

**PLAN ESTRATÉGICO “COLOMBIA LIBRE DE  
TUBERCULOSIS 2010 – 2015 PARA LA  
EXPANSIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LA  
ESTRATEGIA ALTO A LA TB”**

2009

**DIEGO PALACIO BETANCOURT**  
Ministro de Protección Social

**CARLOS IGNACIO CUERVO VALENCIA**  
Viceministros de Salud y Bienestar

**ROBERTO SEMPETEGUI**  
Representante OPS/OMS Colombia I.E.

**JUAN GONZALO LÓPEZ CASAS**  
Director Instituto Nacional de Salud

**GILBERTO ÁLVAREZ URIBE**  
Director General de Salud Pública

**RICARDO LUQUE**  
Coordinador grupo Promoción y Prevención (E)

**Grupo Funcional Nacional de Tuberculosis**

**Ernesto Moreno Naranjo**

Responsable Programa Nacional de Tuberculosis

**Martha Idalí Saboyá Díaz**

Profesional Nacional Área Transmisibles OPS/OMS

**María Consuelo Garzón Torres**

Coordinadora Grupo Micobacterias RNL- INS

**Claudia Llerena Polo**

**Dora Leticia Orjuela Gamboa**

**Graciela Mejía**

Bacteriólogas Grupo Micobacterias RNL - INS

**Grupo revisor**

**Consultores Externos OPS/OMS**

**Representación Colombia.**

Ingrid García

David Rodríguez

Néstor Vera Nieto

Guillermo Escobar

Eder Castro

Norman Gil

**Actualización**

Adriana Betancourt Salamanca

Consultor Externo OPS/OMS Colombia

## Tabla de contenido

ABREVIATURAS .....	5
1. ANTECEDENTES.....	6
2. MARCO LEGAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN COLOMBIA.....	13
<i>La tuberculosis en el Sistema General de Seguridad Social en Salud .....</i>	<i>13</i>
3. ESTRUCTURA Y COMPETENCIAS EN COLOMBIA PARA REALIZAR ACCIONES ....	16
4. JUSTIFICACIÓN DEL PLAN ESTRATEGICO .....	21
5. VISIÓN, OBJETIVOS Y METAS DEL PLAN. ....	24
6. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE TRABAJO Y ACTIVIDADES GENERALES .....	27
6.1. IMPLEMENTACIÓN Y EXTENSIÓN DE LA ESTRATEGIA DOTS/TAS.....	27
6.2. FORTALECIMIENTO DEL TRABAJO INTERPROGRAMÁTICO. ....	27
6.3. PROMOCIÓN DE LAS ALIANZAS ESTRATEGICAS ENTRE TODOS LOS PROVEEDORES DE SALUD PARA EL LOGRO DE METAS. ....	28
6.4. FORTALECIMIENTO DE LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA TUBERCULOSIS Y LA INVESTIGACIÓN OPERATIVA.....	29
6.5. IMPLEMENTACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE ATENCIÓN INTEGRAL Y VIGILANCIA DE LA RESISTENCIA DE MEDICAMENTOS ANTITUBERCULOSOS. ....	29
6.6. IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE ABOGACÍA, COMUNICACIÓN Y MOVILIZACIÓN SOCIAL (ACMS) EN ACCIONES DE CONTROL DE LA TB.....	29
7. ESTRATIFICACIÓN DEL PAÍS Y DEFINICIÓN DE ESCENARIOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN.....	30
8. ORIENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL NIVEL NACIONAL. ....	37
9. MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN. ....	39
10. RECURSOS ECONÓMICOS NECESARIOS .....	44
11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	45

## ABREVIATURAS

<b>ACMS</b>	Abogacía, Comunicación y Movilización Social
<b>AIEPI</b>	Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
<b>ARV</b>	Antirretrovirales
<b>BAAR</b>	Bacilos Ácido Alcohol Resistentes
<b>BK+</b>	Baciloscopia de esputo para bacilos ácido alcohol resistentes positivo
<b>CLV</b>	Comité Luz Verde
<b>DANE</b>	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
<b>DOTS/TAES</b>	Estrategia de control de la TB internacionalmente recomendada, que incluye el tratamiento acortado estrictamente supervisado
<b>EPS-C</b>	Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo
<b>EPS-S</b>	Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado
<b>IDH</b>	Índice de Desarrollo Humano
<b>INS</b>	Instituto Nacional de Salud
<b>IPS</b>	Institución Prestadora de Servicios de Salud
<b>LNR</b>	Laboratorio Nacional de Referencia
<b>MPS</b>	Ministerio de la Protección Social
<b>ODM</b>	Objetivos de Desarrollo del Milenio
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONG</b>	Organización No Gubernamental
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PAL</b>	Abordaje Práctico de Salud Pulmonar
<b>PNCT</b>	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
<b>PPL</b>	Personas Privadas de Libertad
<b>PPM</b>	Alianza Público-Privado de la sigla en inglés (Public & Private Mix)
<b>PSF</b>	Prueba de sensibilidad a fármacos
<b>PVVS</b>	Personas Viviendo con el VIH/Sida
<b>RRHH</b>	Recursos Humanos
<b>SGSSS</b>	Sistema General de Seguridad Social en Salud
<b>Sida</b>	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
<b>SR</b>	Sintomático Respiratorio
<b>TB</b>	Tuberculosis
<b>TBP</b>	Tuberculosis Pulmonar
<b>TBP BK+</b>	Tuberculosis Pulmonar con Baciloscopia de esputo Positiva (+)
<b>TBP BK-</b>	Tuberculosis Pulmonar con Baciloscopia de esputo Negativa (-)
<b>TB-MDR</b>	Tuberculosis Multidrogo Resistente
<b>TB-TF</b>	Tuberculosis todas las formas
<b>TB/VIH</b>	Coinfección TB y VIH
<b>TB-XDR</b>	Tuberculosis Extensamente Resistente
<b>VIH</b>	Virus de Inmunodeficiencia Humana
<b>WHA</b>	World Health Assembly.

