

Plan Estratégico

Colombia Libre de Tuberculosis 2010-2015

Para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB



VIVAMOS sin tuberculosis

Todos somos parte de la solución



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PLAN ESTRATÉGICO

COLOMBIA LIBRE DE TUBERCULOSIS 2010-2015

Para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB

DIEGO PALACIO BETANCOURT
Ministro de la Protección Social

CARLOS IGNACIO CUERVO VALENCIA
Viceministro de Salud y Bienestar

ROBERTO SEMPETEGUI
Representante OPS/OMS Colombia

JUAN GONZALO LÓPEZ CASAS
Director Instituto Nacional de Salud

LENIS ENRIQUE URQUIJO VELASQUEZ
Director General de Salud Pública

RICARDO LUQUE NUÑEZ
Coordinación Grupo Promoción y Prevención

Grupo Funcional Nacional de Tuberculosis

Ernesto Moreno Naranjo
Responsable Programa Nacional de Tuberculosis

Martha Idalí Saboyá Díaz
Consultora Área Transmisibles y
AIEPI OPS/OMS Colombia

María Consuelo Garzón Torres
Coordinadora Grupo Micobacterias SRNL- INS

Claudia Llerena Polo
Dora Leticia Orjuela Gamboa
Graciela Mejía Restrepo
Bacteriólogas Grupo Micobacterias SRNL- INS

Grupo Revisor

Ingrid García
David Rodríguez
Guillermo Escobar
Eder Castro
Norman Gil
Néstor Vera
Consultores Externos OPS/OMS
Representación Colombia

César Castiblanco Montañez
Ministerio de la Protección Social

Actualización

Adriana Betancourt Salamanca
Consultor Externo OPS/OMS Colombia

Imagen Portada

Rocío Gutiérrez Araujo

Concepto: Vivamos sin tuberculosis.

Tres figuras humanas de diferentes rasgos físicos en primer plano representan la multietnicidad de nuestro País. Sus manos entrelazadas simbolizan la solidaridad y respaldo necesario en el proceso de “curación”, “prevención” y “relación” entre paciente - familia - personal clínico. Los colores utilizados en las figuras manifiestan el amor por la vida, elemento que se refuerza en el tag line.

Bajo las figuras está representado el mapa de Colombia en color verde que evoca “esperanza” y “confianza” en el tratamiento. Toda la imagen cae sobre un fondo amarillo, en trazo irregulares, que le dan fuerza visual y recordación a las figuras principales.

El texto “tag line”: Vivamos sin Tuberculosis sintetiza el sentido de lo visual. Reconoce que es un asunto “de todos” y nadie está exento de padecerla.

Concepto Gráfico

Claudia Marcela Acosta Venegas

Diseño y finalización

Germán Acosta

Gráficas

Germán Acosta Lara

Diagramación

Impresión

Gráficas Ducal

ISBN

978-958-8472-09-6

Tercera Edición, Diciembre 2009

2.000 ejemplares

Tabla de Contenido

Prólogo	5
1. Antecedentes	7
2. Marco Legal para la Prevención y el Control de la Tuberculosis en Colombia	15
La tuberculosis en el Sistema General de Seguridad Social en Salud	16
3. Estructura y competencias en Colombia para Realizar Acciones de Prevención y Control de la TB	19
4. Justificación del Plan Estratégico	25
5. Visión, Objetivos y Metas del Plan	29

6. Líneas Estratégicas de Trabajo y Actividades Generales	33
▪ Implementación y extensión de la estrategia DOTS/TAES	34
▪ Fortalecimiento del trabajo interprogramático	34
▪ Promoción de las alianzas estratégicas entre todos los proveedores de salud para el logro de metas	35
▪ Fortalecimiento de la vigilancia en salud pública de la tuberculosis y la investigación operativa	36
▪ Implementación y fortalecimiento del manejo programático de TB-MDR y vigilancia de la resistencia de <i>M. tuberculosis</i> a los fármacos antituberculosis	36
▪ Implementación de estrategias de abogacía, comunicación y movilización social (ACMS) en acciones de control de la TB	37
7. Estratificación del País y Definición de Escenarios para la Implementación del Plan	39
8. Orientación de las Actividades del Nivel Nacional	47
9. Monitoreo y Evaluación del Plan	51
10. Recursos Económicos Necesarios	57
11. Referencias Bibliográficas	59
Abreviaturas	60

Prólogo

A pesar de los avances tecnológicos, el mejoramiento de la calidad de vida y el mayor acceso a los servicios de salud, la Tuberculosis continúa siendo un gran problema de salud pública a nivel global, con cerca de 9 millones de casos nuevos y más de un millón y medio de muertos cada año. En el año 2006 en Colombia se reportaron 11.122 casos de tuberculosis, de los cuales 10.696 fueron nuevos, para una tasa de incidencia de 24 por 100.000 habitantes. Tanto en Colombia como en el mundo, la coinfección de tuberculosis con el VIH/SIDA, la resistencia a fármacos antituberculosos y en particular, la tuberculosis multidrogorresistente (MDR) no sólo son un obstáculo para el éxito del tratamiento, sino que constituyen un enorme desafío para los sistemas de salud y programas de prevención y control.

La prevención y control de la tuberculosis ha sido históricamente prioritaria en los programas de salud pública del país. Así por ejemplo, desde la expedición de la resolución 412 de 2000 el Ministerio de la Protección Social definió el obligatorio cumplimiento de la estrategia “Tratamiento Acortado Supervisado con Calidad, DOTS-TAS”. No obstante, atendiendo la necesidad de fortalecer dichas actividades, conforme a lo dispuesto en la cumbre del milenio y el documento Conpes Social N° 91 de 2005, con una amplia participación social e intersectorial, en el año 2006 este Ministerio lanzó el Plan Estratégico “*Colombia libre de tuberculosis 2006-2015 para la expansión y fortalecimiento de la Estrategia DOTS-TAS*”, el cual fue incorporado al Plan Nacional de Salud Pública, establecido mediante Decreto 3039 de 2007. En esta norma la prevención y control de la tuberculosis ha sido definida como una de las 10 prioridades en salud pública del cuatrienio 2007-2010.

Las líneas de acción del Plan incluyen el desarrollo y expansión de la Estrategia DOTS-TAS con calidad; el fortalecimiento del trabajo interprogramático para hacer frente a la coinfección TB/VIH-Sida y la multirresistencia (MDR); el impulso de las alianzas estratégicas para el logro de metas; el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública de la enfermedad y la investigación operativa, el fortalecimiento de las acciones de atención integral y vigilancia de la resistencia a los fármacos antituberculosos; y el desarrollo de estrategias de comunicación y movilización social.

En tal sentido, con el propósito de que este documento sirva como instrumento efectivo de mejoramiento de los programas de prevención y control de la tuberculosis, el Ministerio de la Protección Social se complace en presentar la edición ajustada a 2009 de este Plan, el cual resume las estrategias que deberán desarrollar los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en los niveles nacional, departamental y municipal para el logro de las metas propuestas en el marco de la estrategia global *Alto a la TB*.


Diego Palacio Betancourt
Ministro de la Protección Social



Antecedentes

¹ DANE. Proyecciones anualizadas por sexo y edad (consultado: 19/04/2009). Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20.

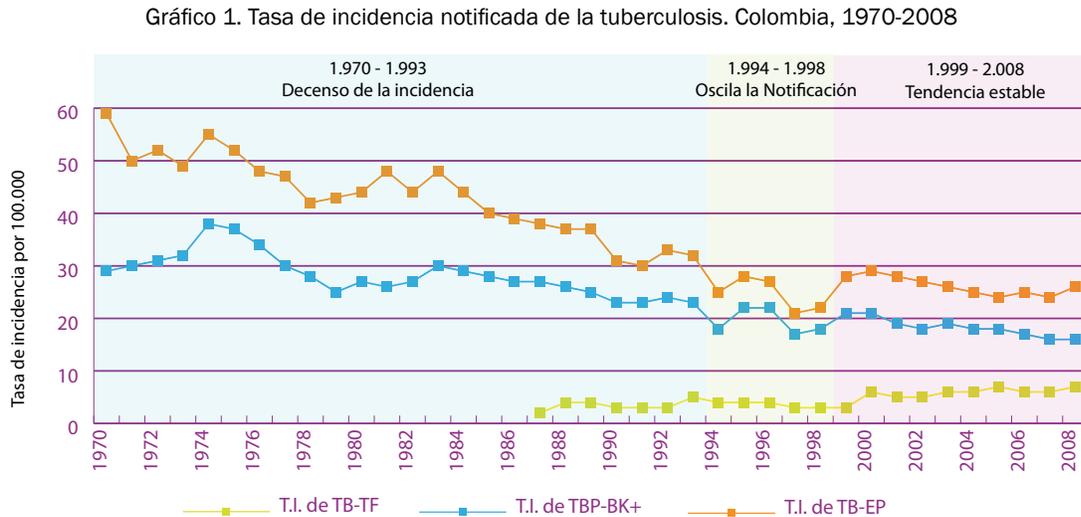
² DNP-SISD: boletín No. 37.

³ Ministerio de la Protección Social. Situación de Salud en Colombia, Boletín indicadores básicos 2007.

Colombia, según proyecciones del censo 2005 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), tenía en el año 2008 una población de 44.456.260 habitantes, de los cuales el 70% (31.309.160¹) eran mayores de 15 años. El Índice de Desarrollo Humano (IDH) para 2005² se estimó en 0,783. Con respecto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de los 43.375.287 habitantes del año 2007³, en total 16.352.751 (37,67%) de personas se encontraban afiliadas al régimen contributivo, 20.125.263 (46,36%) al régimen subsidiado, 1.910.351 (4,40%) a los regímenes de excepción y 5.017.022 (11,56%) correspondía a población pobre no asegurada.

Situación Epidemiológica

Al analizar la incidencia notificada de tuberculosis (TB) que ha tenido Colombia entre 1970 y 2008, es necesario tener en cuenta la historia sanitaria, sociopolítica y ambiental del país; por ello se ha dividido el análisis en tres periodos (gráfico 1):



En el primer periodo, de 1970 a 1993, se observa una disminución marcada, en donde existía un programa vertical basado en actividades de búsqueda activa con mayor importancia en criterios de diagnóstico clínico, radiológico y tuberculínico, y en el que la baciloscopia como pilar fundamental para el diagnóstico no tenía cobertura nacional. En este periodo el sistema de información era centralizado y consolidado por el nivel nacional.

En el segundo periodo, de 1994 a 1998, se observa irregularidad en la notificación que podría explicarse con la descentralización de las actividades de prevención, vigilancia y control y una reforma del sistema de salud, que implicó que los niveles territoriales y nuevos actores como las aseguradoras e Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPS) asumieran responsabilidades en dichas acciones. Por lo tanto, este periodo fue de transición y ajuste al nuevo sistema, lo que implicó que el sistema de información se modificara y adaptara, y ésto pudo haber incidido en la irregularidad de la notificación de casos tanto por el programa de control como por el sistema de vigilancia.

En el tercer periodo, comprendido entre 1999 a 2008, se observa una tendencia estable según la notificación reportada. El nivel nacional, hacia 1998, reglamentó la inclusión de eventos de interés en salud pública, como la TB, en el Plan de Atención Básica (ahora Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas)⁴, lo cual fortaleció acciones como la búsqueda activa de Sintomáticos Respiratorios (SR) y la investigación epidemiológica de campo.

⁴ La Ley 1122 de 2007 modifica el concepto de Plan de Atención Básica por el Plan Nacional de Salud Pública de intervenciones colectivas (PIC).

