



PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LA ARGENTINA

2018-2021

Presidente de la Nación
Ing. Mauricio Macri

Ministra de Salud y Desarrollo Social
Dra Carolina Stanley

Secretario de Gobierno de Salud
Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

Secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos
Dr. Mario Kaler

Subsecretaria de Prevención y Control de Enfermedades
Comunicables e Inmunoprevenibles
Dra. Míriam Inés Burgos

Directora de Sida, ETS, Hepatitis y TBC
Prof. Dra. Claudia Gabriela Rodríguez

Autores del Plan Estratégico Nacional

**Equipo del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis y Lepra;
Referentes provinciales de Programas; Referentes provinciales de Laboratorio;
INER "Dr. Emilio Coni"; ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán";
Servicio de Micobacterias (INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"), Comité Asesor Interdisciplinario del PNCTByL.**

Consultor en planificación
Claudio Ziaurriz

Consultor técnico
Raúl Álvarez

Edición, corrección y diseño
Área de Comunicación de la Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC

Se agradece la contribución técnica y financiera de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) para el desarrollo de esta publicación. Los puntos de vista u opiniones contenidos en ella son exclusivos de los autores y no representan necesariamente los de la OPS/OMS.

**Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, Secretaría de Gobierno de Salud,
Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Argentina, 2018.**

Está permitida la reproducción total o parcial de este material y la información contenida, citando la fuente.

PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LA ARGENTINA 2018 – 2021

ABREVIATURAS

AMBA	Área Metropolitana de Buenos Aires
ANLIS	Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud
BAAR	Bacteria Acido-alcohol resistentes
BK	Baciloscopía de esputo
CABA	Ciudad Autónoma de Buenos Aires
CBS	Cabinas de Bioseguridad
DSETSHyT	Dirección de SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual, Hepatitis y Tuberculosis
Dx	Diagnóstico
FESP	Funciones Esenciales de Salud Pública.
INEI	Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas
INER	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNCTByL	Programa Nacional de Control de Tuberculosis y Lepra
PPL	Personas Privadas de la Libertad
PPT	Programas Provinciales de Tuberculosis
PS	Pruebas de Sensibilidad
RNL	Red Nacional de Laboratorios
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIVILA	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica por Laboratorio de la Argentina
SISA	Sistema de Información Sanitaria de Argentina
SNVS	Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud
SR	Sintomático Respiratorio
TBC	Tuberculosis
TBC RR	Tuberculosis Resistente a Rifampicina
TBC-MDR	Tuberculosis Multidrogorresistente
TBC-XDR	Tuberculosis Extremadamente Resistente
TCT	Tarjeta de Control de Tratamiento
TDO	Tratamiento Directamente Observado
RNL	Red de Nacional de Laboratorios
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

ÍNDICE

Abreviaturas	4
Introducción	6
Marco político	8
La Planificación Estratégica como herramienta política de construcción	10
La importancia de contar con un Plan Estratégico Nacional	12
Situación de la tuberculosis en la Argentina	14
Análisis de actores y escenarios-FODA	27
La propuesta en acción en el marco de los 3 pilares del “Fin de la Tuberculosis”	34
Monitoreo y evaluación del plan	56
¿Cómo seguimos?	58
Bibliografía	61

INTRODUCCIÓN

El presente documento es el producto de una iniciativa de la Dirección de Sida, Enfermedades de Transmisión Sexual, Hepatitis y Tuberculosis (DSETSHyT) -que incluye al Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCTB)- con el objetivo de presentar el Plan Estratégico Nacional (PEN) de Tuberculosis producto de un proceso participativo entre los principales actores que intervienen en el control de la enfermedad. La elaboración de este plan incluyó a representantes del sector público de salud que dan respuesta a la tuberculosis (programas provinciales de tuberculosis, hospitales, centros de salud, etc.), a la sociedad civil, y al Consejo Asesor de cooperación técnica en tuberculosis (TBC).

La propuesta está sustentada en un marco político internacional, al cual la República Argentina ha sumado su adhesión y compromiso en los últimos años, y en la proactividad de múltiples actores e instituciones que a lo largo de la historia de la TBC en la Argentina manifestaron su interés en trabajar para la erradicación de ésta patología.

El plan constituye una guía orientadora para la implementación de políticas sobre TBC a desarrollarse en el periodo 2018-2021 y cuenta con el compromiso de todos los participantes.

Desde septiembre de 2017 se comenzaron a desarrollar distintas estrategias para contar con un análisis de situación de la TBC en la Argentina a través de diferentes instancias: reuniones, teleconferencias, visita de monitoreo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), consultas, etc., las que fueron preparatorias a la “XLVI Reunión del Consejo Federal de Tuberculosis” realizada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires los días 14 y 15 de noviembre de 2017. En dicha reunión se planteó al conjunto de los actores consensuar dicho análisis de situación realizado y con dicha línea de base consensuada definir acciones futuras para el control de la TBC.

Este documento es la formalización de un compromiso nacional para desencadenar un proceso conjunto con el objetivo de transformar la realidad de la TBC en el país, que seguirá estando abierto a la discusión y actualización continua en cada uno de los contextos de nuestro país.

Se encontrarán detallados el marco político que lo sustenta, la metodología teórico-práctica, el desarrollo y aportes consensuados en las distintas instancias de participación y finalmente las conclusiones y los objetivos trazados en función de la Estrategia “Fin de la TBC” para la Argentina en los próximos 4 años.

¹ El DOTS es la estrategia recomendada internacionalmente para asegurar la curación de la tuberculosis. Se basa en cinco principios clave: intervención organizada y sostenida, identificación de casos temprana y precisa, quimioterapia eficaz y fácil para el paciente, manejo eficaz de los medicamentos y monitoreo basado en los resultados.



MARCO POLÍTICO



En los últimos años existen evidentes señales de la determinación mundial para intensificar la lucha contra la TBC y lograr el fin de la epidemia mundial. En este sentido, podemos encontrar la adopción por parte de la Asamblea Mundial de la Salud el respaldo de la Estrategia Fin de la TBC de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2014, como las distintas reuniones de Comités Regionales de la OMS en 2015, incluyendo la expresión “poner fin a la epidemia de TBC” como una meta dentro del Tercer Objetivo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre de 2015.

La historia reciente de las políticas en TBC nos muestran la aplicación de la Estrategia DOTS¹ (1994-2005) y de la Estrategia Alto a la TBC (2006-2015), en las cuales los países -especialmente los que tienen una carga elevada de TBC- establecieron los fundamentos necesarios para proporcionar un diagnóstico y un tratamiento de alta calidad para la TBC.

Entre el 2000 y 2014, las mejoras en el diagnóstico (Dx) y tratamiento de la TBC de calidad garantizada, contribuyeron a salvar 43 millones de vidas en todo el mundo. Es evidente que la mejora en el acceso al Dx y al tratamiento produjo resultados notablemente mejores en la reducción del sufrimiento y en el número de muertes, sin embargo, tuvo una repercusión muy pequeña en la reducción de las tasas de incidencia y la epidemia.

La TBC no sólo es un problema biomédico y de salud pública, es también una enfermedad asociada a la pobreza y a otras problemáticas epidemiológicas como el consumo problemático de sustancias, VIH-SIDA, longevidad, pacientes oncológicos, personas con diabetes, personas en situación de vulnerabilidad social, etc.

La Estrategia Fin de la TBC propuesta por la OMS combina un enfoque integral de intervenciones sanitarias y sociales explicitado en una serie de pilares y principios cuyo objetivo es acabar con la epidemia.

LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA COMO HERRAMIENTA POLÍTICA DE CONSTRUCCIÓN

Un aspecto importante, en línea con uno de los principios fundamentales de la estrategia, es que la combinación de intervenciones deberá adaptarse a los contextos regionales, nacionales y locales.

Para acabar con la epidemia de TBC los países tendrán que fortalecer sus sectores sociales y de salud para alcanzar una cobertura sanitaria y una protección social universales.

Ponerle fin también requerirá nuevas herramientas: punto de atención para el Dx; mejores esquemas y más cortos de tratamiento para tratar la enfermedad y la infección.

En la reciente Primera Conferencia Ministerial Mundial de la OMS que se desarrolló bajo el lema "Poner fin a la tuberculosis en la era del desarrollo sostenible: una respuesta multisectorial"², en su preámbulo manifiesta nuevamente la intención política de mantener en agenda la tuberculosis, reconociendo el problema a partir de:

"Nosotros, los Ministros de Salud y representantes de diferentes sectores gubernamentales, reconocemos que pese a los esfuerzos concertados, la tuberculosis, en particular sus formas farmacorresistentes, provoca más muertes en el ámbito mundial que ninguna otra enfermedad infecciosa y es una grave amenaza para la seguridad sanitaria mundial".

Ante lo cual las autoridades presentes, incluyendo al representante de la Argentina, refuerzan la intención de mantener:

"Nuestro compromiso de poner fin a la epidemia de tuberculosis para 2030, según se prevé en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS),

en la Estrategia "Fin a la Tuberculosis" de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en el Plan Global Hacia el Fin de la Tuberculosis 2016-2020 de la Alianza "Alto a la Tuberculosis".

A partir de los antecedentes y compromisos asumidos, fundado en los tres pilares propuestos en la estrategia "Fin de la TBC" se plantean los siguientes principios fundamentales para desencadenar un proceso de planificación estratégica en la Argentina para el periodo 2018-2021 que considere un análisis de situación actual y la discusión de estrategias a desarrollar en el país, comprometiéndose a:

- * **Lograr la participación activa de los gobiernos (nacional, provinciales y municipales), una alianza sólida con las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades, un enfoque basado en los derechos humanos, la ética y la equidad, y la adaptación nacional de la estrategia y sus metas;**
- * **Intensificar la actuación más allá de los ministerios de salud en estrecha colaboración con todas las partes interesadas, incluyendo a otros ministerios, las comunidades, la sociedad civil y el sector privado;**
- * **Diseñar y desplegar una respuesta nacional eficaz para poner fin a la epidemia de TBC, la cual debe fundarse en sólidas evaluaciones de la situación inicial que incluyan una cartografía de la epidemia, la preparación del sistema de salud y del programa de TBC, así como los recursos necesarios para esa ambiciosa tarea.**

² Asamblea realizada los días 16 y 17 de noviembre de 2017 en la ciudad de Moscú, Federación de Rusia.

"Nosotros, los Ministros de Salud y representantes de diferentes sectores gubernamentales, reconocemos que pese a los esfuerzos concertados, la tuberculosis, en particular sus formas farmacorresistentes, provoca más muertes en el ámbito mundial que ninguna otra enfermedad infecciosa y es una grave amenaza para la seguridad sanitaria mundial".

ESTRATEGIA FIN DE LA TBC PILARES Y PRINCIPIOS



Rectoría y transparencia gubernamental con monitoreo y evaluación

La construcción de una fuerte coalición con la sociedad civil y comunidades

La protección y promoción de los derechos humanos, la ética y la equidad

La adaptación de la estrategia y los objetivos a nivel de país, con la colaboración mundial

LA IMPORTANCIA DE CONTAR CON UN PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL

Se considera que el problema de la TBC en la Argentina debe abordarse como una política pública, la cual según la politóloga brasileña Sonia Fleury (Fleury, 1999) se define y construye en determinados momentos como:

- **Un conjunto de valores compartidos;**
- **Un campo de conocimientos y prácticas específicas;**
- **Un campo de lucha;**
- **Un aparato institucional.**

12

Esta mirada nos señala por un lado la complejidad del abordaje que implica este desafío, incorporando lo viejo y lo nuevo, los diferentes contextos geográficos e institucionales, invitándonos a convocar a los actores esenciales que participan en la respuesta a lo largo de la historia de la TBC en el país, junto al desafío de promover alianzas estratégicas que fortalezcan la acción hacia el futuro en los distintos ámbitos de actuación.

Se puede decir que un Plan Estratégico Nacional (PEN) tiene diferentes implicancias de interés para un país, los cuales desde el punto de la construcción de una política pública en principio constituye:

- **Una oportunidad de realizar un proceso de reflexión compartida sobre el estado de situación y respuesta a la TBC entre los principales actores e instituciones involucrados y convocados a participar de una instancia de construcción conjunta de este tipo;**
- **Un esfuerzo de abstracción de lo particular (individuo, hospital, organización, programas provinciales, academia, etc.) a lo universal (tomado como país), donde los deseos e intereses particulares e institucionales se ponen en juego con el objetivo de lograr una mirada y accionar nacional de conjunto;**
- **Un análisis y puesta en valor de “lo mejor” de la historia pasada y una apuesta a lo nuevo por venir: conservar-suprimir-superar;**
- **Una invitación por parte de la organización convocante a la participación en las opiniones y decisiones de pensar y hacer una política hacia el futuro;**

- **Una guía de orientación de trabajo conjunto que plantea una visión de futuro, pero que básicamente pretende desencadenar un proceso de transformación;**
- **Una oportunidad de contar, desde lo formal, con un PEN que refleje las acciones y comprometa a los participantes, pero que además sirva como incidencia política en la búsqueda de ampliar los actores intervinientes, mejorar el financiamiento y colocar en la agenda el tema de la TBC.**

Este documento describe el inicio de un proceso de construcción conjunta de planificación estratégica para la Argentina durante el periodo 2018-2021, como una herramienta política orientadora consensuada entre los actores e instituciones sobre las acciones pertinentes y prioritarias para poner en práctica los principios, pilares y componentes de la Estrategia “Fin de la TBC”.



