

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
DIRECCION DE REGULACIÓN**

**PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS Y ENFERMEDADES  
RESPIRATORIAS**

***GUÍA DE IMPLEMENTACION DE LA ALIANZA  
PÚBLICO-PÚBLICO Y PÚBLICO-PRIVADO  
PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS  
EN EL SALVADOR.***



**EL SALVADOR, C.A. FEBRERO DE 2008**

**AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
Y ASISTENCIA SOCIAL**

DR. JOSE GUILLERMO MAZA BRIZUELA  
MINISTRO DE SALUD

DR. JOSE ERNESTO NAVARRO MARIN  
VICEMINISTRO DE SALUD

DR. JOSÉ ROBERTO RIVAS AMAYA  
DIRECTOR DE REGULACIÓN

DR. HUMBERTO ALCIDES URBINA  
DIRECTOR GENERAL DE SALUD

DR. MARIO VICENTE SERPAS  
DIRECTOR DE VIGILANCIA DE LA SALUD

DRA. ENA GARCIA  
DIRECTORA DE PLANIFICACION

LIC. JUDITH ZÁRATE DE LÓPEZ  
DIRECTORA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

## CREDITOS

Dr. Julio Garay Ramos	Jefe Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (PNTYER)
Dra. Gladis de Bonilla	Colaboradora Técnica de PNTYER
Dr. Francisco Castillo	Colaborador Técnico de PNTYER
Dra. Evelyn Roxana Castro	Colaboradora Técnica de PNTYER
Dr. Mario Rafael Soto	Colaborador Técnico de PNTYER
Licda. Marta Isabel de Abrego	Enfermera Supervisora PNTYER
Licda. Laura Edith Ramos E.	Educadora Supervisora PNTYER
Lic. Rene Guevara Hernández	Supervisor de Laboratorio Clínico PNTYER
Ing. Xochil Alemán de Cruz	Colaboradora técnica de PNTYER

## PRESENTACIÓN

La detección temprana de casos, contactos y el tratamiento estrictamente supervisado son las actividades más importantes en el control de la tuberculosis, ya que las fuentes de contagio son los tosedores con tuberculosis baciloscopía positiva, y la investigación de éstos a través de tres baciloscopías es crucial para tratar, curar y para interrumpir la cadena de transmisión y exposición de la población a fuentes de contagio, pues cada hora se detectan 40 nuevos casos y cada 10 minutos ocurre una muerte por Tuberculosis a nivel mundial.

Para su logro se hace necesaria la participación sistemática de todos los proveedores pertinentes a la atención en salud, para entregar servicios efectivos en cuanto al manejo de la tuberculosis a todos los segmentos de la población, acompañando en ello al programa nacional según sus posibilidades; ya que, de esta manera se hace posible ampliar el acceso de las poblaciones mas pobres, que son las mas vulnerables a la enfermedad, reduciendo la demora en el diagnóstico, mejorando el éxito del tratamiento y disminuyendo las posibles resistencias entre otros.

Todo lo anterior en conjunto, disminuirá la prevalencia, incidencia y mortalidad por tuberculosis; lo cual impacta de manera importante en la reducción de la pobreza y de las necesidades vitales de las personas con tuberculosis y sus respectivos familiares.

Cumpliendo con la función reguladora y rectora se ha elaborado la presente Guía de Implementación de la Alianza Público – Publico y Público - Privado para el Control de la Tuberculosis, dirigida a los agentes de salud que estén involucrados en su aplicación para que hagan uso de la metodología de implementación de la Iniciativa, promuevan el acceso al cuidado de calidad de la tuberculosis así como que cuenten con una herramienta operativa que facilite las intervenciones no solo para el incremento de la notificación de los casos sino también la reducción de la carga financiera de los pacientes ante la enfermedad y finalmente el logro de los indicadores que nos lleven al control de la Tuberculosis como problema de salud pública en un futuro cercano.



  
Dr. José Guillermo Maza Brizuela  
Ministro de Salud

## INDICE

INTRODUCCION	
1. MARCO CONCEPTUAL	2
2. OBJETIVOS	4
3. ALIANZA PÚBLICO-PUBLICO-PÚBLICO-PRIVADO (APP)	5
4. DEFINICION DE TAREAS Y CATEGORIA DE PROVEEDORES	6
5. DESARROLLO DE HERRAMIENTAS OPERATIVAS PRÁCTICAS PARA FACILITAR LA IMPLEMENTACIÓN DE APP	9
6. CAPACITACION	11
7. CERTIFICACION	18
8. INICIATIVAS Y MOTIVACIÓN	18
9. VIGILANCIA Y MONITOREO	20
10. IMPLEMENTACION LOCAL	23
a) PREPARACION	23
b) MAPEO Y PRIMER CONTACTO CON LOS PROVEEDORES	25
c) SELECCIÓN DE PROVEEDORES	25
d) IMPLEMENTACION Y RESPONSABILIDADES	26
e) ABOGACÍA Y COMUNICACIÓN	28
11. FLUJOGRAMAS	30
12. GLOSARIO	32
13. ABREVIATURAS Y SIGLAS	33
14. ANEXOS	34
15. BIBLIOGRAFÍA	65

## INTRODUCCION

La prevención de la transmisión de la tuberculosis a través de la detección, diagnóstico temprano y oportuno y una atención eficaz de los casos está enmarcado en la Estrategia TAES la cual se inició en El Salvador a partir de 1997, comenzando en el 10 % de establecimientos del país, en el departamento de Sonsonate; obteniendo una cobertura del 100 % en el año 2001, mejorando así el diagnóstico, la administración del tratamiento y el sistema de registro en lo referente a notificación y egresos de casos. La tasa de Incidencia para el año 2001 fue de 28.1 por cada 100,000 habitantes y se diagnosticaron 1662 casos; para el Año 2006 se logró diagnosticar 1644 con una tasa de 23.5 por cada 100,000 habitantes, descendiendo en 4.6 en los últimos diez años, tomando en cuenta diferentes factores y características que tiene la enfermedad, como su cronicidad.

En relación a los casos de tuberculosis baciloscopía positiva (quienes representan las fuentes de contagio), en los últimos diez años los casos han permanecido entre 800 a 1000, con una tasa de incidencia que oscila entre 13 a 16 casos por cada 100,000 hab. Para el año 2006 los casos reportados fueron 913 y una tasa de 13 por 100,000 habitantes, lo que representa un 55.7% del total de casos de tuberculosis de todas las formas.

A partir del año 2006, el Programa Nacional implementó la estrategia STOP TB (ALTO A LA TUBERCULOSIS), la cual contempla entre sus componentes y medidas de aplicación el involucramiento de los proveedores de salud (públicos, no gubernamentales y privados) al control de la tuberculosis, realizando la búsqueda del sintomático respiratorio, diagnóstico oportuno y referencia al tratamiento, considerando implementar su beneficio a nivel de regiones, SIBASIS y niveles locales.

Por lo anterior es importante contar con un documento que facilite al personal de salud el abordaje de los sectores privados y públicos para su involucramiento al control de la tuberculosis realizando la búsqueda del SR, diagnóstico oportuno, referencia al tratamiento pruebas de laboratorio de calidad, educación sobre la enfermedad, referencia de pacientes para diagnóstico y tratamientos basados en la normativa.

Finalmente esta Guía apoyará y orientará al personal de salud involucrado a través de lineamientos, tareas y demás herramientas técnicas para la implementación de la estrategia a nivel nacional.

## 1. MARCO CONCEPTUAL

En el país se tienen una gama de proveedores de salud públicos, que incluyen redes de servicios de salud para poblaciones específicas de trabajadores tales como el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Sanidad Militar (ejercito), Bienestar Magisterial (maestros), Municipalidad, Penitenciario (cárceles) y el Ministerio de Salud que absorbe al 85% de la población que queda fuera de las poblaciones antes mencionadas. Asimismo, existen organizaciones sociales no públicas (ONG's), algunas contratadas por el Ministerio de Salud, otras laborando por cuenta propia, las Universidades, Farmacias y los Médicos privados, que a pesar del trabajo realizado con algunos de ellos, una parte de éstos proveedores no siempre coordinan ni aplican la Estrategia TAES quedando fuera del alcance de PNTYER, en ese sentido los pacientes de TB a quienes ellos atienden, son privados de los beneficios de la TAES.

El Programa implementa para corregir esta debilidad aparente en el control de la tuberculosis la estrategia STOP TB (ALTO A LA TUBERCULOSIS), cuya finalidad es "Reducir marcadamente la carga mundial de tuberculosis para el año 2015, en concordancia con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas Alto a la Tuberculosis", aunando esfuerzos encaminados a la incorporación de entrenamientos y capacitaciones a algunos proveedores del sector público y privados, como una experiencia temprana de implementación de la iniciativa APP (alianza publica - privada) desarrollada con la Seguridad Social, Centros Penales, Bienestar Magisterial, Policía Nacional Civil, Sanidad Militar; Asilos de Ancianos, Centros Penitenciarios, Universidades y algunas Asociaciones de Profesionales; pero aun faltan otras entidades públicas y privadas que pueden participar en la lucha contra la tuberculosis de forma voluntaria, decidida y coordinada para poder visualizar el impacto que estos aportan al control de la enfermedad; por lo que el trabajo que se espera realizar será titánico, pues serán todos los sectores de la sociedad que se trataran de unir para luchar contra la tuberculosis y así poder detectar al menos el 70% de los casos nuevos infectados y curar como mínimo el 85% de los mismos en todo el país.

La Tuberculosis es considerada una enfermedad de notificación obligatoria para todos los proveedores de servicios de salud, informándola en los instrumentos de vigilancia epidemiológica nacional y en los instrumentos de registro del programa nacional; así mismo

para su tratamiento, cuenta con una partida presupuestaria para la compra de los medicamentos los cuales son ofrecidos al usuario de forma gratuita.

Existen en el país, regulaciones sobre la compra y venta de medicamentos antifímicos, entre ellas está la restricción de su compra-venta al nivel de farmacias locales, por lo tanto la adquisición de estos, solamente la realiza el MSPAS e Instituciones como el ISSS.

Estas regulaciones son emanadas del Consejo Nacional de Salud Pública, por lo tanto el sector privado, tiene que buscar el apoyo de las instituciones públicas; para que el paciente con una prescripción médica, pueda acceder al medicamento; por lo tanto deberá de informar los casos a las Instituciones públicas como el MSPAS y la Seguridad Social que cuentan con ese acceso de compra, prescribiéndolos de forma gratuita a los pacientes que lo ameriten en sus establecimientos de salud.

En el año 2006 el país elaboró un plan de implementación de la iniciativa APP, desarrollándose, en 3 zonas del país una encuesta básica para APP con el objeto de conocer la distribución de los diferentes proveedores de salud, la existencia o no de demora diagnóstica de la enfermedad, costos por paciente y tipo de proveedor utilizado para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, encontrándose que, de 90 encuestas a pacientes con tuberculosis solamente el 2.2% había accedido de alguna forma al sector privado pero finalmente fue tratado en el sector público, por lo que se manifiesta la referencia de éstos al sector público. El MSPAS, ISSS y Centros Penales mantienen la mayor atención e información así como el tratamiento de la mayoría de pacientes TB. Existe también un subregistro en cuanto al envío de las baciloscopías diagnósticas indicadas por médicos privados quienes no reportan los resultados de éstas; por otra parte hace falta información sobre los proveedores existentes en las zonas del estudio.

