

Ref.: LAC/GP/CR/CCS/BOL-T-UNDP/Carta de retroalimentación Spotcheck TB

Ginebra, 1 abril de 2021.

Luciana Mermet
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) Bolivia
Avenida Sánchez Bustamante esq. Calle 14, Edificio Metrobol II
Calacoto, Zona Sur
La Paz - Bolivia (Estado Plurinacional)

BOL-T-UNDP: informe del resultado de la revisión programática de los servicios de prevención y modalidades de diagnóstico del TB

Estimada Dra. Mermet:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para compartir el resultado de la revisión programática de los servicios de prevención y modalidades de diagnóstico de TB que la Secretaría del Fondo Mundial comisionó al Agente Local del Fondo (ALF) para la subvención BOL-T-UNDP realizada en diciembre del 2020.

Agradecemos la excelente colaboración del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD Bolivia como a los Establecimientos de Salud y Programa Nacional por facilitar las coordinaciones debidas y poder hacer el ejercicio a pesar de las limitaciones que impone la actual pandemia de SARS-CoV-2.

A continuación, indicamos los objetivos de esta revisión:

Objetivo General

Evaluar el cumplimiento de las acciones establecidas para satisfacer las necesidades de la población vulnerable que recibe los servicios para la atención de TB y TB RR/MDR.

Objetivos Específicos

1. Evaluar el manejo de los suministros en las unidades de salud donde se implementa el programa tanto para TB sensible como para TB RR/MDR.
2. Evaluar la calidad de los reportes y el registro de datos en las unidades de salud visitadas y comparar con los datos reportados en el nivel nacional.
3. Evaluar la calidad de los servicios ofrecidos en las unidades de salud a visitar que sean en acuerdo a las normas y estándares nacionales.

4. Evaluar el impacto de la pandemia en la implementación del Programa de TB en el país.
5. Proponer recomendaciones/acciones orientadas a la mejora de las intervenciones programáticas y de la calidad de la información.

Metodología

La evaluación se basó en visitas a los Establecimientos de Salud como a la Coordinación de Red, donde se revisó el funcionamiento del sistema de información y la calidad de los servicios prestados. Para la revisión se utilizó herramientas estándares del Fondo Mundial adaptadas a la realidad del país. Dichas herramientas incluyeron el uso de un formulario para la revisión de calidad de los servicios visitados, así como el funcionamiento del sistema de información.

Período de la revisión:

Se revisó la información disponible del primer semestre del 2020. Con fines de comparación y valorar los efectos de la pandemia del COVID-19 se revisaron reportes del primer semestre del 2019.

Sitios visitados:

Se seleccionaron 3 departamentos los cuales concentran el 79% de los casos de TB: a nivel nacional Santa Cruz 43,1%, La Paz, 20.8% y Cochabamba con el 14.7% y dentro de estos se seleccionaron 12 Establecimientos de Salud que cumplieran con los siguientes criterios:

- Establecimientos con alta carga de enfermedad.
- Establecimientos que de preferencia tengan casos de TB sensible como de TB RR/MDR.
- Los establecimientos deberán ser de baja o mediana complejidad en el acceso geográfico por razones de eficiencia (tiempo, costo)

En el Anexo no.1 se presenta la lista de los Establecimientos de Salud visitados.

Resultados y acciones para mitigación de los riesgos identificados:

A continuación, resaltamos los principales hallazgos encontrados. Además de estos, existen otros hallazgos que hemos clasificado como menores pero que al igual, merecen la atención y dedicación para poder mitigar los efectos que tengan en la implementación efectiva del programa.

1. **Sistema de información:** Se encontraron debilidades en el sistema de información en el nivel local. Al menos en 3 Establecimientos de Salud no se encontró consistencia de los datos. Más generalizado fue la falta de llenado completo de formatos y sobre todo falta de envío oportuno de la información. En parte se entiende y comprende el efecto que ha tenido la pandemia en especial en el personal local, sin embargo, existen oportunidades de mejora a tomar en cuenta.

Se recomienda contar con personal específico para el monitoreo y reporte del COVID-19 y personal que realice la información regular de vigilancia epidemiológica. Así mismo es recomendable realizar un plan de acción para el acompañamiento desde las oficinas departamentales que en conjunto con las redes, se refuerce la programación para la supervisión, se actualice al personal en el manejo de las herramientas de información y se establezcan acuerdos para reducir los errores encontrados y de manera extensiva aplicar en la red de servicios.

2. **Inicio del tratamiento:** En la revisión de expedientes, se encontró que el inicio de tratamiento de primera línea en las primeras 24 horas ocurrió en el 32.7% de casos, el 23.6% de casos sucedió al segundo día y el 43.64% en 3 días o más. De acuerdo con las normas nacionales, el tiempo entre el diagnóstico y tratamiento debe ser no mayor a las 24 horas. Para el caso de TB RR/MDR se encontró que el inicio del tratamiento de segunda línea después del diagnóstico fue en promedio de 60 días. Esto debido a que se espera tener primero el diagnóstico del paciente para iniciar la solicitud de medicamentos.

Se recomienda, que se realice un monitoreo estricto del cumplimiento de la normativa nacional para el inicio de tratamiento de primera y segunda línea. Le solicitaríamos se trabaje en un plan de acción para reducir el tiempo de inicio de tratamiento para reportar los resultados en el próximo informe de progreso de la subvención.

En el caso del inicio de tratamiento de segunda línea a pacientes con TB RR/MDR, recomendamos elaborar un plan de acción para reducir el número de días, incluyendo una estrategia operativa para agilizar la provisión de medicamentos de segunda línea al establecimiento que lo solicite.

3. **Registro de pruebas:** En la revisión de expedientes, se encontró que el 12,7% de expedientes no tenían registro de pruebas de VIH y el 11% (4 expedientes) no tenían registro de las baciloscopias de control del segundo mes de tratamiento.