13

SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN LA ARGENTINA

Análisis de situación desde el punto de vista de actores claves

Programa Nacional de control de Tuberculosis y Lepra

El primer programa sobre control de la TBC se crea en el año 1957 y funciona en el Instituto de Enfermedades Respiratorias "Dr. Emilio Coni" (INER-Coni) de la ciudad de Santa Fe.

En 2008 por medio de la Resolución Ministerial N° 678/08 se crea el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.

Posteriormente, en 2014 - a través de la Resolución Ministerial N° 583/2014 - el Ministerio de Salud de la Nación crea el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis y Lepra.

En 2017 pasa a depender de la Dirección de Sida, Enfermedades de Transmisión Sexual, Hepatitis y Tuberculosis.

Desde lo organizativo, cuenta con un equipo de profesionales y técnicos a nivel central que desarrollan un trabajo descentralizado a partir de contar con referentes en cada una de las 23 provincias y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). En cada jurisdicción están constituidos programas provinciales de TBC (PPTB).

La provincia de Buenos Aires, por su complejidad y extensión, está dividida en 12 regiones sanitarias que cuentan con un referente programático cada una. Asimismo algunos municipios poseen programas municipales.

Todos estos niveles tienen autonomía en la toma de decisiones en función del sistema federal de salud de la República Argentina.

MISIONES Y FUNCIONES

- ✳ **Asegurar el Dx oportuno y de calidad.**
- ✳ **Garantizar la continuidad de los tratamientos de primera y segunda línea a través del suministro permanente de medicamentos.**
- ✳ **Mejorar el registro de la información.**
- ✳ **Propiciar la consolidación de equipos interdisciplinarios y articular con otros programas y sociedad civil.**
- ✳ **Abordaje prioritario de poblaciones vulnerables (personas con VIH, privadas de libertad (PPL), niños, niñas y adolescente, etc.) y farmacorresistentes.**

A su vez, el PNCTB cuenta con un **Comité Asesor interdisciplinario** integrado por colaboradores externos de diversas disciplinas que participan en la resolución de casos complejos, en la capacitación a equipos de salud y en la actualización de la evidencia científica para la toma de decisiones en la implementación de nuevas estrategias diagnósticas o terapéuticas.

En las áreas de *Diagnóstico y Vigilancia Epidemiológica* se cuenta con la Red Nacional de Laboratorios (RNL) coordinada por el laboratorio de TBC del INER "Dr. Emilio Coni" y por el Servicio de Micobacterias del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI) ambos pertenecientes a la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud "Dr. Carlos Malbrán" (ANLIS-Malbrán).

EPIDEMIOLOGÍA DE LA TUBERCULOSIS EN LA ARGENTINA

Notificación de casos³

En el año 2016 se notificaron 11.560 casos de TBC en la Argentina, que incluyen casos nuevos, recaídas y con antecedentes de tratamientos previos, resultando así una tasa de 26,5 casos por 100.000 habitantes. Esta tasa fue un 6,42 % superior a la registrada en 2015 que fue de 24,9 por 100.000 habitantes, lo que representó 806 casos más en 2016.

Total de casos de TB	11.445 casos notificados	26,2 casos por 100.000 hab.
Casos de TB Nuevos, recaídas y SI	10.312 casos notificados	23,7 casos por 100.000 hab.
Casos nuevos, recaídas y SI de TB pulmonar	8.844 casos notificados	20,3 casos por 100.000 hab.
Casos nuevos, recaídas y SI de TB pulmonar confirmados por bacteriología	6.201 casos notificados	14,2 casos por 100.000 hab.

Del total de casos notificados, los nuevos y las recaídas con una tasa de 23,9 por 100.000 habitantes determinan la circulación de la tuberculosis entre la comunidad ya que son de reciente infección. Entre 2015 y 2016, el 77% del aumento de la notificación (624) se registró entre este tipo de casos.

Se puede observar a partir de los datos de notificación 2016 un aumento de casos notificados en 2016 y aumento de la mortalidad en 2015.

Situación de la tuberculosis en la Argentina

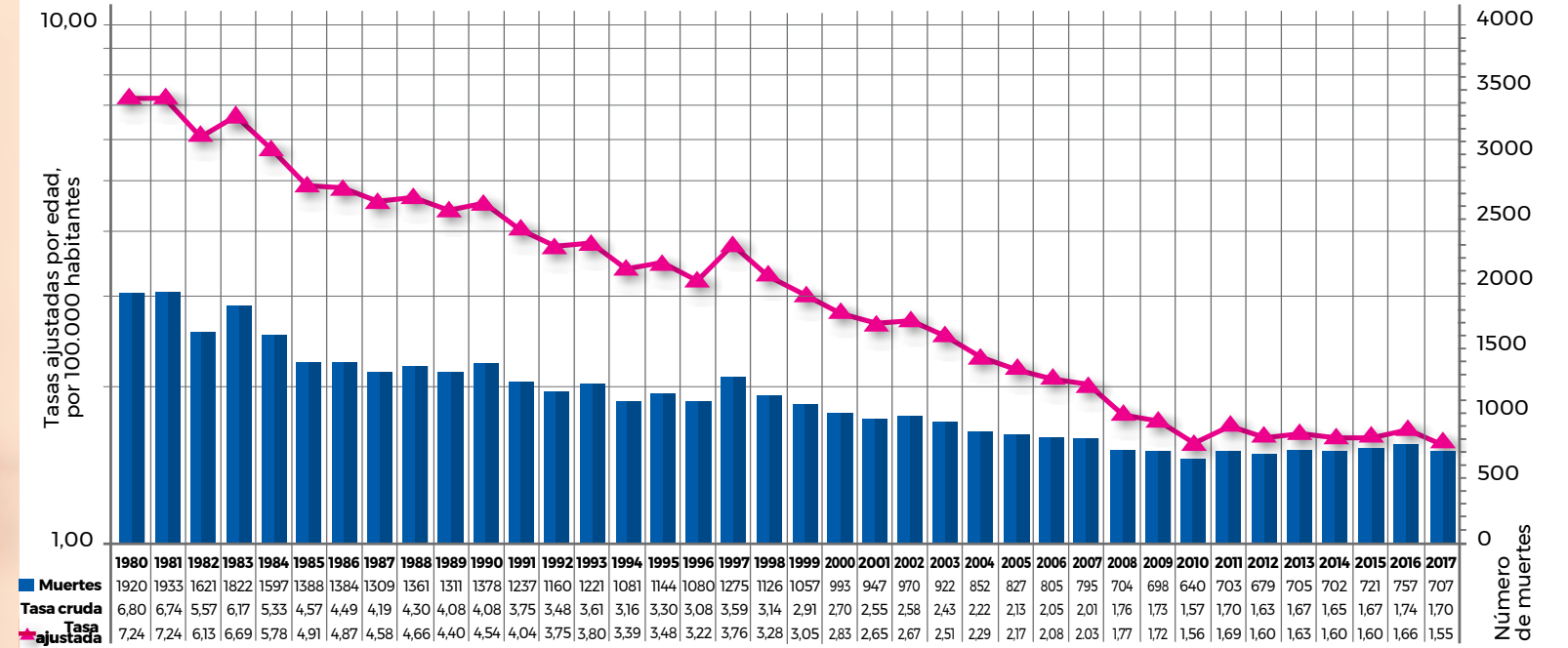
Notificación de casos

↑	641 CASOS	5,9% CASOS	4,8% TASA	En relación a 2015
↑	466 CASOS	4,7% CASOS	3,6% TASA	En relación a 2015

Total de muertes en TB Argentina 2015

↑	721 DEFUNCIONES	1,67 defunciones por 100.000 habitantes
↑	19 MUERTES	2,7% MUERTES
		1,6% TASA
		En relación a 2014

Gráfico 1: Tendencia de la mortalidad por tuberculosis, todas las formas. Número y tasas por 100.000 habitantes. República Argentina 1980 - 2017



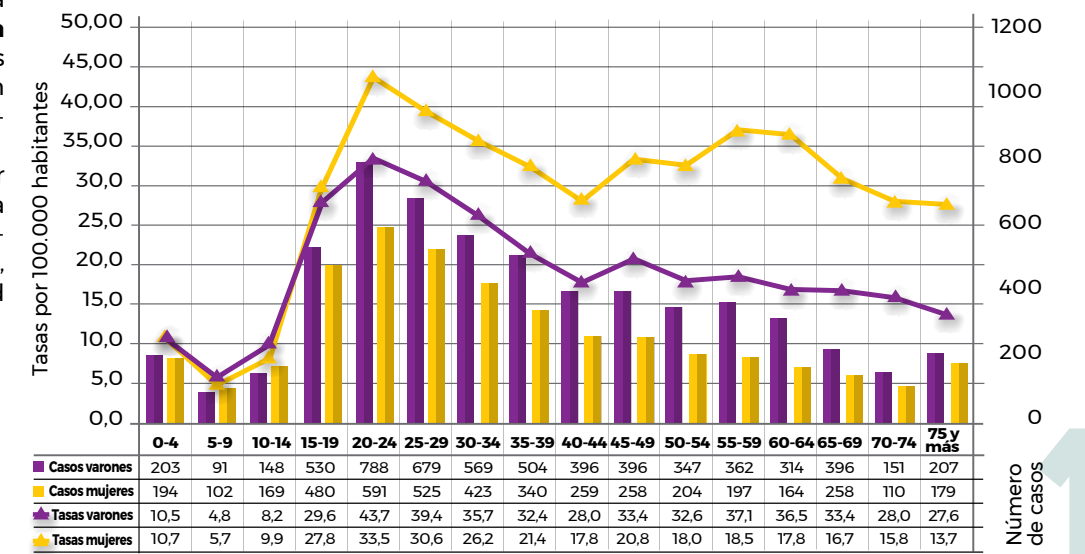
Sin embargo al tomar un período de tiempo mayor se observa que la tendencia de la tasa de mortalidad (**1,6 personas cada cien mil habitantes**) en los últimos seis años no ha descendido, lo que refleja que existen factores que requieren ser identificados claramente para poder ser abordados.

En cuanto a la distribución de tasas por edad y sexo se verifica la estabilización de la tendencia y la falta de impacto de la intervención sobre los grupos de jóvenes e infectantes, indicando un direccionamiento y prioridad en las políticas a implementar en el futuro.

El 50% de los casos notificados tanto en mujeres como en varones tienen entre 20-45 años.

858 casos en menores de 15 años: 8,3% del total.
949 casos de 15 a 19 años: 9,2% del total.

Gráfico 2: Número de casos y tasas de TB por 100.000 habitantes en el grupo de nuevos y recaídas, según edad y sexo. República Argentina 2017



³ Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Dr. Emilio

Es importante notar la heterogeneidad existente en la distribución de casos cuando se analiza en función de la distribución geográfica de la TBC en la Argentina, pudiendo encontrar un "mosaico epidemiológico".

También es significativo poner a consideración la evaluación de tratamiento que indica situaciones a resolver en el futuro inmediato: la calidad de la información y el seguimiento de los casos confirmados.

