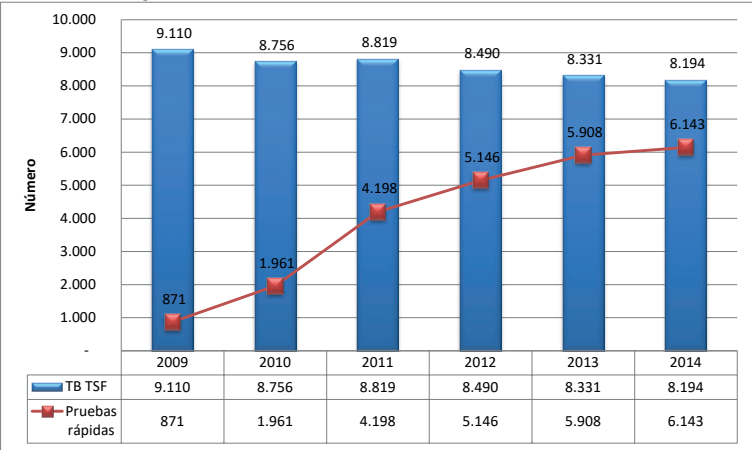
Coinfección TB/VIH

La epidemia VIH en Bolivia es concentrada, con una prevalencia estimada en población general de 0,4 (Estimaciones y Proyecciones 2014, EPP – Spectrum) y en algunas poblaciones de riesgo es de 11,60% en población gay, bisexual, población trans y HSH (SEMVBO 2008). Un estudio más reciente mostró una prevalencia de 19,7% en mujeres trans (EPV – TRANS, 2010).

Desde el inicio de la epidemia a marzo del 2013, se han registrado 11.042 casos de VIH/SIDA, de las cuales el 80% corresponden a infección por VIH y 20% a casos de SIDA. La mayor prevalencia de casos se ha registrado en Santa Cruz, Cochabamba y La Paz.

En el 2014 se tiene registrado la realización de la prueba de VIH al 74,9% de los pacientes con TB. Si bien la cobertura no alcanza la meta de 100% la misma se incrementó considerablemente puesto que en el año 2009, alcanzaba solo el 9.6%.

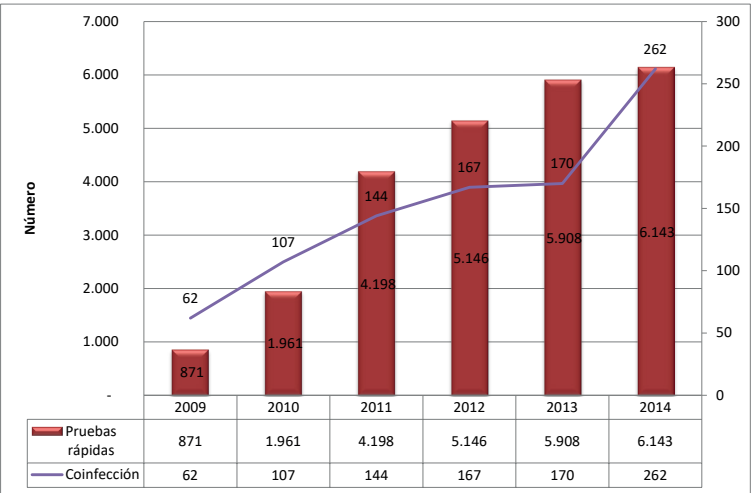
Gráfico 9
Número de casos de TB TSF y pruebas rápidas de VIH
en pacientes con TB TSF. Bolivia 2009 – 2014



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Así como se incrementó la oferta de prueba rápida para VIH en pacientes con tuberculosis también aumentó los casos de coinfección TB/VIH de 62 casos para el 2009 a 262 para el 2014. Gráfico N° 7.

Gráfico 10
Número de casos de TB TSF y de casos de Coinfección TB/VIH.
Bolivia 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

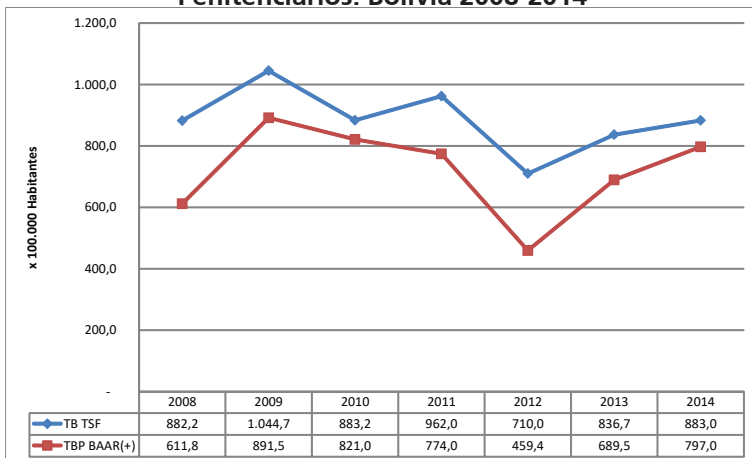
En el año 2013, el 2,9% de los pacientes con TB resultaron positivos para el VIH; ese mismo año 18% estaban en Terapia preventiva con Cotrimoxazol (TPC) y 82% con terapia antiretroviral (TARV) y no se registraron pacientes con terapia preventiva con Isoniacida (TPI). Los Programas de VIH y Tuberculosis en Bolivia cuentan con un Comité Nacional de Coordinación Interprogramática de TB/VIH-SIDA, cuyo trabajo conjunto e integrado ha logrado grandes avances para el control de la Coinfección TB/VIH en Bolivia.

Personas Privadas de Libertad

Según datos del Informe sobre el Ejercicio de los Derechos Humanos en el Estado Plurinacional de Bolivia, Defensoría del Pueblo, para la gestión 2013 se reporta 14.770 personas privadas de libertad, los cuales se encuentran distribuidos en 19 cárceles y 56 carceletas.

El 79,4% de las personas privadas de libertad se encuentran en detención preventiva, solo el 20,6% tienen sentencia, las capacidades para albergar a las PPL esta por encima de lo permitido, lo cual favorece al hacinamiento. La población carcelaria fluctuante es de 12.122 PPL, con una incidencia de TB TSF de 882,9 casos por 100.000 habitantes y una tasa de incidencia de 796 por 100.000 habitantes de TBP BAAR (+)

Gráfico 11
Tasa de incidencia notificada de TB TSF y TBP BAAR (+) Centros Penitenciarios. Bolivia 2008-2014



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

Las cárceles con mayor carga de enfermedad, mayor población y condiciones de hacinamiento son: Palmasola y Montero del Departamento de Santa Cruz; San Pedro, Centro de Orientación Femenina de Miraflores y Centro de Orientación Femenina de Obrajes del Departamento de la Paz; Mocoví del Departamento de Beni; El Abra, San Sebastián Varones y San Antonio del Departamento de Cochabamba, con una población de 9.575, que en el 2014 reportaron 98 casos, lo que hace una incidencia de 1023,5 casos por 100.000 habitantes.

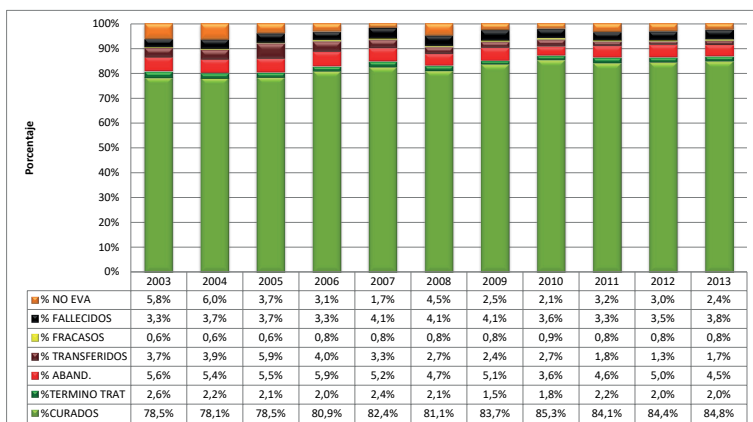
Los Centros Penitenciarios con mayor incidencia de Tuberculosis: son Mocovi del Departamento de Beni (3935,2/100.000 hab.), Montero de Santa Cruz (3.125/100.000 hab.), San Antonio del Departamento de Cochabamba (1415/100.000 hab.) y Palmasola del Departamento de Santa Cruz (1236,7/100000 hab.).

La elevada incidencia de la TB TSF en la PPL, es 11,3 veces superior a la observada en población general. Por otro lado, los casos nuevos TB BAAR (+) representan el 90.2% de los casos notificados en el 2014, lo que demuestra un alto grado de transmisibilidad de la enfermedad al interior de los Centros Penitenciarios.

Análisis de Cohorte

Los gráficos siguientes resumen la situación de la TBP BAAR (+) para la cohorte I del periodo 2003 hasta la gestión 2013, según se observa la tasa de curación muestra una tendencia ascendente de 78,5% a 84.4%; mientras que la tasa de abandonos tiene una tendencia estacionaria con un promedio del 5% por encima de los niveles de aceptación referencial, como consecuencia de factores socioeconómicos.

Gráfico 12
Cohorte casos nuevos TBP BAAR (+) notificados.
Bolivia 2003 – 2013

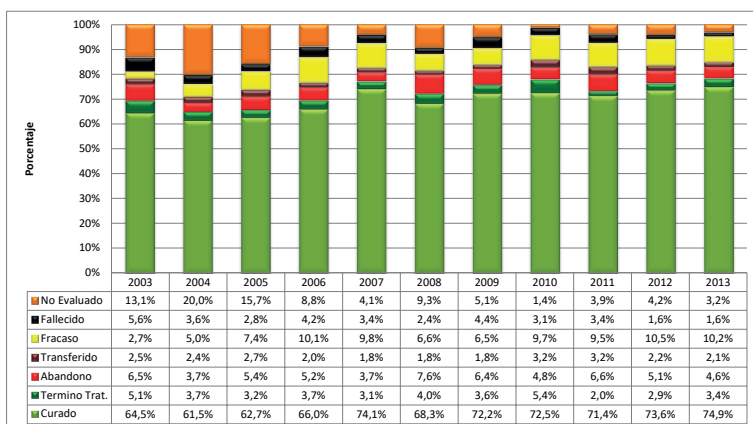


Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

34

En los pacientes previamente tratados, entre los años 2003 y 2013 se observa una tendencia creciente en el porcentaje de curación de 64,5% a 73,8%, un descenso de la tasa de fallecidos de 5,6% a 4,5% y un incrementándose la tasa de abandonos de 6,5% a 10%.

Gráfico 13
Cohorte casos previamente tratados TBP BAAR (+) notificados.
Bolivia 2003- 2012



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

2.2 Progreso de los objetivos del milenio

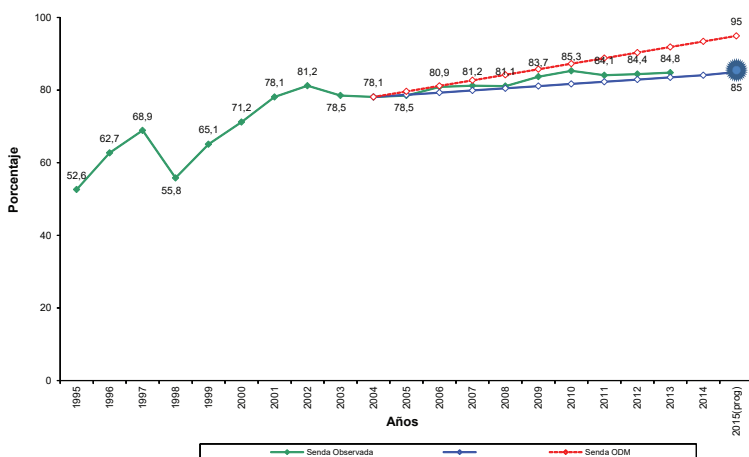
En los últimos años se han producido grandes avances en la lucha contra la tuberculosis, a nivel mundial, regional y nacional; no obstante aún sigue siendo un importante problema de salud pública y una de las principales causas de mortalidad, que se acentúa por la coinfección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la pobreza, la falta de acceso a servicios de salud de calidad, y el debilitamiento de los programas de control de tuberculosis.

El Estado Plurinacional de Bolivia, tiene 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio, el objetivo 6 es "Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades", e incluye el Objetivo 6 C: "*Detener y comenzar la incidencia de TB al 2015 en relación a 1990*" que se mide con el indicador "*Disminuir la prevalencia y mortalidad en 50% al 2.015 respecto a 1.990*".

En la gestión 2013, del total de casos nuevos de Tuberculosis Pulmonar BAAR(+) se registra una tasa de curación de 84,4% respecto al total de casos notificados.

35

Gráfica 14
Evolución del porcentaje de casos curados de tuberculosis pulmonar BAAR (+) del total notificados. Bolivia 1995-2013



Fuente: Ministerio de Salud - PNCT

En la gestión 2013, 3.7% de los pacientes fallecieron, la tendencia del porcentaje de pacientes fallecidos durante el tratamiento permanece casi invariable en las gestiones, no pudiéndose llegar a la meta del 2%, esto debido principalmente a que los pacientes ingresados en tratamiento llegan en estadios avanzados de la enfermedad, y con otras patologías asociadas (silicosis, diabetes, etc.) Bolivia alcanzó la meta del indicador de prevalencia con una reducción de la misma en 50% al comparar los datos del año 1990 con los del 2013. Asimismo, Bolivia alcanzó la meta de mortalidad con una reducción de la misma en 50% en el mismo periodo de comparación.

No se ha logrado cumplir con la meta de porcentaje de abandono del 3%, llegándose a un promedio de 4,4% de casos nuevos de TBP BAAR (+) que abandonaron el tratamiento, esto refuerza la necesidad de fortalecer el seguimiento a estos pacientes para controlar el desarrollo de resistencia a fármacos de primera línea.

La tendencia de las tasas de incidencia notificadas de TBP BAAR (+), TBP BAAR (-), es decreciente desde la gestión 2004, atendiendo a la disminución de la vigilancia de la TB en los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención y no así a la disminución de la enfermedad en la población ya que los pacientes TBP BAAR (+) presentan diagnóstico tardío al momento de su detección (dos y tres cruces).

A Nivel Nacional Santa Cruz es el departamento con más alta incidencia con una tasa de 85.3 x 100.000 habitantes, seguido por Beni con 58.3 por 100.000 habitantes y Tarija con 58.1 x 100.000 habitantes, el resto de los Departamentos presentan tasas inferiores a 50 casos x 100.000 habitantes.

De acuerdo con el análisis de los progresos en torno a los Objetivos del Milenio, se identifican los siguientes factores obstaculizadores en el logro de las metas definidas para el control de la tuberculosis:

- Factores socio-económicos, culturales y hábitos de conducta inadecuada en los pacientes que dificulta el cumplimiento del tratamiento.
- Dificultades en la captación oportuna de los pacientes (diagnóstico en estadios avanzados de la enfermedad).
- Dificultad geográfica para el acceso de los pacientes a Estable-

cimientos de Salud.

- Sistema de salud debilitado:
 - Insuficientes recursos humanos.
 - Alta rotación de personal (contratos eventuales).
 - Insuficientes recursos económicos para actualización del recurso humano en la normativa de Tuberculosis.
 - Insuficientes recursos económicos para el seguimiento del paciente, en el marco de la estrategia DOTS.
 - Débil coordinación entre el Laboratorio Departamental de Tuberculosis y Programa Departamental y viceversa, para atender necesidades de infraestructura, recursos humanos, equipamiento, supervisión y capacitación.

