

Plan Estratégico Nacional de Control de la Tuberculosis Multidrogo Resistente TB-MDR

2012 - 2015

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Dirección General de Vigilancia de la Salud
Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

● ● ● Paraguay - Noviembre 2011

AUTORIDADES

Dra. Esperanza Martínez

Ministra de Salud Pública y Bienestar Social

Dra. Raquel Escobar A.

Vice-Ministra de Salud Pública

Dr. Iván Allende C.

Director General de Vigilancia de la Salud

Dra. Celia Martínez de Cuellar

Directora del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Dra. Mercedes Carrillo

Directora del Laboratorio Central de Salud Pública

Contenido

I. Introducción	5
II. Situación Epidemiológica de la Tuberculosis	6
La organización del Control de la TB en el Paraguay	10
Análisis FODA	11
Justificación	12
Objetivos Generales	14
Objetivos Específicos	14
Metas	15
Etapas de Implementación	15
Estructura del Plan	15
Anexo 1 - Estructura del Plan 2012-2013	16
Anexo 2 - Matriz del Plan de Acción	17
Anexo 3 - Presupuesto	18-19



I. Introducción

Desde la implementación de la estrategia DOTS se reconoció a la TB resistente a los medicamentos antibacilares como uno de los desafíos a enfrentar por los Programas Nacionales de Control de Tuberculosis (PNCT) y se vio la necesidad de incluir su manejo programático dentro de las estrategias de control de la TB.

En el año 2006, Paraguay accedió a la iniciativa de la OMS, denominada “Comité de Luz Verde”, para facilitar que pacientes con Tuberculosis Multidrogo-resistente (TB-MDR) reciban tratamiento adecuado con medicamentos de calidad asegurada a precios accesibles.

En el año 2008, el país inicia la implementación de la Estrategia de la OMS, “Alto a la TB” con el fin de alcanzar las metas referidas de tuberculosis de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de detener y comenzar a reducir la incidencia y reducir en 50% las tasas de prevalencia y mortalidad por TB para el 2015 con respecto a las registradas en el año 1990. La Estrategia Alto a la TB incluye dentro de su segundo componente el manejo programático integral de la TB-MDR.

En mayo del 2009, en la 62da. Asamblea Mundial de Salud, Paraguay al igual que otros países firmó la Resolución Mundial WHA62.15 dirigida a la prevención y control de la TB-MDR, la cual insta a los Estados Miembros de la OMS a que implementen el acceso universal al diagnóstico y tratamiento de la TB-MDR, que incluya la gratuidad de la atención, el fortalecimiento de la información, de la red de laboratorios y se mejore la calidad y cobertura de DOTS entre otros.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a través del Programa Nacional de Tuberculosis, como respuesta al desafío epidemiológico que la TB y TB-MDR representa en el Paraguay, comprometidos ante los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en base a la resolución de la WHA62.15 de la Asamblea Mundial de la Salud y en marcados en las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad establece elaborar el “Plan Estratégico Nacional de Control de la TB-MDR en Paraguay 2012 - 2015”.

Este plan tiene como objetivo “Contribuir a la disminución de la incidencia, prevalencia y mortalidad por TB-MDR a través del acceso universal al diagnóstico y tratamiento de acuerdo a los estándares internacionales al 100% de los casos de TB-MDR estimados en Paraguay al 2020”.

Esta meta se logrará a través de la implementación de la Vigilancia de la Tuberculosis resistente a Medicamentos y la Prevención y manejo Clínico - programático de la TB-MDR.

El Plan Estratégico Nacional de control de la Tuberculosis Drogo-Resistente 2012 - 2015, ha sido elaborado en base a las recomendaciones internacionales y la experiencia acumulada de nuestro país y se cimentará con el compromiso gubernamental adquirido para la prevención y

control de la Tuberculosis y la nueva política de salud, con un programa transversal por ciclo de vida garantizando la continuidad de la prestación según los niveles de atención.

II. Situación epidemiológica de la Tuberculosis

La tuberculosis es un importante y prioritario problema de salud pública en el Paraguay, afectando las poblaciones más pobres y en las edades más productivas de la vida.

La OMS estimó para el 2009 una prevalencia de 66 casos de TB por 100.000 habitantes, aproximadamente 4.269 casos nuevos de todas las formas y en torno de 4,5 muertes por 100.000 habitantes (Global Tuberculosis Control 2010).

Según datos del Sistema de Información del Programa Nacional de TB, el número total de casos registrados en 2009 fue de 2.267. Una tasa de incidencia de 35,8 por 100.000 habitantes y de casos BK + 23,2 casos por 100.000 habitantes. Dentro de los cuales, 86,7% (1.966) eran casos nuevos de TB Pulmonar y 74,7% (1.470) pulmonares con baciloscopía positiva.

Analizando una serie histórica de 10 años (1999-2009) (gráfico 1), la tendencia de la incidencia de la tuberculosis en el país parece bastante estable con una aparente disminución. La tasa de incidencia de TB para esos años varía de 34,4 a 39,4 por cada 100.000 habitantes, variando la tasa de incidencia de casos BAAR (+) entre 16 a 24 casos por 100.000 habitantes con una tendencia al aumento en los últimos años por mejoras en la captación de Sintomáticos Respiratorios y la confirmación bacteriológica a través de iniciativas diferenciadas en grupos de riesgo como población indígena y población privada de libertad principalmente, así como, la incorporación del Sistema Nacional de Salud en las acciones de búsqueda y tratamiento de casos.

Es necesario destacar que esos números presentan, probablemente, algún grado de sub-registro, pero, con base a las estimativas de la OMS, el número de casos detectados en Paraguay en 2009 representa 76,1% de la incidencia estimada (casos nuevos de TB) de todas las formas, de los cuales 83,4% han sido tratados exitosamente en la cohorte del 2009 de casos nuevos de TBP BK+ (Tabla 1). Esto debido básicamente a la calidad de aplicación del DOTS especialmente referido al tratamiento directamente observado, a deficiencias en el sistema de información, a la co-infección TB-VIH, a las deficiencias en la red de laboratorios, entre otros.

Al 2009 existe un 20% de los casos de TB BAAR + con tratamiento autoadministrado con resultados muy negativos en relación a la cura (51,6%) y las altas tasas de fallecidos (15,8%) lo que hace urgente de incorporar el 100% de los pacientes al DOT.

