



**APMG**  
HEALTH

---

EVALUACIONES EN PAÍSES FOCALIZADOS

**EVALUACIÓN DE TB EN EL SALVADOR**

EVALUACIÓN DE CAMPO

Marzo 2020

## Introducción

Según el Banco Mundial, El Salvador es un país de 6,4 millones de habitantes de ingresos mediano bajo (Banco Mundial, 2020). El país se divide administrativamente en 14 departamentos, agrupados a su vez en cinco regiones: Metropolitana, Occidental, Oriental, Central y Paracentral. La tuberculosis (TB) en El Salvador se mantuvo para el año 2018 una incidencia de 70 casos por 100,000 habitantes/año según la OMS lo que significa una moderada reducción de la tasa de año 2017 (72 casos por 100,000 habitantes), pero todavía por encima de las cifras de 2016 (60 casos por 100,000 habitantes) y 2015 (48 casos por 100,000 habitantes), y todavía muy por encima de las tasas de los 15 años anteriores (2000-2011) en los que no se había llegado a 40. Es a partir del año 2015 (ver tabla 1) que se observó que las personas privadas de libertad (PPL), que representaron ya un 30% de todos los casos de Tuberculosis notificados en el país, presentaban cada año un mayor número de enfermos y una proporción creciente de todos los casos de TB, llegando en el año 2018 a un máximo de 2006 casos, que representó un 55% de todos los casos notificados en el país. Aunque en el 2019 (datos preliminares) éstos se han reducido a 1,328 casos, posiblemente en gran parte debido a las actividades financiadas por la subvención, todavía representan un brote epidémico de grandes dimensiones y constituyen un 43% del total de casos notificados en el país con una ratio de incidencias (o riesgo relativo) entre la población penal (3,468 casos nuevos por 100,000 PPL-año) y la población general atendida por el Ministerio de Salud (MINSAL) (18.6 casos nuevos por 100,000 personas-año) de entre 100 y 200, posiblemente la más alta de América (OPS, 2018). El 90% de ellos sufren tuberculosis pulmonar y son bacilífero positivos, es decir con alta posibilidad de contagio.

Por otra parte, la proporción de enfermos con Tuberculosis MDR/RR es muy superior en la población de los centros penales que entre la población en general, agravando la situación epidémica. Otro dato preocupante es que la tasa de incidencia de la población en general que es cubierta básicamente por los servicios del MINSAL y por el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS) presenta de nuevo un aumento en incidencia en 2019 en el rango del 10% que podría deberse al impacto de la epidemia en los penales sobre la población general (Garay Ramos J, 2020a) (OMS, 2020).

El sistema de salud de El Salvador está fragmentado en varios subsistemas con coberturas y proveedores diferenciados. El ISSS cubre entre el 20 y el 30 por ciento de la población, aquella que dispone de empleo formal y sus dependientes, además de los pensionados de ese sistema, ofreciendo también un subsidio en caso de enfermedad (OPS, 2014). Hay esquemas parecidos, pero relativamente marginales, cubriendo algunos cuerpos funcionariales como los maestros, las fuerzas armadas o la policía. La mayoría de la población está cubierta por la red de servicios del Ministerio de Salud que divide el país en 5 Direcciones Regionales de Salud (Occidental, Central, Metropolitana, Paracentral y Oriental) y 17 Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI) y 68 microrredes municipales. Dispone de 758 establecimientos de primer nivel que en general ofrecen tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES) y 30 hospitales. Los penales disponen por su parte de un Departamento Médico-Odontológico con 26 clínicas penales, gestionados y manejados directamente por la Subdirección de Centros Penales (Ministerio de Justicia) y no por el Ministerio de Salud. El sistema de atención a la salud de los penales tiene muchas debilidades (por ejemplo, no hay acceso a radiología) y es apoyado por los establecimientos del MINSAL de la zona, incluida la hospitalización cuando es necesaria (Visita de campo).

**Tabla 1. Evolución de la incidencia estimada, notificación de casos incidentes por proveedor de servicios y porcentaje de la PPL. El Salvador 2010-2019**

	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019
<b>Tasa incidencia estimada por la OMS</b>	34		38		41		42		44		48		60		72		70		n/d
<b>Casos incidentes estimados por la OMS</b>	2100		2400		2600		2700		2800		3100		3800		4600		4500		n/d
	bajo	alto	bajo	alto	bajo	alto	bajo	alto	bajo	alto	bajo	alto	bajo	alto	bajo	alto	bajo	alto	n/a
<b>(rangos de la tasa estimada por la OMS)</b>	26	43	29	48	32	52	33	55	34	55	37	61	46	75	55	91	54	89	n/d
<b>(rangos estimaciones OMS en miles de casos)</b>	1600	2700	1800	3000	2000	3200	2100	3400	2100	3500	2300	3900	2900	4800	3500	5800	3500	5700	n/d
<b>Casos nuevos notificados en el país</b>	1700		1896		2053		2176		2206		2452		3034		3666		3615		3009
<b>Tasa incidencia según notificación (casos nuevos/100000 hab-año)</b>	27.5		30.5		33.8		34.6		34.5		37.9		46.5		55.7		55.4		44.9
<b>Casos nuevos notificados por el MINSAL</b>	1232		1341		1343		1346		1187		1206		1434		1321		1167		1181
<b>Casos nuevos notificados por el ISSS</b>	285		330		433		454		515		522		643		476		442		500
<b>Casos nuevos notificados entre las PPL</b>	183		225		277		379		504		724		957		1869		2006		1328
<b>Proporción de casos en PPL</b>	11%		12%		13%		17%		23%		30%		32%		51%		55%		44%

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2020), Garay Ramos J. (2020b). Los datos de 2019 fueron corregidos con datos suministrados por el país en Mayo 2020 cuando el informe ya estaba en la fase final de edición y no coinciden con la referencia comentada como fuente.

El Plan Estratégico Nacional Multisectorial para el control de la Tuberculosis (PENMTB) 2017-2021 que está en la base de la subvención del Fondo Mundial 2019-2021 ya era muy consciente de los desafíos mencionados más arriba y de la situación general del país y aglutinó estrategias para avanzar en el control de la TB tanto en los penales como entre la población general con objetivos en detección precoz de casos, disminución de la mortalidad, lograr apoyo multisectorial (incluido el de las autoridades penitenciarias) para el tratamiento de la TB como problema de salud pública y evitar que las familias tengan que hacer frente a gastos catastróficos debido a la enfermedad dentro de las limitaciones de los recursos de ayuda social existentes. Operacionalmente planteó mejorar el diagnóstico de TB, mantener el éxito del tratamiento tanto en población general como entre la privada de libertad, mejorar la detección de la TB RR y MDR, reducir la mortalidad en coinfectados VIH/TB y asegurar la calidad y eficiencia del tratamiento (El Salvador, 2018b).

El presente informe intenta describir y medir el impacto de la subvención del Fondo Mundial y del esfuerzo nacional en la respuesta a la TB y a la vez alertar sobre aspectos que deben considerarse en la redacción del nuevo Plan que va a dirigir la respuesta nacional y por tanto la implementación de la subvención en los próximos años y la transición a una situación de no-dependencia de las subvenciones externas. El Equipo de País del Fondo Mundial identificó las siguientes prioridades para esta evaluación:

- Si el nuevo modelo de “Pago por resultados” obtiene resultados.
- La situación de la TB Multirresistente.
- La situación en los penales y también si se logra hacer seguimiento de la entrada y salida de estos.

En los últimos días de nuestra visita que se realizó entre el 24 de febrero y el 6 de marzo del 2020, la COVID19, que todavía no había llegado a El Salvador, se extendía rápidamente por el mundo. En nuestra última reunión, el tema apareció como preocupación creciente por el impacto que podía tener en la situación de la TB en el país y especialmente en los penales si la COVID 19 penetraba en ellos. Posiblemente algunas de las conclusiones de este informe deberán ser reinterpretadas en las próximas semanas y meses a la luz del impacto que COVID 19 haya tenido en el país y de las instrucciones que las agencias internacionales hayan dado al respecto.

Se puede encontrar información más detallada sobre la metodología de evaluación y la agenda en el [Documento de Información Complementaria](#).

## Hallazgos

**Objetivo 1. Evaluar hasta qué punto – y cómo – las subvenciones del Fondo Mundial han ayudado a los países a alcanzar a) las metas y objetivos descritos en sus planes estratégicos nacionales de cada enfermedad y en la estrategia general del sector de salud, y b) las metas y objetivos establecidos en los acuerdos de subvención.**

### **Dominio 1.1. Información, planificación e inversión estratégica**

Insumos: Se trata de una subvención basada en el modelo de Financiación por resultados (“*Results based funding*”) (The Global Fund 2019 a) en la cual no se puede atar un rubro presupuestario a una actividad o a una estrategia determinada. No obstante, es posible rastrear las actividades a las que finalmente se asignaron los recursos de la subvención. A continuación, se detalla la distribución de los 4,242,740 dólares de la subvención según líneas estratégicas del Plan Estratégico Nacional

Multisectorial para el control de la TB en el Salvador 2017-2021 (El Salvador, 2018b) (de ahora en adelante PENMT) que son distintas de los dominios en los que se basa el documento de evaluación y la distribución por rubro presupuestario tradicional de las subvenciones regulares. Es por tanto imposible dirimir fácilmente cómo la cantidad se distribuye en cada dominio de evaluación. Sí que podemos comentar sobre los productos y resultados separadamente apoyándonos en las líneas estratégicas y en las actividades del Plan (PENMT). La distribución por líneas estratégicas (en dólares estadounidenses) es como sigue:

**Tabla 2. Distribución de los fondos de la subvención por líneas estratégicas. US\$. El Salvador (2019-2021)**

Detección precoz de casos de tuberculosis	1,175,819.56
Tratamiento de casos de TB de todas las formas	437,952.00
Detección de MDR-TB	193,500.00
Tratamiento de MDR TB	38,186.12
Reducción de la mortalidad por VIH/TB	139,440.00
Cuidados comprehensivos para grupos de alto riesgo	1,192,434.57
Reforzamiento del sistema de salud	45,000.00
Sostenibilidad y transición	---
Monitoreo y evaluación	523,641.14
Administración y gestión	496,767.61
Total	4,242,740.00

Fuente: El Fondo Mundial (2019c)

En lo referente a este Dominio 1.1., entendemos que ciertos gastos de soporte para la realización y renovación del plan fueron cubiertos por la subvención que también cubrirá costes parecidos durante el 2020 y 2021.

Productos: El país dispone de un Plan Estratégico Nacional Multisectorial 2017-2021 (El Salvador, 2018b) cuya redacción es clara, incluye la revisión y difusión de normas y materiales de orientación, la adopción generalizada de instrumentos diagnósticos de base molecular para grupos de riesgo, la adopción de medicamentos nuevos de segunda línea. Los datos son desglosados por género y edad y hay información sobre costos. A juzgar por la descripción de su capítulo II y las comprobaciones durante la visita, siguió un proceso riguroso de actualización con la participación de los actores principales. El Plan se estructura en 8 líneas estratégicas con líneas de base, metas por años y medios de verificación aparentemente factibles y ambiciosas. Prioriza las poblaciones con mayor riesgo.