Gráfico 3: Notificación de casos de TB todas las formas según clasificación al inicio de tratamiento por jurisdicción. Tasas por 100.000 habitantes. República Argentina 2017

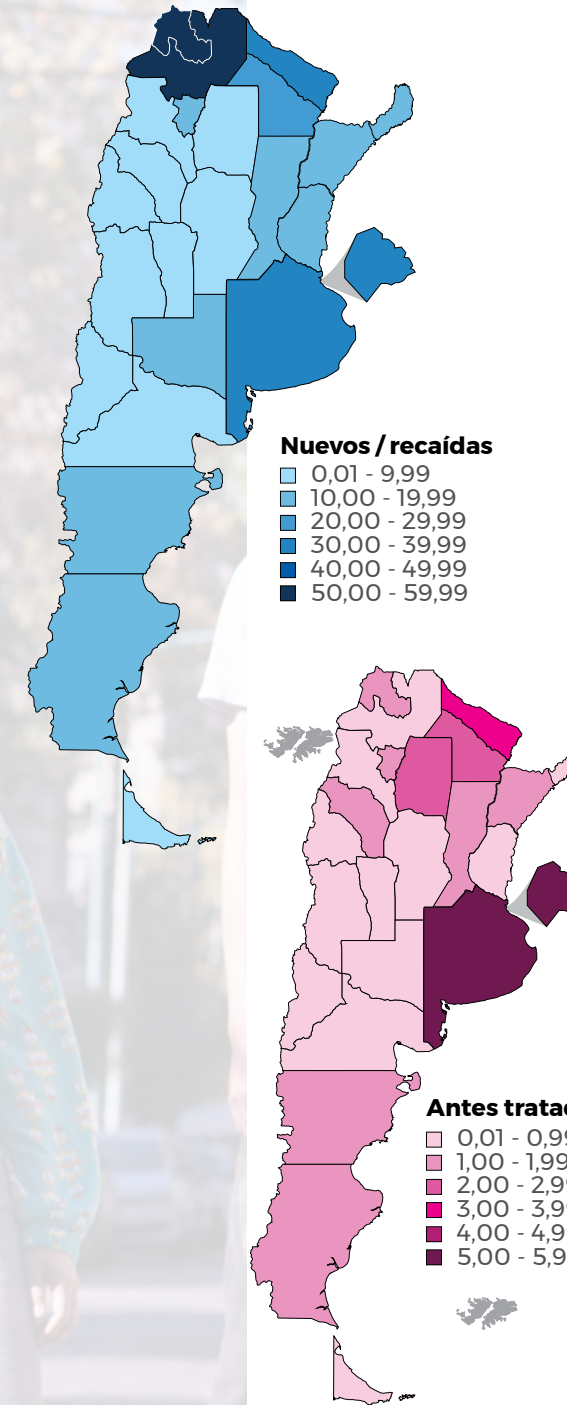
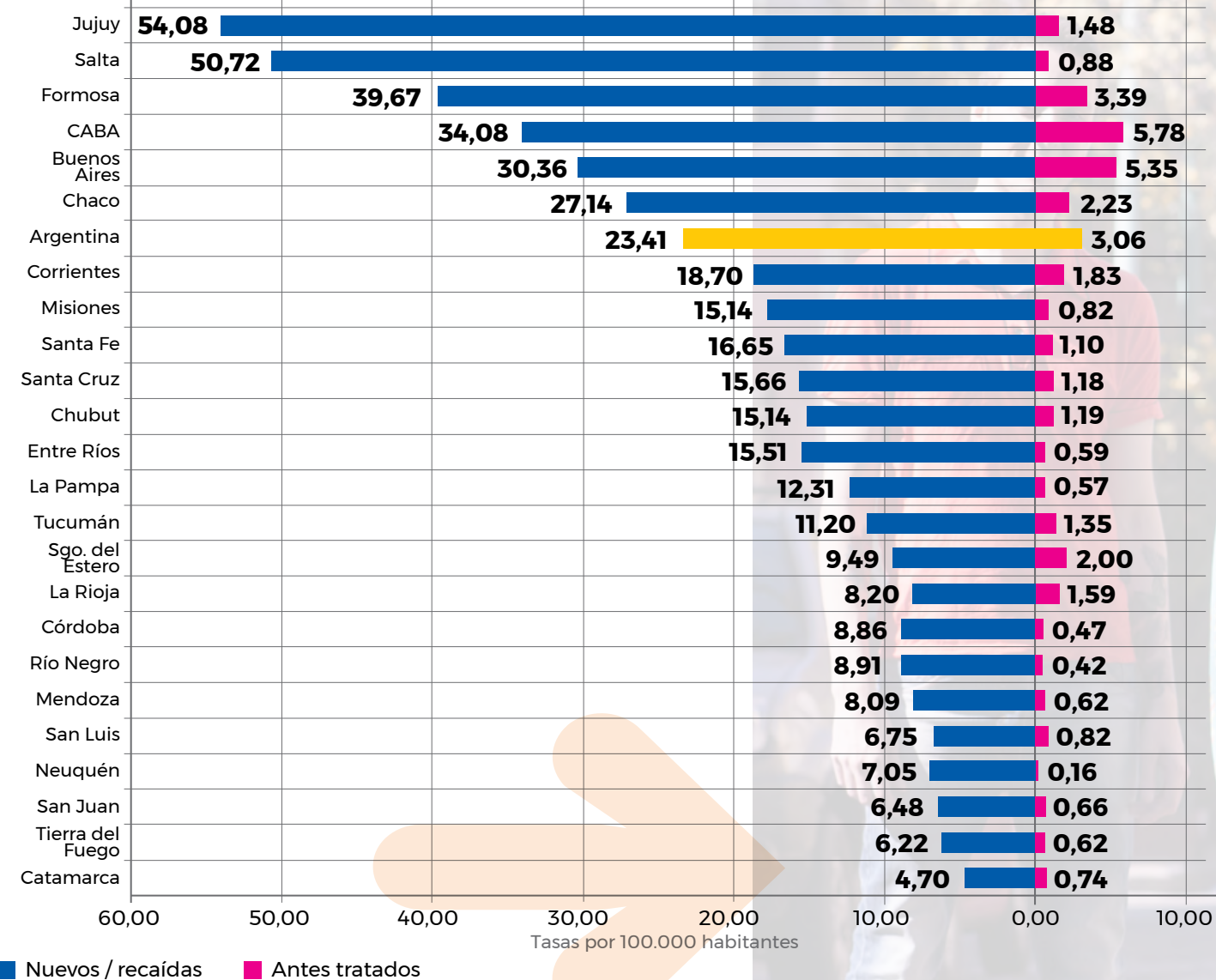
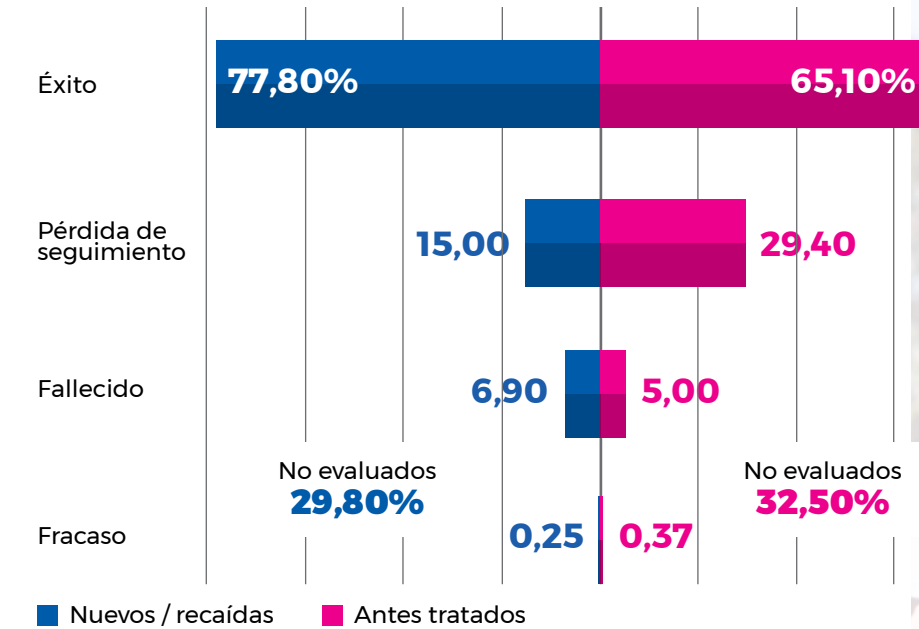


Gráfico 4: Resultado del tratamiento de los casos de TB, todas las formas, según tratamiento. República Argentina 2016



Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS), con base en los datos ingresados al módulo de Tuberculosis del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) por los Programas de Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, enero de 2019.

Conclusión

“ El aumento de casos notificados en 2016, número de muertes en 2015 y la estabilización de la tendencia demuestran la falta de impacto de la intervención sobre los grupos de jóvenes e infectantes. La desigualdad en la notificación y muertes por TBC, además de la presencia de tasas altas en jurisdicciones con alta densidad de población configuran un escenario de transmisión sostenida de la enfermedad en la comunidad. ”

SITUACIÓN EN LA RED DE LABORATORIOS: ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO ACTUAL ⁴

La RNL de TBC está compuesta por tres niveles (local, intermedio y central) con funciones definidas. Está constituida por 735 laboratorios que realizan baciloscopías (BK), 151 laboratorios que realizan cultivos y 17 servicios que hacen pruebas de sensibilidad (PS).

La densidad de laboratorios de que realizan BK (N° de laboratorios de BK/100.000 habitantes) es la recomendada en todas las jurisdicciones según la OPS. Menos del 1% utilizan la metodología de fluorescencia. Esta metodología ha sido recomendada por la OMS como reemplazo de la microscopía convencional, debido a que se ha demostrado que tiene una sensibilidad mayor que la microscopía de Ziehl Neelsen⁵. Su aplicación requiere de la actualización tecnológica de los servicios y de un programa de capacitación robusto con seguimiento de los laboratorios que migren a esta nueva tecnología.

La densidad de los servicios de cultivo (N° de laboratorios de cultivo/1.000.000 habitantes) es la recomendada en la mayoría de las jurisdicciones según la OPS. Sin embargo la provincia de La Rioja no cuenta con efector público que realice cultivos. Los laboratorios que realizan PS por métodos convencionales superan los requerimientos de acceso a estas pruebas y reciben evaluación externa mediante paneles de aislamientos en forma anual. No se está implementando un sistema formal de gestión de la calidad hacia la acreditación en los laboratorios que realizan cultivo y/o las PS a drogas. Los laboratorios de referencia de 4 provincias (Formosa, Corrientes, Entre Ríos, Santiago del Estero) no cuentan con cabinas de bioseguridad (CBS) adecuadas para la rea-

lización de pruebas que así lo requieran y el empleo de centrifugas, por lo que utilizan para el cultivo metodologías más sencillas de menor rendimiento que los métodos que entrañan el uso de centrifuga. La mayoría de servicios que realizan cultivo y prueba de sensibilidad cuentan con modelos de CBS recomendadas. En lo que refiere a su mantenimiento los servicios de certificación anuales que requieren este tipo de equipamiento son costosos, y no todos los efectores provinciales han podido afrontarlos.

La RNL de TBC cuenta con manuales de BK y cultivo, actualizados en 2012 y 2017, respectivamente. Existe una actualización del manual de BK, que incluye la metodología de fluorescencia, que está a la espera de ser editado.

El Estado no ha podido aún implementar un plan de fortalecimiento de la red que incorpore el acceso a pruebas rápidas de Dx, ni su inclusión en los algoritmos diagnósticos de los casos de TBC. Existen unas pocas iniciativas públicas y privadas de implementación de estas pruebas, pero resultan minoritarias en el contexto global del universo de pacientes a estudiar.

El sistema de información de la red consta de instrumentos nacionales de registro estandarizados para la solicitud de estudios bacteriológicos. Este sistema se encuentra bajo la plataforma Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica por Laboratorios de Argentina (SIVILA) y tienen un grado de cobertura muy variable, según la jurisdicción, existiendo aún servicios que no cuentan con las condiciones necesarias para su utilización (conectividad y equipamiento). Sin embargo la existencia

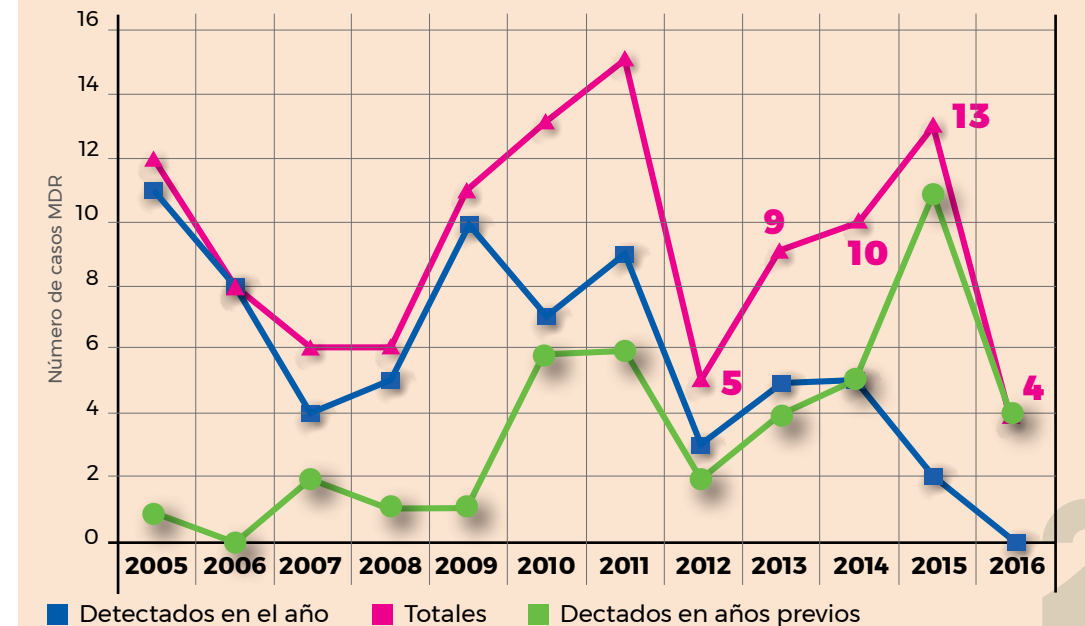
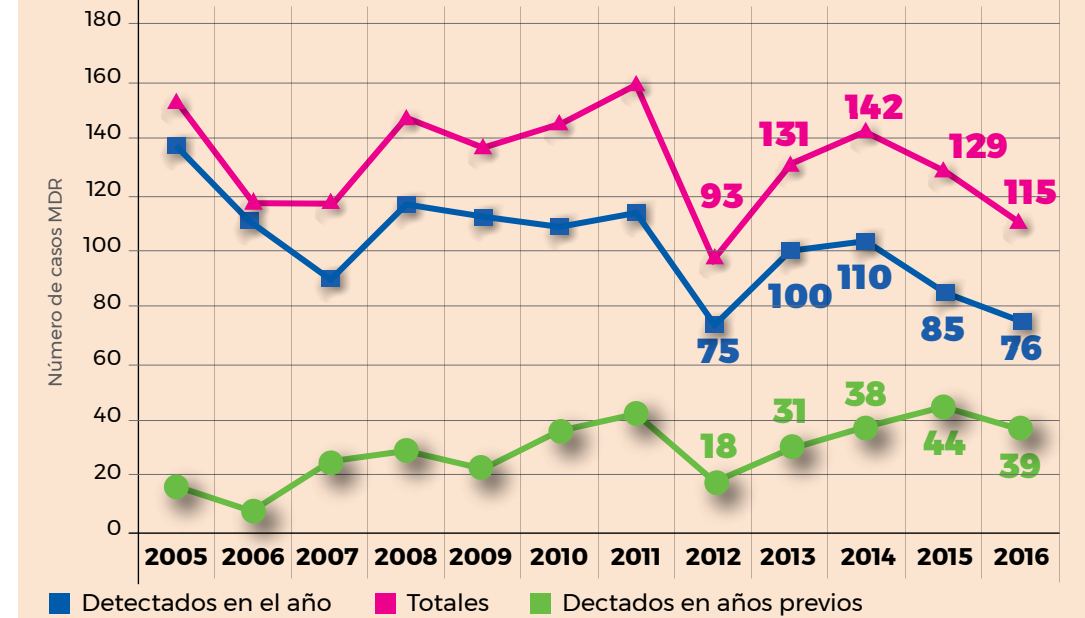
de este tipo de sistema de información electrónico constituye un importante activo para el éxito de la implementación de las metodologías rápidas de Dx propuestas por OMS.