Se recomienda que el PNTB realice un monitoreo sistemático de la calidad de los registros con énfasis en el registro de aspectos claves del servicio (Baciloscopías, fechas de diagnóstico, inicio de tratamiento, pruebas de VIH, PSD, etc). De igual forma se recomienda que el PNTB incluya en sus indicadores de calidad, el seguimiento al cumplimiento de la meta del 100% de casos de TB con una prueba de VIH.

4. **Calidad del dato:** Al evaluar la calidad del dato en el nivel de los Establecimientos de Salud y Coordinaciones de Red, se encontró que el 53% de los reportes llegaron de forma oportuna.

Se recomienda que, como parte del monitoreo de la calidad de datos, para asegurar los tres indicadores de oportunidad, disponibilidad y datos completos lo siguiente:

- a. En el nivel de Establecimiento de Salud al menos una persona ajena al Programa de TB revise el reporte enviado al nivel de Coordinación de Red.
- b. Elaborar un formato de control de ingreso de reportes en las Coordinaciones de Red en el que se registre la fecha de recepción del reporte respectivo
- c. El RP provea al FM esta información, en el periodo señalado.

5. **Registro de los contactos:** En la revisión de expedientes se observó dificultades en el registro de los contactos a los casos índices. Se encontró que 16 expedientes (29,1%) no contaban con lista de contactos. En 21 casos (53,8%) no había registro de estudio de contactos en general. En cuanto a contactos menores de 5 años, de 18 casos que reportaron contactos en este grupo de edad, había cuatro casos (22.2%) que no reportaron estudio de contactos y el 39% no iniciaron TPI.

El estudio de contactos es clave en la detección temprana de la TB. Tanto el trabajo de terreno como el correcto registro son importantes para el programa de TB. Ante esta oportunidad de mejora se recomienda:

- a. Elaborar un plan de acción a nivel nacional para incrementar el trabajo de terreno para la búsqueda de contactos en particular en menores de 5 años. Esta actividad debería ser realizada por el personal de Salud responsable del PNT en cada Establecimiento de Salud.
- b. Incluir en la revisión de los mecanismos de supervisión, puntos específicos para el monitoreo del estudio de contactos.

- c. Definir los mecanismos que garanticen de forma especial el estudio de contactos menores de 5 años y aumentar la cobertura con tratamiento preventivo (TPI).
- d. Considerar el monitoreo del registro del estudio de contactos y en especial en menores de 5 años y la implementación de TPI en las supervisiones que se realizan a los servicios de salud.

6. **Supervisión de la calidad del dato:** es una acción que se no se realiza de manera sistemática y no se cuenta con un formato específico a nivel nacional, ni una frecuencia establecida. En los Establecimientos de Salud se identificó un documento de registro al cual no se le da seguimiento, ni reporta cumplimiento de acuerdos pese a las recomendaciones de la supervisión anterior.

Se recomienda actualizar el Plan de M&E para el programa en el que se desarrolle el tema de calidad de datos en el que se asegure:

- a. El diseño de herramientas estandarizadas para el M&E del PNTB
- b. Responsabilidades y roles en cada uno de los niveles de la estructura del PNTB y PDTB.
- c. Programación de las actividades de M&E en todos los niveles (Establecimientos de Salud; Coordinaciones de Red, PDCT; PNCT)
- d. Elaborar un plan de contingencia de supervisión adaptado a las condiciones actuales de la pandemia de manera que no se descuide el seguimiento a la implementación del programa.

7. **Control de los medicamentos:** Si bien se cuenta con el SALMI-SIAL en las FIM, aún se carece de instrumentos operativos a nivel de los servicios de TB que permita un óptimo control de los medicamentos. Por ejemplo, durante la vista a uno de los Establecimientos de Salud se encontró Rifampicina + INH en el 100% cuya fecha de vencimiento era el 31 de diciembre 2020.

Se recomienda diseñar e implementar un Kardex de control de inventarios con los datos logísticos esenciales (entradas, salidas o consumos, saldo, fecha de vencimiento) a nivel del Servicio de TB, así como incluir dentro de la Normativa procedimientos detallados para el manejo de los medicamentos de TB.

Otra recomendación es que el PNT informe del retiro de RH de los Establecimientos de Salud, revisar y/o actualizar instrumentos que permitan limitar el uso de medicamentos a un nivel de seguridad de manera que no se mantengan drogas por caducar en un tiempo definido a disposición.

En el Anexo No.2, incluimos todos los hallazgos y recomendaciones a la evaluación. Recomendamos que estos puntos sean considerados para implementar acciones que contribuyan a fortalecer la gestión del programa.

Reconocemos que las condiciones actuales han creado limitaciones, sin embargo, animamos al RP, al MCP y al Programa de TB a buscar soluciones para sostener y avanzar en los logros alcanzados, lo que implica ir más allá de las recomendaciones propuestas.

Agradecemos sus constantes esfuerzos y los de su equipo para avanzar en la respuesta a la Tuberculosis en Bolivia y sin otro particular, aprovechamos la ocasión para expresarle la muestra de nuestra mayor consideración y compromiso.

Atentamente,



Cristina Riboni
Gerente de Portafolio
América Latina y el Caribe

cc. Miembros del MCP Bolivia
Dra. Maria Bolivia Rothe – Directora General de Epidemiología, Ministerio de Salud y Deportes
Dra. Magna Olarte - Programa Nacional Tuberculosis
Lic. Yadira Sanchez, Grupo Jacobs, Agente Local del Fondo

Anexos: Anexo 1 - Lista de los Establecimientos de Salud visitados.
Anexo 2 - Hallazgos y Recomendaciones

