



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA



GUÍA PRÁCTICA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS



SERIE: DOCUMENTOS TÉCNICO NORMATIVOS

La Paz - Bolivia

2014



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA



GUÍA PRÁCTICA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS



SERIE: DOCUMENTOS TÉCNICO NORMATIVOS

La Paz - Bolivia

2014

MINISTERIO DE SALUD

AUTORIDADES NACIONALES

Dr. Juan Carlos Calvimontes Camargo

MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES

Dra. Ariana Campero Nava

VICEMINISTRA DE SALUD Y PROMOCIÓN

Sr. Alberto Camaqui Mendoza

**VICEMINISTRO DE MEDICINA TRADICIONAL
E INTERCULTURALIDAD**

Dr. Rubén Colque Mollo

**DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS DE
SALUD**

Dr. Rodolfo Rocabado Benavides

JEFE DE LA UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA

Dr. Julio Gonzalo Sumi Mamani

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

PRESENTACIÓN

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

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

Para la implementación del Plan se ha desarrollado la Guía Práctica del Plan de Monitoreo y Evaluación del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis como un instrumento que coadyuva a reflejar, las acciones efectos e impactos en la vigilancia y control de la tuberculosis en los diferentes niveles de gestión y atención del Sistema Nacional de Salud.

Ante estos desafíos el Ministerio de Salud a través del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, pone a disposición de los técnicos del sector salud la Guía Práctica como una herramienta imprescindible para profundizar las acciones del Plan de Monitoreo y Evaluación del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.

Dr. Juan Carlos Calvimontes Camargo
MINISTRO DE SALUD

ABREVIATURAS

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

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

INTRODUCCIÓN

El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) del Ministerio de Salud cuenta con el Plan de MyE, que permite que los datos sean recopilados, procesados y transformados en Información Estratégica (IE), a fin de posibilitar una toma de decisiones informada en todos los ámbitos: local, nacional y mundial. La información proveniente de este sistema debe ser útil a todos aquellos que trabajan en la temática de tuberculosis y requieren de elementos y herramientas para evaluar las intervenciones.

La presente guía se desarrolló en el contexto del Plan de MyE del PNCT, y está dirigida a los equipos técnicos y responsables de monitoreo y evaluación tanto a nivel nacional, departamental, coordinaciones de red, redes municipales y establecimientos de salud en los cuales se desarrolla el Programa Nacional de Control de Tuberculosis, así mismo a otras instituciones que coordinan con el PNCT.

La guía se utiliza durante todo el proceso y se encuentra estructurada para ser utilizada de manera práctica y sencilla en todas las etapas del sistema de MyE, es decir en las entradas, procesos y salidas. Lo que significa, que se debe portar la guía de manera continua como una herramienta de consulta permanente que oriente a seguir los pasos prácticos.

La guía se encuentra compuesta por 6 unidades (2 teóricas y 4 prácticas), conformadas de la siguiente manera: a) objetivos claros y concisos, b) conceptos básicos de apoyo para un análisis efectivo de los resultados y metas del programa, para una adecuada toma de decisiones, c) procedimientos adecuados en el monitoreo de los indicadores, d) evaluación, e) supervisión, y f) uso de indicadores seleccionados. Finalmente una caja de herramientas con temas de interés práctico, como de consulta para los usuarios de la guía.

Índice

Introducción	15
Primera unidad: objetivos	19
Segunda unidad: conceptos y metodología	20
Tercera unidad: monitoreo	23
Cuarta unidad: evaluación	33
Quinta unidad: supervisión	40
Sexta unidad: indicadores seleccionados	42
Caja de herramientas	44
• Medición de impacto	44
• Seguimiento de indicadores	48
• Revisiones del programa y evaluaciones	49
• Negociación	50
• Dinámicas grupales	52

Anexos

Anexo I. Tabla de indicadores	55
Anexo II. Instrumentos de monitoreo, evaluación y supervisión	63
Anexo III. Fichas técnicas de indicadores	95
Anexo IV. Flujogramas de información	157
Anexo V. Anexo editorial	163

1. INTRODUCCIÓN

La toma de decisiones técnicas y programáticas se establece sobre la base de un Sistema de Monitoreo y Evaluación, cuyos indicadores seleccionados deberán cumplir requisitos de oportunidad, rapidez, flexibilidad, consistencia y acceso para una eficaz prevención y control de la tuberculosis en el país, debiendo contar con un sistema de información de calidad, fiable y completo, fortalecido desde el nivel local hasta el nacional que permita demostrar resultados e impactos que posibiliten la sostenibilidad técnica y el financiamiento en el nivel de gestión correspondiente.

El contar con un sistema de monitoreo y evaluación, permite sistematizar la información en una sola dirección, evitando que se disperse la información que implique mayor cantidad de recursos.

El sistema de MyE debería permitir que los datos sean recopilados, procesados y transformados en Información Estratégica (IE), a fin de posibilitar una toma de decisiones informada en todos los ámbitos: local, nacional y mundial. La información proveniente de este sistema debe ser útil a todos aquellos que trabajan en la temática de tuberculosis y requieren de elementos y herramientas para evaluar las intervenciones.

La complejidad de la tuberculosis hace que sea cada vez más necesario contar con datos precisos para la toma de decisiones y para demostrar el progreso en las metas propuestas en el Plan Estratégico de Control de la Tuberculosis 2008 – 2015 en Bolivia, así como hacia los objetivos y metas internacionales, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y así contribuir a garantizar mejor nivel de vida de la población boliviana.

En este contexto, se desarrolló el Plan de MyE del PNCT, sin embargo su implementación, requiere directrices precisas que puedan ser llevadas a cabo por todos los operadores del sistema en todos los niveles, siendo esta la razón de ser de la presente guía.

¿A quiénes va dirigida la Guía Práctica de Monitoreo y Evaluación del PNCT?

La guía está dirigida a los equipos técnicos y responsables de monitoreo y evaluación tanto a nivel nacional, departamental, coordinaciones de red, redes municipales y establecimientos de salud en los cuales se desarrolla el Programa Nacional de Control de Tuberculosis, así mismo de otras instituciones que coordinan con el PNCT y a todas aquellas personas interesadas en los procesos de monitoreo y evaluación.

Aunque lo ideal, por la importancia y la complejidad del proceso, es contar con recurso humano calificado en monitoreo, evaluación y sistemas de información, esta situación no se da en todos los niveles, por tanto se brinda esta herramienta, para aquellas personas, que al margen de su formación, se encuentren en el momento de responsabilizarse por procesos de monitoreo y evaluación y más aún por procesos de toma de decisiones.

¿Cuándo se utiliza la guía?

La Guía se utiliza durante todo el proceso de implementación del plan, y se encuentra estructurada para ser utilizada de manera práctica y sencilla en todas las etapas del sistema de MyE, es decir en las entradas, procesos y salidas. Lo que significa, que se debe portar la guía de manera continua como una herramienta de consulta permanente que oriente a seguir los pasos prácticos.

Estructura de la guía práctica de MyE para el PNCT

La guía se encuentra compuesta por 6 unidades (2 teóricas y 4 prácticas), conformadas de la siguiente manera:

Primera unidad: Objetivos

Se presentan los objetivos claros y concisos, de la guía, que se deben tener presentes al utilizarla.

Segunda unidad: Conceptos básicos y metodología

En esta unidad se incluyen conceptos básicos a utilizarse durante toda la guía, en una forma fácil, esquemática y práctica que apoye a los usuarios a enfocarse en el desarrollo de un análisis efectivo de los resultados y metas del programa, para una adecuada toma de decisiones.

Tercera unidad: Monitoreo

Con esta unidad, los usuarios podrán realizar todos los procedimientos adecuados en el monitoreo de los indicadores del Plan Estratégico para el Control de la Tuberculosis en Bolivia 2008 – 2015, de una manera sencilla, esquemática, en forma de preguntas y respuestas.

En esta unidad, se presentará la definición de monitoreo, su utilidad y los procedimientos de implementación.

Cuarta unidad: Evaluación

Desarrollada con la misma estructura y propósito de la unidad de Monitoreo.

Quinta unidad: Supervisión

Desarrollada con la misma estructura y propósito de la unidad de Monitoreo.

Sexta unidad: Indicadores seleccionados

Se presentan los indicadores seleccionados para el monitoreo y evaluación por niveles de gestión, tomando en cuenta definición operativa, cálculo, forma de medición, acciones a tomar y flujos.

Los indicadores se seleccionaron de acuerdo a las metas y lineamientos del Plan Estratégico para el Control de la Tuberculosis en Bolivia 2008 – 2015, así como de proyectos desarrollados en los últimos años con financiamiento externo.

Muchos de estos se vienen monitoreando por varios años, mientras que otros han sido incluidos desde este año. Tiene flexibilidad para la inclusión de cambios acordes a nuevas metas planteadas por el PNCT.

El bloque de indicadores fue revisado por los equipos del Programa Nacional y Programas Departamentales en un taller de revisión y validación nacional.

Caja de herramientas

Se presentan temas de interés práctico, como de consulta para los usuarios de la guía.

PRIMERA UNIDAD: OBJETIVOS

Objetivo General:

- Brindar las herramientas suficientes y necesarias para el desarrollo del Monitoreo y Evaluación del Programa de Control de la Tuberculosis, en los lineamientos del Plan Estratégico para el Control de la Tuberculosis en Bolivia 2008 – 2015.

Objetivos Específicos:

- Lograr el seguimiento y análisis de una base de indicadores seleccionados a fin de medir resultados e impacto de las intervenciones.
- Coordinar con instancias que manejan datos de tuberculosis: SNIS y otros a fin de contar con información completa y fiable.
- Lograr el seguimiento de las intervenciones implementadas en todos los niveles.
- Evaluar el sistema de MyE en sus diferentes etapas y niveles de gestión.

SEGUNDA UNIDAD: CONCEPTOS Y METODOLOGÍA

Conceptos Básicos

Monitoreo

Seguimiento rutinario de los elementos claves de desempeño de un programa o proyecto, habitualmente recursos, procesos y resultados, mediante el mantenimiento de registros informes periódicos y sistemas de vigilancia, así como la observación en centros sanitarios y encuestas ¹.

Evaluación

Actividad temporal que trata de determinar en forma sistemática y objetiva la pertinencia, rendimiento y éxito de los programas y proyectos en curso y terminados, por tanto es un procedimiento puntual y valorativo, y se puede dar durante ó después de la ejecución del proyecto².

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

Insumos / Recursos

Es todo aquello que se utiliza en el proceso productivo para la elaboración de un bien.

El valor de los insumos depende de su especificidad. Si un insumo es genérico y puede utilizarse en distintos procesos productivos, es probable que su valor sea

1. Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial, UNICEF, ONUSIDA, USAID: Guía de Monitoreo y Evaluación. VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria. 2da ed.- 2006. p.11.

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

poco elevado. En cambio, si el insumo es difícil de obtener y sirve para cierto proceso en particular, su valor aumenta.

Estructura

En el término “estructura” se pueden englobar diversos aspectos.

Por un lado, por estructura se entiende a la distribución y orden de las partes más importantes que componen un todo.

Pero por otro lado, con el mismo término, se puede referir a aquel sistema de conceptos que se encuentran enlazados entre sí y cuya razón de ser será la de precisar la esencia del objeto de estudio, es decir, tanto la realidad como el lenguaje que se habla tendrán su propia y particular estructura.

Procesos

Un proceso es un conjunto de actividades planificadas que implican la participación de un número de personas y de recursos materiales coordinados para conseguir un objetivo previamente identificado.

Resultados

Se entiende como resultado a la consecuencia final de una serie de acciones o eventos, expresados cualitativa o cuantitativamente.

Algunos resultados posibles pueden ser la ventaja, la desventaja, la ganancia, la pérdida, el avance o la victoria. El no alcanzar un resultado en una operación puede indicar que las acciones son ineficientes, inefectivas o defectuosas.

Procedimientos

Procedimiento es un término que hace referencia a la acción que consiste en proceder, que significa actuar de una forma determinada.

El concepto, por otra parte, está vinculado a un método o una manera de ejecutar algo.

Un procedimiento, en este sentido, consiste en seguir ciertos pasos predefinidos para desarrollar una labor de manera eficaz. Su objetivo debería ser único y de fácil identificación, aunque es posible que existan diversos procedimientos que persigan el mismo fin, cada uno con estructuras y etapas diferentes, y que ofrezcan más o menos eficiencia.

Metodología

En cada una de las unidades de monitoreo, evaluación y supervisión, se realizan los siguientes pasos:

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

TERCERA UNIDAD: MONITOREO

¿Qué entendemos por monitoreo?

Es importante que, en el PNCT, todos tengamos muy clara la definición de monitoreo:

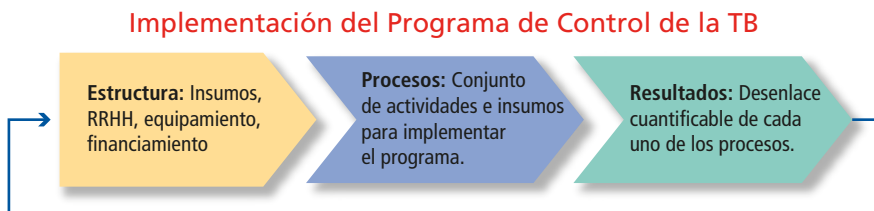
“Seguimiento rutinario de los elementos claves de desempeño de un programa o proyecto, habitualmente recursos, procesos y resultados, mediante el mantenimiento de registros informes periódicos y sistemas de vigilancia, así como la observación en centros sanitarios y encuestas”³.

¿Para qué sirve el monitoreo?

Como indica la definición, se sigue los elementos claves de desempeño de un programa o proyecto para verificar si el desempeño se está llevando a cabo como se lo planificó en un inicio para el logro de los resultados, con lo cual se podrá realizar intervenciones correctivas a tiempo para que se logre el resultado esperado.

¿Qué se debe monitorear?

Se seleccionan elementos claves (INDICADORES) que den cuenta del curso del programa en los diferentes niveles de acuerdo al siguiente esquema lógico:



3. Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial, UNICEF, ONUSIDA, USAID: Guía de Monitoreo y Evaluación. VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria. 2da ed.- 2006. p.11.

Para la implementación del programa se requiere los siguientes elementos:

- *Estructura* (insumos, recursos humanos, equipamiento y financiamiento), que es el ingreso al sistema para el desarrollo del programa.
- *Proceso*: definido como el conjunto de actividades con los insumos necesarios para implementar el programa.
- *Resultado*: es el producto o desenlace cuantificable de cada uno de los procesos, los cuales invariablemente originan un cambio de situación.

Este ciclo, se lleva a cabo en etapas repetitivas, en una espiral ascendente, hacia el logro de las metas planteadas.

La selección de los indicadores a ser monitoreados, se efectúa por las necesidades que se debe hacer seguimiento en cada nivel: Local, Municipio, Red de Salud, Departamento y Nivel Nacional. (Anexo I: Tabla Seleccionada de Indicadores por niveles).

¿Quiénes realizan monitoreo en el PNCT?

Todos los niveles que trabajan en el programa de control de tuberculosis deben realizar esta actividad, puesto que en cada uno de los niveles, utilizan los insumos correspondiente a su nivel, realizan procesos adecuados en su nivel y obtienen resultados acorde a su nivel, por tanto el monitoreo se realizará en:

Nivel local: Primer nivel de monitoreo, corresponde a los establecimientos de salud.

Nivel Municipal: Segundo nivel de monitoreo, al cual llega la información de cada uno de los establecimientos de su ámbito territorial.

Nivel de Coordinación de Red: Tercer nivel de monitoreo, al cual llega la información de cada una de las Redes de Salud Municipales o Redes de Salud de Mancomunidades de Municipios, de su ámbito territorial.

Nivel Departamental: Cuarto nivel de monitoreo, al cual llega la información de cada una de las coordinaciones de Red.

Nivel Nacional: Quinto nivel de monitoreo, al cual llega la información de los 9 departamentos.

¿Qué se requiere para realizar el monitoreo?

Esta actividad se realiza sobre la base de:

1. Actitud y cultura de monitoreo para realizar el seguimiento del PCT
2. Información correcta confiable, oportuna y veraz de acuerdo a los instrumentos del PCT.
3. Instrumentos de monitoreo (Anexo II)
4. Fichas de indicadores (Anexo III)
5. Financiamiento asegurado.

¿Cómo se implementa el monitoreo en los diferentes niveles de atención y gestión?

Al ser el monitoreo una actividad rutinaria, debe ser incorporado, en las funciones de todo el personal que trabaje en tuberculosis, acorde a su responsabilidad en el proceso correspondiente, y se siguen los siguientes pasos:

a. Organización de la Estructura de Monitoreo:

Asistencia Técnica

La organización de los equipos técnicos para realizar el monitoreo, debe ser liderizada por los Programas Departamentales, quienes apoyaran y asesoraran en la organización por niveles de gestión y atención: local, municipal y de red. El equipo Nacional se organizará acorde a sus competencias, pudiendo requerir apoyo de organismos externos.

El recurso humano se debe organizar y preparar, de acuerdo a las siguientes consideraciones:

Definición del Equipo Técnico de Monitoreo: La tarea de monitoreo debe ser realizada por el equipo involucrado en la implementación del PCT, en cada uno de los niveles, con el personal existente.

Se recomienda que se nombre una persona responsable de liderizar el equipo de MyE, que de acuerdo a la dinámica de cada nivel podrá ser una persona permanente o una función rotativa en el personal, sin embargo debe ser explícita, para todos los miembros del equipo.

La existencia de una sola persona responsable para la implementación del PCT (Ej. Puestos de Salud), no excluye que se realicen las actividades de monitoreo en su nivel.

Estandarización de Objetivos y Términos del Programa: a realizarse en talleres o reuniones iniciales antes de implementar las tareas de monitoreo, ya que todos los miembros del equipo deben manejar la misma terminología. (Se recomienda la distribución de afiches o carteles para cada persona, para ser colocado en un lugar visible en su área de trabajo, como un recordatorio permanente de los objetivos y terminología principal).

1. Capacitación y actualización del equipo en metodologías de monitoreo y utilización de los instrumentos, con la utilización de la presente guía.
2. Socialización de las funciones en monitoreo que debe llevar a cabo el personal de los diferentes niveles, acorde al Plan de MyE.
3. Socialización del Plan de MyE.
4. Organización del tiempo de cada funcionario/a del PNCT para el desarrollo de sus funciones propias y de funciones en cuanto al monitoreo.

La organización del tiempo, se realiza en base a la naturaleza de los indicadores que deben monitorizarse por nivel, puesto que existen indicadores de monitoreo rutinario (diario), otros semanales, mensuales, etc. los cuales deben ser tomados en cuenta para la organización de los tiempos correspondientes.

TOME EN CUENTA:

Es indispensable que en su plan individual, esté considerado el tiempo, que debe realizar para el monitoreo del desempeño del programa.

Sistemas de Información:

El insumo principal para realizar adecuadamente las tareas de monitoreo son los datos e información de todos los procesos del programa, desde la fase de recolección de información hasta la fase de consolidación y análisis.

Por tanto para la implementación del Sistema de MyE, en todos los niveles, se deben tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Definir claramente la responsabilidad sobre el sistema de información en cada uno de los niveles. Que de acuerdo a la dinámica de cada nivel, podrá ser una persona especializada y con dedicación exclusiva a la información, o podrá ser una función rotativa en el equipo de PNCT del nivel correspondiente, aspecto que debe estar explícito.
2. Socializar las funciones en cuanto al manejo de información en cada uno de los niveles de acuerdo a los flujogramas de información del Plan de MyE (Anexo IV).
3. Capacitar y actualizar al personal del PNCT, por niveles, en el uso adecuado de los instrumentos de información tanto del programa como del SNIS, puesto que son el insumo fundamental para realizar el MyE.
4. Capacitar y actualizar en instrumentos de monitoreo por niveles.
5. Promover a través de metodologías de sensibilización, la importancia de la información en la toma de decisiones.
6. Realizar el plan de control de calidad de información en todos los niveles.
7. Fortalecer el programa con el equipamiento adecuado en cuanto a computadoras, impresoras, software y otros que se requiera para el adecuado funcionamiento del procesamiento de información. En este aspecto se debe realizar la coordinación y negociación correspondiente con las autoridades competentes, para la dotación de uso exclusivo del equipamiento necesario, para la implementación del sistema de MyE
8. Dotación de todos los instrumentos de información en cantidad suficiente por cada uno de los niveles.

¿Como se realiza el Monitoreo?

Para realizar un monitoreo adecuado de los indicadores correspondientes, se realizan acciones en los siguientes niveles:

Nivel de Establecimientos

Primer nivel de monitoreo, se capta la información del establecimiento de su ámbito territorial. En este nivel el monitoreo, sigue la metodología del CAI de establecimiento, en cuanto a la organización del equipo a nivel local, con la participación de autoridades locales, en cuanto a tiempo e indicadores de información.

Monitoreo de Insumos:

El monitoreo mensual de los insumos, se realiza con la tabla de la Lista de Verificación (Instrumento MyE 1, del Anexo II), en caso de faltarle alguno debe solicitarlo inmediatamente al nivel correspondiente y se lo realiza en la fecha establecida para la elaboración del informe mensual.

Monitoreo de Procesos:

Los procesos que se realizan en su nivel son:

- Detección
- Tratamiento
- Control de Contactos
- Quimioprofilaxis

Los indicadores de proceso de estos aspectos se encuentran en tablas del Anexo I.

Para realizar el monitoreo de los mismos cuentan con los siguientes instrumentos:

Cuadros de monitoreo (Instrumento MyE 3, Anexo II)

El procedimiento que debe seguir es el siguiente:

- La fecha de elaboración del informe mensual, consolide su información en los instrumentos correspondientes del programa.
- Verifique el correcto llenado de la información de acuerdo a lo establecido.
- Aplique las fichas de los indicadores respectivos.
- Verifique lo alcanzado comparando con las metas del programa
- Identifique brechas
- Realice su plan de acción con participación de los componentes del equipo y actores para su solución.

Nivel Municipal:

Segundo nivel de monitoreo, al cual llega la información de cada uno de los establecimientos de su ámbito territorial, en este nivel de monitoreo, se sigue la misma metodología del CAI Municipal, en cuanto a la organización del equipo y la participación de autoridades municipales y de organizaciones sociales.

Monitoreo de Insumos:

Establecimientos de salud que solicitaron insumos por desabastecimiento.

Establecimientos de salud atendidos oportunamente en sus requerimientos.

Utilizando el instrumento de monitoreo de insumos para este nivel: (Instrumento MyE 2, Anexo II)

Monitoreo de Procesos:

¿Se tiene incorporados presupuesto para el control de la TB en el POA municipal?

¿Se está ejecutando los requerimientos de acuerdo al POA municipal?

Verificación de la calidad de información de los establecimientos en la fase de preparación del CAI.