Esta encuesta deja demostrado que es muy poca la influencia del sector privado como proveedor del servicio, en lo que a la atención de los pacientes con tuberculosis se refiere, por lo que esta iniciativa fácilmente permitiría darle al usuario un acceso gratuito o de muy bajo costo y de calidad si fuera captado por esa red de proveedores o al referirlo al sistema público.

## **2. OBJETIVOS.**

### **GENERAL**

Contar con una guía que proporcione los lineamientos técnicos al personal de salud, que le permitan implementar la iniciativa APP, utilizando los estándares internacionales, para lograr la participación de otros proveedores de salud públicos y privados que contribuyan a reducir la carga de tuberculosis.

### **ESPECIFICOS**

- Incrementar la detección y notificación de casos con la incorporación de proveedores públicos/privados que utilicen para ello el acceso equitativo y gratuito para su diagnóstico.
- Proporcionar a los proveedores de los servicios públicos de salud la metodología y los instrumentos necesarios para la incorporación de proveedores colaboradores de otros servicios públicos y privados de sus áreas geográficas, mejorando así el éxito del tratamiento de la tuberculosis.
- Proporcionar los lineamientos necesarios para la implementación de la Iniciativa Alianza publico-público y público-privado de forma gradual en las zonas de alta prevalencia de tuberculosis hasta el nivel nacional en un mediano y largo plazo.
- Reducir la demora diagnóstica

### **3. ALIANZA PÚBLICO/PÚBLICO Y PÚBLICO/PRIVADO (APP)**

La Alianza Público/Público y público/Privado representa un enfoque completo no solo para acercarse al sector privado sino a todos los proveedores de salud para que participen en la implementación de la estrategia TAES.

Abarca todas las formas de Alianzas público-privado (entre PNTYER y el sector privado), el público-público (entre PNTYER y otros proveedores del sector público) y privado-privado (entre una ONG o un hospital privado y la comunidad).

La colaboración mutua, es con el propósito común de asegurar la provisión de la atención de los pacientes con tuberculosis, con calidad y de forma estandarizada (en base a norma) a través de la operativización de la estrategia TAES.

Todo proveedor de salud puede contribuir potencialmente al control de la Tuberculosis, desarrollando una o varias tareas esenciales como:

- ▶ Sospechar la tuberculosis (detectar a todo sintomático respiratorio)
- ▶ Referir los casos sospechosos o confirmados
- ▶ Diagnosticar los casos
- ▶ Manejar o notificar los casos de TB.

Cuando no se cuenta con APP en un establecimiento de salud, los pacientes con tuberculosis podrían carecer de algunos cuidados de salud esenciales, por parte de los proveedores (clínicas privadas y otras fuentes existentes en su área de influencia), antes o durante el curso del diagnóstico y en el tratamiento de los pacientes.

Las situaciones locales, las características de los proveedores y los enfoques diversos para la colaboración, variarán según los lugares donde se implemente la iniciativa en el país; por lo tanto, las pautas que se definirán en esta guía, pueden ser aplicadas según los escenarios en donde se esté implementando y en el nivel que se realiza.

La premisa básica de APP para el control de la TB es que los recursos financieros para la coordinación, capacitación, supervisión y la vigilancia serán proporcionadas o ejecutadas por el PNTYER, que la provisión de medicamentos a pacientes será gratuita, y que los

honorarios de las consultas y del diagnóstico bacteriológico tengan un costo mínimo por parte de los proveedores no-PNTYER para facilitar el acceso a los usuarios de bajos recursos.

El personal del PNTYER, Regional, SIBASI y local deberá de enlistar todos los proveedores de servicios de salud de su área de influencia ya que posteriormente se tendrá que entrevistar con cada uno y visualizar el potencial de trabajo que éste puede desempeñar para con el programa de tuberculosis (evaluar tareas que pueda realizar), y luego ver si está dispuesto a trabajar con el programa para firmar una carta compromiso. (Ver anexo 21)

Posteriormente según el nivel de atención (Regional, SIBASI o local) deberá de capacitarlo en el tema o área de trabajo para lo cual se ha comprometido y entregarle los instrumentos de registro de información que deberán de enviar según el nivel del establecimiento.

Asimismo se le deberá de informar acerca de la metodología de supervisión que los encargados del programa local realizaran para apoyar el cumplimiento de las tareas a las cuales se han comprometido. El servicio local enviará para su consolidación a los proveedores de su área al nivel SIBASI y éste a nivel regional el cual lo enviará a nivel superior (PNTYER) quien lo consolidará y tendrá la visión nacional de los proveedores participantes en APP.

#### **4. DEFINICION DE TAREAS Y CATEGORÍA DE PROVEEDORES**

La definición de las tareas es una parte medular en la planificación de la iniciativa de APP y consiste en:

- ▶ Investigar localmente a los proveedores de salud,
- ▶ Su papel actual en el diagnóstico y tratamiento de la TB,
- ▶ Su capacidad de realizar las diferentes tareas de la estrategia TAES
- ▶ Su consentimiento para formar parte de la iniciativa APP.

Para iniciar este proceso, es importante definir cuál es el tipo de proveedor y si puede tomar una o varias tareas.

Utilizando la siguiente tabla de Tareas Mixtas por diferentes categorías de proveedores, el PNTYER nivel superior y cada Región, SIBASI o nivel local investigará al proveedor según

la lista de tareas principales para la implementación de TAES las cuales se dividen en funciones "sanitarias" y "clínicas", indicando como estas tareas pueden ser distribuidas.

El proveedor describirá la o las combinaciones de tareas que esta dispuesto y puede efectuar dentro del contexto local.

Dependiendo de los contextos locales, estas tareas mixtas deberán ser constatadas también para determinar las categorías pertinentes de cada proveedor, según la Tabla 1(ver anexo 1) La Tabla no incluye la administración del manejo para la coinfección TB/VIH ni la atención de pacientes multidrogo-resistentes (MDR-TB).

**Las tareas Clínicas** incluyen la identificación del sintomático respiratorio, toma de las muestras de esputo, referencia de casos sospechosos de TB, notificación de los casos, supervisión del tratamiento, realización de baciloscopía diagnóstica, prescripción de tratamiento TB y la Información a los pacientes acerca de la tuberculosis.

**Las tareas Sanitarias** incluyen la búsqueda de pacientes que abandonan el tratamiento, seguimiento de contactos, entrenamiento y capacitación de recursos, supervisión, control de calidad para los laboratorios, monitoreo y evaluación, manejo de medicamentos y suministros, Vigilancia epidemiológica, rectoría, financiamiento y regulación.

El PNTYER nivel superior, regional y local debe de estar en una posición de llevar a cabo todas las tareas; un colegio médico o un proveedor institucional público o privado pueden también emprender muchas de las tareas clínicas y sanitarias.

Los proveedores individuales inclusive farmacéuticos y no-médicos pueden tomar muestras para baciloscopías, referir sintomáticos respiratorios y, a veces, supervisar el tratamiento de pacientes; mientras médicos entrenados pueden diagnosticar y clasificar a los pacientes así como iniciarles el tratamiento.

Los hospitales regionales y de tercer nivel reciben y diagnostican los casos de grandes zonas de población, los cuales refieren a los pacientes a los niveles locales para su tratamiento pues estos no tienen funciones de dar TAES ni de dar el seguimiento al paciente

y sus contactos sino solo de detección y referencia, y la atención de casos graves y/o especiales.

Esta tarea aligerará la carga de las tareas esenciales, aumentará la adherencia, las conexiones efectivas de la referencia que se tiene ya establecida entre las instituciones y los proveedores que operan apoyando el manejo de los pacientes.

Los mecanismos locales específicos requeridos para controlar las referencias y para asegurar que los pacientes diagnosticados con TB no se pierdan, después de la referencia para el tratamiento, serán las utilizadas según la normativa del programa.

El equipo de tuberculosis del nivel Superior, Regional, SIBASI y local serán los encargados de fortalecer las debilidades de los proveedores de su área geográfica, tomando en cuenta las tareas que están dispuestos y comprometidos a realizar.

El PNTYER apoyará a las Regiones, SIBASIS y nivel local con la provisión de insumos y el suministro de medicamentos para su implementación así como también dará apoyo capacitando en el tema, supervisando el control de calidad, monitoreando y evaluando las acciones desarrolladas.

El PNTYER nivel superior, Regional y SIBASI deberán de **constituir un grupo o comité** de trabajo con los proveedores a su nivel y cada establecimiento local también deberá de constituir un grupo de trabajo local o comité coordinador el cual deberá de interactuar entre el PNTYER nivel SIBASI y Regional y los otros proveedores de servicios.

### **Categorías de Proveedores de Salud que manejan pacientes con Tuberculosis:**

#### **a) Proveedores de Salud Públicos:**

- Hospitales Generales Nacionales
- Hospitales de Especialidades Nacionales
- Unidades de Salud Nacionales locales
- Establecimientos de la Seguridad Social (Hospitales, Clínicas Médicas, Clínicas Comunales, Clínicas Empresariales)

- Clínicas de Salud bajo el Sistema Gubernamental y Ministerios (Clínicas de empleados de los diferentes Ministerios y Direcciones tales como Hacienda, Justicia, Salud, Asamblea Legislativa, otros.)
- Servicios de salud de Centros Penitenciarios (para prisioneros)
- Sanidad Militar (servicios de salud para la fuerza armada) y Policía Nacional Civil (PNC)
- Bienestar Magisterial (para maestros)
- Asilos de Ancianos públicos
- Servicios de Salud de las Alcaldías Municipales (para comunidades y mercados)

#### **b) Proveedores de Salud Privados**

- Hospitales y clínicas privadas
- Corporaciones de Servicios de salud no Gubernamentales (Cruz roja, Cruz verde otros.)
- Hospitales y Clínicas de Organizaciones no Gubernamentales (ONG´s)
- Médicos privados, enfermeras, clínicas empresariales, parteras, otros.
- Farmacias
- Laboratorios clínicos privados
- Asilos de Ancianos privados
- Practicantes de la medicina tradicional (Naturópatas)
- Practicantes informales y no-calificados.
- Colegios Médicos

### **5. DESARROLLO DE HERRAMIENTAS OPERATIVAS PRÁCTICAS PARA FACILITAR LA IMPLEMENTACIÓN DE APP:**

Los Niveles Regional, SIBASIS y locales tendrán que tener en cuenta que las herramientas prácticas operativas que serán utilizadas para la implementación de APP, deberán de ser pocos, simples, y mutuamente aceptados por los proveedores y el PNTYER.

## **Herramientas operativas prácticas**

**Son tres tipos de instrumentos prácticos** que deberán de ser utilizados para la implementación de APP:

1) Formato de formalización de la colaboración que puede ser:

- Memorando de Entendimiento y Carta de aceptación (para instituciones)
- Carta Compromiso (para proveedores individuales)

2) Instrumentos de información para las tareas ejecutadas por los proveedores tales como (PCT) ya existentes en el programa:

- Ficha de tratamiento de la tuberculosis
- Solicitud de examen bacteriológica de tuberculosis
- Libros de registro de sintomáticos respiratorios
- Libro para registro de actividades de laboratorio
- Referencia y contra-referencia
- Hoja para notificación de Reacciones Adversas a Fármacos Antituberculosos (RAFA)

3) Instrumentos que permiten la supervisión y monitoreo de las actividades ejecutadas, utilizados por el PNTYER, tales como:

- Fichas de tratamiento de tuberculosis
- Registro de sintomáticos respiratorios
- Lista de chequeo de supervisión
- Reportes trimestrales
- Informes trimestrales
- Hoja de Informe de contribución de los diferentes proveedores en relación con la detección y tratamiento de los casos de tuberculosis
- Otros

En tal sentido el PNTYER ha propuesto la utilización de los mismos instrumentos de registro utilizados por el programa ya que, con los proveedores con los cuales el programa ya ha iniciado un trabajo coordinado, éstos han sido fácilmente utilizados de forma regular sin ningún problema, evitándose así la duplicidad de la información o la pérdida de ésta.