CAPÍTULO III

MARCO ESTRATÉGICO DEL PLAN NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN BOLIVIA 2016- 2020

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa crónica, que aún presenta una elevada morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Su curación requiere el cumplimiento de un tratamiento de 6 a 9 meses y su control a nivel comunitario exige la revisión de los contactos con la finalidad de diagnosticar y tratar precozmente a infectados o enfermos. La tuberculosis es una enfermedad vinculada con la pobreza, por lo que constituye una de las principales áreas de intervención de la política de salud.

En la 65ª Asamblea Mundial de Salud en mayo 2012, los Estados miembros y otros solicitaron a la OMS desarrollar una estrategia y objetivos nuevos para después del 2015 y presentarlos a los Estados Miembros en la 67ª Asamblea Mundial de la Salud en 2014, en la cual se definió la Estrategia Mundial TB Post 2015, cuya visión es “un mundo libre de tuberculosis” con cero muertes, cero enfermedad y cero sufrimiento debido a la tuberculosis. La estrategia TB post 2015, se edifica sobre los siguientes pilares: 1) atención y prevención integrada a la TB centrada en el paciente, 2) políticas audaces y sistema de soporte, y 3) investigación e innovación intensificadas. Estos pilares, definen como meta poner fin a la epidemia mundial de TB proponiéndose un 95% de reducción de las muertes por TB (comparadas al 2015) y 90% de reducción de la tasa de incidencia de TB (< 10/100.000) al 2035. En Bolivia la tasa de incidencia de tuberculosis es superior a 50 casos por cada 100.000 habitantes. En los últimos años, se han dado pasos importantes en las políticas de salud, iniciando un proceso de transición a un nuevo modelo. La participación social ha sido un componente fundamental para generar cambios en la política social con fuertes impactos en el sector educativo y con avances importantes en el sector salud.

La respuesta nacional y el abordaje de la problemática de tuberculosis, demandan esfuerzos y acciones conjuntas de diferentes sectores y actores, lo que significa un alto grado de participación, consenso, compromiso y responsabilidad de las instancias gubernamentales y no gubernamentales. Las acciones intersectoriales para disminuir la incidencia de la tuberculosis son un conjunto de acciones desa-

rolladas desde la política pública articuladas a la estructura social en el marco de la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia y el respeto a los derechos humanos.

3.1 Principales resultados del Plan Estratégico 2008-2015

El año 2008 en el marco de las políticas de salud y los lineamientos del Plan de Desarrollo del Sector Salud 2006-2010, orientado a “mejorar la calidad de vida y salud de los bolivianos” y contribuir a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se definió el Plan Estratégico de Control de Tuberculosis en Bolivia 2008-2015, aprobado por Resolución Ministerial Nro. 542, 29 de junio 2008, que instruye al PNCT, su implementación y cumplimiento como decisión política fundamental. El Plan 2008-2015, se edificó sobre la Política SAFCI, el Plan Regional de Control de la TB para las Américas y el Plan Global “Alto a la Tuberculosis”.

El Plan Estratégico 2008-2015 ha sido estructurado fundamentalmente como un plan vinculado a las funciones del PNCT, que se planteó como visión que “la tuberculosis no representará un problema de salud pública”, siendo la misión definida “vigilar y controlar la tuberculosis brindando atención integral con calidad, equidad y eficiencia a la población en general”. Las metas definidas en el Plan Estratégico fueron adoptadas esencialmente a partir de los lineamientos de la estrategia “Alto a la Tuberculosis”:

- Detectar el 70% de casos estimados de TBP BAAR (+).
- Tratar exitosamente al 85% de los mismos.
- Reducir a la mitad la prevalencia y mortalidad por TB al 2015 con respecto a 1990.
- Eliminar la TB como problema de salud pública para el 2015.

Hacia la conclusión del Plan 2008-2015 y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, frente a un escenario de políticas orientadas al aseguramiento universal y la sostenibilidad, se determinó la necesidad de replantear las estrategias y reevaluar los objetivos en el contexto del estado de situación de las intervenciones, relacionadas con el Plan 2008-2015, para tal efecto se han contemplado 4 perspectivas de análisis:

- **Perspectiva de valor público:** El PNCT se encuentra posicionado en el sistema de salud, sin embargo su accionar está en gran

medida limitado a su estructura programática, con un moderado relacionamiento con otros programas de salud y con sectores encontrándose temas pendientes en la promoción de la salud y la prevención de riesgos.

- **Perspectiva de procesos:** El Plan Estratégico 2008-2015 no presenta una clara relación causa-efecto y medio-fin, lo que ha dificultado establecer un sistema de información de los indicadores limitando la posibilidad de medir efectos e impactos atribuibles a la implementación del Plan.
- **Perspectiva financiera:** A lo largo de los años de vigencia del Plan se han ejecutado una serie de actividades definidas en el mismo; sin embargo no necesariamente se encuentran vinculadas a los objetivos por lo que no se estructura un encadenamiento entre presupuesto, actividades, procesos y resultados.
- **Perspectiva de criterios:** El Plan Estratégico 2008-2015 guarda coherencia con los Planes nacionales, regionales y se vincula con otros Planes del sector salud, en la medida que ha sido edificado en el marco del “Vivir Bien”; no obstante se debe tomar en cuenta el marco de la política de salud considerando el nuevo escenario de las autonomías.

41

Principales resultados de la evaluación del Plan Estratégico 2008-2015:

- Alcance de curación en 84%, para el año 2012, en pacientes TB BAAR (+) bajo DOTS, debido al reforzamiento de las actividades en los niveles operativos departamentales.
- Implementación de las actividades de colaboración TB/VIH, ampliando la cobertura de oferta de prueba de VIH a pacientes con TB, alcanzando más de 5.000 personas para el año 2013. En esta misma línea se ha logrado mejorar las acciones colaborativas mediante planes de trabajo conjuntos, aunque faltan compatibilizar esfuerzos para mejorar la atención de la coinfección TB/VIH.
- Fortalecimiento de la vigilancia de epidemiológica, prevención y atención de la TB-DR bajo normas, alcanzando una cobertura de 80,4% en pacientes curados al año 2013.
- Ampliación de la vigilancia y control de la tuberculosis en personas privados de libertad con una cobertura de 94,2% en pacientes TBP BAAR (+) curados. En esta línea no existe evidencia de un alcance específico en otras poblaciones vulnerables como la población indígena, migrantes y fuerzas armadas.
- Fortalecimiento a la Red Nacional de Laboratorios con base en

estándares internacionales de calidad, alcanzado a 67% de la red el año 2013, frente a una meta del 100%.

- Implementación de la estrategia de Atención Integral de TB y Enfermedades Respiratorias (AITER/ASPA), en 143 de 251 municipios priorizados para el año 2013, con una cobertura de 57%. A nivel de establecimientos de salud esta cobertura alcanza a 28,6% también para el año 2013.
- Implementación de la iniciativa Público-Público y Público-Privada (PPM) bajo las normas del PNCT, incorporando a 212 de 554 de proveedores de salud incorporados y aplicando normas nacionales de TB, lo que representa una cobertura de 38,3% para el año 2013.
- Aplicación de estrategia de abogacía, comunicación, movilización social y participación comunitaria que para el 2008 habría implicado un 78,6% de personas que poseen conocimientos correctos acerca de la tuberculosis (transmisión, tratamiento, prevención), posterior a ese año no se cuenta con mayor evidencia al respecto.
- Respecto al diseño y ejecución de investigaciones operativas, clínicas y epidemiológicas de TB, sólo se ha logrado realizar estudios, siendo esta línea una de las que mayor fortalecimiento requiere.

Entre las principales debilidades en la formulación del Plan Estratégico 2008-2015 se identificaron:

- Un proceso de programa, débilmente articulado a la estrategia "Alto a la tuberculosis", con una frágil estructura estratégica que no permite identificar la disposición lógica de las intervenciones propuestas.
- Una débil definición del mandato social y su participación.
- No se encuentra claridad entre las asignaciones y necesidades de recursos, ocasionando ser complejo establecer indicadores de efectividad e impacto.

Elementos para fortalecer las intervenciones del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020

Las cifras muestran que en Bolivia la tuberculosis constituye todavía un problema de salud pública, con una alta carga de la enfermedad en los departamentos del eje central.

Este escenario ha establecido la necesidad de fortalecer las intervenciones desde una perspectiva multisectorial con una participación activa de los actores involucrados con responsabilidades definidas, en la respuesta nacional, generando prácticas colaborativas y facilitadoras contemplando los elementos siguientes:

- Un plan con enfoque multisectorial, articulado interna y externamente.
- Un plan que cuente con el respaldo jurídico necesario con competencias definidas en cada nivel de gestión en el marco de las autonomías.
- Un plan que incorpore de manera transversal los principios de derechos humanos, interculturalidad, género y generacional.
- Un plan solvente, con metas realistas, con una estructura técnica y financiera, con un presupuesto suficiente en función a las necesidades de recursos.
- Un plan concebido dentro del modelo de gestión compartida, SAFCI, en base a los principios de interculturalidad, intersectorialidad, integralidad y participación comunitaria.

43

3.2 Determinantes de la Tuberculosis

El éxito de las estrategias propuestas descansa en el desarrollo de sinergias que favorezcan una evolución adecuada de los determinantes socioeconómicos de la tuberculosis en particular y de la salud en general. Esto supone mejorar las condiciones de vida, logrando reducir gradualmente la pobreza mejorando tanto el nivel de ingreso como cerrando las brechas de las carencias de educación, salud, vivienda y servicios básicos. Se plantean como retos y desafíos, para la coordinación con otros sectores de desarrollo:

- Mejorar el estado nutricional de la población en general y de las personas afectadas con tuberculosis, mejorando tanto la cantidad como la calidad de alimentación, lo cual supone superar las barreras de inseguridad alimentaria, mejorar la diversidad de alimentos, mejorando los sistemas de producción y abastecimiento tanto en los contextos urbanos como rurales. La mejora de la nutrición tiene que ver con acciones directas que permitan superar los niveles de pobreza, brindar la orientación nutricional correspondiente en la familia, la comunidad y el centro de salud y fortalecer el apoyo de la familia y la comunidad, en el marco de la promoción de la salud.

- Mejorar las condiciones de habitabilidad, mediante programas de vivienda social que logren reducir el hacinamiento en el que viven muchos de los hogares bolivianos, además se debe lograr el acceso universal a los servicios básicos, como métodos de prevención de los contagios.
- Mejorar las condiciones educativas de la población, siendo un determinante directo del acceso a la salud, se deben fortalecer las estrategias que eviten la deserción escolar, promover que las personas alcancen mayores niveles de escolaridad cerrando las brechas hombre-mujer y urbano-rural.
- Incluir en la currícula educativa, temas transversales de promoción de la salud y prevención de riesgos de la tuberculosis en un modelo integral que abarque la problemática general de la prevención y atención de enfermedades.

3.3 Principales Desafíos en el Control de la Tuberculosis

En la Promoción de la Salud y la Prevención de Riesgos:

- Responsabilidad del equipo de salud para la proyección comunitaria.
- Promover el respeto, aceptación y valoración de sentires de conocimientos y prácticas.
- Fortalecer la complementariedad con la medicina tradicional.
- Fortalecer la adecuación intercultural en la atención de salud.
- Planificar la gestión en salud con la estructura social.

En la Atención Integral de Salud:

- Contar con una Red de Establecimientos de Salud y Laboratorios con recurso humano sensibilizado y capacitado, adecuadamente equipados, según niveles de complejidad, de forma que pueda lograrse una atención integral, en un modelo de gestión desconcentrado y definido según las competencias autonómicas del nivel Municipal, Departamental y Nacional.
- Fortalecer continuamente la atención integral, implementando prácticas exitosas e innovadoras en el tratamiento médico para mejorar la calidad de la atención.
- Fortalecer el sistema logístico de suministro de insumos y reactivos para la Red de Laboratorios y los medicamentos necesarios para la Red de Establecimientos de Salud.
- Sensibilizar al entorno familiar y la comunidad acerca de la problemática de la tuberculosis y la drogoresistencia para lograr una atención y curación integral libre de estigma y discrimina-

ción.

- Detectar y manejar adecuadamente a los casos RAFA en los establecimientos de salud.
- Diagnosticar y tratar de manera oportuna a los pacientes TB-DR, contando con una red de laboratorios fortalecida para realizar el cultivo y aislamiento de micobacterias de acuerdo a métodos bacteriológicos oficiales certificados.
- Lograr que la atención de la TB-DR y RAFA sea incluida en las prestaciones del Seguro Integral de Salud.
- Fortalecer y ampliar el sistema colaborativo continuo, intersectorial, que defina responsabilidades claras entre los diferentes programas involucrados para lograr una gestión eficiente de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en las personas afectadas por otras enfermedades, según el contexto de la epidemia.
- Fortalecer el sistema de información que permita una vigilancia efectiva en la integralidad de la red de servicios articulado al SNIS, para sentar las bases que logren un abordaje integral de la problemática, generando información estratégica para la toma de decisiones.

45

En el Desarrollo de Estudios e Investigaciones:

- Definir una agenda de investigaciones de manera participativa con enfoque en la promoción y prevención de acuerdo al contexto de la epidemia, que incluya temas necesarios y precisos que sirvan para identificar situaciones explícitas y permitan tomar decisiones a nivel local y nacional.
- Promover la formación de expertas y expertos en investigación social, clínica e investigaciones operativas que permitan generar evidencia sólida y respuestas efectivas a la problemática de la tuberculosis.

En la Lucha Contra el Estigma y Discriminación:

- Desarrollar acciones que fomenten las oportunidades y estabilidad educativa, estabilidad laboral y estabilidad social de las personas afectadas por la tuberculosis.
- Promover el ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas afectadas tanto en la población general como en las poblaciones de mayor vulnerabilidad.
- Promover prácticas y actitudes de respeto y aceptación hacia las personas con tuberculosis.

3.4 Gestión Social Participativa

El Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020 es un instrumento estructurado a partir de la demanda social, orientado a lograr un impacto en la población general y población afectada, que define objetivos y resultados en un tiempo definido, con compromisos y responsabilidades claras de los diferentes sectores y actores involucrados en la respuesta nacional a la tuberculosis, contemplando a las siguientes instancias:

- Instituciones del Sector Público: Salud, Educación, Justicia, Autonomías, representaciones de salud de las gobernaciones departamentales y representación de los gobiernos municipales.
- Cooperación para el desarrollo: Receptor Principal del Fondo Mundial, OPS/OMS.
- Organizaciones de personas afectadas por la tuberculosis.
- Organizaciones de la Sociedad Civil.
- Instituciones académicas.
- Estructura social de salud.
- Otras instituciones y representaciones.

3.5 Ámbito geográfico y temporal

El Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020 es de aplicación Nacional y se constituye como un instrumento orientador para la definición de los Planes Estratégicos Institucionales (PEI) y Planes de Mediano Plazo (PMP) de las instituciones sectoriales nacionales y locales involucradas en la respuesta nacional a la tuberculosis, de acuerdo con la evolución de dicha respuesta el Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020 podrá ser ajustado según la evidencia generada y los avances en las diferentes áreas de intervención, principalmente en cuanto a los indicadores definidos para cada uno de los niveles de objetivos.