Anexo 1 – Lista de los Establecimientos de Salud Visitados

DEPARTAMENTO	PROGRAMA	ÁREA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD
La Paz	Tuberculosis	Rural	Pucarani - Hospital Pucarani
La Paz	Tuberculosis	Rural	Viacha - Centro de Salud Viacha
La Paz	Tuberculosis	Urbano	El Alto - CRA
Santa Cruz	Tuberculosis	Urbano	Santa Cruz - Centro de Salud Preventiva Sud
Santa Cruz	Tuberculosis	Urbano	Santa Cruz - Centro de Salud Hospital 10 de Octubre
Santa Cruz	Tuberculosis	Rural	Warnes - C.S Ciudad Satélite
Santa Cruz	Tuberculosis	Rural	Montero - Hospital Ernesto Che Guevara
Santa Cruz	Tuberculosis	Rural	Cotoca - Hospital Villa Cotoca
Santa Cruz	Tuberculosis	Rural	El Torno - Centro de Salud Distrito 8
Cochabamba	Tuberculosis	Rural	Sipe Sipe - Centro de Salud Kara Kara
Cochabamba	Tuberculosis	Rural	Tiquipaya - Centro de Salud Alalay
Cochabamba	Tuberculosis	Rural	Sacaba - Centro de Salud Sacaba

Anexo 2 – Hallazgos y Acciones

Asuntos Identificados	Acciones de mitigación	Tiempo Sugerido para la Implementación	Entidad Propuesta como responsable para la implementación
<p>Existen debilidades en el sistema de información en el nivel local. Al menos en 3 establecimientos de salud no se encontró consistencia de los datos. Más generalizado fue la falta de llenado completo de formatos y sobre todo falta de envío oportuno de la información.</p> <p>Aunque se comprende el efecto que ha tenido la pandemia en especial en el personal local, existen oportunidades de mejora a tomar en cuenta.</p>	<p>Se recomienda contar con personal específico para el monitoreo y reporte del COVID-19 y personal que realice la información regular de vigilancia epidemiológica.</p> <p>Se recomienda realizar un plan de acción para el acompañamiento desde las oficinas departamentales que en conjunto con las redes, se refuerce la programación para la supervisión, se actualice al personal en el manejo de las herramientas de información y se establezcan acuerdos para reducir los errores encontrados y de manera extensiva aplicar en la red de servicios.</p>	31 mayo 2021	RP, PNCT, PDCTs
<p>En la revisión de expedientes, se encontró que el inicio de tratamiento de primera línea en las primeras 24 horas ocurrió en el 32.7% de casos. En el 23.6% de casos el segundo día y el 43.64% en 3 días o más.</p>	<p>Se recomienda que se realice un monitoreo estricto del cumplimiento de la normativa nacional para el inicio de tratamiento de primera y segunda línea. Se solicita un plan de acción para reducir el tiempo de inicio de tratamiento y reportar resultados en el próximo informe.</p>	31 mayo 2021	RP, PNCT, PDCTs

<p>De acuerdo a las normas nacionales, el tiempo entre el diagnóstico y tratamiento debe ser no mayor a las 24 horas.</p> <p>Para el caso de TB RR/MDR se encontró que el inicio del tratamiento de segunda línea después del diagnóstico fue en promedio de 60 días. Esto debido a que hasta que se tiene el diagnóstico de un paciente se inicia la solicitud de medicamentos.</p>	<p>En el caso del inicio de tratamiento de segunda línea a pacientes con TB RR/MDR, se solicita elaborar un plan de acción para reducir el número de días incluyendo una estrategia operativa para agilizar la provisión de medicamentos de segunda línea al establecimiento que lo solicite.</p>		
<p>En la revisión de expedientes, se encontró que:</p> <p>El 12,7% de expedientes no tenían registro de pruebas de VIH y el 11% (4 expedientes) no tenían registro de las baciloscopías de control del segundo mes de tratamiento.</p>	<p>Se recomienda que el PNTB realice un monitoreo sistemático de la calidad de los registros con énfasis en el registro de aspectos claves del servicio (Baciloscopías, fechas de diagnóstico, inicio de tratamiento. Pruebas de VIH, PSD, etc)</p> <p>Se recomienda que el PNTB incluya en sus indicadores de calidad, el seguimiento al cumplimiento de la meta del 100% de casos de TB con una prueba de VIH.</p>	31 mayo 2021	RP, PNCT
<p>Al evaluar la calidad del dato en el nivel de los Establecimientos de Salud y Coordinaciones de Red, se encontró que solamente el 53% de los reportes llegaron de forma oportuna.</p>	<p>Como parte del monitoreo de la calidad de datos, para asegurar los tres indicadores de oportunidad, disponibilidad y datos completos, se recomienda:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Que en el nivel de establecimiento al menos una persona ajena al Programa de 	31 mayo 2021	RP, PNCT

	<p>TB, revise el reporte enviado al nivel de Coordinación de Red.</p> <p>2. Elaborar un formato de control de ingreso de reportes en las Coordinaciones de Red en el que se registre la fecha de recepción del reporte respectivo</p> <p>3. Se solicita que el RP, en el periodo señalado provea al FM de esta información.</p>		
<p>En la revisión de expedientes se observó dificultades en el registro de los contactos a los casos índices.</p> <p>Se encontró que 16 expedientes (29,1%) no contaban con lista de contactos. En 21 casos (53,8%) no había registro de estudio de contactos en general. En cuanto a contactos menores de 5 años, de 18 casos que reportaron contactos en este grupo de edad, habían cuatro casos (22.2%) que no reportaron estudio de contactos y el 39% no iniciaron TPI</p>	<p>El estudio de contactos es clave en la detección temprana de la TB. Tanto el trabajo de terreno como el correcto registro son importantes para el programa de TB.</p> <p>Ante esta oportunidad de mejora recomendamos:</p> <p>1. Elaborar un plan de acción a nivel nacional para incrementar el trabajo de terreno para la búsqueda de contactos en particular en menores de 5 años. Esta actividad debería ser realizada por el personal de Salud responsable del Programa de TB en cada Establecimiento de Salud.</p> <p>2. Incluir en la revisión de los mecanismos de supervisión, puntos</p>	31 mayo 2021	RP, PNCT