Gráfico 1. Tendencia de la tuberculosis, 1999-2009, Paraguay
Tasa de incidencia de TB en todas sus formas y TBP BK+

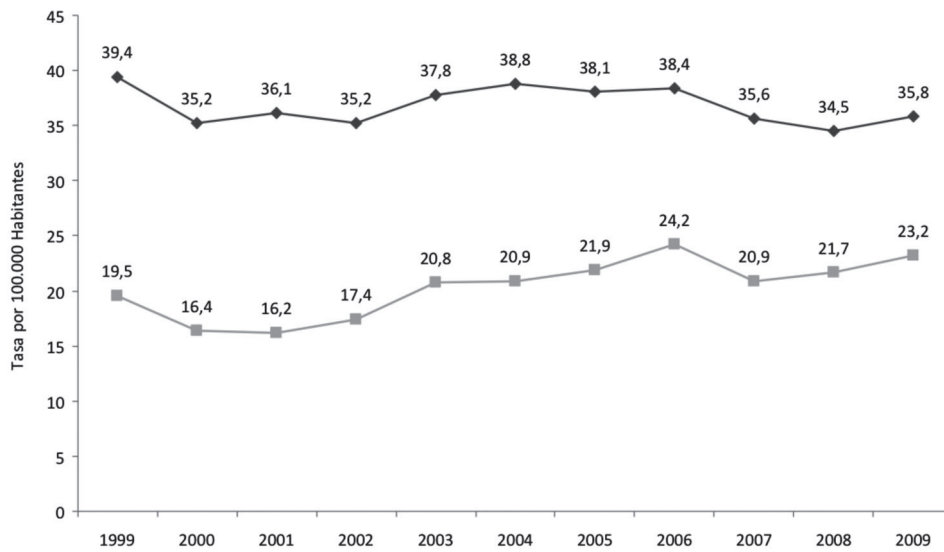


Gráfico 2. Mortalidad por TB. Paraguay, 1999-2009

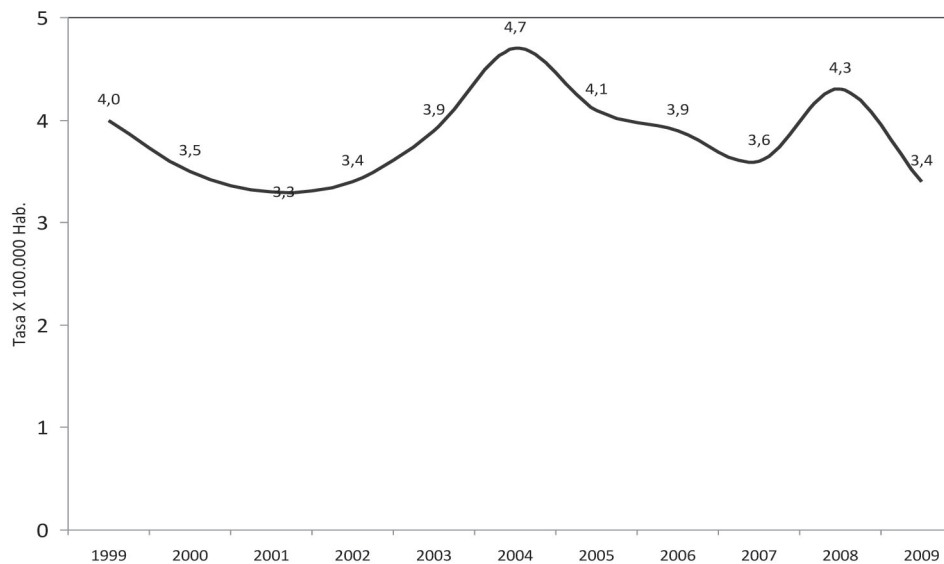


Tabla 1: Evaluación del tratamiento de casos de TB. Paraguay 2009

Cohorte	TOTAL		DOTS		No DOTS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 Casos Notificados	1408	100,0	1123	100,0	285	100,0
2 Casos Evaluados	1385	98,4	1121	99,8	264	92,6
Curados	1106	78,6	959	85,4	147	51,6
Completó Tto.	68	4,8	35	3,1	33	11,6
Éxito de Tratamiento	1174	83,4	994	88,5	180	63,2
Fallecidos	94	6,7	49	4,4	45	15,8
Fracasos	6	0,4	4	0,4	2	0,7
Abandonos	75	5,3	53	4,7	22	7,7
Transferidos	36	2,6	21	1,9	15	5,3
No Evaluados	23	1,6	2	0,2	21	7,4

En esta oportunidad se ha realizado un esfuerzo por analizar una cohorte de resultados de tratamiento de 121 casos de TB/VIH para el 2009, donde se puede observar que los datos no son alentadores con éxito de tratamiento de 43,8% y tasa de fallecidos de 28,1%, lo que hace necesario realizar intervenciones diferenciadas para este grupo de población (Tabla 2).

Tabla 2: Evaluación de casos de co-infección TB/VIH. Paraguay 2009

Cohorte	TOTAL		TBPBk(+) - VIH		TBPBk(-) y S/Bk - VIH		TB Extrapulmonar - VIH	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 Casos Notificados	121	100,0	52	100,0	27	100,0	42	100,0
2 Casos Evaluados	93	76,9	47	90,4	18	66,7	28	66,7
Curados	20	16,5	20	38,5				
Completó Tto.	33	27,3	6	11,5	9	33,3	18	42,9
Éxito de Tratamiento	53	43,8	26	50,0	9	33,3	18	42,9
Fallecidos	34	28,1	15	28,8	9	33,3	10	23,8
Fracasos								
Abandonos	5	4,1	5	9,6				
Transferidos	1	0,8	1	1,9				
No Evaluados	28	23,1	5	9,6	9	33,3	14	33,3

Al observar una serie histórica de 10 años, se constata que la tendencia de la mortalidad por tuberculosis presenta una curva relativamente estable y con tendencia al aumento probablemente por las mejoras en el sistema de registro (Gráfico 2) o por la coinfección TB/VIH y el diagnóstico tardío. La tasa de mortalidad de 4,0 casos por 100.000 habitantes en 1999 siendo 3,4 casos por 100.000 habitantes en el 2009.

En general, la causa de las altas tasas de mortalidad y letalidad por TB está asociada al diagnóstico tardío de la enfermedad y a la coinfección TB/VIH que aún no se realiza sistemáticamente el análisis de la información y la investigación de TB en Casos de VIH positivos y no a todos los pacientes con TB se les realiza la prueba de VIH, en muchos casos, ni a nivel hospitalario, teniendo pacientes ya en estadios avanzados de la enfermedad

La resistencia a drogas antituberculosas y específicamente la MDR en casos nunca antes tratados (resistencia a isoniacida y rifampicina), fue estudiada en el país en 2007-2008, en cuyos resultados se observa que hubo una disminución en relación al estudio del 2003-2004, sin embargo hay un aumento de la resistencia en casos antes tratados. En el estudio nacional de vigilancia de la resistencia a medicamentos antituberculosos realizada el 2007-2008, la prevalencia de la TB-MDR en casos nuevos fue de 0,3% y de 14,7% en casos previamente tratados como media nacional (Tabla 3).

Tabla 3: Comparación del nivel de multirresistencia de los dos Estudios Nacionales, Paraguay.

Estudio	Casos nuevos		Casos retratados		Total	
	Estudiados	MR	Estudiados	MR	Estudiados	MR
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2003-2004	235	2,1	51	4	286	2,4
2007-2008	319	0,3	48	14,7	367	2,2

Las normas nacionales indican la vigilancia de la resistencia en todos los casos de TB nuevos con baciloscopia positiva durante el tratamiento, en todos los casos de TB antes tratados y en pacientes PPL y en VIH +. Sin embargo, en 2010 solo el 6% de los casos nuevos y el 26% de los antes tratados han sido sometidos a pruebas de sensibilidad.

En agosto de 2007, el PNCT inició el tratamiento con medicamentos antibacilares de 2º línea, incluyendo a la fecha a 23 pacientes con TB-MDR. En la cohorte del 2008, se obtuvo una curación del 75%.