En relación al acceso a PS, los sistemas de información han permitido evidenciar que solo se están realizando PSD a aproximadamente el 15% de los casos nuevos.

En los siguientes gráficos se observa la evolución de la Tuberculosis Multidrogoresistente (TB-MDR) y Tuberculosis Extremadamente Resistente (TB-XDR) respectivamente, según los datos obtenidos del registro de aislamientos de pacientes del Servicio de Micobacterias del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" y los casos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Respecto a años anteriores y con excepción de 2012, en 2016 se registró el menor número de casos totales de TB-MDR y TB-XDR. De los 115 casos de TB-MDR, 10 fueron notificados al SNVS y durante 2016 no tuvieron PS que pudiera orientar el tratamiento. Esos 10 casos tuvieron PS en 2015 o en años anteriores, siendo 8 casos TB-MDR y 2 TB-XDR.

En 2016, 4 de los 115 casos de TB-MDR tuvieron resistencia extendida y fueron detectados en años anteriores.

Gráfico 5: Tendencia de la mortalidad por tuberculosis, todas las formas, número y tasas por 100.000 habitantes. República Argentina 1980 - 2016.



⁴ Fuente: Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud, 2017

⁵ La tinción de Ziehl-Neelsen es una técnica de tinción diferencial rápida y económica, usada para la identificación de bacterias ácido-alcohol resistentes (BAAR)

Conclusiones

“ La red cuenta con una estructura bien definida, con niveles y funciones determinadas, tiene establecido un sistema de evaluación externa de calidad para las pruebas que se realizan en la misma. Cuenta con un sistema de información electrónico con capacidad para transmitir en tiempo real los resultados de las pruebas, aún cuando existen dificultades para su funcionamiento en algunos laboratorios. Es necesario fortalecer las capacidades diagnósticas mediante el desarrollo de un plan de implementación de pruebas rápidas de Dx y acceso universal a PS. En los laboratorios de complejidad intermedia/alta (que realizan cultivo, pruebas de hibridación en tiras y/o otros métodos fenotípicos para la detección de sensibilidad) es imperativo el inicio de un proceso de fortalecimiento de la calidad que permita encaminarlos hacia la acreditación. ”



DESCRIPCIÓN DE PROBLEMAS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS PROGRAMAS PROVINCIALES DE TUBERCULOSIS

Previo a la elaboración de este PEN se les realizó a los distintos PPTB o áreas correspondientes una encuesta cualitativa acerca de ítems que dan respuesta a la TBC teniendo en cuenta los contextos de cada jurisdicción. Se abordó en el cuestionario los siguientes puntos:

- ➔ Marco político y operativo
- ➔ Vigilancia epidemiológica
- ➔ Análisis sobre diagnóstico
- ➔ Análisis sobre tratamiento

La síntesis de la misma se describe en función de categorías operativas para ordenar el análisis de los problemas descriptos. Los mismos no siempre representan la situación de todas las provincias, pero sí de una gran mayoría.

A continuación se detallan las debilidades identificadas por los referentes provinciales:

1 MARCO POLÍTICO

- * **Sobre la conformación de equipos**
 - Falta de personal en hospitales y centros de salud.
 - Falta de referentes municipales y/o hospitalarios.
 - Falta de recambio generacional en el personal que realiza actividades de TBC.
 - Falta de motivación y compromiso.
 - Dificultad para mantener los equipos debido a la alta movilidad de los recursos humanos.
 - Referentes del primer nivel con superposición de tareas.
 - Sobrecarga de trabajo asistencial.
 - Equipos de PPTB reducidos y personal no exclusivo compartido con otros programas.

- * **Visibilidad del problema**
 - Falta de financiamiento y presupuesto propio para hacer frente a las acciones de los PPTB.
 - Falta de compromiso político.
 - Falta de visibilidad y priorización de TBC en la agenda sanitaria y política.
 - Alta estigmatización de la TBC.
 - Falta de activismo social.
 - Disparidad en todo el país de financiamiento para ayuda económica o alimentaria a los pacientes.

- * **Gestión**
 - Dificultades en la articulación entre distintos actores para un nivel adecuado de atención.
 - Incumplimiento de la ley de subsidios.
 - Dificultad en la articulación con otras instituciones.
 - Falta de articulación con otros programas.
 - Falta de marco legal ante pérdidas de seguimiento reiteradas en pacientes adultos y exposición permanente de niños, niñas y adolescentes al bacilo.
 - Falta de acciones de prevención y promoción a nivel Provincial y Nacional.
 - Desconocimiento de la potencial articulación con el subsector privado de la salud.

- * **Capacitación**
 - Falta de estrategias para el abordaje de grupos vulnerables y su problemática social.
 - Falta de experiencia en procesos de planificación estratégica.
 - Trabas burocráticas que conllevan lentitud a la hora de llevar adelante capacitaciones en tiempo.
 - Falta de cumplimiento de las Normas Técnicas por parte del equipo de salud y actualización de las mismas por el PNCTB. Desconocimiento del abordaje inicial de la tuberculosis en el primer nivel de atención.
 - Existen jurisdicciones en las que las actividades de colaboración TB-VIH no se realizan.

2 VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

- * **Gestión del dato**
 - Demora en el envío de la información al PNCTB lo que atrasa el análisis de la información.
 - Demora en el cargado de SIVILA (que no se cumplimenta en todos los servicios).
 - Dificultad en el traslado de la Tarjeta de Control de Tratamiento (TCT) por falta de vehículo y permiso al personal.
 - No todas las instituciones de salud, públicas o privadas, notifican los casos sospechosos y/o confirmados de TBC.
 - Deficiente conectividad y personal capacitado. Falta de descentralización de la carga de datos al primer nivel de atención (lo hace el programa provincial).
 - Falta de personal para realizar la carga de datos al sistema.
 - Falta de información en población migrante y PPL.
 - Falta de notificaciones de fin de tratamiento y abandono temprano.
 - Falta de articulación y estandarización del proceso en circuitos de referencia-contrareferencia entre el primer nivel y segundo nivel de atención.

- * **Análisis de la información**
 - Limitada capacidad de análisis de la información en el primer nivel de atención.
 - Dificultad en el cruce de datos con el programa de VIH a nivel jurisdiccional.

- * **Difusión de la información**
 - Dificultad para estar incluidos en las Salas de Situación de los ministerios de Salud Pública de las provincias.
 - Dificultades para la publicitación y difusión de información.

3 DIAGNÓSTICO - OFERTA

- Falta de laboratorios y bioquímicos en lugares geográficamente inaccesibles.
- Falta de solicitud de cultivo como una herramienta más para el Dx temprano.
- Falta de presupuesto para realizar capacitaciones y supervisiones a los laboratorios y al personal de salud.
- Fallas edilicias y técnicas en los laboratorios.
- Insuficiente cantidad de Dx a través de métodos moleculares.
- Existen laboratorios sin la infraestructura adecuada a las normas de bioseguridad requeridas en función de las actividades que realizan.

4 TRATAMIENTO

- * **Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES)**
 - Ejecución parcial de la estrategia.
 - Discrepancias con las Normas Nacionales, especialmente en el tratamiento preventivo (quimioprofilaxis).
 - Pérdida de seguimiento de los tratamientos.
 - Falta de continuidad en las supervisiones a los centros de salud, por falta de movilidad y personal.
 - Falta de administración de TAES a personas en lugares de poca accesibilidad geográfica, a personas con consumo problemático de sustancias, a poblaciones migrantes, debido a barreras culturales y por la estigmatización de la TBC.
 - Dificultades en la sistematización del reporte y seguimiento de las quimioprofilaxis iniciadas. Cada PPT lo realiza según su propio criterio a falta de una norma general.

- * **Insumos**
 - Discontinuidad en la entrega de medicación por parte del PNCTB durante el año 2016.
 - Demora en la entrega de medicamentos en tiempo y forma.

- * **Control de Infecciones**
 - Falta de espacios de aislamiento para pacientes en tratamiento de TBC que necesiten internación.
 - Falta de programas de control de infecciones.

VISIÓN, METAS Y OBJETIVOS DEL PLAN

Visión:

 **Argentina libre de TBC**

Objetivo general:

Fortalecer la expansión de la estrategia “Fin de la TBC” en Argentina para reducir la incidencia y mortalidad por tuberculosis.

Objetivos específicos:

Entre las principales políticas planteadas en el futuro mediano están:

- Construir un Plan de Acción con metas e indicadores.
- Fortalecer el registro de información sobre evolución de tratamientos.
- Actualización de las Normas Técnicas Nacionales.
- Fortalecer estrategias y acciones con otros programas.
- Fortalecimiento de acciones en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)

debido a la gran carga de enfermedad en dicha área.

- Generar alianzas estratégicas con las obras sociales y sectores de la medicina privada.
- Mejorar detección, tratamiento oportuno, tratamiento directamente observado (TDO), estudio de contactos.
- Articulación con otras áreas del Ministerio de Salud de la Nación, por ejemplo, Programa Nacional de Diabetes, el Estado en tu Barrio, etc.
- Priorizar a las personas con TB-MR y TB-DR, TBC en niños, niñas y

adolescentes y otras poblaciones vulnerables.

- Incorporación de compras de medicamentos por OPS.
- Acompañar el fortalecimiento de laboratorios, bioseguridad, recursos humanos, insumos en conjunto y en coordinación con la ANLIS.
- Optimización del sistema de información existente.

www.sin-paco.org/index.php/proyectos/casa-masantonio/

ANÁLISIS DE ACTORES Y ESCENARIOS FODA

Esta técnica se orienta principalmente al análisis y resolución de problemas.

Se lleva a cabo para identificar y analizar las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) de la organización. La siguiente descripción se construyó por todos los participantes de la reunión confederal de TBC aunque no refleja la situación de la totalidad de las jurisdicciones.

El objetivo de las mismas es:

Fortalezas: *para usarlas.*

Oportunidades: *para aprovecharlas.*

Debilidades: *para superarlas.*

Amenazas: *para enfrentarlas.*

Institucionales

1. El soporte de contar con el INER y el INEI
2. El personal asociado a trabajo en TBC de área de gestión o de atención.
3. Equipos interdisciplinarios -bioquímico, médicos, enfermeros, agentes sanitarios- con compromiso.
4. Coordinación estrecha entre gestión de programa y atención y red de laboratorio.
5. Integración y trabajos conjuntos entre algunas provincias a nivel regional. Ej.: Salta y Jujuy.
6. Existencia de trabajo en equipo con otros programas pero de forma no orgánica.
7. Presencia continua de programas provinciales y referentes de laboratorio.
 8. Experiencias de articulación y comunicación por redes entre provincias y municipios. Ej.: medicación.
 9. Presencia del Comité Asesor.
10. Experiencia de algunos trabajos colaborativos entre profesionales de los sectores público y privado con buena comunicación que disminuyen la pérdida de casos en hospital pediátrico de referencia, (red de pediatría y TBC).
 11. Red Provincial de Trabajadores Sociales.
 12. Capacitación interdisciplinaria.
 13. Capacidad de respuesta ante crisis.
 14. PPT abierto a las necesidades.
 15. Sociedad civil organizada.
16. Ejemplos de articulación con los ministerios de Desarrollo Social (subsidios y tarjetas alimentarias) y Educación de la Nación.
 17. Que el PNCTB forme parte de la DSETSHyT.

Vigilancia Epidemiológica

18. Existencia de una base de datos histórica.
19. Provincias con cantidad y calidad en la denuncia.
20. Mejora en la comunicación de notificaciones a través de páginas web provinciales y redes sociales.