Resultados: Los avances y desempeño del PENM TB se evalúa cada 6 meses por el propio PNTYER (Visita de campo). Durante la misión tuvimos acceso a los trabajos en curso para actualizar el plan para el período 2022-2026 basándose en los nuevos datos epidemiológicos, las lecciones aprendidas durante la implementación y las recomendaciones de los organismos internacionales (Garay Ramos 2020a). Estos trabajos llevan al PNTYER a insistir en la colaboración multisectorial para poner fin a la TB y en la necesidad de seguir lo que llama unos “principios fundamentales”: (1) Rectoría y transparencia con seguimiento y evaluación, (2) Coalición sólida con las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades, (3) Protección y promoción de los derechos humanos, la ética y la equidad, (4) Adaptación nacional de la estrategia, con la colaboración mundial. Las líneas estratégicas del PENM TB 2022-2026. Entre las líneas estratégicas para el nuevo período, se mencionan, entre otras: el abordaje oportuno de la TB en el sistema penitenciario y en la diabetes y

la insuficiencia renal, el tratamiento de la infección latente y el control del TB/VIH, el descarte y tratamiento de la infección latente en la población infantil y el diagnóstico y tratamiento precoz de la TB en personas sin hogar. También el reforzamiento de la red de diagnóstico (mgit, Xpert ultra), el mejoramiento de la bioseguridad, el mantenimiento de las estrategias de alianzas público-privadas y de *engage* TB La tabla 3 resume lo realizado hasta la fecha. La tabla completa con las actividades previstas durante 2020 se presenta en la tabla 1 del Anexo.

**Tabla 3. Actividades ya realizadas en el proceso de elaboración del PENM TB 2022-2026 (Garay Ramos, 2020a)**

Actividad	Fecha	Responsable
Evaluaciones nacionales del Programa en las 5 Regiones	Enero 2020 (realizado)	PNTYER, Regiones de Salud, ISSS, Centros penales y Hospitales
Consolidación de la información de las evaluaciones	Febrero 2020 (realizado)	PNTYER
Elaboración y análisis de la situación epidemiológica	Febrero-Marzo 2020 (en proceso)	PNTYER
Análisis de cumplimiento de metas programadas con lo obtenido en 2019	Marzo 2020 (en proceso)	PNTYER / Unidad de Apoyo del Fondo Mundial

Fuente: Garay Ramos J. (2020a)

El PNTYER se mantiene como un actor potente y respetado en el establecimiento de políticas de salud dependiendo directamente, como el programa de VIH, del despacho ministerial pero la llegada de una nueva administración presidencial en junio del 2019 obligó lógicamente a renovar los vínculos entre el PNTYER y las autoridades políticas recién establecidas que necesitaron su tiempo para familiarizarse con la situación de la TB en el país. La opinión de algunos actores entrevistados (durante visita de campo) es que el PNTYER a pesar de mantener una posición respetada dentro del Ministerio de Salud debe ahora negociar con mucha más habilidad y esfuerzo ante una Presidencia de la República que tiene una posición establecida sobre algunos aspectos de las políticas sociales que tienen relevancia en la respuesta a la TB, esencialmente en política penitenciaria (ver abajo).

La implicación de la Dirección General de Centros Penitenciarios (DGCP) en el PENMT es creciente, pero no hay un compromiso presupuestario de la magnitud necesaria para los penales. Sin más inversión en la mejoría de las condiciones generales de los penales, la epidemia de TB en ellos no cesará y por ende los objetivos de eliminación nacional no se podrán conseguir (Visita de campo). Los compromisos presupuestarios para los penales dependen de la DGCP pero su presupuesto y las líneas políticas generales acaban dependiendo del Gobierno y muy especialmente de Presidencia de la República. En este momento ni la Presidencia ni la opinión pública son favorables a un aumento de presupuesto para los penales ni a cambios en la política penitenciaria que lleven a una disminución de los desencadenantes de la enfermedad (por ejemplo: hacinamiento). Es muy ejemplificador que bastantes de los técnicos entrevistados expresaban que las inversiones en los penales eran necesarias pero que sabían que no se les debía dar publicidad, en un reconocimiento explícito de las dificultades del debate político en esta cuestión.

El actual proceso nacional de establecimiento de prioridades en política penal y en políticas de sistemas de información (El Salvador, 2020d) no ha terminado todavía, aunque el PNTYER mantiene constantes actividades de abogacía. El resultado será clave para el futuro de la epidemia en El

Salvador y la efectividad de las actividades que la subvención pueda apoyar en 2020, 2021 y para hipotéticas nuevas subvenciones en años sucesivos.

## **Dominio 1.2. Sistemas de salud resilientes y sostenibles y sistemas comunitarios**

Insumos: Además de lo ya especificado sobre el carácter de “pago por resultados” de la subvención, (ver dominio 1.1.), fondos de la subvención apoyaron la compra de determinados insumos e inversiones claves para evitar el desabastecimiento (por ejemplo: cartuchos Xpert). La adquisición se gestiona a través de una unidad específica del Ministerio de Salud que asigna fondos de la subvención o del Gobierno a cada actividad y a cada asignación. A pesar del carácter no finalista de la subvención es posible identificar para cada gasto cual fue asignado a un fondo u otro. La subvención permitió apoyar el mantenimiento de una estructura fuerte en el PNTYER con movilidad y capacidad de influencia para asegurar el seguimiento de stocks (Visita de campo).

Productos: Seguimiento de la política de compras de insumos por parte del Gobierno desde el PNTYER, refuerzo de los insumos generales para los laboratorios de la red (material fungible) y equipamiento para la descentralización de las pruebas diagnósticas en cultivos en los laboratorios de los Hospitales Rosales, Saldaña, y San Vicente y en Xpert en los de los Hospitales San Rafael, Zacamil, Saldaña y Rosales. También se pudo complementar los presupuestos del Ministerio de Salud para dar soporte a las alianzas público privadas ya que ello significa dotar de movilidad y capacidad de abogacía a los establecimientos de salud. Las alianzas público-privadas se realizan con centros de diagnóstico y centros de atención a la salud privados, centros educativos y otras entidades privadas, incluyendo empresas y comercios. En todos ellos se establecen intervenciones de educación comunitaria y de soporte a la pesquisa activa y al seguimiento del tratamiento (Visita de campo) (El Salvador, 2020e) (El Salvador, 2020f).

Resultados: Los sistemas de suministro para la mayoría de productos básicos para el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis se basan en el sistema regular de adquisición (centralizado y por concurso público), almacenamiento y distribución de productos y medicamentos del Ministerio de Salud que funciona suficientemente bien en el ámbito de los insumos específicos para la respuesta a la TB cómo para que no se haya objetivado ninguna rotura de stock ni situación de desabastecimiento en los últimos cinco años ni en los establecimientos públicos ni en los penales (Visita de campo). El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) tiene su propio sistema de suministro que tampoco parece haber fallado (Visita de campo). En cualquier caso, se hace uso del sistema de compras a través de OPS y del mecanismo del Partenariado de Alto a la Tuberculosis para la provisión de medicamentos. No obstante, la demanda creciente de cartuchos para Xpert por parte de los equipos donados directamente a los penales por la embajada de los EEUU no puede ser satisfecha totalmente por el Ministerio de Salud y es previsible una rotura de stock para los equipos las cárceles (Visita de campo) (ver objetivo 2, más adelante). No hay prevista, por lo que sabemos, un plan de adquisición de insumos de cartuchos por el servicio penal para sus propios equipos. Ello agravará la situación porqué el resto de equipos del Ministerio, para los cuales si que están previstos los insumos, ya está trabajando mayoritariamente para el sector penal. Las tasas de éxito en el tratamiento tanto en TB sensible como en resistente se mantienen entre el 90.9% de 2016 y el 90% de la cohorte de 2018 para sensibles; y entre 100% en 2016 (n=5) y 81% en 2017 (n=16), que es la última cohorte MDR disponible (PENMT, 2018; OMS, 2020; Alfaro 2020). La disponibilidad de stock fue una condición necesaria pero no la única para estos buenos resultados (ver Dominio 2.2 y Tabla 9).

Existen actividades de monitoreo comunitario que se realizan por líderes vecinales que reportan a agentes comunitarios de salud empleados por el MINSAL esencialmente en las áreas de cumplimiento del tratamiento aunque también realizan actividades de pesquisa activa. La limitación es que la cobertura de la reforma que crean los equipos comunitarios que enlazan con los líderes vecinales es sólo de alrededor de un 60% de la red y además la red de agentes comunitarios no funciona en todas ellas, aunque es clave en lugares de difícil acceso por la violencia (Visita de campo).

### **Dominio 1.3. Entornos legales, políticos y financieros propicios y sostenibles**

Insumos: Más allá de lo que se indica en la descripción del Dominio 1.1., los fondos de la subvención se usaron directamente encargando informes específicos como el de la situación en los penales (López Quijano, 2020) y en la medida en que pudieron ser utilizados en mejorar la movilidad y buscar asistencia técnica, contribuyeron indirectamente para acelerar la aprobación de la Ley de TB (Visita de campo).

Productos: Se ha socializado el conocimiento de las mayores barreras existentes en la población penal para una buena adherencia y existen unas líneas estratégicas sobre las actuaciones a seguir en los penales (López Quijano, 2020) aunque todavía no se dispone de un estudio parecido en los centros de detención (llamados “bartolinas”) (Visita de campo). Las barreras se refieren tanto a las debilidades de los recursos humanos y equipos en atención a la salud (contrataciones precarias, problemas con los salarios, sobrecarga de trabajo, dificultades para las referencias hospitalarias y/o consultas de especialistas), como a la situación de las PPL (hacinamiento, traslados forzosos y frecuentes, no cumplimiento de entrega de suplementos calóricos) y a otros factores socio-culturales dentro de los penales (mantenimiento de las jerarquías de las pandillas, inseguridad ante miembros de pandillas rivales, estigma sobre la homosexualidad, etc.). Se han reforzado los equipos de profesionales que atienden en las cárceles y se han facilitado procesos de formación que pueden también tener impacto en la reducción de la discriminación. Por otra parte, se han mantenido las alianzas público-privadas mencionadas en el Dominio 1.1. La Ley de Tuberculosis que aborda temas de protección de derechos y contra la discriminación se preparó y está actualmente esperando su aprobación en el Congreso (Visita de campo).

Resultados: Aumento del seguimiento del tratamiento y el diagnóstico activo en la población penal, incluyendo la comprobación de que la distribución de suplementos nutritivos y la alimentación llega a las personas que lo necesitan. Los datos disponibles pueden verse en el Dominio 2.4. No obstante queda mucho por realizar en los penales (ver sección Análisis; López Quijano, 2020). Por otra parte, fuera de los penales, ha aumentado el acceso al tratamiento supervisado entre las personas que viven en zonas controladas por las “maras o pandillas” (bandas de delincuentes) mediante la implicación de líderes vecinales y trabajadores comunitarios reconocidos en estas comunidades aunque ello no siempre es fácil de documentar (Visita de campo). Todo estos resultados pueden ser atribuidos a las inversiones realizadas o catalizadas durante la vigencia de la subvención y son importantes aunque no suficientes para controlar la epidemia.



## Panel de indicadores básicos: Objetivo 1

Panel de indicadores clave			
1	Muy bajo		
2	Bajo		
3	Moderado		
4	Bueno		
Indicador	Puntuación	Justificación	Fuente de Datos
<b>Planificación estratégica:</b> Disponibilidad del Plan Estratégico Nacional	4	Existe un Plan Estratégico 2017-2021 que incluye un plan de acción con costos. Se está trabajando en la actualización del Plan para después de 2021.	El Salvador (2018b)
<b>Inversión estratégica:</b> Adecuación de metas y objetivos para el contexto epidémico	3	Los objetivos e inversiones del PENMTB responde a las conclusiones de los análisis existentes y la evidencia disponible, pero hay una brecha no cuantificada en las intervenciones en los penales y centros de detención. El PENMTB incluye actividades a realizar en estos establecimientos desde el sistema de salud (rectoría y asesoría técnica, soporte al diagnóstico y al tratamiento, etc.) e incluso destinó fondos a mejorar celdas de aislamiento y reforma de espacios asistenciales, pero no hay un plan sistemático de cómo mejorar globalmente las condiciones de vida en los penales.	El Salvador (2018b) Visita de campo.
<b>Desempeño:</b> Logro de los objetivos establecidos en el acuerdo de subvención <sup>1</sup>	4	La última puntuación disponible es la correspondiente al periodo Enero-diciembre 2019 y fue un A2.	El Fondo Mundial (2020)
<b>Sistemas resilientes y sostenibles para la salud:</b> Desabastecimientos de productos básicos	4	No hay evidencia de roturas de stocks o fallas de suministro de productos básicos.	Visita de campo.
<b>Sistemas resistentes y sostenibles para la salud (2):</b> Reconocimiento y	4	El país reconoce el papel de las alianzas público privadas para dar soporte a la pesquisa de casos y al tratamiento de casos en el PENMTB y efectivamente distintas entidades privadas colaboran en la pesquisa activa y en el soporte al	El Salvador (2018b). Visita de campo.