De la misma forma se utilizarán los instrumentos de monitoreo y evaluación estandarizados por el programa. (Ver anexos de instrumentos de registros operativos del programa, PCT)

Se implementarán otros instrumentos de información que se necesitaran para llevar a cabo la construcción de APP, como son los memorando de entendimiento o carta de aceptación (para instituciones) (ver anexo 23), la carta compromiso (para proveedores individuales) y la hoja de contribución de los diferentes proveedores en relación con la detección y tratamiento de los casos de tuberculosis las cuales se adjuntan en los anexos y serán adecuados en los diferentes niveles según lo amerite.

## **6. CAPACITACION**

En cuanto a la metodología de capacitación de los proveedores en los diferentes niveles, el equipo técnico de tuberculosis Regional, SIBASI y local deberá de considerarla tomando en cuenta los diferentes niveles de conocimiento de éstos, como una de sus responsabilidades y para ello deberá de tomar en cuenta:

1. Los conocimientos previos de los diferentes proveedores en cuanto a Tuberculosis, pues algunos todavía podrían desconocer la enfermedad y la normativa de manejo de pacientes, teniéndose que dar a conocer las definiciones puntuales de manejo en el programa para que se tenga una buena respuesta por parte del proveedor.
2. A las diferentes áreas de trabajo y de interés como pueden ser la identificación y referencia de sintomáticos respiratorios, realizar baciloscopías de esputo, dar el tratamiento estrictamente supervisado o el realizar el diagnóstico e indicar el tratamiento. Esto nos llevará a impartir las diferentes capacitaciones de acuerdo a estos intereses, fortaleciéndolos para que puedan desarrollar el rol que ejecutaran dentro de la iniciativa.
3. Los estándares internacionales, los cuales se deberán de revisar, adoptar y aprobar, difundirlos entre los proveedores así como los derechos y deberes de los pacientes, éstos describen un nivel asistencial ampliamente aceptado que todos los

profesionales públicos y privados intentan conseguir cuando tratan a los pacientes con tuberculosis o se sospecha que la padecen; pretendiendo facilitar la participación eficaz de todos los proveedores de atención a la hora de prestar una asistencia de calidad a los pacientes en todas las edades.

Estos estándares son esenciales para recuperar la salud de los individuos con TB, prevenir la enfermedad en sus familiares y otras personas que hayan estado en contacto y para proteger la salud de la comunidad.

### **Los estándares deberán de agruparlos así:**

#### **a. Estándares de diagnóstico**

- Se debe hacer una evaluación de la tuberculosis en todas las personas que presenten tos productiva inexplicable durante dos semanas o más.
- En todos los pacientes (adultos, adolescentes y niños mayores de 10 años) que sean capaces de producir esputo) en los que se sospeche una tuberculosis pulmonar se obtendrán 3 muestras de esputo para su examen microscópico, la primera muestra debe recolectarse en el momento de la consulta, la segunda será recolectada por el paciente en su casa al despertarse por la mañana y la tercera al entregar la segunda muestra, todas en frascos identificados previamente con el nombre del paciente. Se deberá dar orientación al paciente sobre los pasos a seguir para obtener una buena muestra.
- En todos los pacientes (adultos, adolescentes y niños) en los que se sospeche una tuberculosis extrapulmonar se obtendrán muestras apropiadas de partes anatómicas presuntamente afectadas, para realizar un examen microscópico, para cultivo BAAR y examen histopatológico (biopsias) así como de otros exámenes auxiliares a criterio médico. En estos casos, preferentemente, el diagnóstico debe ser realizado en el segundo o tercer nivel de atención.
- Se obtendrán muestras de esputo de todas las personas cuya radiografía de tórax presenten signos indicativos de tuberculosis y se remitirán para su examen microbiológico.

- El diagnóstico de la TB pulmonar con baciloscopia de esputo negativa se basará en los siguientes criterios: Al menos 3 baciloscopías de esputo negativa (incluida al menos una muestra obtenida a primera hora de la mañana); datos en la radiografía de tórax compatible con la tuberculosis y ausencia de respuesta a una prueba con antimicrobianos de amplio espectro (se evitaran las fluoroquinolonas, dado que son activas contra el complejo M. tuberculosis, y por lo tanto deben de causar una mejoría transitoria en las personas que padecen de tuberculosis). En el caso de tales pacientes si se dispone de medios para realizar cultivos se obtendrán muestras de esputo para cultivo.
- El diagnóstico de tuberculosis intratorácica (pulmonar, pleural y mediastínica o de los ganglios linfáticos hiliares) en los niños sintomáticos con baciloscopia de esputo negativa deberá basarse en el hallazgo de anomalías en la radiografía de tórax que sea compatible con la tuberculosis y antecedentes de exposición a un caso infeccioso o bien pruebas de infección tuberculosa (prueba de tuberculina positiva). Si se dispusiera de instalaciones para el cultivo se obtendrán de tales pacientes muestras de esputo (por expectoración, lavado gástrico o estimulación del esputo) para el cultivo. En algunas ocasiones el estudio histopatológico de ganglios y tejidos obtenidos por biopsia evidencia o caracteriza la presencia de granulomas.

#### **b. Estándares de Tratamiento**

- Todo profesional que trate a un paciente que padezca de tuberculosis asume una importante responsabilidad de salud pública. Deberá de describir una indicación terapéutica normada además de ser capaz de evaluar el cumplimiento de esta indicación terapéutica por parte del paciente y abordar el cumplimiento deficiente cuando tenga lugar. De este modo el proveedor podrá velar por el cumplimiento de la indicación hasta que finalice el tratamiento.
- Todos los pacientes incluidos los coinfectados con VIH que no hayan sido tratados anteriormente deben de recibir una indicación de tratamiento de primera línea internacionalmente aceptada en la que se empleen fármacos de biodisponibilidad conocida. La fase inicial consistirá en 2 meses de tratamiento (de lunes a sábado) con Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol.

La fase de continuación consta de 4 meses y se administra Isoniazida y Rifampicina tres veces por semana (lunes, miércoles y viernes). Las dosis de los fármacos utilizados se ajustaran a las recomendaciones internacionales y en base a la Norma Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Las combinaciones de dosis fijas de dos fármacos (Isoniazida y Rifampicina), y de cuatro fármacos (Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol) son sumamente recomendadas en el TAES.

- Para fomentar y evaluar el cumplimiento terapéutico se desarrollará, con todos los pacientes, una estrategia centrada en el paciente para la administración del tratamiento farmacológico basada en las necesidades del paciente y las circunstancias en que este se encuentre y deben de ser mutuamente aceptadas por el paciente y el proveedor así como también basadas en el respeto mutuo entre ambos; tales medidas deben de incluir la observación directa de la ingestión de los medicamentos (TAES)

Se darán intervenciones de servicios de apoyo disponibles, incluyendo la orientación, consejería y la educación de los pacientes.

- Se vigilará a todos los pacientes para detectar la respuesta al tratamiento, el cual se determina mejor en pacientes con tuberculosis pulmonar mediante la microscopia de seguimiento del frotis de esputo (dos muestras) al momento de la finalización de la fase inicial del tratamiento (2 meses) a los 4 meses y al final del tratamiento.

A los pacientes que presenten baciloscopías positivas al final del segundo mes se les hará un cultivo para tipificación y resistencia y se les prolongará un mes más la primera fase y se hará baciloscopía al tercer mes, si ésta continua positiva o está negativa pasar a segunda fase de tratamiento verificando el resultado del cultivo y tomar nuevamente baciloscopía de control al cuarto mes.

Si al final del cuarto mes persiste positivo, se egresará como fracaso terapéutico y se referirá al Hospital Saldaña. Si al 4 mes la baciloscopía es negativa, continuar con el tratamiento de la segunda fase e indicar al final del sexto mes de tratamiento las dos baciloscopías de control correspondiente. Si el paciente ha terminado su tratamiento regular con control baciloscópico a los

6 meses no son necesarias las baciloscopías de control a los 12 y 24 meses de postratamiento.

- Se llevará un registro escrito de los medicamentos administrados, la respuesta bacteriológica y las reacciones adversas de todos los pacientes. Se indicará para todos los pacientes con tuberculosis, como parte de su atención habitual, la orientación y las pruebas de detección de VIH previa consejería.
- Se evaluará a todos los pacientes con coinfección TB-VIH para determinar si el tratamiento antirretroviral está indicado durante el tratamiento antituberculoso.

Se hará la coordinación apropiada para el acceso a los antirretrovirales en el caso que los pacientes reúnan las indicaciones para el tratamiento según lo normado. Se recomienda consultar con el médico experto en este campo antes de iniciar el tratamiento concomitante para la TB y el VIH independientemente de cual enfermedad haya aparecido primero. No debe de retrasarse el tratamiento antituberculoso y deben de preferirse los medicamentos de dosis combinada fija. Los pacientes coinfectados también deben de recibir cotrimoxazol como profilaxis de otras infecciones.

- En todos los pacientes se hará una evaluación de la probabilidad de fármaco resistencia basados en el antecedente de tratamiento previo, la exposición a un caso fármaco resistente y de la prevalencia en la comunidad. Asimismo se evaluará siempre en los pacientes que no hayan respondido al tratamiento y en los casos crónicos. Se realizará cultivo y pruebas de sensibilidad a antibióticos para la isoniazida, rifampicina y etambutol haciendo la interconsulta con el médico especialista de la clínica TB-MDR del Hospital Saldaña.
- Los pacientes con tuberculosis fármaco resistentes serán tratados con medicamentos de segunda línea. Se usarán al menos 4 fármacos a los que son sensibles los microorganismos y se administrará tratamiento al menos durante 18 meses. La consulta para el manejo de este tipo de pacientes se hará por el especialista de fármaco resistencia en el Hospital Saldaña.

### **c. Estándares de Responsabilidad de Salud Pública**

- Todos los proveedores de atención a pacientes con tuberculosis deben comprobar que las personas que están en estrecho contacto con pacientes con TB BK (+) son evaluados y tratados de acuerdo a la norma nacional, la cual responde a recomendaciones internacionales. En menores de 10 años y personas VIH que hayan estado en contacto con un caso de TB BK (+) se hará una evaluación de la infección latente por M. Tuberculosis y de la tuberculosis activa.
  - Todos los proveedores deben de notificar tanto los nuevos casos de tuberculosis como los casos en retratamiento así como los resultados del tratamiento a las autoridades locales de salud, de conformidad con los requisitos legales y políticas aplicadas (código de salud y normativa)
4. Disponibilidad de tiempo del proveedor, relacionado al tiempo que le pueda dedicar a la tarea a la cual se ha comprometido a desarrollar, entre ello: día completo (8 horas), mediodía (4 horas) fines de semana, días festivos o 24 horas completas etc. y durante ese tiempo cuanto se le dedicará a la tarea comprometida.