Dada la heterogeneidad del país, el impacto de la tuberculosis es diferente en los ámbitos Departamentales y Municipales, en este marco el El Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020 priorizará estrategias y acciones tomando en cuenta a la carga de tuberculosis definida por la enfermedad en los 339 municipios del país, considerando también los determinantes demográficos y socioeconómicos a nivel municipal, descritos en el Anexo 4.

CAPÍTULO IV

VISIÓN, MISIÓN, OBJETIVOS Y LINEAMIENTOS DEL PLAN NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN BOLIVIA 2016 - 2020

MISIÓN

El Estado Plurinacional de Bolivia controla la Tuberculosis, mediante acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos e investigación, en beneficio de los afectados y la población en general reconociendo el derecho, la atención y gestión participativa en salud, en base a prácticas eficientes, eficaces y sostenibles.

VISIÓN

Toda la población en el territorio boliviano, conoce y ejerce plenamente su derecho a la salud; cumple sus responsabilidades con la salud de la familia/comunidad y accede gratuitamente a servicios de salud integral, intercultural y de calidad.

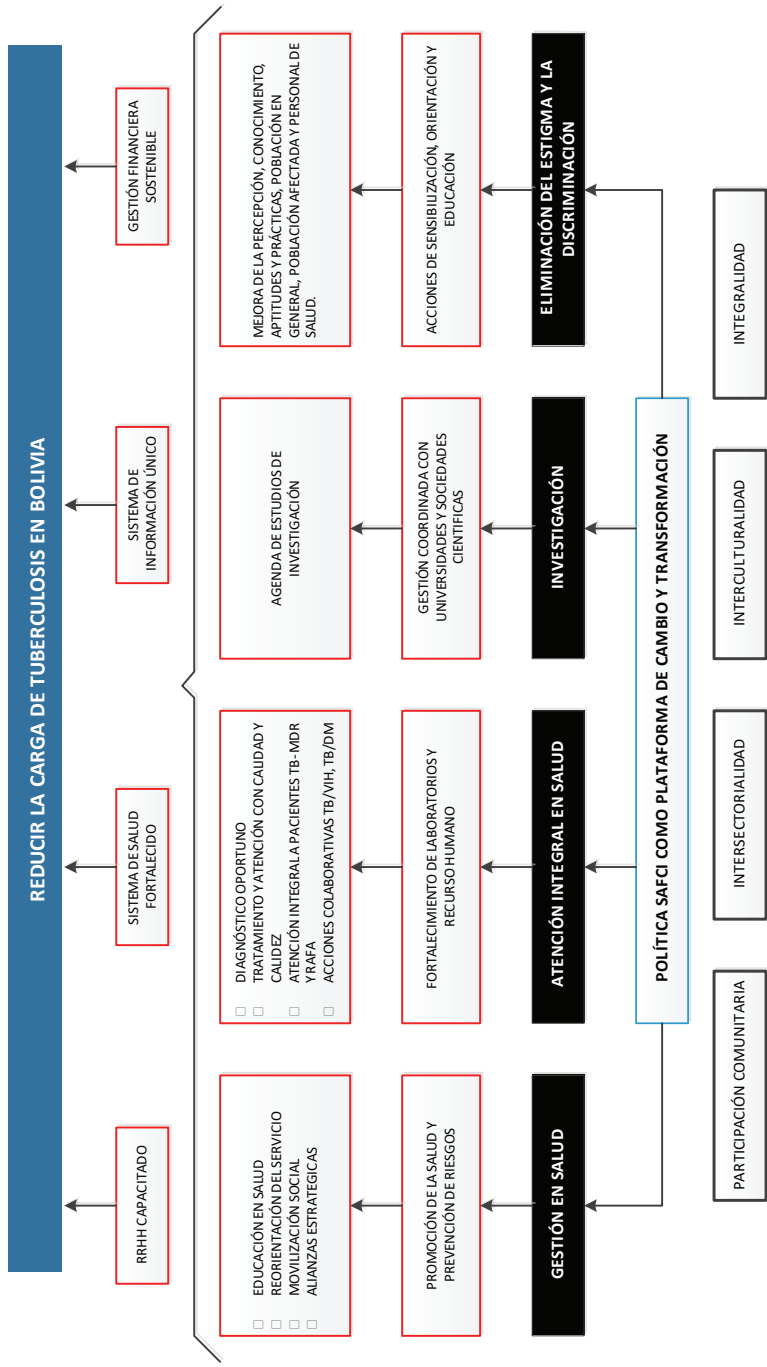
OBJETIVO GENERAL

Disminuir la alta carga de la tuberculosis y sus determinantes sociales, mediante esfuerzos articulados entre niveles de gestión multisectorial y sociedad civil, respetando los derechos humanos, para mejorar la calidad de vida de los afectados y la población en general.

4.1 Objetivos Estratégicos

OE1	Fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos en la población en general y poblaciones de mayor vulnerabilidad, con el objeto de identificar la determinación social del proceso salud - enfermedad (las transversales o inequidades en salud como género, violencia, salud ambiental, interculturalidad, discriminación en todas sus formas) y abordarla para su transformación, fomentando prácticas que favorezcan el cuidado de la salud.
OE2	Fortalecer el acceso universal con equidad de la población en general y las poblaciones de mayor vulnerabilidad a un diagnóstico oportuno, un tratamiento con calidad y calidez previniendo el abandono del tratamiento y promoviendo una curación efectiva.
OE3	Fortalecer la atención integral de: 1. Tuberculosis drogorresistente (TB-DR). 2. Reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFA).
OE4	Desarrollar acciones colaborativas eficaces y eficientes, con los programas de VIH y Enfermedades no Transmisibles.
OE5	Desarrollar estudios, investigaciones y evaluaciones, de acuerdo con el contexto social y perfil epidemiológico de la tuberculosis en el país.
OE6	Desarrollar estrategias innovadoras en el control de la tuberculosis con énfasis en la eliminación del estigma y discriminación.

4.2 Modelo Conceptual

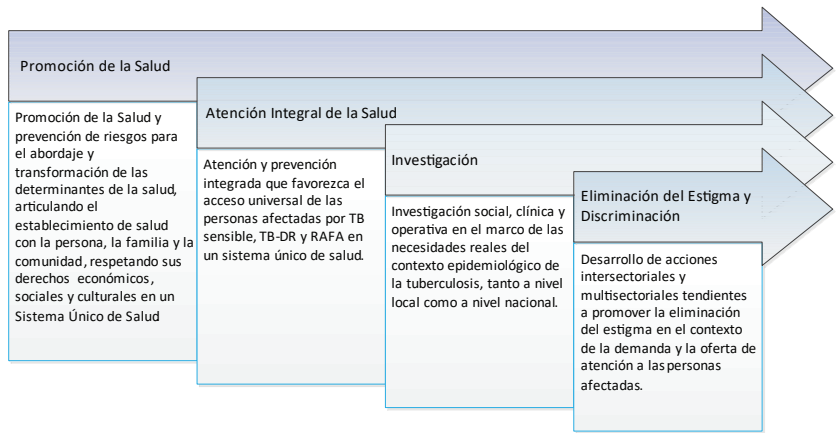


4.3 Lineamientos Estratégicos

Los lineamientos descritos a continuación son estructurados a partir de la articulación de la demanda social de la población afectada, las poblaciones vulnerables y la población en general y de acuerdo con las características de la oferta de servicios de salud y el entorno o ambiente propicio para el desarrollo de las acciones multisectoriales, siendo que las acciones no son de responsabilidad exclusiva del Ministerio de Salud sino que recae en las diferentes instancias de estado del sector Público y no Público involucradas con la protección social que actúan sobre los determinantes sociales de la salud, de esta forma se debe favorecer la asignación suficiente y eficiente de recursos para lograr una respuesta sostenida y sostenible.

Las estrategias y sus lineamientos de acción implican de manera transversal el enfoque de género y el respeto a los derechos humanos, fomentando las corresponsabilidades tanto de la demanda como de la oferta garantizando de esta forma una respuesta multidisciplinaria, multiactorial y multisectorial.

Los seis objetivos estratégicos definidos en torno al objetivo general se pueden resumir en 4 grandes ejes de trabajo o pilares que conforman el enfoque estratégico, de acuerdo con el modelo conceptual de la respuesta nacional, descrito en el esquema anterior:



El Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020, tiene un carácter macro, esto supone que el desglose específico de tareas deben ser estructurados en los planes operativos departamentales, municipales y planes institucionales de las diferentes instancias involucradas, en función a los objetivos estratégicos descritos a continuación y de acuerdo con el contexto geográfico y poblacional de cada región, según el marco competencial definido por la Ley Marco de Autonomías, estableciéndose que la promoción y la prevención descansan en el trabajo individual, familiar, comunitario; y el diagnóstico, atención, tratamiento y curación involucra a los Programas Departamentales de control de Tuberculosis en todos los niveles de atención.

La investigación responde a un trabajo multidisciplinario liderizado por el Programa Nacional Control de Tuberculosis en coordinación con los niveles departamentales y locales. El modelo de gestión social, establecido en la política SAFCI, y que son conformados en los niveles descentralizados, son los encargados de contribuir en el seguimiento y cumplimiento en el ámbito de su nivel de competencia.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1

Fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos en la población en general y poblaciones de mayor vulnerabilidad, con el objeto de identificar la determinación social del proceso salud-enfermedad (las transversales o inequidades en salud como género, violencia, salud ambiental, interculturalidad, discriminación social en todas sus formas) y abordarla para su transformación, fomentando prácticas que favorezcan el cuidado de la salud.

Resultados esperados	Lineamientos estratégicos	Líneas de acción/trabajo
Población en general con conocimientos adecuados de la tuberculosis.	Promoción de la salud y prevención de riesgos, con enfoque de derechos y participación comunitaria, a nivel local, Municipal, Departamental y Nacional, incluyendo la normativa técnica y legal en tuberculosis.	Desarrollar estrategias de educación en salud y movilización social, adecuadas a los contextos geográficos, sociales y culturales, y de información a través de medios alternativos y masivos de comunicación.

Adherencia de la Población con TB al tratamiento.

Fortalecimiento de las estrategias para favorecer la adherencia al tratamiento de la tuberculosis.

Desarrollar actividades de difusión, socialización y educación de la normativa vigente con énfasis en la promoción y prevención además del diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis a través de los Establecimientos de Salud.

Desarrollar eventos de sensibilización, educación y movilización, para la promoción de hábitos saludables en la población a través de los Establecimientos de Salud.

Desarrollar eventos continuos de capacitación y actualización a pacientes, ex pacientes y personal de salud en el componente DOTS comunitario. Desarrollar reuniones de autoayuda de pacientes y familiares en primer nivel.

Concertar convenios con universidades e instituciones formadoras de recursos humanos que se involucren y coadyuven en el manejo de la población afectada con tuberculosis.

Promotores de salud, coadyuvan en el control de la TB.

Formación de promotores de salud con una visión integral que coadyuven en el control de la tuberculosis.

Desarrollar programas de formación y capacitación de promotores de salud a nivel local y municipal.

Matriz de Indicadores y Metas: Promoción de la Salud y Prevención de Riesgos

Resultados esperados	Indicadores	Metas al año 2020
Población en general con conocimientos adecuados de la tuberculosis.	Proporción de población en general que tienen conocimientos acerca de la tuberculosis. Proporción de Organizaciones Sociales (estructura social en salud) articuladas al establecimiento de salud en actividades planificadas.	80% de la población en general movilizada con conocimientos promocionales y preventivos de la tuberculosis, con atención al grupo de 15 a 49 años.
Adherencia de la población con TB al tratamiento.	Número de reuniones de autoayuda en Establecimientos de Salud con más de 10 pacientes en tratamiento. Porcentaje de instituciones formadoras de recursos humanos en salud que cumplen los resultados establecidos en los convenios.	Reuniones mensuales de autoayuda en Establecimientos de Salud con más de 10 pacientes en tratamiento. Al menos el 50% de las instituciones alcanzan los resultados previstos.
Promotores de salud, coadyuvan en el control de la TB.	Porcentaje de promotores de salud formados con una visión integral de la TB, que reportan información de manera trimestral al Programa de Control de Tuberculosis y desarrollan sesiones educativas.	40% de los promotores formados informan al Programa de Control de Tuberculosis a través del conducto regular establecido por el Ministerio de Salud.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2

Fortalecer el acceso universal, con equidad, de la población en general y las poblaciones de mayor vulnerabilidad a un diagnóstico oportuno, un tratamiento con calidad y calidez previniendo el abandono del tratamiento y promoviendo una curación efectiva.

Resultados esperados	Lineamientos estratégicos	Líneas de acción/trabajo
Población afectada por TB curados.	Fortalecimiento de la oferta de servicios que garanticen el tratamiento completo y gratuito para el control y curación de la tuberculosis, considerando las diferencias por municipios según carga de TB (alta, mediana, baja).	Fortalecimiento del manejo integral de los pacientes con Tuberculosis Fortalecimiento de la gestión departamental, municipal y local Implementar normas de Bioseguridad en los servicios DOTS. Fortalecer el sistema logístico de medicamentos (abastecimiento, almacenamiento y distribución) según la normativa vigente, asegurando el uso racional de los medicamentos. Desarrollar abogacía e incidencia política a favor del incremento sostenido de recursos para el fortalecimiento de la atención en salud y la incorporación de las prestaciones de atención de la TB en el Seguro Integral de Salud (SIS).

Personas privadas de libertad reciben atención integral para el diagnóstico, tratamiento y curación de la TB.

Fortalecimiento de la oferta de servicios en los Centros Penitenciarios para garantizar el control de la tuberculosis de manera continua y sostenible.

Establecer alianzas y acciones de incidencia con el Ministerio de Gobierno y centros penitenciarios para el abordaje de la TB en cárceles.

Aplicar las normas y protocolos de atención de la TB en los centros penitenciarios.

Implementar el sistema de vigilancia epidemiológica en centros penitenciarios, para obtener información diferenciada en la población privada de libertad.

Establecimientos de todo el sistema de salud No Público realizan la atención integral de pacientes con TB.

Fortalecimiento de la implementación de las políticas del PNCT en el sector No Público bajo la rectoría del Ministerio de Salud.

Incorporar a todos los componentes del sistema de salud a las acciones de tuberculosis por ser prioridad nacional, según el contexto epidemiológico a nivel municipal.

Desarrollar sinergias de trabajo con todos los prestadores de servicios de salud para el fortalecimiento de la aplicación de la normativa de Tuberculosis.

Red de laboratorios con capacidad instalada para el diagnóstico bacteriológico de la TB.

Fortalecimiento de la Red de Laboratorios a nivel Nacional.

Garantizar el acceso a la baciloscopía y cultivo para el diagnóstico de TB sensible.

Fortalecer el sistema de control de calidad en la red de laboratorios de tuberculosis.

Establecimientos de Salud aplican el Sistema Informático de TB integrado al Sistema Nacional de información en Salud.

Fortalecimiento del sistema único de información.

Implementar un sistema estandarizado para la captación, sistematización y análisis de la información para la toma de decisiones estratégicas en respuesta a la tuberculosis en cada nivel de atención.

Monitoreo y Evaluación.