<sup>1</sup> Se refiere al acuerdo de subvención más reciente, excepto cuando la subvención se firmó menos de 12 meses antes de la evaluación: en estos casos, esto se refiere al acuerdo de subvención anterior.

realización del papel que desempeña la respuesta y los sistemas comunitarios en la respuesta nacional		tratamiento juntamente con los trabajadores comunitarios del Ministerio. No hay de momento organizaciones de afectados que tengan un peso relevante, pero si participación activa de líderes comunitarios.	
<b>Entornos legales, políticos y financieros propicios y sostenibles<sup>2</sup>:</b> Identificación y abordaje de las barreras legales, de derechos y de género a los resultados de salud para personas y poblaciones	<b>2</b>	El PENM refiere las barreras existentes y plantea actividades para superarlas. No obstante, en el área de la población penal no hay claridad respecto a cómo afrontarlo y/o los fondos disponibles dentro de la política penitenciaria y de detención.	El Salvador (2018b). Visita de campo.
<b>Compuesto en todos los componentes relevantes (6)</b>	<b>3.5</b>		

<sup>2</sup> Los entornos propicios pueden variar considerablemente según la población. Una vez que un indicador recibe una puntuación, se proporcionará una justificación. En algunos casos, este indicador puede subdividirse y calificarse para diferentes poblaciones. En este caso, se calculará una puntuación promedio para el indicador en general. En algunos casos, es posible que haya fondos disponibles para una implementación de estas actividades, sin que se haya realizado una evaluación. Si este es el caso, el evaluador puede usar su juicio para asignar una puntuación de 3 incluso aunque no se haya llevado a cabo una evaluación; sin embargo, esta desviación y la razón para calificarla deben anotarse claramente en la columna de justificación.

## Objetivo 2. Hasta qué punto los sistemas de prestación de servicios (establecimientos de salud y comunitarios) brindan servicios de calidad.

### Dominio 2.1. Prevención

Insumos: Ya se ha comentado en el Dominio 1.1, la caracterización de los insumos. Aunque los medicamentos son ya financiados por el Gobierno, los fondos de la subvención apoyaron los programas de formación para la prevención de la infección latente en poblaciones de riesgo como los diabéticos y también la instalación de elementos de bioprotección e instalaciones de aislamiento que deben ser consideradas como preventivas por el control de la infección que suponen (El Salvador, 2020f).

Productos: Se instalaron elementos de bioseguridad (campanas) en algunos de los laboratorios que carecían de ello y se realizaron obras de adecuación para mejorar el control de la infección en los establecimientos de salud. Se homologó la aplicación de la normativa nacional sobre terapia preventiva y se generó compromiso en las instituciones que brindan atención para TB (ver más adelante el análisis sobre la situación en los penales). También se readecuaron áreas de aislamiento y prevención en el penal de Izarco. Se aplicó el Tratamiento preventivo con Isoniazida y TARV temprano en pacientes con VIH.

Finalmente, se intervino en el sector privado y en el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social para aumentar la prescripción y adherencia a la terapia preventiva de la infección latente de TB (Visita de Campo) (El Salvador 2020f).

Resultados: Se mantuvo la cobertura de la terapia preventiva en poblaciones de riesgo según normas nacionales (niños de 0-5 y personas con VIH) y se aumentó en diabéticos. En este último caso la evolución de diabéticos sintomáticos respiratorios a quienes se descartó TB aumentó de 2822 (2016) a 3421 (2017) y 3581 (2018) (Garay Ramos, 2020c). No obtuvimos datos exactos de cuántos de ellos fueron sometidos a tratamiento preventivo. Las tablas 4 y 5 muestran los datos de cobertura de terapia preventiva para la población con VIH recibiendo TAR y para personas con VIH diagnosticadas por primera vez en 2019 según los nuevos indicadores planteados para la evaluación en países focalizados.

**Tabla 4. Terapia preventiva en personas viviendo con VIH. El Salvador 2019.**

<b>PVVIH (atendidas en establecimientos del MINSAL)</b>	n	Porcentaje
PVVIH recibiendo TAR en 2019 en los servicios del MINSAL	10,029	
PVVIH recibiendo TAR en 2019 en los servicios del MINSAL a quienes se les efectuó descarte de TB	9,049	<b>90%</b>
PVVIH recibiendo TAR en 2019 en los servicios del MINSAL que han iniciado terapia preventiva previo descarte de TB	1,871	<b>18.7%</b>
<b>PVVIH (que son asistidos por otros proveedores)</b>		
PVVIH recibiendo TAR en otros dispositivos especialmente en el ISSS	9,304	100%
PVVIH recibiendo TAR en 2019 en otros dispositivos (especialmente en el ISSS) a quienes se les efectuó descarte de TB	n/d	n/d
<b>PVVIH (Total)</b>		
PVVIH recibiendo TAR en 2019	19,333	

PVVIH recibiendo TAR en 2019 a quienes se les efectuó descarte de TB	(9049)	n/d
PVVIH que han iniciado terapia preventiva previo descarte de TB	(1871)	n/d
PVVIH que han finalizado terapia preventiva	n/d	n/d

(PVVIH= personas viviendo con VIH)

Fuente: Visita de Campo

**Tabla 5. Terapia preventiva en PVVIH registradas por primera vez en 2019. Personas atendidas por el MINSAL. El Salvador 2019**

PVVIH registradas por primera vez en 2019	n	Porcentaje sobre PVVIH
PVVIH registradas en 2019	1,155	
PVVIH registradas en 2019 a quienes se efectuó descarte de TB	n/d	
PVVIH registradas en 2019 a quienes se efectuó descarte de TB y se consideran elegibles para terapia preventiva	n/d	
PVVIH que han iniciado terapia preventiva previo descarte de TB	596	51%
PVVIH que han finalizado terapia preventiva	n/d	

Fuente: Visita de Campo

Debe observarse que la población con VIH no vinculada quedó al margen del descarte, pero debe añadirse que no pudimos obtener los datos de descarte para las PVVIH que NO son atendidas por el MINSAL (48% de las PVVIH) (Visita de campo). Si podemos observar en la tabla 5 que de las personas registradas como viviendo con VIH por primera vez en 2019 y atendidas en el MINSAL, la mitad (51%) recibieron terapia preventiva. Este porcentaje debe mejorar más, pero es un aumento evidente si se compara con toda la población vinculada que incluye obviamente los diagnosticados y vinculados con anterioridad a 2019 (18.7%). Estos datos primarios obtenidos durante la visita de campo son más concluyentes que los declarados en los perfiles de la OMS que dan estimaciones muy superiores (73% de tratamiento preventivo en PVVIH) para 2018 (OMS, 2019) que no permiten una comparación ya que las metodologías son demasiado dispares. Es necesaria una investigación operativa para consolidar datos tan dispares.

Hay una posible disminución de la transmisión nosocomial en los establecimientos en los que se intervino (Visita de campo). Aunque no hemos podido encontrar evidencia cuantitativa en los establecimientos de salud, si la hemos encontrado para los penales donde se objetivó una disminución de la incidencia en 2019 según se indicaba en la Tabla 1 cuyas causas obedecen a una combinación de mejoras en el control de la infección, pesquisa activa de casos y acceso universal al tratamiento (El Salvador, 2020a).

## **Dominio 2.2. Cribado/prueba y diagnóstico/conocimiento del estado**

Insumos: (ver explicación en Dominio 1.1). La subvención apoyó a los laboratorios tanto en inversiones como en suministro de cartuchos para Xpert y apoyó la pesquisa activa en población clave (diabéticos, penales) y en comunidades de difícil acceso (Visita de campo) (El Salvador, 2020f).

Productos: Aumento de capacidad para la realización de cultivos, baciloscopias y determinaciones Xpert en la red MINSAL, en la red ISSS y en los penales y en la utilización de la prueba Xpert como prueba inicial de descarte en los grupos más vulnerables, incluyendo la búsqueda activa de TB en

pacientes con VIH y en diabéticos. El aumento de equipos Xpert en la red del MINSAL pasó de 7 en 2017 a 18 en 2019 y el del número de laboratorios con capacidad para cultivo aumentó de 18 en 2017 a 24 a 2019 (El Salvador, 2018b, 2020b).

Resultados: Tal como se previó en el PENMTB el número de personas que fueron sometidas a pruebas para diagnosticar o descartar Tuberculosis con más sensibilidad y rapidez y para diagnosticar TB resistente a Rifampicina, gracias a la extensión de la prueba Xpert comentada en productos, aumentó drásticamente con las mejoras consiguientes en la oportunidad del diagnóstico y en su sensibilidad según se deduce de las tablas 6 y 7.

**Tabla 6. Evolución de los casos diagnosticados por TB según la producción diagnóstica de la red de Laboratorios. San Salvador. 2014-2019.**

Año	Total, casos TB todas las formas	Diagnosticados por Baciloscopia	Diagnosticados por Xpert	Diagnosticados por cultivo
2014	2206	1225 (55%)	310 (14%)	29(1.3%)
2015	2452	1333 (54%)	396 (16%)	28(1.2%)
2016	3032	1821 (60%)	300 (10%)	35 (1.1%)
2017	3666	1524 (41%)	1190 (32%)	21 (0.5%)
2018	3615	888 (25%)	1621 (45%)	21 (0.6%)
2019 (prov)	3078	558 (18%)	1958 (64%)	12 (0,4%)

Fuente: El Salvador (2020b)

La tabla 6 muestra que mientras que en 2016 sólo un 11% (300+35/3032) de los casos diagnosticados lo era por Xpert o por cultivo, este número aumentó hasta un 64% (1958+12 / 3078) en 2019 con lo que ello significa para un descarte temprano de la resistencia. Ello se refleja en las estadísticas de productividad de la red laboratorial según consta en la tabla siguiente.

**Tabla 7. Evolución de la productividad de la red laboratorial. El Salvador 2012-2019**

	Baciloscopias diagnósticas	Incremento anual	Xpert totales	Incremento anual	Pruebas de sensibilidad a drogas	Incremento anual	Total cultivos	Incremento anual
2012	218,241		500		386		8,905	
2013	202,657	-7%	1,347	169%	422	9%	7,477	-16%
2014	163,750	-19%	9,223	585%	406	-4%	4,783	-36%
2015	151,689	-7%	8,355	-9%	493	21%	6,395	34%
2016	188,835	24%	6,363	-24%	618	25%	6,854	7%
2017	165,946	-12%	17,373	173%	783	27%	6,323	-8%
2018	125,445	-24%	25,963	49%	927	18%	6,053	-4%
2019 (prov)	111,230	-11%	30,564	18%	666	-28%	9,726	61%
2012-2019 variación		-49%		6013%		73%		9%

Fuente: El Salvador (2020b)

Se observa claramente el aumento de la prueba molecular a expensas de la reducción de las baciloscopias diagnósticas con un incremento claro en 2017, coincidiendo con las inversiones, pero que continuó aumentando en 2018 y 2019.