**Cuadro ilustrativo de como programarse la capacitación:**

<b>Tarea</b>	<b>Proveedor de Salud</b>	<b>Contenido</b>	<b>Fecha</b>
Referencia de Sintomáticos respiratorios (SR)	Todos los proveedores	Como identificar los SR, como y donde referirlo.	
Referencia de Sintomáticos respiratorios (SR) y realizar tratamiento supervisado	Todos los proveedores	Como realizar la búsqueda de casos, como administrar el TAES, como se realiza el llenado de los instrumentos de registro. Búsqueda de inasistentes, referencia de complicaciones etc.	
Toma de muestra y procesamiento de baciloscopia de esputo	Técnicos de laboratorio clínico, públicos y privados	Capacitación estandarizada por el PNTYER para el manejo y procesamiento de muestras según normativa.	
Diagnóstico e indicación del tratamiento	Médicos públicos y privados e Instituciones Públicas o privadas	Capacitación estandarizada por el PNTYER para el gremio médico. Aplicación de normativa	

## 7. CERTIFICACION

Será el proceso por el cual el PNTYER a nivel superior con sus equipos técnicos ubicados en los diferentes niveles: Regionales, SIBASI y establecimientos locales reconocerán oficialmente que un proveedor, (individual, hospital, laboratorio u otros) cumplen con los criterios establecidos según los estándares internacionales en relación al diagnóstico, tratamiento y de salud pública para la atención de la tarea a realizar en cuanto al manejo de los pacientes con tuberculosis.

En caso de las instituciones, la certificación requerirá de la conformidad de un conjunto uniforme de estándares y procedimientos esenciales normados por el PNTYER para la atención y el cuidado con calidad de los pacientes con tuberculosis, los cuales han sido vistos anteriormente.

Los criterios para la certificación y la no-certificación deben ser relacionados a la tarea específica o mixta asignados a los proveedores respectivos, y estos criterios deben ser similares para los proveedores públicos y privados y para cada tarea específica.

La certificación la pueden realizar los diferentes niveles del PNTYER en un inicio de forma informal, evolucionar gradualmente a un procedimiento formal y estandarizado, teniendo posteriormente evaluaciones periódicas del sistema de certificación así como de los criterios utilizados para ello cada 6 meses.

La Recertificación debe ser hecha con regularidad, aunque experiencias suficientes en este campo no se tienen al momento, será elaborada según experiencia.

## 8. INICIATIVAS Y MOTIVACION

El objetivo principal de aplicar APP es el de mejorar la detección de casos y la administración del tratamiento a los enfermos de tuberculosis; los incentivos y las prestaciones bien diseñadas serán los factores que nos ayudaran a **vencer parte de las barreras** desmotivadoras que pudieran presentarse en algunos proveedores así como también de **mejorar la ejecución** de las tareas que desarrollan los proveedores.

Ellos son útiles también no sólo para atraer al proveedor sino que también para asegurar su participación continua y el aumento en la calidad de su desempeño.

## **Los incentivos a utilizar pueden ser No Monetarios y Monetarios:**

### **• Incentivos No Monetarios**

- Acceso a drogas anti-TB gratuitas
- Acceso gratuito al entrenamiento y capacitación
- Servicios gratuitos de exámenes de microscopia
- Reconocimiento formal por parte del gobierno
- Oportunidad (reconocimiento) de servir a la sociedad
- Oportunidad de ofrecer un servicio de calidad

### **• Incentivos Monetarios**

- Por medio de convenio o contrato de las partes
- Los pagos contractuales hechos por el gobierno pueden estar sujetos a la certificación o acreditación otorgado por un tercer mecanismo creado al efecto.

Una actitud que podrían presentar algunos proveedores privados sería también de que no estén interesados en dar una colaboración sin la compensación adecuada y directa financiera.

La compensación financiera puede ser necesaria para proveedores que manejan en sus áreas de trabajo mucha población que en un momento dado podrían ser sospechosos y/o casos de Tuberculosis; otros como los médicos privados que trabajan de forma individual que tienen pocos pacientes y las organizaciones voluntarias (ONG's) que proporcionan atención en Tuberculosis que pudieran solicitar compensación en especie, en donde los estímulos no monetarios son suficientes para entrar en la colaboración con PNTYER.

Algunos ejemplos de estímulos no monetarios efectivos incluyen: el acceso gratuito de los medicamentos para ofertar el tratamiento de TB, una oportunidad de servir a la sociedad, los cursos de enseñanza para adultos, y en servicio a los laboratorios con el fortalecimiento en el manejo de la microscopia para la Tuberculosis, la oportunidad de entregar los servicios de alta calidad, el reconocimiento debido a la asociación formal con un programa del gobierno y el potencial para ensanchar el negocio como resultado del mismo.

Los tipos de estímulos pueden variar de una colaboración a otra; los estímulos financieros pueden ser considerados en algunos puntos del APP para escalar o al realizar negociaciones o arreglos cooperativos con asociaciones profesionales **previa aceptación del PNTYER a nivel superior.**

Los pagos a proveedores contratados por el Ministerio de Salud, ISSS; Sanidad Militar u otro pueden ser ligados a la certificación o la acreditación por un tercero u otro mecanismo creado especialmente para ese propósito. Para el pago de los estímulos monetarios y debido a la complejidad para realizarlos se deberá de establecer la operativización de un sistema transparente que será manejado y evaluado desde el nivel superior del PNTYER antes de poder instaurarse.

## **9. VIGILANCIA Y MONITOREO**

El personal de los diferentes niveles Regional, SIBASI y establecimientos de salud deberán de realizar una de las tareas importantes como es la de vigilar el proceso de APP en relación con objetivos planteados y los indicadores para monitorear la calidad del diagnóstico y los servicios de tratamiento, los cuales son iguales que para cualquier programa TAES.

Otro de los objetivos es que deberá de monitorear el acceso de la población en lo referente a la demora diagnóstica y la protección financiera o gratuidad para con los pacientes pobres.

Los indicadores centrales para monitorear el proceso y la medición de la contribución de proveedores según los objetivos generales de control de TB del programa son como lo indica la normativa del programa:

### **Indicadores de Proceso**

- ▶ La proporción o cobertura de los establecimientos de salud que aplican la iniciativa APP en los diferentes SIBASIS en relación al número total de unidades en el área escogida para la presencia de intervenciones de APP en el período de la cobertura por 100 (cada 6 meses o 1 año)

La fuente de datos será el listado de servicios de salud que pertenecen al SIBASI

- ▶ La proporción de proveedores de salud no-PNTYER que participan en la notificación de casos, referencia, diagnóstico y tratamiento (ejecución del TAES) tal como dispensarios, hospitales, las instituciones, otras, en relación al número de proveedores registrados de no PNTYER del SIBASI por 100 (cada 6 meses o 1 año)  
La fuente de datos será el libro de registro de proveedores no PNTYER registrados por el SIBASI

### **Indicadores de Resultados**

- ▶ La proporción de casos nuevos con baciloscopía positiva detectados a través de la referencia por proveedores no-PNTYER con relación al total de casos nuevos con baciloscopía positiva registrados por el SIBASI por 100 (cada 6 meses o 1 año)  
La fuente de datos será el registro de casos TB
- ▶ La proporción de pacientes con síntomas de Tuberculosis (SR) enviados al PNTYER por los proveedores no- PNTYER en relación al total de sintomáticos respiratorios notificados por el SIBASI por 100 (cada 6 meses o 1 año).  
La fuente de datos será la PCT – 2 (anexo 3)
- ▶ Proporción de nuevos pacientes con Tuberculosis con baciloscopía positiva que recibieron tratamiento supervisado (TAES) de los proveedores no PNTYER en relación al total de casos nuevos con baciloscopía positiva registrados por el SIBASI por 100 (cada 6 meses o 1 año).  
La fuente de datos será el libro de casos PCT – 5 (anexo 8)
- ▶ La proporción de nuevos casos baciloscopía positiva curados por proveedores no-PNTYER en relación al total de casos curados por el SIBASI por 100 (cada 6 meses o 1 año).  
La fuente de datos será la PCT – 10 (anexo 13)  
Además, se obtendrá la proporción del resultado por tipo de egreso del tratamiento de nuevos casos BK+ tratados según los diferentes criterios de análisis de Cohorte de proveedores no-NTP en relación al total de casos curados por el SIBASI por 100 (cada 6 meses o 1 año).

La fuente de datos será la PCT - 10 (Análisis de cohorte desagregada por tipo de egreso)

**Los Indicadores para medir la Demora diagnóstica y la Protección financiera,** se construirán a través de encuestas para verificar:

- ▶ Número de días transcurridos entre la primera consulta como sintomático respiratorio y el diagnóstico de la enfermedad por los proveedores de salud (con relación al estudio realizado a nivel país que encontró un promedio a nivel de proveedores de salud de 20 a 30 días)
- ▶ Número de días transcurridos entre la primera consulta como sintomático respiratorio y el inicio del tratamiento de la enfermedad por los proveedores de salud (con relación al estudio realizado a nivel país que encontró un promedio de 25 días)
- ▶ Proporción de pacientes cuyo promedio de gastos de atención por Tuberculosis fue menor de \$15.00 (con relación al estudio realizado a nivel país que encontró un promedio de gasto de \$15 dólares)

### Indicadores para la Intervención del TAES en APP y su medición

#### Cuadro APP

#### Indicadores de Proceso

Indicador	Medición	Porcentaje
Proporción de Establecimientos de Salud que aplican APP	$\frac{\text{Número de establecimientos del SIBASI que coordinan acciones de control de la TB con proveedores no- PNTYER}}{\text{Total de establecimientos del SIBASI}} \times 100$	
Proporción de proveedores no-PNTYER que participan en referencia diagnóstico, tratamiento y notificación de casos	$\frac{\text{Número de proveedores no-PNTYER en el SIBASI y que están participando en la ejecución del TAES}}{\text{Número total de proveedores no-PNTYER del SIBASI}} \times 100$	

## Indicadores de Resultado

Indicador	Medición	Porcentaje
Proporción de Pacientes con síntomas de tuberculosis (SR) enviados al PNTYER por proveedores no-PNTYER	$\frac{\text{Número de Sintomáticos Respiratorios (SR) referidos por proveedores no PNTYER}}{\text{Total de Sintomáticos respiratorios notificados por el SIBASI}} \times 100$	
Proporción de nuevos casos con baciloscopías positivas detectados mediante la referencia por proveedores no-PNTYER	$\frac{\text{Número de casos nuevos con baciloscopía positiva registrados y que fueron referidos por proveedores no-PNTYER}}{\text{Total de casos nuevos con baciloscopía positiva registrados en el SIBASi (durante el periodo informado)}} \times 100$	
Proporción de nuevos pacientes con tuberculosis baciloscopía positiva que recibían tratamiento supervisado de proveedores no PNTYER	$\frac{\text{Número de casos nuevos con baciloscopía positiva que recibieron tratamiento supervisado de los proveedores no-PNTTER}}{\text{Total de casos nuevos con baciloscopía positiva registrados en el SIBASi (durante el periodo de evaluación)}} \times 100$	
Resultado de tratamiento de nuevos casos baciloscopía positiva tratados con proveedores no - PNTYER	$\frac{\text{Número de casos curados de enero a diciembre por proveedores no-PNTYER}}{\text{Total de casos curados por el SIBASI (durante el periodo informado)}} \times 100$	

**Resultado de tratamiento:** Curado, Tratamiento terminado, Fracaso, Abandono y Fallecido

## 10. IMPLEMENTACION LOCAL

### a) Preparación

Cada PNTYER, Regional, SIBASIS y establecimientos locales deberán de realizar un análisis detallado de la situación existente de los proveedores de salud de cada Región, SIBASI y nivel local en donde se implementará la iniciativa; y establecerá la coordinación y planificación de la implementación en sus áreas de trabajo.

Los niveles Regional, SIBASI y local tendrán responsabilidades de tipo operacional, sensibilización, entrenamiento, supervisión y control de calidad de las pruebas diagnósticas para con los proveedores no- PNTYER.