Esta actividad requirió de la utilización de recursos humanos y financieros, como ser la búsqueda de los pacientes TB-MDR y traslado para su internación durante la fase inicial de tratamiento en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y de Ambiente (INERAM) Hospital de Referencia para TB-MDR, para lo cual se realizó previamente la adecuación de la infraestructura edilicia del INERAM para la internación de estos pacientes durante la 1º fase del tratamiento.

Durante la 2º fase, el tratamiento es realizado en forma ambulatoria, por lo que el paciente recibe los medicamentos antibacilares de 2º línea en forma supervisada por la encargada del Programa en su comunidad, previa capacitación del personal de salud en el manejo del DOTS-PLUS.

Los controles médicos de los pacientes se realizan en forma mensual en el INERAM.

El PNCT también se encarga de la investigación de los contactos TBMDR, para lo cual se involucra a los encargados de Programa regionales y locales. Como estrategia para la adherencia al tratamiento el PNCT brinda también apoyo alimentario a los pacientes en tratamiento.

Este plan está diseñado para orientar la prevención y control de la TB-DR, en todas las regiones sanitarias del país, en los diferentes niveles de atención, especialmente en las unidades de salud de la familia.

La Organización del Control de la TB en el Paraguay

El PNCT inicio la implementación de la estrategia DOTS/TAES en el año 2000, comenzando su expansión a partir del año 2002. En la actualidad el 100% de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP), la han implementado. Expresión de ello es que se ha fortalecido la capacidad de diagnóstico, de detección y de supervisión del tratamiento a nivel regional y local.

El número de laboratorios de baciloscopías se ha incrementado, de 34 en el año 2003 a 122 en el año 2010, lo que ha permitido aumentar las baciloscopías de diagnóstico. El año 2009, se realizaron 41.808 baciloscopías de diagnóstico, 4,5 veces más que el año 2004. La cobertura DOTS/TAES ha aumentado, de 29% en el 2003 a 94% a finales del 2009 y la tasa de curación en pacientes categoría I se ha incrementado de 20% en el 2004 a 83.4% en el 2009, según el Reporte de TB de la OMS - 2010.

En el año 2005, el Paraguay junto con otros países de la región, reafirmó su compromiso de ratificar a la Tuberculosis como una prioridad en los programas de salud, garantizando los recursos financieros y humanos necesarios de acuerdo a la disponibilidad presupuestaria. Dentro de este compromiso, el MSP elaboró el Plan Estratégico Nacional de Control de la Tuberculosis en Paraguay 2007 - 2015, el cual ha sido revisado y adaptado a la nueva política nacional de salud en el año 2010.

En agosto del año 2008, se inicia en forma progresiva la implementación de la Estrategia Alto a la TB, lo que ha permitido la implementación de actividades colaborativas TB/VIH, la vigilancia de la resistencia a drogas, estrategias comunitarias para poblaciones vulnerables (indígenas y población privada de libertad) y el establecimiento de la Alianza Pública - Pública con la seguridad social y con la Facultad de Medicina. La aplicación de nuevas iniciativas para detener y superar los desafíos producidos por la propagación del VIH/SIDA, la tuberculosis multirresistente a las drogas antimicrobianas, y el empobrecimiento de la población, responden a metas de mediano y largo plazo, de las políticas nacionales de salud, destinadas a reducir la carga de la enfermedad y alcanzar los "Objetivos de Desarrollo del Milenio".

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, ha implementado una nueva política de salud a partir de agosto del año 2008, donde se plantea la atención integral bajo un sistema de redes de salud, en las 18 regiones sanitarias, que conforman la Red Nacional de Salud.

En el primer nivel de atención, el Programa Nacional de control de la tuberculosis, ha implementado la **Estrategia alto a la TB** y organizado la aplicación del DOTS/TAES en forma ambulatoria, supervisado directamente por el personal de salud, el agente comunitario o el

promotor voluntario de salud en todas las unidades de atención, utilizando el sistema nacional de registro de información y asegurando la provisión oportuna de medicamentos.

En áreas de alta vulnerabilidad con elevado riesgo de transmisión de tuberculosis (población indígena, población fronteriza, población privada de su libertad, asentamientos campesinos, población viviendo con VIH y áreas de mayor movilidad poblacional), se ha involucrado la participación de otros subsectores del Sistema Nacional de Salud, como son: Instituto de Previsión Social, Sanidad Militar y Policial y Universidades.

Análisis FODA

Fortalezas

- El país dispone de 703 Unidades de Salud de la Familia, de las cuales 360 se encuentran capacitadas en la prevención y control de la TB
- Existe compromiso político
- Plan Estratégico Nacional 2010 - 2015 actualizado
- Plan de ACMS implementándose
- Sistema de Información
- Se cuenta con una Unidad Técnica Especializada en TB-MDR, que se reúne periódicamente para el análisis y seguimiento de casos de TB-MDR
- Guías Nacionales de TB, TB-MDR, TB/VIH y TB en niños actualizadas
- Recursos Humanos capacitados y comprometidos
- Los pacientes que son diagnosticados son ingresados a tratamiento con drogas de 2ª línea
- Aprobación por el Comité Luz Verde
- Punto Focal de TB-MDR
- Trabajo específico en poblaciones vulnerables (personas privadas de libertad e indígenas)
- Red de Enfermería fortalecida
- Diplomado de TB - Aula Virtual - Nodo Paraguay - OPS en preparación

Oportunidades

- Cuenta con una nueva política de salud pública
- Gratuidad de la salud en los servicios públicos
- Fuentes de Cooperación Financiera Externa

Debilidades

- Debilidad de Programas de TB locales: baja demanda de cultivos, pobre vigilancia epidemiológica de TB-MDR
- Pocos laboratorios de cultivo
- Dificultades para el transporte de muestras desde el nivel local al regional
- Actividades colaborativas de TB/VIH no implementadas en su totalidad
- Falta de investigación operativa
- Recursos locales para adquisición de drogas de 2ª línea no disponibles
- El tiempo transcurrido para obtener los resultados de PSD es prolongado
- Falta de establecimiento de roles del laboratorio
- Recursos locales para apoyo alimentario a pacientes TB_MDR no disponibles

Amenazas

- Existe un 33% de la población sin cobertura de atención en salud
- Epidemias: Dengue, Fiebre Amarilla, Influenza
- Campañas de Vacunación

Justificación

La tuberculosis sigue siendo un serio problema de salud reconocido por el gobierno Paraguayo. Por tanto, en razón de los propósitos de sus políticas públicas, asumió compromisos con la población Paraguaya y con la comunidad internacional de controlar su evolución, buscando reducir su prevalencia en la población.

Desde el inicio del 2000 fue formalmente oficializada la implementación de la Estrategia DOTS por el Ministerio de Salud por medio del PNCT. Hasta hoy, hubo dificultades en el proceso de descentralización del Programa de Control de la Tuberculosis, para las Regiones y Distritos, todavía muchas de las acciones del PNCT están centralizadas en el Programa a nivel nacional (abastecimiento de medicamentos e insumos, etc.) atención de los pacientes, en muchas Regiones continua sin expansión y seguimiento del tratamiento para la Red Básica de Salud y a los Equipos de Salud Familiar cerca donde vive el paciente.