La tabla 8 muestra el esfuerzo de despistaje desde el año 2016 en que empezó la política activa de despistaje en personas que viven con diabetes hasta ahora (2019). El incremento es progresivo. La tabla 9 describe el aumento consecuente del diagnóstico de TB activa entre personas con diabetes. Ello parece indicar una detección de casos que previamente habrían sido perdidos o que hubiesen sido diagnosticados más tardíamente.

**Tabla 8. Sintomáticos respiratorios captados entre personas con Diabetes Mellitus. El Salvador 2016-2019.**

<i>Regiones<sup>3</sup></i>	<i>Paracentral</i>	<i>Oriental</i>	<i>Central</i>	<i>Occidental</i>	<i>Metro</i>	<i>ISSS</i>	<i>Total</i>
2016	68	152	122	86	378		<b>806</b>
2017	98	221	113	184	252	556	<b>1424</b>
2018	119	219	247	223	296	460	<b>1564</b>
2019	284	808	274	545	603	575	<b>3089</b>
<b>Total</b>	<b>569</b>	<b>1400</b>	<b>756</b>	<b>1038</b>	<b>1529</b>	<b>1591</b>	<b>6883</b>
Incremento 2016-2019 (ISSS 17-19)	318%	432%	125%	534%	60%	3%	<b>283%</b>

Fuente: Garay Ramos (2019)

**Tabla 9: Personas diagnosticadas de TB que padecen Diabetes Mellitus. El Salvador 2016-2019**

<i>Regiones<sup>4</sup></i>	<i>Paracentral</i>	<i>Oriental</i>	<i>Central</i>	<i>Occidental</i>	<i>Metro</i>	<i>ISSS</i>	<i>Total</i>
2016	7	7	8	62	52		<b>136</b>
2017	12	14	16	53	51		<b>146</b>
2018	12	12	6	43	49	72	<b>194</b>
2019	19	47	17	48	83	92	<b>306</b>
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>80</b>	<b>47</b>	<b>206</b>	<b>235</b>	<b>164</b>	<b>782</b>
Incremento 2016-2019 (ISSS 18-19)	171%	571%	113%	-23%	60%	28%	125%

Fuente: Garay Ramos (2019)

También aumentó el diagnóstico temprano de Tuberculosis RR/MDR ya que en un 64% de diagnósticos se utilizó Xpert como primera prueba diagnóstica, en 2016 el porcentaje era insignificante, en poblaciones clave (El Salvador, 2020b):

- Población privada de libertad,
- Personas con enfermedades crónicas: diabetes, EPOC, insuficiencia renal crónica,
- Trabajadores de la salud
- Contactos de pacientes con TB DR/MDR
- Adultos mayores indigentes
- Usuarios inadecuados de alcohol y drogas ilícitas
- Inmigrantes

<sup>3</sup> Los pacientes atendidos por el ISSS son tratados como una región aparte, aunque obviamente su residencia se repartiría también geográficamente.

<sup>4</sup> Ver nota tabla anterior.

Ello permite adelantar el diagnóstico de TB MDR/RR. Con anterioridad debía esperarse al fracaso en la conversión para iniciar la determinación de la resistencia al tratamiento estándar y al resultado del cultivo y posterior determinación fenotípica. Si bien la utilización de Xpert en la población privada de libertad es masiva ya que los canales de diagnóstico están bien establecidos entre los penales y los laboratorios dotados de Xpert (aunque el despistaje de la PPL no es sistemático, ver análisis y recomendaciones) en las otras poblaciones clave la práctica de la prueba molecular como diagnóstico (y por tanto el diagnóstico temprano de TB RR) depende de que el médico que atiende al paciente sintomático o al contacto rellene adecuadamente la boleta de solicitud de examen bacteriológico (conocida como PCT-3). Hay evidencia anecdótica de que ello no ocurre siempre (Visita de campo) lo que significa que una proporción no calculada de la población clave no se beneficia de ello. El PNTYER debe continuar su trabajo de sensibilización de los lineamientos y algoritmos de diagnóstico en la red tanto del MINSAL como de otros proveedores.

La evolución de diagnósticos de TB MDR/RR en los últimos años es la siguiente:

**Tabla: 9 Personas con MDR/RR TB 2016-2019 según entidad tratante y si es caso nuevo o previamente tratado. El Salvador.**

	2016	2017	2018	2019	2020
MDR/RR TB	5	16	7	21	16
<i>nuevo</i>	4	2	2	12	
<i>Prev. tratado</i>	1	14	5	9	
<b>PPL</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	
<b>ISSS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	
<b>MINSAL</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	
PPL como porcentaje de todos los casos	60%	63%	14%	71%	

(PPL persona privada de libertad, ISSS Instituto Salvadoreño de Seguridad Social, MINSAL Ministerio de Salud)  
Fuente: Alfaro Ascensio (2020)

Llama la atención el alto número de casos de MDR/RR TB entre PPL (71%) que es superior a la proporción de casos de TB sensible entre la PPL (43%, ver tabla 1).

Más importante es el número de casos nuevos comparado con el de los previamente tratados. En 2018, fueron 2 (sobre 7) y en 2019, fueron 12 (sobre 21). Ello sugiere contagio activo de TB MDR/RR. La parte positiva es que el sistema de salud penitenciario es capaz de diagnosticar y reportar estos casos.

No obstante, la preocupación más urgente es el alto número de casos en 2020. En solo dos meses (enero y febrero) se han diagnosticado ya 16 casos (frente a 21 en todo el 2019). Se está investigando si ello puede ser debido a un fraude por parte de algunas PPL. Como que el protocolo señala el traslado de las PPL con RR-TB al Hospital Saldaña para su estudio y tratamiento como mínimo hasta su negativización, se sospecha que hubo tráfico de esputo positivo en algunos penales para obtener la hospitalización extra carcelaria. En todo caso debe seguirse esta situación con mucha atención ya que incluso si sólo la mitad de los casos atendidos hasta ahora fueran ciertos (8 de 16) significaría doblar la incidencia respecto al año anterior y podría llegar a superar incluso las

estimaciones de la OMS (100 casos anuales que significa unos 8 casos mensuales) (Visita de campo) (Alfaro Ascencio. 2020).

**Tabla 10: Indicador estándar Evaluación. Personas sometidas a pruebas para detectar TB resistente. El Salvador. 2019**

	2019 (dato preliminar)	Porcentajes
Personas diagnosticadas de TB todas las formas	3078	
Personas sometidas a pruebas para detectar TB resistente	1958	63.6%
Personas diagnosticadas de TB RR/MDR	21	0.7%
Personas iniciando tratamiento a TB resistente	21	(100%)

Fuente: EL Salvador (2020b)

Obsérvese que de acuerdo con las normas del país, las personas que deben ser sometidas a pruebas para detectar TB resistente (Xpert) son (1) personas con VIH, (2) PPL o antecedente de PPL, (3) Diabético con sintomatología, (4) Inmunodeficiencia con sintomatología, (5) Enfermo con TB que no negativiza al mes 2, 4 o 5, (6) Recaídas, fracasos y pérdidas en el seguimiento, (7) sospecha de TB extra pulmonar, (8) contacto de una caso con TB RR o MDR, (9) Niños con sospecha de TB, (11) personal sanitario con sospecha de TB, (12) sintomático respiratorio con 2 baciloscopias negativas y con sospecha de TB, y otros (El Salvador, 2019b) . Dada esta heterogeneidad no podemos calcular el denominador sobre el cual calcular el desempeño. Ello obligaría a tener estimaciones para cada una de estas categorías. Este mismo problema dificulta la comparación interanual. Debe reconocerse el avance ya que en 2016 el número de personas sometidas a pruebas moleculares en el momento del diagnóstico era insignificante y sólo se practicaban si existía una alta sospecha. No obstante, el PNTYER admite que no todas las personas elegibles son finalmente testadas con Xpert ya que ello dependería de que el personal de salud lo marcara siempre en la boleta PCT-3 y ello no ocurre siempre y que, además, toda esta población accediera real y oportunamente a los servicios. Sería interesante una investigación operativa para calcular estas coberturas y actuar sobre las brechas que se observen.

### **Dominio 2.3. Vinculación con el tratamiento y la atención**

Insumos: Además de lo descrito en el Dominio 1.1 en referencia a insumos, la subvención apoyó los servicios para llegar a poblaciones claves, especialmente cómo ya se mencionó en los dominios anteriores, las PPL.

También se apoyó a líderes comunitarios y trabajadores comunitarios para poder entrar en zonas urbanas controladas por bandas violentas (Pandillas) y se homologó una ruta crítica de referencia y retorno con énfasis en el seguimiento de paciente VIH/TB (Visita de campo) (El Salvador 2020f).

Productos: Los servicios de diagnóstico y tratamiento para las PPL, las personas con Diabetes y las personas con VIH se implementaron en los establecimientos o en los penales (ver dominios 2.2 y 2.4). El diagnóstico de la enfermedad tuberculosa conlleva el acceso a la iniciación del tratamiento (Visita de campo).



Resultados: Efectivamente, los pacientes diagnosticados de Tuberculosis y pertenecientes a las poblaciones claves: PPL, personas con Diabetes y personas con VIH iniciaron tratamiento antituberculoso (ver Tablas 8 y 9) (Visita de Campo). Hubo una disminución de la mortalidad de los coinfectados y aumentó correspondientemente la tasa de éxito del tratamiento tuberculoso en personas con VIH (159/203=)78.3% en la cohorte del 2012; comparado con el (141/169=) 83.4% en la cohorte del 2017. No obstante, los datos preliminares de la cohorte 2018 muestran una reducción al 68% (142/209) aunque el aspecto positivo es que el porcentaje de fallecidos en la cohorte sigue bajando. Es de un 15% en la cohorte de 2018, comparado con 23% en la cohorte de 2013, 20.3% en la de 2015, 15.3% en 2016 o 16.6% en la de 2017 (Garay Ramos,2019) (El Salvador, 2018b)<sup>5</sup>.

#### **Dominio 2.4. Tratamiento, atención clínica y monitoreo**

Insumos: Aparte de lo descrito en el Dominio 1.1 sobre el carácter de pago por resultados de la subvención que no permiten asignar la subvención a un rubro presupuestario como en una subvención tradicional, sabemos que los fondos se utilizaron para brindar soporte técnico regular a los proveedores de servicio, sensibilización a los trabajadores de salud, apoyo para el seguimiento y extensión de tratamiento en la comunidad mediante la utilización de experiencias público-privado (escuelas, mercados, clínicas privadas, establecimientos industriales y comerciales) y público-público (con otras entidades proveedoras públicas, a señalar especialmente los penales) (Visita de campo) (El Salvador 2020f).

Productos: Se fortaleció el personal que suministra TAES dentro del sistema penitenciario. Por otra parte, se continuaron desarrollando los lineamientos en tratamiento de TB dentro de la estrategia PAL y de diagnóstico de TB para personas con enfermedades respiratorias crónicas. Se reforzó la capacidad de tratamiento de la TB RR/MDR en el Hospital Saldaña mediante rehabilitación física del espacio de aislamiento, dotación de equipos en el laboratorio y garantizando la movilidad de pacientes. Además, se incrementó la formación de personal médico capaz de mantener estos tratamientos en al menos dos hospitales, uno en Oriente y otro en el Occidente del país, preparados para un posible aumento de RR/MDR. También se amplió la red de laboratorios capaces de desarrollar cultivos para el seguimiento de tratamientos, incluido el del propio hospital Saldaña, tal como se ha comentado en el Dominio 2.1. (Visita de Campo).

Resultados: Las tasas de éxito de tratamiento se han mantenido por encima del 88% entre 2010 y 2018 según indica la tabla siguiente y no hay un empeoramiento de las tasas de perdidos para el seguimiento, incluso en casos de TB RR/MDR (Visita de campo). El país todavía no ha incorporado los tratamientos orales de segunda línea. Está previsto iniciarlos y substituir a los inyectables durante el 2020.