Es conveniente iniciar la implementación en los sitios donde el TAES es aplicado de modo satisfactorio y se tiene alguna capacidad adicional para tomar APP. Algunos asuntos imprevistos pueden surgir durante la implementación. El desarrollo de la confianza mutua requerirá también de algún tiempo y las iniciativas tempranas también nos han ayudado a demostrar la capacidad y el consentimiento de las contrapartes tanto públicas como privadas para emprender realmente las tareas acordadas.

Basado en esto, serán las Regiones quienes aportarán los instrumentos utilizados para el apoyo y la educación en la implementación de APP, los cuales deberán de estar disponibles en los diferentes niveles de atención, incluyendo los formatos de información del programa, monitoreo, supervisión etc. (PCT), así como los nuevos adaptados (memorando y cartas de entendimiento).

El PNTYER nivel superior orientará acerca del APP al nivel Regional y SIBASI para que estos definan en un plan operativo con las actividades que sus niveles locales desarrollaran para la implementación de APP, el cual deberán de realizar por fases y basado en el Plan Nacional de implementación de la iniciativa a nivel país, debiendo ser un proceso interactivo informado de acuerdo a la experiencia ganada con los anteriores trabajos con algunas organizaciones realizadas por el PNTYER.

Se deberá de requerir de una atención sostenida por parte del PNTYER en los diferentes niveles con los otros proveedores no- PNTYER participantes en las áreas de implementación, no dejando que pase el entusiasmo ni que el trabajo en APP sea relacionado a una carga mas para los establecimientos locales.

La supervisión puede sufrir problemas si algún personal capacitado fuera retirado de las actividades de APP, por lo que las transferencias de capacitación y orientación rutinarias al personal de ambos sectores deben de darse de forma continua como parte de los planes de desarrollo del recurso humano Regional, SIBASI y Local.

## **b) Mapeo y primer contacto con los proveedores**

El equipo técnico de Tuberculosis Regional, SIBASI y local deberá mapear dentro de su área geográfica de influencia los posibles proveedores públicos y privados. Se hará una lista (censo) de los proveedores de salud que incluya proveedores públicos y no públicos por establecimiento local para su consolidación por SIBASI y por Región.

En algunos lugares como en las áreas urbanas los mapas serán preparados con el censo casa a casa de todos los tipos de proveedores que den atención en salud dentro del área local, verificando si están o no trabajando con el PNTYER y si eso fuera el caso, cual es su papel actual en la implementación del TAES, pudiéndose obtener asimismo una idea individual sobre la naturaleza de la institución proveedora de servicios, de sus áreas de servicio y determinar sus prácticas de la administración de TB, el número y la proporción de los casos de TB que ellos detectan y los resultados del tratamiento entre sus pacientes; ya que éstos podrían ser muy útiles en intervenciones integrales de APP y optimizar su contribución.

Dependiendo de los recursos existentes y el contexto local se podría mapear y al mismo tiempo sensibilizar sobre el trabajo de forma combinada.

Si es un primer contacto con el proveedor será requerido para entender la contribución que este daría en el control de la tuberculosis, información general acerca del programa y la estrategia TAES y la conveniencia de iniciar la colaboración.

La información obtenida de los diferentes proveedores durante el primer contacto deberá de ser incluida en el ejercicio del mapeo pues les ayudará a visualizar las necesidades de éstos con relación a la capacitación para la implementación del APP.

## **c) Selección de proveedores**

La priorización de los proveedores para una activa colaboración y su entrenamiento son los pasos importantes requeridos para la implementación de APP; siendo comunes las siguientes consideraciones para los niveles Regionales, SIBASI y servicios locales:

- Oferta de servicios para los pacientes con tuberculosis que buscan su atención

- Capacidad de atención de los proveedores de salud
- En que medida cuentan con personal capacitado para dar la atención
- Capacidad de diagnóstico de laboratorio
- Definición de tareas mixtas por proveedor.
- Deseos de participar en la iniciativa o ya participando coordinadamente con el PNTYER

Sobre la base de las anteriores consideraciones, los diferentes niveles seleccionaran los proveedores que podrían entrar a formar parte de las entidades a ser certificadas para las actividades consideradas en el TAES

#### **d) Implementación y responsabilidades**

En un principio la iniciativa APP podría ser vista por ambas contrapartes como un ejercicio “aprender haciendo” pero cada una tiene definidas sus responsabilidades respecto a la implementación del APP.

Cuando el Equipo Regional, SIBASI o Local cuenten con todos los insumos necesarios (listado de proveedores, tareas mixtas, cartas de compromiso, acreditación de proveedores, capacitación en las áreas específicas de apoyo al TAES) ya estipulados en los apartados anteriores, se iniciará la implementación propiamente dicha, la cual generará las responsabilidades de cada uno de los proveedores, tanto del PNTYER como de los no-PNTYER

#### **Las responsabilidades de los equipos del PNTYER en los diferentes niveles Regional, SIBASI y servicios locales será en cuanto a:**

- ▶ Elección de un punto focal en APP
- ▶ Conformación del comité coordinador
- ▶ Mapeo de proveedores de su área
- ▶ Capacitación y actualización a los proveedores no-PNTYER en sus diferentes áreas de interés
- ▶ Dotación de instrumentos de registro y su capacitación en el llenado
- ▶ Dotación de materiales de apoyo educativos
- ▶ Apoyo técnico para su involucramiento

- ▶ Verificar la capacidad de los proveedores para realizar actividades para el control de la tuberculosis
- ▶ Investigación del trabajo en conjunto
- ▶ Verificar el rol que desempeñará en la atención de los pacientes con tuberculosis
- ▶ Formalizar la cooperación pública-privada con la carta de aceptación del compromiso o del Memorando de Entendimiento.
- ▶ Verificar que la integración logre sus fines
- ▶ Verificar la voluntad del proveedor de participar en la iniciativa APP
- ▶ Evaluación de las acciones de APP cada 6 meses
- ▶ Monitoreo de los proveedores no-PNTYER
- ▶ Recibir y tabular la información de los proveedores no-PNTYER
- ▶ Información a la población sobre el sistema de la atención, en tuberculosis, de los proveedores
- ▶ Reuniones de coordinación y evaluación
- ▶ Envío de evaluaciones a los proveedores

#### **Responsabilidad de los proveedores no-PNTYER**

- ▶ Formar parte del comité coordinador si es elegido
- ▶ Aceptación de la carta compromiso o el memorando de entendimiento
- ▶ Mantener la voluntad de participar en la iniciativa APP
- ▶ Desarrollar las tareas individuales o mixtas a las que se han comprometido
- ▶ Recibir la capacitación necesaria para su acreditación en las tareas comprometidas
- ▶ Enviar la información mensual al nivel correspondiente (Regional, SIBASI o Local)
- ▶ Formalizar la cooperación pública- privada
- ▶ Dar información sobre la Tuberculosis a la población usuaria del proveedor
- ▶ Utilización de instrumentos de información del PNTYER
- ▶ Recibir capacitación sobre el programa y llenado de los instrumentos de registro
- ▶ Permitir el monitoreo y la evaluación por el PNTYER según niveles de atención
- ▶ Asistencia a Reuniones de coordinación y evaluación

Cumplidos estos requisitos se iniciará la implementación de forma paulatina, dándole seguimiento muy de cerca los equipos del PNTYER Regional, SIBASI y Superior.

### **e) Abogacía y Comunicación Social**

Un buen programa nacional de Tuberculosis exitoso y fuerte como rector en el manejo de la tuberculosis a nivel nacional, está en una mejor posición de obtener la colaboración de otros proveedores para el manejo de la tuberculosis; en tal sentido el PNTYER nivel superior sostendrá acciones de abogacía y comunicación con los equipos Regionales, SIBASI, Unidades locales y con los grupos de Proveedores Privados y Públicos que participan en el programa con el propósito de que cada día éstos logren dar una mejor atención al paciente con tuberculosis y su familia.

El equipo del PNTYER del nivel correspondiente deberá de realizar abogacía con los proveedores en cuanto a la disminución de costos para el paciente cuando su consulta sea por sospecha de sintomático respiratorio y darle un mayor acceso a la población de escasos recursos económicos que los consultan.

Asimismo dichos servicios públicos y privados deberán de contar también con una comunicación de proveedor paciente de forma efectiva ya sea de forma verbal directa o por medio de materiales de apoyo educativo que el equipo técnico del PNTYER proporcionara para ello.

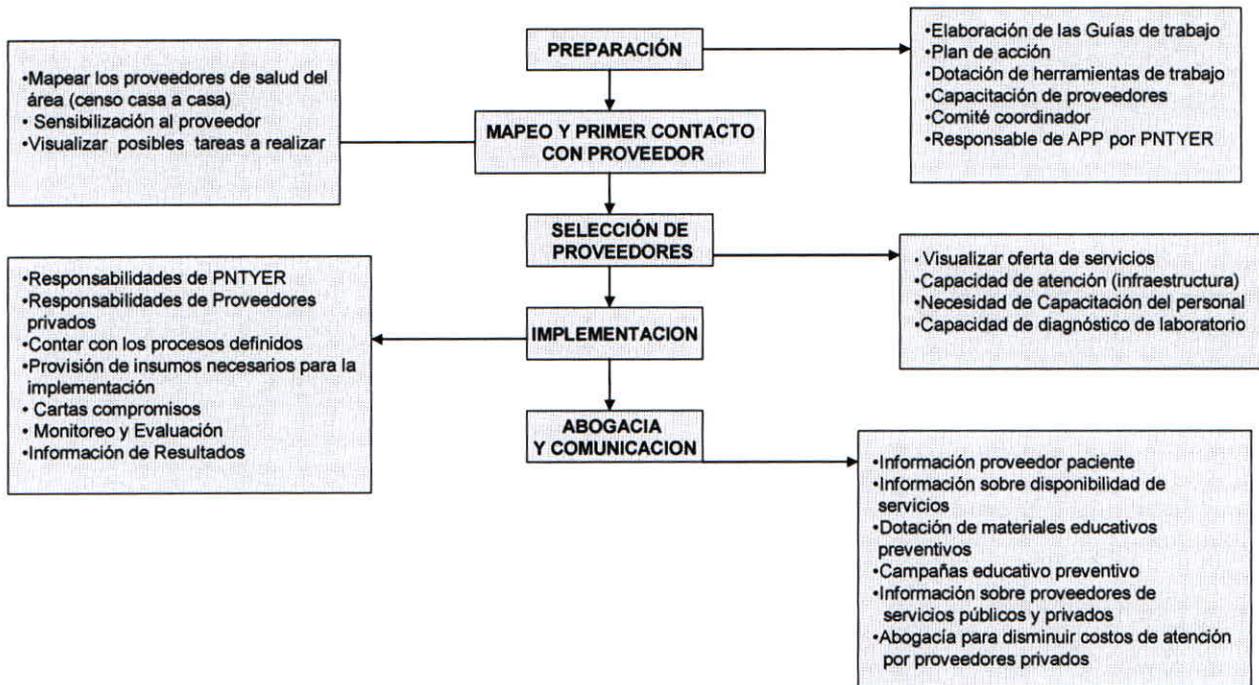
Se deberá de proporcionar información a través del PNTYER nivel Superior, Región, SIBASI y servicios locales a todos los pacientes en relación con la **disponibilidad de servicios de atención** para sintomáticos respiratorios y/o casos de Tuberculosis en el sector público y privado, así como de las atenciones que éstos proveedores privados puedan necesitar como son el pago por servicios diferentes, ofreciéndoles la colaboración abierta y transparente; ya que esto podría ayudar también a aminorar las posibilidades del maltrato y la negligencia.