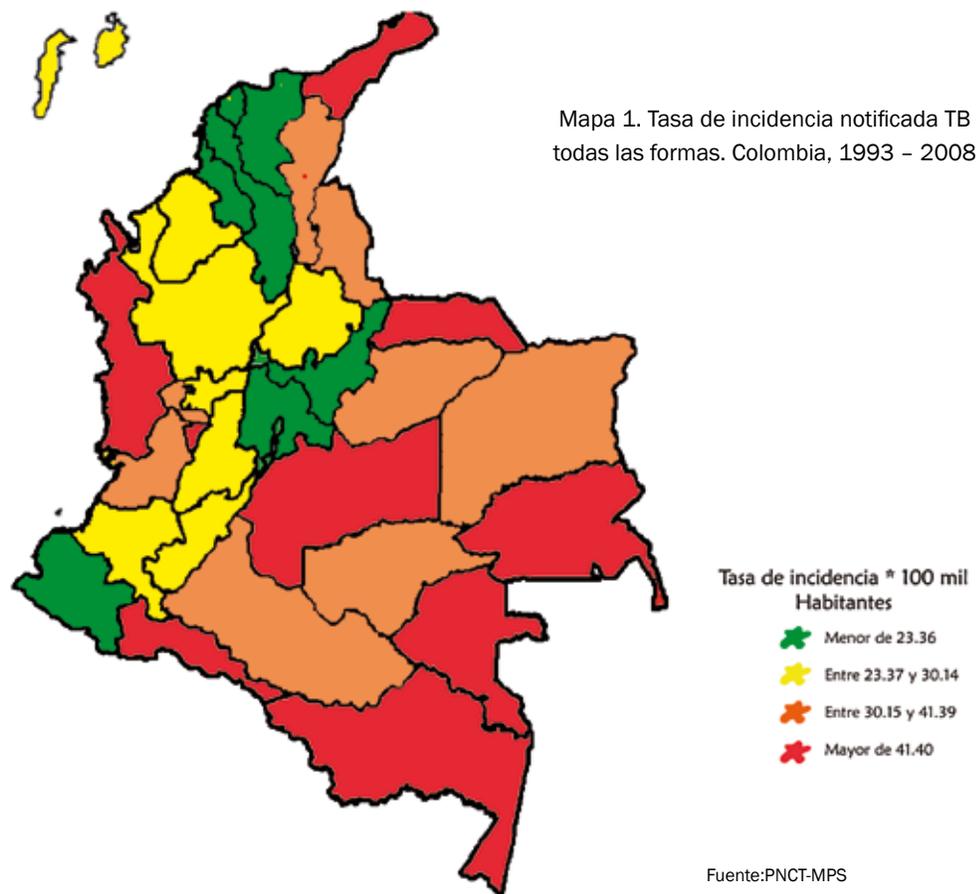


La información diferencial para TB pulmonar y extrapulmonar aparece desde 1987, debido a que en años anteriores no existían registros confiables que permitieran hacer el análisis. A partir de este año, se mejoró el diagnóstico y notificación de la TB extrapulmonar y se incluyó como un evento de vigilancia obligatoria en el marco de la aparición de los primeros casos de VIH/Sida en el país.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe global de control de la TB 2009, estimó para el año 2007 en Colombia la incidencia de esta enfermedad en todas sus formas (TB-TF), en 35 casos por 100.000 habitantes.

Colombia reporta anualmente más de 11.000 casos nuevos de TB-TF, lo que indica que aún sigue siendo un serio problema de salud pública. Durante el año 2008 se notificaron 11.342 casos nuevos, para una incidencia de 25,6 casos por 100.000 habitantes, de los cuales 6.815 (60,08%) ocurrieron en hombres y 4.527 en mujeres (39,91%); en cuanto a la TB infantil, el informe indica que 719 casos (6,3%) ocurrieron en población menor de 15 años, para una incidencia de 5,47 casos por 100.000 menores de 15 años.

Analizando la incidencia de casos notificados entre 1993 y 2008, se hizo una agrupación de las entidades territoriales por cuartiles de distribución, donde se encontró que el 50% tienen incidencias que permiten clasificarlas como zonas de riesgo muy alto (por encima de 41,39 casos por 100.000 habitantes), o alto riesgo (entre 30,15 y 41,39 casos por 100.000 habitantes). Las regiones más afectadas son: Orinoquía, Amazonía y los departamentos de Chocó, Quindío y La Guajira. (Ver mapa 1).



Para el año 2008, según la información enviada por los departamentos y distritos al Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PNCT), se estimó que el 5% del total de consultas de primera vez en mayores de 15 años por todas las causas (13.556.343) corresponde a 677.817 SR a examinar. Los SR examinados con baciloscopia de esputo fueron 369.424 con un porcentaje de captación de 54,5%, de los cuales 7.483 resultaron positivos, para una positividad de 2,0% y una concentración de la baciloscopia de 1,7. Estos indicadores han sido influenciados por situaciones como:

- El sistema de información en el nivel local presenta dificultades para obtener el dato de consulta de primera vez en menores de 15 años.
- El número de sintomáticos respiratorios captados desde 1997 ha tenido un aumento, pasando en ese año de 149.000 a 369.324 en el 2008. Por otra parte, el porcentaje de positividad ha disminuido en los últimos 6 años, pasando de 3,9% en el 2002 a 2,0% en el 2008, lo cual podría estar relacionado con la captación de personas que no necesariamente cumplen con la definición de SR o la recolección de muestras inadecuadas para el diagnóstico por BK disminuyendo la sensibilidad de la prueba, lo que hace necesario incrementar el uso de cultivo para captar casos pulmonares que no son diagnosticados por baciloscopia (casos BK negativo o paucibacilares) acorde con lo definido en la Guía de Atención Integral de TB.
- La concentración de baciloscopia en los últimos 10 años a nivel nacional ha sido inferior a 2,5, es decir que a muchos de los SR sólo se les realiza la primera muestra y se pierde la oportunidad de diagnosticar del 15% al 30% de los casos bacilíferos en la segunda, y del 5% al 10% en la tercera muestra.

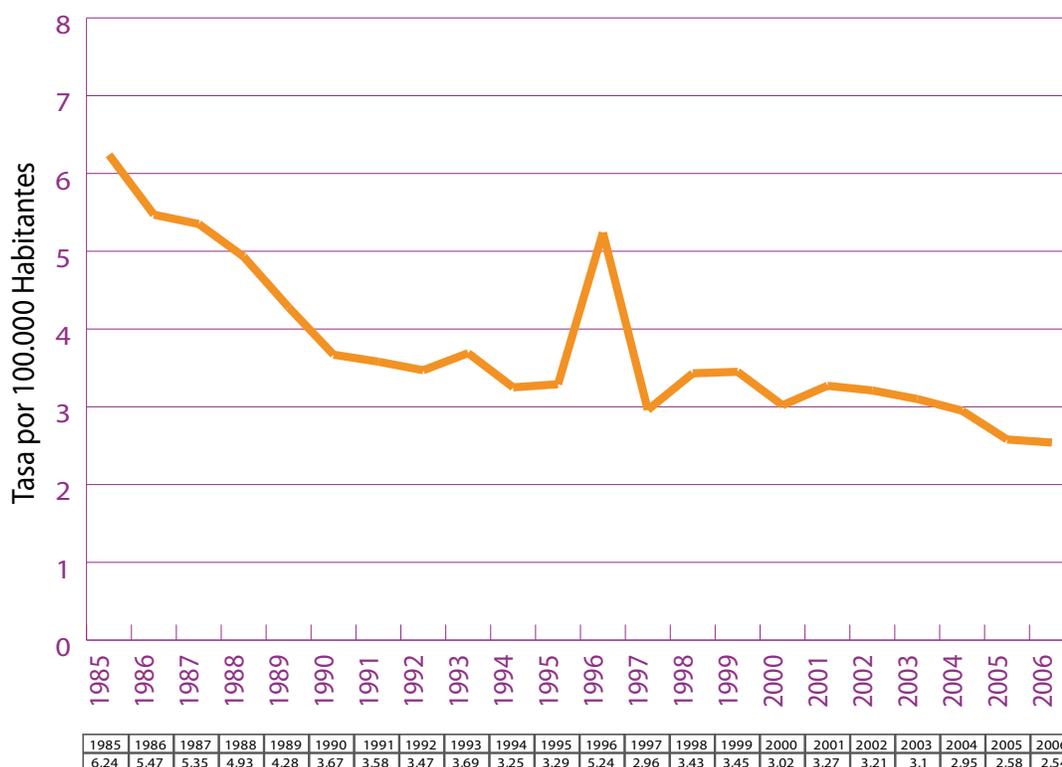
En 2008 se examinaron por cultivo a 58.328 personas, de las cuales 1.080 resultaron positivas, para un porcentaje de positividad del cultivo de 1.9%, lo que significó un incremento superior al 100% en el uso de éste y un incremento de 29,87% en el número de casos detectados con respecto al año inmediatamente anterior.

En 2006, según datos oficiales del DANE, la tasa de mortalidad por TB fue 2.5 muertes por 100.000 habitantes, de las cuales 69.14% corresponde al sexo masculino; en Colombia la tuberculosis es la cuarta causa de mortalidad por enfermedades transmisibles, lo que equivale al 10% (n = 13.581) de las muertes por estas patologías⁵.

⁵ Instituto Nacional de Salud. Protocolo para la vigilancia de la tuberculosis en Colombia. Bogotá DC: INS, Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública; 2007



Gráfico 2. Tasa de Mortalidad por tuberculosis todas las formas en Colombia. 1985 - 2006



Fuente: Estadísticas vitales DANE

La mortalidad por TB y por VIH/Sida se encuentran fuertemente correlacionadas (coeficiente de correlación múltiple: 98,8%) indicando que a medida que aumenta la mortalidad por VIH aumenta la mortalidad por TB en estos pacientes, siendo esta última la tercera causa de muerte; de los fallecimientos ocurridos entre 1997 y 2002 un 10,8% (IC 95%: 9,2% - 12,4%)⁶ fue por esta causa.

De los 9.288 casos de TB reportados por SIVIGILA durante 2008, 956 presentaron coinfección TB/VIH-Sida (10,29%), 635 de ellos asociados a TB pulmonar y 321 a TB extrapulmonar. De acuerdo al comportamiento observado y al aumento de la población afectada por el VIH, se espera un aumento del número de casos de coinfección; sin embargo, en más de la mitad de los casos de TB se desconoce si hay asociación a VIH/Sida porque la asesoría y oferta de la prueba voluntaria sólo cubre un 62,8% de los casos⁷.

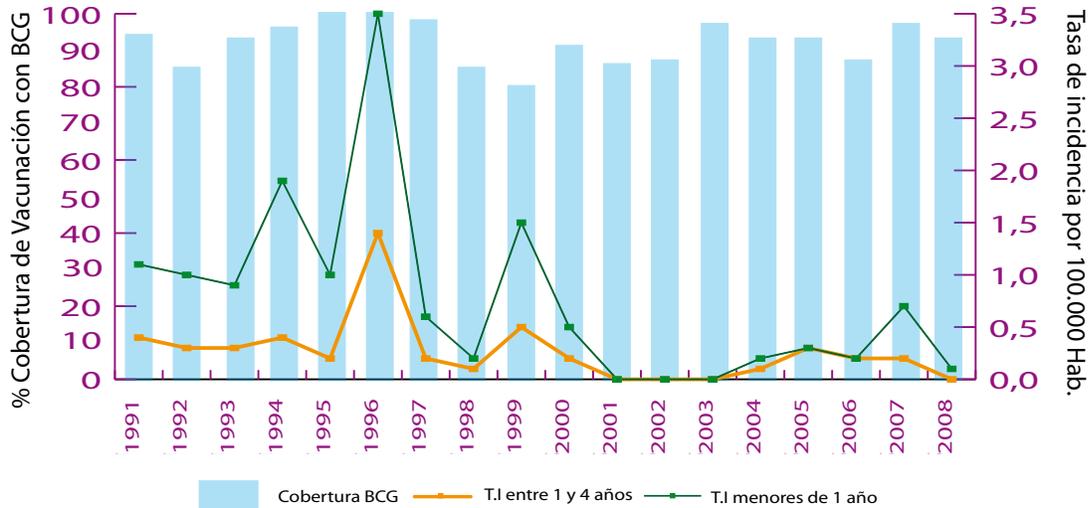
La información con respecto a tuberculosis meníngea ha presentado subregistro en el reporte de los casos, dado que no estaba establecida como norma la notificación de este evento hasta el año 1987. Durante 2008 fueron reportados al PNCT 4 casos en menores de 1 año, para una tasa de incidencia de TB meníngea en ese año de 0,47 por 100.000 menores de 1 año.

⁶ Castiblanco CA, Ribon W. Coinfección de tuberculosis en pacientes con VIH/SIDA: un análisis según las fuentes de información en Colombia. Infectio 2006; 10 (4): 232-242.

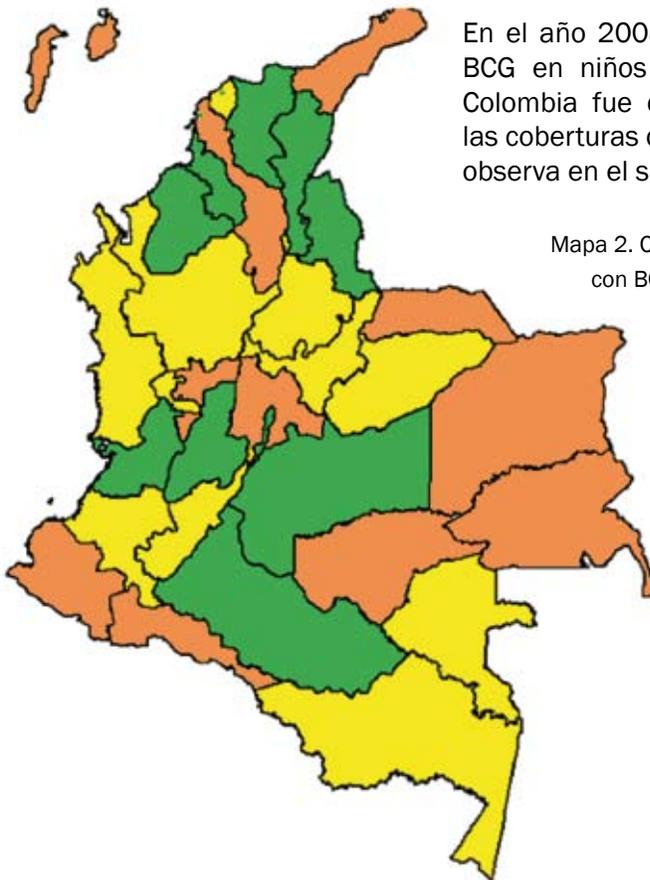
⁷ Situación de tuberculosis en Colombia, según SIVIGILA 2008 Informe final, Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud.