Además de la adopción de la *estrategia del tratamiento directamente supervisado*, el PNCT reconoce la importancia de *horizontalizar* el combate a la TB, expandiendo para todos los servicios de salud esta estrategia. Por tanto, tiene como objetivo la integración del control de la TB con todos los servicios de salud públicos y privados, enfatizando la necesidad de la incorporación de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (ONGs) y de alianzas con organismos nacionales (Universidades, Sociedad de Neumología) e internacionales de

combate a la TB: Organización Mundial de Salud (OMS); Organización Panamericana de Salud (OPS), Coalición Global ALTO de TB (Stop TB); Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICTER); entre otras.

Los desafíos actuales para el control de la TB en el país y en las Regiones Sanitarias son probablemente mayores que hace una década:

- A. Por el aumento de las inequidades en la distribución del ingreso, incremento de la pobreza, la marginalidad; adicionalmente al advenimiento de desastres naturales, epidemias y endemias de enfermedades transmisibles no TB, que obligan al gobierno a reorientar recursos para mitigar dichas condiciones en detrimento de otros programas como el de TB. Condiciones que pueden reflejarse en:
 - B. La rápida transmisión del VIH, el subsiguiente problema de co-infección TB/VIH y la presencia de la TB-MDR existente en muchas regiones sanitarias del país.
 - C. El cumplimiento de los compromisos mundiales asumidos por todos los países de la Región referente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (objetivo 6 y meta 8), de disminuir la incidencia por TB, detectar el 90% de los casos infecciosos y curar a más del 90% de los mismos bajo DOTS/TAES y lograr la reducción a la mitad de la prevalencia y mortalidad por tuberculosis al 2015.
 - D. El cumplimiento la Resolución CD46.R12 del Consejo Directivo con el fin de profundizar el control de la TB en todos y cada uno de los países del continente para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).
 - E. La implementación de la estrategia “Alto a la Tuberculosis” dirigida a consolidar el DOTS de calidad en el mundo, la atención integral de la TB asociada al VIH y la TB-MDR, al fortalecimiento de los sistemas sanitarios, la incorporación del enfermo y la comunidad y a la investigación operativa. Elementos plasmados en Líneas Estratégicas del Plan.
- F. **El “Llamado a la acción desde Pekín”** y al compromiso asumido por los países enmarcado en la **“Resolución WHA62.15”** de dar acceso universal al diagnóstico y tratamiento de la TB-M/XDR
- G. La necesidad de estructurar la intervenciones del PNCT en el marco de las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad, en los principios de universalidad, integralidad, equidad y con participación social, basados en APS utilizando como puerta de entrada los Equipos de Salud de la Familia y garantizando el continuo de la prestación.
- H. El Paraguay ha sido clasificado como un país con carga intermedia, es decir con prevalencia de casos nuevos <3% pero con menos de 90 casos estimados (Carga intermedia) y una carga de TB todas las formas estimadas de 3.000 casos. Este grupo representa el 3% de los

casos de estimados de TB-MDR y el 4% de los casos estimados y notificados de TB todas las formas.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, se elabora el presente plan que identifica objetivos, estrategias y actividades para superar los desafíos existentes, optimizar los recursos disponibles y movilizar nuevos recursos para asegurar la prevención, la vigilancia y la atención integral a todo caso de TB-DR infectados o no con el VIH, enmarcado en la Estrategia Alto a la TB.

Objetivos Generales

Contribuir a la disminución de la incidencia, prevalencia y mortalidad por TB-DR a través del acceso universal al diagnóstico y tratamiento de acuerdo a los estándares internacionales al 100% de los casos de TB-DR estimados en Paraguay al 2020

Objetivos Específicos

1. Asegurar el cultivo y PSD a drogas de 1era. línea en forma rutinaria al menos al 80% de los casos previamente tratados y en los casos nuevos positivos al 2do. mes de tratamiento al 2013.
2. Establecer el cultivo y PSD a drogas de 1era. línea en forma rutinaria al menos al 80% de los casos nuevos detectados en grupos de riesgo (Personas privadas de libertad, VIH/sida, indígenas, contactos de TB-DR, personal de salud) al 2013.
3. Conocer la prevalencia de la TB-DR en el 20% o más de los casos nuevos de TB al 2015.
4. Garantizar recursos nacionales suficientes para controlar la TB-DR en forma sostenida (insumos para el cultivo y PSD, drogas de 2da. línea, drogas para efectos adversos y el apoyo alimentario) al 2015.
5. Disponer de guías actualizadas de manejo de la TB y TB-DR mediante su revisión periódica de acuerdo a directivas internacionales.
6. Conocer el estado de infección VIH al 100% de los pacientes TB-DR y tratar con ARV al 100% de los pacientes TB-DR infectados con VIH al 2013.
7. Ejecutar el plan de Desarrollo de RRHH en todos los niveles incluyendo las Unidades de Salud de la Familia para que todo sospechoso de TB y TB-DR tenga acceso al diagnóstico oportuno a la TB y TB-DR y al tratamiento cerca de su domicilio para mejorar su adherencia al mismo al 2013.
8. Elaborar un plan nacional de control de infecciones en TB e implementarlo en las 18 regiones sanitarias al 2013.

9. Fortalecer y expandir la red de laboratorios de cultivo para garantizar el diagnóstico y el seguimiento de la TB-DR con calidad y oportunidad al 2015.
10. Proseguir con acciones de abogacía, en el marco del Plan de ACMS con el fin de mantener en la agenda política y pública el control de la TB como una prioridad al 2015.

Metas

Al 2015 se habrá diagnosticado al 85% o más de los casos estimados y tratado al 100% de los casos de TB-DR diagnosticados

Al 2020, se habrá diagnosticado y tratado al 100% de los casos estimados de TB-DR

Etapas de implementación

El Plan se implementará en dos etapas:

Etapas de implementación acelerada 2010 - 2015

- Se expandirá la vigilancia y el manejo clínico - programático de la TB-DR

Etapas de sostenimiento 2015 - 2020

- Se mejorará la calidad de la atención y garantizará el acceso al 100% de los casos de TB-DR

Estructura del Plan

El plan está constituido por 2 pilares; el primero (PILAR A), está referido a la Vigilancia de la TB-DR y el segundo (PILAR B) al manejo clínico-programático en base a la "Estrategia Alto a la TB" (Cuadro N° 1).