Analiza los resultados aplicando las fichas de los indicadores correspondientes y los instrumentos de monitoreo ((Instrumento MyE 3, 4 y 5, Anexo II).

Interpretación y toma de decisiones en equipo, con participación de autoridades municipales y de organizaciones sociales.

Nivel de Gerencia de Red y Coordinación de Red:

Tercer nivel de monitoreo, al cual llega la información de cada una de las Redes de Salud Municipales o Redes de Salud de Mancomunidades de Municipios de su ámbito territorial, se realiza semestralmente, En este nivel el monitoreo, sigue la metodología del CAI, en cuanto a la organización del equipo a nivel de gerencia de red, con la participación de autoridades políticas y sociales (Subgobernadores, Presidentes de Mancomunidad, Subalcaldes en municipios urbanos, Representante de los Consejos Sociales de Salud), en cuanto a tiempo e indicadores de información se debe verificar lo siguiente:

Monitoreo de Insumos:

- Municipios de salud que solicitaron insumos por desabastecimiento
- Municipios de salud atendidos oportunamente en sus requerimientos. Utilizando el instrumento de monitoreo de insumos para este nivel: (Instrumento MyE 2, Anexo II)

Monitoreo de Procesos:

- Los municipios tienen incorporados recursos económicos en su POA municipal.
- Los municipios han ejecutado presupuesto asignado en el POA.
- Verificación de la calidad de información de los municipios en la fase de preparación del CAI.

Analiza los resultados aplicando las fichas de los indicadores y los instrumentos de monitoreo, correspondientes a este nivel: (Instrumento M&E 6, Anexo II).

- Interpretación y toma de decisiones en equipo.

Nivel Departamental:

Cuarto nivel de monitoreo, deben verificarse los siguientes aspectos:

- Coordinaciones de red que solicitaron insumos por desabastecimiento
- Coordinaciones de red atendidos oportunamente en sus requerimientos
- Municipios que incorporaron presupuesto en el POA Municipal.
- Recursos económicos asignados por presupuesto de la gobernación.
- Ejecución presupuestaria del programa departamental de POA Municipal y otras fuentes de financiamiento asignada.
- Verificación de la calidad de información de las Coordinaciones de Red en la fase de preparación del CAI y/o de evaluación.
- Análisis de resultados, aplicando las fichas de indicadores y los cuadros de monitoreo correspondientes a este nivel (Instrumento MyE 7, Anexo II).
- Interpretación y toma de decisiones del equipo técnico con participación de las autoridades y organizaciones sociales departamentales.

Nivel Nacional:

Quinto nivel de monitoreo, deben verificarse los siguientes aspectos:

- PDCT que solicitaron insumos por desabastecimiento
- PDCT atendidos oportunamente en sus requerimientos
- PDCT que incorporaron presupuesto en el POA de la Gobernación
- Recepciona, verifica la calidad de información de los PDCT y consolida.

- Analiza los resultados aplicando las fichas de indicadores correspondientes.
- Interpretación y toma de decisiones del equipo del equipo técnico con participación de las autoridades y organizaciones sociales nacionales.

¿Como se utilizan los resultados del Monitoreo?

El Sistema de MyE, debe proporcionar la información útil, para que los niveles de toma de decisiones, propongan alternativas de solución que permitan la resolución del o los problemas identificados con un mínimo nivel de incertidumbre.

Para ello se realizan los siguientes pasos:

1. Identificar indicadores críticos, mediante el análisis comparativo, en tiempo, espacio y coherencia con las metas, para lo cual se utilizaron todos los instrumentos ya descritos.
2. Priorice los problemas en base a criterios técnicos con la aplicación de la Matriz de Priorización de indicadores críticos (Instrumento MyE 9, Anexo II).
3. Construya de manera participativa alternativas de solución (Instrumento M&E 10, Anexo II).
4. Analice la viabilidad de las alternativas de solución con la utilización de la Matriz FODA, como herramienta predictiva, del probable éxito o fracaso de las alternativas de intervención (Instrumento MyE 11, Anexo II).
5. Selección de la alternativa de solución (no se recomienda más de 3 alternativas elegidas) y elaboración de los planes de acción en corto plazo. (Instrumento MyE 12, Anexo II).

CUARTA UNIDAD: EVALUACIÓN

¿Qué entendemos por Evaluación?

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

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

Las evaluaciones del impacto son llevadas a cabo siguiendo diseños científicos e involucran la recolección de datos y análisis de procedimientos complejos, se orientaría a efectos e impactos ⁴.

¿Para qué sirve la evaluación?

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

4. Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial, UNICEF, ONUSIDA, USAID: Guía de Monitoreo y Evaluación. VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria. 2da ed.- 2006.

¿Qué se debe evaluar?

Los indicadores a evaluarse van disminuyendo desde el nivel local al nacional. Mientras que en el nivel nacional se priorizan los indicadores de resultado indirecto y de impacto, a nivel local y departamental se enfatizan los de proceso y resultado directo.

¿Quiénes realizan la evaluación en el PCT?

Si bien los niveles nacional y departamental del Programa efectúan evaluación periódica de los resultados y del impacto, las características de la evaluación en cada uno de estos niveles varían, priorizando indicadores de impacto en el nivel nacional y de resultado a nivel departamental.

¿Qué se requiere para realizar la evaluación?

1. Información correcta confiable, oportuna y veraz de acuerdo a los instrumentos del PNCT
2. Instrumentos de evaluación.
 - a. Modelo de informes anuales
 - b. Fichas de indicadores.
 - c. Planes de evaluación.
 - d. Matrices de evaluación (Instrumento MyE 8, Anexo II)
3. Protocolos de investigación (encuestas, estudios de investigación).

¿Cómo se implementa la evaluación en los diferentes niveles de atención y gestión?

Al ser la evaluación una actividad periódica no rutinaria, debe ser planificada de antemano y ser incorporada en los planes correspondientes y se siguen los siguientes fases:

FASE 1. Organización de la estructura de Evaluación:

Al ser la evaluación un evento en un momento determinado, para realizarlo se realizan las siguientes etapas:

1. Etapa de Planificación del Evento de Evaluación

Esta etapa, generalmente se lo realiza al elaborarse el plan correspondiente (Plan Estratégico, Plan de un Programa, Plan de un proyecto, Plan Operativo Anual, etc.). Donde deben considerarse los indicadores a ser evaluados, la metodología de evaluación, el análisis de involucrados, información requerida para la evaluación, instrumentos de evaluación, cronograma y presupuesto.

En el caso de no haberse planificado con anterioridad el evento, debe realizárselo antes de la ejecución del mismo

2. Etapa de preparación del evento:

Siendo el paso previo, en el que se deben realizar las siguientes acciones:

- Preparación del recurso humano (explicado en acápite posteriores)
- Preparación de la información
- Preparación de la logística del evento
- Convocatoria a los involucrados

3. Desarrollo del evento:

Etapas en la que se siguen los pasos planificados para el desarrollo del evento.

4. Sistematización de la información y elaboración del Informe de Evaluación

Etapas en la que se ordena y sistematiza toda la información del evento según los objetivos del mismo, y elaboración del informe, que será un insumo para la toma de decisiones, para procesos de planificación posteriores y para documentar los procesos.

5. Seguimiento a los acuerdos de la evaluación.

Etapa donde conjuntamente actores involucrados realizan la revisión in situ de los cambios alcanzados.

FASE 2. Organización de Recursos Humanos

La organización de los recursos humanos para realizar la evaluación, debe ser acorde al tipo de evaluación que se detalla en los planes correspondientes, determinándose los roles de cada uno de los miembros del equipo en función a sus competencias.

El recurso humano se debe organizar y preparar, de acuerdo a las siguientes consideraciones:

1. Definición del Equipo Técnico de Evaluación para el evento específico: La tarea de evaluación, al incorporar a otros actores e involucrados del PNCT, debe ser liderizado por el equipo responsable en la implementación del PNCT, en cada uno de los niveles, con el personal existente. Se recomienda que se nombre una persona responsable de liderizar el equipo de MyE, que de acuerdo a la dinámica de cada nivel podrá ser una persona permanente o una función rotativa en el personal para cada evento de evaluación, sin embargo debe ser explícita, para todos los miembros del equipo.
2. Estandarización de objetivos y términos del programa: a realizarse en talleres o reuniones iniciales antes de implementar las tareas de evaluación, ya que todos los miembros del equipo deben manejar la misma terminología.
3. Capacitación y actualización del equipo en la metodología de evaluación y utilización de los instrumentos, con la utilización de la presente guía.
4. Socialización de los roles que debe realizará el personal durante el evento de evaluación.
5. Socialización del Plan de Evaluación ya descrito en el plan correspondiente.
6. Definición de involucrados en el proceso de evaluación. Convocatoria a los mismos.

7. Determinación del lugar donde se realizará la evaluación en función al número de participantes.
8. Preparación de la logística del evento.
9. Preparación de la información de los indicadores que serán evaluados.

¿Cómo se realiza la evaluación?

A nivel de impacto:

Nivel de Indicador	Qué mide	Cómo se mide
De impacto	Prevalencia	Mediante encuestas en intervalos apropiados. La información proveniente de este estudio puede aplicarse para determinación de metas.
	Incidencia	Medición directa a partir de datos de notificación de la tuberculosis.
	Mortalidad	Existen tres formas de medir la mortalidad: a) rutinaria por medio de los datos de los registros de defunción si los datos de las muertes de estos registros siguen los códigos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (ICD-10) y se demuestra que los datos son completos y precisos. b) Medición directa por medio de estudios de autopsia verbal, en los que a los cuidadores o familiares de las personas que han fallecido se les hace una serie estructurada de preguntas con el objetivo de determinar la causa de la muerte, con la validación de las causas de las muertes por medio de registros médicos. c) Medición indirecta por medio de estimaciones de tasas de letalidad de los casos e incidencia de la tuberculosis. Encuestas cualitativas.
De efecto	Cambio de comportamiento	Posterior a la realización de una línea de base se debe efectuar evaluación de las intervenciones de ACMS al menos en 10 años.

FASE 3. Evaluación del Programa

El diseño de las evaluaciones de los programas debe coincidir con el desarrollo del plan estratégico nacional de tuberculosis

Esta evaluación de programas debe ser integrado y exhaustivo que pueda consultarse, que sea participativo y amplio para garantizar la relevancia y validez metodológica y el rigor científico. Además de las evaluaciones generales de los programas para valorar el progreso hacia los objetivos generales y específicos establecidos, pueden también evaluarse intervenciones específicas para calificar su viabilidad, eficiencia, efectividad, impacto, relevancia y sostenibilidad.

Estas evaluaciones de programa se planifican al comienzo del plan de cada programa que, y pueden llevarse a cabo en cualquier fase de su ejecución (evaluaciones formativas o de resultados de procesos, cada año, o evaluaciones de resultados indirectos/impacto cada 3 a 5 años).

Se debe tomar en cuenta, que todos los niveles de planes pueden ser evaluados, lo que diferencia entre un plan y otro es el tiempo de evaluación:

- Plan Estratégico: Evaluación a medio término (2 a 3 años) y a final (5 a 7 años)
- Plan de Proyecto (Fondo Mundial): Evaluación a final (5 años)
- Planes Operativos: Anual

Las reuniones anuales de evaluación se realizarán a nivel departamental y nacional, con la convocatoria de todos los responsables departamentales de Control de la Tuberculosis, supervisores, responsables de MyE, responsables de laboratorio y representantes de Organizaciones sociales (Sociedad Civil) y financieros en el caso de la reunión nacional, mientras que a nivel departamental serán los responsables de programa de las gerencias de red, responsables de MyE y de laboratorio.

Los indicadores que deben evaluarse anualmente son de resultado directo (Anexo I).

FASE 4. Evaluación del Plan estratégico.-

En consideración a una línea de base, una vez iniciadas las intervenciones del Plan estratégico, se debe efectuar evaluaciones de medio término (entre 2 a 3 años) y finales (5 o más años).

Debe efectuarse con equipo técnico externo para no sesgar la apreciación de los resultados.

La evaluación también debe efectuarse aplicando una metodología participativa, con acompañamiento de las organizaciones sociales.

¿Cómo se utilizan los resultados de la Evaluación?

Al igual que con los resultados del monitoreo, los resultados de la evaluación, sirven para alimentar al Sistema de MyE, que debe proporcionar la información útil, para que los niveles de toma de decisiones, lo realicen en base a evidencias, con alternativas de solución analizadas, que permita la toma de decisiones con el mínimo nivel de incertidumbre.

Aunque los pasos que se siguen son similares a aquellos realizados durante la etapa del monitoreo, debe tomarse en cuenta, que los resultados de la evaluación, son el insumo para la elaboración de planes a mediano y largo plazo.

Para ello se realizan los siguientes pasos:

1. Identificar indicadores críticos, mediante el análisis comparativo, en tiempo, espacio y coherencia con las metas, para lo cual se utilizaron todos los instrumentos ya descritos.
2. Priorizar los problemas en base a criterios técnicos con la aplicación de la Matriz de Priorización de indicadores críticos (Instrumento MyE 9, Anexo II).
3. Construir de manera participativa alternativas de solución (Instrumento MyE 10, Anexo II), de mediano y largo plazo.
4. Analizar la viabilidad de las alternativas de solución con la utilización de la Matriz FODA, como herramienta predictiva, del probable éxito o fracaso de las alternativas de intervención (Instrumento MyE 11, Anexo II).
5. Seleccionar las alternativas de solución y elaboración de los Planes correspondientes.

QUINTA UNIDAD: SUPERVISIÓN

¿Qué entendemos por supervisión?

Es la herramienta mediante el cual se garantiza el desarrollo correcto de los procedimientos, en el contexto del monitoreo y evaluación.

¿Para qué sirve la supervisión?

Para fortalecer las competencias del personal de salud y eliminar o minimizar defectos en el desarrollo de los procesos debido al factor humano.

¿Qué se debe supervisar?

Se supervisa todos los procedimientos tanto de atención como de gestión que se desarrollan en cada uno de los niveles según la complejidad del nivel.

Se debe tomar en cuenta, que se supervisa lo que se capacitó o se brindó en un proceso de inducción. Caso contrario, se realiza inicialmente una capacitación.

¿A quiénes se debe supervisar?

A todas aquellas personas que tienen alguna función en cualquiera de los procesos de desempeño del programa.

¿Quiénes supervisan?

La supervisión se realiza por el nivel jerárquico inmediato superior.

¿Dónde se realiza la supervisión?

En el lugar de trabajo de la persona supervisada, con el fin de poder determinar factores que facilitan u obstaculizan el desarrollo de los procedimientos y en caso necesario capacitar en el procedimiento correcto.

¿Cómo se realiza la supervisión?

1. Los niveles jerárquicos superiores, deben realizar supervisión periódica de la forma en que se están realizando los procedimientos, para ello se debe iniciar con una planificación anual, de que nivel se realizará la supervisión, acompañado del cronograma anual de supervisión.
2. Conforme el equipo que realizará la supervisión, acorde a los procedimientos a ser supervisados.
3. Priorizar los procesos por niveles en función al análisis de indicadores en el monitoreo (Anexo II, Instrumento 3)
4. Aplicar instrumentos de supervisión de los procesos priorizados en el nivel correspondiente⁵
5. En función a los procedimientos, elija uno de los siguientes métodos de supervisión:
 - a. Observación in situ (simulada o real)
 - b. Entrevista estructuradaSe debe hacer notar que pueden combinarse los métodos.
6. Registrar sus hallazgos
7. Emitir recomendaciones precisas para su mejora en el desarrollo de los procedimientos.

⁵ Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis, 2da Edición. Anexo IX Guía de Supervisión del Programa de Tuberculosis.

SEXTA UNIDAD: INDICADORES SELECCIONADOS

Conceptos básicos

¿Qué es un indicador?

Es una medida utilizada para demostrar cambios o resultados de una actividad, proyecto o programa, es una herramienta de la evaluación.

TIPOS:

Por su aplicabilidad:

- Epidemiológicos
- Operacionales:
 - Cuantitativos.
 - Cualitativos

Por su naturaleza:

- De estructura
- De proceso
- De resultado
- De efecto/impacto

¿Qué se requiere para utilizar adecuadamente los indicadores?

Información de calidad, confiable, veraz, oportuna y verificable.

Personal capacitado en MyE.

Actitud de análisis

Equipo de sistematización la información

¿Cómo se los construye?

Numeradores de los indicadores deberán extraerse de los instrumentos de notificación, mientras que la información correspondiente a los denominadores saldrá de los documentos de planificación y programación.

Para este objeto analizar la sección de cálculo de cada ficha de indicador.

¿Cómo se utilizan las fichas de indicadores?

Cada indicador tiene una ficha en la que se contempla los siguientes acápite importantes: la definición operativa, el propósito del uso del indicador, el cálculo, la forma de medición.

- Definición operativa: responde a la pregunta: “que es el indicador”.
- Propósito: describe la utilidad para la cual se ha formulado el indicador.
- Calculo: es la formula en donde se indica el numerador y el denominador del indicador para sacar un resultado que es el principal insumo para el análisis.
- Forma de medición: figura unidad de medición, el instrumento fuente, niveles de recolección, procesamiento y análisis de la información con sus responsables, frecuencia, y responsables de la construcción de alternativas.

¿Cómo se analiza e interpreta el indicador?

El equipo responsable de MyE deberá analizar cada uno de los acápite de la ficha realizando de acuerdo a la naturaleza del indicador alguno o algunos de los siguientes procesos:

- Medida comparativa para determinar brechas con la meta programada.
- Medida comparativa entre territorios.
- Medida comparativa en tiempo.
- Determinación de tendencias.

- Explicación del porque del no cumplimiento de la meta, o en su defecto el haber sobrepasado la misma, en función a su realidad por nivel de gestión.

CAJA DE HERRAMIENTAS

¿Qué es una caja de herramientas?

Es un compendio de fichas técnicas de temas relacionados al Monitoreo y Evaluación, que son útiles para su aplicación práctica y elemento de consulta permanente y rápida.

¿Cómo se la usa?

Son utilizadas a requerimiento, durante el proceso de monitoreo y evaluación, dependiendo de las necesidades de la persona.

¿Qué contiene?

- Medición de Impacto
- Seguimiento de los indicadores
- Revisión del programa y evaluación
- Negociación
- Dinámicas grupales

Medición del impacto

Es importante fortalecer los sistemas rutinario de registro y reporte de casos y la vigilancia de todos los casos y muertes en todos los países con el fin de mejorar las estimaciones de la carga de tuberculosis y las tendencias de la enfermedad.

Cuando los sistemas de vigilancia no son confiables, se recomiendan otras medidas, reconocidas universalmente:

1. Prevalencia

La prevalencia de la tuberculosis determina el riesgo de infección en una comunidad, es decir, hasta que punto se esta produciendo la transmisión.

La prevalencia de la tuberculosis es aproximadamente la incidencia de la tuberculosis multiplicada por el promedio de duración de la enfermedad. La mejora en el tratamiento y en la detección de los casos reduce la duración de la enfermedad, por lo que la prevalencia responde más rápidamente que la incidencia a los cambios en el control de la tuberculosis. La valoración periódica de la prevalencia de la tuberculosis puede, por lo tanto, ser más útil para medir el impacto del control de la enfermedad (por ejemplo, en un periodo de cinco a diez años) que los esfuerzos para medir los cambios en la incidencia de la enfermedad. Los cambios en la prevalencia de la tuberculosis que se registran con el tiempo se miden mejor realizando al menos dos encuestas en intervalos apropiados.

Las estimaciones indirectas de la prevalencia de la tuberculosis (las no obtenidas a partir de una encuesta de población) no deben usarse para establecer metas ni con fines de evaluación del programa. Solo las mediciones directas a partir de las encuestas de población son adecuadas para realizar el seguimiento y la evaluación del programa.

Las estimaciones indirectas de la prevalencia de la tuberculosis (las no obtenidas a partir de una encuesta de población) no deben usarse para establecer metas ni con fines de evaluación del programa. Solo las mediciones directas a partir de las encuestas de población son adecuadas para realizar el seguimiento y la evaluación del programa.

El grupo de trabajo para la medición del impacto de la tuberculosis recomienda enfáticamente la realización de encuestas de prevalencia de la tuberculosis. Las encuestas de prevalencia de la tuberculosis se consideran también una opción en otros países con una alta carga de tuberculosis, en los casos en los que existan serias dudas en relación con el desempeño de la vigilancia de la tuberculosis del país.

Además de ofrecer una medición directa de la carga de la enfermedad, los resultados de las encuestas de prevalencia de la tuberculosis ofrecen información a los programas nacionales de tuberculosis sobre el tamaño relativo de los casos de tuberculosis no detectados y sobre los patrones en la búsqueda de atención en salud que conducen a retrasos en el diagnóstico de la enfermedad.

2. Incidencia

La incidencia de la tuberculosis es el número de casos nuevos de tuberculosis que se producen cada año. La incidencia (casos que aparecen en un periodo determinado) ofrece una indicación sobre la carga de la tuberculosis en una población y sobre el tamaño de la tarea a la que se enfrenta un programa nacional de control de la tuberculosis. La incidencia puede cambiar como resultado de los cambios en la transmisión (la tasa de personas que pueden infectarse con el *Mycobacterium tuberculosis*) o de los cambios en la tasa de personas infectadas con el *Mycobacterium tuberculosis* que pueden desarrollar la enfermedad de la tuberculosis (por ejemplo, como resultado de los cambios en la nutrición o de si están o no infectadas con el VIH). Debido a que la tuberculosis puede desarrollarse en personas que se infectaron muchos años atrás, el efecto del control de la tuberculosis en la incidencia es menos rápido que el efecto en la prevalencia o en la mortalidad.

Existen tres métodos prácticos para medir o calcular la incidencia de la tuberculosis en un año determinado:

- Medición directa a partir de datos de notificación de la tuberculosis cuando la vigilancia de la tuberculosis alcanza altos estándares de cobertura y calidad.
- Estimación mediante la valoración de la integridad de los datos de notificación de la tuberculosis a través de estudios de inventario con la ayuda de un modelo de conexión de registros y un modelo de captación y reingreso.
- Cálculo a partir de la opinión de expertos utilizando el marco del «modelo en capas de cebolla».

Las estimaciones de la incidencia deben ofrecer siempre documentación del rango de incertidumbre (margen de confianza). En los países en los que el

desempeño de los sistemas de vigilancia de la tuberculosis no permite el uso de las notificaciones como factor aproximado de la incidencia, las estimaciones de la incidencia no deben utilizarse para la planificación del programa nacional ni para establecer metas.

En su lugar, se analizarán cuidadosamente los datos sobre las tasas de notificación de los casos. Asimismo, las predicciones a corto plazo pueden utilizarse para la planificación y para la elaboración de los presupuestos.