	<p>específicos para el monitoreo del estudio de contactos.</p> <p>3. Definir los mecanismos que garanticen de forma especial el estudio de contactos menores de 5 años y aumentar la cobertura con tratamiento preventivo (TPI)</p> <p>4. Considerar el monitoreo del registro del estudio de contactos y en especial en menores de 5 años y la implementación de TPI en las supervisiones que se realizan a los servicios de salud</p>		
<p>La supervisión de la calidad de los datos en el programa de TB, no es una acción que se realice de manera sistemática, no se cuenta con un formato específico a nivel nacional, ni una frecuencia establecida. En los establecimientos en los que se identificó un documento de registro, este no tenía seguimiento, ni reporte de cumplimiento de acuerdos pese a las recomendaciones de la supervisión anterior.</p>	<p>Se recomienda actualizar el Plan de M&E para el programa en el que se desarrolle el tema de calidad de datos en el que se asegure:</p> <p>El diseño de herramientas estandarizadas para el M&E del PNTB</p> <p>Responsabilidades y roles en cada uno de los niveles de la estructura del PNTB y PDTB.</p> <p>Programación de las actividades de M&E en todos los niveles (Establecimientos de Salud; Coordinaciones de Red, PDCT; PNCT)</p> <p>Elaborar un plan de contingencia de supervisión adaptado a las condiciones</p>	<p>30 junio 2021</p>	<p>RP, PNCT</p>

	actuales de la pandemia de manera que no se descuide el seguimiento a la implementación del programa.		
Si bien se cuenta con el SALMI-SIAL en las FIM, aún se carece de instrumentos operativos a nivel de los servicios de TB que permita un óptimo control de los medicamentos. Ejemplo de esto, es que se encontró Rifampicina + INH en el 100% de los Establecimientos cuya fecha de vencimiento era el 31 de diciembre 2020 y aunque se contaba con el proceso de abastecimiento en el nivel departamental, potencialmente puede poner en riesgo el uso inapropiado de drogas o desabastecimiento.	<p>Se recomienda diseñar e implementar un Kardex de control de inventarios con los datos logísticos esenciales (entradas, salidas o consumos, saldo, fecha de vencimiento) a nivel del Servicio de TB para el mejor control de los inventarios, así como se incluya dentro de la Normativa procedimientos detallados para el manejo de los medicamentos de TB a este nivel.</p> <p>Se recomienda que el PNT informe del retiro de RH de los establecimientos de salud.</p> <p>Se recomienda revisar y/o actualizar instrumentos que permitan limitar el uso de medicamentos a un nivel de seguridad de manera que no se mantengan drogas por caducar en un tiempo definido a disposición en los establecimientos de salud.</p>	31 mayo 2021	RP, PNCT
En cuanto a la calidad de los servicios se encontró que el 12,7% de los Establecimientos de Salud no cuentan con privacidad. Por otro lado, el 12,7% de los servicios de salud visitados no cuentan con dispensador de agua para la toma del tratamiento.	Se recomienda que el PNTB realice una evaluación del estado actual de los ambientes y dispositivos para proveer de agua a los pacientes y elaborar un plan de acción para mitigar estas carencias.	31 mayo 2021	RP, PN

<p>Existe evidencia del impacto de la pandemia en el tamizaje de SR y consecuentemente en la detección de casos de TB en el programa.</p> <p>No existe aplicación de un protocolo uniforme de prevención para reducir el riesgo de contagio al SARS-CoV- 2, que por un lado reduzca el riesgo en el personal de salud como en los pacientes y genere mayor confianza en asistir a los servicios de salud.</p>	<p>En las actuales condiciones de la pandemia, se recomienda que se elabore (</p> <p>o en el caso de existir se solicita que se comparta) una estrategia nacional para fortalecer los servicios de TB en el contexto de la pandemia de SARS-coV-2.</p> <p>Que el PNTB implemente protocolos de prevención y se asegure la provisión de EPP a los equipos locales.</p>	<p>31 mayo 2021</p>	<p>RP, PNCT</p>
---	---	---------------------	-----------------

PROYECTO BOL 118214 - “FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN BOLIVIA”

RESPUESTA CARTA DE RETROALIMENTACIÓN

CONTEXTO.

Es importante considerar en las conclusiones de esta visita de campo “Spot Check” que el periodo de análisis de datos fue realizado al semestre enero a junio de 2020, periodo en el que Bolivia estaba en la primera ola de la Pandemia por la COVID-19 Bolivia, cuyo impacto se evidenció a todo nivel, pero principalmente en el sistema de salud nacional que tuvo que recurrir a orientar todos los recursos de infraestructura, equipamiento, recurso humano, para dar respuesta y enfrentar la pandemia. Esta situación de crisis sanitaria global ocasiono la discontinuidad de los servicios de diagnóstico y tratamiento y debilito el sistema de vigilancia epidemiológica de todos los programas a nivel nacional.

Bajo este contexto uno de los programas más afectados fue el de Tuberculosis por la misma estructura y organización que este tiene a nivel nacional, que apoyó de gran manera a enfrentar la COVID en Bolivia.

Es así que las líneas enmarcadas por el Fondo Mundial sobre este impacto negativo, se vio claramente reflejado en Bolivia.

“...Tanto la tuberculosis como la COVID-19 son enfermedades respiratorias que pueden afectar a cualquiera, especialmente a los segmentos de la población más vulnerables. Los informes preliminares de varios países gravemente afectados por el COVID-19 muestran que se está reduciendo drásticamente la notificación de casos de tuberculosis, **se están produciendo interrupciones en los servicios y está disminuyendo la calidad de su provisión.**

Los diagnósticos de la tuberculosis pueden también verse afectados porque ambas enfermedades utilizan las mismas infraestructuras, por ejemplo, la red de laboratorios y de profesionales”.