## 1. ANTECEDENTES

Colombia según proyecciones del censo 2005 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), tenía en el año 2008 una población de 44.456.260 habitantes; de los cuales 70% (31.309.160<sup>1</sup>) eran mayores de 15 años. El Índice de desarrollo humano (IDH) para 2005<sup>2</sup> se estimó en 0,783; con respecto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de los 43.375.287 habitantes del año 2007<sup>3</sup>, en total 16.352.751 (37,67%) de personas se encontraban afiliadas al régimen contributivo, 20.125.263 (37,67%) al régimen subsidiado, 1.910.351 (4,40%) a los regímenes de excepción y 5.017.022 (11,56%) correspondía a población pobre no asegurada.

### *SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA*

Al analizar la incidencia notificada de tuberculosis (TB) que ha tenido Colombia entre 1970 y 2008 es necesario tener en cuenta la historia sanitaria, sociopolítica y ambiental del país; por ello se ha dividido el análisis en tres periodos (grafico 1):

En el primer periodo de 1970 a 1993 observamos una disminución marcada, en donde existía un programa vertical basado en actividades de búsqueda activa con mayor importancia en criterios de diagnóstico clínico, radiológico y tuberculínico; la baciloscopia como pilar fundamental para el diagnóstico no tenía cobertura nacional; en este primer periodo el sistema de información era centralizado y consolidado por el nivel nacional.

En el segundo periodo de 1994 a 1998 se observa irregularidad en la notificación, que podría estar explicada por una descentralización de las actividades de prevención, vigilancia y control y una reforma del sistema de salud que implicó que los niveles territoriales y nuevos actores como las aseguradoras e Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPS) asumieran responsabilidades en estas acciones. Por lo tanto, este periodo fue de transición y ajuste al nuevo sistema; el sistema de información entró en ajuste y modificación, lo cual pudo haber incidido en la irregularidad de la notificación de casos tanto por el programa de control como por el sistema de vigilancia.

En el tercer periodo comprendido entre 1999 a 2008 se observa una tendencia estable según la notificación reportada; el nivel nacional hacia 1998 reglamentó la inclusión de eventos de interés en salud pública como la TB en el Plan de Atención Básica

<sup>1</sup> DANE. Proyecciones anualizadas por sexo y edad (consultado: 19/04/2009). Disponible en: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06\\_20](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20)

<sup>2</sup> DNP-SISD: boletín No. 37.

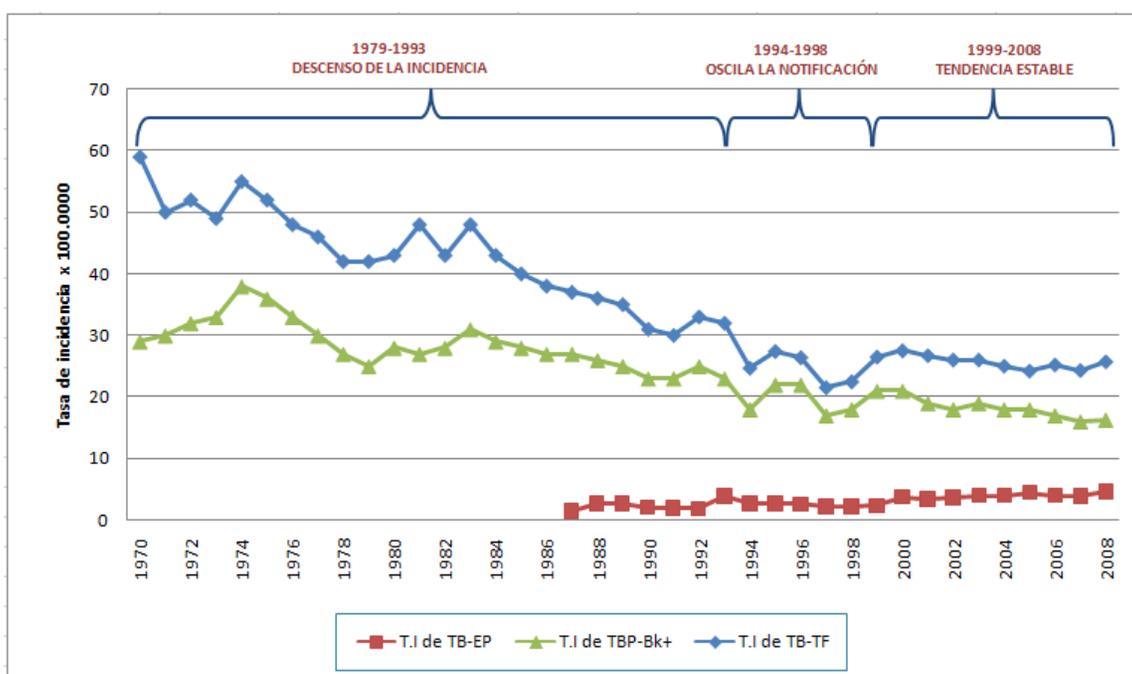
<sup>3</sup> Ministerio de la Protección Social. Situación de Salud en Colombia, Boletín indicadores básicos 2007

## Plan Estratégico “Colombia Libre de Tuberculosis para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB”

(ahora Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas)<sup>4</sup>, lo cual implicó fortalecer acciones como la búsqueda activa de Sintomáticos Respiratorios (SR) y la investigación epidemiológica de campo.

La información diferencial para TB pulmonar y extrapulmonar aparece desde 1987 debido a que en años anteriores no se existían registros confiables que permitieran hacer el análisis. A partir de 1987 se mejoró el diagnóstico y notificación de la TB extrapulmonar y se incluyó como un evento de vigilancia obligatoria en el marco de la aparición de los primeros casos de VIH/Sida en el país.

**Gráfico 1. Tasa de incidencia notificada de la tuberculosis, Colombia 1970-2008**



Fuente: PNCT. MPS/INS/OPS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe global de control de la TB 2009, estimó la incidencia de tuberculosis todas las formas (TB-TF) para Colombia en 35 casos por 100.000 habitantes, para el año 2007.