Diagnóstico

21. Red de laboratorios instalada con insumos.
22. Logística de derivación de muestras (en algunas provincias).
 23. Dx en cárceles.
 24. Control de calidad de PSD.
25. Retorno de insumos para laboratorio por parte del sector privado.

Tratamiento

26. Programas manejan la medicación.
27. Programa de producción pública de medicamentos.
 28. Buena cobertura de vacunación.
 29. Tratamientos y quimioprofilaxis supervisados.
30. Casos de recupero de tratamientos de las personas que se atienden en el sector privado.



1. Financiamiento por FESP ("OPORTUNAZA"⁶).
2. Espacios de difusión para información e instalación de la TBC.
3. Fortalecimiento y consolidación del PNCTB.
4. Continuidad de ministros y funcionarios políticos⁷.
5. Posibilidad de coordinación y trabajo conjunto con otros programas (VIH) para la integración y el trabajo conjunto con la sociedad civil y con otros organismos del Estado que desarrollan acciones que pueden beneficiar la detección y tratamiento de la TBC.
6. Participar en capacitaciones y jornadas nacionales con una visión integral.
7. Foro Parlamentario Mundial.
8. Ser parte de la DSETSHyT.

9. Cruce de información con la Dirección de Estadística, VIH, SISA.
10. Articulación con áreas de enfermedades crónicas no transmisibles. Ej. Diabetes.
11. Experiencia de un hospital pediátrico de referencia -red de pediatría y TBC-.
12. Convenio marco con el Programa de Salud en Contexto de Encierro para el abordaje de la TBC en PPL.
13. Consenso nacional sobre tratamiento preventivo (revisión de las normas técnicas)
14. Articulación con Educación, Seguridad y Justicia.
15. Experiencias de subsidios a personas con TBC.
16. Aprovechamiento de espacios de reflexión conjunta. Ej.: Reunión Confederal de TBC.
17. El trabajo existente de vigilancia epidemiológica como herramienta e insumo para la toma de decisiones.
18. Nuevas tecnologías de Dx.
19. Creación de mesas intersectoriales.

⁶ Acrónimo que conjuga una oportunidad y una amenaza según el contexto externo y aplicable en diversos casos que se tratan en este documento.
⁷ Ídem OPORTUNAZA, siendo más común la amenaza que la oportunidad.



AMENAZAS

1. Cambios constantes en el ámbito político.
2. Falta de visibilidad y difusión de la TBC en los decisores políticos.
3. Dificultades por la aparición de VIH por confidencialidad para compartir información.
4. Diferencia en las estrategias de manejo para pacientes con VIH y TBC. Miedos y mitos instalados sobre la TBC por los medios de comunicación.
5. Falta de campañas de promoción a nivel nacional.
6. Riesgo de discontinuidad -en tiempo y forma- en la provisión de medicamentos.
7. Recupero de tratamientos de las personas que se atienden en el sector privado.
8. Falta de notificación del sector privado de salud y la realización de tratamientos no normatizados.
9. Falta de reglas en los distintos niveles de toma de decisiones.
10. Violencia social en determinados contextos de acción sanitaria. TB-MR.

Institucionales

1. Escasas provincias con presupuesto propio.
2. Centralización de la atención y registro.
3. Falta de compromiso a nivel del personal de atención.
4. Falta de capacitación de agentes sanitarios.
5. Falta de acceso a la información de VIH.
6. Barreras de acceso (geográfico, social y económico).
7. No existen formalmente normas y roles claros de funcionamiento, responsabilidades e incumbencias entre los PPT y PNCTB.
8. Falta de materiales de difusión.
9. Falta de subsidios económicos para las personas con TBC.
10. Falta de fortalecimiento y compromiso político e institucional.
11. Falta de reuniones regionales.
12. Falta de capacitación a equipos en gestión.
13. Falta de articulación entre CABA y algunos municipios.
14. Ausencia de la TBC en la agenda política y comunicacional.
15. Mirada biologicista de la enfermedad.
16. Falta de articulación y abogacía público/privada.
17. Falta de articulación entre los sistemas de salud y penitenciarias.
18. Desconocimiento de la información y falta de formación de los equipos de salud.
19. Mala conectividad en algunas provincias.
20. Falta de agentes sanitarios.
21. Escasa supervisión a nivel local.
22. Falta de ley de subsidio en las provincias (excepto Buenos Aires y Córdoba).

Vigilancia Epidemiológica

23. Demora en la obtención de la información por falta de compatibilización de base de datos provinciales y nacionales.
24. Falta de seguimiento de casos y control de contactos (falta de registro, visitas).
25. Falta de carga en SIVILA.
26. No existe sistema para registro de contacto.

Diagnóstico

27. Aplicación de metodología diagnóstica molecular (GeneXpert) solo en 8 centros del país (5 en CABA, 1 en Santiago del Estero y 2 en el INER).
28. Escaso uso de pruebas de sensibilidad rápida y universal (sólo en CABA).
29. Desconexión entre programas y red de laboratorios.
30. Falta de RRHH en laboratorios, BK, operadores de PPD e informáticos.
31. Falta de equipamiento e infraestructura de laboratorios. Ej.: bioseguridad.
32. Baja detección de SR y trabajo de TBC en niños.
33. Falta de referente de laboratorio en las regiones sanitarias.
34. Falta de acceso a pruebas de sensibilidad.
35. Escaso screening a grupos de riesgo y vulnerables.

Tratamiento

36. Falta de información sobre evaluación de tratamiento.
37. Falta de tratamientos pediátricos.
38. Falta de actualización de Normas Técnicas.



DEBILIDADES

11. Falta de control y seguimiento de trabajadores migrantes-golondrinas.
12. El elevado costo de los cartuchos para Genexpert si son comprados en forma individual.
13. Falta de enfoque del entorno social por parte de los equipos de atención (vulnerabilidad y complejidad social).
14. Falta de articulación público/privada.
15. Falta de mirada programática.
16. Cobertura Universal de Salud.
17. Falta de compromiso de los equipos y las personas.
18. Perspectiva biologicista.
19. Falta de formación en TBC durante la carrera de grado.
20. Ausencia de compromiso político.
21. Situación socioeconómica de extrema pobreza y vulnerabilidad en algunos sectores sociales.
22. Movimientos "antivacunas".

CONCLUSIONES GENERALES

Sobre el proceso realizado

La preparación del encuentro de síntesis contó con distintas instancias de participación y comunicación previas (conversaciones, videoconferencia, encuesta sobre problemas, visita de monitoreo OPS) las cuales permiti-

- ➔ **Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC - PNCTB**
- ➔ **Red de Laboratorios (Instituto Malbrán)**
- ➔ **Vigilancia epidemiológica (Instituto Coni - Santa Fé)**
- ➔ **Programas provinciales de TB ONG - OSC**
- ➔ **Comité Asesor Interdisciplinario técnico-científico**
- ➔ **Organismo Internacional de Cooperación (OPS)**

El encuadre del trabajo, en las diferentes instancias, se planteó abierto a la participación y abierta a la discusión de TODOS los temas de interés sobre la TB en los distintos contextos.

Se puede observar, en el importante trabajo producido, la complejidad que implica un PEN puesto que involucra distintos contextos e intereses en función de las realidades geográficas y políticas existentes.

Se explicitó la ausencia en los últimos años del planteo de una política u orientación general que coordine y aglutine los distintos trabajos que se realizan en todo el país.

Es interesante notar los diferentes desarrollos provinciales, los cuales más allá del contexto y carencias, siguen luchando con herramientas propias, para mantener los programas en funcionamiento.

Existe un pedido concreto de los participantes so-

tieron contar con un primer insumo sobre un análisis de situación de la TBC en la Argentina.

La convocatoria realizada fue abierta y participativa a la discusión de políticas sobre la TBC involucrando a los principales actores - instituciones de la respuesta:

bre la planificación y coordinación de políticas, con participación real en la discusión y toma de decisiones de las mismas.

Así también se solicita previsibilidad en la distribución de insumos necesarios para el funcionamiento adecuado de los programas (Dx, tratamiento y prevención).

En el marco operativo se plantea la articulación de trabajos con las diferentes instituciones involucradas en diagnóstico (Malbrán - Coni), Vigilancia Epidemiológica (Coni) y tratamiento (Consejo Asesor).

Existe una clara e imperiosa necesidad de colocar en la agenda del estado el tema de la TB arbitrando todos los medios de abogacía con otros actores e instituciones políticas claves en la respuesta para lograr una mayor visibilidad y financiamientos alternativos.

La participación de la sociedad civil es relativa, con lo cual se debe realizar una búsqueda e invitación a trabajar

en conjunto en actividades de interés mutuo entre PP y OSC. Un ejemplo interesante de actuación y a replicar (en función de los diferentes contextos particulares) está reflejado en este documento en la Casa Masantonio.

Se observa un acuerdo generalizado desde lo teórico y práctico que la TB no es solamente una enfermedad de salud pública, sino que también involucra un fuerte componente social donde el trabajo permanente en estigma y discriminación debe ser abordado como parte importante de las políticas.

Está en el PNCTB recoger todo lo producido y realizar una “oferta” de trabajo conjunto, con contenidos mínimos necesarios para desencadenar un proceso de construcción hacia el “Fin de la TB” en la Argentina.

El Programa se compromete en la función de “soporte institucional”⁸ (Campos G. 2005) para el acompañamiento del proceso.

⁸ Soporte institucional (Paideia): Se trata de una metodología constructiva para ampliar la capacidad de análisis y de intervención de equipos y gerentes de salud en situaciones complejas, y en la elaboración de planes, proyectos de intervención sobre procesos salud-enfermedad individuales o colectivos, y evaluación de acciones de salud. Esta metodología considera los efectos interactivos de los recursos de poder y de conocimiento, como así también los efectos de los afectos sobre el trabajo y la gestión en salud.



LA PROPUESTA EN ACCIÓN EN EL MARCO DE LOS 3 PILARES DEL "FIN DE LA TB"

En una instancia de taller participativo por grupos se definen aquellas acciones concretas a realizar partiendo de una lógica ordenadora que se fundamenta en los pilares, componentes y estrategias propuestas por la OMS "Fin de la TBC" según:

Pilares

1 Garantizar la atención y prevención integral de la TB centrada en el usuario

- A** Diagnóstico oportuno de TB con acceso universal a las TODAS las pruebas y la detección sistemática de contactos y grupos vulnerables
- B** Accesibilidad y eficacia al tratamiento de personas con TB y TB-MR, con soporte centrado en el paciente
- C** Actividades colaborativas para el abordaje entre TB/VIH y comorbilidades.
- D** Tratamiento preventivo de las personas con alto riesgo y vacunación contra la TB.

2 Políticas audaces y sistemas de apoyo para la implementación de políticas

- A** Compromiso político y económico en los distintos ámbitos para sustentar la respuesta en el tiempo con recursos adecuados.
- B** Participación activa de las comunidades, las organizaciones de la sociedad civil y proveedores de salud (público y privado).
- C** Política de cobertura universal, marcos normativos (notificación, registros, calidad de medicamentos, control de infecciones).
- D** Protección social, alivio a la pobreza y actuación sobre otros determinantes de la TB.

3 Propiciar la investigación e innovación como soporte a la respuesta

- A** Investigación, desarrollo e incorporación de herramientas para optimizar intervenciones y estrategias.
- B** Investigación para optimizar la aplicación y el impacto de las acciones.

PILAR 1

GARANTIZAR LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN INTEGRAL DE LA TB CENTRADA EN EL USUARIO

DESCRIPCIÓN DE ACCIONES PROPUESTAS

COMPONENTE A Diagnóstico oportuno de TB con acceso universal a las TODAS las pruebas y la detección sistemática de contactos y grupos vulnerables.

ESTRATEGIA Analizar la cobertura de personas y prioridades en relación al Dx de TBC.

→ ACCIONES

- Desarrollar el cálculo de sintomáticos respiratorios y de grupos vulnerables a cubrir de acuerdo a la población de cada provincia en forma anual (georreferenciamiento por unidad geográfica de cobertura).
- Unificación de la ecuación para la estimación de búsqueda de SR (por población o por consultas en servicio o área programática).
- Identificar los grupos vulnerables y la cantidad de personas que deberían ser evaluadas para TBC.
- Descentralizar la vigilancia epidemiológica a los diferentes niveles para la elaboración de las estrategias locales a partir de la estimación y cálculo de SR dentro de la población de cada área programática según las regiones.
- Informe de evaluación de cobertura de diagnóstico por región y provincias para estimar el porcentaje de cobertura posible.
- Georeferencia de casos del 2017 en cada provincia para evaluar accesibilidad y diagnóstico tardío.
- Desarrollar herramientas para la búsqueda de casos en poblaciones vulnerables (PPL, pueblos originarios, niños y adolescentes, migrantes).
- Vigilancia epidemiológica de todos los casos priorizando los grupos vulnerables.
- Detectar zonas donde la realización de la baciloscopía es baja o nula.
- Capacitar y sensibilizar a los equipos de salud en prevención y control de la TBC.
- Establecer referente de TBC por efector.
- Relevamiento de servicios "activos" en búsqueda de SR y diagnóstico de TBC.
- Incluir y desarrollar TBC en paneles de Análisis de Situación en Salud (ASIS) provinciales.
- Informes periódicos de avance de programa a los efectores.