Fortalecer el sistema de supervisión capacitante por niveles de atención y gestión.

Matriz de Indicadores y Metas:

Resultados esperados	Indicadores	Metas al año 2020
Población afectada por TB curados.	Porcentaje de TB notificados con respecto a los estimados.	88% o más de los casos TB estimados.
	Porcentaje de TB con éxito de tratamiento.	85% o más de los casos TB con éxito de tratamiento.
	Porcentaje de TBP curados.	85% o más de los casos TBP curados.
	Porcentaje de personal de salud que atienden casos de tuberculosis con valoración clínica, laboratorio para tuberculosis.	25% del personal de salud que atiende casos de TB con valoración clínica laboratorio para tuberculosis .
	Número de Coordinaciones de Red que reportan desabastecimiento de medicamentos por más de 15 días.	Coordinaciones de red no reportan desabastecimiento de medicamentos.
	Número de municipios que reportan casos de TB, que incorporan presupuesto en sus POAs Institucionales para actividades de TB.	10% de los municipios incorporan presupuesto.

Personas privadas de libertad reciben atención integral para el diagnóstico, tratamiento y curación de la TB.	Porcentaje de TB notificados en población privada de libertad con respecto a los programados.	88% o más de los casos TB programados.
	Porcentaje de TB con éxito de tratamiento en población privada de libertad.	85% o más de los casos TB con éxito de tratamiento.
	Porcentaje de TBP curados en población privada de libertad.	85% o más de los casos TBP curados.
Establecimientos de todo el sistema de salud no público realizan la atención integral de pacientes con TB.	Número de Establecimientos de Salud No Públicos incorporados al Programa de Control de Tuberculosis (se incluyen médicos tradicionales).	50% de Establecimientos de Salud No Públicos incorporados al Programa de Control de Tuberculosis.
	Número de casos de TB notificados por Establecimientos de Salud No Públicos.	50% de Establecimientos de Salud No Públicos que notifican al Programa de tuberculosis y al SNIS.
Red de laboratorios con capacidad instalada para el diagnóstico bacteriológico de la TB.	Número de laboratorios de baciloscopia con control de calidad externo.	100% de laboratorios de baciloscopia con control de calidad externo.
	Número de laboratorios de cultivo con control de calidad externo.	100% de laboratorios de cultivo con control de calidad externo.
	Número de laboratorios no Públicos incorporados al Programa de Control de Tuberculosis.	50% de laboratorios No Públicos incorporados al Programa de Control de Tuberculosis.
	Número de laboratorios que realizan PSyR con control de calidad externo.	100% de laboratorios que realizan PSyR con control de calidad externo.
Establecimientos de Salud aplican el Sistema Informático de TB integrado al Sistema Nacional de Información en Salud.	Porcentaje de Establecimientos de Salud que aplican el sistema informático de TB.	70% de Establecimientos de Salud aplican el sistema informático de TB.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3

Fortalecer la atención integral de :

1. La tuberculosis drogoresistente (TB-DR).
2. Las reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFA).

Resultados esperados	Lineamientos estratégicos	Líneas de acción/trabajo
Casos TB-DR cu- rados.	Diagnóstico oportuno de la TB-DR.	Sensibilizar e informar al personal de salud de todos los establecimientos del país acerca de la TB-DR. Garantizar el acceso al cultivo y a la prueba de sensibilidad y resistencia de las muestras que precisen dichos exámenes.
	Acceso universal y gratuito para el control y curación de la TB-DR.	Incorporar la atención de casos de TB-DR en el Sistema Integral de Salud. Garantizar el acceso al tratamiento, seguimiento de los pacientes TB-DR con calidad y calidez.
Casos RAFA re- sultos.	Acceso universal y gratuito para la atención de los pacientes con reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFA).	Incorporar la atención de casos de pacientes con RAFA en el Sistema Integral de Salud. Garantizar el manejo adecuado de los pacientes que presentan RAFA con calidad y calidez.

Matriz de Indicadores y Metas:

Resultados esperados	Indicadores	Metas al año 2020
Casos TB-DR cu- rados.	Porcentaje de pacientes TB-MDR diagnosticados de los estimados en casos retratados.	80% de pacientes TB-MDR diagnosticados de los estimados.
	Porcentaje de pacientes TB-MDR diagnosticados de los estimados en casos nuevos (nuevos y recaídas).	80% de pacientes TB-MDR diagnosticados de los estimados.
	Número de casos previamente tratados con resultado de PSyR.	100% de pacientes retratados con PSyR.
	Porcentaje de pacientes TB-MDR con conversión bacteriológica al 6° mes de tratamiento.	100% de pacientes con conversión bacteriológica al 6° mes de tratamiento.
	Porcentaje de casos de TB-MDR que han iniciado un tratamiento de segunda línea del total de diagnosticados.	95% de pacientes TB-MDR han iniciado un tratamiento.
	Porcentaje de TB-MDR con éxito de tratamiento.	75% o más de los casos TB-MDR con éxito de tratamiento.
Casos RAFA re- sueltos.	Porcentaje de pacientes con RAFA con condición de egreso conocido.	60% o más de las RAFA con condición de egreso conocido.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 4

Desarrollar acciones colaborativas, eficaces y eficientes, con los programas de VIH y enfermedades no transmisibles.

Resultados esperados	Lineamientos estratégicos	Líneas de acción/trabajo
Población afectada por comorbilidades asociadas a la TB con tratamiento adecuado.	Fortalecimiento de los Comités de Coordinación Interprogramático de TB/VIH Nacional y Departamentales.	Unificar criterios técnico-programáticos. Unificar la información de la Coinfección TB/VIH.
	Diagnóstico y tratamiento oportuno de Coinfección TB/VIH.	Ampliar la oferta de prueba rápida de VIH en pacientes con TB. Garantizar la atención de la Coinfección TB/VIH. Garantizar la Terapia Preventiva con Isoniacida a Personas con VIH.
	Conformación de comités interprogramáticos TB-Enfermedades no transmisibles; TB-Discapacidad y otros.	Promover reuniones entre los responsables de los programas con involucramiento activo de la sociedad civil y personal especializado multidisciplinario (endocrinólogos, neumólogos, nefrólogos) relacionado con las comorbilidades. Implementar la oferta de la prueba rápida de Glucemia a pacientes con TB. Conformar comités colaborativos con responsabilidades eficaces y eficientes. Desarrollar planes de trabajo anuales, de acuerdo la situación de la comorbilidad.

Matriz de Indicadores y Metas:

Resultados esperados	Indicadores	Metas al año 2020
Población afectada por comorbilidades asociadas a la TB con tratamiento adecuado.	Número de reuniones de los Comités de Coordinación Interprogramáticos de TB/VIH Nacional y Departamentales.	4 reuniones por año de los Comités de Coordinación Interprogramáticos de TB/VIH Nacional y Departamentales.
	Porcentaje de pacientes con TB que se realizan la prueba rápida de VIH.	95% de pacientes con TB que se realizan la prueba rápida de VIH.
	Porcentaje de casos coinfectados TB/VIH a quienes se suministra terapia antirretroviral (TARV) ⁵ .	90% de los casos de coinfección TB/VIH reciben terapia antirretroviral.
	Porcentaje de casos coinfectados TB/VIH con éxito de tratamiento para Tuberculosis.	85% de casos coinfectados TB/VIH con éxito de tratamiento para Tuberculosis.
	Porcentaje de PVV elegibles con Terapia Preventiva con Isoniacida.	50% de PVV elegibles con Terapia Preventiva con Isoniacida.
	Número de Comités Interprogramáticos (TB-Diabetes conformados y con planes elaborados y desarrollados).	1 Comité Nacional y 9 Departamentales con planes elaborados y desarrollados.
	Porcentaje de pacientes con TB que se realizan la prueba de Glucemia.	30% de pacientes con TB se realizan la prueba de Glucemia.

⁵ Indicador conjunto TB-VIH

OBJETIVO ESTRATÉGICO 5

Desarrollar estudios, investigaciones y evaluaciones, de acuerdo con el contexto social y perfil epidemiológico de la tuberculosis en el país.

Resultados esperados	Lineamientos estratégicos	Líneas de acción/trabajo
Estudios, investigaciones y evaluaciones desarrolladas de acuerdo al contexto social y epidemiológico de la tuberculosis en el País.	Desarrollo de investigaciones integrales, participativas y multidisciplinarias, con enfoque en la promoción, prevención, innovación que abarquen aspectos sociales y culturales, articulados con la medicina Tradicional. Elaboración de un protocolo de investigación cualitativo que permita conocer cuáles son los conocimientos y percepciones en relación con la TB; por grupo poblacional (población en general, personal de salud, personas afectadas por TB, familiares de pacientes, etc.).	Desarrollar una agenda nacional de estudios de investigación y evaluación, involucrando a diferentes instancias académicas, colegiadas, profesionales, de la sociedad civil, asociaciones de pacientes y otros interesados en TB. Constituir a un grupo de expertos multidisciplinarios de investigadores en salud, que generen propuestas en la temática de TB. Coordinar con el Comité Nacional de Integración Docente Asistencial Intercultural (CNIDAIC) para promover investigaciones conjuntas entre universidades y PNCT. Elaborar un protocolo de investigación de conocimiento, aptitud y percepción de la TB en la comunidad, por grupo poblacional.

Matriz de Indicadores y Metas:

Resultados esperados	Indicadores	Metas al año 2020
Estudios, investigaciones y evaluaciones desarrolladas de acuerdo al contexto social y epidemiológico de la tuberculosis en el País.	Número de estudios, investigaciones y evaluaciones concluidas cuyos resultados han sido adecuadamente difundidos y socializados. Estudio CAP realizado.	Al menos una investigación concluida por año. Estudio CAP difundido.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 6

Desarrollar estrategias innovadoras en el control de la tuberculosis con énfasis en la eliminación del estigma y discriminación .

Resultados esperados	Lineamientos estratégicos	Líneas de acción/trabajo
Población en general del Estado Plurinacional de Bolivia con una adecuada percepción de la tuberculosis, libres de estigma y discriminación.	Desarrollo de acciones estratégicas sectoriales y multidisciplinarias sobre la problemática de la TB y en particular en contra del estigma y la discriminación en la población en general. Desarrollo de acciones estratégicas sectoriales y multidisciplinarias en contra del estigma y la discriminación en los servicios de salud.	Elaborar estrategias a Nivel Nacional y Departamental de IEC dirigida a la población en general, tomando en cuenta el contexto social y cultural de cada región. Desarrollar acciones de sensibilización, orientación o educación por medio de agentes de salud y/o educadores pares de manera continua en el nivel local y comunitario. Desarrollar planes de capacitación al recurso humano que trabaja en el sector salud sobre la atención con calidad y calidez con enfoque de género, generacional e intercultural.

Mejora de la percepción, conocimiento, actitudes y prácticas en la población afectada por TB.

Promover la difusión de la “Carta del paciente” de derechos y deberes, en los establecimientos de la red de servicios de salud públicos y no públicos.

Matriz de Indicadores y Metas:

Resultados esperados	Indicadores	Metas al año 2020
Población en general del Estado Plurinacional de Bolivia con una adecuada percepción de la tuberculosis, libres de estigma y discriminación.	Porcentaje de personas con percepción adecuada de la tuberculosis (manifiestan aceptación hacia las personas afectadas por la TB).	Más de 60% de la población tiene una percepción adecuada de la tuberculosis.
	Porcentaje de pacientes con conocimientos de la carta del paciente.	100% de pacientes con conocimiento de la carta del paciente.

64

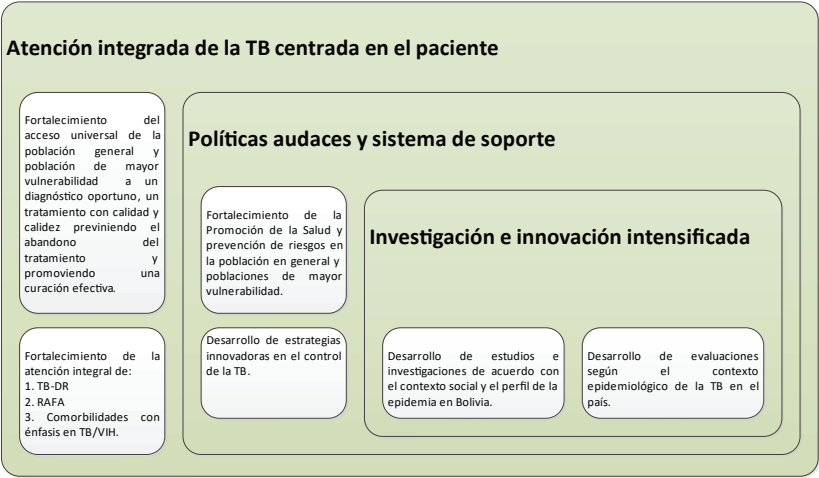
4.3 La Estrategia Mundial y la Estrategia Nacional

La estrategia mundial TB-Post 2015 propone lograr un mundo libre de tuberculosis, definiendo tres pilares de fundamentales para intensificar la lucha contra esta enfermedad:

- Pilar 1** Atención y prevención integrada de la TB centrada en el paciente.
- Pilar 2** Políticas audaces y sistemas de soporte.
- Pilar 3** Investigación e innovación intensificada.

En este contexto, la agenda patriótica 2025 de Bolivia, propone que “el 100 % de las bolivianas y bolivianos cuentan con servicios de salud”. Los jóvenes, las niñas y niños, las abuelas y abuelos, las madres gestantes, todas las bolivianas y bolivianos gozan con alegría y felicidad de una atención de salud permanente y adecuada a sus requerimientos y necesidades. El acceso a los servicios de salud es un derecho humano que se cumple plenamente en Bolivia, bajo este principio se propone un país libre de tuberculosis, que permita el control integral de la tuberculosis actuando sobre sus determinantes sociales.

Los objetivos definidos en el Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020, armonizan con el objetivo general de la agenda patriótica y los componentes de la estrategia TB-Post 2015, según se describe en el esquema siguiente:



El Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020, ha sido estructurado como una articulación de la demanda social construida de acuerdo con el contexto y situación epidemiológica nacional, sin perder el rumbo de las metas mundiales, de esta forma los resultados esperados encuentran puntos comunes con los componentes de los pilares de la Estrategia TB-Post 2015, según se observa en la matriz siguiente:

Objetivo Estratégico/ Resultado esperado del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020	Puntos comunes	Pilares y Componentes de la Estrategia TB-Post 2015
Atención integral de la salud: • Población afectada por TB curada. • Población privada de libertad recibe atención integral para el diagnósti-	La atención integral de la salud, define un modelo vinculado con un sistema único de salud tendiente al acceso oportuno de las	Atención y prevención integrada centrada en el paciente: • Diagnóstico precoz de la TB incluyendo las pruebas de sensibilidad a los medicamentos;

- co, tratamiento y curación de la TB.
 - Establecimientos de todo el sistema de salud realizan la atención integral de pacientes con TB.
 - Red de laboratorios con capacidad instalada para el diagnóstico bacteriológico de la TB.
 - Red de laboratorios y establecimientos incorporados al sistema de información integrado al SNIS.
 - Casos TB-DR curados.
 - Casos RAFA resueltos.
 - Población afectada por comorbilidades asociadas a la TB con tratamiento adecuado.
- personas diagnosticadas con TB, para lo cual es preciso contar con una red integral de servicios fortalecida capaz de generar una respuesta sostenible a la demanda de atención de la tuberculosis en todos sus formas, la TB-DR, las RAFA y las comorbilidades, principalmente la coinfección TB/VIH.
- tamizaje sistemático de los contactos y grupos de alto riesgo.
 - Diagnóstico precoz de la TB incluyendo las pruebas de sensibilidad a los medicamentos; tamizaje sistemático de los contactos y grupos de alto riesgo.
 - Tratamiento de las personas con TB incluido la drogoresistencia a TB, con el soporte centrado en el paciente.
 - Actividades de colaboración TB/VIH y manejo de las comorbilidades.
 - El tratamiento preventivo para las personas en alto riesgo y la vacunación contra la TB.