La OMS recomienda que todos los países fortalezcan sus sistemas de vigilancia hasta que las notificaciones de tuberculosis sean una medición directa (o un factor aproximado) de la incidencia de la tuberculosis, también recomienda que los países valoren de forma periódica la incidencia de la tuberculosis (sus valores absolutos y tendencias) por medio de marcos y herramientas normalizados para analizar y documentar la confiabilidad y la cobertura de los datos de notificación de la tuberculosis.

3. Mortalidad

Existen tres formas de medir la mortalidad por:

- *Medición rutinaria por medio de los datos de los registros de defunción* si los datos de las muertes de estos registros siguen los códigos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (ICD-10) y se demuestra que los datos son completos y precisos.
- *Medición directa por medio de estudios de autopsia verbal*, en los que a los cuidadores o familiares de las personas que han fallecido se les hace una serie estructurada de preguntas con el objetivo de determinar la causa de la muerte, con la validación de las causas de las muertes por medio de registros médicos.
- *Medición indirecta por medio de estimaciones* de tasas de letalidad de los casos e incidencia de la tuberculosis.

Así, la mortalidad por tuberculosis se calcula a partir de la incidencia de la tuberculosis multiplicada por la tasa estimada de letalidad de los casos.

La OMS recomienda que, siempre que los sistemas de registro de defunción sean insuficientes o no se hayan desarrollado todavía, se utilice una muestra del registro de defunción como fuente provisional para la medición confiable de las muertes, incluidas las muertes por tuberculosis.

Seguimiento de los indicadores

Directo

La tabla de indicadores ofrece una lista de indicadores programáticos clave agrupados según los componentes respectivos del Plan Estratégico de la Alianza Alto a la Tuberculosis. La mayoría de estos indicadores miden la calidad de desempeño en el nivel de prestación de servicio. Cada indicador se describe con más detalle en el Anexo III (Fichas de indicadores). Esta tabla ofrece también directrices sobre el tipo de indicador, actividad del PNCT que mide y cuál es el nivel de manejo que debería existir por niveles.

Indirecto

En materia de tuberculosis, el “impacto” hace referencia a los cambios en la incidencia, prevalencia y mortalidad de la tuberculosis para los que se han establecido metas en función del marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de la Alianza Alto a la Tuberculosis.

El impacto puede, no obstante, no ser demostrado solamente a través de los datos recolectados de forma rutinaria, y normalmente no en un plazo menor de cuatro a cinco años. Si las actividades son ambiciosas y abarcan una amplia zona geográfica, la valoración del impacto de los esfuerzos de control de la tuberculosis puede ser adecuada.

Los indicadores de impacto recomendados deben incluirse cuando los datos pueden recolectarse a través de mediciones directas, como encuestas o sistemas de registros vitales.

Revisiones del programa y evaluación

Revisiones

Se debe poner mayor énfasis en las evaluaciones de los resultados indirectos y de impacto y el análisis de los resultados indirectos y del impacto deben formar parte de un proceso de revisión existente dirigido por el programa (revisiones de programas nacionales, revisiones conjuntas del sector salud y de programas externos, etc.) para justificar las decisiones durante las revisiones periódicas.

En el momento de las revisiones periódicas, se valorara aspectos de calidad de los datos, calidad de los servicios y de equidad. Realizar de forma rutinaria valoraciones de la calidad de los datos a través de la verificación de datos in situ. Asimismo, se ejecutara una valoración rápida de la calidad de los servicios, que valorara la calidad de la prestación de servicio en las instituciones de salud. También se pide datos desagregados sobre notificaciones y resultados del tratamiento por categorías de los riesgos identificados.

La identificación de las categorías de riesgos y el progreso entre los grupos de riesgo identificados debe basarse en valoraciones de equidad. El programa en todos sus niveles debe planificar dichas valoraciones como parte del MyE y de las revisiones.

Evaluaciones

Además de las revisiones, se deben planificar de forma adecuada y utilizar de forma estratégica las evaluaciones para mejorar su respuesta a la tuberculosis.

Las evaluaciones ofrecen la oportunidad de evaluar sistemática y objetivamente la relevancia, desempeño, calidad y el impacto de las intervenciones.

Siempre que sea posible, las evaluaciones se planifican al comienzo de la intervención y pueden llevarse a cabo en cualquier fase de su ejecución (evaluaciones formativas o de procesos, o evaluaciones de resultados indirectos/impacto).

El diseño de las evaluaciones de las intervenciones debe coincidir con el desarrollo del Plan Estratégico Nacional de Tuberculosis. Como parte del desarrollo de un Plan de Monitoreo y Evaluación del Programa Nacional de Control de

Tuberculosis, debe diseñarse un plan de evaluación integral y exhaustivo que pueda consultarse, que sea participativo y amplio; Para garantizar la relevancia y validez metodológica y el rigor científico y valorar el progreso hacia los objetivos generales y específicos establecidos, pueden también evaluarse intervenciones específicas con el propósito de calificar su viabilidad, eficiencia, efectividad, impacto, relevancia y sostenibilidad.

Negociación

Se puede definir como la relación que establecen dos o más personas en relación con un asunto determinado con vista a acercar posiciones y poder llegar a un acuerdo que sea beneficioso para todos ellos. La negociación se inicia cuando hay diferencias en las posiciones que mantienen las partes. Si estas posiciones fueran coincidentes no haría falta negociar.

La negociación busca eliminar esas diferencias, normalmente acercando las posiciones gradualmente hasta llegar a un punto aceptable para todos.

Para iniciar una negociación tiene que haber además interés por parte de los afectados en tratar de alcanzar un acuerdo. Una regla que debe presidir cualquier negociación y que facilita enormemente el poder llegar a un acuerdo es el respeto a la otra parte.

No se debe considerar como un enemigo al que hay que vencer. Muy al contrario, hay que verlo como un colaborador con el que se va a intentar trabajar estrechamente con vista a superar las diferencias existentes y llegar a un acuerdo aceptable.

Características que definen al buen negociador:

Aunque si bien hay personas con facilidad innata para la negociación, estas aptitudes también se pueden aprender asistiendo a cursos de formación y base de práctica, para desarrollar las habilidades que requiere un buen negociador, entre las que podemos mencionar las siguientes:

Le gusta negociar, entusiasta, gran comunicador, persuasivo, muy observador, psicólogo, sociable, respetuoso, honesto, profesional, detesta la improvisación,

meticuloso, firme, sólido, tiene autoconfianza, ágil, resolutivo, acepta el riesgo, paciente, creativo.

Estrategia de Negociación

La estrategia de la negociación define la manera en que las partes tratan de conducir la misma con el fin de alcanzar sus objetivos. Se pueden definir dos estrategias típicas:

Estrategia de “ganar-ganar”, en la que se busca que ambas partes ganen, compartiendo el beneficio. Esta estrategia se puede aplicar en la mayoría de las negociaciones, tan sólo hace falta voluntad por ambas partes de colaborar.

Estrategia de “ganar-perder” en la que cada parte trata de alcanzar el máximo beneficio a costa del oponente. Sólo se debería aplicar en una negociación aislada ya que el deterioro que sufre la relación personal hace difícil que la parte perdedora quiera volver a negociar.

Fases de la negociación

Preparación

Es la fase previa a la negociación propiamente dicha y es un tiempo que se emplea en buscar información y en definir una posición, deben cumplirse los siguientes pasos:

- Recopilar toda la información, definir con precisión nuestros objetivos, la estrategia que vamos a utilizar y las tácticas que vamos a emplear.
- Conocer con exactitud nuestro margen de maniobra: hasta dónde podemos ceder, qué tipo de acuerdos podemos firmar y qué otros requerirán autorización de niveles jerárquicos superiores.

Desarrollo de la negociación

Abarca desde que nos sentamos a la mesa de negociación hasta que finalizan las deliberaciones, ya sea con o sin acuerdo.

Es la fase en la que ambas partes intercambian información (definen sus posiciones), detectan las discrepancias y tratan de acercar posturas mediante concesiones.

Su duración es indeterminada, requiriendo frecuentemente altas dosis de paciencia. Por lo general no es conveniente precipitar acontecimientos, siendo preferible esperar a que las ideas vayan madurando.

Cierre de la negociación

El cierre de la negociación concluye alcanzando un acuerdo o no, si lo hay se debe cerciorar que no queda ningún cabo suelto y ambas partes interpreten de igual manera los puntos tratados.

Una vez cerrada la negociación, se deben recoger por escrito todos los aspectos de la misma. Es frecuente que en esta fase las partes se relajen, cuando más bien conviene estar muy atentos y asegurar que en el documento se precisen los detalles que hasta ese momento, probablemente, apenas se hayan tratado.

52

Dinámicas grupales

Durante las reuniones, talleres o sesiones de capacitación puede haber momentos en que el nivel de energía y la atención de la gente disminuyen. Esto ocurre particularmente al final de la mañana, justo después del almuerzo o hacia el fin del día. Las presentaciones difíciles, temperaturas altas y decisiones desafiantes, pueden hacerse más fáciles si hay descansos agradables entre las sesiones.

Normalmente se llama dinámicas grupales a las actividades agradables que ayudan a la gente a refrescarse. Éstas hacen más que sólo despertar a la gente, pueden ayudar a los participantes en los talleres a conocerse mejor, pueden derribar las barreras y unir a la gente de diferentes contextos. Hay muchas dinámicas grupales y la gente puede inventar nuevas por sí misma.

Al usar dinámicas grupales, deben escogerse adecuadamente, tomando en cuenta al público presente. Si la gente tiene poca familiaridad con el uso de dinámicas grupales, empezar con las más suaves o las menos activas y dar el ejemplo participando uno mismo. Respetar a los que no quieran tomar parte. Ser sensible a la

cultura, género y discapacidad, particularmente en situaciones donde pueda no ser apropiado que hombres y mujeres se toquen. Si la gente tiene discapacidades, incluirlos como jueces o árbitros. Siempre que sea posible, intentar relacionar la dinámica grupal con el tema de la capacitación o del taller.

A continuación se presentan algunos ejemplos de dinámicas grupales:

Números

Pararse en un círculo. Contar por turnos alrededor del círculo. Cada vez que se llegue al número cinco o un múltiplo de cinco, esa persona aplaude en lugar de decir el número. Cada vez que se llegue al número siete o un múltiplo de siete, la persona se da la vuelta una vez en lugar de decir el número. Si alguien comete un error, la persona se sale del círculo y la siguiente persona empieza de nuevo con el 1.

Movimiento

Como facilitador de la dinámica, simplemente cambiar de lugar dentro el mismo auditorio, esto motivará a la gente a mover la silla y girar la cabeza lo que promoverá la atención de las personas. También puede invitar a la gente a levantarse y examinar un cartel o mapa de más cerca.

Canciones

El cantar canciones que sean fáciles de aprender y corear siempre es agradable. Las canciones de acción pueden ser divertidas, o usar canciones que impliquen aplaudir o tamborilear los ritmos.

Espejos

Poner a la gente en pares. Una persona es el actor, el otro el espejo. El espejo hace cualquier cosa que haga el actor, reflejando sus acciones. Después de unos minutos, se cambian los papeles.

Escribir con el cuerpo

Pedirle a la gente que use la mímica para escribir su nombre en el aire con diferentes partes del cuerpo:

- El dedo derecho
- El dedo izquierdo
- El codo derecho
- El pie
- Los hombros
- La nariz

¡Tratar de terminar con el ombligo!

¿Qué ruido es éste?

Alguien hace un ruido y todos los demás intentan identificarlo, la persona que adivina hace otro ruido. Los ruidos podrían incluir sonidos de animales y pájaros, máquinas, vehículos o preparación de comida.

Jerarquías

Una persona escoge algo en secreto para jerarquizarlos a todos. Esto podría ser el color de sus zapatos, el número de botones, su edad, su color o longitud de pelo, su estatura, el número de bolsillos, la primera inicial de su nombre o la fecha de su cumpleaños, etc. Alinear a todos según el sistema de clasificación jerárquica secreta y dejar que la gente intente adivinarlo. Por ejemplo, si se han escogido los botones, un extremo tendrá a la persona con más botones en su ropa, y el otro extremo de la línea tendrá a todos aquellos que no tienen ningún botón. Se necesitará ser suficiente diestro para no atraer atención al secreto. Por ejemplo, si se refiere a sus zapatos, intentar no mirar hacia abajo todo el tiempo.



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA



ANEXO I

Tabla de indicadores

TABLA DE INDICADORES DE ANÁLISIS A NIVEL NACIONAL:

Nivel de Indicador	Indicador	Componente del PE del Programa, y/o Proyecto FM que mide	Ver ficha No.:
De impacto	Tasa de incidencia de Tuberculosis todas sus formas.	Metas del PE Objetivos del Milenio Impacto del Proyecto del FM	1
	Tasa de incidencia de TBP BAAR(+) nuevos	Metas del PE Objetivos del Milenio Impacto del Proyecto del FM	2
	Tasa de mortalidad por TB	Metas del PE Objetivos del milenio	3
	Tasa de incidencia de TB Meníngea en niños < 5 años	Incluido en las normas	4
	Prevalencia de la tuberculosis pulmonar	No se incluye en ningún documento	Por estudio No tiene ficha
Nivel de Indicador	Indicador	Componente del PE del Programa, y/o Proyecto FM que mide	Ver ficha No.:
De efecto	Porcentaje de personas que poseen conocimientos correctos acerca de la Tuberculosis	Línea estratégica VIII ACMS del PE	Por estudio No tiene ficha
	Porcentaje de personas que expresan actitud de aceptación hacia pacientes con TB.	Línea estratégica VIII ACMS del PE	Por estudio No tiene ficha

Nivel de Indicador	Indicador	Componente del PE del Programa, y/o Proyecto FM que mide	Ver ficha No.:
De resultado	Proporción de TBP BAAR (+) y BAAR (-) nuevos en relación a TB TSF	Línea estratégica I DOTS del PE.	5
1.- Cobertura	Proporción de TB BAAR (+) nuevos	Línea estratégica I DOTS del PE.	6
	Cobertura de SR identificados de los programados	Línea estratégica I DOTS del PE.	7
	Cobertura de TBP BAAR (+) nuevos diagnosticados de los programados	Línea estratégica I DOTS del PE.	8
	Cobertura de tratamiento de TB BAAR (+) nuevos.	Línea estratégica I DOTS del PE.	9
	Seroprevalencia de VIH en pacientes con tuberculosis TSF Nuevos.	Línea estratégica II del PE. TB/VIH	10
	Seroprevalencia de VIH en pacientes con tuberculosis TBP BAAR(+) Nuevos	Línea estratégica II del PE. TB/VIH	11
	Proporción de pacientes TB-MDR confirmados mediante la prueba de sensibilidad y resistencia.	Línea estratégica III del PE. TB-MDR	12
	Porcentaje de proveedores de salud incorporados y aplicando normas nacionales de TB	Línea estratégica VII del PE. PPM	13
2.- Detección	Porcentaje de acceso a cultivo y PSR de casos TBP BAAR (+) con sospecha de resistencia secundaria.	Línea estratégica I DOTS del PE.	16
	Porcentaje de casos de TB extrapulmonares que acceden a cultivo.	Línea estratégica I DOTS del PE.	17
	Número de casos de TB TSF informados por establecimientos de salud del privado y no gubernamental de entre todos los casos de tuberculosis notificados.	Línea estratégica VII del PE. PPM Proyecto del FM	18
	Número de TBP BAAR(+) nuevos detectados en población indígena.	Línea estratégica IV, TB en poblaciones vulnerables. Proyecto del FM	19
	Porcentaje de TB TSF notificados a la autoridad sanitaria entre sintomáticos respiratorios estimados en población indígena	Línea estratégica IV, TB en poblaciones vulnerables.(Proyecto del FM	20
	Número de TBP BAAR(+) nuevos detectados en población privada de libertad	Línea estratégica IV, TB en poblaciones vulnerables. Proyecto del FM	21
	Porcentaje de TB todas las formas notificados a la autoridad sanitaria entre sintomáticos respiratorios estimados en población privada de libertad	Línea estratégica IV, TB en poblaciones vulnerables. Proyecto del FM	22
	Casos TBP BAAR (+) nuevo y previamente tratados notificados en privados de libertad que acceden a cultivo y PSR.	Línea estratégica I DOTS del PE.	23
2.- Resultado de tratamiento	Tasa de curación (Eficiencia) TBP BAAR (+) nuevos.	Línea estratégica I DOTS del PE. Objetivos del Milenio.	24
	Tasa de fallecidos TBP BAAR(+) nuevos	Línea estratégica I DOTS del PE.	25
	Tasa de abandonos TBP BAAR(+) nuevos	Línea estratégica I DOTS del PE.	26
	Tasa de transferidos TBP BAAR(+) nuevos	Línea estratégica I DOTS del PE.	28
	Tasa de término de tratamiento en TB BAAR (+)	Línea estratégica I DOTS del PE.	28
	Tasa de fracasos TBP BAAR(+) nuevos	Línea estratégica I DOTS del PE.	29
	Tasa de Eficacia TBP BAAR(+) nuevos	Línea estratégica I DOTS del PE.	30
	Porcentaje de TB-MDR curados	Línea estratégica III del PE. TB-MDR	34
	Porcentaje de casos de TB-MDR que han iniciado tratamiento de segunda línea y que tienen cultivo negativo al final de los seis meses de tratamiento.	Línea estratégica I DOTS del PE. Proyecto FM.	35
	Tasa de éxito de tratamiento en pacientes con TB-MDR confirmada por laboratorio	Línea estratégica III del PE. TB-MDR Proyecto del FM.	36
	Porcentaje de casos de TB TSF que presentan RAFA a medicamentos antituberculosos de primera línea	Línea estratégica I DOTS del PE.	37
	Tasa de Curación (Eficiencia) TBP BAAR(+) en población indígena	Línea estratégica IV, TB en poblaciones vulnerables. Proyecto del FM	39
	Tasa de Curación (Eficiencia) TBP BAAR(+) en población privada de libertad	Línea estratégica IV, TB en poblaciones vulnerables. Proyecto del FM.	40
Tasa de Curación (Eficiencia) TBP BAAR(+) en poblaciones de cuarteles	Línea estratégica IV, TB en poblaciones vulnerables.	41	

TABLA DE INDICADORES DE ANÁLISIS A NIVEL DEPARTAMENTAL:

Nivel de Indicador	Indicador	Componente del PE del Programa, y/o Proyecto FM que mide	Ver ficha No.:
De resultado	Proporción de TBP BAAR (+) y BAAR (-) nuevos en relación a TB TSF	Línea estratégica I DOTS del PE.	5
1.- Cobertura	Proporción de TB BAAR (+) nuevos	Línea estratégica I DOTS del PE.	6
	Cobertura de SR identificados de los programados	Línea estratégica I DOTS del PE.	7
	Cobertura de TBP BAAR (+) nuevos diagnosticados de los programados	Línea estratégica I DOTS del PE.	8
	Cobertura de tratamiento de TB BAAR (+) nuevos.	Línea estratégica I DOTS del PE.	9
	Seroprevalencia de VIH en pacientes con tuberculosis TSF Nuevos.	Línea estratégica II del PE. TB/VIH	10
	Seroprevalencia de VIH en pacientes con tuberculosis TBP BAAR(+) Nuevos	Línea estratégica II del PE. TB/VIH	11
	Proporción de pacientes TB-MDR confirmados mediante la prueba de sensibilidad y resistencia.	Línea estratégica III del PE. TB-MDR	12
	Porcentaje de proveedores de salud incorporados y aplicando normas nacionales de TB	Línea estratégica VII del PE. PPM	13
2.- Detección	Porcentaje de acceso a cultivo y TSyR de casos TBP BAAR (+) con sospecha de resistencia secundaria.	Línea estratégica I DOTS del PE.	16
	Porcentaje de casos de TB extrapulmonares que acceden a cultivo.	Línea estratégica I DOTS del PE.	17
	Número de casos de TB TSF informados por establecimientos de salud del privado y no gubernamental de entre todos los casos de tuberculosis notificados.	Línea estratégica VII del PE. PPM Proyecto del FM	18
	Número de TBP BAAR(+) nuevos detectados en población indígena.	Línea estratégica IV, TB en poblaciones vulnerables. Proyecto del FM	19
	Porcentaje de TB TSF notificados a la autoridad sanitaria entre sintomáticos respiratorios estimados en población indígena	Línea estratégica IV, TB en poblaciones vulnerables. Proyecto del FM	20
	Número de TBP BAAR(+) nuevos detectados en población privada de libertad	Línea estratégica IV, TB en poblaciones vulnerables. Proyecto del FM	21
	Porcentaje de TB todas las formas notificados a la autoridad sanitaria entre sintomáticos respiratorios estimados en población privada de libertad	Línea estratégica IV, TB en poblaciones vulnerables. Proyecto del FM	22
	Casos TBP BAAR (+) nuevo y previamente tratados notificados en privados de libertad que acceden a cultivo y TSyR.	Línea estratégica I DOTS del PE.	23
	Porcentaje de casos de TB-MDR que han iniciado tratamiento de segunda línea y que tienen cultivo negativo al final de los seis meses de tratamiento.	Línea estratégica I DOTS del PE. Proyecto FM.	35
	Tasa de éxito de tratamiento en pacientes con TB-MDR confirmada por laboratorio	Línea estratégica III del PE. TB-MDR Proyecto del FM.	36
	Porcentaje de casos de TB TSF que presentan RAFA a medicamentos antituberculosos de primera línea	Línea estratégica I DOTS del PE.	37
	Porcentaje de curación de pacientes TB BAAR B(+) con RAFA.	Línea estratégica I DOTS del PE.	38
	Tasa de Curación (Eficiencia) TBP BAAR(+) en población indígena	Línea estratégica IV, TB en poblaciones vulnerables. Proyecto del FM	39
	Tasa de Curación (Eficiencia) TBP BAAR(+) en población privada de libertad	Línea estratégica IV, TB en poblaciones vulnerables. Proyecto del FM.	40
Tasa de Curación (Eficiencia) TBP BAAR(+) en poblaciones de cuarteles	Línea estratégica IV, TB en poblaciones vulnerables.	41	
Nivel de Indicador	Indicador	Componente del PE del Programa, y/o Proyecto FM que mide	Ver ficha No.:
	Promedio de días de retraso entre la fecha de reporte de la TB MDR y la fecha en la que el paciente inició el esquema categoría IV.	Línea estratégica III del PE: TB-MDR Proyecto del FM.	52
	Porcentaje de casos diagnosticados y confirmados de TB_MDR que inician tratamiento.	Línea estratégica III del PE. TB-MDR Proyecto del FM.	58