En la siguiente gráfica se observa el comportamiento de la meningitis tuberculosa en los menores de cinco años y la comparación de la cobertura de vacunación con BCG.

Gráfico 3. Cobertura de vacunación con BGC vs. Tasa de incidencia de TB - Meningea notificada en Colombia. 1991 - 2008



Fuente: MPS- PNCT/MIPAIOSFT



Mapa 2. Cobertura de vacunación con BCG, Colombia, 2008

Fuente: MPS: MIPAIOSFT, 2009

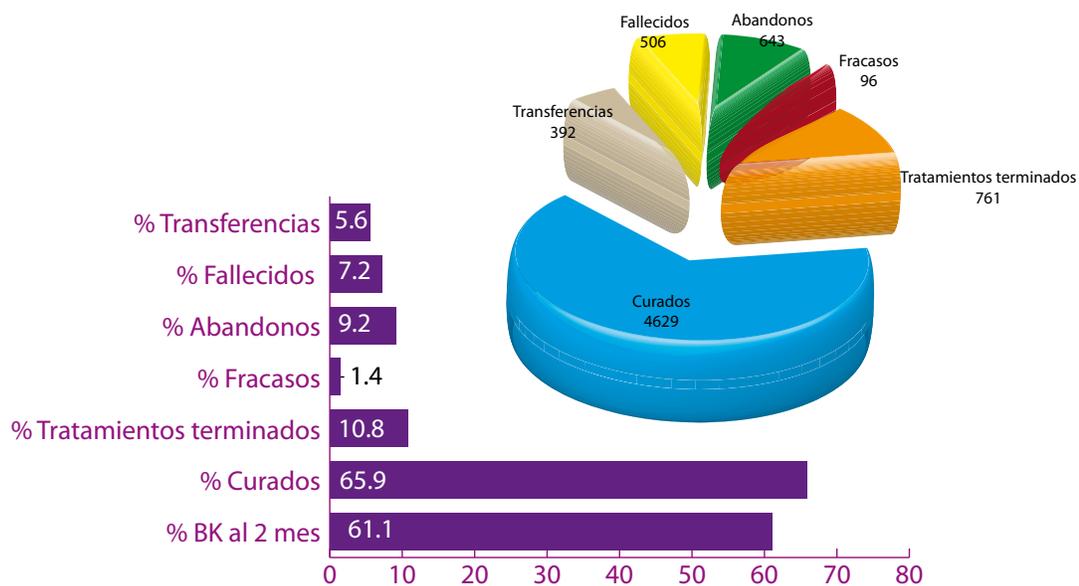
En el año 2008, la cobertura de vacunación con BCG en niños y niñas menores de un año en Colombia fue de 92.6%⁸. El comportamiento de las coberturas de vacunación por departamento se observa en el siguiente mapa.

⁸ MIPAIOSFT, Ministerio de la Protección Social. Programa Ampliado de Inmunizaciones, 2009



Para el año 2007, se notificaron al PNCT 7.488 casos nuevos de TB pulmonar BK positivo, de los cuales 7.027 (94%) fueron evaluados por medio de análisis de cohortes; el porcentaje de tratamiento exitoso para el país en este año fue de 76.7%. En el gráfico 4 se observa el resultado de esta evaluación.

Gráfico 4. Análisis de resultados del tratamiento de la cohorte TB pulmonar, Bk positivo. Colombia, 2007



FUENTE: PNCT-MPS- INS - OPS, 2008



Marco Legal para la Prevención y el Control de la Tuberculosis en Colombia

La tuberculosis en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Con la implementación de la Ley 100/1993 SGSSS, se pretende garantizar los servicios de salud a la totalidad de la población, optando por una forma más racional de financiación de los servicios.

“El Sistema de Protección Social definido en la Ley 789 de 2002 y la posterior fusión del Ministerio de Salud con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social para conformar el actual Ministerio de la Protección Social (MPS), apuntan a una visión en la que el manejo social del riesgo se impone”.⁹

El Sistema de Protección Social se constituye como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos, para obtener como mínimo el derecho a la salud, la pensión y al trabajo.

El Ministerio de la Protección Social formula, dirige y coordina la política social del Gobierno Nacional en las áreas de empleo, trabajo, nutrición, protección y desarrollo de la familia, prevención y seguridad social integral.

La resolución 412 de 2000 por medio de la cual se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la Atención de enfermedades de interés en salud pública, incluidas allí la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar.

La Ley 715 de 2001 define las competencias de la nación en el sector salud y distribuye los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP).

El Decreto 272 de 2004 reestructura el Instituto Nacional de Salud (INS), determinando las funciones de sus dependencias: Subdirección Red Nacional de Laboratorios, Subdirección de Investigación, Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública, y Subdirección de Producción. Bajo esta estructura se realizan funciones del nivel nacional para la vigilancia y control de la TB.

En el 2004 el MPS expidió la Circular Externa 018, en cuyo Anexo Técnico numeral 1.7, se establecieron “Otras enfermedades prioritarias de interés en salud pública”, dentro de las cuales se encuentra la TB.

El Decreto 2323 de 2006 organiza la Red Nacional de Laboratorios (RNL) y establece cuatro líneas estratégicas sobre las cuales se centran sus acciones: 1) Vigilancia en salud pública, 2) Investigación, 3) Gestión de la calidad y 4) Prestación de servicios. Establece las funciones de los Laboratorios Nacionales de Referencia (INS e INVIMA), Laboratorios de Salud Pública Departamental y Distrital (LSPD) y de los laboratorios en el nivel municipal.

⁹ Programa Nacional de Salud, 2002-2006, Pág. 19



El Decreto 3518 de 2006 crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) y establece las competencias y procesos para la vigilancia de eventos de interés en salud pública, dentro de los cuales se encuentra la TB. Se cuenta con un protocolo de vigilancia estandarizado que incluye la ficha única de notificación de casos de TB, que se realiza de forma semanal al nivel nacional.

En el año 2007 con el Decreto 3039, según el cual se establece el Plan Nacional de Salud Pública, la TB fue incluida como una prioridad en esta materia con objetivos, metas y estrategias para su control en concordancia con la estrategia Alto a la TB y a las metas planteadas en los ODM; en el 2008 la resolución 425 define las acciones que integran el PIC.

Bajo este esquema normativo, las actividades de prevención, vigilancia y control de la TB en Colombia se ejecutan de forma descentralizada, y se garantiza la atención de los pacientes a través de la afiliación al Sistema.

A nivel mundial, en el tema de Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la meta 8, numeral 6 establece “Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves”. En lo que respecta a la TB, se establecen las siguientes metas:

- 2005: detectar al menos el 70% de los casos de tuberculosis pulmonar bacilifera y curar al menos el 85% de ellos
- 2015: reducir la prevalencia de tuberculosis y la mortalidad por esa causa en un 50% respecto a 1990
- 2050: eliminar la tuberculosis como problema de salud pública (1 caso por millón de habitantes)

Colombia, en el año 2005, emitió el CONPES 91 en el cual se establecen las metas y estrategias que se implementarán hasta el 2015 para el logro de los ODM. En el tema de TB, si bien no quedó explícito en este documento, los planes de trabajo interinstitucionales incluyen acciones conjuntas para reducir la incidencia de la enfermedad en el país.

En mayo de 2009, en la 62a Asamblea Mundial de Salud de la cual Colombia hace parte, se firmó la Resolución WHA62.15, en la cual los Estados Miembros se comprometen a hacerle frente a la amenaza de la tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR) y la tuberculosis extensamente resistente (TB-XDR).

- Implantar el acceso universal al diagnóstico y el tratamiento de la TB- MDR y TB -XDR.
- Mejorar la calidad y cobertura de la DOTS para lograr una tasa de detección del 70% y una tasa de éxito terapéutico del 85%, previniendo así la TB multirresistente secundaria.
- Usar todos los mecanismos posibles de financiación para cumplir los compromisos contraídos en las resoluciones WHA58.14 y WHA60.19, en particular los que permitan asegurar una financiación nacional y externa sostenible.
- Aumentar sustancialmente las inversiones de los países y todos los asociados en investigación operacional y en la investigación y el desarrollo de nuevos medios diagnósticos, medicamentos y vacunas para prevenir y tratar la TB, en particular los casos de TB-MDR y TB-XDR.¹⁰

¹⁰ Resolución WHA62.15, Mayo 22 de 2009, 62ª Asamblea mundial de la salud.

Con el fin de fortalecer algunos aspectos operativos de los programas de TB y Lepra, el Ministerio de la Protección Social ha emitido la circular 0058 de 2009, en la cual se establecieron ajustes a los lineamientos actuales de estos programas.



Estructura y Competencias en Colombia para Realizar Acciones de Prevención y Control de la TB

En el marco de la descentralización, Colombia tiene niveles territoriales con responsabilidades normativas en salud pública y prestación de servicios de salud, los cuales corresponden al nivel nacional, departamental, distrital y municipal.

A continuación, por cada uno de estos niveles se describe su capacidad para realizar actividades de vigilancia, prevención y control de la TB.

Ministerio de la Protección Social

La Dirección General de Salud Pública del MPS tiene a su cargo la coordinación de actividades de prevención, vigilancia y control de la TB en el nivel nacional. Las actividades que se realizan son:

- Emitir, actualizar, ajustar, difundir y hacer cumplir las normas técnicas y lineamientos para el manejo programático de la tuberculosis.
- Desarrollar el plan de acción anual para TB.
- Adquirir, distribuir y controlar los medicamentos del esquema regular de tratamiento.
- Asignar las transferencias de recursos específicos para TB a los departamentos y distritos.
- Realizar asistencia técnica y acompañamiento a los departamentos, distritos y EPS, para la correcta y adecuada implementación de los lineamientos nacionales en tuberculosis.
- Realizar la recolección, consolidación, análisis y difusión de la información de TB; evaluar los indicadores de control de gestión (indicadores de captación y seguimiento) y los indicadores epidemiológicos (indicadores de impacto). Esto le permite tomar decisiones.
- Coordinar con el Instituto Nacional de Salud, INS, las acciones en el SIVIGILA, la Red Nacional de Laboratorios e Investigación.
- Facilitar el trabajo colaborativo con otros programas y estrategias como AIEPI, Seguridad Alimentaria y Nutricional, PAI, VIH/Sida, programas de atención a poblaciones específicas como indígenas, afrodescendientes, ROM, población privada de la libertad; así como con otras instituciones, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y agencias de cooperación internacional.

El Instituto Nacional de Salud

El Instituto Nacional de Salud tiene a su cargo las siguientes funciones relacionadas con tuberculosis:

- Participar en la planeación, desarrollo y coordinación de los sistemas de información en salud y vigilancia en salud pública de TB, en coordinación con el MPS, las entidades territoriales y demás órganos del sistema de salud.
- Coordinar el SIVIGILA y garantizar el seguimiento, monitoreo y evaluación de la información de vigilancia en salud pública útiles para la toma de decisiones.
- Coordinar, capacitar, asesorar y realizar visitas de asistencia técnica a la Red Nacional de Laboratorios y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica y servir como laboratorio nacional de referencia en TB.
- Definir estrategias, impulsar y coordinar los planes y programas de transferencia de tecnología para la Red Nacional de Laboratorios en TB, en coordinación con el MPS.
- Coordinar, ejecutar y dirigir la investigación científica en TB de conformidad con las políticas, planes y lineamientos del MPS.
- Implementar y mantener el Sistema de Gestión de Garantía de la Calidad para el funcionamiento de la Red Nacional de Laboratorios.
- Realizar según sus competencias las pruebas de alta complejidad para la vigilancia en salud pública.



- Apoyar el fortalecimiento del sistema de información, participando en el análisis conjunto de información procedente de la RNL, el SIVIGILA y el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.

Direcciones departamentales y distritales de salud

Los 32 departamentos y cuatro distritos de Colombia, tienen a su cargo el desarrollo de acciones de prevención, vigilancia y control de la TB. Las actividades que ejecutan los departamentos y distritos son:

- Desarrollar e implementar el proyecto de TB en el PIC con la inclusión de los recursos que llegan por transferencias nacionales y aquellos adicionales procedentes del Sistema General de Participaciones, regalías, recursos propios, proyectos con donantes, entre otros.
- Programar, almacenar, distribuir y monitorear el stock de medicamentos a todos los municipios de su jurisdicción.
- Consolidar los informes trimestrales y realizar el análisis de cohortes, y enviarlo al nivel nacional bajo los lineamientos del programa.
- Consolidar la notificación semanal obligatoria de casos de TB pulmonar y extrapulmonar en el SIVIGILA y liderar las investigaciones epidemiológicas de campo.
- Realizar asistencia técnica y capacitación a todos los municipios de su jurisdicción, incluida la asistencia técnica a las EPS que tienen redes de prestación de servicios propias en su territorio.
- Realizar análisis de la situación de TB a nivel departamental y municipal y difundir los resultados del mismo.
- Facilitar la articulación con los programas/estrategias AIEPI, PAI, VIH/Sida, seguridad alimentaria y otras instituciones/organizaciones para el abordaje integral del control de la tuberculosis. Incluye la articulación con las EPS de su jurisdicción.