PILAR 1

GARANTIZAR LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN INTEGRAL DE LA TB CENTRADA EN EL USUARIO

COMPONENTE A Diagnóstico oportuno de TB con acceso universal a las TODAS las pruebas y la detección sistemática de contactos y grupos vulnerables.

ESTRATEGIA Fortalecer la Red de Laboratorios.

→ ACCIONES

- Contar con un estado de situación de las redes de laboratorios de TBC por provincia (estructura, laboratorios y funcionamiento).
- Optimizar el funcionamiento de la red de laboratorios para realizar las técnicas de Dx indicadas.
- Desarrollar un plan de actualización, capacitación, supervisión y control de calidad de los laboratorios de la red con al menos una jornada de actualización a nivel provincial y nacional.
- Organizar, optimizar, equipar y garantizar el funcionamiento de los laboratorios para la realización de las técnicas necesarias (infraestructura, personal, insumos y bioseguridad).
- Inclusión de la totalidad de los laboratorios de Dx de TBC en el control de calidad.
- Control centralizado anual del 100% de las cabinas de seguridad biológicas.
- Posibilidad de contar con Dx de TBC por BK y cultivo con PSA universal.
- Planificar la cobertura estratégica con Dx molecular por región.
- Monitorear desde el nivel central la capacitación escalonada de los integrantes de la red (replicación de conocimiento adquirido).
- Coordinar el organigrama de diagnóstico teniendo en cuenta la infraestructura de los servicios para la referencia-contrarreferencia.
- Mejorar la logística y bioseguridad para la derivación de la muestra.
- Mapear la oferta de Dx por complejidad para mejorar la accesibilidad.
- Reuniones de consenso para diseñar algoritmos de Dx adecuados.
- Fortalecer los sistemas de información.
- Contar con un "mapa de oferta" de Dx actualizado.
- Contar con algoritmo consensuado.
- Incorporación/refuncionalización /reorganización del RRHH.
- Fortalecer equipamiento de laboratorios de referencia de acuerdo a normas OMS. (Sensibilidad a R).
- Realizar por regiones reuniones periódicas de capacitación-actualización por videoconferencia.
- Disponer en cada provincia de al menos un laboratorio equipado para realizar diagnóstico de buena calidad por baciloscopía, cultivo y PSA y que además pueda resolver las muestras derivadas de la red de laboratorios de su provincia.

PILAR 1

GARANTIZAR LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN INTEGRAL DE LA TB CENTRADA EN EL USUARIO

COMPONENTE A Diagnóstico oportuno de TB con acceso universal a las TODAS las pruebas y la detección sistemática de contactos y grupos vulnerables.

ESTRATEGIA Generar información a la población sobre accesibilidad a las pruebas.

→ ACCIONES

- Involucrar otros actores sociales y del sistema de salud para garantizar el acceso y mejorar el nivel de alarma.
- Realizar actividades de promoción de diagnóstico de TBC.
- Realizar coordinaciones para trabajo conjunto entre organizaciones de sociedad civil y el programa de TBC .
- Realizar campaña de difusión y sensibilización permanente de la problemática de TBC en población general y/o grupos vulnerables, promoviendo e informando los lugares de búsqueda de apoyo y atención.
- Difusión de la problemática de la TBC en la población general.
- Capacitación de los equipos de salud.
- Elaboración de un plan de información explicativa.
- Educación y promoción de la salud para la comunidad.
- Articulación con Educación, medios de comunicación etc.
- Articular con Programas Fuertes la Búsqueda de SR (MI, SSR, VIH, Crónicas no T y terapéuticas con biológicos).
- Articular otros actores de otros ministerios y sociedades.
- Introducir la TBC en los medios de comunicación, redes sociales.
- Capacitar a los equipos de salud en la detección, diagnóstico y tratamiento de la TBC.

PILAR 1

GARANTIZAR LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN INTEGRAL DE LA TB CENTRADA EN EL USUARIO

COMPONENTE A Diagnóstico oportuno de TB con acceso universal a las TODAS las pruebas y la detección sistemática de contactos y grupos vulnerables.

ESTRATEGIA Promover la búsqueda de contactos.

→ ACCIONES

- Estudio sobre cobertura y calidad de búsqueda de contactos.
- Capacitación en búsqueda y estudio y seguimiento de contactos.
- Fortalecer la capacidad operativa (financiamiento y otros recursos) para realización de búsquedas de contactos.
- Inclusión de registro de examen contactos y quimioprofilaxis en el Registro nacional de TBC.
- Registro de control de contactos, articulando el trabajo con áreas que dispongan de subsidios, en relación con la carga en SISA.
- Capacitación a personal de salud y referentes claves de poblaciones vulnerables.
- Normatizar metodología de los estudios de contactos.
- Trabajar en forma interdisciplinaria articulando entre servicios.
- Realizar acuerdos de trabajo con diferentes actores estratégicos: ministerios, familia, justicia.
- Promover la realización de mesas intersectoriales locales.
- Monitoreo de seguimiento de contactos.
- Unificar criterio y elaborar norma sobre quimioprofilaxis.
- Incrementar la frecuencia en la supervisión de servicios.
- Incentivar al personal de salud en la búsqueda y control de contactos.
- Optimizar el registro de los controles articulando con áreas con capacidad para otorgar incentivos o ayuda económica a las personas con TBC.

PILAR 1

GARANTIZAR LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN INTEGRAL DE LA TB CENTRADA EN EL USUARIO

COMPONENTE A Diagnóstico oportuno de TB con acceso universal a las TODAS las pruebas y la detección sistemática de contactos y grupos vulnerables.

ESTRATEGIA Promover el diagnóstico conjunto con otras disciplinas: VIH, diabetes, trabajadores, personas en contexto de encierro (PCE), Salud Indígena, Maternidad e Infancia, Salud integral del adolescente.

→ ACCIONES

- Realizar una búsqueda estratégica de actores y programas afines intensificando los acuerdos ya existentes.
- Ofertas de trabajos colaborativos y consensuados con actores, instituciones. Ej. cruzar información de denuncias.
- Coordinar con los programas y áreas de los ministerios acciones específicas para garantizar el Dx de TBC.
- Promover el registro y evaluación de estudios de TBC conjunto con otros programas (por ej. patologías infecciosas y no infecciosas).
- Capacitar y sensibilizar a personal de salud para el diagnóstico.
- Revisión de recomendaciones de abordaje conjunto.
- Cruzar información de denuncia con estos programas.
- Realizar control clínico y de laboratorio regularmente el personal de salud.
- Trabajar en planes de educación continua en bioseguridad en los equipos de salud y monitoreo de las normas de cumplimiento.
- Articular con el área ministerial correspondiente (nacionales y provinciales, así como privadas) para la obligatoriedad de la capacitación y realización de taller TAES/TDO dentro del Programas de formación de las residencias médicas y de otras ramas de la salud (Enfermería, bioquímicos, etc.).

PILAR 1

GARANTIZAR LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN INTEGRAL DE LA TB CENTRADA EN EL USUARIO

COMPONENTE B Accesibilidad y eficacia al tratamiento de personas con TB y TB-MR, con soporte centrado en el paciente.

ESTRATEGIA Asegurar la provisión de medicamentos.

→ ACCIONES

- Contar con información actualizada sobre el stock a nivel nacional, jurisdiccional y 3er. nivel de atención.
- Comprometer la provisión continua y programada de medicamentos para el tratamiento de TBC de primera y segunda línea por parte de la nación.
- Prever entregas sistemáticas de insumos extras: PPD, frascos para la recolección de muestras, cajas de transporte de muestras y aislamientos.
- Apoyo y fortalecimiento a la producción local y pública de medicamentos. Producción de cuádruple.
- Prever compras alternativas de insumos en los programas provinciales.
- Coordinar y fortalecer el sistema de gestión de medicamentos en los estamentos correspondientes (recepción, distribución y entrega efectiva al usuario).
- Mejorar la vigilancia epidemiológica aplicada a la gestión de insumos optimizando el reporte de los consumos (Empíricos + confirmados), estimación de casos, etc.
- Realizar monitoreo de reportes trimestrales.
- Acuerdos con laboratorios regionales o universidades para la producción de medicamentos.

PILAR 1

GARANTIZAR LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN INTEGRAL DE LA TB CENTRADA EN EL USUARIO

COMPONENTE B Accesibilidad y eficacia al tratamiento de personas con TB y TB-MR, con soporte centrado en el paciente.

ESTRATEGIA Coordinar y optimizar el Dx precoz con el tratamiento oportuno.

→ ACCIONES

- Construir procedimientos consensuados para optimizar la referencia y contrarreferencia de los lugares de consulta, atención, laboratorio para diagnóstico y seguimiento, con mayor énfasis en cultivo.
- Cruzar notificaciones de SIVILA con SNVS. (Esto quedaría sin efectos al implementarse SNVS2.0 en SISA, que integra los 2 componentes: SIVILA y C2).
- Fortalecer conectividad, sistemas de información y personal capacitado para la carga.
- Implementación de métodos rápidos para diagnóstico.
- Descentralización de la atención de los casos.
- Fortalecer los equipos de TAES/TDO en APS y la supervisión y monitoreo en terreno sistemáticos.
- Implementación del TAES virtual (Aula virtual de Malbran- OPS).
- Capacitar a los equipos de salud en el diagnóstico y tratamiento de la TBC.
- Optimizar la comunicación entre el laboratorio y el servicio de salud, utilizando métodos electrónicos (mail) o telefónico (whats app) para asegurar la llegada de la información generada en el laboratorio.
- Cruce de información entre el Laboratorio y el Programa de Control de TBC.

PILAR 1

GARANTIZAR LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN INTEGRAL DE LA TB CENTRADA EN EL USUARIO

COMPONENTE B Accesibilidad y eficacia al tratamiento de personas con TB y TB-MR, con soporte centrado en el paciente.

ESTRATEGIA Promover la atención centrada en el paciente para mejorar la adherencia al tratamiento (DOTS, mixto o Auto Administrado).

→ ACCIONES

- Fortalecer la capacidad de los servicios para la atención de los casos con enfoque en DOTS (capacitación, supervisión). Involucramiento de referentes alternativos para apoyo en el tratamiento.
- Desarrollar procedimientos de apoyo, seguimiento y toma de conciencia del paciente y su entorno, sobre la importancia de toma completa y continua de tratamiento.
- Fortalecer los mecanismos de estímulo y apoyo al paciente para el cumplimiento del tratamiento (subsídios, bolsines, etc.).
- Detectar problemas de adherencia y abordarlo en forma conjunta con los equipos de salud, sumando a salud mental y referentes territoriales.
- Generar descentralización de atención en Centros amigables, con ampliación de horarios de atención, entrega de viandas.
- Articulación intersectorial.
- Arbitrar los medios políticos y presupuestarios para obtención de subsidios y boleto sanitario.
- Fortalecer trabajo territorial y estrategia DOT.
- Trabajar con las diferentes organizaciones sociales.
- Fortalecer la participación de los promotores de salud.
- Sensibilización y Educación de casos y familia.
- Capacitación y sensibilización intersectorial einterdisciplinario.
- Intensificar TDO en cárceles.

PILAR 1

GARANTIZAR LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN INTEGRAL DE LA TB CENTRADA EN EL USUARIO

COMPONENTE B Accesibilidad y eficacia al tratamiento de personas con TB y TB-MR, con soporte centrado en el paciente.

ESTRATEGIA Fortalecer el control de la TBC infantil.

→ ACCIONES

- Realizar capacitaciones sistemáticas del equipo de salud en Dx precoz, estudio de contactos y tratamiento de TBC infantil, priorizando pediatras de primer nivel.
- Involucrar con educación acciones de difusión de la problemática, prevención y sospecha de TBC infantil.
- Involucrar los pediatras y la SAP en el control de la TBC infantil.
- Trabajar en la interrelación entre maternidad e infancia, servicios de pediatría y adolescencia en la denuncia seguimiento y notificación de casos.
- Optimizar el control de contactos.
- Incorporar a las normas el estudio de contactos en las escuelas.
- Controlar los estudios de los contactos.
- Fortalecer control de foco.
- Análisis de causa raíz de las muertes por TBC.
- Control de la mujer embarazada.
- Articulación con programa materno infantil e inmunizaciones.
- Sensibilizar a los equipos de las escuelas articulando con Ministerio de Educación y el Programa Nacional de Salud Escolar (PROSANE).
- Incorporar a las Normas la formación de equipos de trabajo en escuelas.
- Trabajar con las diferentes organizaciones sociales.
- Intensificar la búsqueda de SR en adultos, mejorando también el registro de los casos.
- Difundir la estrategia “a cero muertes” en TBC infantil y adolescentes, en convenio con SAP-CONI-PNCTB.
- Implementar Salas de Situación jurisdiccionales sobre TBC en niños niñas y adolescentes.

PILAR 1

GARANTIZAR LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN INTEGRAL DE LA TB CENTRADA EN EL USUARIO

COMPONENTE C Actividades colaborativas para el abordaje entre TB/VIH y comorbilidades.