Las ONG's con pericia en la comunicación y la movilización social pueden proporcionar una ayuda útil en la comunicación tanto al PNTYER de su localidad para con los proveedores como con los pacientes.

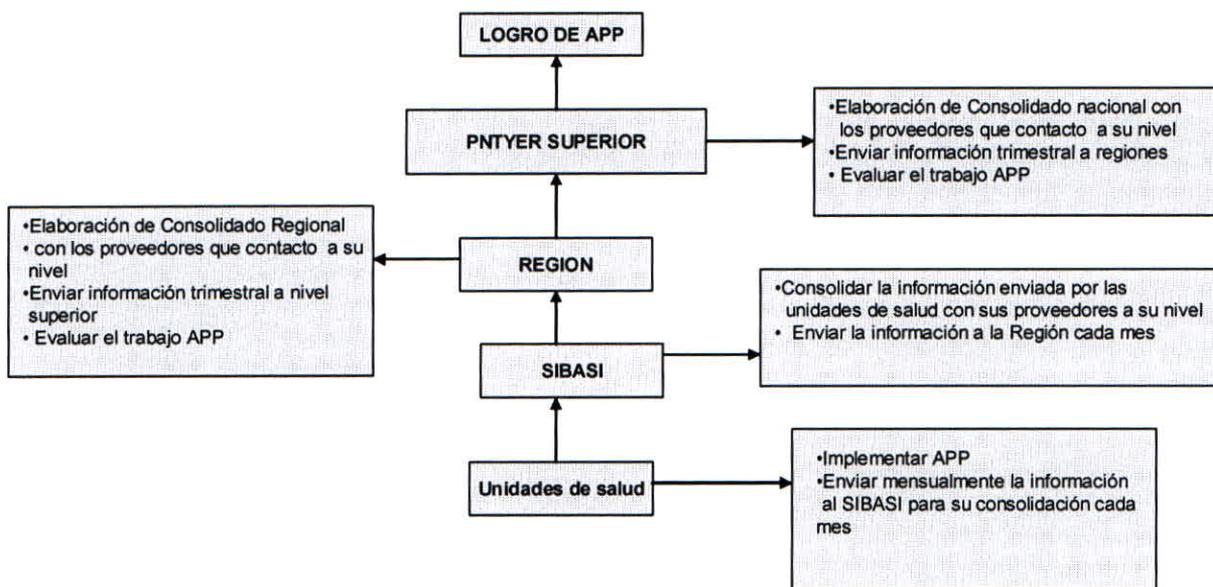
Asimismo el PNTYER dentro de sus campañas educativas- Promocionales en los diferentes medios de comunicación colectiva a la población, deberán transmitir estos conocimientos para que la población conozca el funcionamiento de la APP y el acceso del usuario sea más viable con estos proveedores.

## 11. FLUJOGRAMAS

### Implementación Local



## Envío de la Información



## 12. GLOSARIO

- ▶ Proveedores: Son aquellas entidades que cuentan con recursos para lograr la detección de SR, referencia de SR, diagnóstico por baciloscopías y clínica y proporcionar tratamiento supervisado para Tuberculosis (TAES) que se compromete a realizar actividades bajo el cumplimiento normativo del programa.
- ▶ Sintomático Respiratorio: Es toda persona mayor de 10 años con tos por más de 15 días de evolución con expectoración.
- ▶ Baciloscopía positiva: prueba de baciloscopía de esputo que visualiza el bacilo tuberculoso ácido alcohol resistente.
- ▶ Demora diagnóstica: tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas de tuberculosis y su diagnóstico.
- ▶ Alianza público - público, público- privada: es una fórmula de colaboración dentro del sector público y entre éste y el sector privado.

### 13. ABREVIATURAS Y SIGLAS

1. APP: Iniciativa Alianza Público/Público/ Público/ Privado
2. OPS/OMS : Organización Panamericana para la Salud/Organización Mundial de la Salud
3. PNTYER: Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias
4. SIBASI: Sistemas básicos de salud
5. ONG's: Organizaciones no gubernamentales
6. TAES: Tratamiento acortado estrictamente supervisado
7. STOP/TB: Alto a la tuberculosis
8. PNTYER: Programa Nacional de tuberculosis y enfermedades respiratorias
9. MSPAS: Ministerio de salud pública y asistencia social
10. ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social
11. SR: Sintomático respiratorio
12. MDR/TB: Tuberculosis Multidrogorresistente
13. TB: Tuberculosis
14. BARR: Bacilo ácido alcohol resistente
15. TB(BK+): Tuberculosis baciloscopía de esputo positiva
16. BK(+): baciloscopía positiva

# 14. ANEXOS

# ANEXO 1

Tabla 1. Tareas mixtas por diferentes categorías de proveedores

	Tareas	PNTYER Gobierno	Institución publica o privada	Proveedor privado individual	Laboratorio Publico o privado	Farmacias y Profesional No médico
Funciones	Identificación de síntomas respiratorios					
	Toma de muestras de esputo					
	Referencia de sospechosos de TB					
	Notificación de casos					
	Supervisión del tratamiento					
	Realización de baciloscopías diagnósticas					
	Realizar el diagnóstico					
	Indicar el tratamiento					
	Brindar Información a los pacientes sobre la tuberculosis					
	Identificación y soporte al tratamiento supervisado					
	Buscar los abandonos					
	Seguimiento de contactos					
	Entrenamiento y Capacitación					
	Supervisión					
	Control de calidad de laboratorios					
	Monitoreo y Evaluación					
	Manejo de Medicamentos y suministros					
	Vigilancia Epidemiológica					
	Rectoría Financiamiento y regulación					







MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
 Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias  
 SOLICITUD DE EXAMEN BACTERIOLÓGICO DE TUBERCULOSIS (PCT-3)



Establecimiento: \_\_\_\_\_ Fecha y hora de recepción en el laboratorio: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ N° de Exp. \_\_\_\_\_ VIH (+)  VIH (-)  Pendiente   
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Procedencia: Consulta Externa  Emergencia  Hospitalización   
 Dirección Exacta: \_\_\_\_\_ Fecha de Indicación: \_\_\_\_\_  
 Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_  
 Tipo de muestra: ESPUTO  OTRA  Especificar \_\_\_\_\_

EXAMEN SOLICITADO			
BK EN S.R.	BK 2do. SERIADO	CULTIVO PARA DIAGNÓSTICO	TES DE SENSIBILIDAD
1ra. <input type="checkbox"/>	1ra. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2da. <input type="checkbox"/>	2da. <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3ra. <input type="checkbox"/>	3ra. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

BACILOSCOPIA PARA CONTROL DE TRATAMIENTO ACTUAL 1ra.  2da.

DROGAS: H  R  Z  E  S  BK DE CONTROL DE MES: 2°  4°  6°  Otro   
 3°  5°  8°

Observaciones: \_\_\_\_\_

RESULTADO:

1. Baciloscopia: Positivo:  Negativo:

2. Cultivo: Positivo:  Negativo:

Nombre y Sello: \_\_\_\_\_ Fecha de Resultado: \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_

LA BACILOSCOPIA Y EL CULTIVO SON GRATUITOS.

\* Ver indicaciones de cultivo al dorso

## ANEXO 5

### INDICACIONES DE CULTIVO (Y SENSIBILIDAD)

El cultivo del *M. tuberculosis* es un examen de gran sensibilidad, pero de alto costo y complicada técnica; por lo tanto, asegúrese que su indicación se encuentre dentro de alguna de las siguientes: (encierre en un círculo el número que corresponde a la indicación)

1. Paciente con alta sospecha de tuberculosis pulmonar cuyas baciloscopías seriadas son persistentemente negativas.
2. Para diagnóstico de tuberculosis Infantil (aspirado gástrico u otra muestra)
3. Para confirmación de diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar
4. Caso VIH positivo y sospecha de tuberculosis, pero que presenta signos y síntomas correspondientes a tuberculosis
5. Sospecha de Fracaso terapéutico o Abandono recuperado y/o Recaída (previamente tratados)
6. Contacto de tuberculosis multirresistente confirmado
7. Antecedentes de estancias previas en centros penitenciarios
8. Pacientes coinfectados TB/VIH
9. Paciente que no negativiza al 2°. ó 3°. mes de tratamiento

Nota:

- No olvide que el informe de los resultados se dará a los 30 ó 45 ó 60 días y nunca antes
- No se requiere cultivo para alta de pacientes

Nombre de la persona que indica el cultivo: \_\_\_\_\_

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_













MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

INFORME TRIMESTRAL SOBRE DETECCIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS PCT - 9

Pacientes registrados durante el \_\_\_\_\_ trimestre del año \_\_\_\_\_ Informe TB + TB/VIIH-SIDA  Informe TB/VIIH-SIDA   
 Región: \_\_\_\_\_ SIBASI: \_\_\_\_\_ Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_  
 Nombre del (a) responsable del Programa de Tuberculosis: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

CUADRO 1

TUBERCULOSIS PULMONAR													
Casos Nuevos		Casos Baciloscopia Positiva				Casos BK (-)				TOTAL			
		Recaídas (2)	Fracasos (3)	Abandono Recuperado (4)	< de 10 años (5)	≥ de 10 años (6)	TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR (7)		TUBERCULOSIS MENÍNGEA (en menores de 5 años) (8)				
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		

CASOS NUEVOS CON BACILOSCOPIA POSITIVA, BK (-) Y EXTRAPULMONARES POR SEXO Y POR GRUPOS DE EDAD  
CUADRO 2

CASOS NUEVOS DE TB	GRUPOS DE EDAD																				
	0 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 24		25 - 34		35 - 44		45 - 54		55 - 64		65 y más		TOTAL		
Baciloscopia positiva	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Baciloscopia positiva																					
Baciloscopia negativa																					
Extrapulmonares																					

Observaciones: \_\_\_\_\_

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**  
**PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS**  
**INFORME TRIMESTRAL DE RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS**  
**REGISTRADOS 9 MESES ANTES PCT - 10**

Pacientes registrados durante el \_\_\_\_\_ trimestre del año \_\_\_\_\_ Informe TB + TB/VIH-SIDA  Informe TB/VIH-SIDA   
 Región: \_\_\_\_\_ SIBASI: \_\_\_\_\_ Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre del (a) responsable del Programa de Tuberculosis: \_\_\_\_\_

Total de Casos BK(+) ingresados a tratamiento durante el trimestre (1)	Sexo (2)		Curados (3)	Tratamiento terminado (4)	Fracaso (5)	Fallecido (6)	Abandono (7)	Traslado no confirmado (8)	TOTAL EVALUADOS (9)
	M	F							
<b>1. Casos Nuevos BK (+)</b>									
<b>2. Retratamiento</b>									
2.1 Recaida									
2.2 Fracaso									
2.3 Abandono Rec.									
<b>TOTAL PACIENTES TRATADOS</b>									

De la evaluación de Quimioterapia fueron excluidos \_\_\_\_\_ casos, por las siguientes razones: \_\_\_\_\_

**RESULTADO DE CASOS TUBERCULOSIS PULMONAR BK (-) Y EXTRAPULMONAR (CONDICIÓN DE EGRESO).**

CASOS	TOTAL CASOS		TTO. TERMINADO		FALLECIDO		ABANDONO		TRASLADO	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Casos pulmonares BK(-) < 10 años										
Casos pulmonares BK(-) ≥ 10 años										
Extrapulmonares										
<b>TOTAL</b>										





Ministerio de Salud Pública  
y Asistencia Social



Programa Nacional de Prevención  
y Control de la Tuberculosis

**HOJA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES CON TBC.**

(Paciente NO ingresado en el programa en el lugar diagnosticado)

1) Departamento: \_\_\_\_\_ SIBASI: \_\_\_\_\_ Estab. de Salud: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Dirección completa: \_\_\_\_\_

Referido a U. de S.  Hospital  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CRITERIO DE INGRESO**

Pulmonar BK (+)  BK (-)  Extra-Pulmonar  Otros Especificar \_\_\_\_\_

Nuevo \_\_\_\_\_ Abandono recuperado \_\_\_\_\_ Recaída \_\_\_\_\_ Fracaso \_\_\_\_\_ Traslado \_\_\_\_\_

**RESULTADO DE BACTERIOLOGÍA**

BK INICIAL: Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

Cultivo Inicial: Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

**ESQUEMA DE TRATAMIENTO INDICADO**

Esquema Acortado para Nuevo  Retratamiento  Pediátrico  Otro  Especificar \_\_\_\_\_

(2HRZE<sub>6</sub>/4H<sub>2</sub>R<sub>2</sub>) (2HRZE<sub>6</sub>/1HRZE<sub>6</sub>/5H<sub>3</sub>R<sub>3</sub>E<sub>3</sub>) (2HRZ<sub>6</sub>/4H<sub>2</sub>R<sub>2</sub>)

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos del Responsable de la Referencia \_\_\_\_\_

Firma y Sello \_\_\_\_\_

NOTA: Anexar copia de análisis y/o exámenes auxiliares. Comunicar la recepción y el Egreso del Paciente a la siguiente

Dirección y/o Telefax: \_\_\_\_\_

**HOJA DE COMUNICACIÓN DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE TRANSFERIDO**

Comunicar recepción del paciente Referido.