TABLA DE INDICADORES DE ANÁLISIS A NIVEL MUNICIPAL Y DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

Nivel de Indicador	Indicador	Componente del PE del Programa, y/o Proyecto FM que mide	Ver ficha No.:
	Cobertura de SR identificados de los programados	Línea estratégica I DOTS del PE.	7
	Cobertura de TBP BAAR (+) nuevos diagnosticados de los programados	Línea estratégica I DOTS del PE.	8
	Cobertura de tratamiento de TB BAAR (+) nuevos.	Línea estratégica I DOTS del PE.	9
2.- Resultado de tratamiento	Tasa de curación (Eficiencia) TBP BAAR (+) nuevos.	Línea estratégica I DOTS del PE. Objetivos del Milenio.	24
	Tasa de fallecidos TBP BAAR(+) nuevos	Línea estratégica I DOTS del PE.	25
	Tasa de abandonos TBP BAAR(+) nuevos	Línea estratégica I DOTS del PE.	26
	Tasa de transferidos TBP BAAR(+) nuevos	Línea estratégica I DOTS del PE.	28
	Tasa de termino de tratamiento en TB BAAR (+)	Línea estratégica I DOTS del PE.	28
	Tasa de fracasos TBP BAAR(+) nuevos	Línea estratégica I DOTS del PE.	29
	Tasa de Eficacia TBP BAAR(+) nuevos	Línea estratégica I DOTS del PE.	30
	Tasa de éxito de tratamiento en pacientes nuevos de TBP BAAR (+).	Línea estratégica I DOTS del PE.	31
	Tasa de conversión bacteriológica al termino de la fase inicial de tratamiento en casos de TB BAAR (+).	Línea estratégica I DOTS del PE.	32
	Porcentaje de positividad de baciloscopias de control	Línea estratégica I DOTS del PE.	33
	Porcentaje de TB-MDR curados	Línea estratégica III del PE. TB-MDR	34
	Porcentaje de casos de TB-MDR que han iniciado tratamiento de segunda línea y que tienen cultivo negativo al final de los seis meses de tratamiento.	Línea estratégica I DOTS del PE. Proyecto FM.	35
	Porcentaje de casos de TB TSF que presentan RAFA a medicamentos antituberculosos de primera línea	Línea estratégica I DOTS del PE.	37
	Tasa de éxito de tratamiento en pacientes con TB BAAR (+) supervisados por personal comunitario	Línea estratégica VIII del PE: ACMS. Proyecto del FM.	42
Nivel de Indicador	Indicador	Componente del PE del Programa, y/o Proyecto FM que mide	Ver ficha No.:
De proceso:	Porcentaje de población que vive en el área de establecimientos que implementan la estrategia DOTS	Línea estratégica I DOTS del PE.	43
	Porcentaje de establecimientos de salud que implementan la estrategia DOTS.	Línea estratégica I DOTS del PE.	44
	Cobertura de la baciloscopia de diagnóstico	Línea estratégica V del PE: Red de laboratorios	45
	Oportunidad del tratamiento- de TB BAAR (+).	Línea estratégica I DOTS del PE.	50
	Porcentaje de pacientes con TBTSF que acceden voluntariamente a la prueba rápida de VIH y tienen el resultado de la misma.	Línea estratégica II del PE: TB/VIH Proyecto del FM.	51
	Porcentaje de establecimientos de salud que reportan información de tuberculosis en forma oportuna según las directrices nacionales.	Línea estratégica I DOTS del PE. Proyecto FM	53
2.- Detección	Proporción de SR examinados* entre los SR identificados.	Línea estratégica I DOTS del PE.	54
	Promedio de baciloscopias de diagnóstico entre los SR examinados	Línea estratégica V del PE: Red de laboratorios	55
	Promedio de SR detectados por caso TBP BAAR(+) nuevo.	Línea estratégica I DOTS del PE.	56
	Porcentaje de positividad de baciloscopia de diagnóstico	Línea estratégica V del PE: Red de laboratorios	57
3.- Tratamiento	Proporción de TBP BAAR (+) nuevos sin conversión bacteriológica al 2º mes de tratamiento y que acceden al cultivo y/o prueba de sensibilidad y resistencia	Línea estratégica V del PE: Red de laboratorios	59

TABLA DE INDICADORES PARA ANÁLISIS EN LABORATORIO:

Nivel de Indicador	Indicador	Componente del PE del Programa, y/o Proyecto FM que mide	Ver ficha No.:
	Porcentaje de laboratorios que efectúan baciloscopia con control de calidad externo	Línea estratégica V del PE: Red de laboratorios Proyecto del FM.	46
	Porcentaje de acceso a cultivo y TSyR de casos TBP BAAR (+) con sospecha de resistencia secundaria.	Línea estratégica I DOTS del PE.	16
	Casos TBP BAAR (+) nuevo y previamente tratados notificados en privados de libertad que acceden a cultivo y TSyR .	Línea estratégica I DOTS del PE.	23
	Promedio de días de retraso entre la fecha de reporte de la TB MDR y la fecha en la que el paciente inicio el esquema categoría IV.	Línea estratégica III del PE: TB-MDR Proyecto del FM.	52
	Porcentaje de laboratorios que efectúan cultivo con control de calidad interno y externo sistemáticamente aplicado	Línea estratégica V del PE: Red de laboratorios	47
	Porcentaje de muestras salivales de baciloscopia de diagnóstico.	Línea estratégica V del PE: Red de laboratorios	48
	Tasa de conversión bacteriológica al termino de la fase inicial de tratamiento en casos de TB BAAR (+).	Línea estratégica I DOTS del PE.	32
	Porcentaje de positividad de baciloscopias de control	Línea estratégica I DOTS del PE.	33
	Proporción de SR examinados* entre los SR identificados.	Línea estratégica I DOTS del PE.	54
	Promedio de baciloscopias de diagnóstico entre los SR examinados	Línea estratégica V del PE: Red de laboratorios	55
	Porcentaje de positividad de baciloscopia de diagnóstico	Línea estratégica V del PE: Red de laboratorios	57
	Porcentaje de casos de TB-MDR que han iniciado tratamiento de segunda línea y que tienen cultivo negativo al final de los seis meses de tratamiento.	Línea estratégica I DOTS del PE. Proyecto FM.	35
	Cobertura de la baciloscopia de diagnóstico	Línea estratégica V del PE: Red de laboratorios	45
	Proporción de TBP BAAR (+) nuevos sin conversión bacteriológica al 2º mes de tratamiento y que acceden al cultivo y/o prueba de sensibilidad y resistencia	Línea estratégica V del PE: Red de laboratorios	59
	Porcentaje de baciloscopias de diagnóstico con carga bacilar alta..	Línea estratégica V del PE: Red de laboratorios	49



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA



ANEXO II

Instrumentos de monitoreo, evaluación
y supervisión



Ministerio de Salud

PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

LISTA MENSUAL DE VERIFICACIÓN DE MONITOREO DE INSUMOS
 NIVEL LOCAL: ESTABLECIMIENTO DE SALUD



INSTRUMENTO M/E 1

SEDES: _____ No. REDES DE SALUD: _____

AÑO: _____ PERIODO DE ANÁLISIS: _____

Indicador	Meses												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
a.- Provisión de insumos													
Solicitud de medicamentos por desabastecimiento													
b.- Laboratorio													
Provisión de vasos para muestras													
Provisión de portaobjetos,													
c.- Sistema de información.													
Provisión de instrumentos de registro													
Provisión de hojas de monitoreo,													
Provisión de manuales de normas													
d.- Recurso Humano													
El establecimiento cuenta al menos con una persona capacitada en normas de prevención y control de la TB													

INSTRUCTIVO: INSTRUMENTO MyE 1

INSTRUCTIVO: El presente instrumento, le servirá para detectar necesidades de insumos. Deberá llenarlo cada mes, cuando realiza su informe mensual.	
El llenado del formulario es como sigue:	
SEDES:	Coloque el SEDES al cual pertenece su establecimiento de salud
Establecimiento de Salud:	Coloque el Nombre de su Establecimiento de salud
Red de Salud:	Coloque el Nombre de la Red de Salud al cual pertenece su establecimiento.
Municipio:	Coloque el Nombre del Municipio al cual pertenece su establecimiento.
Deberá utilizar un formulario diferente por cada periodo que lo necesite.	
AÑO:	Coloque el año al cual pertenece la información de este formulario
INDICADOR:	Esta columna muestra todos los insumos que deben ser verificados mensualmente
MESES:	Al lado de la columna indicador, se tiene 12 casillas, cada una de ellas correspondiente a cada mes del año. En estas casillas deberá llenar con una marca (X o a) cuando cuenta con el insumo consignado en la lista.
	En el caso de no contar con el insumo debe solicitarlo inmediatamente. Al siguiente mes utiliza la siguiente casilla siguiendo el mismo procedimiento.



Ministerio de Salud

PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

LISTA MENSUAL DE VERIFICACIÓN DE MONITOREO DE INSUMOS

NIVEL LOCAL: ESTABLECIMIENTO DE SALUD



INSTRUMENTO MME 2

SEDES: _____ No. de Establecimiento de Salud: _____

RED DE SALUD: _____ MUNICIPIO: _____

AÑO: _____

Indicador	Meses											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
a.- Provisión de insumos Numero de establecimientos que solicitaron medicamentos por desabastecimiento												
b.- Laboratorio Numero de establecimientos que solicitaron por desabastecimiento frascos para toma de muestras. Numero de establecimientos que solicitaron por desabastecimiento portabojatos.												
c.- Sistema de información. Numero de establecimientos que solicitaron por desabastecimiento instrumentos de registro. Numero de establecimientos que solicitaron por desabastecimiento hojas de monitoreo. Numero de establecimientos que solicitaron por desabastecimiento manuales de normas.												
d.- Recurso humano Numero de establecimientos que cuentan al menos con una persona capacitada en normas de prevención y control de la tuberculosis.												

INSTRUCTIVO: INSTRUMENTO MyE 2

INSTRUCTIVO: El presente instrumento, le servirá para monitorear necesidades de insumos, que se presentaron en sus establecimientos de salud. Deberá llenarlo cada mes, cuando realiza su informe mensual.	
El llenado del formulario es como sigue:	
SEDES:	Coloque el SEDES al cual pertenece su establecimiento de salud
No. de Establecimiento de Salud:	Coloque el numero de establecimientos existentes en su area de intervención.
Red de Salud:	Coloque el Nombre de la Red de Salud al cual pertenece su establecimiento.
Municipio:	Coloque el Nombre del Municipio al cual pertenece su establecimiento.
Estas tres variables serán llenadas una vez al inicio de año.	
AÑO:	Coloque el año al cual pertenece la información de este formulario
INDICADOR:	Esta columna muestra todos los insumos que deben ser verificados mensualmente
MESES:	Al lado de la columna indicador, se tiene 12 casillas, cada una de ellas correspondiente a cada mes del año. En estas casillas deberá llenar con el numero de establecimientos que en el curso del mes presentaron la situación que menciona la lista.
	En el caso de que sea una situación frecuente debe tomar acciones inmediatamente. Al siguiente mes utiliza la siguiente casilla siguiendo el mismo procedimiento.

INSTRUCTIVO: INSTRUMENTO MyE 3

El presente instrumento, le servirá para monitorear de manera trimestral el curso de los indicadores, que se encuentran en la Tabla de Indicadores por niveles.	
Deberá llenarlo cada tres meses, con la información de cada uno de los indicadores.	
El llenado del formulario es como sigue:	
SEDES:	Coloque el SEDES al cual pertenece su establecimiento de salud
Establecimiento de Salud:	Coloque el Nombre de su Establecimiento de salud
Red de Salud:	Coloque el Nombre de la Red de Salud al cual pertenece su establecimiento.
Municipio:	Coloque el Nombre del Municipio al cual pertenece su establecimiento.
Estas tres variables serán llenadas una vez al inicio de año.	
AÑO:	Coloque el año al cual pertenece la información de este formulario
No.	Debe colocar el número del indicador que esta analizando, y que monitoreará a lo largo del año.
Indicador Seleccionado:	Debajo de esta columna debe colocar el nombre del indicador del que está realizando el análisis.
	Es importante recalcar que debe mantener los nombres que se encuentra en la tabla de indicadores y/o en las fichas de indicadores correspondientes.
Luego de la columna del indicador seleccionado, se observan 4 grupos de columnas que corresponden aun trimestre del año, en donde se anotará la información del trimestre que está analizando.	
Logro:	Debajo de la columna logro, debe Ud. Colocar lo que ha alcanzado en ese trimestre en el indicador que esta analizando.
	Debe utilizar las medidas que señalan las fichas de indicadores.
Acumulado:	En esta columna debe colocarse la suma de logros de un trimestre a otro, es decir que esta columna se utiliza
	a partir del 2do trimestre. Esta columna indica lo que se esta avanzando en el curso de la gestión.
% de Meta:	Debajo de la columna "% de Meta", debe colocar cuanto de meta ha alcanzado hasta ese momento cuantificado en porcentaje, esta medida le permitirá identificar indicadores criticos cuando el porcentaje alcanzado son niveles muy bajos.
Al final de los cuatro trimestres, está el grupo de columnas que corresponde al año que se está analizando.	
Logro:	Debajo de la columna logro, debe Ud. Colocar lo que ha alcanzado al final de los cuatro trimestres, es decir que debe repetirel valor de "Acumulado" del último trimestre.
% de meta	Cuanto se ha logrado en la gestión en relación a la meta, calcular el porcentaje respectivo
Calificación:	En base a la casilla anterior indicar si se logró la meta o por el contrario faltaría para su logro.
Prioridad:	Colocar un valor de 0 al 5 en donde 0 indica que no es prioritario y 5 es la máxima prioridad.
No. De Actividad:	En que número de actividad del formulario correspondiente se encuetran descritas sus acciones.

INSTRUCTIVO: INSTRUMENTO MyE 4

El presente instrumento, le servirá para monitorear de manera trimestral el curso de los indicadores, que se encuentran en la Tabla de Indicadores por niveles..	
Deberá llenarlo cada tres meses, con la información de cada uno de los indicadores.	
El llenado del formulario es como sigue:	
SEDES:	Coloque el SEDES al cual pertenece su establecimiento de salud
No. De Establecimientos de Salud:	Coloque el numero de establecimientos existentes en su area de intervención.
Red de Salud:	Coloque el Nombre de la Red de Salud al cual pertenece su establecimiento.
Municipio:	Coloque el Nombre del Municipio al cual pertenece su establecimiento.
Estas tres variables serán llenadas una vez al inicio de año.	
AÑO:	Coloque el año al cual pertenece la información de este formulario
No.	Debe colocar el número del indicador que esta analizando, y que monitoreará a lo largo del año.
Indicador Seleccionado:	Debajo de esta columna debe colocar el nombre del indicador del que está realizando el análisis.
	Es importante recalcar que debe mantener los nombres que se encuentra en la tabla de indicadores y/o en las fichas de indicadores correspondientes.
Luego de la columna del indicador seleccionado, se observan 4 grupos de columnas que corresponden aun trimestre del año, en donde se anotará la información del trimestre que está analizando.	
Logro:	Debajo de la columna logro, debe Ud. Colocar lo que ha alcanzado en ese trimestre en el indicador que esta analizando.
	Debe utilizar las medidas que señalan las fichas de indicadores.
Acumulado:	En esta columna debe colocarse la suma de logros de un trimestre a otro, es decir que esta columna se utiliza
	a partir del 2do trimestre. Esta columna indica lo que se esta avanzando en el curso de la gestión.
% de Meta:	Debajo de la columna "% de Meta", debe colocar cuanto de meta ha alcanzado hasta ese momento cuantificado en porcentaje, esta medida le permitirá identificar indicadores criticos cuando el porcentaje alcanzado son niveles muy bajos.
Al final de los cuatro trimestres, está el grupo de columnas que corresponde al año que se está analizando.	
Logro:	Debajo de la columna logro, debe Ud. Colocar lo que ha alcanzado al final de los cuatro trimestres, es decir que debe repetirel valor de "Acumulado" del ultimo trimestre.
% de meta	Cuanto se ha logrado en la gestión en relación a la meta, calcular el porcentaje respectivo
Calificación:	En base a la casilla anterior indicar si se logró la meta o por el contrario faltaría para su logro.
Prioridad:	Colocar un valor de 0 al 5 en donde 0 indica que no es prioritario y 5 es la máxima prioridad.
No. De Actividad:	En que número de actividad del formulario correspondiente se encuentran descritas sus acciones.

INSTRUCTIVO: INSTRUMENTO MyE 5

El presente instrumento, le servirá para monitorear de manera mensual o trimestral (de acuerdo a la naturaleza del indicador) el curso de los indicadores, de la Tabla de Indicadores	
Deberá llenarlo en el periodo establecido en la ficha de indicadores, con la información de cada uno de los indicadores.	
Este instrumento le permite realizar comparaciones entre diferentes territorios y determinar cual es el lugar que tiene los indicadores críticos. Le permite realizar mapeos de su ambito de intervención.	
El llenado del formulario es como sigue:	
SEDES:	Coloque el SEDES al cual pertenece su establecimiento de salud
No. De Establecimientos de Salud:	Coloque el numero de establecimientos existentes en su area de intervención.
Red de Salud:	Coloque el Nombre de la Red de Salud al cual pertenece su establecimiento.
Municipio:	Coloque el Nombre del Municipio al cual pertenece su establecimiento.
Deberá utilizar un formulario diferente por cada periodo que lo necesite.	
AÑO:	Coloque el año al cual pertenece la información de este formulario
PERIODO:	Coloque que numero de semestre, o trimestre es.
No.	Debe colocar el número del indicador que esta analizando, y que monitoreará a lo largo del año.
Indicador Seleccionado:	Debajo de esta columna debe colocar el nombre del indicador del que está realizando el análisis.
	Es importante recalcar que debe mantener los nombres que se encuentra en la tabla de indicadores y/o en las fichas de indicadores correspondientes.
Luego de la columna del indicador seleccionado, se observan grupos de 2 columnas correspondiendo, cada uno de los grupos a un Establecimiento de salud.	
Nombre del ES:	Colocar en cada una de las casillas todos los ES de su ambito de accion .
	Debe utilizar las medidas que señalan las fichas de indicadores.
Logro:	Debajo de la columna logro, debe Ud. Colocar lo que ha alcanzado en ese trimestre en el indicador que esta analizando.
	Debe utilizar las medidas que señalan las fichas de indicadores.
% de Meta:	Debajo de la columna "% de Meta", debe colocar cuanto de meta ha alcanzado ese momento cuantificado en porcentaje, esta medida le permitirá identificar lugares criticos donde el porcentaje alcanzado son niveles muy bajos.
Repetir este proceso por cada uno de los Establecimientos de salud (Deberá imprimir un formulario que tenga la totalidad de los establecimientos de su municipio.	
Al final todos los establecimientos, está el grupo de columnas que corresponde la totalidad, es decir a su municipio. Se deberá llenar:	
Logro:	Debajo de la columna logro, debe Ud. Colocar lo que ha alcanzado aen ese periodo como red.,
% de meta	Cuanto se ha logrado en la gestión en relación a la meta, calcular el porcentaje respectivo
Calificación:	En base a la casilla anterior indicar si se logró la meta o por el contrario faltaria para su logro.
TOMA DE DECISIONES:	En base a todas las casillas anteriores se debe guiar la Toma de Decisiones, para lo cual, por cada indicador se debe poner
Prioridad:	Colocar un valor de 0 al 5 en donde 0 indica que no es prioritario y 5 es la máxima prioridad.
	Que lugares son criticos, y que lugares estan bien.
No. De Actividad:	En que número de actividad del formulario correspondiente se encuentran descritas sus acciones.

INSTRUCTIVO: INSTRUCTIVO MyE 6

El presente instrumento, le servirá para monitorear de manera mensual o trimestral (de acuerdo a la naturaleza del indicador) el curso de los indicadores, de la Tabla de Indicadores	
Deberá llenarlo en el periodo establecido en la ficha de indicadores, con la información de cada uno de los indicadores.	
Este instrumento le permite realizar comparaciones entre diferentes territorios y determinar cual es el lugar que tiene los indicadores críticos. Le permite realizar mapeos de su ambito de intervención.	
El llenado del formulario es como sigue:	
SEDES:	Coloque el SEDES al cual pertenece su establecimiento de salud
No. De Municipios	Coloque el numero de Municipios existentes en su area de intervención.
Red de Salud:	Coloque el Nombre de la Red de Salud correspondiente
Deberá utilizar un formulario diferente por cada periodo que lo necesite.	
AÑO:	Coloque el año al cual pertenece la información de este formulario
PERIODO:	Coloque que numero de semestre, o trimestre es.
No.	Debe colocar el número del indicador que esta analizando, y que monitoreará a lo largo del año.
Indicador Seleccionado:	Debajo de esta columna debe colocar el nombre del indicador del que está realizando el análisis.
Es importante recalcar que debe mantener los nombres que se encuentra en la tabla de indicadores y/o en las fichas de indicadores correspondientes.	
Luego de la columna del indicador seleccionado, se observan grupos de 2 columnas correspondiendo, cada uno de los grupos a un Establecimiento de salud.	
Nombre del ES:	Colocar en cada una de las casillas todos los Municipios de su ambito de accion.
Debe utilizar las medidas que señalan las fichas de indicadores.	
Logro:	Debajo de la columna logro, debe Ud. Colocar lo que ha alcanzado en ese trimestre en el indicador que esta analizando.
Debe utilizar las medidas que señalan las fichas de indicadores.	
% de Meta:	Debajo de la columna "% de Meta", debe colocar cuanto de meta ha alcanzado ese momento cuantificado en porcentaje, esta medida le permitirá identificar lugares críticos donde el porcentaje alcanzado son niveles muy bajos.
Repetir este proceso por cada uno de los municipios (Deberá imprimir un formulario que tenga la totalidad de los establecimientos de su municipio).	
Al final todos los establecimientos, está el grupo de columnas que corresponde la totalidad, es decir a su Red. Se deberá llenar:	
Logro:	Debajo de la columna logro, debe Ud. Colocar lo que ha alcanzado aen ese periodo como red.,
% de meta	Cuanto se ha logrado en la gestión en relación a la meta, calcular el porcentaje respectivo
Calificación:	En base a la casilla anterior indicar si se logró la meta o por el contrario faltaria para su logro.
TOMA DE DECISIONES:	En base a todas las casillas anteriores se debe guiar la Toma de Decisiones, para lo cual, por cada indicador se debe poner
Prioridad:	Colocar un valor de 0 al 5 en donde 0 indica que no es prioritario y 5 es la máxima prioridad.
Que lugares son críticos, y que lugares están bien.	
No. De Actividad:	En que número de actividad del formulario correspondiente se encuentran descritas sus acciones.