ESTRATEGIA Establecer y fortalecer los mecanismos para la prestación de servicios integrados de TBC y VIH.

→ ACCIONES

- Planificar y coordina acciones y dispositivos conjuntos entre los programas de TBC y VIH principalmente en Dx, tratamiento y prevención.
- Ampliar y fortalecer la integración de trabajos con otros actores como APS, ONGs, redes locales, etc.
- Notificación conjunta.
- Planificación conjunta.
- Organización y fortalecimiento de circuitos de referencia y contrarreferencia entre niveles de atención.
- Realizar la difusión (gráfica, audiovisual, campañas de detección, etc) conjunta de las patologías.
- Sensibilización y capacitación de los equipos de salud en el abordaje conjunto de los 2 Eventos: TB-VIH.

PILAR 1

GARANTIZAR LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN INTEGRAL DE LA TB CENTRADA EN EL USUARIO

COMPONENTE C Actividades colaborativas para el abordaje entre TB/VIH y comorbilidades.

ESTRATEGIA Coordinar dispositivos de Dx compartidos TBC y VIH.

→ ACCIONES

- Promover la oferta del test de VIH en todos los pacientes de TBC y de TBC en todo paciente con VIH.
- Incluir en la ficha de notificación, cuando no esté actualizada el relevamiento de la condición VIH.
- Coordinar con el programa de VIH la posibilidad de incorporar en la ficha de notificación el screening de TBC (uso de formulario compartido para TBC/VIH).
- Difusión con cartelería en conjunto de ambas patologías.
- Capacitar a personal de salud para el diagnóstico conjunto.
- Incentivar, fortalecer y/o implementar programas municipales para desarrollo de actividades de colaboración TB-VIH.
- Realizar actividades de testeo y búsqueda de SR.
- Unificar la utilización de formulario único de pedido de pruebas.
- Capacitar a los equipos de salud en la solicitud simultánea de pruebas para VIH y TBC.
- Articular con las áreas Ministeriales correspondientes (Nacionales y provinciales, así como sector privado) para la obligatoriedad de la capacitación de Residentes en actividades colaborativas de TB-VIH dentro del Programas de formación de las Residencias Médicas. (TS)

PILAR 1

GARANTIZAR LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN INTEGRAL DE LA TB CENTRADA EN EL USUARIO

COMPONENTE C Actividades colaborativas para el abordaje entre TB/VIH y comorbilidades.

ESTRATEGIA Coordinar los tratamientos entre ambas patologías TBC y VIH.

→ ACCIONES

- Coordinar en el nivel de la atención la necesidad de la adherencia a los tratamientos para ambas patologías (Por ej. el responsable del tratamiento de TBC reforzando el tratamiento de VIH y viceversa).
- Sensibilización y explicación a la persona con TBC sobre las diferencias en el tratamiento y su importancia de adherencia.
- Elaborar procedimientos comunes para mejorar la adherencia al tratamiento por los programas de VIH y TBC.
- Promover la descentralización de los tratamientos hacia el primer nivel de atención a través de dispositivos consensuados de trabajo conjunto.
- Capacitar a personal de salud para el tratamiento conjunto de ambas patologías.
- Promover la atención integral de los casos de co-infección.

ESTRATEGIA Establecer contactos de gestión común con otras comorbilidades, (desnutrición, diabetes, alcoholismo, EPOC, etc.).

→ ACCIONES

- Gestionar que en los mecanismos de pago de prestaciones nacionales se coordine mejorar el incentivo cuando se realizan acciones conjuntas (por ejemplo diabetes y TB o EPOC y TB).
- Solicitar a nivel nacional el fomento de coordinación entre programas de control de enfermedades tanto en el Ministerio de Salud de la Nación como las provincias.
- Analizar a nivel de los ministerios provinciales la posibilidad de realizar reuniones de coordinación, mesas intersectoriales y planes conjuntos.
- Establecer y coordinar líneas de trabajo con otros programas, tales como enfermedades crónicas no transmisibles y adicciones.
- Realización de planificación conjunta con los referentes correspondientes.
- Establecer relación con los programas de enfermedades no transmisibles.

PILAR 1

GARANTIZAR LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN INTEGRAL DE LA TB CENTRADA EN EL USUARIO

COMPONENTE D Tratamiento preventivo de las personas con alto riesgo y vacunación contra la TB

ESTRATEGIA Identificar poblaciones de mayor riesgo.

→ ACCIONES

- Desarrollar los mecanismos de registro de población de contactos y su manejo (incluyendo quimioprofilaxis) en el Registro Nacional de TBC.
- Articular líneas de trabajo con reumatología, onco-hemato, DBT, trasplantados y embarazadas a partir de reuniones con referentes claves e intereses comunes.
- Elaborar planes de acción conjunta con sociedades y programas que asisten a grupos de riesgo.
- Actualización de normas de atención conjunta.
- Promover la aplicación de la vacunación con BCG en maternidades.
- Trabajo interprogramático.
- Promover en los diferentes programas de salud, la búsqueda activa de SR y estudio de contactos en poblaciones específicas.
- Georreferenciar las poblaciones de mayor riesgo (vulnerables) para focalizar intervención.
- Relevar base de datos existentes para cruzar información por ej. oncohematología, reumatología, diabetes, trasplantados, embarazadas.

PILAR 2

POLÍTICAS AUDACES Y SISTEMAS DE APOYO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS

COMPONENTE A Compromiso político y económico en los distintos ámbitos para sustentar la respuesta en el tiempo con recursos adecuados.

ESTRATEGIA Reforzar la rectoría del gobierno municipal, provincial y nacional.

→ ACCIONES

- Incluir la problemática de TB y su importancia en las distintas instancias de coordinación y rectoría nacional (COFESA), provincial y municipal.
- Elaborar y brindar un tablero de control para TB para los diferentes niveles de toma de decisión.
- Constituir el Frente Parlamentario, a nivel nacional, provincial y municipal.
- Identificar y sensibilizar a los actores claves políticos para asegurar asignación presupuestaria a la TB.
- Acta de compromiso entre nivel nacional, provincial, municipal y organismos internacionales.
- Abogacía y reuniones entre autoridades.
- Monitoreo de viabilidad.
- Visibilizar la situación epidemiológica de TB en la agenda política a partir de la publicación de boletines y/o informes epidemiológicos.
- Constituir equipos de trabajo y gestión que participen en el plan estratégico parlamentario.

ESTRATEGIA Elaborar Planes Estratégicos o Planes Operativos Anuales (POAs) provinciales y/o regionales en el marco del PEN.

→ ACCIONES

- Realizar reuniones regionales de análisis, discusión y consenso de acciones de control y sus logros.
- Adecuar una vez concretado el PEN a cada provincia, región o jurisdicción.
- Realizar reuniones de elaboración de Planes estratégicos o POAs provinciales y/o regionales en el marco del PEN.
- Establecer los lineamientos de la comisión de salud a nivel municipal, provincial y nacional.

PILAR 2

POLÍTICAS AUDACES Y SISTEMAS DE APOYO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS

COMPONENTE A Compromiso político y económico en los distintos ámbitos para sustentar la respuesta en el tiempo con recursos adecuados.

ESTRATEGIA Movilizar recursos para la prevención y atención de la TB.

➔ **ACCIONES**

- Abogar por la obtención de recursos que puedan solventar los costos de la implementación del PEN. (por ej. retenciones o impuestos al juego-tabaco-alcohol).
- Elaborar informes periódicos notificando a la autoridad competente el estado de situación.
- Promover alianzas con actores del poder legislativo.
- Incorporar la atención de la TB a la coparticipación.
- Propuesta de ley nacional de subsidio para pacientes con TB.
- Reinstalar en el organigrama de los Ministerios la lógica de presupuesto por programa.
- Convenios con Universidad para comunicación, carreras de enfermería, investigación, etc.
- Búsqueda de financiamientos internacionales para proyectos de intervención.

COMPONENTE B Participación activa de las comunidades, las organizaciones de la sociedad civil y proveedores de salud (público y privado).

ESTRATEGIA Promover la participación activa de las comunidades y OSC.

➔ **ACCIONES**

- Búsqueda e identificación de referentes claves en cada contexto para generar alianzas estratégicas con distintos actores y prestadores.
- Sensibilización y comunicación para la movilización comunitaria.
- Sumarse a actividades existentes por ej. 1 actividad conjunta anual entre VIH -TB.
- Identificar las características particulares de cada paciente para sumar a áreas específicas como ONG, referentes de comunidad aborigen, áreas de protección de los derechos de la mujer, etc. para su asistencia integral.

PILAR 2

POLÍTICAS AUDACES Y SISTEMAS DE APOYO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS

COMPONENTE B Participación activa de las comunidades, las organizaciones de la sociedad civil y proveedores de salud (público y privado).

ESTRATEGIA Propiciar la participación de prestadores de atención públicos y privados.

➔ **ACCIONES**

- Poner en conocimiento de todas las instituciones privadas de la existencia de un programa de TB, donde deben referir a todo paciente con diagnóstico de TB para instaurar el tratamiento.
- Realizar reuniones con los prestadores de atención público y privados con el fin de acordar y establecer alianzas de trabajo conjuntas.
- Promover la capacitación para la notificación y difusión de normas con los actores involucrados.
- Analizar existencia de atención en consultorios, capacitación, etc sobre TB en otros ámbitos privados.
- Asegurar que los efectores privados, refieran los casos a los Programas para el seguimiento de la evolución del tratamiento que puede ser realizado tanto en el efector público como privado.
- Articular con las Instituciones representativas de profesionales de la salud (Colegios o círculos médicos, bioquímicos, etc. a fin de comunicar, promover, compartir lineamientos y PEN del PNCTB.

PILAR 2

POLÍTICAS AUDACES Y SISTEMAS DE APOYO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS

COMPONENTE C Política de cobertura universal, marcos normativos (notificación, registros, calidad de medicamentos, control de infecciones).

ESTRATEGIA Avanzar hacia la cobertura universal de salud.

➔ **ACCIONES**

- Poner en conocimiento de todas las instituciones privadas de la existencia de un programa de TB, donde deben referir a todo paciente con diagnóstico de TB para instaurar el tratamiento.
- Realizar reuniones con los prestadores de atención público y privados con el fin de acordar y establecer alianzas de trabajo conjuntas.
- Promover la capacitación para la notificación y difusión de normas con los actores involucrados.
- Analizar existencia de atención en consultorios, capacitación, etc sobre TB en otros ámbitos privados.
- Asegurar que los efectores privados, refieran los casos a los Programas para el seguimiento de la evolución del tratamiento que puede ser realizado tanto en el efector público como privado.
- Articular con las Instituciones representativas de profesionales de la salud (colegios o círculos médicos, bioquímicos, etc.) a fin de comunicar, promover, compartir lineamientos y PEN del PNCTB.

ESTRATEGIA Reglamentar la producción, la calidad y el uso de medios de Dx y medicamentos para la TB.

➔ **ACCIONES**

- Generar convenios con las empresas proveedoras de insumos para que los costos de los mismos se adecuen a las posibilidades de los usuarios.
- Capacitar a los equipos de salud, públicos y privados, en el uso racional de los mismos.
- Promover políticas de fortalecimiento para la producción pública de calidad y a precio competitivo.
- Realizar convenios con las empresas proveedoras de insumos, para que los costos del diagnóstico y tratamiento de la TB sean accesibles para poder tratar al 100% de los pacientes.

PILAR 2

POLÍTICAS AUDACES Y SISTEMAS DE APOYO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS

COMPONENTE C Política de cobertura universal, marcos normativos (notificación, registros, calidad de medicamentos, control de infecciones).

ESTRATEGIA Articular la notificación obligatoria de casos de TB.

➔ **ACCIONES**

- Entrega de tratamientos nominal, tras la denuncia en SNVS, bajo supervisión del Programa.
- Mejorar la notificación, identificando y capacitando a los actores claves del procedimiento.
- Capacitar a los equipos.
- Realizar la entrega de la medicación en todos los casos, contra denuncia, utilizando los circuitos disponibles entre Farmacia-Programa-Laboratorio.
- Capacitar a los equipos de salud en el uso del SISA.
- Evaluar la calidad de las denuncias, estableciendo estrategias de monitoreo para la detección de fallas en la calidad o falta de denuncia.
- Realizar auditorías periódicas de la entrega de medicamentos.

PILAR 2

POLÍTICAS AUDACES Y SISTEMAS DE APOYO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS

COMPONENTE C Política de cobertura universal, marcos normativos (notificación, registros, calidad de medicamentos, control de infecciones).

ESTRATEGIA Promover medidas integrales de control de infecciones en los Servicios de Salud.

→ ACCIONES

- Incorporar sala de aislamiento en cárcel y hospitales, disminuir la circulación de SR en el servicio de salud agilizando su atención, entrega de barbijos si es necesario y una adecuada ventilación en las salas de espera.
- Capacitar al personal de salud sobre normas de bioseguridad y realizar control médico del personal ingresante por la ART y posteriormente en forma anual.
- Trabajar con el servicio de bioestadística para cruzar información con el programa sobre las defunciones por TB.
- Implementar medidas de aislamiento respiratorio.
- Trabajar con los comité de infecciones hospitalarios para implementar acciones de control de infecciones (administrativas, ambiental, protección personal).
- Realizar reuniones/talleres de aplicación de la medidas de bioseguridad en hospitales y cárceles planteando:
 - Ventilación forzada en salas de espera.
 - Priorizar en los servicios de salud la atención de SR.
 - En caso de internación contar con salas de aislamiento.
 - Provisión de barbijos a las personas expuestas.
 - Capacitación de los equipos de salud.