Promoción de la salud y eliminación del estigma y discriminación:

- Población en general con conocimientos adecuados de la tuberculosis.
 - Adherencia de la Población con TB al tratamiento.
 - Promotores de salud, coadyuvan en el control de la TB.
- La promoción de la salud implica el accionar sobre los determinantes sociales de la TB, con un alto nivel de participación de la sociedad articulada en la estructura social de la salud, que involucra además la incidencia política y la abogacía para una asignación

Políticas audaces y sistema de soporte:

- Compromiso político con recursos adecuados para la atención y prevención de la TB.
- Compromiso de las comunidades, las organizaciones de la sociedad civil y todos los proveedores de atención en Salud Públicos y Privados.

- Población en general y organizaciones sociales del Estado Plurinacional de Bolivia con una adecuado conocimiento de la TB, libres de estigmatización y discriminación, articulados al establecimiento de salud.
- de recursos que fomenten las prácticas sostenibles, sin embargo es necesario remarcar que estas acciones trascienden la sola mirada del control de la TB por lo que suponen una articulación multisectorial tendiente a mejorar la salud en general.
- Política de cobertura universal de salud; marco normativo para la notificación de casos, registros vitales, calidad de los medicamentos, su uso racional y el control de infecciones.
- Protección social, la reducción de la pobreza y abordaje a los determinantes de la TB.

Estudios e investigaciones:

- Estudios, investigaciones y evaluaciones prioritizadas y desarrolladas de acuerdo al contexto social y epidemiológico de la tuberculosis
- La evidencia es necesaria para fortalecer las investigaciones, lo que define la necesidad de establecer una agenda nacional de investigaciones y evaluaciones que respondan a la realidad nacional y que permitan mejorar las intervenciones para lograr resultados de alto impacto.

Investigación e Innovación Intensificada:

- Descubrimiento, desarrollo y rápida adopción de nuevas herramientas y estrategias de intervención.
- Investigación para optimizar la ejecución y el impacto, promover las innovaciones.

El elemento transversal entre la estrategia mundial y la estrategia nacional es el acceso universal que busca la eliminación de la tuberculosis, intensificando todos los esfuerzos en un modelo de atención integral en el marco del respeto a los derechos económicos, sociales y culturales.

CAPÍTULO V

PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN BOLIVIA 2016-2020

El Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020 tiene indicadores y metas definidos en el marco estratégico, los cuales son necesarios monitorear y evaluar para identificar y seleccionar la información que posibilite la toma de decisiones, aplicar medidas correctivas y evaluar lecciones aprendidas.

Este plan se concibe sobre la base del Plan de Monitoreo y Evaluación para el Programa Nacional de Control de Tuberculosis (2014) que establece el marco referencial del sistema de información existente a nivel nacional y departamental, municipal y local. Está orientado a la definición de un sistema diseñado para realizar el seguimiento de las metas y objetivos del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020, además de guardar coherencia y aportar al cumplimiento de los compromisos internacionales asumidos como País.

5.1 Objetivos

Objetivo general

Establecer los mecanismos para garantizar la producción de información estratégica, oportuna y confiable que permita determinar el cumplimiento de las metas y objetivos del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020, asegurando que la información generada permita orientar la toma de decisiones gerenciales operativas y monitorear la respuesta nacional a la tuberculosis, desde el accionar de los diferentes actores involucrados.

Objetivos específicos

- Producir información completa, confiable y oportuna a nivel nacional a través del PNCT dependiente del Ministerio de Salud, para la toma de decisiones en la respuesta nacional a la tuberculosis.
- Generar información estratégica, de acuerdo a los indicadores definidos, para realizar el monitoreo y establecer las pautas de

evaluación del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020.

- Definir las bases conceptuales para la evaluación del cumplimiento de los indicadores de impacto relacionados con la reducción de la carga de la tuberculosis y el nivel de involucramiento efectivo de los actores involucrados en la respuesta nacional a la tuberculosis.

5.2 Marco Conceptual: Monitoreo y Evaluación del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020

El Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020 es un modelo de gestión por resultados, que considera la complejidad de monitorear por una parte la detección, diagnóstico, seguimiento laboratorial y el seguimiento del tratamiento hasta su conclusión con varias drogas durante un período prolongado. Por otra parte se contempla la articulación multisectorial y multiactorial relacionada con la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la eliminación del estigma y discriminación.

Entenderemos al monitoreo como un proceso continuo y sistemático que permite verificar la eficiencia y la eficacia del plan realizando un seguimiento rutinario de los elementos claves de desempeño, habitualmente recursos, procesos y resultados; mediante el mantenimiento de registros, informes periódicos alimentados por los sistemas de vigilancia, la observación en los Establecimientos de Salud y eventualmente encuestas y estudios específicos. Permite identificar logros y debilidades y en consecuencia recomendar medidas correctivas para optimizar los resultados esperados.

La evaluación es un proceso integral de investigación y análisis de cambios permanentes a mediano y largo plazo, ocasionado de forma directa o indirecta por un proyecto, la población y las organizaciones involucradas.

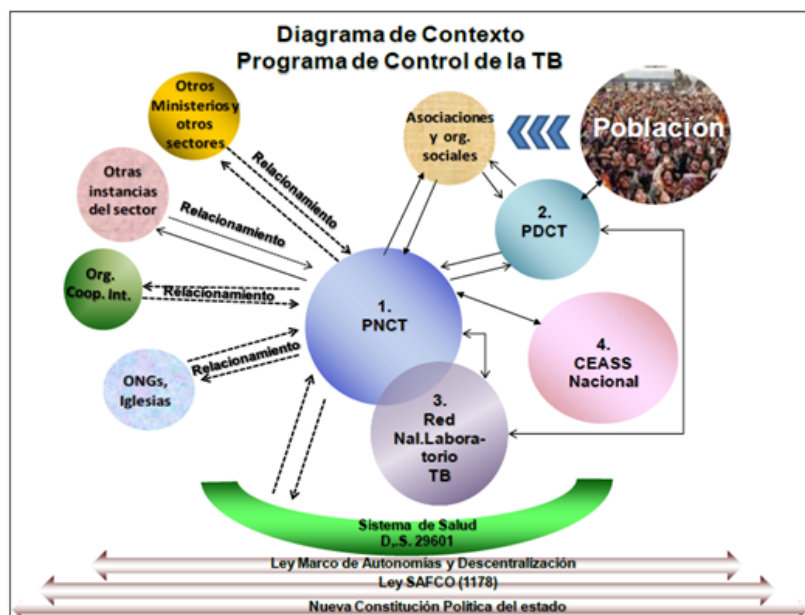
La evaluación busca determinar en forma sistemática y objetiva la pertinencia, rendimiento y éxito de la implementación del plan durante su ejecución y su finalización, por tanto es un procedimiento valorativo que se puede dar durante o después de la ejecución del proyecto.

El relacionamiento entre el monitoreo y evaluación, corresponde a una estructura causal que se encadena mediante una lógica de objetivos, esto quiere decir que un conjunto de actividades (procesos), conducirán a un conjunto de productos (resultados) que a su vez determinaran el logro de cambios a largo plazo (impactos). El modelo de vinculación entre los diferentes indicadores se describe en el esquema siguiente:

Evaluación	Impacto/Efecto	Logros y contribuciones de planes, programas y proyectos al cumplimiento del objetivo general en materia de desarrollo humano, calidad de vida y bienestar de la comunidad. En este caso relacionado con la disminución de la carga de la tuberculosis.
Monitoreo	Resultados	Reflejan los resultados concretos de las actividades desarrolladas a partir de insumos disponibles y de los procesos que contribuyen al cumplimiento de los propósitos establecidos en cada objetivo general o específico. En este caso tiene que ver con los resultados derivados de las estrategias de promoción de la salud y prevención de riesgos, la atención integral de la tuberculosis, el desarrollo de estudios e investigaciones y la eliminación del estigma y discriminación. En este modelo de gestión, además, se definen una serie de productos por objetivo, para el logro de los resultados propuestos.
	Procesos	Conjunto de actividades, realizadas mediante la asignación de insumos para el logro de los resultados, corresponde al conjunto de líneas de acción/desarrolladas para cada uno de los lineamientos estratégicos que permitirán alcanzar los objetivos correspondientes.

El sistema de Monitoreo y Evaluación responde a un enfoque sistémico desarrollado en el nivel central, es decir en el PNCT, que articula las diferentes estructuras de información según su inter relacionamiento con otras instancias del sector salud así como con las instancias externas que supone la multisectorialidad.

En el esquema se observa el relacionamiento directo con los Programas Departamentales de Control de Tuberculosis, la Red Nacional de Laboratorio y la Central de Abastecimientos y Suministros de Salud Nacional. En el nivel intersectorial se encuentra a otros ministerios (educación, justicia, vivienda, etc.) que permiten el accionar sobre los determinantes sociales y el involucramiento estrecho con la estructura social ya sea a través de las organizaciones sociales o las instituciones privadas sin fines de lucro (ONG, Iglesia, Fundaciones, etc.). En este modelo la Cooperación para el Desarrollo, se encuentra armonizada, a la Política Nacional, brindando la asistencia financiera-técnica, para fortalecer las acciones de respuesta nacional.



El siguiente esquema describe los procesos vinculados con el ciclo de información, encontrándose como proceso principal la toma de decisiones (TD) por área temática y niveles, alimentada por los flujos de información del nivel departamental, la Red de Laboratorios y otras instancias relacionadas como la CEASS, además de la información generada por otros sectores y en este caso de gestión participativa se incluye también el trabajo de la sociedad civil organizada.



5.3. Definición de Indicadores

El Monitoreo y la Evaluación se conciben como procesos complementarios y dependientes entre sí. Para realizar el monitoreo de los procesos y los resultados, se ha seleccionado la información requerida para dar cuenta de los logros propuestos en el Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020 (de impacto, resultado/producto y procesos/cobertura), definidos por cada objetivo estratégico, incluyendo indicadores de proceso relevantes para la respuesta nacional a la tuberculosis.

A continuación se listan los indicadores de impacto, resultado/producto, proceso/cobertura definidos para el monitoreo del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020:

Indicadores de Impacto

1. Tasa de incidencia de casos notificados de TB por edad y sexo.
2. Tasa de letalidad
3. Tasa de mortalidad por tuberculosis⁶.

⁶ La medición de mortalidad corresponde a las estimaciones realizadas por OPS/OMS, de acuerdo con los modelos epidemiológicos desarrollados para la región de las Américas.

Matriz Operacional de indicadores Objetivo Estratégico 1

RESULTADO	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	INDICADORES DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META AL 2020	FUENTE	MEDICIÓN	RESPONSABLE
Población en general con conocimientos adecuados de la tuberculosis.	Promoción de la Salud y prevención de riesgos con enfoque de derechos y participación comunitaria, a nivel local, municipal, departamental y nacional, incluyendo la normativa técnica y legal en tuberculosis.	Proporción de población en general que tienen conocimientos acerca de la tuberculosis. Proporción de Organizaciones Sociales (estructura social en salud) articuladas a establecimiento de salud en actividades planificadas.	74,5% al año 2008	80% de población general con conocimientos preventivos y de la tuberculosis, con atención al grupo de 15 a 49 años.	ENDSA	Quinquenal	Ministerio de Salud
Adherencia de la Población con TB al tratamiento.	Fortalecimiento de las estrategias para favorecer la adherencia al tratamiento de la tuberculosis.	Número de reuniones de autoayuda en Establecimientos de Salud con más de 10 pacientes en tratamiento.	SLB	Reuniones mensuales de autoayuda en Establecimientos de Salud con más de 10 pacientes en tratamiento.	Planilla de asistencia y refrigerio	anual	Sociedad Civil

		Porcentaje de instituciones formadoras de recursos humanos en salud que cumplen los resultados establecidos en los convenios.	SLB	Al menos el 50% de las instituciones alcanzan los resultados previstos.	Registros del PNCT	Anual	PNCT
Promotores de salud, coadyuvan en el control de la TB.	Formación de promotores de salud con una visión integral que coadyuvan en el control de la tuberculosis.	Porcentaje de promotores de salud formados con una visión integral de la TB y que reportan información de manera trimestral al Programa de Control de Tuberculosis y desarrollan sesiones educativas.	SLB	40% de los promotores formados integran al Programa de Control de Tuberculosis a través del conducto regular establecido por el Ministerio de Salud.	Registros del PNCT	Anual	Sociedad Civil

Objetivo Estratégico 2

RESULTADO	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	INDICADORES DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META AL 2020	FUENTE	MEDICIÓN	RESPONSABLE
Población afectada por TB curados.	Fortalecimiento de la oferta de servicios que garantizan el tratamiento completo y gratuito para el control y curación de la tuberculosis, considerando las diferencias por municipios según carga de TB (alta, mediana, baja).	Porcentaje de TB notificados con respecto a los estimados.	62%, para el año 2014	88% o más de los casos TB estimados.	Registros del PNCT y reporte OPS/OMS	Anual	PNCT PDCT
		Porcentaje de TB con éxito de tratamiento.	81,9% al 2013	85% o más de los casos TB con éxito de tratamiento.	Registros del PNCT y reporte OPS/OMS	Anual	PNCT PDCT
		Porcentaje de TBP curados.	84,8% al 2013	85% o más de los casos TBP curados.	Registros del PNCT	Anual	PNCT PDCT
		Porcentaje de personal de salud que atienden casos de tuberculosis con valoración clínica y Laboratorial para tuberculosis.	SLB	25% del personal de salud que atiende casos de TB con valoración clínica Laboratorial para TB.	Registros del PNCT	Anual	PNCT PDCT

RESULTADO	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	INDICADORES DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META AL 2020	FUENTE	MEDICIÓN	RESPONSABLE
		Número de Coordinaciones de Red que reportan desabastecimiento de medicamentos por más de 15 días.	SLB	Coordinaciones de Red no reportan desabastecimiento de medicamentos.	Registros del PNCT	Anual	PNCT PDCT
		Número de municipios que reportan casos de TB, que incorporan presupuesto en sus POAs Institucionales para actividades de TB.	SLB	10% de los municipios incorporan presupuesto.	POAs Municipales	Anual	PNCT PDCT
		Porcentaje de TB notificados en población privada de libertad con respecto a los programados.	SLB	88% o más de los casos TB programados.	Registros del PNCT	Anual	Min. Gobierno PNCT PDCT