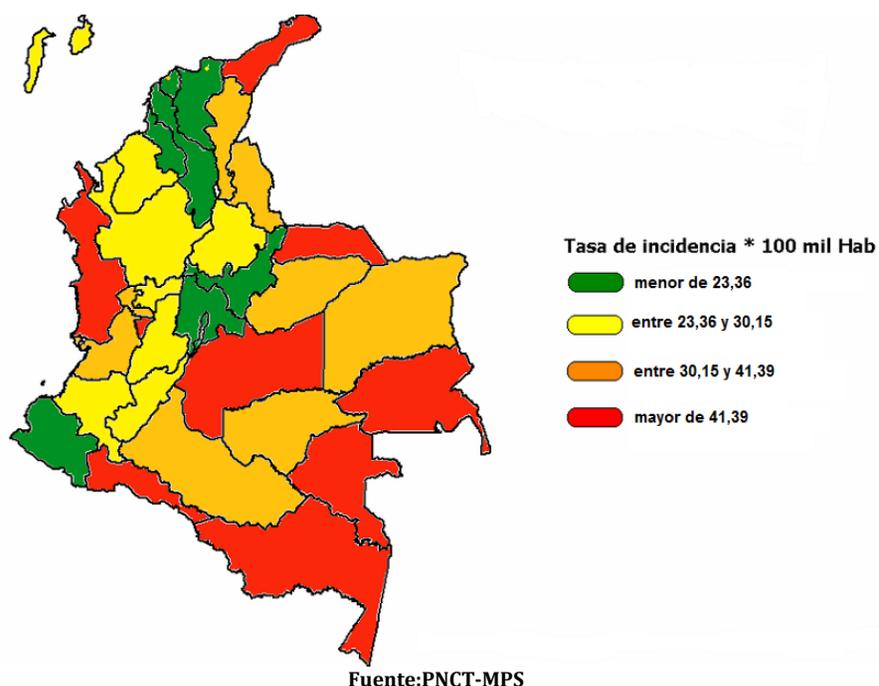
Colombia reporta anualmente más de 11.000 casos nuevos de TB-TF lo que nos indica que aun sigue siendo un serio problema de salud pública; durante el año 2008 se notificaron 11.342 casos nuevos para una incidencia 25,6 casos por 100.000 habitantes, de los cuales 6.815 (60,08%) ocurrieron en hombres y 4.527 en mujeres

<sup>4</sup> La Ley 1122/2007 modifica el concepto de Plan de Atención Básica por el Plan Nacional de Salud Pública de intervenciones colectivas (PIC).

(39,91%), en cuanto a la TB infantil, el informe 2008 indica que 719 casos (6,3%) ocurrieron en población menor de 15 años, para una incidencia de 5,47 casos por 100.000 menores de 15 años .

Analizando la incidencia de casos notificados entre 1993 y el año 2008, se estratificaron las entidades territoriales por cuartiles, donde se encontró que el 50% se clasifica como de riesgo muy alto (incidencia por encima de 41,39 casos por 100.000 habitantes), o alto riesgo (incidencia entre 30,15 y 41,39 casos por 100.000 habitantes). Las regiones más afectadas son: Orinoquía, Amazonía y los departamentos de Chocó, Quindío y La Guajira. (Ver mapa 1).

**Mapa 1. Tasa de incidencia notificada TB todas las formas. Colombia 1993 – 2008**



Para el año 2008, según la información enviada por los departamentos y distritos al Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PNCT), se estimó que el 5% del total de consultas de primera vez en mayores de 15 años por todas las causas (13.556.343) corresponde a 677.817 SR a examinar. Los SR examinados con baciloscopia de esputo fueron 369.424 significando un porcentaje de captación de 54,5%; de los cuales 7.483 resultaron positivos, para una positividad de 2,0% y una concentración de la baciloscopia de 1,7. Estos indicadores han sido influenciados por situaciones como:

- El sistema de información en el nivel local presenta dificultades para obtener el dato de consulta de primera vez en menores de 15 años.
- La positividad de la baciloscopia (BK) ha presentado desde 1997 un aumento en el número de SR captados, pasando de 149.000 a 369.324 en el 2008, con una

## Plan Estratégico “Colombia Libre de Tuberculosis para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB”

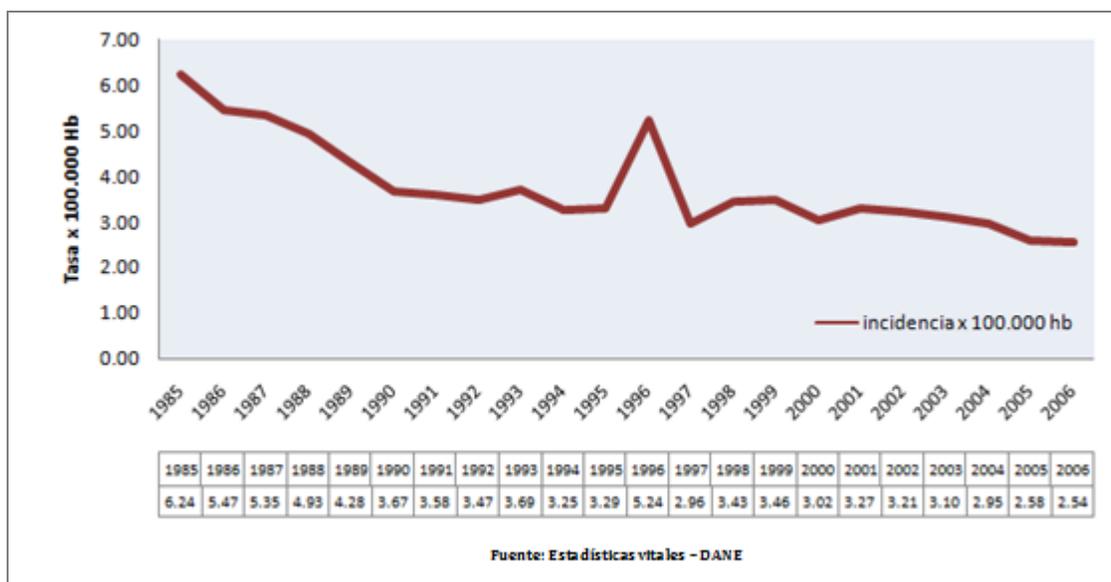
disminución en el porcentaje de positividad de 3,9% en el 2002 a 2,0% en el 2008 lo cual podría estar relacionado con que no se cumple con la definición de SR o se recolectan muestras inadecuadas para el diagnóstico por BK disminuyendo la sensibilidad de la prueba, esto hace necesario incrementar el uso de cultivo para captar casos pulmonares que no son diagnosticados por baciloscopia (casos BK negativo o paucibacilares) acorde con lo definido en la Guía de Atención Integral de TB.