Existen 32 laboratorios de salud pública departamentales y el del Distrito Capital de Bogotá, que realizan actividades de referencia en su jurisdicción; éstos desarrollan procesos de integración de la red de laboratorios y se encargan de realizar las siguientes actividades en TB:

- Coordinar la red de laboratorios en su jurisdicción en el tema de TB.
- Garantizar de identificación de *Mycobacterium tuberculosis* y el envío al INS de aislamientos para la realización de pruebas de susceptibilidad a los fármacos.
- Implantar y mantener el control de calidad al diagnóstico de TB mediante la evaluación externa del desempeño a todos los laboratorios de su red.
- Realizar capacitación, asistencia técnica, monitoreo y evaluación a la red de laboratorios.
- Recolectar, consolidar, analizar y difundir la información del laboratorio a su red y enviar lo correspondiente al INS.
- Apoyar al SIVIGILA en los procesos de notificación e investigación de campo.
- Articularse de forma continua y sistemática en el análisis conjunto de información procedente de la RNL, el SIVIGILA y el programa de control de la tuberculosis de su jurisdicción.

Direcciones municipales de salud

En los 1.090 municipios de Colombia se desarrollan actividades de vigilancia de los eventos de interés en salud pública; además se formulan y ejecutan en este nivel los Planes de Salud Pública de Intervenciones Colectivas municipales, dentro de los cuales se incluyen acciones para la prevención, vigilancia y control de la TB, tales como:

- Vigilar que todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas realicen las actividades de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas con TB (DOTS/TAES) en el marco de los lineamientos del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.
- Búsqueda, investigación y seguimiento de contactos de personas con TB.
- Distribución y supervisión del stock de medicamentos para toda la red de prestación de servicios.
- Consolidar y enviar al nivel departamental los informes trimestrales de actividades y análisis de cohortes de su jurisdicción bajo los lineamientos del nivel nacional.
- Realizar asistencia técnica y capacitación de la red de IPS públicas y privadas.
- Consolidar la notificación semanal obligatoria de casos de TB pulmonar y extrapulmonar y enviarla al departamento.
- Facilitar la articulación con los programas/estrategias AIEPI, PAI, VIH/Sida, seguridad alimentaria y otras instituciones/organizaciones para el abordaje integral del control de la tuberculosis.

Aseguradoras (EPS-C y EPS-S)¹¹ e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)

En el marco de los lineamientos nacionales para el control de la tuberculosis, las EPS deben:

- Realizar seguimiento y análisis por cohortes de pacientes con tuberculosis¹².
- Incluir actividades de prevención y control de TB en su Plan de Salud Indicativo y su Plan Operativo Anual¹³, de acuerdo al perfil epidemiológico y a su competencia; dichos planes deben armonizarse con los Planes de Salud Territoriales de cada entidad territorial (departamental, distrital y/o municipal) donde tengan afiliados.
- Garantizar en su red propia de IPS la implementación de los lineamientos del programa nacional de control de la TB en lo referente a la búsqueda, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de personas con TB.
- Verificar a través de sus procesos de auditoría con las redes de prestación de servicios contratadas, que se aplican los lineamientos de tuberculosis definidos por el Ministerio de la Protección Social.
- Articularse de forma continua y sistemática en el análisis conjunto de información de tuberculosis de su población afiliada con las entidades territoriales de salud en cada jurisdicción.

¹¹ La Ley 1122/2007 art. 14: modifica el término ARS por Empresa Promotora de Salud del régimen subsidiado (EPS).

¹² Decreto 3039/2007. Plan Nacional de Salud Pública MPS.

¹³ Resolución 425 de 2008. Lineamiento Técnico Radicado No. 00136425 de MPS. Mayo de 2008.



Las IPS públicas y privadas que hacen presencia en los municipios deben garantizar:

- Realizar la programación de actividades de TB: programación de sintomáticos respiratorios anual, uso de los formatos del programa, capacitación a su personal en los lineamientos de manejo programático de personas con TB, monitoreo y evaluación del cumplimiento de metas.
- Búsqueda de sintomáticos respiratorios, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de personas con TB en el marco de los lineamientos definidos por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.
- Notificar diariamente al municipio los casos de TB pulmonar y extrapulmonar.
- Consolidar y enviar a las secretarías locales de salud los informes trimestrales de actividades y análisis de cohortes.

Guía de Atención y Protocolo de Vigilancia en Salud Pública

Desde febrero de 2000, el Ministerio de Salud (hoy MPS) expidió la Guía de Atención de la TB Pulmonar y Extrapulmonar como un documento que en sus contenidos técnicos reúne lineamientos de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional.

Esta Guía incorpora: definición de la enfermedad y de casos, aspectos conceptuales, población objeto de la Guía, características de la atención (búsqueda de SR, diagnóstico, tratamiento, quimioprofilaxis, seguimiento y normas administrativas del programa), manejo de la TB en condiciones especiales (TB infantil, TB extrapulmonar, embarazo, lactancia, enfermedad hepática, enfermedad renal y silicosis), asociación TB/VIH, resistencia a los medicamentos, indicaciones de cirugía, vigilancia en salud pública de la TB (flujos de información e indicadores de evaluación de control) y por último, adopta los formatos para las actividades normadas.

Adicionalmente, se expidió la Norma Técnica para la vacunación según el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), en la cual se incluye la vacunación con BCG a todos los recién nacidos. Esta dosis debe ser suministrada antes de darle salida del servicio de salud.

Con el fin de definir los lineamientos y herramientas para la captura, consolidación, flujo, análisis de información y difusión de datos e indicadores, que permitan caracterizar la situación de la TB en las diferentes regiones del territorio nacional y aportar información útil para la toma de decisiones, se ha diseñado y establecido el protocolo nacional de vigilancia de TB y la ficha de notificación individual de estos casos (la cual contiene datos básicos y complementarios).

El protocolo de vigilancia y la ficha de notificación buscan generar información sobre la situación de la tuberculosis, acorde con las actuales necesidades de datos para el control de la enfermedad en el país. La tuberculosis en cualquiera de sus formas es una enfermedad de notificación obligatoria inmediata en todo el territorio nacional.

Sistema de información

La información sobre tuberculosis fluye por tres vías:

- Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) en el componente de eventos transmisibles y de fuente común, y se realiza diariamente por parte de las IPS, públicas y privadas, a la Dirección Local de Salud y éstas a su vez envían la información pertinente semanalmente a la Dirección Departamental o Distrital de Salud; por último, éstas realizan los reportes semanalmente al INS.
- Programa Nacional de Control de Tuberculosis, el informe trimestral de casos y actividades y el análisis de cohortes son elaborados por las IPS y enviados a las Direcciones Locales de Salud, las cuales consolidan el informe trimestral de su jurisdicción y lo remiten a las Direcciones Departamentales/Distritales de Salud; en este nivel se consolida el informe trimestral para enviarlo al MPS en el componente de laboratorio, en el que cada laboratorio clínico que realiza diagnóstico consolida la información en el condensado trimestral de actividades de bacteriología de tuberculosis y lo envía al Laboratorio de Salud Pública Departamental o Distrital, el cual lo remite a su vez al LNR del INS.
- Sistema de Estadísticas Vitales a cargo del DANE del cual se obtienen los datos de mortalidad por tuberculosis.



Justificación del Plan Estratégico

Colombia adquirió el compromiso de trabajar por el logro de las metas de los ODM, los cuales quedaron de forma explícita en el documento CONPES 91 de marzo de 2005. En los planes de trabajo conjuntos en el nivel nacional para focalizar acciones hacia los ODM, se ha establecido incorporar el tema de tuberculosis como una prioridad. Dentro de la normatividad vigente, la tuberculosis se ha incluido como una prioridad en salud pública mediante el Decreto 3039 de 2007, el cual incluyó objetivos, metas y estrategias para implementar, expandir y adaptar la estrategia DOTS/TAES a las líneas del Plan Alto a la TB.

El país ha mantenido en los últimos 10 años altas tasas de incidencia de tuberculosis (25 por 100.000 habitantes promedio año) con brechas entre los departamentos, encontrándose territorios donde hay incidencias que superan cuatro veces el promedio nacional. Aún existen debilidades en las actividades vitales como la captación de SR, que para 2008 fue de 54,4%; además no se cuenta con datos exactos de la coinfección VIH/tuberculosis, pero algunas aproximaciones puntuales estiman que la proporción de muertes por tuberculosis en PVVS es del 10%.

En el marco de la descentralización fiscal y administrativa del país y del SGSSS, las actividades de vigilancia, prevención y control de la tuberculosis se han mantenido como una prioridad nacional, lo que ha implicado la asignación de recursos de forma permanente a través de transferencias nacionales (TN), las cuales se complementan con recursos del SGP en los niveles territoriales. Además, a través de los Planes Obligatorios de Salud tanto del régimen contributivo como subsidiado, así como a través de los recursos destinados para la población pobre no asegurada, se garantiza la prestación de servicios de salud de detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas con TB, lo que demuestra que se invierte una gran cantidad de recursos financieros en Colombia para la vigilancia, prevención y control de la tuberculosis. Sin embargo, en el tema de gestión territorial hay debilidades que se dan por la falta de personal suficiente e idóneo para la ejecución de estas actividades, y la rotación permanente del mismo que conduce al desconocimiento de las responsabilidades y fallas en las acciones de tuberculosis. A ello se suman las debilidades en las acciones de inspección, vigilancia y control por parte de los niveles territoriales a la red prestadora de servicios de salud, que conduce a la falta de oportunidad y calidad en la generación de información. A pesar de que las competencias de cada actor del SGSSS se encuentran en la normatividad, hay gran dispersión y descoordinación entre éstos para llevar a cabo acciones conjuntas y articuladas en tuberculosis.

Si bien es cierto que desde el año 2000 se adoptó normativamente para Colombia la estrategia DOTS/TAES, no es posible establecer cuál es su cobertura real debido a la falta de capacidad para hacer monitoreo y seguimiento a nivel territorial. La información del nivel nacional hasta 2005 indicaba una cobertura aproximada del 20%; sin embargo, hasta tanto no haya un adecuado sistema de información que permita tener el dato real, estimaciones recientes con base en evaluaciones externas indican que la cobertura para 2008 era de aproximadamente 60%.

A pesar de contar con una Guía de Atención de la Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar, aún hay falencias en la aplicación de las directrices para la ejecución de actividades de vigilancia, prevención y control a nivel local. En el tema de vigilancia en salud pública se logró estandarizar la ficha de notificación semanal obligatoria de casos de tuberculosis, pero aún existen diferencias entre la información que ingresa por el PNCT y el SIVIGILA.

La Red Nacional de Laboratorios, coordinada por el LNR de Micobacterias del Instituto Nacional de Salud (INS), realiza actividades fundamentales en bacteriología de tuberculosis: transferencia de tecnología, vigilancia, referencia, asesoría, capacitación, asistencia técnica y Evaluación Externa del Desempeño (EED) en bacteriología de tuberculosis, mediante la cual se garantiza la calidad de los procedimientos, asegurando la integración de los laboratorios a la red departamental y promoviendo la calidad y oportunidad en el diagnóstico y control. Sin embargo se debe fortalecer el sistema de información por la RNL.



Los estudios de vigilancia de la resistencia realizados entre los años 1992 y 2005, en casos no tratados, demuestran que no hubo cambios significativos en los patrones de resistencia global (14,1% y 11,78%) y TB-MDR (1,81% y 2,38%), pero el aumento en número absoluto de casos es una señal de alerta frente a la respuesta. Además, para el año 2005 se realizó la vigilancia a los casos de pacientes previamente tratados, de los cuales 110 (41,7%) fueron abandonos, 72 (27,3%) recaídas y 60 (22,7%) fracasos, con una prevalencia de resistencia global de 44,32% y TB-MDR 31,44; por lo tanto, se requiere continuar fortaleciendo la vigilancia de la resistencia.

Para el año 2008 se inició la vigilancia de la resistencia de *M. tuberculosis* a los fármacos antituberculosos en cuatro ciudades (Barranquilla, Medellín, Cali y Buenaventura) y en algunos pueblos indígenas, para conocer la prevalencia de la resistencia.

En este mismo año, se inició el proceso de elaboración de la Guía para el Manejo Programático de Tuberculosis Multidrogorresistente, como política del MPS y del Programa Nacional de Prevención y Control de la TB, que se acogen a la “Estrategia Alto a la tuberculosis” y a la normatividad vigente.

En el área de investigación aplicada se han hecho esfuerzos; sin embargo, persisten dificultades en la integración de las líneas de investigación para que contribuyan a las prioridades y necesidades en salud pública en TB. La investigación operativa es incipiente y no se ha identificado como una necesidad para generar evidencia que apoye las decisiones del PNCT.