**Tabla 11: Tasas de éxito de tratamiento tuberculosis. El Salvador 2001-2018.**

	<b>2001</b>	<b>2005</b>	<b>2009</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Cohorte	1458	1794	1686	2176	2206	2452	3084	3666	3017
Éxito de tratamiento	1247	1633	1484	2026	2025	2283	2803	3230	2715
Porcentaje curación	85.5	91	88	93.1	91.8	93.1	90.9	88.1	90

Fuente: Garay Ramos (2019)

<sup>5</sup> Las fuentes consultadas no ofrecen las cifras absolutas de los numeradores y denominadores.

## **Dominio 2.5. Enfoque y métodos para garantizar la calidad**

Insumos: Parece que no existe un apoyo financiero específico para una estrategia nacional de calidad, pero implícitamente hay actividades financiadas para mejorar la eficacia (por ejemplo, la mejora de las técnicas diagnósticas), la accesibilidad (por ejemplo, el despliegue de tecnología en los centros penales y las políticas de alianza público privadas), la puntualidad o la seguridad. Sí que hay un apoyo explícito a los métodos de calidad de los procedimientos laboratoriales. La subvención también apoya, con financiación la movilidad y las actividades de supervisión formativa. La OPS apoya la evaluación del PENM. El propio PNTYER genera protocolos de actuación y normas técnicas referentes al manejo de la TB (Visita de campo) (El Salvador, 2008; 2014; 2016).

Productos: Existen definiciones de calidad en la prestación de servicios elaboradas por el PNTYER (PNMTB, 2018). En el campo de laboratorio se reforzó tanto las inversiones relacionadas con bioseguridad (ver dominio 2.2.) como el control de calidad en baciloscopia realizado por el Laboratorio Nacional de Salud Pública, que es el de referencia (PNTYER, 2020).

Resultados: Aunque no existen datos que midan específicamente la mejora de calidad de los servicios en cuidados de TB, podrían utilizarse los datos programáticos con carácter substitutivo que mostrarían el mantenimiento y/o mejora de los indicadores programáticos (Visita de campo).

Los parámetros de control de calidad de la baciloscopia que consiste en relecturas ciegas de extendidos ofrecen datos satisfactorios (ver tabla siguiente). Se mantienen dentro de límites más que aceptables y en cualquier caso parece actuarse cuando hay una desviación (Visita de campo). Por otra parte, el Laboratorio Nacional de Salud Pública ha recibido recomendaciones del Comité de Luz Verde y de otros expertos sobre cómo mejorar el control de la calidad de las baciloscopias y está actualmente implementando estos cambios (Visita de campo).

**Tabla 12 Control de calidad de las baciloscopias. Sensibilidad, especificidad y concordancia entre lectores. EL Salvador (2011-2019)**

Año	Sensibilidad	Especificidad	Concordancia
2011	98.5	99.8	99.6
2012	99.2	99.9	99.7
2013	96.1	99.9	99.5
2014	95.3	99.9	99.7
2015	99.2	99.9	99.7
2016	99.3	99.8	99.8
2017	99.3	99.8	99.5
2018	99.3	99.9	99.8
2019	97	99.9	99.6

Fuente: El Salvador (2020b)

## Panel de indicadores básicos para TB: Objetivo 2

Panel de indicadores clave			
1	Muy bajo		
2	Bajo		
3	Moderado		
4	Bueno		
Indicador	Puntuación	Justificación	Fuente de Datos
<b>Cobertura de tratamiento:</b> % de casos notificados de todas las formas de TB – confirmados bacteriológicamente y diagnosticados clínicamente, nuevos y recaídas entre todos los casos estimados (en todas sus formas).	4	Casos notificados (2018) = 3624 Casos notificados (2019) (dato preliminar) = 3009 Casos estimados (OMS) (2018) = 4500 (3500-5700) El porcentaje debe calcularse con el numerador y denominador comparables). Ya que no existen todavía las estimaciones OMS 2019, se usan los datos 2018 (3624/4500=80.5%).	OMS (2019) Garay Ramos (2020b) OMS (2020)
<b>Tasa de éxito del tratamiento:</b> % de casos de TB, en todas sus formas, bacteriológicamente confirmados y diagnosticados clínicamente, tratados con éxito (curados y con el tratamiento completado) entre todos los casos notificados de TB (susceptibles a los medicamentos).	4	Según OMS (2017) = 90%	OMS (2019)
<b>Tasa de éxito del tratamiento TB RR/MDR:</b> % de casos confirmados bacteriológicamente de tuberculosis RR/MDR tratados con éxito (curados y con el tratamiento completado) entre los inscritos en el tratamiento antituberculoso de segunda línea.	4	Según OMS (2016) MDR/RR TB 100% (n=5) Según PNTYER (2017) MDR/RR TB 81% (n=16)	OMS (2019) Alfaro Ascensio (2020)
<b>TARV para TB/VIH:</b> % de pacientes con tuberculosis registrados con VIH positive (nuevos y con recaída) que recibieron terapia antirretroviral durante el	2	Casos notificados de coinfección VIH/TB (2019): 187 (dato preliminar). Casos de coinfección recibiendo ARV durante el tratamiento TB: 122 Porcentaje: 65.2% Para 2018: 166/209=79%	Garay Ramos (2020c) para datos 2019. OMS (2019) para datos de 2018.

tratamiento de la TB			
<b>Compuesto en todos los componentes relevantes (4)</b>	<b>3.5</b>		

### **Objetivo 3. Hasta qué punto los sistemas de datos nacionales generan, informan de y utilizan datos de calidad.**

#### **Aspectos generales:**

El PNTYER gestiona directamente con cierta autonomía un sistema de información propio para TB que, como veremos más adelante, es todavía predominantemente de base manual pero que está previsto unificar en el Sistema Único de Información (SUIS) que estará completamente computarizado y dependiendo del liderazgo de la Dirección General de Tecnologías y Comunicaciones del Ministerio y, en último término, del ambicioso plan (o agenda digital) lanzado por la Presidencia de la República (El Salvador, Presidencia, 2020). La responsable de los sistemas de información del PNTYER es la contraparte con estos organismos y es consciente tanto de la oportunidad que ello abre como de los riesgos de retraso en la implementación de mejoras que ello supone (Visita de campo).

Dada su fortaleza interna y su peso dentro del Ministerio, el PNTYER realiza las propias supervisiones de las actividades programáticas incluyendo el control sobre la calidad de los indicadores suministrados y un plan rutinario de monitoreo y evaluación de las actividades programáticas en cada región, vinculado al PENM TB (Garay Ramos 2020a). El sistema de información para TB está también implantado en las redes de los proveedores que no dependen del MINSAL (ISSS, sistema magisterial, penales,) y se realiza una integración manual en cada región o en el propio nivel central. El PNTYER también difunde los principios de Monitoreo del Programa a todos los otros proveedores de servicios y socios colaboradores (Visita de campo).

#### **Dominio 3.1. Datos epidemiológicos, de vigilancia y de contexto**

**Insumos:** Aparte de lo consignado en el Dominio 1.1. sobre las características no finalistas de la subvención, en estos últimos años, la subvención del Fondo Mundial fue utilizada para apoyar al sistema de datos (incluyendo la adquisición de hardware y el desarrollo de software), para mejorar la calidad de los datos (mediante la realización de audits de datos) y su monitorización y para apoyar a la investigación social, incluyendo investigaciones cualitativas (Plan de compras 2020, Visita de campo). También se ejecutaron evaluaciones de la calidad del dato.

**Productos:** El Salvador produce indicadores programáticos de acuerdo con la estrategia nacional descrita en el PENM (Visita de campo y Garay Ramos 2020b). También se han realizado revisiones anuales de la calidad de los datos (*Data Quality Reviews*, el último, en el segundo semestre de 2019, (El Fondo Mundial, 2019) para poder monitorizar la calidad del dato, especialmente aquellos utilizados para los indicadores utilizados en la subvención.

**Resultados:** Existe desde hace años un sistema muy consolidado de registro de pacientes y de seguimiento de pacientes y contactos de base manual, basado en una serie de documentos y libros llamados históricamente y genéricamente PCTs (se suponen que es el acrónimo que correspondían en su inicio a Programa Control de TB, aunque se usa como un término lexicalizado leído como “pecetas”). El sistema con un alto consumo de tiempo administrativo y de personal permite seguir teóricamente a los pacientes a través de su camino entre diagnóstico y tratamiento y proveer de datos agregados para alimentar los indicadores programáticos, pero con problemas de calidad y de oportunidad temporal (El Fondo Mundial, 2019) que se mantienen a través de los distintos análisis. Un caso específico, que afecta a los indicadores del Fondo Mundial, es la ausencia de automatización

y conexión de los resultados de pruebas de sensibilidad en el Laboratorio de Referencia con el resto del sistema de información. Ello provoca duplicaciones. El PNTYER está trabajando para limpiar los datos siguiendo las recomendaciones del *Data Quality Review* que insiste razonablemente en clarificar bien las fuentes primarias para este indicador.

El último *Data Quality Review* plantea repetidamente algunos problemas estructurales que parecen estar muy ligados al tratamiento básicamente manual de los datos. En los establecimientos de salud donde se observó el funcionamiento del módulo web para tratamiento de la tuberculosis del SIAP, tanto *el Data Quality Review* como la visita de campo, ejemplifican los retrasos en la implantación del SIAP incluso en los llamados establecimientos pilotos donde hay problemas organizativos para asegurar su funcionamiento, como describimos más adelante.

### **Dominio 3.2. Uso del servicio y datos e informaciones del programa**

Insumos: (ver también nota en Dominio 1.1.). En especial en este dominio la subvención ha facilitado la adquisición de computadoras y otros equipos y el encargo de software para conectar equipos de laboratorio (Visita de campo y Plan de compras, 2020).

Productos: El sistema no tiene todavía un código de identificación único (CIU) a pesar de que existe un número de identidad en uso en el país al menos para la población adulta no extranjera (Documento Único de Identificación o DUI), que en teoría debe proporcionarse cuando se accede a servicios de salud, aunque no siempre es así. De hecho, algunas personas carecen de DUI. Recuérdese además que muchas personas privadas de libertad usan un nombre distinto en el penal y fuera y la no utilización del CIU plantea problemas de duplicación y trazabilidad y explica la existencia de datos agregados discordantes entre, por ejemplo, entre el Laboratorio Nacional de Referencia y las unidades de salud (Visita de campo).

Hay un plan general de creación de un SUIIS con un expediente electrónico para cada ciudadano que integraría la información sobre tuberculosis de forma digital desde su origen, eliminando los formularios y libros manuales actuales. El SUIIS que ya se previó en la Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud de Mayo de 2019 (Ley, 2020) fue asumido activamente por la Agenda Digital del nuevo Gobierno que tomó posesión en Junio 2019 (El Salvador, Presidencia, 2020) pero no dispone todavía ni de un calendario de implementación conocido ni de qué prioridad se establecerá entre las distintas iniciativas de innovación digital anunciadas por el Gobierno que compiten entre ellas ni qué aspectos de la atención a la salud serán priorizados (Visita de campo).

El SUIIS integrará el SIAP (Sistema integrado de atención al paciente) que va desarrollándose desde hace algunos años y que dispone ya de un módulo de TB que incluye: los sintomáticos respiratorios y su descarte, los casos de TB con sus fichas clínicas, sus exámenes de laboratorio y resultados radiológicos (sin imágenes), el control de tratamiento y el seguimiento de contacto (El Salvador. Tecnologías de la Información, 2020). Ello lógicamente exige que todos los puestos de trabajo estén dotados del hardware correspondiente y conectados. No obstante, el módulo de TB sólo se está implantado en 2 distritos durante 2020 y su plan de crecimiento queda pendiente del plan general de la Agenda Digital del Gobierno. Además, en los distritos donde se está implantando no siempre puede utilizarse en toda su funcionalidad porque no todos los departamentos de una institución (por ejemplo, los consultorios médicos) están dotados de computadora y acceso a internet (Visita de campo).