- La concentración de baciloscopia en los últimos 10 años a nivel nacional ha sido inferior a 2,5, es decir que a muchos de los SR solo se les realiza la primera muestra y se pierde la oportunidad de diagnosticar del 15% al 30% de los casos bacilíferos en la segunda y del 5% al 10% en la tercera muestra.

En el 2008 se examinaron por cultivo a 58.328 personas, de las cuales 1080 resultaron positivos, para un porcentaje de positividad del cultivo de 1.9%, lo que significó un incremento superior al 100% en el uso del cultivo y un incremento de 29,87% en el número de casos detectados, con respecto al año inmediatamente anterior.

En el año 2006 según datos oficiales del DANE la tasa de mortalidad por TB fue 2.5 muertes por 100.000 habitantes, de las cuales 69.14% corresponde al sexo masculino; en Colombia, la tuberculosis es la cuarta causa de mortalidad por enfermedades transmisibles lo que equivale al 10% (n = 13.581) de las muertes por estas patologías.<sup>5</sup>

### Grafico 2. Mortalidad por tuberculosis todas las formas en Colombia 1985 - 2006.



<sup>5</sup> Instituto Nacional de Salud. Protocolo para la vigilancia de la tuberculosis en Colombia. Bogotá DC: INS, Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública; 2007

## Plan Estratégico “Colombia Libre de Tuberculosis para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB”

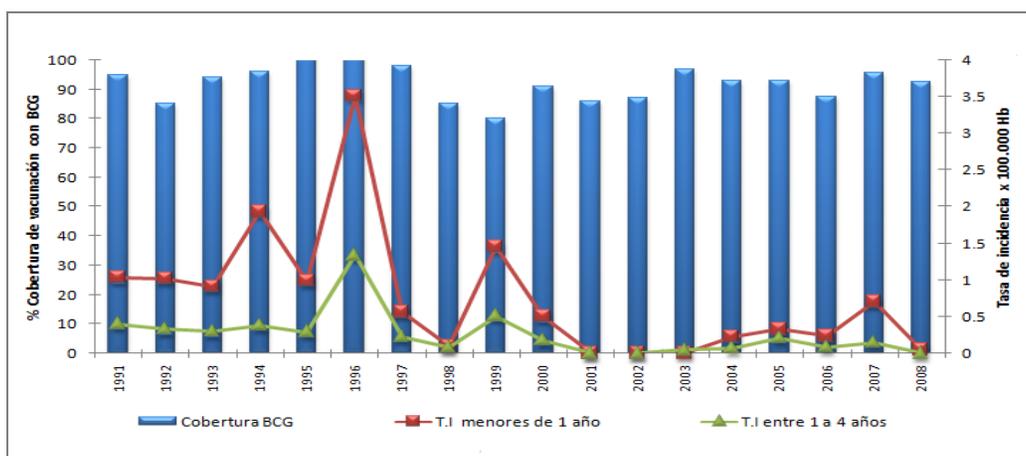
La mortalidad por TB y por VIH/Sida se encuentran fuertemente correlacionadas (coeficiente de correlación múltiple: 98,8%) indicando que a medida que aumenta la mortalidad por VIH aumenta la mortalidad por TB en estos pacientes. La TB es la tercera causa de muerte en estos pacientes, de los fallecimientos ocurridos entre 1997 y 2002 un 10,8% (IC 95%: 9,2% - 12,4%)<sup>6</sup> fue por esta causa.

De los 9.288 casos de TB reportados por Sivigila durante 2008, 956 presentaron coinfección TB/VIH-Sida (10,29%), 635 de ellos asociados a TB pulmonar y 321 a TB extrapulmonar, de acuerdo al comportamiento observado y al aumento de la población afectada por el VIH, se espera un aumento del número de casos de coinfección, sin embargo en más de la mitad de los casos de TB se desconoce si hay asociación a VIH/Sida porque la asesoría y oferta de la prueba voluntaria solo cubre a un 62.8% de los casos<sup>7</sup>.

La información con respecto a tuberculosis meníngea, ha presentado subregistro en el reporte de los casos, dado que no estaba establecido como norma la notificación de este evento, hasta el año 1987. Durante el año 2008 fueron reportados al PNCT 4 casos en menores de 1 año, la tasa de incidencia de TB meníngea en ese año fue de 0,47 por 100.000 menores de 1 año.

En la siguiente gráfica se observa el comportamiento de la meningitis tuberculosa en los menores de cinco años, lo cual nos mide de forma indirecta la cobertura de vacunación con BCG.

**Gráfico 3. Cobertura de vacunación con BCG vs. TB - Meníngea en Colombia 1991 - 2008.**



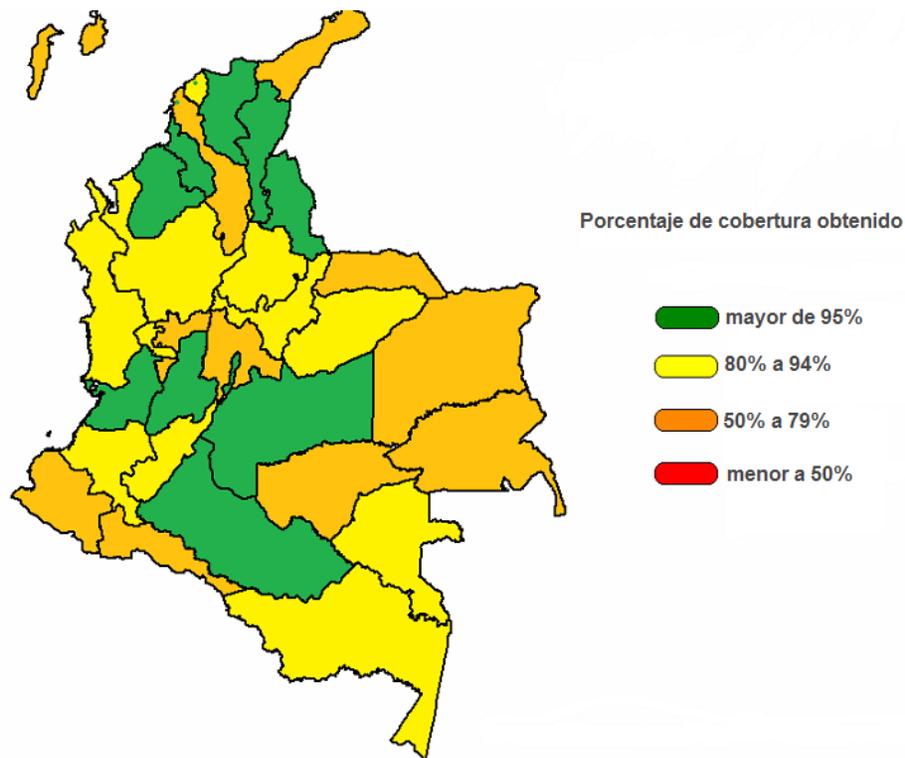
Fuente: MPS- PNCT/MIPASOFT

<sup>6</sup> Castiblanco CA, Ribon W. Coinfección de tuberculosis en pacientes con VIH/SIDA: un análisis según las fuentes de información en Colombia. Infectio 2006; 10 (4): 232-242.