P e r - sonas privadas de libertad reciben atención integral para el diagnós- tico, tra- tamien- to y curación de la TB.	Fortalecimiento de la oferta de servicios en los Centros Penitenciarios para garantizar el control de la tuberculosis de manera continua y sostenible.	Porcentaje de TB con éxito de tratamiento en población privada de libertad.	SLB	85% o más de los casos TB con éxito de tratamiento.	Registros del PNCT	Anual	Min. no PNCT PDCT
		Porcentaje de TBP BAAR(+) curados, en población privada de libertad.	SLB	85% o más de los casos TBP curados.	Registros del PNCT	Anual	Min. no PNCT PDCT
		Número de Establecimientos de Salud No Públicos incorporados al Programa de Control de Tuberculosis (se incluyen los médicos tradicionales).	SLB	50% de Establecimientos de Salud No Públicos incorporados al Programa de Control de Tuberculosis.	Registros del PNCT	ANUAL	PDCT PNCT PNSI

Establecimientos de todo el sistema de salud Público realizan la atención integral de pacientes con TB.	Fortalecimiento de la implementación de las políticas del PNCT en el sector No Público bajo la rectoría del Ministerio de Salud.	Número de casos de TB notificados por Establecimientos de Salud No Públicos.	SLB	50% de los Establecimientos de Salud No Públicos que notifican al Programa de Control de Tuberculosis y al SNIS.	Registros del PNCT	ANUAL	PDCT PNCT
Red de Laboratorios con capacidad instalada para el diagnóstico bacteriológico de la TB.	Fortalecimiento de la Red de Laboratorios a Nivel Nacional.	Número de laboratorios de baci- loscopia con control de calidad externo.	SLB	100% de laboratorios de baci- loscopia con control de calidad externo.	Registros del PNCT	SEMESTRAL	PDCT PNCT
		Número de laboratorios de cultivo con control de calidad externo.	SLB	100% de laboratorios de cultivo con control de calidad externo.	Registros del PNCT	SEMESTRAL	PDCT PNCT

		Número de laboratorios No Públicos incorporados al PNCT.	SLB	50% de laboratorios No Públicos incorporados al PNCT.	Registros del PNCT	ANUAL	PDCT PNCT
		Número de laboratorios que realizan PSyR con control de calidad externo.	SLB	100% de laboratorios que realizan PSyR con control de calidad externo.	Registros del PNCT	ANUAL	PDCT PNCT
Establecimientos de salud aplican el Sistema Informático de TB integrado al Sistema Nacional de Información en Salud.	Fortalecimiento del sistema único de información.	Porcentaje de Establecimientos de Salud que aplican el sistema informático de TB.	2%	70% de Establecimientos de Salud aplican el sistema informático de TB.	Registro en sistema	ANUAL	PDCT PNCT

Objetivo Estratégico 3

RESULTADO	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	INDICADORES DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META AL 2020	FUENTE	MEDICIÓN	RESPONSABLE
Casos TB - DR curados.	Diagnóstico oportuno de la TB-DR.	Porcentaje de pacientes TB-MDR diagnosticados de los estimados en casos retratados.	43,5% para el año 2014	80% de pacientes TB-MDR diagnosticados de los estimados.	REGISTROS DE L PNCT	ANUAL	PDCT PNCT
		Porcentaje de pacientes TB-MDR diagnosticados de los estimados en casos nuevos (nuevo y recaídas).	25% para el año 2014	80% de pacientes TB-MDR diagnosticados de los estimados.	REGISTROS DE L PNCT	ANUAL	PDCT PNCT
		Número de casos previamente tratados con resultado de PSyR.	45% para el año 2014	100% de pacientes re-tratados con PSyR.	REGISTROS DE L PNCT	ANUAL	PDCT PNCT
	Acceso universal y gratuito para el control y curación de la TB-DR	Porcentaje de pacientes TB-MDR con conversión bacteriológica al 6° mes de tratamiento.	80% para el año 2012	100% de pacientes con conversión bacteriológica al 6° mes de tratamiento.	REGISTROS DE L PNCT	TRIMESTRAL	PDCT PNCT

		Porcentaje de casos de TB-MDR que han iniciado un tratamiento de segunda línea del total de diagnosticados.	89% para el año 2014	95% de pacientes MDR iniciado un tratamiento.	REGISTROS PNCT	TRIMESTRAL	PDCT PNCT
		Porcentaje de TB-MDR con éxito de tratamiento.	67,4 para el año 2012	75% o más de los casos TB-MDR con éxito de tratamiento.	REGISTROS PNCT	ANUAL	PDCT PNCT
Casos RAFA resueltos.	Acceso universal y gratuito para la atención de los pacientes con reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFA).	Porcentaje de pacientes con RAFA con condición de egreso conocido.	SLB	60% o más de las RAFA con condición de egreso conocido.	REGISTROS PNCT	ANUAL	PDCT PNCT

Objetivo Estratégico 4

RESULTADO	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	INDICADORES DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META AL 2020	FUENTE	MEDICIÓN	RESPONSABLE
Población afectada por comorbilidades asociadas a la TB con tratamiento adecuado.	Fortalecimiento de los Comités de Coordinación Interprogramático de TB/VIH Nacional y Departamentales.	Número de reuniones de los Comités de Coordinación Interprogramáticos de TB/VIH Nacional y Departamentales.	2 reuniones para el 2014	4 reuniones por año de los Comités de Coordinación Interprogramáticos de TB/VIH Nacional y Departamentales.	Acta de comités colaborativos	Anual	Comité TB/VIH
		Porcentaje de pacientes con TB que se realizan la prueba rápida de VIH.	70% para el año 2014	95% de pacientes con TB que se realizan la prueba rápida de VIH.	REGISTRO DEL PNCT	Anual	PDCT PNCT
	Diagnóstico y tratamiento oportuno de Coinfección TB/VIH.	Porcentaje de casos coinfectados TB/VIH a quienes se suministra terapia antirretroviral (TARV)[1]	57% para el año 2014	90% de los casos de coinfección TB/VIH reciben terapia antirretroviral			PN ITS/VIH/ SIDA - HV

		Porcentaje de casos coinfectados TB/VIH con éxito de tratamiento para Tuberculosis.	SLB	85% de casos coinfectados TB/VIH con éxito de tratamiento para Tuberculosis.	REGIS-TRO DEL PNCT	Anual	PDCT PNCT
		Porcentaje de PVV elegibles con Terapia Preventiva con Isoniacida.	10%	50% de PVV elegibles con Terapia Preventiva con Isoniacida.	REGIS-TRO DEL PNCT	Anual	CDVIR PDCT PNCT
Conformación de comités inter-programáticos TB-Enfermedades no transmisibles; TB-Discapacidad y otros.		Número de Comités Inter-programáticos (TB-Diabetes conformados y con planes elaborados y desarrollados).	SLB	1 comité Nacional y 9 Departamentales con planes elaborados y desarrollados.	Acta de conformación, planes de acción Reglamento interno con R.M.	Anual	PNCT ENT
		Porcentaje de pacientes con TB que se realizan la prueba de Glucemia.	SLB	30% de pacientes con TB se realizan la prueba de Glucemia.	REGIS-TRO DEL PNCT	Anual	ENT PDCT PNCT

Objetivo Estratégico 5

RESULTADO	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	INDICADORES DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META AL 2020	FUENTE	MEDICIÓN	RESPONSABLE
Estudios, investigaciones y evaluaciones de desarrollo de acuerdo al contexto social y epidemiológico de la tuberculosis en el País.	Desarrollo de investigaciones integrales, participativas y multidisciplinarias, con enfoque en la promoción, prevención, innovación que abarquen aspectos sociales y culturales, articulados con la medicina Tradicional.	Número de estudios, investigaciones concluidas cuyos resultados han sido adecuadamente difundidos y socializados.	SLB	Al menos una investigación concluida por año.	Resoluciones Ministeriales de Publicación de Estudios - Estudios impresos	Anual	PNCT PNSI

	Elaboración de un protocolo de investigación cualitativo que permita conocer cuáles son los conocimientos y percepciones en relación con la TB; por grupo poblacional (población en general, personal de salud, personas afectadas por TB, familiares de pacientes, etc.).	Estudio CAP realizado.	SLB	Estudio CAP difundido.	Estudio impreso	Quinquenal	PNCT Sociedad Civil
--	--	------------------------	-----	------------------------	-----------------	------------	------------------------

Objetivo Estratégico 6

RESULTADO	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	INDICADORES DE RESULTADO	LÍNEA DE BASE	META AL 2020	FUENTE	MEDICIÓN	RESPONSABLE
Población en general del Estado plurinacional de Bolivia con una adecuada percepción de la tuberculosis, libre de estigma y discriminación.	Desarrollo de acciones estratégicas sectoriales y multidisciplinarias sobre la problemática de la TB y en particular en contra del estigma y la discriminación en la población en general.	Porcentaje de personas con percepción adecuada de la tuberculosis (manifiestan aceptación hacia las personas afectadas por la TB).	SLB	Más de 60% de la población tiene una percepción adecuada de la tuberculosis.	ENDSA CAP	Quinquenal	Ministerio de Salud
	Desarrollo de acciones estratégicas sectoriales y multidisciplinarias en contra del estigma y la discriminación en los servicios de salud.						

	Mejora de la percepción, conocimiento, actitudes y prácticas en la población afectada por TB.	Porcentaje de pacientes con conocimientos de la carta del paciente.	SLB	100% de pacientes con conocimiento de la carta del paciente.	REGISTROS DE PNCT	ANUAL O QUINQUENAL	Sociedad Civil PDCT PNCT
--	---	---	-----	--	-------------------	--------------------	--------------------------------

5.4 Sistema de Información

El Sistema de Información, se define como la integralidad de procedimientos e instrumentos destinados a: 1) la captación, 2) sistematización, 3) consolidación, 4) uso, y 5) retroalimentación de la información, relacionada con la producción de datos vinculados con el monitoreo y la evaluación de la respuesta nacional a la tuberculosis. El sistema debe asegurar la calidad, confiabilidad y oportunidad de la información estratégica para la toma de decisiones en todos los niveles de las instancias involucradas con el Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020.

Estructura del Sistema de Información

La respuesta nacional, se organiza desde el liderazgo del Ministerio de Salud a través del Programa Nacional de Control de Tuberculosis y los Programas Departamentales de Control de Tuberculosis, que permiten la convergencia de las acciones de la Red de Laboratorios, el CEASS, otras instancias programáticas (VIH, diabetes, nutrición, salud renal, etc.); el relacionamiento con otros sectores de desarrollo y la alineación del trabajo con la sociedad civil (estructura social en salud, organizaciones, asociaciones y fundaciones) y la cooperación para el desarrollo.

Los Programas Departamentales de Control de Tuberculosis tienen la función esencial de atender a la población en general para coordinar el ciclo de atención con los Establecimientos de Salud, de acuerdo con el marco normativo definido por el PNCT.

De acuerdo con el Plan de Monitoreo y Evaluación para el PNCT, se definen las funciones de monitoreo en el Nivel Nacional y Departamental, considerando que el Establecimiento de Salud es la unidad primaria de información:

Funciones en el Nivel Nacional:

- Gestionar la efectiva aplicación e implementación de la vigilancia epidemiológica y el sistema de Monitoreo y Evaluación en los diferentes niveles de gestión, en el marco de la estructura definida por el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS).
- Asegurar la logística efectiva y oportuna de los instrumentos definidos para la vigilancia y el sistema de Monitoreo y Evaluación.

- Recopilar, sistematizar, consolidar y analizar la información para su socialización y retroalimentación correspondiente con las instancias competentes.
- Supervisar y monitorear la calidad de la información de los Programas Departamentales de Control de Tuberculosis.
- Realizar la retroalimentación a los Programas Departamentales de Control de Tuberculosis proponiendo estrategias para mejorar el ciclo de la información, en función a los análisis de información.
- Capacitar sobre la implementación del Sistema de Monitoreo y Evaluación en coordinación con el SNIS al personal de salud de los Programas Departamentales de Control de Tuberculosis a través de las supervisiones.
- Elaborar reportes de información, de forma regular y periódica, para su socialización correspondiente.
- Promover el análisis situacional y análisis de la información en salud en los diferentes niveles de gestión.

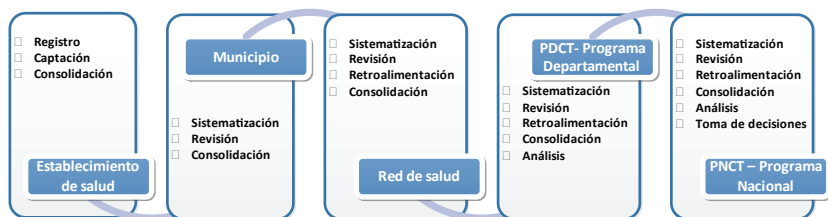
Funciones en el Nivel Departamental:

- Coordinar la captación primaria de la información con las redes de salud y los establecimientos correspondientes, la red de laboratorios en el ámbito geográfico de su competencia.
- Realizar la revisión y verificación de la calidad de los datos de las redes y servicios de salud, de manera regular y periódica (trimestral).
- Promover espacios para el desarrollo de los Comités de Análisis de Información en Salud, por lo menos dos veces por año.
- Desarrollar estrategias de solución frente a “situaciones de alarma” que pudieran ser detectadas durante el análisis de información.
- Elaborar reportes de información y boletines periódicamente, para su socialización en las instancias competentes.
- Elaborar el Informe Anual de Evaluación.

Flujo de Información

El ciclo de la información es un proceso continuo constituido por una serie de procedimientos dispuestos en formas secuenciales y vinculadas sistémicamente: 1) registro de los datos (captación), 2) sistematización y consolidación, normalmente traducida en indicadores, 3) análisis tanto por los operadores de salud como los to-

madores de decisiones y 4) retroalimentación correspondiente. De manera general este ciclo se describe en el siguiente flujo :



Los instrumentos utilizados son:

- a) Captación
- b) Sistematización
- c) Consolidación
- **Informe de notificación mensual** que a su vez consolida los datos de los libros de registro de pacientes, sintomáticos respiratorios, registro de baciloscopías, la ficha de quimioprofilaxis, ficha de tratamiento (contactos), formulario de registro de pruebas rápidas de VIH en pacientes con TB y la información de Coinfección TB/VIH.
- **Informe de tratamiento de cohorte**
- **Informe mensual de laboratorio**
- **Libro de Tuberculosis Drogorresistente y libro de cultivo.**
- **Otros registros de información**, principalmente VIH, poblaciones vulnerables y otros documentos (informes de supervisión, convenios, estudios e investigaciones).

5.5 Implementación del Plan de Monitoreo y Evaluación

La implementación del Plan de Monitoreo y Evaluación del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020, será articulado a las funciones de vigilancia, monitoreo y evaluación del PNCT, que se encargará de realizar el plan operativo que incluya las actividades de base para la estructuración conjunta del Plan Nacional y su Plan de Monitoreo y Evaluación, estableciendo como prioridades: 1) estandarización de instrumentos y protocolos de monitoreo y supervisión, 2) programación de la implementación del software del sistema de información integrado al SNIS, 3) la definición de protocolos básicos para los estudios e investigaciones, y 4) el plan de capacitaciones.