ESTRATEGIA Mejorar el registro de muertes de TB.

→ ACCIONES

- Trabajar con el servicio de bioestadística para cruzar información con el programa sobre las defunciones por TB.
- Conformar comité de análisis de las muertes por TB.
- Optimizar el cruce de datos con la Dirección de Estadística e información en Salud (DEIS).
- Cruzar información con estadística de hospitales y con el área de registro de defunciones.

PILAR 2

POLÍTICAS AUDACES Y SISTEMAS DE APOYO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS

COMPONENTE D Protección social, alivio a la pobreza y actuación sobre otros determinantes de la TB

ESTRATEGIA Evaluar interdisciplinariamente la situación de las personas afectadas por TB.

→ ACCIONES

- Promover la constitución de equipos interdisciplinarios.
- Abogar e incidir políticamente por Ley de subsidio.
- Articulación con otros sectores fundamentales: desarrollo social, ministerio de trabajo, Vivienda.
- Creación de comité asesor de acompañamiento de políticas.
- Trabajo conjunto con los programas de protección social.
- Promover dispositivos en los distintos ámbitos para mejorar la accesibilidad al diagnóstico oportuno.
- Sumar al equipo de salud a agentes sanitarios

ESTRATEGIA Generar políticas de sustento económico .

→ ACCIONES

- Fomentar una ley de amparo nacional.
- Promover políticamente el subsidio económico y/o tarjeta alimentaria.
- Prever la asignación de una parte del presupuesto en salud, para la designación de subsidios que el enfermo deberá percibir durante toda la duración de su enfermedad y que le permitan acceder a condiciones económicas de vida básicas. Este subsidio debe percibirse solo ante cumplimiento del tratamiento.

PILAR 2

POLÍTICAS AUDACES Y SISTEMAS DE APOYO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS

COMPONENTE D Protección social, alivio a la pobreza y actuación sobre otros determinantes de la TB

ESTRATEGIA Establecer un diálogo intersectorial sobre políticas relacionadas a la TB.

→ ACCIONES

- Creación de las mesas intersectoriales.
- Trabajo coordinado entre los distintos ministerios, comunidades, sociedad civil, equipos de salud públicos y privados.

COMPONENTE A Investigación, desarrollo e incorporación de herramientas para optimizar intervenciones y estrategias.

ESTRATEGIA Establecer una red nacional de investigación sobre la TB.

→ ACCIONES

- Articular con la dirección nacional de investigación en salud.
- Estimular y apoyar económicamente la investigación en nuevas técnicas de diagnóstico y producción de medicamentos.
- Formación de redes de laboratorio con capacidad para derivar muestras y aislamientos para prueba de nuevos métodos de diagnóstico precoz a los centros de investigación.
- Aplicación de proyecto para prueba de nuevas drogas y / o tratamientos, aplicados a grupos de prueba y comparación contra estrategia convencional.

PILAR 3

PROPICIAR LA INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN COMO SOPORTE A LA RESPUESTA

PILAR 3

PROPICIAR LA INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN COMO SOPORTE A LA RESPUESTA

COMPONENTE A Investigación, desarrollo e incorporación de herramientas para optimizar intervenciones y estrategias.

ESTRATEGIA Fortalecer la Vigilancia Epidemiológica para el conocimiento y la acción.

→ ACCIONES

- Establecer vínculos con las diferentes líneas de investigación del país con otros países que trabajen en nuevas metodologías para el diagnóstico rápido.

ESTRATEGIA Fomentar la investigación de nuevos métodos diagnósticos.

→ ACCIONES

- Participación de las provincias en las temas prioritarios en investigación diagnóstica.
- Establecer un plan nacional para la investigación operativa, que incluya la cobertura de las necesidades de insumos e infraestructura.

ESTRATEGIA Promover la investigación operativa.

→ ACCIONES

- Articulación con la dirección nacional de investigación en salud.
- Promover la realización de investigaciones operativas y su difusión como herramienta de conocimiento de "buenas prácticas".

COMPONENTE B Investigación para optimizar la aplicación y el impacto de las acciones.

ESTRATEGIA Promover el Monitoreo y evaluación de las acciones.

→ ACCIONES

- Establecer mecanismos de evaluación del impacto de las acciones implementadas para lo cual es necesario conocer la situación anterior a la aplicación de las acciones que a su vez deben ser monitoreadas a través de indicadores de proceso y resultado.

MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN

El monitoreo y evaluación del plan estará a cargo del PNCTB. En las provincias estará a cargo de los PPT. En cada POA del PNCTB y de los PPT se incluirá este componente, con el objetivo de orientar la toma de decisiones para lograr las metas, como para mejorar el uso de los recursos existentes.

Se emplearán como fuentes de verificación:

- * **Los informes ¿trimestrales? de casos y actividades por jurisdicción.**
- * **La notificación mensual obligatoria de casos al SNVS o SISA.**
- * **Los análisis de las cohortes.**
- * **Informes ¿trimestrales? de las actividades de la RNL de TBC.**
- * **Los informes de las visitas de asesoría y asistencia técnica del PNCTB y/o OPS/OMS.**
- * **Informes de capacitaciones en jurisdicciones (departamentales/distritales).**
- * **Resultados de estudios de investigación operacional y epidemiológica -si los hubiera-.**

La recolección de la información para realizar la evaluación será continua, según se vayan efectuando las diversas acciones y actividades. Anualmente se llevará a cabo una revisión y análisis del plan para verificar los avances a nivel nacional.

En 2019 se realizará la primera medición de los indicadores de impacto y análisis de los mismos. Se continuará con las reuniones nacionales de evaluación de actividades de prevención, vigilancia y control de la TBC, las cuales serán organizadas por el PNCTB.

El PNCTB, INER Coni y Malbrán serán los responsables de la recolección de la información, el procesamiento y análisis de los datos.

Una vez analizados los datos, el PNCTB tendrá la potestad para modificar o realizar cambios en el Plan Estratégico de acuerdo con los resultados obtenidos luego de cada evaluación anual.

¿CÓMO SEGUIMOS?

Sobre la construcción de políticas sobre TBC en la Argentina

Se plantean algunas consideraciones sobre el proceso de construcción a nivel país desde el PNCTB, el cual estará en constante revisión y transformación, planteando una serie de **políticas prioritarias** para desencadenar y desarrollar el Plan estratégico 2018 - 2021.

Esta oferta se realiza con la intención de orientar el proceso con el objetivo primordial de disminuir la incidencia y mortalidad de la tuberculosis en la Argentina las cuales involucran a su vez un compromiso de actuación entre los actores e instituciones en los próximos 4 años.

Es importante aclarar que las mismas constituyen un marco político de trabajo general a nivel país, que implica la realización de acciones concretas para lograr objetivos y metas, respetando la autonomía, particularidades e intereses de los programas provinciales e instituciones que participan en la respuesta del "Fin de la TBC" en la República Argentina.

Políticas prioritarias

- * Promover y acompañar la realización de Planes operativos anuales en todas las provincias los cuales orientan las políticas prioritarias a realizar en los diversos contextos particulares.
- * Promover la realización de análisis de situación georreferencial por provincia/región/municipio/barrio de la cobertura en Dx y atención de la TBC en función de prioridades y posibilidades concretas de abordaje.
- * Fortalecer la realización de Bk en el primer nivel de atención (laboratorios) a partir de apoyo a actividades propuestas por INEI, INER.
- * Realizar una planificación para la optimización del Dx molecular en el país.
- * Revisión y actualización anual de las Normas de tratamiento con posterior difusión para la unificación de criterios.
- * Concretar la puesta en funcionamiento del SISA como dispositivo integrador del Sistema de Vigilancia Epidemiológica a partir de un proceso de prueba y educación de los actores involucrados para lograr la viabilidad de su implementación. Notificación de contactos
- * Promover la realización de actividades colaborativas entre los equipos - programas de VIH-SIDA y TBC, que incluyan consensos de trabajo en Dx, tratamiento, prevención, como así también estigma y discriminación.
- * Realización de 1 (una) reunión anual de acompañamiento y seguimiento del proceso, además de mantener una comunicación continua efectiva entre PNCTB y los actores/instituciones participantes.

INDICADORES DE IMPACTO

INDICADOR	BASE 2015	ACTUAL 2017	HITO		ODS 2030
			2020	2025	
Reducir el número de muertes por TBC, en comparación con 2015.	721	757*	470 (35%)	180 (75%)	72 (90%)
Reducir la tasa de incidencia ¹ de la TBC, en comparación con 2015.	22,8	23,4	18,2 (20%)	11,4 (50%)	4,6 (80%)
Reducir el número de MDR, en comparación con 2015.	85	92	72 (10%)	48 (40%)	32 (50%)
Porcentaje de pacientes con TBC y cuyos hogares experimentan gastos catastróficos debidos a la TBC.	-	-	0%	0%	0%

*2016

INDICADORES CLAVES/RESULTADOS

INDICADOR	BASE	HITOS				
		2017	2018	2019	2020	2021
Cobertura de tratamiento anti-TB*.	2017	2018	2019	2020	2021	
Tasa de éxito de tratamiento.	Nuevos y recaídas 2016.	85	86	88	90	90
	RR-MDR 2015.	54	60	70	75	80
Porcentaje de familias afectadas por TBC que enfrentan gastos catastróficos por la TBC.	21	35	45	60	65	
Porcentaje de pacientes nuevos de TBC y recaídas que fueron diagnosticados mediante pruebas rápidas recomendadas por la OMS como prueba inicial.	-	0	0	0	0	
Cobertura de tratamiento de infección latente por TBC.	Menores de 5 años.	0	2	5	10	20
	VIH	-	-	20	30	50
Cobertura de investigación de contactos.	-	-	10	20	30	
Porcentaje de pacientes de TBC con resultados de pruebas de sensibilidad a drogas (PSD) al menos a Rifampicina.	-	20	40	60	70	
Cobertura de tratamiento con nuevos medicamentos anti-TB.	22	30	35	40	50	
Porcentaje de pacientes con TBC que conocen su estado de VIH.	-	50	60	80	100	
Tasa de letalidad por TBC.	23	40	50	60	65	

RESTO DE INDICADORES DE LOS PILARES 1, 2 Y 3

INDICADOR
1 Número de personas en tratamiento para los casos detectados de tb dr (%).
2 Cobertura de tarv, pacientes tb/vih (%).
3 Cobertura de vacunación de bcg en niños menores de 1 año (%).
4 Proporción del presupuesto anual definida en los planes estratégicos nacionales de la tb que se financia (%).
5 Proporción del número total de notificaciones de tb que proceden de derivaciones de las comunidades (%).
6 Éxito terapéutico de pacientes de tb que recibieron soporte comunitario para el tratamiento (%).
7 Cobertura del seguro de enfermedad.
8 Gasto de salud pública per cápita (us\$).
9 Porcentaje del gasto de salud total que representan los gastos directos de los paciente.
10 La notificación de casos es obligatoria por ley (sí/no).
11 Sistema de registro civil que cumple las normas internacionales de cobertura y calidad.
12 Porcentaje de personas con tb que reciben una protección social adecuada.
13 Porcentaje de la población adecuadamente nutrida.
14 Establecimiento de una red nacional de investigación de tb con una financiamiento sostenible y que se reúne regularmente.
15 Plan nacional para investigación de tb con identificación de prioridades de investigación identificadas ha sido desarrollado a través de un proceso con múltiples socios y es integrado en el plan estratégico nacional de tb.
16 Mecanismo nacional sostenible para financiar la investigación de tb, desarrollado y en funcionamiento.
17 Mecanismo sostenible para fortalecer la capacidad de investigación sobre la tb.
18 Mecanismo sostenible para fomentar crecimiento de la capacidad de investigación.
19 Número de estudios de investigación operacional realizados para la aplicación de la estrategia fin de la tb.
20 Cambios en estrategias de control del pnt resultantes de la investigación realizada a nivel nacional.

BIBLIOGRAFÍA

ANLIS, M. (2017). Cuadro de Situación Red Nacional de Laboratorios. C.A.B.A.

INER, E. C. (2017). Situación de la Tuberculosis en la Argentina. C.A.B.A.

CD54 R10 OMS-OPS. (2015). PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS. COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMERICAS. Washington.

Fleury, S. (1999). *Políticas sociales y ciudadanía*. Mimeo.

Matus, C. (2008). *Adiós señor presidente*. Buenos Aires: Ediciones de la UNLa.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Implementación de la estrategia Fin de la TB: Aspectos esenciales*. Biblioteca de la OMS.

OPS. (2017). *Visita de Monitoreo al Programa Nacional de control de la Tuberculosis de Argentina*. C.A.B.A.

<http://www.sin-paco.org/index.php/proyectos/casa-masantonio/>