<sup>7</sup> Situación de tuberculosis en Colombia, según Sivigila 2008 Informe final, Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud

En el año 2008, la cobertura de vacunación con BCG en niños y niñas menores de un año en Colombia fue de 92.6%<sup>8</sup>, disminuyendo con respecto al año anterior, el comportamiento de las coberturas de vacunación por departamento se observa en el siguiente mapa.

**Mapa 2. Cobertura de vacunación con BCG, Colombia, 2008**

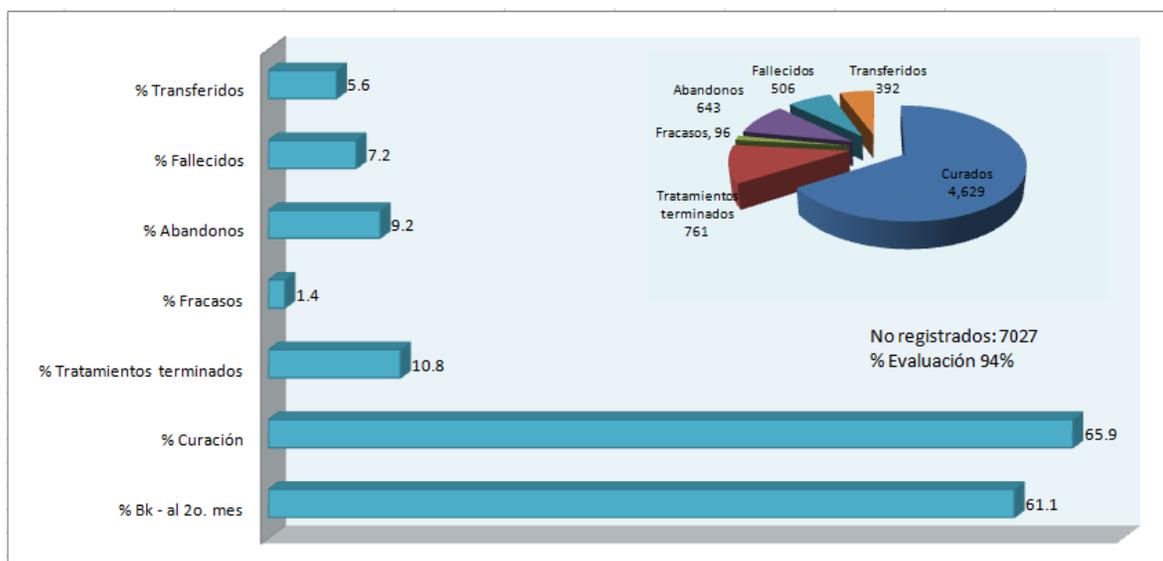


Fuente: MPS: MIPASOFT, 2009

Para el año 2007, fueron notificados al PNCT 7.488 casos nuevos de TB pulmonar BK positivo, de los cuales fueron evaluados por medio de análisis de cohortes 7.027 (94%), el porcentaje de tratamiento exitoso para el país durante 2007 fue de 76.7%, en el grafico 4 se observa el resultado de esta evaluación.

<sup>8</sup> MIPASOFT, Ministerio de la Protección Social. Programa Ampliado de Inmunizaciones, 2009

**Grafico 4. Análisis de resultados del tratamiento de la cohorte TB pulmonar, Bk positivo, Colombia 2007**



FUENTE: PNCT-MPS- INS – OPS, 2008

## **2. MARCO LEGAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN COLOMBIA**

### ***La tuberculosis en el Sistema General de Seguridad Social en Salud***

Con la implementación de la Ley 100 / 1993 SGSSS, se pretende garantizar los servicios de salud a la totalidad de la población, optando por una forma más racional de financiación de los servicios. Para tal fin se estableció una nueva organización del Sistema que incluyó los organismos de:

- Dirección y control
- Administración
- Prestación de servicios
- Usuarios del sistema

Además, se establecieron los Planes de Beneficios, entre los cuales se encuentran:

- Plan Obligatorio de Salud (POS)
- Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S)
- Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC).

“El Sistema de Protección Social definido en la Ley 789 de 2002 y la posterior fusión del Ministerio de Salud con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social para conformar el actual Ministerio de la Protección Social (MPS), apuntan a una visión en la que el manejo social del riesgo se impone”.<sup>9</sup>

El Sistema de Protección Social se constituye como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos, para obtener como mínimo el derecho a la salud, la pensión y al trabajo.

El MPS formula, dirige y coordina la política social del Gobierno Nacional en las áreas de empleo, trabajo, nutrición, protección y desarrollo de la familia, prevención y seguridad social integral.

La Ley 715 de 2001 define las competencias de la nación en el sector salud y distribuye los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP).

El Decreto 272 de 2004 reestructura el Instituto Nacional de Salud (INS), determinando las funciones de sus dependencias: Subdirección Red Nacional de Laboratorios, Subdirección de Investigación, Subdirección de Vigilancia y Control en

---

<sup>9</sup> Programa Nacional de Salud, 2002-2006, Pág. 19

## Plan Estratégico “Colombia Libre de Tuberculosis para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB”

Salud Pública, y Subdirección de Producción. Bajo esta estructura se realizan funciones del nivel nacional para la vigilancia y control de la TB.