El principio que debe guiar los esfuerzos para abordar la tuberculosis en el contexto del COVID-19 debe consistir en **responder a ambas enfermedades de forma conjunta, en lugar de responder a una en detrimento de la otra, así como preservar los servicios esenciales para la tuberculosis y mitigar el impacto negativo en los proveedores de servicios, pacientes con tuberculosis** y quienes recurren a los servicios de atención, cumpliendo todas las normativas y directrices de Bioseguridad y evaluación de riesgos biológicos... (FM covid19_tuberculosis_infonote_es) (Anexo 1)

1. **Sistema de información:** Se encontraron debilidades en el sistema de información en el nivel local. Al menos en 3 Establecimientos de Salud no se encontró consistencia de los datos. Más generalizado fue la falta de llenado completo de formatos y sobre todo falta de envío oportuno de la información. En parte se entiende y comprende el efecto que ha tenido la pandemia en especial en el personal local, sin embargo, existen oportunidades de mejora a tomar en cuenta.

Se recomienda contar con personal específico para el monitoreo y reporte del COVID-19 y personal que realice la información regular de vigilancia epidemiológica. Así mismo es recomendable realizar un plan de acción para el acompañamiento desde las oficinas departamentales que en conjunto con las redes, se refuerce la programación para la supervisión, se actualice al personal en el manejo de las herramientas de información y se establezcan acuerdos para reducir los errores encontrados y de manera extensiva aplicar en la red de servicios.

R.- Coincidimos plenamente que se debe contar con personal específico para el manejo, monitoreo y reporte de COVID, competencia que está en tuición del Ministerio de Salud, para que de esta manera el personal de Tuberculosis realice el monitoreo y la verificación de la calidad de información concerniente al componente.

Por otra parte bajo el contexto previamente puntualizado, se debe tomar en cuenta que el flujo de la información, parte desde los más de 3,500 Establecimientos de Salud que cuenta el país, sube a la consolidación de las más de 320 Redes de Salud, pasan a los Programas Departamentales llegando a la consolidación trimestral a Nivel Nacional. Descrito en el Plan de M&E de 2020-2022 (Anexo 2).



Fuente: Plan de M&E

Con el objetivo de lograr niveles de información consistentes, oportuna y confiable se ha considerado la implementación del [Software SIN-TB](#).

En PNUD Bolivia con financiamiento del Fondo Mundial en las gestiones 2017 y 2018 realizó el diagnóstico de necesidades del Sistema de información (Anexo 3), identificándose estas debilidades que son atribuidas principalmente a un manejo manual de la información y herramientas informáticas obsoletas e inexistentes en algunos casos, hecho que no permite contar con un registro nominal a nivel Nacional y da lugar a las debilidades encontradas.

Es a partir de este diagnóstico que el Proyecto en el marco del Desarrollo de Capacidades viene fortaleciendo el Sistema de Información en diferentes etapas:

1. Fortalecimiento de equipos de computación en los diferentes niveles de atención y la Sociedad Civil, con un total de 137 equipos de computación entregados entre otros a los que se suman 26 equipos destinados a las Redes de Salud que serán entregados esta gestión 2021 con presupuesto TB COVID (Ver Anexo-3).
2. Fortalecimiento del Sistema de Información con la implementación del Software Sin TB orientado a generar información en tiempo real para de vigilancia epidemiológica, monitoreo y evaluación, de forma que proporcione insumos para la toma de decisiones de manera oportuna, además de contener los reportes propios del programa para los diferentes niveles. Esta etapa de fortalecimiento se ha visto retrasada por la coyuntura Política Nacional y la Emergencia Sanitaria, pero que será efectiva en la presente gestión sumándose a la misma la capacitación del Recurso Humano para completar el ciclo. del mismo.
3. Seguimiento, funcionamiento y aplicación adecuada del sistema de información; que corresponde a la contraparte nacional, es decir el MINSA a través del PNCT y los Programas Departamentales que permitirá la gestión de la información el uso de herramientas electrónicas como un oportunidad de optimizar recursos para el mejor procedimiento de los datos, para contar con información y conocimiento de la situación en tiempo real y en todos los niveles de atención/gestión reduciendo de esta forma las debilidades encontradas en el Spot Check.

Esta actividad fue irregular debido a que el país se encuentra centrada en las acciones de control de la Epidemia COVID-19, el personal de salud no puede realizar actividades de supervisión regular.

El PNCT, coordinara y elaborara un instructivo hasta el 30 de septiembre, para que se tomen en cuenta en la supervisión de la calidad de la información reportada dentro de la actividad de supervisión.

2. **Inicio del tratamiento:** En la revisión de expedientes, se encontró que el inicio de tratamiento de primera línea en las primeras 24 horas ocurrió en el 32.7% de casos, el 23.6% de casos sucedió al segundo día y el 43.64% en 3 días o más. De acuerdo con las normas nacionales, el tiempo entre el diagnóstico y tratamiento debe ser no mayor a las 24 horas. Para el caso de TB RR/MDR se encontró que el inicio del tratamiento de segunda línea después del diagnóstico fue en promedio de 60 días. Esto debido a que se espera tener primero el diagnóstico del paciente para iniciar la solicitud de medicamentos.

Se recomienda, que se realice un monitoreo estricto del cumplimiento de la normativa nacional para el inicio de tratamiento de primera y segunda línea. Le solicitaríamos se trabaje en un plan de acción para reducir el tiempo de inicio de tratamiento para reportar los resultados en el próximo informe de progreso de la subvención.

En el caso del inicio de tratamiento de segunda línea a pacientes con TB RR/MDR, recomendamos elaborar un plan de acción para reducir el número de días, incluyendo una estrategia operativa para agilizar la provisión de medicamentos de segunda línea al establecimiento que lo solicite.

R.- En el caso de inicio de tratamiento de segunda línea con la implementación del Gene Xpert los tiempos de inicio fueron acortados, si se da un tiempo prolongado de inicio en muchos de los casos puede ser atribuible a un contexto o coyuntura especial del paciente (Rechaza el tratamiento, presenta RAFA, alcoholismo, persona en situación de calle, cambio de domicilio, viaje, etc. Que en todo caso se ve reflejado en la Historia Clínica.