En el tema de movilización social, y sobre todo en la participación de personas con tuberculosis y ex-pacientes, Colombia no ha tenido mayor avance y no se tiene un inventario real de experiencias al respecto en el nivel territorial.

En cuanto a las acciones colaborativas TB-VIH/Sida, se ha logrado iniciar la vigilancia de la coinfección; sin embargo, se deben aunar esfuerzos para definir y concretar un plan que permita abordar este nuevo reto a la luz del trabajo colaborativo, basado en las propuestas a nivel mundial y regional.

De igual forma es importante abordar el problema de la TB infantil, e integrar su diagnóstico y tratamiento a la estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y PAI.

Es por lo anterior y en el marco de los ODM y del Plan Mundial “Alto a la Tuberculosis”, que se plantea un Plan Estratégico para Colombia con el fin de fortalecer y sostener acciones en pro de reducir la carga de morbilidad y mortalidad por esta enfermedad.



Visión, Objetivos y Metas del Plan

Visión	Colombia libre de tuberculosis
Objetivo General	Fortalecer la expansión de la estrategia Alto a la TB en Colombia para reducir la incidencia y mortalidad por tuberculosis.
Metas Generales	<ul style="list-style-type: none">◦ Colombia notificará más del 70% de los casos nuevos, baciloscopia positiva, y curará al menos el 85% de los mismos para a 2015.◦ Reducir la incidencia de tuberculosis y disminuir la mortalidad y la prevalencia al 50% a 2015 respecto a la de 1990 (línea de base 1993: incidencia de 32 casos por 100.000 habitantes).
Objetivo Específico 1	<p>Garantizar acceso a servicios de detección temprana, diagnóstico y tratamiento a toda persona con tuberculosis.</p> <p>Metas para lograr este objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none">◦ Captación de al menos el 80% de sintomáticos respiratorios en todo el país a 2015.◦ Cobertura DOTS/TAES del 85% de la población de Colombia al 2015.◦ Tratamiento exitoso de más del 85% de los casos de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva (curados + tratamiento terminado) al 2015
Objetivo Específico 2	<p>Garantizar la asistencia técnica y acompañamiento sostenible a las entidades territoriales</p> <p>Metas para lograr con este objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none">◦ 100% de las entidades territoriales, departamentales y distritales, recibirán asistencia técnica y acompañamiento cada año, en su componente de programa y de laboratorio.
Objetivo Específico 3	<p>Garantizar la capacidad operativa del programa en términos de recursos técnicos, así como la disponibilidad de insumos y medicamentos.</p> <p>Metas para lograr con este objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none">◦ El Ministerio de la Protección Social adquiere anualmente 100% de los medicamentos del esquema de primera línea para el tratamiento de todos los pacientes con tuberculosis.◦ 100% de las aseguradoras y de las entidades territoriales, garantizarán anualmente la realización de actividades de detección precoz, diagnóstico, tratamiento y control de pacientes con tuberculosis, a su población.



Objetivo Específico 4

Garantizar la calidad y oportunidad del diagnóstico bacteriológico y su evolución bacteriológica durante el tratamiento a través de la RNL.

Metas para lograr con este objetivo:

- Ampliar al 100% la cobertura del diagnóstico y control por cultivo, según los estándares bacteriológicos a 2015.
- A 2015, el 100% de los LSPD realizarán anualmente asistencia técnica y monitoreo a su red.
- A 2015, el 100% de los LSPD estarán capacitados por parte del LNR-INS.
- Para el año 2015, el 100% de la RNL de TB participarán anualmente en la Evaluación Externa del Desempeño de la Baciloscopia de TB.
- A 2015, ampliar la cobertura al 100% de la vigilancia de la resistencia de *M. tuberculosis* a los fármacos antituberculosos, según los estándares bacteriológicos.

Objetivo Específico 5

Fortalecer las alianzas estratégicas entre aseguradoras y prestadores de servicios de salud públicos y privados.

Metas para lograr con este objetivo:

- En el año 2015, 80% de los departamentos contarán con alianzas estratégicas entre aseguradores y prestadores de servicios de salud públicos y privados, para garantizar la implementación de la estrategia Alto a la TB con acciones sostenibles a largo plazo.

Objetivo Específico 6

Desarrollar e implementar estrategias de participación comunitaria para la prevención y control de la tuberculosis.

Metas para lograr con este objetivo:

- A 2015, el 50% de las entidades territoriales implementan estrategias de abogacía, comunicación y movilización social en tuberculosis, e incorporan a grupos de afectados en actividades de control.

Objetivo Específico 7

Fortalecer el trabajo interprogramático para enfrentar grandes amenazas como la coinfección TB/VIH y, la TB/MDR y aunar esfuerzos con programas como PAI/AIEPI y proyectos de investigación aplicada y operativa.

Metas para lograr con este objetivo

- A 2015, el 100% de las entidades territoriales, mantendrán la vigilancia epidemiológica de la coinfección TB/VIH de acuerdo a su perfil epidemiológico y efectuarán actividades de colaboración.
- Para 2015, el 100% de las entidades territoriales, mantendrán la vigilancia epidemiológica de TB-MDR.
- El 100% de las entidades territoriales y de las EPS realizarán manejo programático de TB-MDR de la TB-MDR a 2015.
- A 2012, el 100% de los casos de coinfección TB/VIH serán notificados al SIMIGILA.
- A 2015, el 50% de las entidades territoriales integrarán actividades con los programas PAI y AIEPI para potenciar el logro de las metas en TB infantil.

Objetivo Específico 8

Desarrollar acciones de supervisión, monitoreo y evaluación, para garantizar el cumplimiento de las metas e indicadores del plan estratégico “Colombia libre de tuberculosis” 2010-2015.

Metas para lograr con este objetivo

- En 2012 se contará con herramientas sistemáticas de información en tuberculosis en el marco del Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO).
- Cada año, el MPS y las entidades territoriales realizarán evaluación y monitoreo de los indicadores del plan estratégico.



Líneas Estratégicas de Trabajo y Actividades Generales

Las líneas de trabajo definidas para Colombia, acordes con el Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015, y las actividades en las cuales las entidades territoriales (departamentales, distritales y municipales), EPS e IPS deben concentrar su compromiso para la implementación de la estrategia “Alto a la TB” son definidas a continuación.

Implementación y extensión de la Estrategia DOTS/TAES

- Obtener y mantener el compromiso político a través de la inclusión de actividades de la estrategia “Alto a la tuberculosis”, como una prioridad en los planes sectoriales de salud del nivel nacional y territorial (departamental y municipal) y en los Planes de Salud Indicativos y Planes Operativos Anuales de las EPS.
- Fortalecer la capacidad de gestión en todas las entidades territoriales, EPS e IPS.
- Conformar o reactivar “Comités departamentales/distritales/institucionales asesores en tuberculosis”.
- Fortalecer la red de laboratorios, para asegurar el diagnóstico de casos de TB y aumentar la cobertura, oportunidad y calidad del diagnóstico (pulmonar y extrapulmonar) a través de baciloscopia y cultivo.
- Introducir el método de Kudoh para el transporte de muestras de lugares con difícil acceso al cultivo.
- Hacer seguimiento a las IPS que no tengan un óptimo cumplimiento de los indicadores de la estrategia, por ejemplo, que tengan un porcentaje de conversión bacteriológica al segundo mes inferior al 80%.
- Implementar estrategias que permitan mejorar la supervisión en la administración de los tratamientos y la adherencia a los esquemas con base en el apoyo a los pacientes.
- Asegurar un sistema efectivo y regular de suministro, almacenamiento, distribución y control de medicamentos.
- Fortalecer el talento humano en TB, capacitándolo en temas como: gestión, diagnóstico, sistemas de información, análisis y seguimiento de indicadores y prevención y manejo de la coinfección TB/VIH y manejo programático de TB-MDR.
- Hacer asistencia técnica y seguimiento a aseguradoras y a la red prestadora de servicios de salud, para garantizar el cumplimiento de las actividades de prevención y control de TB.

Fortalecimiento del trabajo interprogramático

Actividades colaborativas para hacer frente a la coinfección Tuberculosis-VIH/Sida:

Establecimiento/reforzamiento de mecanismos de colaboración:

- Conformar un grupo que coordine las actividades de TB/VIH.
- Realizar vigilancia de la prevalencia del VIH entre los pacientes con TB.
- Planificar de manera conjunta las actividades TB/VIH.
- Monitorear y evaluar las actividades de trabajo colaborativo.

Reducción de la carga de enfermedad por tuberculosis en personas que conviven con el VIH/Sida (PVVS):

- Establecer la búsqueda intensiva de casos de tuberculosis entre PVVS.
- Garantizar la terapia preventiva con Isoniazida en PVVS.
- Garantizar el control de la infección tuberculosa en los organismos de salud y sitios de congregación.



Reducción de la carga de enfermedad por VIH/Sida en los pacientes con tuberculosis:

- Proporcionar consejería y ofrecer pruebas voluntarias de detección VIH en los servicios de salud que buscan, detectan y tratan personas con tuberculosis.
- Difundir y facilitar el acceso a métodos preventivos para la infección por VIH.
- Garantizar tratamiento preventivo con Trimetropim Sulfametoxazol.
- Garantizar la atención y apoyo a pacientes con VIH/Sida, de acuerdo con la guía del país.
- Garantizar la terapia antirretroviral.

Actividades colaborativas entre los programas TB-PAI-AIEPI

- Mantenimiento, monitoreo y seguimiento de coberturas útiles de vacunación con BCG por municipio.
- Integración del diagnóstico y atención de tuberculosis infantil a la estrategia AIEPI en toda la red de prestación de servicios de salud.

Actividades orientadas a grupos poblacionales específicos

- Implementar y coordinar interinstitucional e intersectorialmente acciones que se adapten a las necesidades específicas de algunos grupos de la población (pueblos indígenas, población afrodescendiente, en situación de desplazamiento, privada de la libertad, hogares geriátricos y poblaciones marginales de grandes ciudades, entre otras).
- Implementar estrategias para reducir las barreras que impiden el acceso de la población en general y grupos poblacionales específicos a servicios de diagnóstico y tratamiento de tuberculosis.

Promoción de las alianzas estratégicas entre todos los proveedores de salud para el logro de metas

- Generar y mantener procesos de abogacía en forma conjunta con el nivel nacional y los actores del SGSSS, con el fin de construir alianzas entre las aseguradoras, ESE, IPS públicas y privadas, entidades territoriales (departamentales, distritales y municipales), para garantizar la detección oportuna y la atención integral de las personas que tienen tuberculosis.
- Monitorear y supervisar el cumplimiento y calidad de las acciones de prevención y control de la TB realizadas por las entidades territoriales, IPS y aseguradoras.
- Identificar a otros proveedores de servicios de salud como las IPS de los regímenes especiales (docentes, FFMM, policía, grupos étnicos), para que participen en la conformación de estas alianzas.
- Incluir a las EPS como aliados para recibir asistencia técnica y monitoreo por parte del nivel nacional y departamental.
- Impulsar, apoyar técnicamente y evaluar convenios fronterizos, binacionales o multinacionales de cooperación entre países para el manejo de la TB.

Fortalecimiento de la vigilancia en salud pública de la tuberculosis y la investigación operativa

- Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica de la TB integrado al SIVIGILA; realizar las investigaciones epidemiológicas de campo y los estudios de contactos.
- Consolidar, analizar y difundir la información de la vigilancia en salud pública para que sustente la toma de decisiones en cada nivel territorial. Éste debe ser un ejercicio conjunto entre el PNCT, red de laboratorios y SIVIGILA.
- Implementar los instrumentos y formatos diseñados para recolectar, consolidar y enviar de manera oportuna los informes del PNCT al nivel nacional.
- Consolidar alianzas estratégicas con grupos de investigación a nivel nacional y territorial, que permitan definir líneas estratégicas de investigación operativa necesarias para la toma de decisiones en el país.
- Incorporar en los planes de trabajo a nivel de entidades territoriales de salud, EPS, grupos de investigación, MPS e INS, líneas de trabajo financiadas para la realización de investigaciones operativas.
- Las entidades territoriales deben identificar, de acuerdo al análisis de los datos de vigilancia del programa y la implementación de las líneas complementarias de la estrategia Alto a la TB, los tópicos de investigación operativa y elaborar protocolos de investigación, ejecutarlos y difundir sus resultados; estas investigaciones deben contar idealmente con la participación de los actores del sistema.