Finalmente, se ha avanzado en la creación de una página web, conocido como Sistema Web Central de TB, que permite ingresar en aquellos centros con computadora y acceso, los formatos existentes

en soporte web facilitando la conexión con el Programa y ahorrando muchos errores de consolidación manual (El Salvador, 2020c) y que se espera que mejoren la calidad y oportunidad del dato si/cuando se repita la evaluación de la calidad de los datos (*Data Quality Review*) en 2020 (Visita de campo).

Resultados: La estructura y el flujo de datos del sistema de información nacional está todavía basado en datos agregados a pesar del plan de SUIIS descrito en el dominio anterior (Visita de campo) pero sí que está completamente alineado con el sistema nacional de monitoreo y evaluación. A pesar de que el sistema de información continúa siendo de base manual, el trabajo del PNTYER permite obtener los indicadores programáticos esenciales que miden la evolución de la productividad y el uso de los servicios. Parece difícil mejorar la calidad del dato hasta que no se implemente la computarización descrita más arriba ya que el margen para la mejora del sistema manual es limitado. Tampoco permite reducir las duplicaciones (por ausencia de número identificativo único) y el seguimiento de los enfermos debe hacerse de forma manual entre establecimiento y establecimiento en el caso de referencias o traslados de residencia. Ello es todavía más complejo en el caso de la población que abandona los penales o que es trasladada entre establecimientos penitenciarios o entre centros de detención y penales (Visita de campo).

### **Dominio 3.3. Utilización de los datos para orientar el diseño y la práctica del servicio**

Insumos: (ver también descripción en Dominio 1.1.) Fondos de la subvención se han utilizado para el desarrollo de habilidades en el análisis de los datos y su uso en los establecimientos (Visita de campo).

Productos: Hemos comprobado cómo los formatos para la recolección de datos, por ejemplo, las solicitudes de examen bacteriológicos, se modifican para ajustarse a los cambios en las normas y para permitir su análisis (Visita de campo).

Resultados: Hay una mayor integración de la información, produciéndose cruces entre datos de laboratorio y los datos directamente programáticos o entre éstos y los datos de stocks del almacén. También se ha avanzado en la integración entre datos de laboratorio y los datos clínicos introducidos en las PCTs y se realizan tareas de seguimiento rutinarias y regulares de las recomendaciones de las revisiones de la calidad de los datos (DQR): oportunidad y exhaustividad de los informes. No obstante, todo ello está todavía limitado por la falta de computarización y de integración informática. Los equipos Xpert no disponen todavía de un software que permita integrar los resultados automáticamente en el sistema de información ni alertar automáticamente de los resultados como es frecuente en otros países (Visita de campo).

## Panel de indicadores básicos: Objetivo 3<sup>6</sup>

Indicador	Puntuación	Justificación	Fuente de Datos
<b>Presencia de</b> sistemas de datos para investigación de contactos y terapia preventiva	<b>2</b>	El sistema de información (manual) registra los contactos (1) del caso índice, si ha sido descartado para TB (2), si es elegible para terapia preventiva (3), y si ha iniciado tratamiento preventivo (4).	Visita de campo : registros de contactos y de tratamiento preventivo en los establecimientos).
<b>Exhaustividad (calidad de datos)</b>	<b>1</b>	El porcentaje de informes esperados completos y de los establecimientos es mayor al 80%. (86%). Se basa en sistema papel transmitido por ingreso en página web.	El Fondo Mundial, 2019 (Visita de campo).
<b>Oportunidad (calidad de datos)</b>	<b>0</b>	El porcentaje de informes desde los establecimientos sanitarios que llegan a tiempo es inferior al 80% (59%). Se basa en sistema papel transmitido por ingreso en página web.	El Fondo Mundial, 2019 (Visita de campo).
<b>Compuesto<sup>7</sup> en todos los componentes relevantes (3)</b>	<b>3</b>	Puntuación 3, considerada moderada.	

<sup>6</sup> El panel de indicadores clave para este objetivo se aplica solo a la puntuación compuesta. Para la puntuación del componente, consulte el Protocolo Básico para obtener una guía de puntuación.

<sup>7</sup> La puntuación compuesta para el objetivo 3 es la suma de los 3 indicadores que lo componen, no un promedio.



## Análisis

### Impacto

Las contribuciones del Fondo Mundial a lo largo de los últimos años han sido clave para que el país alcanzara una progresiva mejora en los indicadores programáticos, en el desempeño de las estrategias y en la contención de la epidemia fuera de los penales. No obstante, incluso este logro está ahora gravemente amenazado por el aumento de la epidemia entre las PPL. Cómo ya hemos repetido en este documento hay hallazgos que indican que la epidemia está afectando, desde los penales, a la población general ya que contrariamente a lo que la opinión pública salvadoreña parece creer, hay relación y contagio constante de los penales a la comunidad y viceversa.

El impacto de la subvención no ha sido equitativo y parece seguir discriminando las PPL y las áreas del país de difícil acceso por la situación de violencia delincuencial.

La modalidad de *pago por resultados* ha dotado a la subvención de una mayor flexibilidad y el receptor principal (Ministerio de Salud) parece demostrar capacidad para implementarla. No podemos comparar con lo que habría sido la administración de la subvención usando los canales finalistas tradicionales, pero parece existir un consenso que el *pago por resultados* ha funcionado y mantenido un sistema de rendición de cuentas adecuado.

### Inversión estratégica efectiva

Los hallazgos del Objetivo 1 muestran que los fondos de la subvención se han invertido estratégicamente en el desarrollo de la estrategia nacional de la enfermedad y de sus objetivos. Ello es posible por el mantenimiento de un equipo del PNTYER fuerte que es capaz de estar presente e influir positivamente en los distintos aspectos de funcionamiento del sistema de salud, tanto el dependiente del MINSAL donde su influencia jerárquica está bien establecida como entre los otros proveedores (especialmente en el ISSS) donde deben ejecutarse trabajos constantes de abogacía conjuntados con inversiones y soporte a gastos específicos. La dependencia directa del PNTYER del despacho ministerial es una muestra esperanzadora de la relevancia política asignada a la respuesta a la TB a lo largo de los años a pesar de los problemas que comentamos a continuación.

El mantenimiento de un equipo del PNTYER fuerte es clave, pero deberá completarse con una mayor implicación de la Dirección General de Centros Penales en todo lo referente a la mejora de las condiciones de vida y de asistencia a las PPL en los penales y de la Policía para el mismo problema en referencia a los centros de detención provisionales (“bartolinas”) dependientes de ésta. En estos últimos centros diseñados para detenciones cortas, de horas o de pocos días, se hacían personas que padecen detenciones que a menudo se prolongan meses y a veces años en condiciones de habitabilidad muy limitadas y sin servicios de atención médica. Los servicios del Ministerio de Salud, con apoyo de la subvención y de los propios comandantes de estos puestos de detención, han realizado intervenciones de diagnóstico y de soporte al tratamiento ante la evidencia de la existencia continuada de brotes e intentan asegurar la continuación del tratamiento cuando los pacientes son trasladados a la cárcel o dejados en libertad, pero a diferencia de los penales no se ha logrado una inversión estratégica efectiva. La implicación significa la existencia de objetivos de transformación de la situación de los penales y de los centros de detención, liderazgo para ello y presupuestos adecuados.

Es una visión difícil de defender ante una opinión pública muy inclinada a ver en una rígida política penitenciaria la solución más plausible a la situación de violencia en la que el país está sumido desde hace décadas.

Es en estas áreas de los penales y los centros de detención donde la abogacía no parece haber sido suficiente para cambiar la opinión generalizada en el país que parece contraria a la mejora de las condiciones de vida en ellos sin apercibirse de su papel en el mantenimiento de la epidemia de TB en la comunidad. La situación es urgente. Hay razones de derechos humanos referentes al acceso a la atención a la salud y a las condiciones mínimas de habitabilidad azota el país desde hace tiempo. Pero hay también amenazas evidentes sobre la salud pública de toda la sociedad salvadoreña. Aunque se haya podido demostrar una reducción de la incidencia en los centros penales durante 2019, ésta es todavía entre 100 y 200 veces superior a la existente en la población general, y está influyendo muy posiblemente en la incidencia entre la población no reclusa como puede observarse en el aumento de la incidencia en 2019 entre la población atendida por el Ministerio y por el ISSS. Otros analistas ya advirtieron sobre esta posibilidad (Majumdar y Fagan, 2019). El aumento de la incidencia en la PPL en 2015 y 2016 se asoció a la adopción de medidas excepcionales policiales y penitenciarias a partir de aquellos años ilustrando la estrecha conexión entre política penal y policial e incidencia de TB. Los últimos datos referentes al aumento de MDR/RR en población reclusa son también muy preocupantes sin mencionar el efecto devastador que puede tener la llegada de la COVID 19. El seguimiento de los pacientes liberados, ya sea de los penales o de las bartolinas, y de los trasladados entre una cárcel y otra por motivos de seguridad continúa siendo muy problemático. Todas las personas entrevistadas reconocen esta dificultad y la existencia de casos tratados cuyo seguimiento se pierde. El Departamento Médico Odontológico de los penales valora en un 5% los casos perdidos al seguimiento una vez las PPL en tratamiento abandonan los penales (Visita de campo). No obstante, esta cifra es posiblemente una subvaloración porque se refiere a los casos en los que no se obtuvo un domicilio y centro de salud de referencia para la PPL. Las entrevistas en los establecimientos de salud del Ministerio confirmaron que incluso cuando la dirección facilitada existe, es decir es real, no es siempre posible contactar con el paciente, especialmente si habita en áreas controladas por las “Pandillas”. No obtuvimos resultados cuantificados sobre la magnitud del problema, pero suponemos que es importante. Los establecimientos de salud lo viven como un fracaso y quizás ello actúa inconscientemente en la dificultad de la medida del problema. Es un síntoma más que indica la necesidad de un abordaje profundo sobre la situación en los penales y centros de detención y, en general, sobre la violencia en el país.

Los hallazgos del Objetivo 2 muestran que la subvención ayudó al país a mantener y escalar su capacidad para promover la búsqueda activa de casos; aumentar la prevención farmacológica, aunque queda mucho por escalar en este punto; disponer de un sistema efectivo de control de contactos ; y proveer servicios de efectividad y calidad adecuada en la comunidad a las personas con la enfermedad activa para controlar la epidemia en el ámbito comunitario a pesar de los retos planteados en las zonas controladas por la delincuencia. El sistema de atención se flexibilizó para acceder a estas zonas y favorece la elección de centros por parte de enfermos que por razones de violencia no puedan acceder a los de su zona de residencia. También ha facilitado la colaboración de una multiplicidad de actores públicos y privados en la detección de nuevas personas con la enfermedad y en el soporte al tratamiento.

La mayor brecha, como en el objetivo 1, sigue existiendo en el sistema penitenciario la magnitud de cuya epidemia amenaza, como hemos repetido, la propagación a la comunidad.

También se objetiva el riesgo de que la situación en la TB RR/MDR se deteriore. De nuevo ello está muy relacionado con la situación en los penales. Los datos preliminares de los primeros meses de 2020 muestran un aumento muy preocupante. Debemos admitir que el sistema es capaz de detectar estas alarmas precoces y es plausible esperar que se responda adecuadamente y oportunamente pero cualquier respuesta puede quedar superada rápidamente si hay una explosión de casos.