INSTRUCTIVO: INSTRUCTIVO MyE 7

El presente instrumento, le servirá para monitorear de manera mensual o trimestral (de acuerdo a la naturaleza del indicador) el curso de los indicadores, de la Tabla de Indicadores	
Deberá llenarlo en el periodo establecido en la ficha de indicadores, con la información de cada uno de los indicadores.	
Este instrumento le permite realizar comparaciones entre diferentes territorios y determinar cual es el lugar que tiene los indicadores críticos. Le permite realizar mapeos de su ambito de intervención.	
El llenado del formulario es como sigue:	
SEDES:	Coloque el SEDES donde se esta realizando el análisis
No. De Municipios	Coloque el numero de Coordinaciones existentes en su area de intervención.
Red de Salud:	Coloque el Nombre de la Red de Salud correspondiente
Deberá utilizar un formulario diferente por cada periodo que lo necesite.	
AÑO:	Coloque el año al cual pertenece la información de este formulario
PERIODO:	Coloque que numero de semestre, o trimestre es.
No.	Debe colocar el número del indicador que esta analizando, y que monitoreará a lo largo del año.
Indicador Seleccionado:	Debajo de esta columna debe colocar el nombre del indicador del que está realizando el análisis.
Es importante recalcar que debe mantener los nombres que se encuentra en la tabla de indicadores y/o en las fichas de indicadores correspondientes.	
Luego de la columna del indicador seleccionado, se observan grupos de 2 columnas correspondiendo, cada uno de los grupos a un Establecimiento de salud.	
Nombre de la Red	Colocar en cada una de las casillas todas las Redes de su ambito de accion .
Debe utilizar las medidas que señalan las fichas de indicadores.	
Logro:	Debajo de la columna logro, debe Ud. Colocar lo que ha alcanzado en ese trimestre en el indicador que esta analizando.
Debe utilizar las medidas que señalan las fichas de indicadores.	
% de Meta:	Debajo de la columna "% de Meta", debe colocar cuanto de meta ha alcanzado ese momento cuantificado en porcentaje, esta medida le permitirá identificar lugares criticos donde el porcentaje alcanzado son niveles muy bajos.
Repetir este proceso por cada uno de las Redes de Salu (Deberá imprimir un formulario que tenga la totalidad de las redes e	
Al final todos los establecimientos, está el grupo de columnas que corresponde la totalidad, es decir al Departamento. Se deberá llenar:	
Logro:	Debajo de la columna logro, debe Ud. Colocar lo que ha alcanzado aen ese periodo como red.,
% de meta	Cuanto se ha logrado en la gestión en relación a la meta, calcular el porcentaje respectivo
Calificación:	En base a la casilla anterior indicar si se logró la meta o por el contrario faltaria para su logro.
TOMA DE DECISIONES:	En base a todas las casillas anteriores se debe guiar la Toma de Decisiones, para lo cual, por cada indicador se debe poner
Prioridad:	Colocar un valor de 0 al 5 en donde 0 indica que no es prioritario y 5 es la máxima prioridad.
Que lugares son criticos, y que lugares estan bien.	
No. De Actividad:	En que número de actividad del formulario correspondiente se encuentran descritas sus acciones.

INSTRUCTIVO: INSTRUCTIVO MyE 8

El presente instrumento, le servirá para realizar la evaluación anual o semestral (de acuerdo a la naturaleza del indicador) el curso de los indicadores, de la Tabla de Indicadores .	
Deberá llenarlo en el periodo establecido en la ficha de indicadores, con la información de cada uno de los indicadores.	
Este instrumento le permite realizar comparaciones entre diferentes territorios y determinar cual es el lugar que tiene los indicadores críticos. Le permite realizar mapeos de su ambito de intervención.	
El llenado del formulario es como sigue:	
SEDES:	Coloque el SEDES donde se esta realizando el análisis
No. De Redes de Salud	Coloque el numero de Coordinaciones existentes en su area de intervención.
Red de Salud:	Coloque el Nombre de la Red de Salud correspondiente
Deberá utilizar un formulario diferente por cada periodo que lo necesite.	
AÑO:	Coloque el año al cual pertenece la información de este formulario
PERIODO:	Coloque que numero de semestre, o trimestre es.
No.	Debe colocar el número del indicador que esta analizando, y que monitoreará a lo largo del año.
Indicador Seleccionado:	Debajo de esta columna debe colocar el nombre del indicador del que está realizando el análisis.
Es importante recalcar que debe mantener los nombres que se encuentra en la tabla de indicadores y/o en las fichas de indicadores correspondientes.	
Luego de la columna del indicador seleccionado, se observan grupos de 2 columnas correspondiendo, cada uno de los grupos a un Establecimiento de salud.	
Nombre de la Red	Colocar en cada una de las casillas todas las Redes de su ambito de accion .
Debe utilizar las medidas que señalan las fichas de indicadores.	
Logro:	Debajo de la columna logro, debe Ud. Colocar lo que ha alcanzado en ese trimestre en el indicador que esta analizando.
Debe utilizar las medidas que señalan las fichas de indicadores.	
% de Meta:	Debajo de la columna "% de Meta", debe colocar cuanto de meta ha alcanzado ese momento cuantificado en porcentaje, esta medida le permitirá identificar lugares criticos donde el porcentaje alcanzado son niveles muy bajos.
Repetir este proceso por cada uno de las Redes de Salu (Deberá imprimir un formulario que tenga la totalidad de las redes e	
Al final todos los establecimientos, está el grupo de columnas que corresponde la totalidad, es decir al Departamento. Se deberá llenar:	
Logro:	Debajo de la columna logro, debe Ud. Colocar lo que ha alcanzado aen ese periodo como red.,
% de meta	Cuanto se ha logrado en la gestión en relación a la meta, calcular el porcentaje respectivo
Calificación:	En base a la casilla anterior indicar si se logró la meta o por el contrario faltaria para su logro.
TOMA DE DECISIONES:	En base a todas las casillas anteriores se debe guiar la Toma de Decisiones, para lo cual, por cada indicador se debe poner
Prioridad:	Colocar un valor de 0 al 5 en donde 0 indica que no es prioritario y 5 es la máxima prioridad.
Que lugares son criticos, y que lugares estan bien.	
No. De Actividad:	En que número de actividad del formulario correspondiente se encuentran descritas sus acciones.

INSTRUCTIVO: INSTRUCTIVO MyE 9

El presente instrumento, le servirá para priorizar los problemas detectados con el análisis de indicadores.	
Se lo trabaja de manera participativa, en el que a cada problema se le asigna un puntaje de acuerdo a los criterios de la tabla y se coloca el promedio.	
Se utiliza en todos los niveles en que se realiza el análisis de información y se detectan problemas.	
El llenado del formulario es como sigue:	
SEDES:	Coloque el SEDES donde se esta realizando el análisis
Nivel:	Coloque el nivel en el que setá realizando el análisis.
Deberá utilizar un formulario diferente por cada periodo que lo necesite.	
AÑO:	Coloque el año al cual pertenece la información de este formulario
No.	Debe colocar el número del indicador que esta analizando, y que monitoreará a lo largo del año.
Indicador Seleccionado:	Debajo de esta columna debe colocar el nombre del indicador del que está realizando el análisis.
Es importante recalcar que debe mantener los nombres que se encuentra en la tabla de indicadores y/o en las fichas de indicadores.	
Luego de la columna del indicador seleccionado, se observan columnas con criterios de priorización de los problemas, los conceptos de cada una de ellas debe ser explicada manera clara y concisa en un lenguaje comprensible, para que cada participante del evento de priorización pueda asignar la calificación correspondiente.	
A cada uno de los criterios, luego de explicar el concepto, se genera una discusión de consenso para la asignación del puntaje, si no existe un acuerdo comun, cada persona a través	
Los valores que se dan a cada uno de los criterios son los siguientes:	
MAGNITUD O FRECUENCIA:	Criterio que permite determinar el "tamaño del problema" en función a cuanta gente afecta. Se asigna el siguiente puntaje: 1: Situación muy rara, 2: Situación poco frecuente; 3: Situación que se presenta regularmente; 4: Situación muy frecuente.
TRASCENDENCIA:	Criterio que permite valorar las repercusiones o consecuencias biológicas, psicosociales y socio-económicas de los daños en el individuo, su familia y la sociedad en su conjunto. 1: No origina repercusiones; 2: Origina repercusiones que afectan el entorno familiar; 3: Origina repercusiones que trascienden el entorno familiar y comunitario.
VULNERABILIDAD:	Criterio que permite evaluar la posibilidad de poder controlar, minimizar o eliminar una situación problema. En el instrumento se divide en dos Recursos (0: Situación invulnerable aun con los recursos economicos,; 2: Problema que responde parcialmente a los recursos con los que se cuenta, 4: El problema responde bien a los recursos con los que se cuenta) Económicos (0: no es posible lograr los recursos economicos que se requiere; 2: Existen posibilidades de financiamiento para las intervenciones necesarias; 4: Se cuenta con los recursos necesarios para intervenir en el problema)
TENDENCIA:	1: Tiene a disminuir; 2: problema ha sido estable en los últimos años; 3: Tendencia al aumento progresivo; 4: Crecimiento marcado e inusitado.
VALORACIÓN SOCIAL:	1: Actores involucrados no muestran interés en el problema ni en su solución; 2: Actores muestran poco interés en el problema y tienen otras prioridades; 3: Actores suelen incluir este problema entre sus principales intereses; 4: Los actores estan interesados en el problema y en la solución
TOTAL CALIFICACIÓN:	En esta casilla se coloca el resultado que sale de multiplicar todos los valores de los diferentes criterios. Con la calificación en base a los criterios, se realizará un ordenamiento de los indicadores criticos, teniendo mayor prioridad para la elaboración de intervenciones, son los 2 o 3 que alcanzaron los mayores puntajes.



Ministerio de Salud

PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN
MATRIZ DE ALTERNATIVAS PROPUUESTAS



INSTRUMENTO MVE 10

SEDES: _____ Nivel: _____

Coordinación de Red: _____

AÑO: _____ PERIODO DE ANÁLISIS: _____

No.	Indicador Seleccionado	DESCRIPCION	ALTERNATIVAS PROPUUESTAS	Clasificación FODA	Puntaje

INSTRUCTIVO: INSTRUCTIVO MyE 10

El presente instrumento, le servirá para recopilar, ordenar y sistematizar las alternativas de solución propuestas a las situaciones críticas identificadas.	
El llenado del formulario es como sigue:	
SEDES:	
Coloque el SEDES donde se está realizando el análisis	
Nivel:	
Coloque el nivel al que corresponde	
Coordinación de Red de Salud:	
Coloque el Nombre de la Coordinación de Red de Salud correspondiente	
Deberá utilizar un formulario diferente de acuerdo a necesidad	
AÑO:	
Coloque el año al cual pertenece la información de este formulario	
No.	
Debe colocar el número del indicador que está analizando, y que monitoreará a lo largo del año.	
Indicador Seleccionado:	
Debajo de esta columna debe colocar el nombre del indicador del que está realizando el análisis.	
ALTERNATIVAS PROPUESTAS	
DESCRIPCIÓN:	
En esta casilla se colocan las alternativas que se proponen para la solución de los problemas.	
Es un etapa de propuestas concretas, en función de recursos existentes y de la factibilidad de las intervenciones planteadas.	
Una vez concluida esta fase en que se registraron todas las propuestas planteadas, se procede con cada una de ellas al análisis en la matriz FODA, para la elección de la alternativa en base a evidencia y con menor nivel de incertidumbre. Los resultados del análisis FODA permiten llenar las siguientes casillas:	
CALIFICACIÓN FODA:	
Se llena esta casilla con la letra correspondiente a la casilla del análisis cruzado (Ver instructivo y explicación de aplicación de la matriz FODA)	
Puntaje:	
Se llena esta casilla en función de los factores internos y externos que viabilizan su ejecución. (Ver instructivo y explicación de aplicación de la matriz FODA)	



PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

MATRIZ DE ANÁLISIS DE VIABILIDAD DE LAS ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN
F. O. D. A.



INSTRUMENTO MjE 11

Ministerio de Salud

SEDES: _____ Nivel: _____
Coordinación de Red: _____
AÑO: _____ PERIODO DE ANÁLISIS: _____

FACTORES EXTERNOS		OPORTUNIDADES	AMENAZAS
FACTORES INTERNOS	FORTALEZAS	POTENCIALIDADES	RIESGOS
	DEBILIDADES	DESAFIOS	LIMITACIONES



Ministerio de Salud

PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

PLAN DE ACCIÓN



INSTRUMENTO MPE 12

SEDES: _____ Nivel: _____

Coordinación de Red: _____

AÑO: _____ PERIODO DE ANALISIS: _____

No.	Indicador Seleccionado	Actividad	Objetivo	Meta	Recurso	Responsable	Presupuesto	Cronograma	Seguimiento

UTILIZACIÓN DE LA MATRIZ FODA PARA EVALUAR LAS ALTERNATIVAS DE INTERVENCIÓN¹

Una vez que se seleccionaron los indicadores críticos, en base al instrumento de priorización, se plantean, en un evento participativo con todos los involucrados, una serie de alternativas de intervención, de las cuales se selecciona la más adecuada para implementarla.

En este momento, surge la interrogante: ¿Cuál es la más adecuada? ¿Cuál será factible implementarla? ¿Con cuál tenemos mayor probabilidad de éxito?

Para responder a estas interrogantes, se realiza un análisis, en el que se utiliza la matriz FODA que es una de las herramientas esenciales que provee los insumos indispensables para determinar de antemano, cuál sería el pronóstico de las alternativas planteadas, es decir es una herramienta predictiva, puesto que, proporciona la información necesaria para el análisis de la situación interna y del entorno, y posteriormente en un cruce de variables, permite identificar lo que se denomina como potencialidades, desafíos, riesgos, y limitaciones.

FODA significa análisis de:

- Fortalezas
- Oportunidades
- Debilidades
- Amenaza

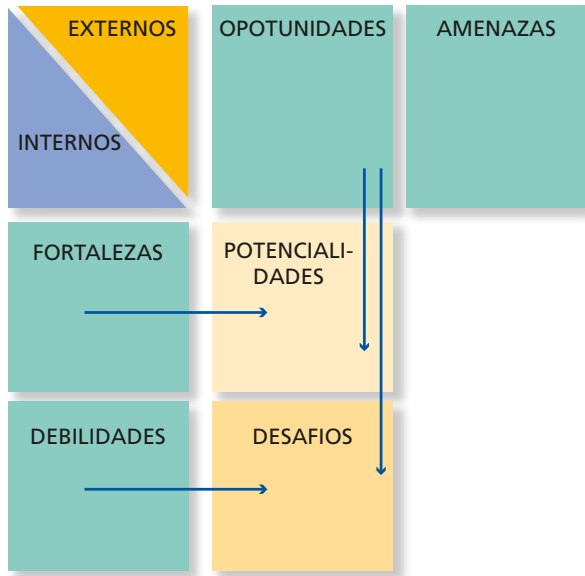
¹ UNICEF: Guía de Planificación Participativa en base a La Chakana. La Paz, 2007

¿Cómo se construye la matriz FODA?

1. Identificar los factores internos (propios de la institución, sector u organización que implementarán las alternativas de intervención) y externos (del entorno)
2. Clasificar los factores identificados, utilizando el instrumento correspondiente, de la siguiente manera:
3. Realizar el análisis cruzado de los factores identificados, para determinar si las alternativas planteadas, se sitúan en las casillas de potencialidades, desafíos, debilidades, riesgos y amenazas, permitiendo de esta manera una clasificación a la alternativa. El procedimiento que se sigue para ello es el siguiente:



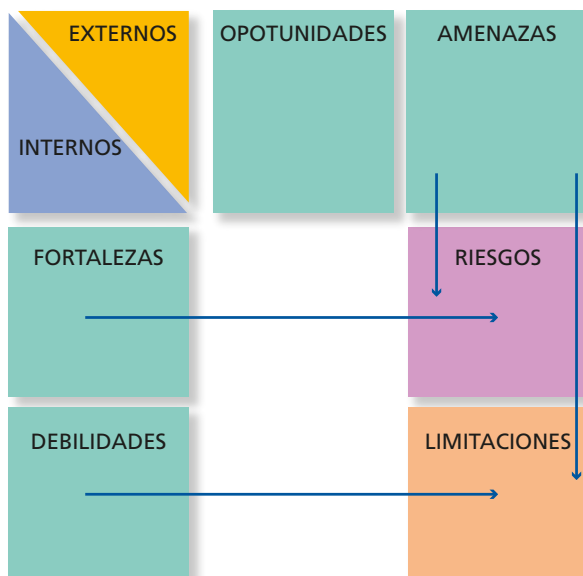
- El análisis cruzado de los factores listados en las casillas de oportunidades y fortalezas, se registran en una casilla denominada: Potencialidades, que implica que todas las estrategias de intervención que se desee



realizar utilizando una fortaleza y una oportunidad, es una potencialidad, por lo que tiene las mejores probabilidades de éxito.

- El análisis cruzado de los factores listados en las casillas de oportunidades y debilidades, se registran en una casilla denominada Desafíos, que implica, que si se desea establecer una estrategia de intervención aprovechando una oportunidad, sin embargo requiere vencer alguna debilidad inherente a la organización, institución y/o sector, se convierte en un desafío, puesto que requerirá de alguna estrategia o táctica inicial, exclusivamente diseñada para superar la debilidad, con el propósito de no perder la oportunidad que se presenta en el entorno, solamente generando la medida adecuada para vencer las debilidades recién la estrategia que se desee implementar en esta casilla tendrá buenas probabilidades de éxito.
- El análisis cruzado de los factores listados en amenazas con fortalezas, cae dentro de una casilla denominada Riesgos, indicando, que cuando se desea implementar una estrategia que utilice las fortalezas, sin embargo tenga que enfrentarse a amenazas del entorno, se deberá diseñar

previamente una medida que permita superar la amenaza, caso contrario la intervención no tendría posibilidades de éxito. En estos casos, los gerentes deben evaluar, con un sentido crítico y analítico la pertinencia de establecer una estrategia en la casilla de riesgo, o por el momento (durante la gestión o algún período de tiempo determinado), no reali-



zarla, puesto que sin una medida que minimice la amenaza, se podría inclusive perder la fortaleza.

- El análisis cruzado de los factores listados en amenazas con debilidades, cae dentro de una casilla denominada Limitantes, significa que cualquier estrategia que requiera superar una debilidad y a la vez enfrentarse a una amenaza, tiene grandes probabilidades de fracaso, por lo que es preferible tomar la decisión de no colocarla en el plan de acción, para no realizarla.

¿Cómo se utiliza la matriz FODA?



La matriz FODA completamente llena, tanto en los factores internos y externos como en las casillas de análisis cruzado, sirve para evaluar con una visión "predictiva" la mayor probabilidad de éxito o fracaso de las estrategias de intervención que se pretenden realizar para solucionar o cambiar las situaciones negativas o situaciones problema identificadas en el análisis de los indicadores.

De esta manera cada una de las alternativas de intervención que se plantearon como medida para solucionar una situación crítica tiene dos parámetros de clasificación:

1. A cada Alternativa, planteada para solucionar el indicador crítico, se le asigna una de las siguientes letras: P, D, R ó L, representando la casilla en la cual "cayó" por el análisis cruzado:

Se asignará la letra P, si cayó en la casilla de Potencialidades

Se asignará la letra D, si cayó en la casilla de Desafíos

Se asignará la letra R, si cayó en la casilla de Riesgos

Se asignará la letra L, si cayó en la casilla de Limitaciones

2. El segundo parámetro de clasificación de las alternativas, es en función al predominio de los factores positivos, es decir las oportunidades en la casilla de desafío o las fortalezas en la casilla de riesgos, por lo que cuando una alternativa , cae en una de esas dos casillas (Desafíos y Riesgos), se hace un segundo momento de análisis evaluando los factores positivos, en función a ello se da la siguiente calificación:
 - a. Predominio de factores positivos, 3
 - b. Sin predominio de factores, ni positivo, ni negativo, 2
 - c. Predominio de factores negativos, 1

Debe hacerse notar que esta calificación solo se da a las alternativas D o R. Aquellas que caen en la casilla de potencialidades, no tienen calificación por que ambos factores cruzados son positivos. Las alternativas que caen en la casilla de Limitaciones, no tienen calificación por que ambos factores son negativos.

De esta manera cada una de las alternativas está clasificadas y calificadas, para que en una siguiente etapa se seleccione la más adecuada para su implementación.

¿Quiénes realizan el análisis FODA?

Participan en este análisis todas aquellas personas, organizaciones e instituciones involucradas en el trabajo cotidiano de tuberculosis, a quienes se convoca para realizar el análisis participativo.

¿En qué momento se realiza el análisis FODA?

Es parte de las reuniones y eventos de análisis de información e indicadores, realizándose este paso inmediatamente que se haya identificado algún indicador crítico y se planteen medidas de intervención, por lo que para seleccionar la que tenga mayor evidencia y el mínimo nivel de incertidumbre, se utiliza la matriz FODA.

Se debe copiar, la herramienta en un cartel tamaño doble pliego, y proporcionar tarjetas a los involucrados para el llenado participativo de la matriz.

Es importante contar, con mayores personas que realicen el análisis, para tener una visión completa de la realidad.

¿Qué se hace con el resultado del análisis FODA?

- Se completa el cuadro de la Matriz de construcción de alternativas de solución.

En las casillas que indican: Clasificación FODA y Puntaje, con lo que concluye el uso de esta herramienta.

En las etapas siguientes se realiza la selección de la alternativa y elaboración del Plan de Acción.

Recuerde:

La matriz FODA es una herramienta predictiva, que permite adelantarnos a los posibles desenlaces de las alternativas planteadas, lo que apoya en una Toma de Decisiones con menor nivel de incertidumbre.



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA



ANEXO III

Fichas técnicas de indicadores

INDICADOR 1

Tasa de incidencia de tuberculosis todas sus formas.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es el número de casos nuevos de tuberculosis todas sus formas, notificados al PNCT cada año por 100,000 habitantes.

PROPÓSITO

Es un indicador que nos permite conocer y determinar la magnitud o la carga de la tuberculosis todas sus formas en todo el país. Se incluyen los casos nuevos TB BAAR (+), TB BAAR (-) y TB extrapulmonar.

Refiere la eficacia de la detección y diagnóstico de los casos de tuberculosis todas sus formas.

META:

La meta estimada para Bolivia por la OPS/OMS es de 135/100.000 hbts. Equivale a 13.000 casos (World report 2011)

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Numero de casos nuevos de TB todas sus formas}}{\text{Población total del año anterior}} \times 100.000 \text{ hbts.}$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Tasa por 100.000 hbts
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual Consolidado trimestral
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de notificación
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Anual
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Coordinación de Red PDCT PNCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 2
Tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar BAAR (+) nuevos.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es el número de casos nuevos de Tuberculosis pulmonar BAAR (+) reportados al PNCT cada año por 100,000 habitantes.

PROPÓSITO

Debido a que el tratamiento adecuado de la tuberculosis infecciosa disminuye la transmisión de la enfermedad; la detección temprana de estos casos es una de las estrategias principales del control, y el indicador mide la capacidad del Programa para identificar dichas fuentes de infección.

META:

Meta estimada de OPS/OMS 108/100.000 hbts. Equivale a 10.400 casos.