Cuadro 1: Marco Estructural del Plan

Pilar A: Vigilancia de la Tuberculosis resistente a medicamentos
<ol style="list-style-type: none">1. Vigilancia entre los casos previamente tratados2. Vigilancia entre los casos nuevos<ul style="list-style-type: none">- En grupos de Alto Riesgo para TB-DR- En casos nuevos de TB (Encuestas)
Pilar B: Prevención y Manejo Clínico Programático de la TB-MDR
<ol style="list-style-type: none">3. Proseguir con la expansión del DOTS de alta calidad4. Abordar la TB/VIH y las necesidades de poblaciones vulnerables5. Contribuir al Fortalecimiento del Sistema de Salud6. Fortalecer el Control de Infecciones en Establecimientos de Salud7. Mejorar y fortalecer las redes nacionales de laboratorio8. Empoderar a los afectados con TB y a las Comunidades

Anexos

Anexo 1 ESTRUCTURA DEL PLAN 2012-2013

PILAR A VIGILANCIA DE TB RESISTENTE A MEDICAMENTOS					
1. Vigilancia entre los casos previamente tratados					
OBJETIVO 1.1	Asegurar el cultivo y PSD a drogas de 1era. línea en forma rutinaria al menos al 80% de los casos previamente tratados y en los casos nuevos positivos al 2do. mes de tratamiento al 2013.	ESTRATEGIA	Fortalecer el sistema de vigilancia entre todos los casos previamente tratados y en los casos nuevos que persisten BK + al 2do.mes de tratamiento	ACTIVIDADES	Capacitación del RRHH en la vigilancia de la TB-DR en todos los niveles de asistencia incluyendo a las USF Monitoreo permanente de la calidad de los registros, flujos de información y del análisis de la información Establecer revisiones periódicas de los datos producidos a nivel regional para apoyar la toma de decisiones
2. Vigilancia entre los casos nuevos de TB					
OBJETIVO 2.1	Conocer la prevalencia de TB - MDR en casos nuevos detectados en grupos de riesgo (Personas privadas de libertad, VIH/sida, indígenas, contactos de TB-MDR, personal de salud) al 2013.	ESTRATEGIA	Optimizar el sistema de vigilancia entre todos los casos nuevos detectados en grupos de riesgo (Personas privadas de libertad, VIH/sida, indígenas, contactos de TB-MDR, personal de salud)	ACTIVIDADES	Capacitar al RRHH en la vigilancia de la TB-DR en todos los niveles de asistencia incluyendo a las USF Monitoreo permanente de la calidad de los registros, flujos de información y del análisis de la información Establecer revisiones periódicas de los datos producidos a nivel regional para apoyar la toma de decisiones
OBJETIVO 2.2	Conocer la prevalencia de la TB-DR en el 20% o más de los casos nuevos de TB al 2014.	ESTRATEGIA	Realizar Encuesta periódica de Vigilancia de la Resistencia cada 5 años	ACTIVIDADES	Encuesta de Prevalencia de TB-DR en casos nuevos de TB 2014
PILAR B PREVENCIÓN Y MANEJO CLÍNICO PROGRAMÁTICO DE LA TB-DR					
3. Proseguir con la expansión del DOTS de alta calidad					
OBJETIVO 3.1	Garantizar recursos nacionales suficientes para controlar la TB-DR en forma sostenida (insumos para el cultivo y TSD, drogas de 2da. línea, drogas para efectos adversos y el apoyo alimentario) al 2015.	ESTRATEGIA	Implementar estrategias de Abogaca orientadas a la sostenibilidad de las acciones en prevención y control de la TB-MDR	ACTIVIDADES	Realizar acciones para incorporar en el presupuesto del LCSP y el PNCT financiamiento para la adquisición de insumos para el cultivo y TSD, drogas de 2da. línea, drogas para efectos adversos y el apoyo alimentario
OBJETIVO 3.2	Disponer de guías actualizadas de manejo de la TB y TB-DR mediante su revisión periódica de acuerdo a directivas internacionales.	ESTRATEGIA	Actualizar periódicamente las Guías de TB y TB-MDR	ACTIVIDADES	Realizar reuniones y talleres con el Equipo Técnico Asesor de TB para la revisión periódica de las Guías de TB y TB-MDR
4. Abordar la TB/VIH y las necesidades de poblaciones vulnerables					
OBJETIVO 4.2	Conocer el estado de infección VIH al 100% de los pacientes TB-DR y tratar con ARV al 100% de los pacientes TB-DR infectados con VIH al 2013.	ESTRATEGIA	Fortalecer la aplicación de las 12 actividades de colaboración TB/VIH	ACTIVIDADES	A. Ofertar la prueba de VIH (CTV) a todos los casos de TB B-1 Optimizar el sistema de referencia para el manejo clínico de la TB-DR/VIH para el inicio precoz del tratamiento anti-bacilar B-2 Capacitar en Control de Infecciones en Establecimientos de Salud que atienden pacientes con TB/VIH B-3 Realizar cultivo y PSD con métodos rápidos (Nitrato Reductasa) en todo caso de TB-VIH C-3 Suministrar profilaxis con Cotrimoxazol C.2 Inicio temprano de la terapia ARV
5. Contribuir al Fortalecimiento del Sistema de Salud					
OBJETIVO 5.1	Ejecutar el plan de Desarrollo de RRHH en todos los niveles incluyendo las Unidades de Salud de la Familia para que todo sospechoso de TB y TB-DR tenga acceso al diagnóstico oportuno a la TB y TB-DR y al tratamiento cerca de su domicilio para mejorar su adherencia al mismo al 2013.	ESTRATEGIA	El PNCT promoverá la implementación del plan de Desarrollo de RRHH que garantiza la educación continua y la estabilidad laboral de los trabajadores de TB	ACTIVIDADES	Capacitación continua: Diplomado de TB (Aula Virtual NODO Paraguay/OPS) Capacitación continua: Análisis de datos en TB (Convenio FIOCRUZ) Acciones de abogaca para la estabilidad laboral
6. Fortalecer el Control de Infecciones en Establecimientos de Salud					
OBJETIVO 6.1	Desarrollar un plan nacional de control de infecciones en TB e implementarlo en las 18 regiones sanitarias al 2015.	ESTRATEGIA	Elaborar, difundir y contribuir a la implementación del Plan en establecimientos de salud priorizados	ACTIVIDADES	Elaborar el informe de la Evaluación de la Situación de los establecimientos de salud priorizados realizada en Enero 2011 en coordinación con la Coordinación de acciones con la Coordinación de CIH del MSP Elaborar un Plan de Control de Infecciones en TB Capacitar en la implementación del Control de Infecciones Promover la elaboración de planes de control de infecciones locales en establecimientos de salud priorizados por nivel de atención Elaborar una Guía de M&E de la implementación de los planes de Control de Infecciones según nivel de atención Monitorear y Evaluar la implementación de los planes de control de infecciones en establecimientos de salud priorizados
7. Mejorar y fortalecer las redes nacionales de laboratorio					
OBJETIVO 7.1	Fortalecer y expandir la red de laboratorios de cultivo para garantizar el diagnóstico y el seguimiento de la TB-DR con calidad y oportunidad al 2015.	ESTRATEGIA	Fortalecer la capacidad y cobertura de la red de laboratorios para el diagnóstico de la TB y TB-DR	ACTIVIDADES	i) Incrementar el número de laboratorios de baciloscopia, ii) Garantizar el acceso al diagnóstico de la TB-MDR a través del cultivo en todas las regiones sanitarias al 2015 Fortalecimiento de los sistemas de transporte muestras para diagnóstico y seguimiento Fortalecimiento de los sistemas de registro e información vinculado a la vigilancia de la TB y TB-DR Fortalecer la coordinación del LCSP con el LSN y definir los mecanismos de transporte de muestras y la entrega de resultado de las PSD 2da- línea Fortalecer el control de calidad de los métodos utilizados Elaborar, difundir y monitorear Normas de bioseguridad de los laboratorios de acuerdo a complejidad iii) Analizar el costo y la sostenibilidad de la introducción del PCR en tiempo real en sistema cerrado.
8. Empoderar a los afectados con TB y a las Comunidades					
OBJETIVO 8.1	Proseguir con acciones de abogaca, en el marco del Plan de ACMS con el fin de mantener en la agenda política y pública el control de la TB como una prioridad al 2015.	ESTRATEGIA	Implementar el Plan de ACMS	ACTIVIDADES	i) Promover la formación de redes sociales, ii) Sensibilización de actores clave