La evaluación observó en las reuniones con grupos focales de afectados la gran diferencia entre la población cubierta por el sistema de seguridad social (aproximadamente 1,700,000 o un 25% de la población), que tiene derecho a un subsidio de enfermedad después del diagnóstico, y la población no cubierta (aproximadamente 5,000,000) cuya capacidad de hacer frente a los gastos vitales durante la enfermedad son muy limitados llevándoles a menudo a situaciones de total vulnerabilidad o a seguir trabajando informalmente y propagar la cadena de contagio.

Finalmente, a pesar de las mejoras, todavía se observan déficits en la cooperación entre la respuesta a la TB y al VIH. Los indicadores demostrativos son, por una parte, el porcentaje todavía bajo de personas con VIH que son sometidas a descartes de TB y a tratamiento de la infección latente y, por otra, el porcentaje de pacientes con TB/VIH en TARV. A pesar de la mejora en los años recientes, se indica la necesidad de progresar en la coordinación entre ambos programas tanto en los servicios dependientes del MINSAL como, sobre todo, en los que dependen de otros proveedores, especialmente el ISSS.

Los hallazgos del Objetivo 3 muestran que los fondos de la subvención fueron útiles para disponer de informes sobre la evolución de la epidemia y han colaborado con avances importantes en los sistemas de información para dar respuesta a la TB como la página web que permite la consolidación más automatizada de los formatos de cada establecimiento y región y el proyecto piloto del SIAP en dos departamentos del país que incluyó la dotación de hardware, la integración de algunos equipos de laboratorio y otros avances. No obstante, la transformación en un sistema computarizado se ha visto retrasado por la necesidad de alinearse con el actual Plan Presidencial de agenda digital y de los problemas organizativos en los lugares donde se están pilotando que también se relacionan con la extensión del plan digital general del establecimiento de salud, por ejemplo, la ausencia de computadoras en otros lugares del establecimiento como los dispensarios desde donde se debería también alimentar el sistema. Ello crea una situación de transición en la que por una parte es difícil mantener y mejorar la calidad y oportunidad del dato y el seguimiento de las recomendaciones recibidas por su alto costo administrativo y por otro, la implantación del nuevo sistema electrónico, que debería reducir drásticamente los problemas de retraso e integridad de los datos, se está demorando demasiado. Un ejemplo es el de la puntualidad en los informes, que es realmente baja (sólo alrededor de un 50% de reportes llegan a tiempo) donde la recomendación del *Data Quality Review* de dar un seguimiento más riguroso a este aspecto parece coludir constantemente con la necesidad de los equipos de los SIBASIs de atender muchas otras tareas. Otro ejemplo es la recomendación de elaborar un plan calendarizado de la implementación del módulo web de tuberculosis del SIAP que es totalmente dependiente del Plan Presidencial cuyos detalles todavía no se conocen.

El PNTYER sigue este tema con atención para evitar verse sobrepasado por otras prioridades en los sistemas de información y es pertinente pensar que la subvención debe/puede alinearse con el mencionado Plan Presidencial y que los recursos que pueda dedicar a este tema van a favorecerlo. La abogacía con el Plan Presidencial va a ser clave en los próximos meses.

## Sostenibilidad

El gasto del país para la respuesta a la TB ha aumentado por encima de sus compromisos de cofinanciamiento con una media de 10.5 millones de dólares entre 2015 y 2017 (Mahumdar y Fagan, 2019). El gasto propio del Gobierno, excluyendo el presupuesto de la seguridad social (ISSS) aumentó de 3.9 millones de dólares el 2014 a 7.8 millones de dólares, el 2015 aunque bajó a 6 millones de dólares en 2017. El Ministerio absorbió la responsabilidad para cubrir staff de laboratorio y adquisición de medicamentos y otros consumibles que anteriormente había cubierto la subvención. No obstante, el aumento de la proporción de lo que significa la subvención sobre la respuesta total a la TB sigue siendo muy importante y estos últimos años (2017 a 2019) ha sido clave para modernizar el utillaje diagnóstico y entrar activamente en la respuesta a la epidemia entre la PPL. La Tabla refleja esta tendencia.

**Tabla 13: Evolución de la proporción entre financiamiento doméstico y donaciones (básicamente del Fondo Mundial)<sup>8</sup>.**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Fondos generales y recursos propios del país	86%	90%	97%	82%	80%	66%
Donaciones	13%	10%	3%	18%	20%	33%

Fuente: El Salvador (2019b)

Debemos mencionar aquí de nuevo que el aumento de la inversión por parte de la Dirección General de Centros Penales ha pasado de virtualmente 0 dólares en 2014 a 140,000 dólares en 2018 e incluyó consolidación de personal de salud dedicado a la respuesta a la TB en un proceso que no fue fácil y donde al parecer el mismo pago de salarios estuvo interrumpido algunos meses. No obstante, la inversión todavía se encuentra muy lejos de lo que sería necesaria para dar una respuesta efectiva a la población penal. Muchos insumos utilizados son facilitados directamente por el Ministerio de Salud y no están contabilizados separadamente.

La previsión que hace el informe de sostenibilidad (Mahumdar y Fagan, 2019) prevé la aparición de una brecha por la disminución de la subvención del Fondo Mundial en los próximos años, pero esta brecha será mayor y debería añadirse además el aumento indispensable, pero no contemplado ni contabilizado, en los presupuestos de la DGCP para hacer frente a más inversiones y gastos necesarios en la respuesta a la TB en la PPL.

**Tabla 14: Estimación de la evolución de la financiación de la respuesta a la TB. El Salvador 2017-2021.**

	2017	2018	2019	2020	2021
Fondo Mundial	3,053,668	2,514,184	1,591,240	1,335,771	1,315,728
		-18%	-37%	-16%	-2%
MINSAL	6,672,000	7,248,399	8,127,446	8,333,379	9,137,237
		9%	12%	3%	10%
ISSS	1,087,663	1,131,989	1,179,345	1,230,124	1,353,137
		4%	4%	4%	10%
FOSALUD	321,384	307,384	307,384	307,384	338,122

<sup>8</sup> El informe MEGA referenciado (El Salvador, 2019b) como la fuente de la información no presenta las cifras absolutas a partir de las cuales calcula los porcentajes.

		-4%	0%	0%	10%
Total	11,134,715	11,201,956	11,205,415	11,206,658	12,144,224
		1%	0%	0%	8%
Brecha de financiación	0	0	227,800	77,800	77,800
El Fondo Mundial como % total	27%	22%	14%	12%	11%

Fuente: El Salvador (2019b), Mahundar y Fagan (2019) y elaboración propia. (Obsérvese que la estimación no reconoce el gasto consolidado de 2018 y 2019 cuyas cifras difieren de las citadas en el texto debido en parte al uso de metodologías distintas.

Los hallazgos del Objetivo 4 de esta evaluación muestran que las inversiones del Fondo Mundial han contribuido a desarrollar sistemas y a aumentar la capacidad para que la respuesta a la TB pueda sostenerse incluyendo la consolidación de un equipo potente a quien la subvención dotó de herramientas para influir positivamente sobre todo el sistema y para establecer e implementar normas y procedimientos. No obstante, la magnitud de la epidemia en los penales exige una inversión mucho más importante en este campo que queda fuera de las posibilidades del Programa Nacional y del Ministerio de Salud y que posiblemente implica un replanteamiento de la política penal en el país.

El soporte del Ministerio de Salud, a través del PNTYER, a los establecimientos penales provoca ya una carga financiera insostenible para éste que aumentaría si se afrontasen los retos necesarios. Los otros organismos proveedores de salud, incluyendo la Dirección General de Centros Penales, deben aumentar los recursos tanto directos como indirectos dedicados a la lucha contra la enfermedad. Por recursos directos nos referimos a los bienes, servicios y consumos directamente dirigidos al diagnóstico y tratamiento de los casos de TB (insumos de laboratorio -incluyendo cartuchos Xpert-, medicamentos, personal de salud capacitado dimensionado de acuerdo con el volumen de casos y actividades a realizar, inversiones para aislamiento y diagnóstico -incluyendo radiología para los penales). Por recursos indirectos, nos referimos a los costes de las transformaciones necesarias. Por ejemplo, en los penales, no es posible implementar políticas de aislamiento eficaz sin una inversión importante en espacios físicos y nuevos procedimientos en política penitenciaria. Ello implica posiblemente una revisión general de la política penitenciaria y de detención.

Si bien el volumen de recursos dedicados a la respuesta nacional a la TB ha aumentado, no ha logrado todavía disminuir su dependencia de los fondos internacionales. La necesidad, por una parte, de actuar sobre las cárceles y de aumentar de forma muy importante la inversión en ellas y la continuación en las mejoras de la red laboratorial y de asistencia a la salud hace difícil pensar en una sostenibilidad completa a corto plazo.

**Tabla 15. Plan del Fondo Mundial para el Análisis de Prioridades del Portafolio de País**

Dimensión	Actividades Críticas
<b>Identificar y tratar efectivamente más casos</b>	A pesar de lo mucho que aumentó la capacidad para identificar y tratar la TB entre la PPL, debe mantenerse y aumentar esta capacidad en los penales y en las bartolinas, tratarlos efectivamente, que incluye condiciones de habitabilidad y aislamiento adecuadas y el seguimiento de contactos y el del tratamiento, especialmente entre establecimientos carcelarios y entre éstos, los centros de

	<p>detención y la comunidad.</p> <p>La adopción de tratamientos orales cortos para los casos de TB MDR /RR todavía no se ha generalizado, aunque ya está prevista la llegada al país en los próximos tres meses y la adopción de tratamientos preventivos más efectivos y aceptables (Rifapentina, por ejemplo). Es un reto todavía pendiente. La implantación del tratamiento preventivo en los penales requerirá un esfuerzo importante. La extensión de los logros del tratamiento preventivo de la infección latente en contactos adultos y otras poblaciones susceptibles deberá continuar.</p> <p>En la comunidad, debe destacarse los avances en las alianzas público-privado que deben generalizarse a las zonas del país donde todavía no se han implantado.</p>
<p><b>Prevenir casos nuevos</b></p>	<p>La investigación de contactos está amenazada por las dificultades de su seguimiento en las zonas del país sometidas a violencia y entre la PPL y la comunidad. El tratamiento de la infección latente se mantiene en contactos infantiles de casos índices y ha progresado en personas que viven con VIH, aunque en este caso la tasa de cobertura es todavía baja. Deberá estudiarse el tratamiento de la infección latente en los penales y centros de detención (bartolinas) donde posiblemente la prevalencia es muy alta. Éste es una parte del pleno reconocimiento del derecho a la salud entre la PPL y de la transformación de la política penal para hacerlo realidad. La prevención del contagio de TB MDR/RR en los penales mediante identificación y tratamiento oportuno de los casos y medidas de seguimiento y de contactos intra y extra carcelarios y control de la infección es otro de los retos actuales.</p>
<p><b>Incrementar la disponibilidad de financiamiento para TB</b></p>	<p>El compromiso político, la responsabilidad y la transparencia del gobierno existían y continuaron con la administración que tomó posesión en 2019. El Gobierno destina fondos para la prevención y tratamiento entre población clave, incluyendo recursos humanos, que anteriormente había cubierto el Fondo Mundial. Si bien la financiación doméstica para la respuesta a la TB aumentó por encima de sus compromisos hasta 2017, año en el que hubo una reducción. El aumento de actividades de la respuesta en 2018 y 2019 llevó de nuevo a aumentar la brecha entre el gasto total y el doméstico con un nuevo aumento del papel de las donaciones.</p> <p>La Dirección General de Centros Penales aumentó su gasto en la respuesta a la Tuberculosis de virtualmente nada en 2014 a \$140,000 en 2018, pero continúa estando muy por debajo de las necesidades de respuesta en los penales. Parece</p>

	políticamente difícil movilizar más gasto público para los penales.
<b>Reducir el costo de combatir la TB</b>	<p>La mayoría de insumos específicos para TB se adquieren en buenas condiciones a través de la OPS/Mecanismo de adquisición del Partenariado Stop TB (<i>Global Drug Facility</i>) pero ello no necesariamente afecta a la política de otros insumos necesarios. Todavía no se han implementado los tratamientos nuevos para TB RR/MDR. Ello aumentará la efectividad, pero también aumentará el costo; como sucede también con la aplicación generalizada de las pruebas moleculares de diagnóstico que ha ido aumentando progresivamente en los dos últimos años.</p> <p>Los efectos indeseables de la fragmentación del sistema público de atención a la salud en El Salvador, entre MINSAL, ISSS, el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) y otros también afecta la atención a la TB, incluyendo los problemas provocados en el manejo de la información y dentro de cada subsistema también puede mejorarse la integración entre la atención al VIH y a la TB.</p> <p>La automatización del sistema de información, a pesar de que requiere todavía inversión específica para TB y general para todo el sistema, significará una mayor eficiencia al liberar tiempo y recursos que actualmente están siendo utilizados para mantener un sistema manual con una calidad mejorable. El reto actual es que la operación ha quedado englobada en un Plan Presidencial donde existe el riesgo de que la TB pierda prioridad. El PNTYER sigue activamente este tema.</p>