El área de monitoreo y evaluación del PNCT, se estructura operativamente con los PDCT, la red de laboratorios y organizaciones de la Sociedad Civil, de acuerdo al nivel de reporte del indicador, esta área es responsable de coordinar y ejecutar la implementación del Plan de Monitoreo y Evaluación, siendo sus funciones principales:

1. Supervisar el cumplimiento del ciclo de la información en los diferentes niveles de flujo definidos para los indicadores del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020 y otros indicadores propios del PNCT, además de la coordinación respectiva con el SNIS.
2. Revisar, sistematizar, consolidar y analizar la información generada por las instancias departamentales y otras instancias nacionales vinculadas con las acciones multisectoriales involucradas con el control de la tuberculosis.
3. Realizar el control de calidad de la información, mediante el seguimiento y supervisión de cada una de las fases que conforman el ciclo de la información.
4. Desarrollar un Plan Operativo de Actividades para la estandarización de instrumentos, protocolos de vigilancia, monitoreo y evaluación, así como la implementación del software del sistema de información en coordinación con el SNIS, con la correspondiente programación del desarrollo de capacidades en los diferentes niveles que conforman el flujo de información.
5. Revisar periódicamente los objetivos, metas e indicadores según la configuración de la epidemia y la agenda nacional en salud, cuando sea necesario, para el ajuste correspondiente del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020.
6. Propiciar espacios de análisis de información con las instancias involucradas en la formulación y ejecución del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020.
7. Estructurar los procesos básicos para el desarrollo de las evaluaciones de medio término y evaluación final del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020.

CAPÍTULO VI

PRESUPUESTO POR OBJETIVO ESTRATÉGICO, RESULTADO ESPERADO Y LÍNEA ESTRATÉGICA Expresado en \$US

OE	RE	Lineamientos estratégicos	2016	2017	2018	2019	2020
OE 1	R1_1	Promoción de la salud y prevención de riesgos, con enfoque de género, enfoque de derechos y participación comunitaria, a nivel local, Municipal, Departamental y Nacional, incluyendo la normativa técnica y legal en tuberculosis.	118.200	120.218	127.672	135.588	143.994
	R1_2	Fortalecimiento de las estrategias para favorecer la al tratamiento de la tuberculosis.	31.000	22.302	23.685	25.153	26.713
	R1_3	Formación de promotores de salud con una visión integral que coadyuven en el control de la tuberculosis.	38.500	40.887	43.422	46.114	48.973
OE 2	R2_1	Fortalecimiento de la oferta de servicios que garanticen el tratamiento completo y gratuito para el control y curación de la tuberculosis, considerando las diferencias por municipios según carga de TB (alta, mediana, baja).	1.058.000	1.112.976	1.181.981	1.255.263	1.333.090
	R2_2	Fortalecimiento de la oferta de servicios en los centros penitenciarios para garantizar el control de la tuberculosis de manera continua y sostenible.	158.700	166.946	177.297	188.289	199.964

OE	RE	Lineamientos estratégicos	2016	2017	2018	2019	2020
	R2_3	Fortalecimiento de la implementación de las políticas del PNCT en el sector No Público bajo la rectoría del Ministerio de Salud.	4.200	4.460	4.737	5.031	5.343
	R2_4	Fortalecimiento de la Red de Laboratorios a Nivel Nacional.	353.200	375.098	398.355	423.052	449.282
	R2_5	Fortalecimiento del sistema único de información.	229.174	243.383	258.473	274.498	291.517
OE 3	R3_1	Diagnóstico oportuno de la TB-DR.	121.000	128.502	136.469	144.930	153.916
		Acceso universal y gratuito para el control y curación de la TB-DR.	1.701.000	1.806.462	1.918.463	2.037.407	2.163.727
	R3_2	Acceso universal y gratuito para la atención de los pacientes con reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFA).	241.000	255.942	271.810	288.663	306.560
OE 4	R4_1	Fortalecimiento de los comités de Coordinación Interprogramático de TB/VIH Nacional y Departamentales.	3.270	499	530	563	598
		Diagnóstico y tratamiento oportuno de Coinfección TB/VIH.	1.030.000	1.093.860	1.161.679	1.233.703	1.310.193
		Conformación de comités interprogramáticos TB-Enfermedades no transmisibles; TB-Discapacidad y otros.	18.020	8.730	9.271	9.846	10.456

OE	RE	Lineamientos estratégicos	2016	2017	2018	2019	2020
OE 5	R5_1	Desarrollo de investigaciones integrales, participativas y multidisciplinarias, con enfoque en la promoción, prevención, innovación que abarquen aspectos sociales y culturales, articulados con la medicina Tradicional.	6.150	2.283	2.425	2.575	2.735
		Elaboración de un protocolo de investigación cualitativo que permita conocer cuáles son los conocimientos y percepciones en relación con la TB; por grupo poblacional (población en general, personal de salud, personas afectadas por TB, familiares de pacientes, etc.).	2.250	266	282	299	318
OE 6	R6_1		5.400	425	451	479	509
		Desarrollo de acciones estratégicas sectoriales y multidisciplinarias sobre la problemática de la TB y en particular en contra del estigma y la discriminación en la población en general.	113.900	115.652	122.822	10.400	138.524
		Desarrollo de acciones estratégicas sectoriales y multidisciplinarias en contra del estigma y la discriminación en los servicios de salud.	22.000	23.364	24.813	26.351	27.985
		Mejora de la percepción, conocimiento, actitudes y prácticas en la población afectada por TB.	10.400	11.045	11.730	12.457	13.229

ANEXO I

PROCESO CONSULTIVO EN LA FORMULACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN BOLIVIA 2016-2020

1. Marco institucional

El Plan de Desarrollo Económico y Social en el marco del Desarrollo Integral para Vivir Bien (PDES, 2016 - 2020) del Estado Plurinacional de Bolivia, se constituye en el marco estratégico y de priorización de Metas, Resultados y Acciones a ser desarrolladas en el tercer periodo del gobierno de la Revolución Democrática Cultural, mismo que se elabora sobre la base de la Agenda Patriótica 2025 y el Programa de Gobierno 2015 - 2020.

Con la Agenda Patriótica 2025 y el PDES, se llegará al Bicentenario de Bolivia con un país transformado y listo para avanzar en el siglo XXI como uno de los más grandes del continente, grande en felicidad y armonía, en complementariedad y solidaridad, en riqueza espiritual y social, sin exclusiones y con igualdad.

Para avanzar hacia la salud universal se establece el Pilar 3 **“Salud, Educación y Deporte”** el cual aborda dimensiones fundamentales para la vida como la salud, la educación y el deporte, siendo parte esencial para la formación de un ser humano integral.

El PDES 2016-2020 se constituye en el eje sobre el cual giran las políticas sectoriales, que se refleja en el Plan Sectorial de Desarrollo Integral del sector salud 2016-2020, que proponen los siguientes objetivos estratégicos:

- “OE1. Se ha mejorado la situación de salud de la población”.
- “OE2. Se ha implementado el Sistema Único de Salud (SUS) familiar Comunitario Intercultural”.
- “OE 3. Se ha fortalecido la Rectoría de la Autoridad Sanitaria”.
- “OE 4: La población ejerce sus derechos y obligaciones en salud”.
- “OE 5: Se han disminuido las Brechas de Recursos Humanos en salud”.
- “OE 6. Se ha mejorado el estado nutricional de la población”.
- “OE 7: Se ha instalado el Complejo Industrial Farmacéutico”.

- "OE 8: La población boliviana tiene acceso a terapias ancestrales y productos naturales tradicionales en el Sistema Único de Salud."
- "OE 9: Gestión".

El Ministerio de Salud como cabeza de sector tiene el rol de promover el cumplimiento de estos objetivos definiendo normas, acuerdos de cooperación y principalmente lineamientos de políticas concertadas de manera intersectorial con una amplia participación social. Busca garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud, la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, la construcción del Sistema Único de Salud en el marco de la política sanitaria de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, erradicando la pobreza e inequidad para Vivir Bien.

1.1 Antecedentes institucionales del Programa Nacional de Control de Tuberculosis

98

De acuerdo con las referencias realizadas en el Plan Estratégico de Control de la Tuberculosis en Bolivia, 2008-2015, se encuentra que uno de los hitos más importantes en el país data del periodo de la guerra del Chaco (Bolivia-Paraguay), durante el cual la tuberculosis se habría expandido hacia poblaciones indígenas y habría sido una de las causas más importantes de la mortalidad en el periodo de la postguerra, la llegada masiva de soldados con tuberculosis a las ciudades determinó la creación casi obligada de hospitales de atención especializada, a partir del cual se fueron generando acciones importantes para la consolidación de una estructura nacional de lucha contra la tuberculosis:

- El 23 de mayo de 1935, en el período de gobierno de José Luis Tejada Sorzano (1934-1936) se crea el Departamento Nacional de Lucha Contra la Tuberculosis.
- En 1938 firmado el Tratado de Paz con Paraguay se crea el Ministerio de Higiene y Salubridad, el 28 de agosto de ese año, incluye en sus departamentos técnicos a la Dirección de Lucha Antituberculosa y Antileprosa, implementándose los dispensarios antituberculosos, servicios de rayos X y laboratorios.
- En 1956 el Departamento Nacional de Tuberculosis incluye servicios de epidemiología, control, supervisión y vacunación BCG, posteriormente pasa a convertirse en el Servicio Nacional de Tuberculosis.

- El año 1962 con 4 hospitales broncopulmonares y unidades de bronco neumología en algunos departamentos se fortalece el Programa Nacional de Control de Tuberculosis, con asesoría de la OPS/OMS, basado en el Plan y Programa Cooperativo para el Control de la Tuberculosis.
- En 1971 se editan las primeras Normas de Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis que incluyen procedimientos de control, organización de la información, análisis y actividades de supervisión y mejoras sustanciales en la quimioterapia.
- El año 1982, en el que el país retorna a la democracia, se realizó el primer Día Mundial de lucha contra la tuberculosis, patrocinado por la OPS/OMS y la Unión Internacional Contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias (UICER). El Programa Nacional de Control de Tuberculosis se integra a la atención primaria de salud, con un avance importante en el control de la enfermedad.
- En 1999 se edita una nueva edición del Manual de Normas Técnicas que incluye el Sistema de Registro e Información. Ese mismo año se formula el Plan Quinquenal 1999-2004 que sirvió de base para definir un sistema de gestión por objetivos.
- Entre 2004 y 2007, en una coyuntura política compleja, el Programa Nacional de Control de Tuberculosis, desarrolla Planes Operativos Regionales, con metas hacia el 2015, basadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- El año 2008, se establece como desafío eliminar la tuberculosis como problema de salud pública planteando una serie de estrategias basadas en los lineamientos de "Stop TB", formulando el Plan Estratégico para el Control de la Tuberculosis en Bolivia 2008-2015. Durante este periodo se ha ido fortaleciendo la participación social entendiendo que la lucha contra la tuberculosis demanda acciones integrales desde diferentes instancias sectoriales que actúen sobre los determinantes sociales de la enfermedad.

A esta serie cronológica es importante indicar que la evolución terapéutica, incorporada de manera gradual ha marcado el rumbo de las acciones en la lucha contra la tuberculosis. Es así que desde el descubrimiento de la estreptomicina en 1944 que se extendió hasta 1970 como un esquema de monoterapia, se ha ido mejorando el tratamiento con la incorporación de la isoniazida, el ácido para-amino salicílico (PAS), el Etambutol y la thiazina hacia 1971. La inclusión de rifampicina y pirazinamida en 1986 acortando el tratamiento

de 12 a 7 meses. Desde julio del 2008 el cambio del esquema I para casos nuevos que acortó el tratamiento a 6 meses.

En el modelo actual de gestión y en el marco de la política SAFCI, la respuesta nacional a la tuberculosis es liderada por el Ministerio de Salud, cuyo accionar se estructura desde el Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PNCT) que funciona al interior de la Unidad de Epidemiología dependiente de la Dirección General de Servicios de Salud que a su vez se encuentra orgánicamente articulada al Viceministerio de Salud.

El Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PNCT) tiene esencialmente un enfoque preventivo y una función normativa. Las normas se ejecutan en todos los establecimientos de salud del país a través de los Programas Departamentales de Control de Tuberculosis (PDCT), las prestaciones de diagnóstico y tratamiento están garantizadas por el Estado Plurinacional de Bolivia, que actualmente se encuentra asistido por recursos del Tesoro General de la Nación y del Fondo Mundial (Apoyo a VIH, TB y Malaria).

Los antecedentes de planificación se remontan al Plan Quinquenal 1999-2004 y el Plan Estratégico 2008-2015, sobre el cual se definieron una serie de estrategias y acciones, muchas de las cuales permitieron fortalecer el control de la tuberculosis en el país y otras no lograron materializarse principalmente por factores programáticos tanto financieros como técnicos.

1.2 El Proceso de Formulación del Plan Nacional de Control de Tuberculosis en Bolivia 2016-2020

El Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020, tiene como propósito esencial consolidar estrategias y acciones eficaces para lograr reducir la carga de la tuberculosis en el país, fortaleciendo las acciones desarrolladas hasta la fecha y enfrentando los nuevos desafíos de manera multisectorial.

Promueve mejorar la salud de las personas para el Vivir Bien, en corresponsabilidad con los diferentes sectores y actores involucrados en la promoción de la salud, la prevención de riesgos, la atención integral en salud, fomentando la investigación participativa en un escenario libre de exclusión social y libre de toda forma de estigma y discriminación.

El segundo semestre del año 2014 el PNCT conjuntamente con sus organizaciones aliadas; Asociación de Pacientes Contra la Tuberculosis (ASPACONT), Comité Nacional TB-DR/RAFA, el Mecanismo de Coordinación de País (MCP-B), Comité Nacional Asesor de Tuberculosis, expertos en la temática de tuberculosis, con el apoyo de la OPS/OMS y el receptor principal del Fondo Mundial, inicia el proceso de formulación del plan proponiendo un desarrollo inclusivo, participativo y multisectorial (sector público, sector privado, organizaciones de la sociedad civil, personas afectadas por la tuberculosis y cooperación para el desarrollo) con el objeto de estructurar un conjunto de estrategias legítimas que respondan a la demanda social en el contexto epidemiológico en el que se encuentra el país.

1.3 Proceso Participativo para la Formulación del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020.

Se encuentra enmarcado en el acceso universal “salud para todos” que se estructura mediante un trabajo participativo y concertado con la sociedad, estructurado multisectorialmente bajo un modelo de gestión de calidad por resultados, fundamentando la previsión anticipada de logros y en la asignación de responsabilidades entre las diferentes instancias involucradas.

La multisectorialidad involucra el compromiso y la definición de responsabilidades con los diferentes sectores de desarrollo social⁷ y los actores comprometidos en tales instancias sectoriales.

Con el objeto de garantizar el proceso inclusivo de formulación se desarrollaron consultas nacionales a través de mesas de trabajo mediante un dialogo de país con actores claves tanto locales como nacionales durante los meses de octubre y diciembre de 2014, con una amplia participación tanto del sector público, como de las organizaciones sociales, tomando en cuenta el Decreto Supremo N° 29601, “**MODELO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO INTERCULTURAL**” que en su artículo 3, describe los siguientes principios: 1) La participación comunitaria, 2) Intersectorialidad, 3) Interculturalidad, e 4) integralidad.

⁷Según la configuración de la inversión pública en el país los sectores de desarrollo social son: salud, educación, vivienda y servicios básicos, medio ambiente y empleo siendo el tema de justicia e igualdad de oportunidades un componente transversal en los diferentes sectores de trabajo.