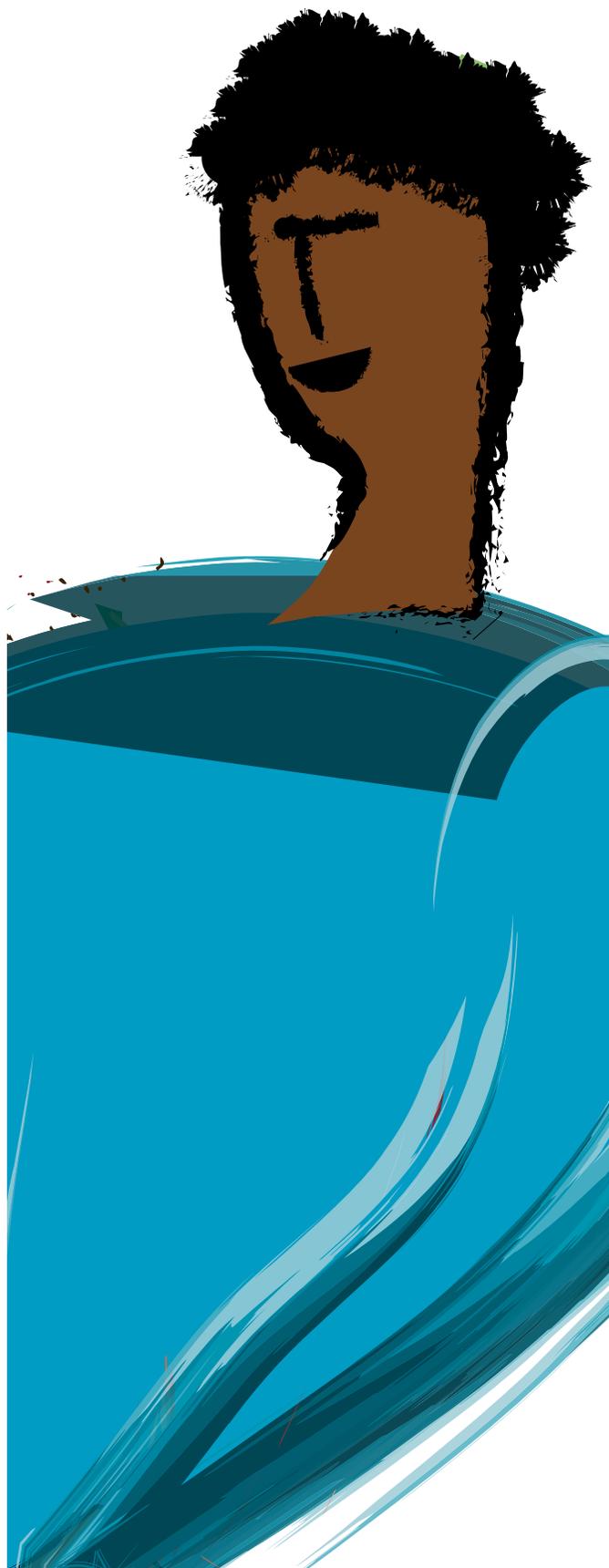
Implementación y fortalecimiento del manejo programático de TB-MDR y vigilancia de la resistencia de *M. tuberculosis* a los fármacos antituberculosos

- Conformar grupos de estudio de TB-MDR en el nivel territorial dentro de los comités departamentales asesores de TB, que orienten el manejo integral de los casos.
- Fortalecer la capacidad de la red de laboratorios en los departamentos y distritos, para el diagnóstico y control bacteriológico de TB-MDR y TB-XDR por cultivo y pruebas de susceptibilidad de *M. tuberculosis* a los fármacos antituberculosos.
- Realizar o enviar al INS las Pruebas de Susceptibilidad a Fármacos de todos los casos que se indican en la Guía de Atención Integral de la Tuberculosis y las normas vigentes.
- Garantizar el manejo programático de la TB-MDR/XDR.
- Fortalecer la capacidad nacional y territorial para la vigilancia de la TB-MDR y TB-XDR.
- Fortalecer el sistema de vigilancia en salud pública en los procesos de recolección, sistematización y análisis de los casos TB-MDR y TB-XDR como apoyo para la toma de decisiones en el manejo programático a nivel territorial y nacional.
- Socializar e implementar la Guía para el Manejo Programático de TB-MDR, así como vigilar su aplicación a nivel territorial.



Implementación de estrategias de abogacía, comunicación y movilización social (ACMS) en acciones de control de la TB

- Promover la conformación de asociaciones de pacientes y ex pacientes e incluirlos en actividades de vigilancia con base comunitaria, actividades educativas y en el diseño y realización de estrategias de comunicación.
- Impulsar la participación de la sociedad civil a través de grupos organizados a nivel local, con el fin de integrar los procesos de planificación y seguimiento.
- Incluir en los planes de trabajo a nivel nacional, territorial e institucional, líneas específicas que permitan avanzar en estrategias de ACMS y que tengan un soporte financiero.
- Generar alianzas estratégicas con ONG, empresa privada, organismos de cooperación internacional, donantes y organizaciones de base comunitaria, que permitan sustentar procesos de abogacía y movilización en apoyo a la toma de decisiones a nivel nacional.



Estratificación del País y Definición de Escenarios para la Implementación del Plan

La definición de escenarios epidemiológicos permite agrupar los territorios de modo tal, que se puedan definir y seleccionar aquellas intervenciones que pueden tener impacto y reportar mayor beneficio al país en el control de la tuberculosis, teniendo en cuenta los objetivos, metas y líneas de acción que se proponen en este plan.

Como resultado del proceso de asistencia técnica y evaluación de los indicadores del Programa Nacional de TB realizado a las entidades territoriales durante el año 2008, se planteó la necesidad de modificar los escenarios epidemiológicos utilizados para la estratificación del país en la primera versión del Plan Colombia Libre de TB diseñado en 2007. Para ésto se realizó el análisis de algunos de los indicadores del programa de TB, con el fin de construir escenarios más homogéneos entre los departamentos que faciliten y agrupen las actividades específicas de cada una de las líneas de trabajo, y a su vez que sean más acordes con las particularidades de cada territorio y el cumplimiento de las metas propuestas por el PNCT.

Para la estratificación de las entidades territoriales, se realizó un análisis de la información enviada por los responsables del programa al PNCT del MPS durante el periodo 2004-2008, y se analizó la tendencia y comportamiento de los siguientes indicadores:

Número de casos nuevos detectados por año (carga de enfermedad):

Con el dato de los casos nuevos de TB-TF de cada entidad territorial, se calculó la media para definir un valor de comparación; a partir de este valor se calculó el percentil 75 de estos datos, cuyo valor fue 382,8 y se definieron dos categorías:

Alta carga - Entidades territoriales cuya media es igual o superior al percentil 75.

Baja carga - Entidades territoriales cuya media es inferior al percentil 75.

Tasa de éxito de tratamiento de casos:

A partir de los análisis de cohortes, se analizó la información de los últimos cuatro años (2004-2007) del porcentaje de éxito de tratamiento (% curados + % tratamientos terminados) de cada entidad territorial y se calculó la media para establecer el valor de comparación, de tal modo que se agruparon las entidades territoriales así:

Entidades cuyo promedio fue $\geq 85\%$ de éxito de tratamiento.

Entidades cuyo promedio fue $< 85\%$ de éxito de tratamiento.

Con base en estos dos indicadores se construyeron cuatro escenarios, y para cada uno de ellos se definieron actividades específicas que responden a la realidad local en tuberculosis y permiten focalizar los esfuerzos territoriales.

En la siguiente tabla observamos las entidades territoriales que componen los cuatro escenarios.



Tabla No 1. Definición de escenarios para la implementación del plan estratégico

	Alta Carga (promedio \geq 382,8 casos TB-TF)	Baja Carga (promedio $<$ 382,8 casos TB-TF)
Éxito en Tratamiento \geq 85%	De las entidades territoriales con alta carga de enfermedad, ninguna tuvo en promedio un 85% de tasa de éxito de tratamiento.	Arauca Cesar Magdalena Santa Marta Vaupés Nariño Putumayo Sucre Amazonas
	Escenario 1	Escenario 3
Éxito en Tratamiento $<$ 85%	Antioquia Barranquilla Bogotá Norte de Santander Meta Santander Tolima Valle La Guajira	Atlántico Bolívar Cartagena Boyacá Caldas Caquetá Casanare Cauca Córdoba Chocó Guianía Guaviare Huila Risaralda Quindío San Andrés Vichada Cundinamarca
	Escenario 2	Escenario 4

A continuación se relacionan las actividades en las que se debe hacer énfasis por cada escenario en los planes de trabajo, que son adicionales a las actividades generales por cada línea del plan.

Escenario 1

El escenario 1 está conformado por entidades territoriales que tienen una alta carga de enfermedad (promedio igual o superior a 382,8 casos nuevos detectados por año) y que en promedio obtuvieron un éxito de tratamiento de 85% o más. En el periodo evaluado no se clasificaron entidades territoriales del orden departamental o distrital en este escenario; sin embargo, al realizar el análisis al interior de los departamentos o distritos se encontraron municipios o localidades que pertenecen a este escenario.

Actividades específicas para el Escenario 1

Implementación y extensión de la estrategia DOTS/TAES

- Mantener un seguimiento estricto en la administración de tratamiento.
- Implementar una estrategia de búsqueda institucional de SR.

Fortalecimiento del trabajo interprogramático

- Conformar grupos de trabajo y comités de expertos en el manejo de TB/VIH y formular un plan de acciones colaborativas de acuerdo a su perfil.
- Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica de la coinfección mediante la asesoría y prueba voluntaria de VIH a personas con TB.
- Implementar acciones de prevención y control de TB en población privada de la libertad, habitantes de la calle y otras poblaciones de alto riesgo para la TB, en coordinación con otros programas del nivel departamental y municipal, de acuerdo a su perfil.

Promoción de las alianzas estratégicas entre todos los proveedores de la salud para el logro de las metas

- Realizar asistencia técnica a las aseguradoras para que incluyan la TB como una de sus prioridades, destinen recursos para lograr los objetivos y metas del PCT y disminuyan las barreras de acceso al tratamiento.
- Promover la realización de convenios interadministrativos que aseguren el buen funcionamiento de la red de atención del paciente del programa de TB entre IPS y EPS en los diferentes planes de beneficios del sistema.

Fortalecimiento de la vigilancia en salud pública

- Fortalecer en todos los municipios el sistema de información y generar espacios de análisis en los que se incluyan los indicadores básicos del programa para consolidar, analizar y difundir la información del programa y mejorar la correlación entre las diferentes fuentes de información (SIVIGILA, estadísticas vitales, laboratorio y PCT), para la toma de decisiones basadas en la evidencia.

Implementación y fortalecimiento del manejo programático de TB-MDR y vigilancia de la resistencia de *M. Tuberculosis* a los fármacos antituberculosos

- Mejorar el acceso a los medicamento de segunda línea con el fin de garantizar el seguimiento y supervisión de los casos que reciben estas medicaciones.
- Fomentar las acciones necesarias e indicar planes de acción en concertación con el comité asesor departamental y nacional de TB para aplicación al Comité Luz verde.

Escenario 2

El escenario 2, lo conforman las entidades territoriales que tienen una alta carga de enfermedad (promedio igual o superior a 382,8 casos nuevos detectados por año) y que en promedio obtuvieron un éxito de tratamiento menor al 85% durante el periodo evaluado. (Ver gráfico 5).

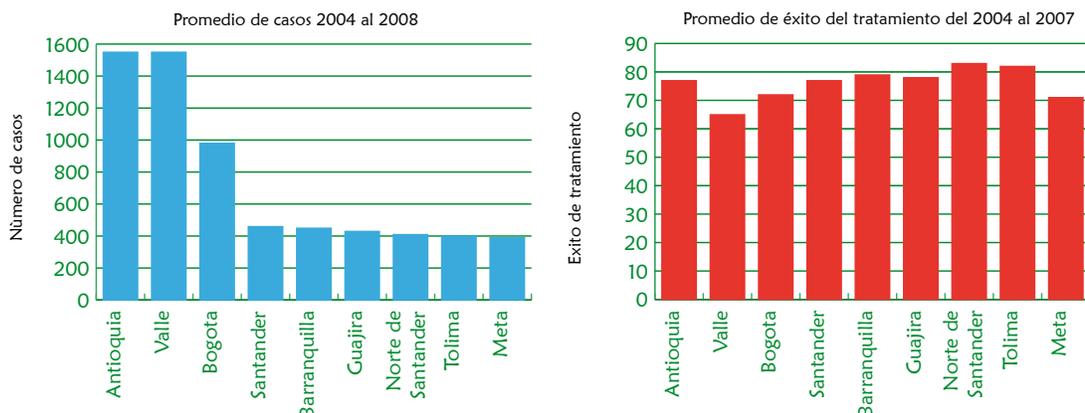
En este grupo se diagnostican en promedio el 59.8% de los casos de tuberculosis todas las formas del país, manteniendo un comportamiento similar en el número de casos diagnosticados por año durante el periodo evaluado.

Presentan debilidades en su sistema de información y en el seguimiento del tratamiento de pacientes, lo cual se evidencia por la diferencia en la evaluación de la condición de egreso y su baja tasa de éxito de tratamiento.

Adicionalmente, estas entidades territoriales son las que más población del país concentran, tienen una adecuada infraestructura de servicios de salud y son centros de referencia para municipios propios y de otros departamentos.



Gráfico 5. Promedio de casos de TB 2004-2008 y promedio de éxito en tratamiento 2004-2007 para departamentos/distritos del Escenario 2.