## Recomendaciones

#	Recomendaciones de Mayor Relevancia	Prioridad	¿Quién la implementa?	¿Para cuándo?	Implicaciones para el financiamiento del Fondo Mundial
1	<b>Involucrar a la DGCP, la autoridad de la Policía (en lo referente a los centros de detección o bartolinas) (y posiblemente las autoridades del país al más alto nivel) para lograr el máximo soporte institucional y financiero para mejorar las condiciones de la respuesta a la epidemia de TB en los penales. Existe un Plan de Mejora (ver <i>Líneas Estratégicas en López Quijano, 2020</i>) y una lista de recomendaciones en la Hoja de Ruta (El Salvador Ministerio de Salud, Hoja 2020) para sostenibilidad que deberían retomarse, ajustarlas si es necesario, validarse e implementarse. Implicará la revisión de aspectos más generales de la política penal y penitenciaria del país.</b>	Alta	PNTYER, DGCP, MINSAL, Ministerio de Justicia, Policía, Parlamento, OPS	2020	Incorporar una condicionalidad en la próxima subvención sobre este tema vinculada al compromiso de mejorar la situación de los penales y un claro aumento presupuestario a este fin. Insistir en la posibilidad de usar los fondos de la subvención para actividades de abogacía y asistencia técnica que permitan influir en la percepción social del problema que supone la situación en los penales para la salud pública del país y los DDHH.
2	<b>Implementar el tamizaje sistemático de la PPL en penales y bartolinas. Podría consistir en tamizaje radiológico sistemático al ingreso en cualquier penal o bartolina. Debería estudiarse el coste y la factibilidad del plan.</b>	Alta	PNTYER, DGCP, Policía	2020	Independientemente de lo anterior, es posible implementar un tamizaje sistemático en los ingresos. Habría que valorar la inversión necesaria en radiología (pensar por ejemplo en la posibilidad de equipos portátiles manuales “hand-held” y completar el despliegue de Xpert).



3	<b>Estudiar la implementación de los nuevos regímenes y drogas más efectivos para los tratamientos de la infección latente de TB que lleven a establecer una nueva norma nacional que incluya la posible implementación de terapia preventiva en PPL.</b>	Media	PNTYER, OPS	2020	La subvención podría financiar AT especialmente en lo referente a la implementación de tratamiento preventivo de la Infección Latente en penales y centros de detención. También abogaría para el ingreso en el país de los nuevos esquemas con Rifapentina.
4	<b>Incrementar la abogacía intragubernamental y con el resto de proveedores de servicios para asegurar la incorporación del módulo de TB en el SUIIS lo más rápidamente posible y alinear las inversiones previstas en el mismo sentido.</b>	Alta	Dirección de Tecnologías de la Información y la Comunicación, PNTYER, Gobierno.	2020	
5	<b>Identificar los problemas de colaboración entre el Programa VIH y el Programa TB en lo referente a la sistematización de la atención a los coinfectados y la transferencia de la información.</b>	Alta	PNTYER, Programa VIH, ISSS.	2020	Debe recordarse que un síntoma de los problemas de colaboración son la diferencia de datos entre el programa VIH y el PNTYER. En el informe vimos como no pudimos obtener los datos de descarte para las PVVIH que NO son atendidas por el MINSAL (48% de las PVVIH). Por otra parte, los datos primarios obtenidos durante la visita son más concluyentes que los declarados en los perfiles de la OMS que dan estimaciones muy superiores (73% de tratamiento preventivo en PVVIH) para 2018 (OMS, 2019). Tampoco hay una explicación concluyente para explicar el

					<p>deterioro aparente de los resultados del tratamiento TB en coinfectados para la cohorte de 2018. Es necesaria una investigación operativa para consolidar datos tan dispares incluyendo las diferencias entre las estimaciones ofrecidas por el PNTYER y el programa de VIH y para entender por qué se deterioró la tasa de curación en coinfectados o la toma de ARV en pacientes con TB.</p>
--	--	--	--	--	---

## Referencias

- Alfaro Ascencio, H.V.(2020, Febrero, 28). *Programa de Tuberculosis (PNTYER) TB-MDR en el Salvador: años 2005 a 2019*. Presentación durante la visita de campo.
- Banco Mundial. (2020). *El Salvador: Panorama General*. <https://www.bancomundial.org/es/country/elsalvador/overview>.
- El Fondo Mundial. (2020) Informe del estado de avance durante el período del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019.
- El Fondo Mundial. (2019a ). *Grant Confirmation SLV-T-MOH, 1744*
- El Fondo Mundial. (2019b). *Targeted Data Quality Review Report*. [Unpublished Report] The Global Fund (2019c). *Formulario para la solicitud de Financiamiento adaptada para Estrategia Nacional (Proyectos Piloto) MCP El Salvador*
- El Salvador. (2014). *Diario Oficial 4 Noviembre 2014*. [https://www.transparencia.gob.sv/system/documents/documents/000/089/640/original/Diario\\_Oficial-04-Nov-2014.pdf?1500368605](https://www.transparencia.gob.sv/system/documents/documents/000/089/640/original/Diario_Oficial-04-Nov-2014.pdf?1500368605)
- El Salvador. (2016).Estrategia Nacional de Participación Comunitaria para la Prevención y Control de la Tuberculosis 2017-2020 [http://www.transparencia.gob.sv/system/documents/documents/000/154/484/original/estrategia\\_nacional\\_comunitaria\\_tuberculosis\\_2017\\_2020.pdf?1500375747](http://www.transparencia.gob.sv/system/documents/documents/000/154/484/original/estrategia_nacional_comunitaria_tuberculosis_2017_2020.pdf?1500375747)
- El Salvador. (2018 a). Country Coordination Mechanism. *Formulario Solicitud de Financiación CCM El Salvador*.
- El Salvador. (2018b) Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de Salud. Dirección de Regulación y Legislación en Salud. Dirección de Apoyo a la Gestión y Programación Sanitaria. *Plan Estratégico Nacional Multisectorial para el Control de la Tuberculosis 2019-2021 (PENMT)*. San Salvador. El Salvador, C.A. (2018).
- El Salvador. (2019 a). Ministerio de Salud. *Hoja de Ruta para la Sostenibilidad de la acción multisectorial en la respuesta a la tuberculosis en El Salvador*. [http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/17378-17692\\_HojadeRuta.pdf](http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/17378-17692_HojadeRuta.pdf) )
- El Salvador. (2019b). Ministerio de Salud. Unidad de Economía de la salud. Dirección de Planificación. Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. *Medición del Gasto Público en Tuberculosis en El Salvador, año 2018 (MEGATB 2018)*. El Salvador: 2019
- El Salvador. (2019c). Centro de Documentación Judicial. *Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud*. <http://cssp.gob.sv/wp-content/uploads/2016/05/Ley-del-Sistema-Nacional-Integrado-de-Salud..pdf> .
- El Salvador. Ministerio de Salud. (2019d). Programa Nacional de Tuberculosis y enfermedades respiratorias. *Solicitud de examen bacteriológico de Tuberculosis (PCT-3)* (2019). Obtenido durante la visita de campo.

- El Salvador. (2020 a, Febrero, 18). Dirección General de Centros Penales. Departamento Médico Odontológico. *Tuberculosis en Centros Penales. Año 2019*. Presentación durante la visita de campo.
- El Salvador. (2020b, Febrero 26). LNSP Laboratorio Nacional de Salud Pública. *Red de Laboratorio como apoyo al diagnóstico de tuberculosis en El Salvador*. Presentación durante la visita de campo.
- El Salvador. (2020c, Febrero, 28). Ministerio de Salud. Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones (DTIC). *Sistema único de información en salud*. Presentación durante la visita de campo.
- El Salvador. (2020d). Presidencia. *Agenda Digital* <https://innovacion.gob.sv/persona.php>
- El Salvador. (2020e, Febrero, 26). Ministerio de Salud. Plan Nacional de Tuberculosis y enfermedades respiratorias. *Red de laboratorio como apoyo al diagnóstico de tuberculosis en El Salvador*. Presentación durante la visita de campo.<sup>9</sup>
- El Salvador. (2020f). Ministerio de Salud. *Plan de Compras2020*. [Documento no publicado]
- Garay Ramos, J. (2020 a, Febrero, 24). *Propuesta de Cofinanciamiento del “Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la Prevención y Control de la Tuberculosis en El Salvador, 2022-2026: Enfoque Estratégico”*. Presentación durante la visita de campo.
- Garay Ramos, J. (2020b, Febrero, 24). *Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias*. Presentación durante la visita de campo.
- Garay Ramos, J (2020c, Febrero 24) *Situación epidemiológica y operativa de la Tuberculosis. El Salvador. Año 2018*. Presentación durante la Visita de Campo.
- López Quijano, A. (2020). *Propuesta Técnica para el abordaje del diagnóstico, atención, seguimiento y adherencia al tratamiento de la Tuberculosis dentro de los Centros Penales en el marco del Plan Estratégico multisectorial para el control de la tuberculosis en El Salvador 2017-2021*. [Manuscrito no publicado]. Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, El Salvador.
- Majumdar, P. & Fagan, T. (2019). *El Salvador’s Response for Tuberculosis Control: A Sustainability Analysis*. Washington D.C.: Palladium. Health Policy Plus.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019). *Reporte Global de la Tuberculosis*. <https://www.who.int/tb/country/data/profiles/en/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2014). *El Salvador en el camino hacia la cobertura universal de salud: Logros y desafíos*. [https://www.paho.org/els/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=959-informe-tecnico-reforma-de-salud-2009-2011&category\\_slug=sistemas-de-salud-1&Itemid=364](https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=959-informe-tecnico-reforma-de-salud-2009-2011&category_slug=sistemas-de-salud-1&Itemid=364)

---

<sup>9</sup>La presentación lleva la fecha errónea de diciembre 2019, pero incluye ya datos para 2020. Posiblemente se usó un formato de una presentación con fecha anterior y no se corrigió (Nota del consultor)

Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Tuberculosis en la Américas 2018. Encuesta a Programas Nacionales de control de la Tuberculosis (2018)*. <http://www.actbistas.org/wp-content/uploads/2018/09/La-tuberculosis-en-las-americas-2018-Version-final.pdf>

## Información Suplementaria

Consulte el siguiente [documento](#) para obtener información sobre los antecedentes adicionales del proyecto, la metodología específica y las limitaciones de esta evaluación.