En el caso de los pacientes TB-DR, estos deben realizar el inicio de tratamiento una vez terminen de realizar los exámenes complementarios para evitar una iatrogenia.

A nivel nacional se está aplicando la estrategia de dotación de 2 esquemas de tratamiento de reserva al nivel departamental, para garantizar el inicio de tratamiento oportuno.

Este aspecto se tocará en el instructivo de supervisión que será emitido por el componente de Tuberculosis hasta el 30 de septiembre.

3. **Registro de pruebas:** En la revisión de expedientes, se encontró que el 12,7% de expedientes no tenían registro de pruebas de VIH y el 11% (4 expedientes) no tenían registro de las baciloscopias de control del segundo mes de tratamiento.

Se recomienda que el PNTB realice un monitoreo sistemático de la calidad de los registros con énfasis en el registro de aspectos claves del servicio (Baciloscopías, fechas de diagnóstico, inicio de tratamiento, pruebas de VIH, PSD, etc). De igual forma se recomienda que el PNTB incluya en sus indicadores de calidad, el seguimiento al cumplimiento de la meta del 100% de casos de TB con una prueba de VIH.

R. Registro de pruebas VIH: En Bolivia, la normativa vigente en el caso de realización de pruebas rápidas de VIH indica que la misma es voluntaria y no obliga a la realización de la misma.

Asimismo, los pacientes VIH no informan de su condición al personal de salud y por tanto rechazan la realización de la prueba.

Se cuenta con indicadores de seguimiento para alcanzar la meta de un 90%.

Registro de Baciloscopias de Control: Es importante destacar que por normativa se cumple la solicitud de las baciloscopias de control, es un trabajo que se ha venido fortaleciendo y cumpliendo

de manera óptima. Ahora bien, es importante mencionar que en los distintos Centros de Salud visitados si bien se evidenció en los historiales clínicos reportes físicos de resultados laboratoriales de baciloscopias de control, la falencia está justamente en el registro de estos resultados en la tarjeta del paciente que es el instrumento válido para el monitoreo. Este hecho principalmente se debe a que el personal de los primeros niveles no sólo ven el componente de Tuberculosis, sino que realizan un trabajo multiprogramático sumándose al mismo el trabajo con la COVID.

En la estructura del Software SIN TB se tiene contemplado el registro de estos aspectos claves, hecho que minimizará de gran manera esta falencia y permitirá el monitoreo sistemático de la calidad del dato.

El Programa de Tuberculosis reforzará mediante instructiva hasta el 30 de septiembre de 2021 el cumplimiento del registro completo de la tarjeta del paciente.

4. **Calidad del dato:** Al evaluar la calidad del dato en el nivel de los Establecimientos de Salud y Coordinaciones de Red, se encontró que el 53% de los reportes llegaron de forma oportuna.

Se recomienda que, como parte del monitoreo de la calidad de datos, para asegurar los tres indicadores de oportunidad, disponibilidad y datos completos lo siguiente:

- a. En el nivel de Establecimiento de Salud al menos una persona ajena al Programa de TB revise el reporte enviado al nivel de Coordinación de Red.
- b. Elaborar un formato de control de ingreso de reportes en las Coordinaciones de Red en el que se registre la fecha de recepción del reporte respectivo
- c. El RP provea al FM esta información, en el periodo señalado.

R.- Consideramos que el criterio de oportunidad no debería valorarse en Crisis Sanitaria Global, ya que afecta a todos los países no solo al nuestro.

El PNCT tiene establecido tiempos de entrega de la información, como bien se menciona la crisis sanitaria debilitó la capilaridad de la información tomando en cuenta los más de 3,500 establecimientos de salud que notifican casos. El personal de salud incorporó estrategias y redobló esfuerzos para el envío de la información a través de medios virtuales en tiempos establecidos, pero no son tomados como oficiales hasta que los mismos no cuenten con el sello y fecha de recepción de entrega física.

En relación a la propuesta de contar con una persona ajena al programa, el PNCT no tiene la competencia para la designación de funciones de otro RRHH, además considera que una persona ajena al Programa para realizar la revisión de la información de Tuberculosis debe contar con el conocimiento necesario para esta actividad.

El Programa Nacional de Control de Tuberculosis elaborará y estandarizará un instrumento para el seguimiento a la oportunidad del reporte de la información de los Establecimientos de Salud, en coordinación con los equipos departamentales. (Hasta el 30 de septiembre)

El PR está realizando la contratación de un Especialista en Tuberculosis para que se pueda verificar la calidad del dato en coordinación con el Programa de Tuberculosis.

Se apoyará al PNCT para cumplir con las recomendaciones emitidas, hasta completar el proceso de implementación del Software que permitirá contar con la oportunidad y calidad del dato.

5. **Registro de los contactos:** En la revisión de expedientes se observó dificultades en el registro de los contactos a los casos índices. Se encontró que 16 expedientes (29,1%) no contaban con lista de contactos. En 21 casos (53,8%) no había registro de estudio de contactos en general. En cuanto a contactos menores de 5 años, de 18 casos que reportaron contactos en este grupo de edad, había cuatro casos (22.2%) que no reportaron estudio de contactos y el 39% no iniciaron TPI.

El estudio de contactos es clave en la detección temprana de la TB. Tanto el trabajo de terreno como el correcto registro son importantes para el programa de TB. Ante esta oportunidad de mejora se recomienda:

- a. Elaborar un plan de acción a nivel nacional para incrementar el trabajo de terreno para la búsqueda de contactos en particular en menores de 5 años. Esta actividad debería ser realizada por el personal de Salud responsable del PNT en cada Establecimiento de Salud.
- b. Incluir en la revisión de los mecanismos de supervisión, puntos específicos para el monitoreo del estudio de contactos.
- c. Definir los mecanismos que garanticen de forma especial el estudio de contactos menores de 5 años y aumentar la cobertura con tratamiento preventivo (TPI).
- d. Considerar el monitoreo del registro del estudio de contactos y en especial en menores de 5 años y la implementación de TPI en las supervisiones que se realizan a los servicios de salud.