Departamental \_\_\_\_\_ SIBASI: \_\_\_\_\_ Estab. de Salud: \_\_\_\_\_

He recibido al paciente: \_\_\_\_\_

Referido del Establecimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del Responsable de la recepción e ingreso al PCT: \_\_\_\_\_

Sello



Ministerio de Salud Pública  
y Asistencia Social



Programa Nacional de Prevención  
y Control de la Tuberculosis

### HOJA DE REFERENCIA DE PACIENTES CON TBC.

(Paciente ingresado en el programa y es traslado para continuar tratamiento)

1) Departamento: \_\_\_\_\_ SIBASI: \_\_\_\_\_ Estab. de Salud: \_\_\_\_\_

Nombre de l Paciente \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Dirección completa: \_\_\_\_\_

Transferido a U. de S.  Hospital  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### CRITERIO DE INGRESO

Pulmonar BK (+)  BK (-)  Extra-Pulmonar  Otros Especificar  \_\_\_\_\_

Nuevo  Abandono recuperado  Recaída  Fracaso  Traslado

#### RESULTADO DE BACTERIOLOGÍA

BK INICIAL: Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

Cultivo Inicial: Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

#### ESQUEMA DE TRATAMIENTO INDICADO

Esquema Acortado para nuevo  Retratamiento  Pediátrico  Otro  Especificar \_\_\_\_\_

(2HRZE<sub>a</sub>/4H<sub>2</sub>R<sub>2</sub>) (2HRZES<sub>a</sub>/1HRZE<sub>a</sub>/5H<sub>2</sub>R<sub>3</sub>E<sub>1</sub>) (2HRZ<sub>a</sub>/4H<sub>2</sub>R<sub>2</sub>)

Dosis administradas: I Fase: \_\_\_\_\_ II Fase: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos del Responsable de la Referencia \_\_\_\_\_

Firma y Sello \_\_\_\_\_

NOTA: Anexar copia de análisis y/o exámenes auxiliares y anexar tarjeta de tratamiento. Comunicar la recepción y el Egreso del Paciente a la siguiente Dirección y/o Telefax: \_\_\_\_\_

#### HOJA DE COMUNICACIÓN DE CONDICIÓN DE EGRESO

Departamental: \_\_\_\_\_ SIBASI: \_\_\_\_\_ Estab. de Salud: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Referido del Establecimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Condición de Egreso: Cuadro con BK(-)  Tratamiento terminado  Abandono  Fracaso  Fallecido

Fecha de Egreso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del Responsable del PCT: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

#### HOJA DE COMUNICACIÓN DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE TRANSFERIDO

Comunicar recepción del paciente transferido.

Departamental \_\_\_\_\_ SIBASI: \_\_\_\_\_ Estab. de Salud: \_\_\_\_\_

He recibido al paciente: \_\_\_\_\_

Transferido del Establecimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del Responsable de la recepción: \_\_\_\_\_



# ANEXO 18

## PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

### NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS A FARMACOS ANTITUBERCULOSOS (RAFA)

Fecha de notificación    1. SIBASI: \_\_\_\_\_ 2. Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_

3. Apellidos y Nombres \_\_\_\_\_

4. No. Expediente: \_\_\_\_\_

5. Edad: \_\_\_\_\_ 6.: Sexo M  F

7. Peso Kg.: \_\_\_\_\_

8.A Fármaco(s) antifímicos recibidos por el paciente al momento de producirse RAFA

R  A  H  Z  E  S

8.B Fármaco(s) sospechoso(s) de provocar la(s) reacción adversa

8.B  R  H  Z  E  S

9. Las dosis del medicamento fueron administrados de acuerdo al peso del paciente

SI  NO

10. Inicio de medicación Día Mes Año

11. Fecha inicio RAFA Día mes año

12. Fecha de la supervisión de fármacos día mes año

1.  Todos
2.  Sólo el(los) medicamentos sospechoso(s) de provocar RAFA
3.  No se suspendió

13. Reacción adversa (anotar) el(los) número(s) en el (los) casillero(s) de acuerdo a las reacciones que se presentaron según la clasificación señaladas del formato. Utilizar un casillero por RAFA.

--	--	--	--	--

Otras: \_\_\_\_\_

14. Enfermedades asociadas  SI  NO En caso afirmativo, cual: \_\_\_\_\_

**USO EXCLUSIVO DEL HOSPITAL EN CASO QUE EL PACIENTE SEA REFERIDO**

15. Al retirar el(los) fármaco(s) Hubo Mejoría  SI  NO

16. Reexposición a los fármacos  
 1.  Recurrencia de RAFA 2.  No Recurrencia RAFA 3.  Desconocido 4.  No hubo Reexposición

17. Paciente amerito hospitalización  SI  NO

18. Evolución o desenlace
1.  Recuperado
  2.  Recuperado con Secuela
  3.  Aún no se recupera
  4.  Fallecido por RAFA
  5.  Fallecido sin relación RAFA
  6.  Desconocido

19. Modificación del esquema de tratamiento inicial posterior a evolución RAFA  SI  NO

20. Fármaco(s) causante del RAFA retirado(s) del esquema de tratamiento  R  H  Z  E  S

Persona que notifica: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



Parentesco	Año en que Enfermo	Tipo de Tuberculosis	Lugar de Tratamiento

Otros antecedentes patológicos familiares

Si.....No.....Cuales.....  
 .....

**IV EXAMEN FISICO:** Talla:..... Peso:.....

19.1 Signos Vitales: Temp:..... Pulso.....x min F.Resp:.....x min P.A.....mm/Hg

19.2 Examen Físico (Por sistemas) : .....  
 .....  
 .....

19.3 BCG: Si ( ) No ( ) Especificar:.....

**V. BACILOSCOPIAS:**

18. BK INICIAL	FECHA	RESULTADOS
1ra.		
2da.		
3ra.		
19. CULTIVO PARA BK		

20. Otros exámenes SI ..... NO .....Especificar cuales .....

21. Radiografía SI .....NO .....Resultado :.....

22. PPD SI .....NO ..... Lectura: .....mm Especificar:.....

**VI. DIAGNOSTICO:** .....  
 .....

**VII. TRATAMIENTO:** Señale con una X el esquema de tratamiento

23. Esquema de tratamiento. Esquema Categoría I ( ) Categoría II ( ) Pediátrico  
 Categoría III ( )

a. Medicamentos Indicados	b. Dosificación	c. Frecuencia	d. Observaciones

.....  
 Firma y Sello del médico tratante en el  
 Establecimiento de Salud

**ANEXO 20**

**EVOLUCION DE TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS**

Nombre del paciente:.....

Expediente # ..... Fecha ..... Peso.....

Motivo de la consulta o entrevista: a. Término de I fase ( ) b. Término de II fase ( )

c. Reacción Adversa a Medicamento ( ) Nota: Enviar Notificación de RAFA junto con Informe operacional

d. Inasistencia a tratamiento ( ) e. Alta del tratamiento ( )

e. Otros Motivos ( Especificar:.....

Examen Bacteriológico de control: Baciloscopia: ( ) Cultivo ( )

Mes correspondiente:.....

Fecha..... Resultado..... No. de Reg. Lab. ....

Otros exámenes auxiliares:.....

Nota: Sólo si fuese necesario

Descripción de síntomas y signos u otros:.....

.....  
.....  
.....  
.....

Conclusión.....

.....  
.....  
.....

Indicaciones.....

.....  
.....  
.....

.....  
Firma y sello del médico tratante en el  
Establecimiento de Salud

## ANEXO 21

### MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

#### PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS GUIA DE SUPERVISIÓN MONITOREO Y EVALUACIÓN

Nivel que supervisa: \_\_\_\_\_ Departamento/SIBASI: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Estab. de Salud: \_\_\_\_\_  
 Resp. del PCT en el establecimiento de salud: \_\_\_\_\_

Sintomáticos Respiratorios (SR) Programados: \_\_\_\_\_ SR Captados \_\_\_\_\_ S R  
 investigados: \_\_\_\_\_ Total casos Captados \_\_\_\_\_ en el Periodo: \_\_\_\_\_

CATEGORÍA DE INGRESO	NUMERO	%
BK (+) NUEVOS		
BK (-) NUEVOS MENORES DE 10 AÑOS		
BK (-) NUEVOS MAYORES DE 10 AÑOS		
EXTRAPULMONARES		
TB MENINGEA		
RECAIDA BK (+)		
ABANDONOS RECUPERADOS BK (+)		
FRACASO BK (+)		
TOTAL TODAS LAS FORMAS		

CRÓNICOS REGISTRADOS: \_\_\_\_\_ EN EL PERIODO: \_\_\_\_\_

INGRESOS BK (+) REG. EN LIBRO DEL PCT - 5 \_\_\_\_\_ vs. LIBRO DEL LAB. (PCT -  
 4) \_\_\_\_\_ EN EL PERÍODO \_\_\_\_\_

Nº DE PCTES. BK+ REG. EN EL LABORATORIO (PCT-4)	Nº PCTES. BK+ REG. EN EL PCT-5	Nº. DE PCTES. BK+ REG. PCT-1

Nº DE DÍAS EN QUE SE DEMORA EL INICIO DEL TRAT. EN PACIENTES BK (+) NUEVOS Y RECAIDAS, SEGÚN RANGO.