Participación comunitaria

- ☐ Es la capacidad 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.

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 alianzas estratégicas y programáticas, dinamizando iniciativas conjuntas en el tratamiento de las problemáticas y necesidades identificadas.

Interculturalidad

- ☐ Es el desarrollo de procesos de articulación, complementariedad entre diferentes medicinas (académica, indígena originaria y campesina y otros) 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 .

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 .

El dialogo participativo fue estructurado en dos talleres nacionales multisectoriales y cinco reuniones de trabajo de la comisión técnica, conformada por el PNCT, Hospital Los Andes, INLASA, MCP-B, Plataforma de Derechos Humanos, ASPACONT, OPS/OMS y el R.P. del Fondo Mundial (PROSALUD). Los principales resultados del dialogo nacional son:

1. Identificación de la demanda social, para la priorización de las necesidades en el marco del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia, como respuesta a la problemática de la tuberculosis del País.
2. Identificación de las potencialidades y limitaciones de los diferentes actores para responder efectivamente a la problemática de la tuberculosis, con responsabilidades definidas.
3. Identificación de brechas en la promoción de la salud, prevención de riesgos, diagnóstico, tratamiento y curación, según las

- características de cada región tomando en cuenta las diferencias culturales, de género y generacionales.
4. Determinación del marco estratégico desde una perspectiva social: visión, misión, objetivo general, objetivos estratégicos, e indicadores de impacto en función de la política de salud y el abordaje de la agenda 2025.
 5. Determinación de las líneas de acción por objetivo estratégico con la delimitación de responsabilidades para la ejecución de las actividades propuestas.
 6. Validación general del plan según los objetivos estratégicos definidos en el dialogo nacional.
- 2. Principios y Aspectos Transversales del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016 - 2020**

Las diferentes acciones de respuesta a la tuberculosis demandan la articulación de las realidades de los diferentes determinantes sociales de la salud que inciden en la evolución de la enfermedad y por lo tanto son factores críticos para su control, por lo que el respeto a los derechos humanos es una condición general para el desarrollo de las estrategias que además debe contemplar el enfoque de género, la problemática del estigma y discriminación conjuntamente la sostenibilidad y multisectorialidad.

Derechos Humanos	
	• El respeto a los derechos humanos en los aspectos individuales, políticos, sociales, económicos y culturales en un entorno jurídico-ético es fundamental para lograr acciones efectivas en salud que permitan reducir el riesgo y la vulnerabilidad a la tuberculosis, fomentando la eliminación de la exclusión social, el estigma y la discriminación relacionados. • El Plan Nacional de Control de Tuberculosis, incorpora de manera transversal el enfoque de género y la inclusión de las diversidades culturales, género y generacionales según el contexto de las diferentes poblaciones vulnerables y la población general, mediante la movilización comunitaria, procurando el acceso universal al diagnóstico, tratamiento y una línea de trabajo específico para la eliminación del estigma y discriminación.

Enfoque de Promoción de la Salud

- El enfoque de Promoción de la Salud tiene como objetivo articular la estructura social de salud y el establecimiento de salud con el propósito de identificar la determinación social del proceso salud-enfermedad (las transversales o inequidades en salud como género, violencia, salud ambiental, interculturalidad, discriminación social) y abordarla para su transformación, a través de sus medios: Educación para la Vida, Reorientación del Servicio, Alianzas Estratégicas y Movilización Social.
- El Plan Nacional de Control de la Tuberculosis define estrategias que permitan la igualdad de oportunidades de acceso para hombres y mujeres en todos los grupos de edad, considerando el reconocimiento de sus necesidades según sus contextos geográficos y culturales.

Sostenibilidad y multisectorialidad

- La respuesta a los problema de la salud en general y la tuberculosis necesariamente debe superar el enfoque asistencialista, integrando los esfuerzos del sector salud con otras instancias como educación, vivienda, servicios básicos, etc. que permitan actuar sobre los determinantes sociales de la salud, además esta articulación concertada debe garantizar la asignación de recursos y responsabilidades para generar sinergias que permitan articular una respuesta sostenible.

Modelo social comunitario de desarrollo

- El Estado Plurinacional de Bolivia, ha ido implementando una serie de reformas en el marco del modelo económico social productivo, que ha permitido generar una base económica fundamental para iniciar una serie de transformaciones que han ido mejorando los indicadores de pobreza y el desarrollo humano.
- El modelo económico impulsa el funcionamiento del Estado que dirige la economía, transfiere los excedentes de los sectores estratégicos a los sectores generadores de ingreso y empleo, articulando las diversas formas de organización económica existentes (estatal, comunitaria, social, cooperativa y privada), bajo los principios de

	complementariedad, reciprocidad, solidaridad, redistribución, igualdad, seguridad jurídica, sustentabilidad, equilibrio, justicia y transparencia. • El modelo implementado actúa sinérgicamente para cerrar las brechas de acceso a los servicios públicos, priorizando la educación y la salud, impulsando el acceso a los servicios básicos y la vivienda social, incidiendo directamente en la eliminación gradual y constante de la pobreza, lo que permite reducir las necesidades básicas insatisfechas en salud.
--	---

3. Marco Jurídico

La multisectorialidad trasciende la sola actuación del sector salud, de acuerdo con la política SAFCI se debe buscar una acción directa sobre los determinantes socioeconómicos de la salud, lo cual supone establecer competencias definidas según los diferentes niveles de gestión. En este contexto la Ley Marco de Autonomías y Descentralización da un marco general y regula aspectos específicos para la aplicación ordenada y progresiva de las autonomías en el país.

La Ley Marco de Autonomías y Descentralización establece las siguientes funciones:

- La autonomía Departamental impulsará el desarrollo económico y social en su jurisdicción.
- La autonomía Municipal impulsará el desarrollo económico local y humano a través de la prestación de servicios públicos a la población, así como coadyuvará al desarrollo rural.
- La autonomía Regional promoverá el desarrollo económico y social en su jurisdicción mediante la reglamentación de las políticas públicas departamentales en la región en el marco de sus competencias conferidas.
- La autonomía Indígena Originario Campesina (AIOC) impulsará el desarrollo integral como naciones y pueblos, así como la gestión de su territorio.

La Ley Marco de Autonomías y Descentralización, define una estructura competencial que permite a las diferentes autonomías el accionar sobre sus propias demandas y necesidades sociales:

- Las competencias privativas son competencias indelegables e intransferibles del Estado Nacional, por su carácter estratégico y de interés colectivo.
- Las competencias exclusivas recaen en un solo nivel de gobierno, estas pueden ser delegables o transferibles solo en sus facultades reglamentarias y ejecutivas.
- Las competencias concurrentes son competencias sujetas a una legislación básica nacional, correspondiendo a los gobiernos autónomos la reglamentación y la ejecución.
- Las competencias compartidas son aquellas en las que la legislación básica nacional se reserva al Estado y la legislación de desarrollo corresponde a los niveles subnacionales, así como la reglamentación, ejecución, administración y operación.

En este escenario, el nivel central tiene esencialmente un rol regulador y normativo de la política de salud y la promoción de sinergias con los otros sectores de desarrollo de acuerdo con sus competencias privativas.

En el nivel Departamental: una primera competencia es la formulación y aprobación del Plan Departamental de Salud, acreditar los servicios de salud, garantizar la provisión de los servicios de salud en coordinación con las autonomías municipales y AIOC, planificar la estructuración de las redes de salud funcionales y de calidad en el marco de la política SAFCI, fortalecer el desarrollo de recursos humanos, promover la participación y control social en salud, ejecutar los programas epidemiológicos, elaborar programas y proyectos de promoción y prevención, proporcionar la infraestructura adecuada en el tercer nivel de atención, monitorear el desempeño del personal de salud, ejecutar la vigilancia y control sanitario y la ejecución de los programas nacionales de protección social en su jurisdicción territorial.

En los niveles municipales y AIOC: formular y aprobar los planes de salud municipales, implementar el sistema único de salud, crear la instancia máxima de gestión local de salud, ejecutar el componente de atención con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dotar la infraestructura adecuada para el funcionamiento del sistema único de salud, monitorear el desempeño del personal de salud, ejecutar la vigilancia y control sanitario y la ejecución de los programas nacionales de protección social en su jurisdicción territorial.

ANEXO II

1. ANEXO EDITORIAL

Equipo técnico de elaboración, revisión y validación del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016-2020

Revisión Técnica

Dr. Denis Mosqueira Salas	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
Dra. Magna Olarte Huaman	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
Dra. Carmen Arraya Gironda	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
Dra. Miriam Wilcarani Ala	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
Dr. Rolando Terrazas	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
Ing. Carlos Alberto Ayala L.	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
Biotec. Freddy Ergueta I.	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
Dr. Juan Carlos Mollinedo	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
Dr. Niko Rosales	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
Lic. Claudia Ruiz Cardenas	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
Lic. Renan Torrico Meruvia	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
Dr. Maycol Arana Alvarez	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
Dra. Mirtha Camacho Prado	Instituto de Laboratorios de Salud (INLASA)

Representaciones del sector salud que Participaron en el Proceso Consultivo

Dr. Roberto Machaca	Viceministerio de Medicina Tradicional
Dr. Lucio Escobar	Viceministerio de Medicina Tradicional
Dra. Miriam Nogales	Dirección General de Planificación del Ministerio de Salud
Lic. Alicia Quispe M.	Unidad de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud
Lic. Carmen Lira	Unidad de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud

Dra. Silvia Alcón Herrera	Instituto Nacional de Laboratorios de Salud (INLASA)
Dr. Luis Calderon	Instituto Nacional de Laboratorios de Salud (INLASA)
Dra. Bertha Moscoso	Servicio Departamental de Salud Chuquisaca
Dr. Jhonny Camacho	Servicio Departamental de Salud Chuquisaca
Dr. Roberto Amusquivar	Servicio Departamental de Salud Oruro
Dr. Efrain Vallejo	Servicio Departamental de Salud Cochabamba
Dr. Robert Leonardo Ríos	Servicio Departamental de Salud Pando (C.S. Mapajo)
Dr. José Urizacari	Comité Nacional TB-MDR
Dra. Adela Casal	Comité Nacional TB-MDR
Dr. Jaime Ordoñez	Comité Nacional TB-MDR
Dr. Antonio López López	Comité Departamental TB-MDR Cochabamba
Dra. María Gloria Agreda	Comité Departamental TB-MDR Santa Cruz
Dr. Oscar Laime Rios	Programa Departamental de Control de Tuberculosis Chuquisaca
Lic. Rosmery Avendaño	Programa Departamental de Control de Tuberculosis La Paz
Dr. Amilcar Apaza M.	Programa Departamental de Control de Tuberculosis Cochabamba
Dr. Edgar Villarte	Programa Departamental de Control de Tuberculosis Oruro
Dra. Mónica Castro M.	Programa Departamental de Control de Tuberculosis Oruro
Dra. Marcela Bernal	Programa Departamental de Control de Tuberculosis Potosí
Dr. Marcelo Magne Ruiz	Programa Departamental de Control de Tuberculosis Tarija
Lic. Rosario Ruiz C.	Programa Departamental de Control de Tuberculosis Santa Cruz
Lic. Nancy Titichoca	Programa Departamental de Control de Tuberculosis Santa Cruz
Lic. Rosario Vásquez L.	Programa Departamental de Control de Tuberculosis Beni
Dr. Rafael Paz Mamani	Programa Departamental de Control de Tuberculosis Pando

Otras Instancias Sectoriales e Intersectoriales

Dra. Rosmery Carvallo	Instituto de Gastroenterología Boliviano-Japonés (IGBJ)
Dr. Rodrigo Quiroz Ll.	Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES)
Dr. Victor Marquez.	Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES)
Dr. Jaime Pardo	Caja Nacional de Salud (CNS)
Dr. Fidel Choque	Policía Boliviana
Lic. Alejandro Giacoman	Representante Migración
Jorge Luis Aguilar Gutiérrez	Universidad Pública de El Alto

Representaciones de la Sociedad Civil

Eva Limachi	Asociación de Pacientes con Tuberculosis (ASPACONT)
Dr. Oscar Lanza V.	Plataforma de Salud, Justicia y Desarrollo
Carola Urquiza	Confederación de Pueblos Indígenas de Bolivia (CIDOB)
Felipa Churqui Chura	Confederación Nacional de Mujeres Campesinas Indígenas Originarias de Bolivia "Bartolina Sisa" (CNMCIOB "BS")
Freddy Barrientos	Coordinadora de Pueblos Étnicos de Santa Cruz (CPESC – CIDOB)
Emeterio Illusaca Yujra	Consejo Nacional de Ayllus y Marcas del Qullasuyu (CONAMAQ)
Julio Kapatique	Consejo Nacional de Ayllus y Marcas del Qullasuyu (CONAMAQ)
Angela Riveros Quispe	Ejecutivos Amautas
Florencio Tarqui	Ejecutivos Amautas
Sr. Wilfredo Troche	Consejo Social Nacional de Salud

Cooperación para el Desarrollo

Dra. Roxana Salamanca	Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)
Dr. Héctor Pérez	Receptor Principal del Fondo Mundial, PROSA-LUD
Dr. Armando Marica	Receptor Principal del Fondo Mundial, PROSA-LUD
Dra. Silvia Morales	Mecanismo de Coordinación de País – Bolivia (MCP-B)

Coordinador General

Lic. Jorge Luis Medrano LI.	Consultor para la elaboración del PNC-TB, 2016-2020
-----------------------------	---

ANEXO III

BIBLIOGRAFÍA

1. Bolivia: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE) – MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES “Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA-DHS) 2008”. La Paz – Bolivia, 2011.
2. Bolivia: MINISTERIO DE JUSTICIA – VICEMINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS “Plan Nacional de Acción de Derechos Humanos Bolivia para Vivir Bien (2009-2013). s.l. La Paz – Bolivia, 2008.
3. Bolivia: MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES – PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS “Plan Estratégico de Control de Tuberculosis en Bolivia 2008-2015”. La Paz – Bolivia, 2008.
4. Bolivia: MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES “Plan de Desarrollo Sectorial de Salud 2010-2020”. La Paz – Bolivia, 2010.
5. Bolivia: MINISTERIO DE SALUD – PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS “Plan de Monitoreo y Evaluación para el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis”. La Paz – Bolivia, 2013.
6. Bolivia: MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES “Salud Familiar Comunitaria Intercultural (Versión didáctica). La Paz – Bolivia, 2013.
7. FONDO MUNDIAL DE LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA, TUBERCULOSIS Y MALARIA “Guía de Monitoreo y Evaluación VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria. 2006.
8. Medrano Ll. Jorge Luis. “Lineamientos Básicos para la Preparación y Evaluación de Proyectos Sociales”. ISEG – Invoproys, 2012.
9. PROGRAMA MUNDIAL DE TB-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. “Estrategia Mundial de TB post-2015”. Ginebra – Suiza, 2014.

10. Universidad para la Investigación Estratégica en Bolivia (U-PIEB).
"Pautas Metodológicas para Investigaciones Cualitativas y Cuantitativas en Ciencias Sociales y Humanas" PIEB. La Paz – Bolivia, 2006.

La salud... un derecho para vivir bien



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA



PLAN NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN BOLIVIA 2016 - 2020



Serie: Documentos Técnico Normativos

**La Paz - Bolivia
2016**