R. Como se había indicado en Bolivia la estructura del Sistema de Salud hace que el personal operativo del primer nivel no esté dedicado exclusivamente al manejo del programa de Tuberculosis, pese a esto el personal de salud realiza un trabajo con mucho compromiso en la búsqueda de contactos principalmente con dos acciones estratégicas:

- Visitas de seguimiento.
- Reuniones mensuales de autoayuda que se realizan en coordinación con la Sociedad Civil organizada ASPACONT,

Es importante comprender que estas acciones fueron interrumpidas por las restricciones en la movilización que se tuvo por la pandemia y que se están retomando en la medida de las posibilidades que el personal pueda movilizarse tomando en cuenta que a la fecha este personal está fortaleciendo las estrategias de vacunación masiva para el COVID.

Puntualizar que al igual que el caso de registro de baciloscopias de control en muchos de los establecimientos visitados se pudo evidenciar que si bien, el personal de salud realizó el estudio de contactos, en muchos de los casos los registros fueron plasmados en el historial clínico y no se pasó el dato a la tarjeta que es el instrumento oficial de registro y monitoreo, hecho que es tomado en cuenta para subsanar.

- Se cuenta con un acápite específico del censo de contactos y control de los mismos en la guía de supervisión, misma que se estandarizará y actualizará en la presente gestión, para su posterior socialización y cumplimiento.
- El uso de herramientas electrónicas como una oportunidad de optimizar recursos para el mejor procedimiento de los datos permitirá un mejor estudio de contactos.

6. **Supervisión de la calidad del dato:** es una acción que se no se realiza de manera sistemática y no se cuenta con un formato específico a nivel nacional, ni una frecuencia establecida. En los Establecimientos de Salud se identificó un documento de registro al cual no se le da seguimiento, ni reporta cumplimiento de acuerdos pese a las recomendaciones de la supervisión anterior.

Se recomienda actualizar el Plan de M&E para el programa en el que se desarrolle el tema de calidad de datos en el que se asegure:

- a. El diseño de herramientas estandarizadas para el M&E del PNTB
- b. Responsabilidades y roles en cada uno de los niveles de la estructura del PNTB y PDTB.
- c. Programación de las actividades de M&E en todos los niveles (Establecimientos de Salud; Coordinaciones de Red, PDCT; PNCT)
- d. Elaborar un plan de contingencia de supervisión adaptado a las condiciones actuales de la pandemia de manera que no se descuide el seguimiento a la implementación del programa.

R.- Si bien el Proyecto cuenta con un Plan de M&E que contempla el control y aseguramiento de la calidad, el mismo no fue ejecutado por la crisis sanitaria global. (Ver Anexo-2)

El Ministerio de Salud y Deportes actualizará la Guía de Monitoreo y Evaluación del Programa de Tuberculosis, así como de sus herramientas, mismas que serán adaptadas al contexto actual.

La actualización y socialización de esta herramienta se realizará con presupuesto designado en la actual subvención, una vez se cuente con la Guía Técnica de laboratorios de Tuberculosis que a la fecha está aún en proceso, y así dar respuesta a las debilidades encontradas.

7. **Control de los medicamentos:** Si bien se cuenta con el SALMI-SIAL en las FIM, aún se carece de instrumentos operativos a nivel de los servicios de TB que permita un óptimo control de los medicamentos. Por ejemplo, durante la vista a uno de los Establecimientos de Salud se encontró Rifampicina + INH en el 100% cuya fecha de vencimiento era el 31 de diciembre 2020.

Se recomienda diseñar e implementar un Kardex de control de inventarios con los datos logísticos esenciales (entradas, salidas o consumos, saldo, fecha de vencimiento) a nivel del Servicio de TB, así como incluir dentro de la Normativa procedimientos detallados para el manejo de los medicamentos de TB.

Otra recomendación es que el PNT informe del retiro de RH de los Establecimientos de Salud, revisar y/o actualizar instrumentos que permitan limitar el uso de medicamentos a un nivel de seguridad de manera que no se mantengan drogas por caducar en un tiempo definido a disposición.

R.- El Ministerio de Salud y Deportes, cuenta con un Reglamento del Sistema Nacional único de Suministros (SNUS), se establece como marco normativo de la administración de medicamentos e insumos en todo el Sistema Público de Salud, Seguro Social y establecimientos privados según corresponda, con el fin de desarrollar la gestión del suministro, garantizar la disponibilidad de medicamentos eficaces, seguros, de calidad, en los servicios de salud y atender las prestaciones demandadas por los usuarios en los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.

El SNUS, conforme a lo establecido por el D.S. 26873, (Anexo 4) se halla constituido por el Subsistema de Administración Logística de Medicamentos e Insumos (SALMI) y el Sistema de Información y Administración Logística (SIAL).

El SALMI incorpora todas las etapas, procedimientos e instrumentos para la correcta gestión del suministro de medicamentos e insumos, contemplando la normativa de carácter técnico que debe acompañar la selección, programación, adquisición, almacenamiento, distribución y uso racional, bajo una evaluación y control permanente.

En el Capítulo XV de Medicamentos de Programas, Artículo 46 (DEL SNUS Y LOS PROGRAMAS NACIONALES) señala:

- I. La administración logística de medicamentos e insumos de los programas nacionales del Ministerio de Salud y Deportes, así como el sistema de información, deberá enmarcarse en las normas establecidas por el SNUS.

El Ministerio de Salud y Deportes emitirá un instructivo para reforzar el cumplimiento de esta normativa.

8. En cuanto a la calidad de los servicios se encontró que el 12,7% de los Establecimientos de Salud no cuentan con privacidad. Por otro lado, el 12,7% de los servicios de salud visitados no cuentan con dispensador de agua para la toma del tratamiento.