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Número de nuevos casos de TB pulmonar BAAR (+)}}{\text{Población total del año anterior.}} \times 100.000 \text{ hbts.}$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Tasa por 100.000 hbts
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual Consolidado trimestral
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de Notificación
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Anual a nivel local, departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Coordinación de Red PDCT PNCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 3
Tasa de mortalidad por tuberculosis.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Numero de muertes por tuberculosis en un area determinada por cada 100.000 habitantes.

PROPÓSITO

Los pacientes que mueren indiferentemente de la causa durante el curso del tratamiento se clasifican como fallecidos. La causa de muerte no se clarifica en el reporte básico de resultado del tratamiento. Por esta razón y porque algún numero desconocido de pacientes se pierde debido a la muerte, la tasa de mortalidad obtenida del análisis de cohortes no es necesariamente representativa de la tasa de fallecidos.

META:

La meta estimada para Bolivia por OPS/OMS es de 20/100.000 hbts.

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Número de muertes por tuberculosis}}{\text{Población total para el área especificada}} \times 100.000$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Tasa por 100.000 hbts
2.- Frecuencia recolección de datos	Periódica
3.- Instrumentos de recolección de datos	Encuestas
4.- Responsable de recolección	PDCT PNCT
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Al menos cada 5 años
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	PDCT PNCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 4
Tasa de incidencia de TB Meningea en niños < 5 años

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR	
Número de casos de TB meningea en niños menores de 5 años, con cultivo LCR positivo, por 100.000 niños menores de 5 años.	
PROPÓSITO	
La tasa de tuberculosis meningea en menores de cinco años, no sólo es un índice epidemiológico de infecciones recientes sino también un indicador operacional tanto de la búsqueda y tratamiento de casos adultos pulmonares como de la eficacia de la vacunación con BCG al nacimiento.	
META:	
No deberían existir estos casos.	
CÁLCULO:	
$\frac{\text{Número de casos confirmados de meningitis tuberculosa en niños menores de 5 años}}{\text{Población total de niños menores de 5 años del área específica.}} \times 100.000$	
FORMA DE MEDICIÓN:	
1.- Unidad de medida:	Tasa por 100.000 hbts
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de notificación
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual a nivel local y departamental Trimestral a nivel nacional Semanal en el Sistema Nacional de Información en salud SNIS
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	PDCT PNCT
El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.	

INDICADOR 5

Proporción de TBP BAAR (+) y BAAR (-) nuevos en relación a TB todas sus formas.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es el porcentaje de casos de Tuberculosis pulmonar nuevos diagnosticados del total de casos nuevos de TB todas sus formas.

PROPÓSITO

El conocer la proporción de tuberculosis pulmonar sea con BAAR (+) o (-) de entre todos los casos de tuberculosis todas sus formas, diferencia la TB pulmonar de la extrapulmonar

META:

El 80% de los casos de TBTSF debe corresponder a TB BAAR (+) y TB BAAR (-)

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Número de casos nuevos con TB pulmonar}}{\text{Total casos nuevos con TB todas sus formas}} \times 100$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.-. Frecuencia recolección de datos	Mensual
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de notificación
4.-. Responsable de recolección	Establecimiento de salud
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual a nivel local y departamental Trimestral a nivel nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 6
Proporción de TBP BAAR (+) nuevos.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR	
Es el porcentaje de casos nuevos de Tuberculosis pulmonar BAAR (+) del total de casos nuevos de TB todas sus formas	
PROPÓSITO	
Nos mide la detección de casos de TBP BAAR (+) en relación al total de casos de tuberculosis todas sus formas. Este porcentaje tiene como parámetro mayor a 65%, el 15% involucra a los BAAR (-) y 20% a los extrapulmonares.	
META:	
El 65% de los casos de TB TSF debe corresponder a TB BAAR (+).	
CÁLCULO:	
Número de casos nuevos con TBP BAAR (+)	X 100
Total casos nuevos con TB todas sus formas	
FORMA DE MEDICIÓN:	
1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual Consolidado trimestral
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de notificación
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual a nivel local y departamental Trimestral a nivel nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.	

INDICADOR 7

Cobertura de Sintomáticos respiratorios identificados de los programados.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR	
Es el número de sintomáticos respiratorios que se identifican del total de sintomáticos respiratorios programados	
PROPÓSITO	
Indicador de cobertura	
META:	
Al menos debe captarse al 90% de los SR programados	
CÁLCULO:	
$\frac{\text{Número total de sintomáticos respiratorios identificados}}{\text{Número total de sintomáticos respiratorios programados}} \times 100$	
FORMA DE MEDICIÓN:	
1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual Consolidado trimestral
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de notificación
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de Salud Municipio Coordinación de Red
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Establecimiento de Salud Municipio Coordinación de Red PDCT, Laboratorios PNCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de Salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual a nivel local Mensual nivel departamental Trimestral a nivel nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Establecimiento de Salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo del programa, buscar sus explicaciones, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.	

INDICADOR 8

Cobertura de Tuberculosis pulmonar BAAR(+) nuevos diagnosticados de los programados.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR	
Es el número de casos de tuberculosis pulmonar BAAR (+) nuevos que se diagnostican en relación a los programados	
PROPÓSITO	
Mide cobertura	
META:	
Al menos debe detectarse al 70% de los casos de TB BAAR (+) programados..	
CÁLCULO:	
$\frac{\text{Número total de casos de TBP BAAR (+) nuevos diagnosticados}}{\text{Número total de casos de TBP BAAR (+) programados}} \times 100$	
FORMA DE MEDICIÓN:	
1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual Consolidado trimestral
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de notificación
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual a nivel local Trimestral a nivel nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de red PDCT PNCT
El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.	

INDICADOR 9
Cobertura de tratamiento de Tuberculosis Pulmonar BAAR (+) nuevos .

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR	
Es el porcentaje de pacientes nuevos diagnosticados con Tuberculosis pulmonar BAAR (+), que inician tratamiento del total de casos de tuberculosis pulmonar nuevos BAAR (+) notificados.	
PROPÓSITO	
Mide el acceso al tratamiento	
META:	
El 100% de los pacientes diagnosticados deben iniciar tratamiento específico.	
CÁLCULO:	
$\frac{\text{Numero total de casos de TBP BAAR + nuevos que inician tratamiento}}{\text{Numero total de casos de TBP BAAR + nuevos notificados}} \times 100$	
FORMA DE MEDICIÓN:	
1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual Consolidado trimestral
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de notificación
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Municipio Coordinación de red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual a nivel local Trimestral a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de red PDCT PNCT
El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.	

INDICADOR 10
Seroprevalencia de VIH en pacientes con TB TSF nuevos

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR	
Mide el porcentaje de casos coinfectados TB/VIH en pacientes con tuberculosis todas sus formas	
PROPÓSITO	
La vigilancia de la prevalencia de VIH entre los pacientes con tuberculosis proveerá información acerca de la epidemiología de la tuberculosis y del VIH. Indica el grado de sobreposición de ambos problemas de salud en una situación dada, y cuando se compara con la prevalencia del VIH en la población en general indica la contribución que está efectuando el VIH en la incidencia de la tuberculosis. Es importante su evaluación para el establecimiento de actividades de control de la tuberculosis y en la integración de estas actividades TB/VIH y en el monitoreo de la efectividad de estas acciones.	
META:	
De acuerdo a valoración.	
CÁLCULO:	
$\frac{\text{Número total de pacientes con TB TSF con diagnóstico confirmatorio de VIH (+)}}{\text{Número total de pacientes con TB TSF notificados.}} \times 100$	
FORMA DE MEDICIÓN:	
1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Semestral
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de notificación Reportes del CDVIR
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Semestral a nivel departamental Semestral a nivel nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	PDCT PNCT
El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.	

INDICADOR 11
Seroprevalencia de VIH en pacientes con TBP BAAR (+).

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Mide el porcentaje de casos coinfectados TB/VIH en pacientes con TBP BAAR (+).

PROPÓSITO

La vigilancia de la prevalencia de VIH entre los pacientes con tuberculosis proveerá información acerca de la epidemiología de la tuberculosis y del VIH. Indica el grado de sobreposición de ambos problemas de salud en una situación dada, y cuando se compara con la prevalencia del VIH en la población en general indica la contribución que esta efectuando el VIH en la incidencia de la tuberculosis. Es importante su evaluación para el establecimiento de actividades de control de la tuberculosis y en la integración de estas actividades TB/VIH y en el monitoreo de la efectividad de estas acciones.

META:

De acuerdo a valoración

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Número total de pacientes con TB BAAR (+) con diagnóstico confirmado de VIH (+)}}{\text{Número total de pacientes con TBP BAAR (+) notificados.}} \times 100$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Trimestral
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de notificación Reportes de CDVIR
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud Coordinación de Red
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Semestral a nivel departamental Semestral a nivel nacional.
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	PDCT PNCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 12

Proporción de pacientes TB-MDR confirmados mediante el test de sensibilidad y resistencia

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es el porcentaje de pacientes que tienen diagnóstico confirmado de resistencia a la rifampicina e Isoniacida a través de la prueba de sensibilidad y resistencia, de entre todos los pacientes que son sospechosos de TB-MDR y elegibles (previamente tratados con baciloscopia positiva y casos baciloscopias de control positivo) para la realización de esta prueba.

PROPÓSITO

Este indicador mide la disponibilidad del diagnóstico para las pruebas de susceptibilidad a los medicamentos, así como el acceso a dichas pruebas, para al menos la rifampicina e isoniazida. A causa de los recursos limitados, las TSyR se reservan normalmente para los pacientes que se consideran tienen un mayor riesgo de resistencia a los medicamentos. Los grupos a los que deben destinarse las TSyR varían en función de la política nacional, pero normalmente incluyen a pacientes que han recibido tratamiento anteriormente, pero en los que no se observe mejoría en un primer curso o en un curso posterior de los medicamentos para la tuberculosis, personas en contacto con pacientes con TB-MR confirmados y, en algunos entornos, pacientes con tuberculosis asociada al VIH.

META:

De acuerdo a resultados del estudio de resistencia.

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Número total de casos de TB con resistencia a la R e INH}}{\text{Número total de casos a quienes se les realizó prueba de sensibilidad a R e INH}} \times 100$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual Consolidado trimestral
3.- Instrumentos de recolección de datos	Libro de registro de TB-MDR (Categoría IV) Reportes de laboratorio.
4.- Responsable de recolección	Establecimientos de salud Laboratorio Nacional de Control de la Tuberculosis
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual a nivel local Trimestral a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo del programa, buscar sus explicaciones, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 13

Porcentaje de proveedores de salud incorporados y aplicando normas nacionales de TB

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es el porcentaje de proveedores de salud privados y no gubernamentales incorporados al Programa y que aplican normas de prevención y control de la tuberculosis.

PROPÓSITO

Mide la incorporación de establecimientos de salud privados y no gubernamentales al Programa y la aplicación de normas de prevención y control de la tuberculosis.

META:

Debera calcularse de acuerdo a la línea de base

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Número total de servicios de salud privados y no gubernamentales que se incorporan al Programa}}{\text{Número total de servicios de salud privados y no gubernamentales}} \times 100$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Trimestral
3.- Instrumentos de recolección de datos	Instrumento de PPM
4.- Responsable de recolección	Coordinación de Red
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Coordinación de Red
6.- Responsable de Análisis	Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Trimestral a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	PDCT PNCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 14
Porcentaje de establecimientos de salud que aplican la estrategia AITER/ASPA (EPSP)

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es el porcentaje de establecimientos de salud que aplican la estrategia AITER/ASPA (Enfoque practico de salud pulmonar-EPSP) de entre los establecimientos de salud incorporados al Programa.

PROPÓSITO

Hasta una tercera parte de los pacientes que acuden a las unidades de atención primaria de salud es a causa de síntomas respiratorios. La estrategia del enfoque practico de salud pulmonar (EPSP) es un enfoque integrado centrado en el paciente para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades respiratorias comunes en Los establecimientos de salud. El EPSP promueve un manejo integrado y en función de los síntomas de las enfermedades respiratorias trata de normalizar la prestación del servicio mediante el desarrollo y ejecución de directrices clínicas, mejorar la eficiencia de los servicios de prestación de atención de salud para las enfermedades respiratorias en la atención primaria de salud y mejorar la calidad de la atención de salud para todas las personas que buscan atención sanitaria por síntomas respiratorios, incluida la atención de salud de la tuberculosis, especialmente la calidad del diagnóstico de tuberculosis. El EPSP es un paquete mínimo de provisiones de atención de salud que debe ofrecerse a cualquier paciente con problemas respiratorios en un entorno de atención primaria de salud. Es probable que el EPSP mejore la identificación y manejo de la tuberculosis con respecto a otras enfermedades respiratorias y la identificación y manejo de las enfermedades no tuberculosas con respecto a la tuberculosis.

META:

100% de los programados

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Número de establecimientos de salud que implementan EPSP}}{\text{Número total de establecimientos de salud}} \times 100$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.-. Frecuencia recolección de datos	Trimestral
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de notificación de EPSP
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Semestral Coordinación de Red y departamental Anual nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 15

Número y porcentaje de investigaciones operativas concluidas cuyos resultados se han difundido por el PNCT

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR	
Es el número y porcentaje de estudios de investigación realizados y difundidos en relación a los programados.	
PROPÓSITO	
La implementación de estudios operativos es importante para el ajuste de políticas y normativa establecidas, de acuerdo a los hallazgos que emiten estos estudios.	
META:	
100% de los programados	
CÁLCULO:	
$\frac{\text{Numero total de estudios de investigación realizados y difundidos}}{\text{Numero total de estudios de investigación programados}} \times 100$	
FORMA DE MEDICIÓN:	
1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Annual
3.- Instrumentos de recolección de datos	Sumario de estudios de investigación
4.- Responsable de recolección	PDCT PNCT
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Annual
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	PDCT PNCT
El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.	

INDICADOR 16

Porcentaje de acceso a cultivo y PSR de casos de TB BAAR (+) con sospecha de resistencia secundaria

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es el porcentaje de casos nuevos de TBP BAAR (+) con sospecha de resistencia a medicamentos antituberculosos que acceden al cultivo y prueba de sensibilidad y resistencia.

PROPÓSITO

Valora la vigilancia de la TB-MDR.

Los pacientes sospechosos deberán evaluarse de acuerdo al riesgo de resistencia que presenten.

META:

100%

CÁLCULO:

Numero casos TBP BAAR(+) nuevos con sospecha de resistencia secundaria que acceden al cultivo y PSR
Numero casos TBP BAAR (+) nuevos con sospecha de resistencia secundaria.

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual Consolidado trimestral
3.- Instrumentos de recolección de datos	Libro de registro de MDR (Categoría IV) Informe de laboratorio Consolidado trimestral
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud Coordinación de Red
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual a nivel local Trimestral a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 17

Porcentaje de casos de TB extrapulmonar que acceden al cultivo.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es el porcentaje de casos de TB extrapulmonar que acceden al cultivo.

PROPÓSITO

Valora cobertura de cultivo.

META:

100%

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Numero casos TB EP que acceden al cultivo.}}{\text{Numero casos TB EP.}} \times 100$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual Consolidado trimestral
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de laboratorio Consolidado trimestral
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual a nivel local Trimestral a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 18

Número de casos de TB TSF informados por establecimientos de salud privados y no gubernamentales de entre todos los casos de tuberculosis notificados.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es el número de casos de tuberculosis todas las formas que se detectan en establecimientos del sector privado y no gubernamental de entre todos los casos notificados .

PROPÓSITO

Este indicador mide la contribución de los distintos tipos de proveedores de atención de salud privados y no gubernamentales no incorporados al Programa para detectar los casos nuevos de tuberculosis en todas sus formas.
Mide la implementación de la estrategia PPM.

META:

De acuerdo a línea de base.

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Número total de casos de TBTSF reportados por servicios privados y no gubernamentales.}}{\text{Número total de casos de TB TSF notificados}} \times 100$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual Consolidado trimestral
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de notificación
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud privado y no gubernamental.
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual a nivel local Trimestral a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Establecimiento de salud. Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 19

Número de TBP BAAR(+) nuevos detectados en población indígena

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es el número de casos nuevos de Tuberculosis pulmonar BAAR (+) que se notifican en población indígena.

PROPÓSITO

Mide la incidencia en población vulnerable.

META:

De acuerdo a incidencia de línea de base.

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Número total de casos de TBP BAAR (+) nuevos reportados en población indígena}}{\text{Número total de casos de TBP BAAR (+) nuevos programados en población indígena}} \times 100$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Tasa de incidencia
2.- Frecuencia recolección de datos	Consolidado trimestral.
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de Instituciones que trabajan con pueblos indígenas.
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual Local Trimestral a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 20

Porcentaje de TB TSF notificados a la autoridad sanitaria entre sintomáticos respiratorios estimados en población indígena

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es el número y porcentaje de casos de TB TSF reportados en población indígena de entre el total de sintomáticos respiratorios estimados en población indígena.

PROPÓSITO

Mide cobertura e incidencia de la tuberculosis en población vulnerable. La tuberculosis se detecta también mediante un análisis sistemático de los grupos de alto riesgo, como las personas que han mantenido un contacto estrecho con pacientes con tuberculosis infecciosa o las comunidades con alta incidencia de la tuberculosis.

La investigación rutinaria de las personas individuales en contacto con pacientes con tuberculosis infecciosa es un componente importante de las actividades de control de la tuberculosis. Los datos de los países han demostrado que la prevalencia de la tuberculosis es muy alta entre los contactos, especialmente en los miembros de un hogar (hasta el 5%). Por medio del programa de control de la tuberculosis, deben identificarse claramente los casos de tuberculosis originales y los de los contactos.

META:

De acuerdo a incidencia en las poblaciones indígenas incluidas en el Programa.

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Número total de casos de TB TSF nuevos en población indígena}}{\text{Número total de sintomáticos respiratorios estimados en población indígena}} \times 100$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Porcentaje.
2.- Frecuencia recolección de datos	Consolidado trimestral.
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de Instituciones que trabajan con pueblos indígenas.
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual Local Trimestral a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 21

Número de TBP BAAR(+) nuevos detectados en población privada de libertad.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR	
Es el número de casos nuevos de Tuberculosis pulmonar BAAR (+) que se notifican en población privada de libertad.	
PROPÓSITO	
Mide la incidencia en población vulnerable.	
META:	
De acuerdo a línea de base	
CÁLCULO:	
$\frac{\text{Número total de casos de TBP BAAR (+) nuevos notificados en población privada de libertad.}}{\text{Número total de casos de TBP BAAR (+) nuevos programados en población privada de libertad}} \times 100$	
FORMA DE MEDICIÓN:	
1.- Unidad de medida:	Tasa de incidencia
2.- Frecuencia recolección de datos	Consolidado trimestral.
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de Instituciones que trabajan con población privada de libertad.
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud Coordinación de Red
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual Local Trimestral a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	PDCT PNCT
El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.	

INDICADOR 22

Porcentaje de TB TSF notificados a la autoridad sanitaria entre sintomáticos respiratorios estimados en población privada de libertad

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es la proporción de casos de tuberculosis todas sus formas reportados en población privadas en libertad de entre el total de sintomáticos respiratorios estimados en población privada de libertad.

PROPÓSITO

Mide cobertura e incidencia de la tuberculosis en población vulnerable.

META:

De acuerdo a incidencia en población privada de libertad programada

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Número total de casos de TB TSF nuevos en población privada de libertad}}{\text{Número total de sintomáticos respiratorios estimados en población privada de libertad}} \times 100$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Porcentaje y numero
2.- Frecuencia recolección de datos	Consolidado trimestral
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de Instituciones que trabajan con cárceles. Reportes de los servicios de salud
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual Local Trimestral a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 23

Casos de TB BAAR (+) nuevos y previamente tratados notificados en privados de libertad que acceden a cultivo y PSR.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR	
Es el número de casos nuevos de Tuberculosis pulmonar BAAR (+) que se notifican en población privada de libertad y que tienen acceso a cultivo y PSR	
PROPÓSITO	
Mide cobertura de cultivo y PSR.	
META: 100%	
CÁLCULO:	
$\frac{\text{Número casos de TBP BAAR (+) nuevos notificados en población privada de libertad que tienen acceso a cultivo y PSR}}{\text{Número total de casos de TBP BAAR (+) nuevos notificados en población privada de libertad}} \times 100$	
FORMA DE MEDICIÓN:	
1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Consolidado trimestral.
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de notificación. Reporte de laboratorio
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual a nivel local Trimestral a nivel departamental y nacional.
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.	

INDICADOR 24
Tasa de curación (Eficiencia) TBP BAAR (+) nuevos.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR	
Es el porcentaje de pacientes nuevos con Tuberculosis pulmonar BAAR (+) curados notificados en un periodo de tiempo.	
PROPÓSITO	
La evaluación del resultado de tratamiento se utiliza para determinar la calidad y efectividad de las acciones del PNCT. Los pacientes curados TBP BAAR (+) son aquellos que han terminado el tratamiento y presentan baciloscopia negativa de egreso.	
META:	
Mayor al 85%.	
CÁLCULO:	
$\frac{\text{Número total de casos nuevos TBP BAAR (+) curados}}{\text{Número total de casos de TBP BAAR (+) nuevos notificados}} \times 100$	
FORMA DE MEDICIÓN:	
1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual Consolidado trimestral.
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de evaluación de cohorte Libro de pacientes Libro de baciloscopias
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de Salud Laboratorio
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Establecimiento de Salud Municipio Coordinación de red PDCT-Laboratorio regional PNCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de Salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual a nivel local Trimestral, semestral, anual a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Establecimiento de Salud Municipio Coordinación de red PDCT PNCT
El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.	

INDICADOR 25
Tasa de fallecidos TBP BAAR (+) nuevos.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es el porcentaje de pacientes nuevos diagnosticados con Tuberculosis pulmonar BAAR (+) que fallecen durante el tratamiento, de entre todos los pacientes nuevos TBP BAAR (+) notificados.

PROPÓSITO

Mide resultado de tratamiento.

META:

Menor al 2%

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Número de pacientes nuevos TBP BAAR (+) nuevos que fallecen durante el tratamiento}}{\text{Número pacientes TBP BAAR (+) nuevos notificados}} \times 100$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual Consolidado trimestral.
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de cohorte
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual a nivel local Trimestral, semestral, anual a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 26
Tasa de abandonos TBP BAAR(+) nuevos.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es el porcentaje de pacientes nuevos diagnosticados con Tuberculosis pulmonar BAAR(+), que abandonan el tratamiento, del total de casos de tuberculosis pulmonar nuevos BAAR (+) notificados.

PROPÓSITO

Mide resultado de tratamiento.

Los pacientes que abandonan el tratamiento son aquellos que interrumpen el tratamiento por mas de 30 días, luego de haber recibido tratamiento por mas de un mes.

META:

Menor al 3%.