Plan Estratégico Nacional de Control de la Tuberculosis Multidrogo Resistente
TB-MDR 2012 - 2015

PLAN ESTRATEGICO TB-MDR 2012-2013

AÑOS 1 Y 2

Anexo 2

MATRIZ DEL PLAN DE ACCION					Año 1				Año 2					
PILAR	AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TAREAS	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4		
A	1. Vigilancia entre los casos previamente tratados	1. Asegurar el cultivo y PSD a drogas de 1era. línea en forma rutinaria al menos al 80% de los casos	Actividad 1	Capacitación al RRHH en la vigilancia de la TB-MDR en todos los niveles de asistencia incluyendo a los USF	Tarea 1 Elaboración de material de capacitación									
					Tarea 2 Reunión Informativa									
					Tarea 3 4 Talleres de capacitación en Vigilancia de la TB-MDR									
			Actividad 2	Monitoreo permanente de la calidad de los registros, flujos de información y del análisis de la información	Tarea 4 Reuniones de Seguimiento									
			Actividad 3	Revisiones periódicas de los datos producidos a nivel regional para apoyar la toma de decisiones	Tarea 5 Visitas de Seguimiento									
					Tarea 6 Elaboración de material de capacitación									
	2. Vigilancia entre los casos nuevos de TB	2. Conocer la prevalencia de TB - DR en casos nuevos detectados en grupos de riesgo (Personas privadas de libertad, Víctimas, indígenas, personal de salud, contactos de TB-MDR) al 2013.	Actividad 4	Capacitación al RRHH en la vigilancia de la TB-MDR en todos los niveles de asistencia incluyendo a los USF	Tarea 7 Reunión Informativa									
					Tarea 8 4 Talleres de capacitación en Vigilancia de la TB-MDR									
			Actividad 5	Monitoreo permanente de la calidad de los registros, flujos de información y del análisis de la información	Tarea 9 Visitas de Seguimiento									
			Actividad 6	Revisiones periódicas de los datos producidos a nivel regional para apoyar la toma de decisiones	Tarea 10 Reuniones de monitoreo									
					Tarea 11 Difundir la necesidad de realizar la III Encuesta Nacional de Resistencia a Fármacos de TB									
					Tarea 12 Elaborar el protocolo									
	B	3. Proseguir con la expansión del COTV de alta calidad	4. Garantizar recursos nacionales suficientes para controlar la TB-MDR en forma sostenida (Insumos para el cultivo y T20, drogas de 2da. línea, drogas para efectos adversos y el apoyo alimentario) al 2015.	Actividad 8	Realizar acciones para incorporar en el presupuesto del LCSP y el PNCT financiamiento para la adquisición de insumos para el cultivo y T20, drogas de 2da. línea, drogas para efectos adversos y el apoyo alimentario	Tarea 13 Elaborar el protocolo								
						Tarea 14 Especializar el estudio e interpretación de resultados								
						Tarea 15 Publicación del Estudio								
Actividad 10				Realizar reuniones y talleres con el Equipo Técnico Asesor de TB para la revisión periódica de las Guías de TB y TB-MDR	Tarea 16 Análisis de requerimientos anuales									
					Tarea 17 Elaboración de presupuestos									
					Tarea 18 Reuniones de abogacía con Dirección de Planificación									
4. Abordar la TB/VIH y los necesidades de poblaciones vulnerables		6. Conocer el estado de infección VIH al 100% de los pacientes TB-MDR y tratar con ARV al 100% de los pacientes TB-DR infectados con VIH al 2013.	Actividad 11	A. Ofertar la prueba de TB/VIH a todos los casos de TB	Tarea 19 Reuniones de abogacía con Dirección de Insumos Estratégicos									
					Tarea 20 Adquisición de insumos, medicamentos de 2da. Línea y efectos adversos, y apoyo alimentario por el PNCT									
					Tarea 21 Impresión de los Form 3000 estandarizados									
			Actividad 12	B-1 Optimizar el sistema de referencia para el manejo clínico de la TB-MDR/VR para el inicio precoz del tratamiento anti-bacilar	Tarea 22 6 Reuniones de Revisión de las Guías									
					Tarea 23 4 Talleres anuales de capacitación para la implementación de actividades TB/VIH									
					Tarea 24 4 Talleres de CTV									
5. Contribuir al Fortalecimiento del Sistema de Salud		7. Ejecutar el plan de Desarrollo de RRHH en todos los niveles incluyendo las Unidades de Salud de la Familia para que todo sospechoso de TB y TB-MDR tenga acceso al diagnóstico oportuno a la TB y TB-MDR y al tratamiento cerca de su domicilio para mejorar su adherencia al mismo al 2013.	Actividad 13	B-2 Capacitar en Control de Infecciones en Establecimientos de Salud que atienden pacientes con TB/VIH	Tarea 25 Reuniones de coordinación con el Equipo Técnico Asesor del PNCT y la UTE - TB-MDR									
					Tarea 26 1 Taller de capacitación para los SAs									
					Tarea 27 Visitas de seguimiento a la implementación del Control de Infecciones									
	Actividad 14		B-3 Realizar cultivo y PSD con métodos rápidos (Nitrato Reductasa hasta 2013 y PCR en tiempo real en 2013) en todo caso de TB-VIH	Tarea 28 Reuniones de coordinación intersectorial										
				Tarea 29 Elaboración de Rutigramas para la atención a pacientes										
				Tarea 30 Adquisición del PCR en tiempo real										
6. Fortalecer el Control de Infecciones en Establecimientos de Salud	8. Desarrollar un plan nacional de control de infecciones en TB e implementarlo en las 18 regiones sanitarias al 2013.	Actividad 15	C-3 Suministrar profilaxis con Cotrimoxazol	Tarea 31 Implementación del PCR en tiempo real										
				Tarea 32 Mantenimiento del Equipo de PCR en tiempo real										
				Tarea 33 Difusión de las normas para administración del Cotrimoxazol										
		Actividad 16	C-2 Inicio temprano de la terapia ARV	Tarea 34 Monitoreo de la administración del Cotrimoxazol										
				Tarea 35 Difusión de las normas para administración de ARV										
				Tarea 36 Monitoreo de la administración de ARV										
		Actividad 17	Capacitación continua: Diplomado de TB (Aula Virtual MOOD Paraguay/OPS)	Tarea 37 Curso Virtual de Capacitación										
		Actividad 18	Capacitación continua: Análisis de datos en TB (Censores ESCOL2)	Tarea 38 Curso Modular en Análisis de datos en TB										
		Actividad 19	Acciones de abogacía para la estabilidad laboral	Tarea 39 Implementación del Plan de ACMS										
		Actividad 20	Elaboración e Implementación de un plan de Control de Infecciones	Tarea 40 Elaborar el informe de la Evaluación de la situación de los establecimientos de salud priorizados realizada en Enero 2010 en coordinación con el Programa Nacional de Vigilancia y Control de Infecciones Interoportuarias										
				Tarea 41 Elaborar un Plan de Control de Infecciones en TB										
				Tarea 42 4 Talleres de Capacitación en la implementación del Control de Infecciones										
				Tarea 43 Promover la elaboración de planes de control de infecciones locales en establecimientos de salud priorizados por nivel de atención										
				Tarea 44 Elaborar una Guía de Manejo de la implementación de los planes de Control de Infecciones según nivel de atención										
		7. Mejorar y fortalecer las redes nacionales de laboratorio	8. Fortalecer y expandir la red de laboratorios de cultivo para garantizar el diagnóstico y el seguimiento de la TB-MDR con calidad y oportunidad al 2015.	Actividad 21	Incrementar el número de laboratorios de baciloscopia.	Tarea 45 Monitorear y evaluar la implementación de los planes de control de infecciones en establecimientos de salud priorizados								
				Tarea 46 Analizar y planificar la ubicación de nuevos laboratorios										
				Tarea 47 Realizar acciones de abogacía para la implementación de nuevos laboratorios										
				Tarea 48 Instalación de nuevos laboratorios, incluyendo la capacitación del RRHH										
				Tarea 49 Analizar y planificar la ubicación de nuevos laboratorios de cultivo										
Actividad 22	Garantizar el acceso al diagnóstico de la TB-MDR a través del cultivo en todas las regiones sanitarias al 2015			Tarea 50 Realizar acciones de abogacía para la implementación de nuevos laboratorios de cultivo										
				Tarea 51 Instalación de nuevos laboratorios de cultivo, incluyendo la capacitación del RRHH										
Actividad 23	Fortalecimiento de los sistemas de transporte muestras para diagnóstico y seguimiento			Tarea 52 Acciones de abogacía: 1 reunión con LCSP										
				Tarea 53 Coordinación de acciones interorganismos										
				Tarea 54 Establecimiento de Alianzas Estratégicas										
				Tarea 55 Contratación de un sistema de envío de muestras desde el nivel local al nivel regional y nivel central										
Actividad 24	Fortalecimiento de los sistemas de registro e información vinculado a la vigilancia de la TB y TB-MDR			Tarea 56 Capacitación en sistema de registro										
				Tarea 57 Seguimiento de la utilización del sistema de registro										
Actividad 25	Fortalecer la coordinación del LCSP con el LSN y definir los mecanismos de transporte de muestras y la entrega de resultados de las PSD 2da. línea			Tarea 58 Envío de copias a LSN										
Actividad 26	Fortalecer el control de calidad de los métodos utilizados			Tarea 59 Capacitación en Control de Calidad RRHH del LCSP EN EL Instituto Emilo Colei										
		Tarea 60 Envío de paneles y restructura de láminas												
		Tarea 61 Análisis de la Información												
		Tarea 62 Difusión de los resultados												
		Tarea 63 Visitas de seguimiento e intervención												
Actividad 27	Elaborar, difundir y monitorear Normas de Biosseguridad de los laboratorios de acuerdo a complejidad	Tarea 64 3 Talleres de revisión de normas												
		Tarea 65 Impresión de 500 Manuales												
		Tarea 66 2 Talleres de capacitación en Normas de Biosseguridad												
Actividad 28	Promover la formación de redes sociales	Tarea 67 Reuniones de sensibilización de actores clave												
		Tarea 68 Establecimiento de Alianzas Estratégicas												
		Tarea 69 Seguimiento de actividades												
Cuentas Administrativas					Tarea 69									