Se recomienda que el PNTB realice una evaluación del estado actual de los ambientes y dispositivos para proveer de agua a los pacientes y elaborar un plan de acción para mitigar estas carencias.

R. Es importante aclarar que la evaluación de instalaciones sanitarias son competencia del área de Redes de Salud y el mejorar las mismas es un trabajo estructural y del sistema como tal.

Por otra parte tomando en cuenta necesidad de contar con dispensadores de agua en todos los Establecimientos de Salud, en la tercera ronda del Fondo Mundial, se proveyó de dispensadores de agua, presentándose las siguientes dificultades:

- Dificultades geográficas para la provisión de agua embotellada, las empresas solo funcionan en áreas urbanas.
- Dificultades económicas, no había instancias que se hicieran cargo de la compra de agua embotellada.

Se tomará en cuenta esta recomendación para realizar un trabajo conjunto con la Sociedad Civil organizada para la gestión y abogacía ante autoridades competentes.

9. Existe evidencia del impacto de la pandemia en el tamizaje de SR y consecuentemente en la detección de casos de TB en el programa. No existe aplicación de un protocolo uniforme de prevención para reducir el riesgo de contagio al SARS-CoV-2, que por un lado reduzca el riesgo en el personal de salud como en los pacientes y genere mayor confianza en asistir a los servicios de salud.

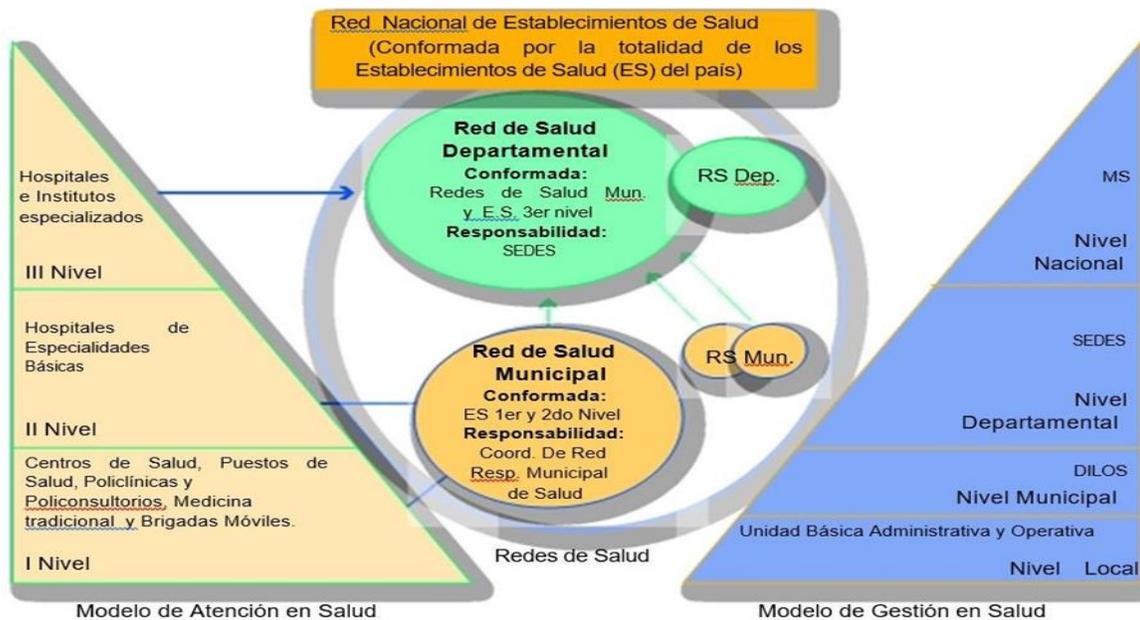
En las actuales condiciones de la pandemia, se recomienda que se elabore (o en el caso de existir se solicita que se comparta) una estrategia nacional para fortalecer los servicios de TB en el contexto de la pandemia de SARS-coV-2. Que el PNTB implemente protocolos de prevención y se asegure la provisión de EPP a los equipos locales.

R. La estrategia para fortalecer los servicios de tuberculosis en el actual contexto se basa en las directrices emanadas por la OPS/OMS (Anexo 5_ OPS_OMS Presentación IPC-PPE-COVID19-spa),

y es la Dirección de Epidemiología es la encargada de instruir las medidas de bioseguridad en los Establecimientos de Salud para evitar el contagio del COVID-19.

En cuanto la provisión de EPP el mismo corresponde a los diferentes niveles de atención y de gestión de acuerdo al modelo de salud del país enmarcado en la política SAFCI que rige actualmente.

Modelo de Salud en el Marco de la SAFCI



En la coyuntura en la que se realizó la visita del Spot Check, se pudo advertir que el país fue duramente golpeado por una realidad que fue el común denominador a nivel mundial; una limitada oferta de EPP y precios encarecidos de los mismos.

A través la propuesta TB Covid19_responsemechanismfundingrequest_template_es, trabajada de manera conjunta con el PNCT, la Sociedad Civil y el PNUD el Fondo Mundial se apoyó económicamente para la compra y dotación de EPP al personal de los Laboratorios de Referencia Departamental, personal de redes de salud y pacientes para reducir de alguna manera el riesgo de contagio.

De igual manera se incluyó en la propuesta la compra de cabinas de seguridad biológica destinada a los 9 Laboratorios de Referencia Departamental de Tuberculosis (Que a la fecha todavía continúa en proceso de envío a través del GPU), para fortalecer reducir el contagio del personal.

Aclarar en este punto que el PNCT no cuenta con recursos económicos para poder dotar de EPP a los pacientes, todos los recursos para poder apoyar a la Pandemia del COVID-19 son centralizados y priorizados por la Dirección de Epidemiología y en la actual propuesta C19RM se incluyó la solicitud de EPP para personal de salud de primer nivel, laboratorio y pacientes para fortalecer de esta manera la bioseguridad de los mismos.

(Anexo 6. Tabla respuesta PNCT)