El decreto 2323 de 2006 organiza la Red Nacional de Laboratorios (RNL) y establece cuatro líneas estratégicas sobre las cuales se centran sus acciones: 1) Vigilancia en salud pública, 2) Investigación, 3) Gestión de la calidad y 4) Prestación de servicios. Establece las funciones de los Laboratorios Nacionales de Referencia (INS e INVIMA), Laboratorios de Salud Pública Departamental y Distrital (LSPD) y de los laboratorios en el nivel municipal.

El decreto 3518 del 2006 crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) y establece las competencias y procesos para la vigilancia de eventos de interés en salud pública, dentro de los cuales se encuentra la TB. Se cuenta con un protocolo de vigilancia estandarizado que incluye la ficha única de notificación de casos de TB que se realiza de forma semanal al nivel nacional.

Bajo este esquema normativo las actividades de Prevención, Vigilancia y Control de la TB en Colombia se ejecutan de forma descentralizada y se garantiza la atención de los pacientes a través de la afiliación al Sistema.

En el 2004 el MPS expidió la Circular externa 018 en la cual en el Anexo técnico numeral 1.7 se establecieron “Otras enfermedades prioritarias de interés en salud pública” dentro de las cuales se encuentra la TB.

En el año 2007 con el decreto 3039, con el cual se establece el Plan Nacional de Salud Pública, la TB fue incluida como una prioridad en salud pública con objetivos, metas y estrategias para su control en concordancia con la estrategia Alto a la TB y a las metas planteadas en los ODM; en el 2008 la resolución 425 define las acciones que integran el PIC.

A nivel mundial, en el tema de Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la meta 8, numeral 6 establece “Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves”, en lo que respecta a la TB, se establecen las siguientes metas:

- 2005: detectar al menos el 70% de los casos de tuberculosis infecciosa y curar al menos el 85% de ellos
- 2015: reducir la prevalencia de tuberculosis y la mortalidad por esa causa en un 50% respecto a 1990
- 2050: eliminar la tuberculosis como problema de salud pública (1 caso por millón de habitantes)

Colombia en el año 2005 emitió el CONPES 91, en el cual se establecen las metas y estrategias que se implementarán hasta el 2010 para el logro de los ODM. En el tema

## Plan Estratégico “Colombia Libre de Tuberculosis para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB”

de TB, si bien no quedó explícito en este documento, los planes de trabajo interinstitucionales incluyen acciones conjuntas para reducir la incidencia de la enfermedad en el país.

En mayo de 2009, en la 62ª Asamblea Mundial de Salud, de la cual Colombia hace parte, se firmó la Resolución *WHA62.15*, en la cual los Estados Miembros se comprometen a hacerle frente a la amenaza de la tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR) y la tuberculosis extensamente resistente (TB-XDR).

- Implantar el acceso universal al diagnóstico y el tratamiento de la TB- MDR Y TB – XDR.
- Mejorar la calidad y cobertura de la DOTS para lograr una tasa de detección del 70% y una tasa de éxito terapéutico del 85%, previniendo así la TB multirresistente secundaria.
- Usar todos los mecanismos posibles de financiación para cumplir los compromisos contraídos en las resoluciones *WHA58.14* y *WHA60.19*, en particular los que permitan asegurar una financiación nacional y externa sostenible.
- Aumentar sustancialmente las inversiones de los países y todos los asociados en investigación operacional y en la investigación y el desarrollo de nuevos medios diagnósticos, medicamentos y vacunas para prevenir y tratar la TB, en particular los casos de TB-MDR Y TB-XDR.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Resolución *WHA62.15*, Mayo 22 de 2009, 62ª Asamblea mundial de la salud,

### **3. ESTRUCTURA Y COMPETENCIAS EN COLOMBIA PARA REALIZAR ACCIONES**

**E**n el marco de la descentralización, Colombia tiene niveles territoriales con responsabilidades normativas en salud pública y prestación de servicios de salud, los cuales corresponden al nivel nacional, departamental, distrital y municipal.

A continuación por cada uno de estos niveles se describe su capacidad para realizar actividades de vigilancia, prevención y control de la TB.

#### ***Ministerio de la Protección Social***

La Dirección General de Salud Pública del MPS tiene a su cargo la coordinación de actividades de prevención, vigilancia y control de la TB en el nivel nacional. Las actividades que se realizan son:

- Desarrollar el plan de acción anual para TB.
- Adquirir, distribuir y controlar los medicamentos del esquema regular de tratamiento.
- Asignar las transferencias de recursos específicos para TB a los departamentos y distritos.
- Realizar asistencia técnica y acompañamiento a los departamentos y distritos.
- Realizar la recolección, consolidación, análisis y difusión de la información de TB: evaluar los indicadores epidemiológicos y de seguimiento de cohortes.
- Coordinar con el grupo de vigilancia en salud pública del INS las acciones en el SIVIGILA, la RNL e investigación y las correspondientes a la atención de emergencias en el nivel territorial.

#### ***El Instituto Nacional de Salud***

Las subdirecciones de Vigilancia y Control en Salud Pública, Investigación y la Red Nacional de Laboratorio, tienen a su cargo las siguientes funciones:

- Participar en la planeación, desarrollo y coordinación de los sistemas de información en salud y vigilancia en salud pública de TB, en coordinación con el MPS, las entidades territoriales y demás órganos del sistema de salud.
- Coordinar, capacitar, asesorar y realizar visitas de asistencia técnica a la red nacional de laboratorios y servir como laboratorio nacional de referencia en TB.
- Definir estrategias, impulsar y coordinar los planes y programas de transferencia de tecnología para la red nacional de laboratorios en TB, en coordinación con el MPS.

## Plan Estratégico “Colombia Libre de Tuberculosis para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB”

- Coordinar, ejecutar y dirigir la investigación científica en TB de conformidad con las políticas, planes y lineamientos del MPS.
- Implementar y mantener el Sistema de Gestión de Garantía de la Calidad para el funcionamiento de la red nacional de laboratorios.
- Realizar según sus competencias las pruebas de alta complejidad para la vigilancia en salud pública.
- Fortalecer el sistema de información para la RNL.