Anexo 3

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS PRESUPUESTO PLAN ESTRATEGICO TB-MDR

Año	Código	Act.	Tarea	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y TAREAS	PRESUPUESTO TOTAL GS.	AÑO 1				PRESUPUESTO TOTAL GS. AÑO 1	AÑO 2				PRESUPUESTO TOTAL GS. AÑO 2
						1º T	2º T	3º T	4º T		1º T	2º T	3º T	4º T	
1				AREA 1: Vigilancia entre los casos previamente tratados.	629,381,050	76,751,650	119,538,375	24,825,300	119,538,375	340,653,700	0	144,363,675	0	144,363,675	288,727,350
1	1			OBJETIVO 1: 1. Asegurar el cultivo y PSD a MDRogas de 1era. línea en forma rutinaria al menos al 80% de los casos previamente tratados y en los casos nuevos positivos al 2do. mes de tratamiento al 2013.	629,381,050	76,751,650	119,538,375	24,825,300	119,538,375	340,653,700	0	144,363,675	0	144,363,675	288,727,350
1	1	1		ACTIVIDAD 1: Capacitación al RRHH en la vigilancia de la TB-MDR en todos los niveles de asistencia incluyendo a las USF	554,905,150	76,751,650	119,538,375	0	119,538,375	315,828,400	0	119,538,375	0	119,538,375	239,076,750
1	1	1	1	1: Elaboración de material de capacitación	53,417,500	53,417,500				53,417,500					0
1	1	1	2	2: Reunión Informativa (Con 60 personas, 15 del interior, una mañana, receso y almuerzo)	23,334,150	23,334,150				23,334,150					0
1	1	1	3	3: 19 Talleres de capacitación en Vigilancia de la TB-MMDR (8 Talleres por 1 día)	478,153,500		119,538,375		119,538,375	239,076,750		119,538,375		119,538,375	239,076,750
1	1	2		Actividad 2: Monitoreo permanente de la calidad de los registros, flujos de información y del análisis de la información.	74,475,900	0	0	24,825,300	0	24,825,300	0	24,825,300	0	24,825,300	49,650,600
1	1	2	4	4: Reuniones de Seguimiento (1 reunión cada 6 meses con el Equipo Técnico del PNCT, trasladados de las regiones)	74,475,900			24,825,300		24,825,300		24,825,300		24,825,300	49,650,600
1	1	3		Actividad 3: Revisión periódica de los datos producidos a nivel regional para apoyar la toma de decisiones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	3	5	5: Visitas de Seguimiento (Sin costo para este Plan)	0					0					0
2				AREA 2: Vigilancia entre los casos previamente tratados	152,044,525	0	0	0	0	0	0	0	0	0	152,044,525
2	2			Objetivo 2: Conocer la prevalencia de TB - MDR en casos nuevos detectados en grupos de riesgo (Personas privadas de libertad, VIH/sida, indígenas, contactos de TB-MMDR) al 2013.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	2	4		Actividad 4: Capacitación al RRHH en la vigilancia de la TB-MDR en todos los niveles de asistencia incluyendo a las USF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	2	4	6	Tarea 6: Elaboración de material de capacitación (Costos se incluyen en la tarea Nº 1)	0					0					0
2	2	4	7	Tarea 7: Reunión Informativa (Costos se incluyen en la tarea Nº 1)	0					0					0
2	2	4	8	Tarea 8: 19 Talleres de capacitación en Vigilancia de la TB-MDR (Costos se incluyen en la tarea 1)	0					0					0
2	2	5		Actividad 5: Monitoreo permanente de la calidad de los registros, flujos de información y del análisis de la información.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	2	5	9	9: Visitas de Seguimiento 1 visita de supervisión cada 6 meses a las 18 RS incluido dentro de las otras capacitaciones sin costo para este plan.	0					0					0
2	2	6		Actividad 6: Revisión periódica de los datos producidos a nivel regional para apoyar la toma de decisiones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	2	6	10	10: Reuniones de Monitoreo (Sin costo para este Plan)	0					0					0
2	3			Objetivo 3: Conocer la prevalencia de la TB-MDR en el 20% o más de los casos nuevos de TB al 2015.	152,044,525	0	0	0	0	0	0	0	0	152,044,525	152,044,525
2	3	7		Actividad 7: Encuesta de Prevalencia de TB-MDR en casos nuevos de TB 2014.	152,044,525	0	0	0	0	0	0	0	0	152,044,525	152,044,525
2	3	7	11	11. Difundir la necesidad de realizar la III Encuesta Nacional de Resistencia a Farmacos de TB (Lanzamiento oficial, ven-MDRtan regionales de lab y encargados, reunión para 40 personas, refrigerio, pasajes viaticos, encargado regional, directores, laboratorio, lscsp, PNCT.	14,685,825					0				14,685,825	14,685,825
2	3	7	12	12. Elaborar el protocolo	9,558,000					0				9,558,000	9,558,000
2	3	7	13	13. Elaboración del Estudio e interpretación de resultados	100,000,000					0				100,000,000	100,000,000
2	3	7	15	15. Publicación del Estudio	27,800,700					0				27,800,700	27,800,700
3				AREA 3: Proseguir con la expansión del DOTs de alta calidad	466,895,050	50,300,000	556,000	556,000	556,000	51,968,000	362,705,550	1,921,500	0	50,300,000	414,927,050