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Número de pacientes TBP BAAR(+)} \text{ nuevos que abandonan el tratamiento}}{\text{Número de pacientes TBP BAAR (+) nuevos notificados}} \times 100$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual Consolidado trimestral
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de cohorte
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual a nivel local Trimestral, semestral, anual a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 27
Tasa de transferidos TBP BAAR(+) nuevos.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es el porcentaje de pacientes nuevos diagnosticados con Tuberculosis pulmonar BAAR (+), que son transferidos a otros servicios de salud del total de casos de tuberculosis pulmonar nuevos BAAR (+) notificados.

PROPÓSITO

Mide resultado de tratamiento. Son pacientes que han sido transferidos a otro establecimiento de salud y de los cuales se desconoce el resultado de tratamiento.

META:

Menor al 3%

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Número pacientes TBP BAAR(+)} \text{ nuevos transferidos a otros servicios de salud}}{\text{Número pacientes TBP BAAR (+)} \text{ nuevos notificados}} \times 100$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual Consolidado trimestral
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de cohorte
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual a nivel local Trimestral, semestral, anual a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 28
Tasa de término tratamiento TBP BAAR (+) nuevos.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR	
Es el porcentaje de pacientes nuevos con Tuberculosis pulmonar BAAR (+) que terminan el tratamiento y no tienen baciloscopia de egreso.	
PROPÓSITO	
La evaluación del resultado de tratamiento se utiliza para determinar la calidad y efectividad de las acciones del PNCT. Los pacientes que han completado su tratamiento sin baciloscopia de egreso y no cumplen los criterios para ser clasificados como curados o fracasos, son considerados pacientes con término de tratamiento.	
META:	
Próximos a cero	
CÁLCULO:	
$\frac{\text{Número total de casos nuevos TBP BAAR (+) que han terminado el tratamiento sin baciloscopia de egreso}}{\text{Número total de casos de TBP BAAR (+) nuevos notificados}} \times 100$	
FORMA DE MEDICIÓN:	
1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual Consolidado trimestral
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de cohorte
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual a nivel local Trimestral, semestral, anual a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.	

INDICADOR 29
Tasa de fracasos TBP BAAR(+) nuevos.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es el porcentaje de pacientes nuevos diagnosticados con Tuberculosis pulmonar BAAR (+) que fracasan al tratamiento del total de casos de tuberculosis pulmonar nuevos BAAR (+) notificados durante un periodo de tiempo específico.

PROPÓSITO

Mide la eficacia del tratamiento. Los pacientes que fracasan son aquellos cuyas baciloscopias persisten o vuelven a ser positivas a partir del 4to mes de tratamiento. (se debe investigar la regularidad del tratamiento).

META:

Los fracasos no deben sobrepasar el 2%,

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Número total de pacientes TBP BAAR (+) nuevos con baciloscopia (+) al 4to mes o mas de iniciado el tratamiento}}{\text{Número total de pacientes TBP BAAR (+) nuevos notificados}} \times 100$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual Consolidado trimestral.
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de cohorte
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual a nivel local Trimestral, semestral, anual a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 30
Tasa de Eficacia TBP BAAR(+) nuevos.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es el porcentaje de pacientes nuevos diagnosticados con Tuberculosis pulmonar BAAR (+), que son curados del total de pacientes con tuberculosis pulmonar nuevos BAAR (+) más los que fracasaron al tratamiento.

PROPÓSITO

Mide resultado del tratamiento. Pacientes curados son aquellos que han terminado el tratamiento y presentan baciloscopia de egreso negativa. Y los fracasos: pacientes cuyas baciloscopias persisten o vuelven a ser positivas a partir del 4to mes de tratamiento al esquema I.

META:

Mayor al 95%

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Numero pacientes nuevos TBP BAAR (+) curados}}{\text{Numero pacientes nuevos TBP BAAR (+) curados mas fracasos}} \times 100$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual Consolidado trimestral
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de cohorte
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual a nivel local Trimestral, semestral, anual a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 31

Tasa de éxito de tratamiento en pacientes TBP BAAR (+) nuevos

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es el éxito en el tratamiento de casos nuevos de tuberculosis pulmonar BAAR (+): tratados (curados mas tratamiento terminado) de entre todos los casos nuevos de TBP BAAR (+) notificados.

PROPÓSITO

El término éxito implica el éxito clínico con o sin evidencia bacteriológica de curación. Mide resultado de tratamiento. Mide la capacidad de un Programa de retener en tratamiento a sus pacientes durante todo el periodo que involucra el mismo.

META:

Mayor a 85%.

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Número pacientes TBP BAAR (+) nuevos curados y con término de tratamiento}}{\text{Número pacientes TBP BAAR (+) nuevos notificados}} \times 100$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual Consolidado trimestral.
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de cohorte Fichas de tratamiento de pacientes.
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual a nivel local Trimestral, semestral, anual a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Establecimiento de salud. Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo del programa, buscar sus explicaciones, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 32

Tasa de conversión bacteriológica al término de la fase inicial del tratamiento en TB BAAR (+).

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es la proporción de pacientes nuevos diagnosticados con Tuberculosis pulmonar BAAR (+), que inician tratamiento y negativizan la baciloscopia de control al segundo mes de iniciado el tratamiento, del total de casos de tuberculosis pulmonar nuevos BAAR (+) que inician tratamiento.

PROPÓSITO

Mide la conversión bacteriológica e indirectamente la efectividad del tratamiento. Mide adherencia de tratamiento.

META:

Se espera que el 90% o mas de los pacientes que inician el tratamiento, negativizen al segundo mes de iniciado el tratamiento.

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Número pacientes TBP BAAR (+) nuevos que negativizan al 2do mes de tratamiento}}{\text{Numero pacientes de TBP BAAR (+) nuevos que inician tratamiento}} \times 100$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual Consolidado trimestral
3.- Instrumentos de recolección de datos	Libro de registro de pacientes Libro de registro de baciloscopias
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Municipio Coordinación de red PDCT en supervisiones PNCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de red PDCT en supervisiones PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual a nivel local Trimestral a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Establecimiento de salud. Municipio Coordinación de red PDCT PNCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 33
Porcentaje de positividad de baciloscopia de control

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR	
Es el porcentaje de baciloscopias de control realizadas y que resultaron ser positivas, del total de baciloscopias de control realizadas.	
PROPÓSITO	
Mide resultado de tratamiento.	
META:	
En pacientes nuevos 90%, en retratados 70%.	
CÁLCULO:	
Número total de baciloscopias de control positivas	X 100
Número total de baciloscopias de control realizadas	
FORMA DE MEDICIÓN:	
1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual Consolidado trimestral
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de notificación Informe de laboratorio
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud Laboratorio.
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Establecimiento de salud. Coordinación de Red Municipio PDCT y Laboratorio PNCT y Laboratorio
6.- Responsable de Análisis	Coordinación de Red PDCT y Laboratorio PNCT y Laboratorio
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual a nivel local Trimestral a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	PDCT y laboratorio. PNCT y Laboratorio.
El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.	

INDICADOR 34
Porcentaje de TB-MDR curados

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR	
Es el porcentaje de pacientes TB-MDR curados notificados en un periodo de tiempo.	
PROPÓSITO	
La evaluación del resultado de tratamiento se utiliza para determinar la calidad y efectividad de las acciones del PNCT. Curado es aquel paciente con cultivo positivo inicial para TB-MDR, que ha completado el tratamiento instaurado según norma, con al menos cinco cultivos consecutivos negativos con 30 días de intervalo en los 12 últimos meses de tratamiento. Si se reporta un solo cultivo positivo durante este periodo y no existe evidencia clínica concomitante de deterioro, el paciente debe ser aun considerado curado, demostrando posteriormente al menos tres cultivos negativos con intervalos de 30 días. (Treat MDR-TB Patients Geneva 2009 WHO)	
META:	
Mayor a 70%.	
CÁLCULO:	
$\frac{\text{Número de casos de TB MDR curados}}{\text{Número total de casos de TB MDR que inician tratamiento con DSL}} \times 100$	
FORMA DE MEDICIÓN:	
1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual Consolidado trimestral.
3.- Instrumentos de recolección de datos	Libro de TB-MDR (Categoría IV)
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual a nivel local Trimestral, semestral, anual a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.	

INDICADOR 35

Porcentaje de casos de TB-MDR que han iniciado tratamiento de segunda línea y que tienen un cultivo negativo al final de los seis meses de tratamiento.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es el porcentaje de casos de TB-MDR que han iniciado esquema categoría IV y reportado cultivo negativo a los seis meses después de iniciado el tratamiento.

PROPÓSITO

Mide conversión bacteriológica

Este indicador ofrece una medición temprana y provisional del desempeño del programa para el tratamiento de los casos de TBMR independientemente de la duración de la fase intensiva. Este indicador se mide normalmente nueve meses después del último día de la cohorte respectiva de pacientes. Esto ofrece tiempo suficiente para capturar y utilizar los resultados del cultivo en el sexto mes

META:

70%

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Numero de casos de TB-MDR con cultivo (-) a los 6 meses de iniciado el tratamiento}}{\text{Numero total de casos de TB MDR que iniciaron tratamiento esquema categoría IV}} \times 100$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual Consolidado trimestral
3.- Instrumentos de recolección de datos	Libro de registro de casos TB MDR Libro de laboratorio
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Municipio Gerencia de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud Municipio Gerencia de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Trimestral, semestral, anual a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Establecimiento de salud Municipio Gerencia de Red PDCT PNCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 36

Tasa de éxito de tratamiento en pacientes con MDR-TB confirmada por laboratorio

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es la proporción de casos de TB-MDR que han terminado con éxito el tratamiento (curados y los con tratamiento completo) de entre todos los casos que iniciaron tratamiento.

PROPÓSITO

Mide resultado y eficiencia del tratamiento.

Este indicador mide la efectividad del tratamiento de los pacientes con TB-MDR. El periodo de valoración del paciente es de 24 meses de tratamiento (cohorte categoría IV).

META:

75%

CÁLCULO:

Número de casos de TB-MDR curados y con tratamiento completo
Número total de casos de TB-MDR que iniciaron tratamiento

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual Consolidado trimestral.
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de notificación de TB-MDR Formulario 4 (Notificación de TB-DR).
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Metodología de Análisis	Municipio Coordinación de Red Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Trimestral local Semestral y anual a nivel departamental y nacional.
8.- Construcción de alternativas de solución	PDCT PNCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 37

Porcentaje de casos de TBTSF que presentan RAFA a medicamentos antituberculosos de primera línea,

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es el porcentaje de casos de tuberculosis TSF que han iniciado tratamiento y presentan reacciones adversas a los fármacos antituberculosos de primera línea en un periodo específico.

PROPÓSITO

Valora la vigilancia de la presencia de reacciones adversas a los fármacos antituberculosos

META:

Menos del 3%

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Numero total de pacientes TB TSF nuevos que presentan reacciones adversas a los fármacos antituberculosos de 1era linea}}{\text{Numero total de casos de TB TSF notificados}} \times 100$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual Consolidado trimestral.
3.- Instrumentos de recolección de datos	Ficha amarilla de RAFAS Informe de notificación
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual a nivel local Trimestral a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 38
Porcentaje de curación de pacientes TBP BAAR (+) con RAFA.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR	
Es el porcentaje de pacientes que habiendo desarrollado RAFA a drogas de primera línea, son curados de tuberculosis.	
PROPÓSITO	
Mide el resultado de tratamiento en pacientes con RAFA Es un indicador que nos medirá la efectividad del manejo de pacientes con RAFA hasta conseguir su curación.	
META:	
100%	
CÁLCULO:	
$\frac{\text{Numero total de pacientes con TBP BAAR (+) con RAFA curados}}{\text{Numero total de pacientes con TBP BAAR (+) con RAFA}} \times 100$	
FORMA DE MEDICIÓN:	
1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Anual
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de cohorte Fichas amarilla de RAFA (Formulario N° 20)
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Cohorte anual departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.	

INDICADOR 39
Tasa de curación (Eficiencia) TBP BAAR (+) en población indígena.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR	
Es el porcentaje de pacientes nuevos con Tuberculosis pulmonar BAAR (+) curados notificados en población indígena en un periodo de tiempo.	
PROPÓSITO	
La evaluación del resultado de tratamiento se utiliza para determinar la calidad y efectividad de las acciones del PNCT. Son pacientes TBP BAAR (+) con tratamiento terminado que presentan baciloscopia negativa al 6to mes de tratamiento.	
META:	
Mayor al 85%.	
CÁLCULO:	
$\frac{\text{Número total de casos nuevos TBP BAAR (+) curados en población indígena}}{\text{Número total de casos de TBP BAAR (+) nuevos notificados en población indígena}} \times 100$	
FORMA DE MEDICIÓN:	
1.- Unidad de medida:	Porcentaje.
2.- Frecuencia recolección de datos	Consolidado trimestral
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de Instituciones que trabajan con pueblos indígenas. Reportes de los establecimientos de salud
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud Coordinación de Red
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Trimestral, semestral, anual a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	PDCT PNCT
El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.	

INDICADOR 40
Tasa de curación (Eficiencia) TBP BAAR (+) en población privada de libertad.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es el porcentaje de pacientes nuevos con Tuberculosis pulmonar BAAR (+) curados notificados en población privada de libertad en un periodo de tiempo.

PROPÓSITO

La evaluación del resultado de tratamiento se utiliza para determinar la calidad y efectividad de las acciones del PNCT. Son pacientes TBP BAAR (+) con tratamiento terminado que presentan baciloscopia negativa al 6to mes de tratamiento.

META:

Mayor al 85%.

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Número total de casos nuevos TBP BAAR (+) curados en población privada de libertad}}{\text{Número total de casos de TBP BAAR (+) nuevos notificados en población privada de libertad}} \times 100$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Tasa de incidencia
2.- Frecuencia recolección de datos	Consolidado trimestral.
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de Instituciones que trabajan con población privada de libertad.
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud Coordinación de Red
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Trimestral, semestral, anual a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	PDCT PNCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 41
Tasa de curación (Eficiencia) TBP BAAR (+) en población de cuarteles.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR	
Es el porcentaje de pacientes nuevos con Tuberculosis pulmonar BAAR (+) curados notificados en población de cuarteles.	
PROPÓSITO	
La evaluación del resultado de tratamiento se utiliza para determinar la calidad y efectividad de las acciones del PNCT. Son pacientes TBP BAAR (+) con tratamiento terminado que presentan baciloscopia negativa al 6to mes de tratamiento.	
META:	
Mayor al 85%.	
CÁLCULO:	
$\frac{\text{Número total de casos nuevos TBP BAAR (+) curados en población de cuarteles}}{\text{Número total de casos de TBP BAAR (+) nuevos notificados en población de cuarteles}} \times 100$	
FORMA DE MEDICIÓN:	
1.- Unidad de medida:	Tasa de incidencia
2.- Frecuencia recolección de datos	Consolidado trimestral.
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de Instituciones que trabajan con población de cuarteles.
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud Coordinación de Red
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Trimestral, semestral, anual a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	PDCT PNCT
El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.	

INDICADOR 42

Tasa de éxito de tratamiento en pacientes con TB BAAR (+) supervisados por personal comunitario.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Tasa de éxito en el tratamiento de casos nuevos de tuberculosis pulmonar BAAR (+) tratados (curados y con tratamiento completo) supervisados por personal comunitario, de entre todos los casos nuevos de tuberculosis pulmonar BAAR (+) notificados

PROPÓSITO

El término éxito implica el éxito clínico con o sin evidencias bacteriológicas de curación.
Mide resultado de tratamiento. El indicador trata, por lo tanto, de medir el alcance y la calidad de la ejecución de la participación comunitaria, así como la aceptabilidad de la iniciativa por parte de los pacientes con tuberculosis.
La comunidad en el contexto de la atención comunitaria de la tuberculosis hace referencia a voluntarios o miembros de la comunidad con capacitación que ofrecen apoyo a los pacientes y que cuentan, a su vez, con el respaldo del Ministerio de Salud, otros ministerios u organizaciones no gubernamentales. Esta definición operativa excluye a los proveedores formales e informales, como médicos, curanderos tradicionales y trabajadores sanitarios de la comunidad asalariados.

META:

Mayor a 85%

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Numero total de casos de TBP BAAR (+) curados y con termino de tratamiento supervisados por personal comunitario}}{\text{Numero total de casos de TBP BAAR (+) nuevos que iniciaron tratamiento con DOTS comunitario}} \times 100$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual Consolidado trimestral
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de cohorte del area donde se implementa el DOTS comunitario
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Municipio Responsables de la implementación del DOTS comunitario
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT Responsables de la implementación del DOTS comunitario
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Trimestral a nivel local, departamental y nacional.
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT Responsables de la implementación del DOTS comunitario

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 43

Porcentaje de Población que vive en el área de establecimientos de salud que implementan la estrategia DOTS.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es el porcentaje de la población que vive en el área cubierta por establecimientos de salud que implementan la estrategia DOTS de entre el total de la población.

PROPÓSITO

Mide cobertura de servicios DOTS. La implementación del DOTS significa que todas las recomendaciones del enfoque internacional para el control de la tuberculosis se estén llevando a cabo (compromiso político, suministro continuo de medicamentos, baciloscopia, tratamiento directamente observado, monitoreo del resultado de tratamiento).

META:

Mayor a 90%

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Numero de habitantes que viven en el área cubierta por servicios DOTS}}{\text{Población total del área especificada}} \times 100$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Anual
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de supervisión
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud Municipio. Coordinación de Red
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Anual, a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	PDCT PNCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 44
Porcentaje de establecimientos de salud que implementan el DOTS

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es el porcentaje de servicios de salud que implementan el DOTS, del total de servicios de salud existentes en una determinada población.

PROPÓSITO

Mide cobertura del DOTS. La implementación del DOTS significa que todas las recomendaciones del enfoque internacional para el control de la tuberculosis se estén llevando a cabo (compromiso político, suministro continuo de medicamentos, baciloscopia, tratamiento directamente observado, monitoreo del resultado de tratamiento).

META:

100% de los establecimientos de salud.

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Numero total establecimientos de salud que implementan el DOTS}}{\text{Numero total de servicios de salud}} \times 100$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Anual
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de notificación
4.- Responsable de recolección	Municipio. Coordinación de Red
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Anual, a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	PDCT PNCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 45
Cobertura de baciloscopia de diagnóstico

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR	
Es el número de baciloscopias de diagnóstico realizadas en relación a las programadas.	
PROPÓSITO	
Mide cobertura de la baciloscopia de diagnóstico	
META: 100%	
CÁLCULO:	
$\frac{\text{Número total de baciloscopias de diagnóstico realizadas}}{\text{Número total de baciloscopias de diagnóstico programadas}} \times 100$	
FORMA DE MEDICIÓN:	
1.- Unidad de medida:+B15:B22	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual Consolidado trimestral
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de notificación Informe de laboratorio
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud Laboratorio
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual a nivel local Trimestral a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Establecimiento de salud. Municipio Coordinación de red PDCT PNCT
El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.	

INDICADOR 46

Porcentaje de laboratorios que efectúan baciloscopia con control de calidad externo

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es el porcentaje de laboratorios de la Red que realizan controles externos regulares de baciloscopia.

PROPÓSITO

Mide calidad técnica de la baciloscopia. Un sistema de aseguramiento de la calidad externo se define como un sistema creado para mejorar de forma continuada la confiabilidad, eficiencia y uso de los servicios de los laboratorios de tuberculosis. Se debe contar con un sistema de aseguramiento de la calidad que cubra todos los laboratorios de tuberculosis del país.

META:

100%

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Numero total de laboratorios con control de calidad externo de baciloscopias}}{\text{Numero total de laboratorios de la Red}} \times 100$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.-. Frecuencia recolección de datos	Trimestral
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de laboratorio Informes de control de calidad
4.-. Responsable de recolección	Laboratorio local, departamental y nacional
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Laboratorio Departamental Laboratorio Nacional
6.- Responsable de Análisis	PDCT PNCT Laboratorio Departamental Laboratorio Nacional
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Semestral, a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Laboratorio Departamental. Laboratorio Nacional

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 47

Porcentaje de laboratorios que efectúan cultivo con control de calidad interno y externo sistemáticamente aplicado

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es el porcentaje de laboratorios que realizan cultivo y que cuenta con control de calidad interno y externo.

PROPÓSITO

Mide la calidad técnica del cultivo.

META:

100%

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Número de laboratorios que realizan cultivo a los cuales se realizó el control de calidad externo}}{\text{Número total de Laboratorios que realizan cultivo}} \times 100$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Anual
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe Técnico de la evaluación
4.- Responsable de recolección	Laboratorio Departamental y Nacional de Tuberculosis
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Laboratorio Departamental y Nacional de Tuberculosis
6.- Responsable de Análisis	Protocolo de Aplicación del PEC – Manual de Laboratorio de Cultivo.
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Semestral, a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Laboratorio Departamental y Nacional de Tuberculosis

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 48
Porcentaje de muestras salivales de baciloscopia de diagnóstico.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR	
Es el porcentaje de muestras salivales procesadas para el diagnóstico de la Tuberculosis Pulmonar.	
PROPÓSITO	
Mide la calidad técnica de la toma de muestra de esputo.	
META:	
No mas de 10%	
CÁLCULO:	
$\frac{\text{Número total de muestras salivales procesadas para el diagnóstico}}{\text{Número total de muestra procesadas para el diagnóstico}} \times 100$	
FORMA DE MEDICIÓN:	
1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.-. Frecuencia recolección de datos	Trimestral – Anual
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de Laboratorio
4.-. Responsable de recolección	Red de Nacional Laboratorios
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Laboratorio Departamentales y Nacional
6.- Responsable de Análisis	Laboratorio Departamentales y Nacional
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Trimestral – Anual, a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Laboratorio Departamentales y Nacional
El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.	

INDICADOR 49

Porcentaje de baciloscopias de diagnostico con carga bacilar alta.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR	
Es el porcentaje de baciloscopias de diagnóstico con alta carga bacilar (++) y (+++), que nos refleja el diagnóstico tardío de los pacientes.	
PROPÓSITO	
Mide la oportunidad de diagnostico.	
META:	
De acuerdo a valoración	
CÁLCULO:	
$\frac{\text{Número total de baciloscopias de diagnóstico con alta carga bacilar (++) y (+++)}{\text{Número total de baciloscopias de diagnóstico procesadas}} \times 100$	
FORMA DE MEDICIÓN:	
1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Trimestral – Anual
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de Laboratorio
4.- Responsable de recolección	Red de Nacional Laboratorios.
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Laboratorios Departamentales y Nacional.
6.- Responsable de Análisis	Laboratorios Departamentales y Nacional.
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Trimestral – Anual, a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Laboratorio Departamentales y Nacional
El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.	

INDICADOR 50
Oportunidad de tratamiento en TB BAAR (+)

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es el número de días que transcurre entre el reporte de diagnóstico de un paciente con TB BAAR (+) y el inicio de tratamiento.