< DE 48 HORAS	DE 2 – 5 DIAS	> DE 5 DIAS	RANGO EN DIAS

Nº DE PACIENTES BK (-) INGRESADOS EN EL PERIODO: \_\_\_\_\_

REG. EN PCT- 5	DX EN EL LAB.	NO SE HIZO BAAR

Tasa de conversión negativa al ii mes con tratamiento acortado en el periodo \_\_\_\_\_ tasa \_\_\_\_\_ %

Número de pacientes en retratamiento con cultivo y drogosensibilidad \_\_\_\_\_

Número de sintomáticos respiratorios con dos seriados BAAR (-) y con cultivo \_\_\_\_\_

**RESULTADO DE TRATAMIENTO DEL ESQUEMA ACORTADO Y RETRATAMIENTO BK (+) EN EL PERIODO**

EGRESOS	ACORTADO		RETRATAMIENTO	
	Nº	%	Nº	%
CURADOS BK(-)				
TTO. TERMINADO SIN BK				
FRACASO				
FALLECIDO				
ABANDONO				
TRASLADO				
TOTAL				

INFORME DE INGRESOS Y RESULTADOS EN EL PERIODO: \_\_\_\_\_ CORRESPONDEN: \_\_\_\_\_

¿SE REPORTAN LAS REACCIONES ADVERSAS? \_\_\_\_\_ SI LAS RESPUESTA ES (NO) EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

EXISTEN FRACASOS, RECAIDAS O ABANDONO BK (+) EN LOS REGISTROS SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿COMO ES MANEJADO EL PACIENTE? \_\_\_\_\_

LOS DATOS REFLEJADOS EN LA FICHA DE TRATAMIENTO CORRESPONDEN CON EL LIBRO DE REGISTRO DEL PCT-5: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿EXISTEN PACIENTES CON VIH/SIDA/TB? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ EN EL PERIODO: \_\_\_\_\_ NUMERO DE PACIENTES: \_\_\_\_\_

¿SI, EXISTEN ESTAN RECIBIENDO TRATAMIENTO SEGÚN NORMAS DEL PCT? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

**ACTIVIDADES DE LABORATORIO**

INDICADOR	Nº.	%
<b>3% DE LA CONSULTA A &gt; DE 10 AÑOS DEL AÑO ANTERIOR</b>		
NUMERO DE SR INVESTIGADOS		
NUMERO DE BK (+)		
PORC. DE POSITIVIDAD		
NUMERO DE BK POR SR		

**EXISTENCIA DE INSUMOS DE LAB.:**

INSUMOS	CANTIDAD
CARBOL FUCSINA	
FENOL	
AZUL DE METILENO	
ALCOHOL ACIDO	
LAMINAS PORTA OBJETOS	
RECOLECTORES DE ESPUTO	

**NECESIDADES DE MEDICAMENTOS SEGÚN N° DE PACIENTES EN TRATAMIENTO**

TRATAMIENTO	I FASE DE	II FASE
ACORTADO		
RETRATAMIENTO		
PEDIÁTRICO		
QUIMIOPROFILAXIS		

**EXISTENCIA DE MEDICAMENTOS:**

MEDICAMENTOS	VENC.	EXISTENCIA	NECESIDAD	RESERVA	PEDIDO
INH 100 mg					
INH 300 MG					
R 300 MG					
R 100 mg./ 5 ML					
Z 500 mg					
E 400 mg					
S 1 gr.					
INH 75mg + R 150mg + Z 400mg + E 275mg					
<b>INH 200mg+ R150mg</b>					

**CONCLUSIONES:** \_\_\_\_\_**RECOMENDACIONES:** \_\_\_\_\_

Nombre y firma de los Supervisores \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ANEXO 22**

**CARTA COMPROMISO  
EJEMPLO**

San Salvador xxx x del 2007

Para: Dr.....  
Jefe del Programa Tuberculosis  
Presente

Proveedor Privado involucrado en el Control de la Tuberculosis

Yo; (Sr.) ----- (médico, Lic) del municipio-----  
Departamento----- quiero involucrarme de forma voluntaria en el  
control de la Tuberculosis en las siguientes tareas.

- Referir mis sintomáticos respiratorios para el diagnóstico de la Tuberculosis al servicio de salud público ( )
- Referir mis sintomáticos respiratorios para el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis de forma gratuita bajo el PNT ( )
- Si el sintomático referido es positivo a Tuberculosis y el programa nacional me provee del medicamento antituberculoso, daría TAES como lo norma el programa de forma gratuita ( )
- Si cuento con un Sintomático respiratorio y necesita toma de baciloscopía tomaré la baciloscopía según lo normado e informaré del caso al PNTYER ( )

Por favor chequee la tarea que usted realizaría como proveedor no-PNTYER en apoyo al control de la tuberculosis

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

## ANEXO 23



### MEMORANDUM DE ENTENDIMIENTO O ACUERDO EJEMPLO

ACUERDO DE ENTENDIMIENTO ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Y -----.

DR -----, mayor de edad, médico, del domicilio de San Salvador, actuando en su calidad de----- y LIC. -----, mayor de edad, actuando en calidad de-----, ambos según consta en Acuerdo Ejecutivo Número ----- de fecha -----, publicado en el Diario Oficial No -----Tomo ----- de fecha -----. Quienes en el transcurso de este Acuerdo se denominarán----- Y EL-----, respectivamente, decidimos celebrar el presente Acuerdo de Cooperación mutua y que se regirá por las cláusulas siguientes:

#### PRIMERA: OBJETO DEL ACUERDO:

- Participar como proveedor de salud en la iniciativa APP
- Establecer los roles y las responsabilidades de ambos proveedores de salud en lo que respecta a la atención de la tuberculosis en apoyo a la Iniciativa APP
- Hacer el diagnóstico y dar el tratamiento antituberculoso TAES a ----- del país.
- Desarrollar la capacidad de los trabajadores de salud en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis

#### SEGUNDA: COMPROMISOS DE LAS PARTES

##### 1) El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Central, Región, SIBASI o Unidad de Salud Local) se comprometa a:

- a) Proporcionar cobertura de un 100% de la estrategia TAES para pacientes con Tuberculosis en ----- del país.
- b) Capacitar los Recursos Humanos para la implementación de las estrategias TAES en los diferentes Centros----- del país.
- c) Asignar personal del programa nacional de prevención y control de la Tuberculosis para la coordinación, seguimiento y capacitaciones a todo personal en general de ----- del país.

- d) Suministrar material educativo y papelería para el registro y sistema de información de casos.
- e) Suministrar insumos médicos y de laboratorio (gabachas, jeringas, frascos para baciloscopía, kits para transporte de muestra, etc.) a -----del país.
- f) Suministrar medicamentos contemplados en el cuadro básico de medicamentos para los pacientes con Tuberculosis.
- g) Acceso gratuito a las Pruebas diagnósticas y a los tratamientos antituberculosos.
- h) Definir en conjunto las estrategias necesarias a fin de apoyar con las necesidades de cada clínica de-----, según disponibilidad financiera.
- i) Realizar Monitoreo y Auditorias técnicas en cada clínica de----- del país mensualmente.

**2) El ----- se compromete a:**

- a) Proveer la infraestructura que sea necesaria para la instalación y funcionamiento del programa de prevención y control de Tuberculosis.
- b) Dotar a la ----- de personal técnico y administrativo, de acuerdo a las posibilidades de cada centro penitenciarios para mejorar coberturas y calidad de los servicios de salud en los pacientes con Tuberculosis.
- c) Brindar asistencia médica a toda la población de----- que lo necesite con calidad y oportunidad.
- d) Búsqueda del Sintomático respiratorio
- e) Toma de baciloscopía de esputo y envió a unidad local para su procesamiento
- f) Dar tratamiento TAES
- g) Mantener una Comunicación efectiva y oportuna, con la red de establecimientos del Ministerio de Salud en sus tres niveles de atención.
- h) Mantener una Comunicación efectiva y de coordinación con el Programa nacional de Prevención y Control de Tuberculosis del Nivel (Central, Regional, SIBASI etc.).
- i) Dar mantenimiento preventivo y correctivo a las instalaciones.
- j) Proveer la información generada en ----- al Ministerio de Salud Pública en forma oportuna.
- k) Facilitar Voluntarios para la divulgación de las charlas que se implementaran a personal del -----.

**TERCERA: MEDIDAS DE CONTROL.**

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Central, Región, SIBASI o Unidad Local y la----- podrán en cualquier momento ejercer las medidas de control que estimen convenientes, para garantizar el funcionamiento de la a ejecución de las tareas mixtas comprometidas a desarrollar dentro del plan anual operativo.

**CUARTA: MODIFICACIONES.**

Cualquier modificación al presente Acuerdo o la realización de los que en el futuro se celebren, deberán hacerse con la autorización de las partes intervinientes, cuyo resultado deberá ser comunicado por escrito previo a la entrada en vigencia de un nuevo período de prórroga del presente del mismo Acuerdo.

**QUINTA: DE LA TERMINACION DEL ACUERDO:**

Las instituciones firmantes se reservan el derecho de dar por terminado el presente Acuerdo total o parcialmente, por no convenir a sus intereses, o por incumplimiento del mismo.

**SEXTA: PLAZO, VIGENCIA Y PRORROGA**

El plazo del presente Acuerdo será de un año contado a partir del día de su firma, pudiendo ser prorrogable por uno o más periodos iguales, siempre que las partes estuvieran de acuerdo o que ellas mismas manifiesten por escrito con un mes de anticipación como mínimo, a la fecha de su vencimiento o de sus prórrogas, su voluntad de darlo por terminado.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, los infrascritos, debidamente autorizados para ello, firman en nombre de las partes el presente Convenio de cooperación suscrito entre el MSPAS y la -----, en dos ejemplares de igual tenor, en el lugar y fecha indicadas.

Por el MSPAS (Central, Región, SIBASI  
O Unidad local:

Por el Institución:

Firma: \_\_\_\_\_  
Dr.

Firma: \_\_\_\_\_  
Lic.

Lugar: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**ANEXO 24**

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**

**PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS  
 INFORME DE CONTRIBUCIÓN DE LOS DIFERENTES PROVEEDORES PRIVADOS EN  
 RELACIÓN CON LA DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS CASOS DE TUBERCULOSIS**

Nivel que informa: \_\_\_\_\_

Departamento/SIBASI: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_

Responsable de APP en el establecimiento de salud: \_\_\_\_\_

Categoría de proveedor	Total de nuevos casos BK+ Diagnosticados en el año				Total de nuevos casos BK+ que iniciaron tratamiento TAES en el año	
	Referidos		Diagnosticados		Tratados	
	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Total →</b>						
Médicos Privados						
Hospitales Privados						
Clínicas de Salud y Hospitales de ONGs						
Clínicas Empresariales						
Laboratorios Privados						
Otros (especificar)						

## ANEXO 25

### MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

#### PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS INFORME DE CONTRIBUCIÓN DE LOS DIFERENTES PROVEEDORES PÚBLICOS EN RELACIÓN CON LA DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS CASOS DE TUBERCULOSIS

Nivel que informa: \_\_\_\_\_ Región/SIBASI: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_  
 Responsable de APP en el establecimiento de salud: \_\_\_\_\_

Categoría de proveedor	Total de nuevos casos BK+ Diagnosticados en el año				Total de nuevos casos BK+ que iniciaron tratamiento TAES en el año	
	Referidos		Diagnosticados		Tratados	
	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Total →</b>						
Hospitales Públicos Generales						
Hospitales Públicos Universitarios						
Servicios de la Seguridad Social						
Centros Penitenciarios						
Sanidad Militar						
Clínicas de Salud Municipales						
Otros (Especificar)						

## BIBLIOGRAFÍA

1. Guías de implementación de la Alianza público privada Organización Mundial de la Salud oficina regional, septiembre 2006
2. Plan de implementación de la iniciativa APP en El Salvador, junio 2006
3. Normas Internacionales para la asistencia antituberculosa. Coalición antituberculosa para la asistencia técnica (TBCTA, CDC, ATS, OMS) 2006
4. Public- Private Mix for DOTS, practical tools to help implementation. TB Strategy and Operations Stop TB department OMS/StopTB Partnership2003
5. Engaging all health care providers in TB control. Guidance on Implementing Public-Private Mix Approaches. OMS2006