3	4			OBJETIVO 4: Garantizar recursos nacionales suficientes para controlar la TB-MDR en forma sostenida (Insumos para el cultivo y TSD, MDRogas de 2da. línea, MDRogas para efectos adversos y el apoyo alimentario) al 2015.	362,452,050	0	556,000	556,000	556,000	1,668,000	360,784,050	0	0	0	360,784,050
3	4	8		Actividad 8: Realizar acciones para incorporar en el presupuesto del LCSP y el PNCT financiamiento para la adquisición de insumos para el cultivo y TSD, MDRogas de 2da. línea, MDRogas para efectos adversos y el apoyo alimentario	362,452,050	0	556,000	556,000	556,000	1,668,000	360,784,050	0	0	0	360,784,050
3	4	8	16	16. Análisis de requerimientos anuales (Sin costo para este Plan)	0					0					0
3	4	8	17	17. Elaboración de presupuestos (Sin costo para este Plan)	0					0					0
3	4	8	18	18. Reuniones de abogacía con Dirección de Planificación (En el LCSP con 10 personas)	834,000		278,000	278,000	278,000	834,000					0
3	4	8	19	19. Reuniones de abogacía con Dirección de Insumos Estratégicos (En el LCSP con 10 personas)	834,000		278,000	278,000	278,000	834,000					0
3	4	8	20	20. Adquisición de insumos, medicamentos de 2da. línea y efectos adversos, y apoyo alimentario por el PNCT (Sin costo para este Plan)	360,784,050					0	360,784,050				360,784,050
3	5			OBJETIVO 5: Disponer de guías actualizadas de manejo de la TB y TB-MDR mediante su revisión periódica de acuerdo a directivas internacionales.	104,443,000	50,300,000	0	0	0	50,300,000	1,921,500	1,921,500	0	50,300,000	54,143,000
3	5	10		Actividad 10: Realizar reuniones y talleres con el Equipo Técnico Asesor de TB para la revisión periódica de las Guías de TB y TB-MMDR	104,443,000	50,300,000	0	0	0	50,300,000	1,921,500	1,921,500	0	50,300,000	54,143,000
3	5	10	21	21. Impresión de las Guías 2000 ejemplares	100,600,000	50,300,000				50,300,000				50,300,000	50,300,000
3	5	10	22	22. 6 Reuniones de Revisión de las Guías (20 participantes con el INERAM y PNCT)	3,843,000					0	1,921,500	1,921,500			3,843,000
4				Area 4: Abordar la TB/VIH y las necesidades de poblaciones vulnerables	484,851,750	0	28,877,400	12,907,900	92,459,900	134,245,200	1,377,000	280,700,900	459,000	68,069,650	350,606,550
4	6			Objetivo 6: Conocer el estado de infección VIH al 100% de los pacientes TB-MDR y tratar con ARV al 100% de los pacientes TB-MDR infectados con VIH al 2013.	484,851,750	0	28,877,400	12,907,900	92,459,900	134,245,200	1,377,000	280,700,900	459,000	68,069,650	350,606,550
4	6	11		Actividad 11: A. Ofertar la prueba de TB/VIH a todos los casos de TB/VIH	97,837,600	0	24,459,400	0	24,459,400	48,918,800	0	24,459,400	0	24,459,400	48,918,800
4	6	11	23	23. 19 Talleres de capacitación para la implementación de actividades TB/VIH (8 Talleres de 1 día con Encargados Regionales en PNCT con 30 participantes) . Se incluye en la tarea 24.	97,837,600		24,459,400		24,459,400	48,918,800		24,459,400		24,459,400	48,918,800
4	6	11	24	24. 19 Talleres de CTV											
4	6	12		Actividad 12: B-1 Optimizar el sistema de referencia para el manejo clínico de la TB-MDR/VIH para el inicio precoz del tratamiento anti-bacilar	5,508,000	0	918,000	918,000	918,000	2,754,000	1,377,000	459,000	459,000	459,000	2,754,000
4	6	12	25	25. Reuniones de coordinación con el Equipo Técnico Asesor del PNCT y la UTE -TB-MMDR (10 Personas, INERAM y PNCT, 6 AL AÑO, MEDIA MAÑANA)	5,508,000		918,000	918,000	918,000	2,754,000	1,377,000	459,000	459,000	459,000	2,754,000
4	6	13		Actividad 13: B-2 Capacitar en Control de Infecciones en Establecimientos de Salud que atienden pacientes con TB/VIH	177,666,150	0	0	11,409,900	66,502,500	77,912,400	0	66,502,500	0	33,251,250	99,753,750
4	6	13	26	26. Taller de capacitación para los SAIS (1 taller x 1 día x 30 participantes, Asunción, Central, Alto Paraná, Caaguazú, Itapúa, Amambay)	11,409,900			11,409,900		11,409,900					0
4	6	13	27	27. Visitas de seguimiento a la implementación del Control de Infecciones (5 visitas de supervisión en las 6 SAIS Asunción, Central, Alto Paraná, Caaguazú, Itapúa, Amambay)	166,256,250				66,502,500	66,502,500		66,502,500		33,251,250	99,753,750
4	6	14		Actividad 14: B-3 Realizar cultivo y PSD con métodos rápidos (Nitrito Reductasa hasta 2012 y PCR en tiempo real en 2013) en todo caso de TB-VIH	203,840,000	0	3,500,000	580,000	580,000	4,660,000	0	189,280,000	0	9,900,000	199,180,000
4	6	14	28	28. Reuniones de coordinación intersectorial (Con 15 personas a nivel central)	2,320,000		580,000	580,000	580,000	1,740,000		580,000			580,000
4	6	14	29	29. Elaboración de flujogramas para la atención a pacientes.	2,920,000		2,920,000			2,920,000					0