### ***Direcciones departamentales y distritales de salud***

Los 32 departamentos y 4 distritos de Colombia tienen a su cargo el desarrollo de acciones de prevención, vigilancia y control de la TB. Las actividades que ejecutan los departamentos y distritos son:

- Desarrollar e implementar el proyecto de TB en el PIC con la inclusión de los recursos que llegan por transferencias nacionales.
- Programar y suministrar los medicamentos a todos los municipios de su jurisdicción.
- Consolidar los informes trimestrales y realizar el análisis de cohortes y enviar al nivel nacional.
- Consolidar la notificación semanal obligatoria de casos de TB pulmonar y extrapulmonar en el SIVIGILA y liderar las investigaciones epidemiológicas de campo.
- Realizar asistencia técnica y capacitación a todos los municipios de su jurisdicción
- Realizar análisis de la situación de TB a nivel departamental y municipal y difundir los resultados del mismo.

Existen 32 laboratorios de salud pública departamentales y el del distrito capital de Bogotá, que realizan actividades de referencia en su jurisdicción, estos desarrollan procesos de integración de la red de laboratorios y se encargan de realizar las siguientes actividades en TB:

- Coordinar la red de laboratorios en su jurisdicción en el tema de TB
- Garantizar de identificación de *Mycobacterium TB* y el envío al INS de aislamientos para la realización de pruebas de susceptibilidad a los fármacos en el INS
- Implantar y mantener el control de calidad al diagnóstico de TB mediante la evaluación externa del desempeño a todos los laboratorios de su red
- Realizar asistencia técnica y capacitación a todos los laboratorios de su red
- Recolectar, consolidar, analizar y difundir la información del laboratorio a su red y enviar lo correspondiente al INS
- Apoyar al SIVIGILA en los procesos de notificación e investigación de campo.

### ***Direcciones municipales de salud***

En los 1.090 municipios de Colombia se desarrollan actividades de vigilancia de los eventos de interés en salud pública, además se formulan y ejecutan en este nivel los Planes de Salud Pública de Intervenciones Colectivas municipales dentro de los cuales se incluyen acciones para la prevención, vigilancia y control de la TB, tales como:

- Vigilar que todas las Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas realicen las actividades de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas con TB (DOTS/TAS)
- Búsqueda de contactos de personas con TB
- Distribución y supervisión de medicamentos para toda la red de prestación de servicios
- Consolidar y enviar al nivel departamental los informes trimestrales de actividades y análisis de cohortes de su jurisdicción
- Realizar asistencia técnica y capacitación de la red de IPS públicas y privadas
- Consolidar la notificación semanal obligatoria de casos de TB pulmonar y extrapulmonar y enviarla al departamento.

### ***Aseguradoras EPS-C y EPS-S***

Las Aseguradoras (EPS-S y EPS-C)<sup>11</sup> deben incluir actividades de prevención y control de TB en su Plan de Salud Indicativo y su Plan Operativo Anual<sup>12</sup>, de acuerdo al perfil epidemiológico y a su competencia, dichos planes deben armonizarse con los Planes de Salud Territoriales de cada entidad territorial (departamental, distrital y/o municipal) donde tengan afiliados.

Las IPS públicas y privadas que hacen presencia en los municipios deben garantizar:

- Búsqueda de sintomáticos respiratorios, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de personas con TB
- Notificar diariamente al municipio los casos de TB pulmonar y extrapulmonar
- Consolidar y enviar a las secretarías locales de salud los informes trimestrales de actividades y análisis de cohortes

### ***Guía de Atención y Protocolo de Vigilancia en Salud Pública***

Desde febrero de 2000 el Ministerio de Salud (Hoy MPS) expidió la Guía de Atención de la TB Pulmonar y Extrapulmonar como un documento que en sus contenidos técnicos incorpora lineamientos de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional.

---

<sup>11</sup> La Ley 1122/2007 art. 14: modifica el término ARS por Empresa Promotora de Salud del régimen subsidiado (EPS)

<sup>12</sup> Resolución 425 de 2008, Circular 136425 mayo 20 de 2008 MPS.

Esta Guía incorpora: definición de la enfermedad y de casos, aspectos conceptuales, población objeto de la Guía, características de la atención (búsqueda de SR, diagnóstico, tratamiento, quimioprofilaxis, seguimiento, normas administrativas del programa), manejo de la TB en condiciones especiales (TB infantil, TB extrapulmonar, embarazo, lactancia, enfermedad hepática, enfermedad renal, silicosis), asociación TB/ VIH, resistencia a los medicamentos, indicaciones de cirugía, vigilancia en salud pública de la TB (flujos de información, indicadores de evaluación de control) y por último adopta los formatos para las actividades normadas.

Adicionalmente se expidió la Norma Técnica para la vacunación según el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), en la cual se incluye la vacunación con BCG a todos los recién nacidos. Esta dosis debe ser suministrada antes de dar salida del servicio de salud al recién nacido.

Con el fin de definir los lineamientos y herramientas para la captura, consolidación, flujo, análisis de información y difusión de datos e indicadores, que permitan caracterizar la situación de la TB en las diferentes regiones del territorio nacional y aportar información útil para la toma de decisiones; se ha diseñado y establecido: el protocolo nacional de vigilancia de TB y la ficha de notificación individual de estos casos (la cual contiene datos básicos y complementarios).

El protocolo de vigilancia y la ficha de notificación buscan generar información sobre la situación de la tuberculosis, acorde con las actuales necesidades de datos para el control de la enfermedad en el país. La tuberculosis en cualquiera de sus formas es una enfermedad de notificación obligatoria inmediata en todo el territorio nacional.

### ***Sistema de información***

La información sobre tuberculosis fluye por tres vías:

- Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) en el componente de eventos transmisibles y de fuente común y se realiza diariamente por parte de las IPS, públicas y privadas, a la Dirección Local de Salud y estas a su vez envían la información pertinente semanalmente a la Dirección Departamental o Distrital de Salud; por último, éstas realizan los reportes semanalmente al INS.
- Programa Nacional de Control de Tuberculosis, el informe trimestral de casos y actividades y el análisis de cohortes, son elaborados por las IPS y enviados a las Direcciones Locales de Salud, las cuales consolidan el informe trimestral de su jurisdicción y lo remiten a las Direcciones Departamentales/Distritales de Salud, en este nivel se consolida el informe trimestral para enviarlo al MPS, en el componente de laboratorio, cada laboratorio clínico que realiza diagnóstico consolida la información en el condensado trimestral de actividades de

Plan Estratégico “Colombia Libre de Tuberculosis para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB”

bacteriología de tuberculosis y lo envía al Laboratorio de Salud Pública Departamental o Distrital el cual lo remite a su vez al LNR del INS.