Fuente PNCT - MPS 2009

Actividades específicas para el Escenario 2

Implementación y extensión de la estrategia DOTS/TAES

- Realizar seguimiento estricto en la administración de tratamiento.
- Implementar una estrategia de búsqueda institucional de SR.

Fortalecimiento del trabajo interprogramático

- Conformar grupos de trabajo y comités de expertos en el manejo de TB/VIH y formular un plan de acciones colaborativas de acuerdo a su perfil.
- Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica de la coinfección mediante la asesoría y prueba voluntaria de VIH a personas con TB.
- Implementar acciones de prevención y control de TB en población privada de la libertad en coordinación con el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), que incluyan además del diagnóstico y tratamiento, actividades colaborativas TB/VIH, prevención de TB-MDR y actividades de Abogacía Comunicación y Movilización Social.
- Implementar acciones de prevención y control de TB en habitantes de calle y población en situación de desplazamiento en coordinación con otros programas del nivel departamental y municipal, que incluyan apoyo social, habitacional y nutricional.

Promoción de las alianzas estratégicas entre todos los proveedores de la salud para el logro de las metas

- Realizar asistencia técnica a las aseguradoras para que incluyan la TB como una de sus prioridades, destinen recursos para lograr los objetivos y metas del PCT y disminuyan las barreras de acceso al tratamiento.

Fortalecimiento de la vigilancia en salud pública

- Fortalecer en todos los municipios el sistema de información y generar espacios de análisis en los que se incluyan los indicadores básicos del programa para consolidar, analizar y difundir la información del programa y mejorar la correlación entre las diferentes fuentes de información (SIVIGILA, estadísticas vitales, laboratorio y PCT), para la toma de decisiones basadas en la evidencia.

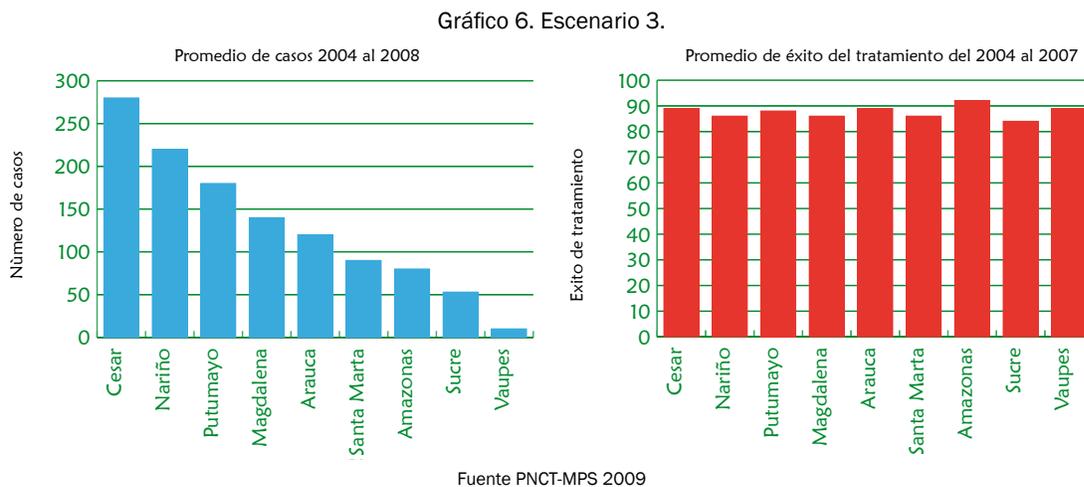
Implementación y fortalecimiento del manejo programático de TB-MDR y vigilancia de la resistencia de *M. tuberculosis* a los fármacos antituberculosos

- Mejorar el acceso a los medicamento de segunda línea con el fin de garantizar el seguimiento y supervisión de los casos que reciben estas medicaciones.

Escenario 3

El escenario 3 lo conforman las entidades territoriales que tiene baja carga de enfermedad (promedio inferior a 382,8 casos nuevos detectados por año), y que en promedio obtuvieron el 85% de éxito de tratamiento durante el periodo evaluado. (Ver gráfico 6).

En este grupo se diagnostican en promedio el 10% de los casos de TB-TF del país, manteniendo un comportamiento irregular en el número de casos diagnosticados por año durante el periodo evaluado.



Actividades específicas para el Escenario 3

Implementación y extensión de la estrategia DOTS/TAES

- Desarrollar actividades de búsqueda de una forma planeada, programando metas por municipio e IPS.



Fortalecimiento del trabajo interprogramático

- Dar continuidad a las acciones de prevención y control de TB que se vienen desarrollando en pueblos indígenas y expandir la cobertura de las mismas de forma progresiva a otras étnias.

Promoción de las alianzas estratégicas entre todos los proveedores de la salud para el logro de las metas

- Fortalecer las redes de microscopia e involucrar a agentes comunitarios en la administración y seguimiento de tratamiento.

Fortalecimiento de la vigilancia en salud pública

- Mejorar la notificación al SIVIGILA mediante la ficha de notificación individual e implementar la vigilancia sistemática de la coinfección TB/VIH-Sida.

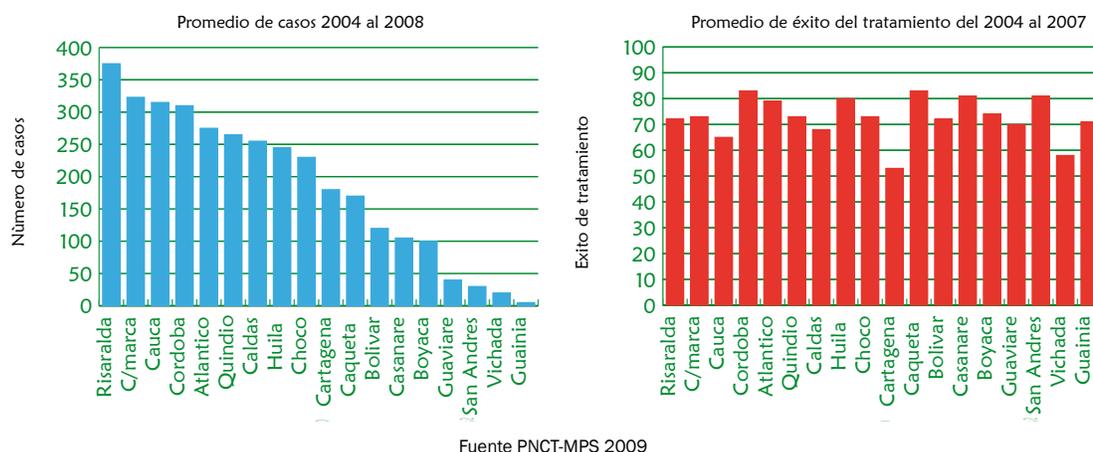
Implementación de estrategias de ACMS en acciones de control de TB

- Involucrar a pacientes y grupos de pacientes por medio de procesos de capacitación sobre diferentes aspectos del control de la TB, para que participen en actividades educativas dirigidas a la comunidad.
- Diseñar y ejecutar estrategias de comunicación en tuberculosis acordes con la realidad del territorio y adaptadas a las características socio culturales.

Escenario 4

El escenario 4 lo conforman las entidades territoriales que tiene baja carga de enfermedad (promedio inferior a 383 casos nuevos detectados por año), y que en promedio no obtuvieron el 85% de éxito de tratamiento durante el periodo evaluado. (Ver gráfico 7).

Gráfico 7. Escenario 4.



En este grupo se diagnostican en promedio el 30.2% de los casos de TB-TF del país, presentando un comportamiento bastante irregular en el número de casos diagnosticados por año durante el periodo evaluado.

Presentan inconvenientes en su sistema de información, lo que se evidencia en la falta de oportunidad en la entrega de los informes al nivel central y poca correlación entre las fuentes de información (informes trimestrales de casos y actividades y análisis de cohortes).

Actividades específicas para el Escenario 4

Implementación y extensión de la estrategia DOTS/TAES

- Realizar una supervisión estricta a la administración de tratamiento y seguimiento a los pacientes, para lograr alcanzar y mantener la meta de éxito de tratamiento.
- Implementar una estrategia que fortalezca la búsqueda institucional de casos para alcanzar y mantener la meta de captación de SR.

Fortalecimiento del trabajo interprogramático

- Implementar acciones de prevención y control de TB en pueblos indígenas, realizando de manera previa una priorización de acuerdo al perfil.
- Las entidades territoriales de Risaralda, Caldas y San Andrés deben implementar acciones de prevención y control de TB en población privada de la libertad, en coordinación con el INPEC.
- Elaborar un POA que articule las actividades de los programas de TB, VIH/Sida, AIEPI y PAI.

Promoción de las alianzas estratégicas entre todos los proveedores de la salud para el logro de las metas

- Promover las actividades colaborativas entre el personal de salud operativo del programa de TB y redes de pacientes y expacientes.

Fortalecimiento de la vigilancia en salud pública

- Capacitación, monitoreo y seguimiento estricto a todos los municipios, para garantizar el cumplimiento de las actividades del programa.



Orientación de las Actividades del Nivel Nacional

El MPS focalizará sus acciones en:

- Reactivar, coordinar y mantener el comité nacional asesor en tuberculosis como espacio de abogacía y articulación de las alianzas estratégicas con las aseguradoras.
- Coordinar actividades con los grupos de gestión en salud pública, PAI, AIEPI, VIH/Sida, para unificar los criterios de asistencia técnica a los departamentos y potenciar acciones en el tema de gestión de los recursos del programa, acciones a incluir en el PIC y articulación de las actividades.
- Diseño e implementación de la Guía de manejo de la coinfección de VIH/tuberculosis.
- Diseñar e implementar la Guía de atención de tuberculosis infantil.
- Realizar actividades de capacitación y asistencia técnica, seguimiento, monitoreo y supervisión del cumplimiento de las responsabilidades de EPS-C, EPS-S y entidades territoriales, en forma coordinada con el INS.
- Dirigir y coordinar la vigilancia en salud pública en conjunto con el INS.
- Generar procesos que permitan reforzar el sistema de información en TB en el marco del Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO).
- Garantizar los medicamentos para el esquema regular de tratamiento de la tuberculosis y su oportuna distribución a nivel territorial, y vigilar que las EPS, entidades territoriales y demás responsables en el SGSSS adquieran y suministren los tratamientos para TB-MDR.
- Coordinar las acciones con las entidades territoriales para aplicar al mecanismo de suministro de drogas de segunda línea del Comité Luz Verde (CLV).
- Diseñar e implementar estrategias para reducir las barreras que impiden el acceso de la población en general y grupos específicos (indígenas, privados de libertad, poblaciones marginales de grandes ciudades, personas viviendo en la calle y población en situación de desplazamiento) a servicios de diagnóstico y tratamiento de tuberculosis.
- Capacitar a los equipos nacionales y departamentales que trabajan con tuberculosis sobre la estrategia de PAL (del inglés “Practical Approach to Lung Health”) o Abordaje Práctico de Salud Pulmonar.
- Impulsar la creación y sostenibilidad de alianzas estratégicas (OPS/OMS, universidades, Organizaciones no Gubernamentales (ONG) Liga antituberculosa, entre otros), incluyendo alianzas público privadas (PPM).
- Impulsar el desarrollo de alianzas estratégicas con grupos de investigación en tuberculosis que apoyen la realización de investigaciones operativas acordes con las necesidades nacionales.
- Elaborar guías operativas de funcionamiento de la alianzas PPM e identificar herramientas de trabajo (cartas de acuerdo, contratos, compromisos y algunos instrumentos de registro e información).
- Ofrecer asistencia técnica a las entidades territoriales sobre las estrategias de comunicación.
- Realizar seguimiento y monitoreo del cumplimiento de las responsabilidades de EPS-C, EPS-S y direcciones territoriales de salud.
- Desarrollar y promover proyectos pilotos sobre comunicación en tuberculosis y sus contribuciones para el control de la TB.



El INS focalizará sus acciones en:

- Apoyar el proceso de reactivación del comité asesor nacional en tuberculosis; hacer parte del comité y participar activamente en las actividades del mismo.
- Realizar actividades de capacitación y asistencia técnica, seguimiento, monitoreo y supervisión del cumplimiento de las responsabilidades de entidades territoriales y demás actores del sistema de acuerdo a sus competencias en forma coordinada con el MPS.
- Realizar asistencia técnica por parte del nivel nacional al nivel departamental y distrital mínimo una vez al año, con el fin de monitorear y evaluar el cumplimiento de metas y la evaluación de los indicadores e impacto de la RNL en el PNCT.
- Realizar la Evaluación Externa del Desempeño en Bacteriología de la Tuberculosis a todos los integrantes de su red.
- Realizar las pruebas de laboratorio de alta complejidad para la vigilancia.
- Coordinar la Red Nacional de Laboratorios de tuberculosis.
- Realizar la vigilancia de la resistencia a fármacos de primera y segunda línea en los casos establecidos por el PNCT.
- Evaluar e implementar nuevas metodologías de diagnóstico de tuberculosis, acorde con los lineamientos de OMS/OPS.
- Realizar actividades de vigilancia en salud pública a través del SIVIGILA.
- Apoyar al MPS en la operación del sistema de información en tuberculosis
- Participar y prestar asesoría en la formulación de normas científico-técnicas y procedimientos técnicos en salud referentes al Programa Nacional de Control de TB, así como participar en la planeación, desarrollo y coordinación de los sistemas de información en salud y vigilancia epidemiológica, en coordinación con el Ministerio de la Protección Social, las entidades territoriales y demás órganos del sistema de salud.
- Apoyar al MPS en la creación y sostenibilidad de alianzas estratégicas (Asociación Alemana, OPS/OMS, universidades, ONG, Liga antituberculosa, entre otros), incluyendo alianzas público privadas.
- Impulsar el desarrollo de alianzas estratégicas con grupos de investigación en tuberculosis, que apoyen la realización de investigaciones operativas acordes con las necesidades nacionales.