PROPÓSITO

Este indicador mide la efectividad del programa a la hora de asignar a los pacientes un tratamiento adecuado con rapidez. Se espera que a la detección del caso le siga el inicio de un régimen adecuado de tratamiento con el fin de aumentar las posibilidades de curación y reducir el riesgo de deterioro del paciente.

META:

Inmediato al reporte de laboratorio

CÁLCULO:

El indicador se expresa como el promedio aritmético del número de días

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Promedio
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual
3.- Instrumentos de recolección de datos	Ficha de tratamiento. Libro de registro de SR Reporte laboratorio.
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud.
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual y trimestral a nivel local.
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 51

Porcentaje de pacientes con TB TSF que acceden voluntariamente a la prueba rápida de VIH y tienen el resultado de la misma.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es el porcentaje de pacientes con tuberculosis todas sus formas que acceden voluntariamente a la prueba rápida de VIH y tienen resultado de la misma.

PROPÓSITO

Mide cobertura al diagnóstico de TB/VIH.

META:

70%

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Numero total de casos de TB TSF con prueba rápida de VIH y con resultado de la misma}}{\text{Numero total de TBTSF notificados}} \times 100$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual Consolidado trimestral
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de notificación libro de pacientes
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Municipio Coordinación de Red PDCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual a nivel local Mensual a nivel departamental Trimestral a nivel nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Coordinación de Red PDCT PNCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo del programa, buscar sus explicaciones, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 52

Promedio de días de retraso entre la fecha de reporte de la TB-MDR y la fecha en la que el paciente inició el esquema categoría IV

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es el promedio de días que transcurre entre la fecha del reporte de laboratorio y el inicio de tratamiento para TB-MDR.

PROPÓSITO

Este indicador mide la efectividad del programa a la hora de asignar a los pacientes de TB-MDR a un tratamiento adecuado con rapidez. Se espera que a la detección de la resistencia le siga el inicio de un régimen adecuado de tratamiento con el fin de aumentar las posibilidades de supervivencia y reducir el riesgo de adquisición de una resistencia adicional (<<amplificación>>) en el paciente, así como para evitar la transmisión de cepas resistentes a los medicamentos a otras personas. Este indicador mide la efectividad del programa a la hora de asignar a los pacientes de TB-MR a un tratamiento adecuado con rapidez y si los intervalos cambian con el tiempo.

META:

15 días

CÁLCULO:

El cálculo se realiza en todos los casos de TB-MR confirmados presentes en el libro de registro TB-MDR durante el periodo de valoración específica. El indicador se expresa como promedio entre el mayor número de días observado en relación al menor número de días registrado. Si el tratamiento se inició antes de que se comunicara el reporte de la prueba confirmatoria en casos primarios, el retraso se marca entonces como de cero días.

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Promedio
2.- Frecuencia recolección de datos	Trimestral Semestral
3.- Instrumentos de recolección de datos	Libro de TB-MDR (Categoría IV) Reporte laboratorio
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Establecimiento de salud. Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud. Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Trimestral, semestral y anual a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Establecimiento de salud. Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 53

Porcentaje de establecimientos de salud que reportan información de tuberculosis en forma oportuna según las directrices nacionales.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es el porcentaje de establecimientos de salud que notifican en forma oportuna la información, del total de establecimientos de salud que informan.

PROPÓSITO

Mide cobertura en la oportunidad de la información.

META:

100%

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Número total de establecimientos de salud que reportan información de TB en forma oportuna}}{\text{Número total de establecimientos de salud que informan}}$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual Consolidado trimestral
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de notificación
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual a nivel local Mensual a nivel departamental Trimestral a nivel nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 54
Proporción de SR examinados entre los SR identificados

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es el porcentaje de sintomáticos respiratorios con baciloscopia de diagnóstico del total de sintomáticos respiratorios identificados en el establecimiento de salud.

PROPÓSITO

Es de utilidad para valorar la cantidad de SR que están siendo captados eficientemente, porque no es suficiente solo identificarlos sino lograr efectuar el diagnóstico. Nos mide detección.

META:

Se desea de acuerdo a norma que la totalidad de sintomáticos respiratorios identificados sean examinados, por ello la meta es 100%.

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Número total de SR examinados con baciloscopia}}{\text{Número total de SR identificados en el servicio}} \times 100$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Porcentaje.
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual Consolidado trimestral.
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de notificación mensual. Informe mensual de laboratorio.
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud Laboratorio local.
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Municipio Coordinación de Red PDCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud. Municipio Coordinación de Red PDCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual a nivel local Trimestral a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Establecimiento de salud PDCT PNCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 55

Promedio de baciloscopias de diagnostico entre los sintomáticos respiratorios examinados.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es el numero de baciloscopias de diagnóstico realizadas entre los sintomáticos respiratorios examinados.

PROPÓSITO

Indicador de detección de casos

META:

Debe efectuarse en promedio 3 baciloscopias de diagnostico por cada SR.

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Número total de baciloscopias de diagnóstico}}{\text{Número total de sintomáticos respiratorios examinados}} \times 100$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Promedio
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual
3.- Instrumentos de recolección de datos	Cuaderno de SR y laboratorio. Informe de notificación Informe de laboratorio
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Establecimiento de Salud Municipio Coordinación de Red PDCT.
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de Salud Municipio Coordinación de Red PDCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual a nivel local Trimestral departamental
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Establecimiento de Salud Municipio. Coordinación de Red. PDCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 56
Promedio de SR detectados por caso TBP BAAR(+) nuevos.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR	
Es el número de sintomáticos respiratorios detectados por cada caso de TBP BAAR (+)	
PROPÓSITO	
Mide la calidad y cantidad de acciones dirigidas a la detección de casos sospechosos, con confirmación diagnóstica de TBP BAAR (+). Mide detección de casos.	
META:	
Se prevee que se debe detectar un paciente TB BAAR (+) por cada 10 SR.	
CÁLCULO:	
$\frac{\text{Número total de SR identificados}}{\text{Número de casos nuevos TBP BAAR (+) diagnosticados}}$	
FORMA DE MEDICIÓN:	
1.- Unidad de medida:	Promedio
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual Consolidado trimestral.
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de notificación
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Municipio Coordinación de Red PDCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud Municipio. Coordinación de Red PDCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual a nivel local Trimestral a nivel departamental
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Establecimiento de salud Municipio. Coordinación de Red PDCT
El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.	

INDICADOR 57
Porcentaje de positividad de baciloscopia de diagnóstico .

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR	
Es el porcentaje de baciloscopias que resultan ser positivas del total de baciloscopias realizadas para diagnóstico.	
PROPÓSITO	
Mide la calidad y cantidad de acciones de detección de casos sospechosos, con confirmación diagnóstica de los TBP BAAR (+)	
META:	
El 10% de las baciloscopias realizadas para diagnóstico deben ser positivas.	
CÁLCULO:	
$\frac{\text{Número total de baciloscopias diagnosticadas positivas}}{\text{Numero total de baciloscopias de diagnóstico}} \times 100$	
FORMA DE MEDICIÓN:	
1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual Consolidado trimestral
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de notificación Informe de notificación de laboratorio.
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Establecimiento de salud. Municipio Coordinación de Red PDCT.
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud. Municipio Coordinación de Red PDCT.
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual a nivel local Trimestral a nivel departamental
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	PDCT
El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.	

INDICADOR 58

Porcentaje de casos diagnosticados y confirmados de TB-MDR que inician tratamiento.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es el porcentaje de casos de TB MDR que han iniciado el tratamiento con drogas de segunda línea de entre todos los pacientes confirmados laboratorialmente como TB MDR.

PROPÓSITO

Este indicador mide la capacidad de los programas para incluir casos de TB-MDR en el tratamiento adecuado. El responsable del programa debe asegurar que todos los casos en los que se detecta TB-MDR reciban un tratamiento adecuado lo antes posible. La detección temprana de la resistencia es importante para garantizar una prescripción correcta desde el principio, y para reducir los riesgos de una mayor amplificación de la resistencia a los medicamentos.

La comparación del número de casos de TB-MR que reciben tratamiento con los casos detectados ofrece una indicación del acceso a la atención de salud. Es un indicador crudo, ya que los pacientes que iniciaron un tratamiento durante un periodo de seis meses determinado pueden haberse detectado antes del periodo de valoración.

META:

El 100% de los casos que son diagnosticados deberían recibir tratamiento, sin embargo por el deterioro del paciente, así como por las condiciones que favorecen su fallecimiento, esta meta es difícil de cumplirla.

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Numero total de casos de TB-MDR que inician tratamiento}}{\text{Numero total de casos de TB-MDR diagnosticados}} \times 100$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual Consolidado trimestral
3.- Instrumentos de recolección de datos	Fichas de notificación de TB-MDR Libro de pacientes MDR (Categoría IV)
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Municipio Coordinación de Red PDCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Trimestral, semestral y anual a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.

INDICADOR 59

Proporción de TBP BAAR (+) nuevos sin conversión bacteriológica al final del 2º mes de tratamiento y que acceden al cultivo y test de sensibilidad y resistencia.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INDICADOR

Es el porcentaje de casos nuevos de TBP BAAR (+) sin conversión bacteriológica a los dos meses de tratamiento y que tienen acceso al cultivo y prueba de sensibilidad y resistencia.

PROPÓSITO

Valora la vigilancia de la TB-MDR

META:

100%

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Numero casos TBP BAAR(+)} \text{ nuevos sin conversión bacteriológica al 2do mes de tratamiento con acceso al cultivo y test de sensibilidad y resistencia}}{\text{Numero casos TBP BAAR (+) nuevos sin conversión bacteriológica al 2do mes de tratamiento}} \times 100$$

FORMA DE MEDICIÓN:

1.- Unidad de medida:	Porcentaje
2.- Frecuencia recolección de datos	Mensual Consolidado trimestral
3.- Instrumentos de recolección de datos	Informe de laboratorio Notificación mensual Ficha del tratamiento del paciente.
4.- Responsable de recolección	Establecimiento de salud
5.- Responsable de procesamiento y consolidación	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
6.- Responsable de Análisis	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT
7.- Frecuencia de medición y evaluación	Mensual a nivel local Trimestral a nivel departamental y nacional
8.- Responsable de construcción de alternativas de solución	Establecimiento de salud Municipio Coordinación de Red PDCT PNCT

El análisis y la interpretación del indicador debe ser realizado con todo el equipo de salud por niveles de atención y gestión, tomando en cuenta el conocimiento de su realidad, con el fin de construir alternativas de solución y seleccionar de manera participativa la más adecuada.



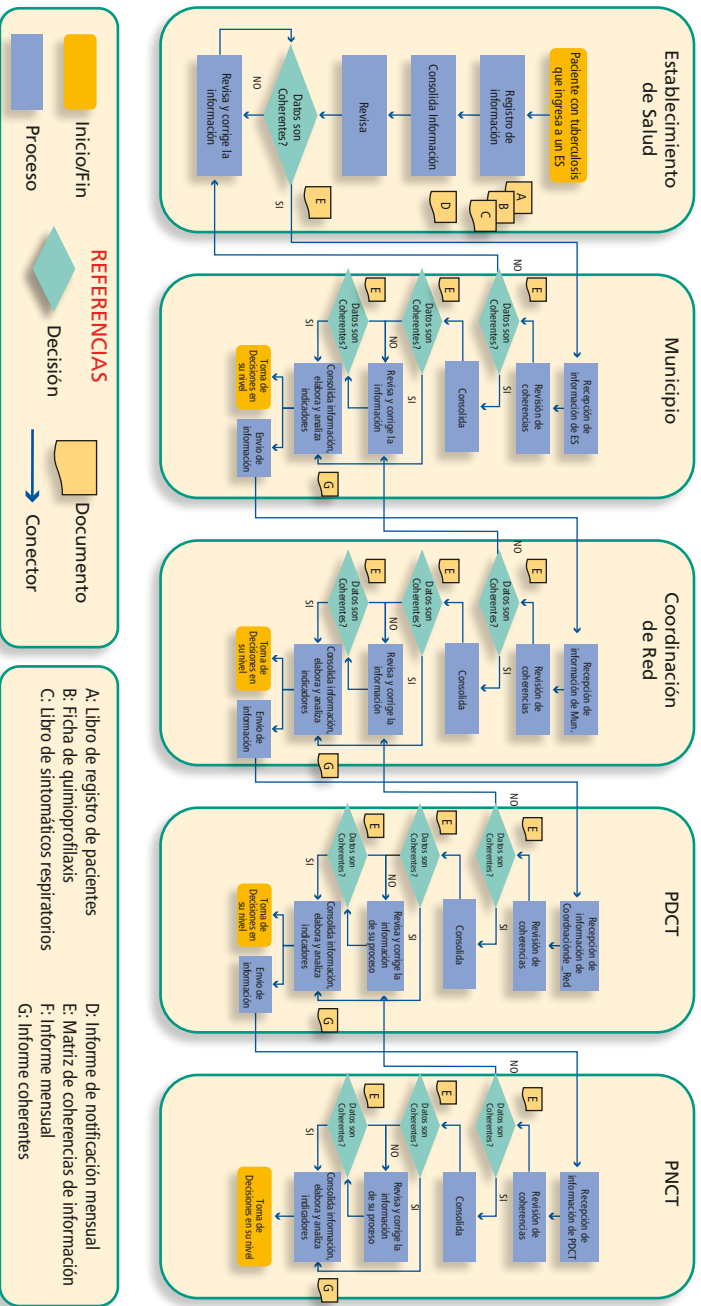
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA



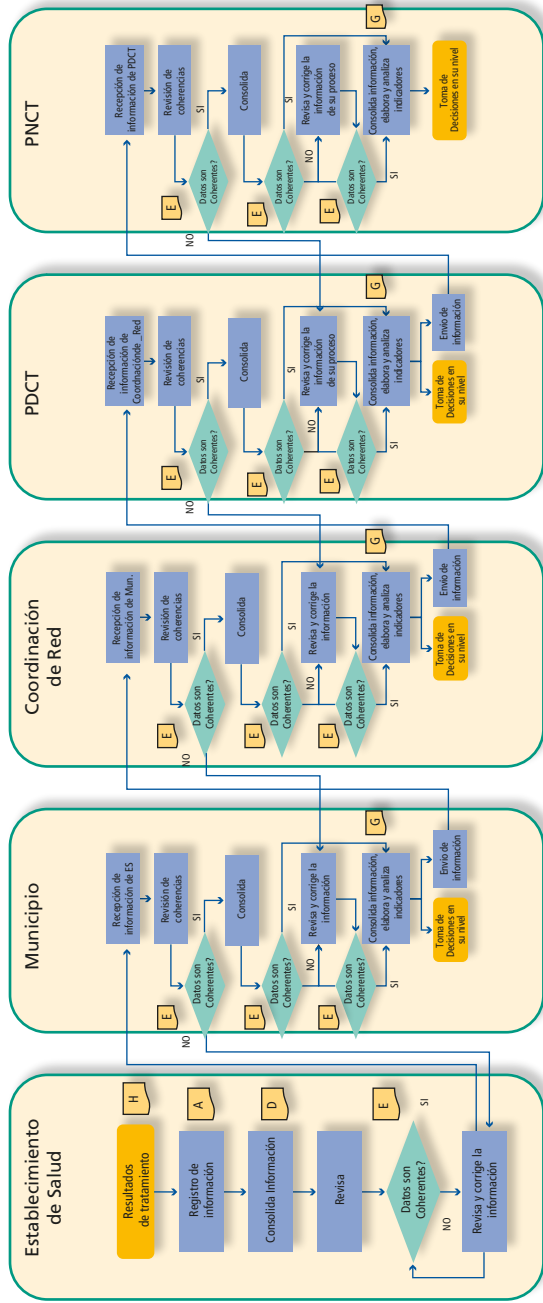
ANEXO IV

Flujogramas de información

ALGORITMOS DE FLUJO DE INFORMACIÓN: PRIMER GRUPO DE INDICADORES

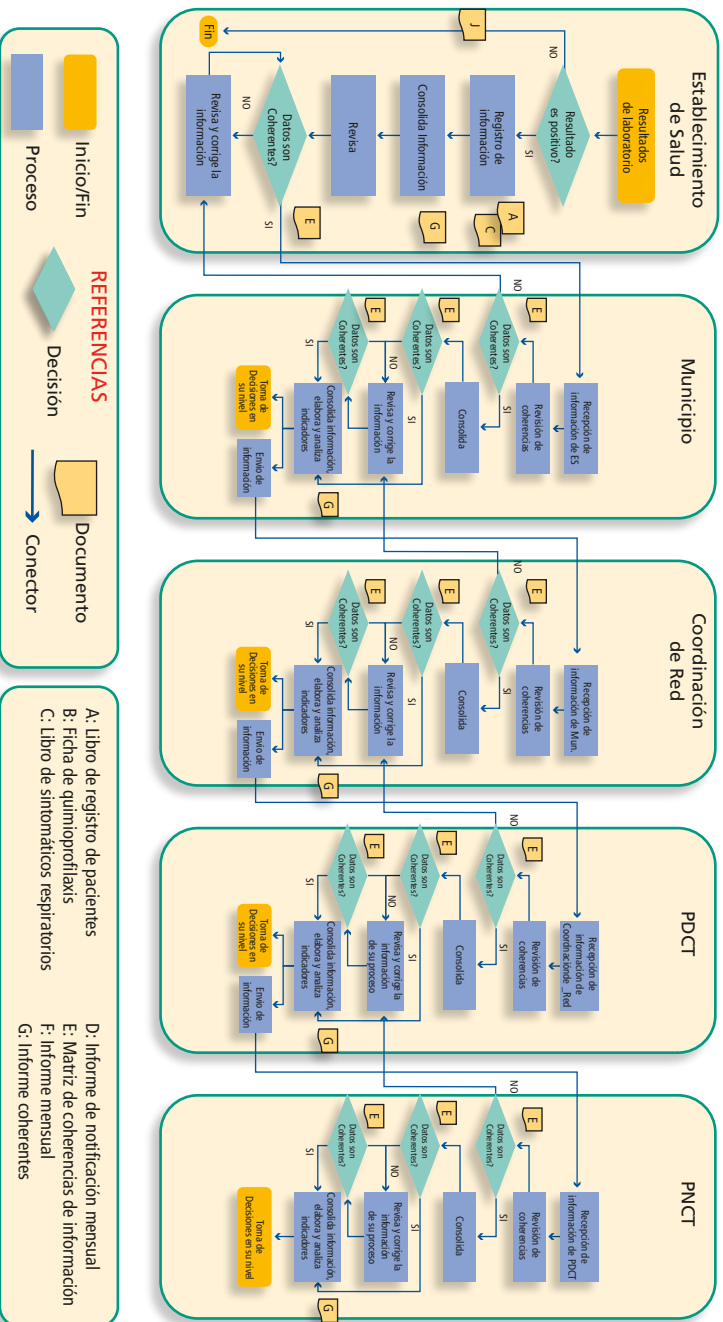


ALGORITMOS DE FLUJO DE INFORMACIÓN: SEGUNDO GRUPO DE INDICADORES

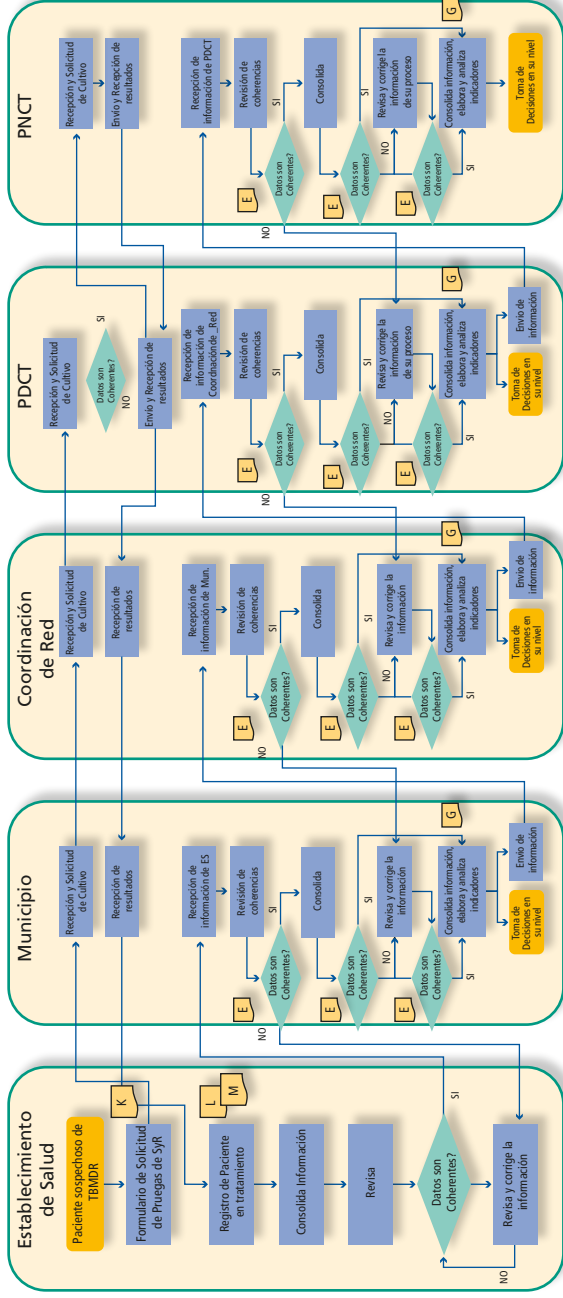


- A: Libro de registro de pacientes
- B: Ficha de quimioprofilaxis
- C: Libro de síntomas respiratorios
- D: Informe de notificación mensual
- E: Matriz de coherencias de información
- F: Informe mensual
- G: Informe coherentes

ALGORITMOS DE FLUJO DE INFORMACIÓN: TERCER GRUPO DE INDICADORES



ALGORITMOS DE FLUJO DE INFORMACIÓN: CUARTO GRUPO DE INDICADORES



- A: Libro de registro de pacientes
- B: Ficha de quimioprofilaxis
- C: Libro de sintomáticos respiratorios
- D: Informe de notificación mensual
- E: Matriz de coherencias de información
- F: Informe mensual
- G: Informe coherentes



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA



ANEXO V

Anexo editorial

EQUIPO TÉCNICO DE REVISIÓN Y VALIDACIÓN DEL DOCUMENTO

Nivel Nacional

Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

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

Nivel Departamental

Programa Departamental de Control de la Tuberculosis

Cochabamba

Lic. Clara Fernández Motiño	Supervisora PDCT Cochabamba
-----------------------------	-----------------------------

La Paz

Lic. Rosemary Avendaño Espinoza	Responsable del PDCT La Paz
---------------------------------	-----------------------------

Equipo de PNUD

Ing. Richard Flores Rodríguez	Coordinador General del Fondo Mundial – PNUD
Dr. Percy Calderon Espinoza	Asesor Técnico en Salud
Lic. Miguel García de Bejar	Administración General Fondo Mundial - PNUD

La salud... un derecho para vivir bien