Monitoreo y Evaluación del Plan

El proceso de monitoreo y evaluación del plan estará a cargo del MPS y el INS; el monitoreo y evaluación a los municipios es responsabilidad de los departamentos y distritos.

En cada POA del MPS, el INS y las entidades territoriales se incluirá este componente, con el objetivo de orientar la toma de decisiones de manera adecuada para conseguir las metas, así como optimizar el uso de los recursos existentes.

Se emplearán como fuentes de verificación:

- Los informes trimestrales de casos y actividades por departamento/distrito.
- La notificación semanal obligatoria de casos al SIVIGILA.
- Los análisis de las cohortes
- Los condensados trimestrales de actividades de bacteriología de tuberculosis
- Los informes de las visitas de asesoría y asistencia técnica del MPS, INS, OPS/OMS.
- Actas departamentales/distritales de capacitaciones.
- Informes de gestión de los planes de salud territoriales.
- Resultados de estudios de investigación operacional y epidemiológica.

La recopilación de información necesaria para la evaluación se hará de forma continua, según se vayan implementando las diferentes actividades. Cada año se realizará una revisión y análisis del plan para verificar avances a nivel nacional. En 2011 se realizará la primera medición de los indicadores de impacto y análisis de los mismos.

Se continuará con las reuniones nacionales de evaluación de actividades de prevención, vigilancia y control de la tuberculosis, las cuales serán organizadas por el MPS e INS.

El PNCT será el responsable de la recolección de la información, el procesamiento y análisis de los datos, y tendrá la potestad de realizar los cambios pertinentes en el Plan Estratégico de acuerdo con los resultados de las evaluaciones realizadas.

Tabla 3. Indicadores para el monitoreo y evaluación del plan

Objetivo general	Fortalecer la estrategia Alto a la TB, para lograr la reducción de la incidencia y mortalidad por TB
------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------

INDICADORES DE IMPACTO	Medio de verificación	Basal	Año 2010	Año 2012	Año 2015
Tasa de incidencia: Número de casos nuevos de TB que ocurren en un año dado sobre población total por 100.000 habitantes.	Informes trimestrales de casos y actividades	(1993) 31.98 (2008) 25.4	22	18	16
Tasa de mortalidad por TB: Número de muertes por TB que ocurren en un año dado sobre población total por 100.000 habitantes.	Estadísticas vitales DANE	(1990) 3.6 (2008) 2.3	2.1	2.0	1.8



INDICADORES DE RESULTADO	Medio de verificación				
	Basal	Año 2010	Año 2012	Año 2015	
Objetivo Específico 1	Garantizar acceso a servicios de detección temprana, diagnóstico y tratamiento a toda persona con TB				
Tasa de captación de SR: Proporción SR examinados anualmente del total de SR programados.	Informes trimestrales de casos y actividades.	(2008)	50%	70%	80%
Tasa de éxito de tratamiento: Proporción de casos nuevos TB-P BK + con tratamiento exitoso sobre el total de casos notificados.	Informe trimestral de casos y actividades Análisis de cohortes	(2007) 72.2%	80%	85%	85%
Objetivo Específico 4	Garantizar la calidad y oportunidad del diagnóstico bacteriológico y su evolución bacteriológica durante el tratamiento a través de la RNL				
Cobertura del diagnóstico por cultivo: porcentaje de laboratorios que realizan el diagnóstico y control por cultivo, según los estándares bacteriológicos	Condensado trimestrales de actividades de bacteriología de TB	2006 (33%)	2010 (40%)	2012 (60%)	2015 (70%)
Participación de los LSPD en EED: Porcentaje de LSPD que participan en EED de la baciloscopia de TB	Condensado trimestrales de actividades de bacteriología de TB	(2008) 90%	(2010) 95%	(2012) 100%	(2015) 100%
Participación de los laboratorios de la red departamentales y distrital EED de la baciloscopia: Porcentaje de laboratorios de la red que participan en EED de la baciloscopia de TB	Condensado trimestrales de actividades de bacteriología de TB	(2008) 48%	(2010) 60%	(2012) 80%	(2015) 100%
Ejecución del estudio de Vigilancia de la resistencia a los fármacos antituberculosos en pacientes no tratados y previamente tratados en el país.	Informe final	(2005) 3° estudio 100%	(2009) 4° estudio 100%	(2011) 5° estudio 100%	(2015) 6° estudio 100%

INDICADORES DE RESULTADO					
	Medio de verificación	Basal	Año 2010	Año 2012	Año 2015
Objetivo Específico 5	Fortalecer las alianzas estratégicas entre aseguradoras y prestadores de servicios de salud públicos y privados				
Implementación PPM. Porcentaje de EPS que incluyen la TB dentro de sus POA sobre el total de EPS	POA/Plan Indicativo Salud de las EPS	(2008) 0%	0%	40%	80%
Objetivo Específico 6	Desarrollar e implementar estrategias de participación comunitaria para la prevención y el control de la TB.				
Estrategias de ACMS en desarrollo: Porcentaje de ET que implementan estrategias de ACMS incorporando a los afectados en actividades de control de TB sobre el total de ET.	Documentos de conformación de asociaciones de pacientes	(2008) SD	10%	20%	50%
Objetivo Específico 7	Fortalecer el trabajo interprogramático para enfrentar grandes amenazas como la coinfección VIH/TB, la TB-MDR y aunar esfuerzos con programas como PAI/AIEPI.				
Cobertura de asesoría y oferta de prueba voluntaria: Porcentaje de pacientes con oferta y asesoría para prueba voluntaria de diagnóstico de VIH sobre el total de pacientes con diagnóstico de TB.	Informe trimestral de casos y actividades	(2008) SD	50%	80%	100%
Cobertura de vacunación con BCG : Porcentaje dosis de BCG aplicadas sobre el total de la población < de 1 año	MINPAISOFT	(2008) 92,6%	95%	95%	95%
Conversión Bacteriológica de pacientes con TB-MDR: % de pacientes con cultivo negativo al finalizar la 1ª fase del tratamiento	Informe de Análisis de cohorte	(2008) SD	30%	50%	80%



INDICADORES DE RESULTADO

	Medio de verificación	Basal	Año 2010	Año 2012	Año 2015
<p>Cobertura de tratamiento de TB-MDR: Porcentaje de pacientes que inician tratamiento bajo esquema de la guía de TB-MDR del país durante el primer mes luego de haberse hecho el diagnóstico sobre el total de pacientes con diagnóstico de TB- MDR</p>	Análisis de cohortes	(2008) SD	30%	60%	90%
<p>Inclusión de la TB en la historia clínica de AIEPI: Porcentaje de IPS que incluyen la variable TB en su HC de AIEPI sobre el total de IPS.</p>	Historia Clínica de AIEPI	(2008) 0%	Prueba piloto	50%	100%



Recursos Económicos Necesarios

La nación, a través de recursos establecidos en la Ley de Presupuesto General, adquiere en cada vigencia los medicamentos necesarios para el tratamiento de todos los casos de tuberculosis que se reportan en el país, y se realiza una transferencia de destinación específica de recursos a los departamentos y distritos para garantizar las acciones de vigilancia, prevención y control de la tuberculosis. Entre el año 2002 y 2008 en Transferencias Nacionales (TN) se asignaron \$13.618.537.000 y en medicamentos se invirtieron \$16.431.376.000. Para 2009 el nivel nacional asignó tres mil ciento treinta y siete millones sesenta y ocho mil ochocientos pesos (\$3.137.068.800) por concepto de transferencias, mil setecientos veintiseis millones once mil ciento sesenta y siete pesos (\$1.726.011.167) para adquisición de medicamentos; y mil doscientos dieciocho millones cincuenta y cinco mil trescientos veintidos pesos (\$1.218.055.322) para la ejecución del Plan Estratégico: “Colombia Libre de tuberculosis 2006-2015”.

Adicional a estos recursos, los departamentos y municipios disponen de recursos del SGP para desarrollar actividades del PIC que son complementados con las TN para el apoyo a actividades de tuberculosis.

Las administradoras de planes de beneficios reciben por cada afiliado recursos para la atención en salud, dentro de los cuales se encuentra el tema de tuberculosis. Sin embargo no hay un estimado de estos recursos y tampoco lo hay para la atención de población pobre no afiliada, cuya atención en salud se garantiza con recursos del SGP.

El INS destinó en el año 2008 un total de \$814.808.300 para la realización de las actividades de laboratorio nacional de referencia y coordinación de la Red Nacional de Laboratorios, acciones de vigilancia en salud pública e investigación orientada a acciones en tuberculosis.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) asigna recursos adicionales para la expansión de la estrategia DOTS/TAES en pueblos indígenas, que entre 2002 y 2009 ascendieron a un millón y medio de dólares.

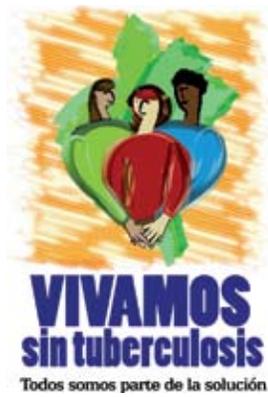


Referencias Bibliográficas

1. Alianza Alto a la Tuberculosis y Organización Mundial de la Salud. Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (WHO/HTM/STB/2006,35).
2. Organización Panamericana de la Salud. Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015. Washington, D.C: OPS, 2006. ISBN 92 75 32673 8.
3. World Health Organization. Stop TB Partnership. Advocacy, communication and social mobilization (ACSM) for tuberculosis control: a handbook for country programmes. Washington, D.C: OPS, 2007. ISBN 978 92 4 159618 3.
4. World Health Organization Global Tuberculosis Control Who Report 2009. ISBN 978 92 4 156380 2.
5. World Health Organization. Stop TB Dept. Implementing the WHO Stop TB Strategy: a handbook for national tuberculosis control programmes. WHO/HTM/TB/2008.401.
6. World Health Organization. Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. WHO/HTM/TB/2008.402.
7. Organización Panamericana de la Salud. Involucrar a todos los proveedores en salud en el control de la Tuberculosis. Orientación para la implementación del abordaje público- privado – APP. WHO/HTM/TB/2005.360.
8. World Health Organization. Stop TB partnership. The global MDR-TB & XDR-TB Response Plan 2007 – 2008.(WHO/HTM/TB/2007.387).
9. Organización Panamericana de la Salud. Guía para el control de la tuberculosis en poblaciones privadas de libertad de América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS, 2008 ISBN: 978-92-75-32937-5.
10. Instituto Nacional de Salud. Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública. Protocolo de Vigilancia de Tuberculosis. 2007.
11. Ministerio de Salud. Guía de Atención Integral de Tuberculosis. Resolución 412 de 2000.

Abreviaturas

ACMS	Abogacía, Comunicación y Movilización Social
AIEPI	Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
ARV	Antirretrovirales
BAAR	Bacilos Ácido Alcohol Resistentes
BK+	Baciloscopia de esputo para bacilos ácido alcohol resistentes positivo
CLV	Comité Luz Verde
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DOTS/TAES	Directly Observed Treatment Short - Course/ Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado
EPS-C	Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo
EPS-S	Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado
IDH	Índice de Desarrollo Humano
INS	Instituto Nacional de Salud
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
LNR	Laboratorio Nacional de Referencia
MPS	Ministerio de la Protección Social
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAL	Abordaje Práctico de Salud Pulmonar
PNCT	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
PPL	Personas Privadas de Libertad
PPM	Alianza Público-Privado de la sigla en inglés (Public & Private Mix)
PSF	Prueba de sensibilidad a fármacos
PVVS	Personas Viviendo con el VIH/Sida
RRHH	Recursos Humanos
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
Sida	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SR	Sintomático Respiratorio
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
TB	Tuberculosis
TBP	Tuberculosis Pulmonar
TBP BK+	Tuberculosis Pulmonar con Baciloscopia de esputo Positiva (+)
TBP BK-	Tuberculosis Pulmonar con Baciloscopia de esputo Negativa (-)
TB-MDR	Tuberculosis Multidrogoresistente
TB-TF	Tuberculosis todas las formas
TB/VIH	Coinfección TB y VIH
TB-XDR	Tuberculosis Extensamente Resistente
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WHA	World Health Assembly



www.col.ops-oms.org
www.paho.org
www.minproteccionsocial.gov.co
www.ins.gov.co