- Sistema de Estadísticas Vitales a cargo del DANE del cual se obtienen los datos de mortalidad por tuberculosis.

En general hay inconvenientes en el sistema de información, sobre todo en la referente a informes trimestrales de actividades, análisis de cohortes y condensados de actividades de bacteriología, tanto en el nivel local como departamental y nacional, debido a que no hay personas de dedicación a esta tarea, esto repercute en la calidad de los mismos, en la oportunidad de recolección, consolidación y envío al siguiente nivel territorial.

## 4. JUSTIFICACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO

Colombia adquirió el compromiso de trabajar por el logro de las metas de los ODM, los cuales se dejaron de forma explícita en el documento CONPES 91 de marzo de 2005. En los planes de trabajo conjuntos en el nivel nacional para focalizar acciones hacia los ODM, se ha establecido incorporar el tema de tuberculosis como una prioridad. Dentro de la normatividad vigente, la tuberculosis se ha incluido como una prioridad en salud pública mediante el decreto 3039 de 2007 el cual incluyó objetivos, metas y estrategias para implementar, expandir y adaptar la estrategia DOTS/TAS a las líneas del Plan Alto a la TB.

El país ha mantenido en los últimos 10 años altas tasas de incidencia de tuberculosis (25 por 100.000 habitantes promedio año) con brechas entre los departamentos, encontrándose territorios donde hay incidencias que superan cuatro veces el promedio nacional. Aun existen debilidades en las actividades vitales como la captación de SR que para el 2008 fue de 54,4%, además no se cuenta con datos exactos de la coinfección VIH/tuberculosis, pero algunas aproximaciones puntuales estiman que la proporción de muertes por tuberculosis en PVVS es del 10%.

En el marco de la descentralización fiscal y administrativa del país y del SGSSS, las actividades de vigilancia, prevención y control de la tuberculosis se han mantenido como una prioridad nacional, lo que ha implicado la asignación de recursos de forma permanente a través de transferencias nacionales (TN), las cuales se complementan con recursos del SGP en los niveles territoriales. Además, a través de los POS tanto del régimen contributivo como subsidiado, así como a través de los recursos destinados para la población pobre no asegurada, se garantiza la prestación de servicios de salud de detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas con TB, esto demuestra que se invierte una gran cantidad de recursos financieros en Colombia para la vigilancia, prevención y control de la tuberculosis; sin embargo, en el tema de gestión territorial hay debilidades, las cuales se dan por la falta de personal suficiente e idóneo para la ejecución de estas actividades, la rotación permanente del personal que conduce al desconocimiento de las responsabilidades y fallas en las acciones de tuberculosis. A esto se suman las debilidades en las acciones de inspección, vigilancia y control por parte de los niveles territoriales a la red prestadora de servicios de salud, que conduce a falta de oportunidad y calidad en la generación de información. A pesar de que las competencias de cada actor del SGSSS se encuentran en la normatividad, hay gran dispersión y descoordinación entre estos para llevar a cabo acciones en tuberculosis.

Si bien es cierto que desde el 2000 se adoptó normativamente para Colombia la estrategia DOTS/TAS, no es posible establecer cuál es su cobertura real debido a la falta de capacidad para hacer monitoreo y seguimiento a nivel territorial. La información del nivel nacional hasta el año 2005, indicaba una cobertura aproximada

## Plan Estratégico “Colombia Libre de Tuberculosis para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB”

del 20%, sin embargo hasta tanto no haya un buen sistema de información que permita tener el dato real, estimaciones recientes, con base en evaluaciones externas indican que la cobertura sería aproximadamente del 60%, en el año 2008.

A pesar de contar con una Guía de Atención de la Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar, aún hay falencias en la aplicación de las directrices para la ejecución de actividades de vigilancia, prevención y control a nivel local. En el tema de vigilancia en salud pública se logró estandarizar la ficha de notificación semanal obligatoria de casos de tuberculosis; pero aún existen diferencias entre la información que ingresa por el PNCT y el Sivigila.

La Red Nacional de Laboratorios de TB ha logrado fortalecer las actividades de evaluación del desempeño, capacitación, asesorías y visitas de asistencia técnica garantizando que el diagnóstico bacteriológico es óptimo en el país; ha sido un soporte fundamental para realizar los estudios de vigilancia de la resistencia a los medicamentos antituberculosos, sin embargo aún hay debilidades en el sistema de información por laboratorio. Los estudios de vigilancia de la resistencia realizados entre los años 1992 y 2005, demuestran que no hubo cambios significativos en los patrones de resistencia global (14,1% y 11,78%) y TB-MDR (1,81% y 2,38%), pero el aumento en número absoluto de casos es una señal de alerta frente a la respuesta para contener la extensión de este fenómeno.

En el año 2008, se inicio el proceso de definición de la nueva guía de atención de la TB-MDR, adicionalmente el INS realiza un estudio de vigilancia en ciudades que han tenido mayores reportes como Barranquilla, Medellín, Buenaventura y Cali, de igual forma se están caracterizando los patrones de sensibilidad en algunos pueblos indígenas, sin embargo el reto es concretar el trabajo específico para hacerle frente al fenómeno de la MDR.

En el área de investigación aplicada se han hecho esfuerzos pero de forma dispersa y hay dificultades en la integración de las líneas de investigación para que contribuyan a las prioridades y necesidades en salud pública en TB, la investigación operativa es incipiente y no se ha identificado como una necesidad para generar evidencia que apoye las decisiones del PNCT.

En el tema de movilización social y sobre todo en la participación de personas con tuberculosis y ex-pacientes, Colombia no ha tenido mayor avance y no se tiene un inventario real de experiencias al respecto en el nivel territorial.

En cuanto a las acciones colaborativas TB-VIH/Sida, se ha logrado iniciar la vigilancia de la coinfección, sin embargo se deben aunar esfuerzos para definir y concretar un plan que permita abordar este nuevo reto.

## Plan Estratégico “Colombia Libre de Tuberculosis para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB”

De igual forma es importante abordar el problema de la TB infantil e integrar su diagnóstico y tratamiento a la a la estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

Es por lo anterior y en el marco de los ODM y del Plan Mundial “Alto a la Tuberculosis”, que se plantea una Plan Estratégico para Colombia con el fin de fortalecer y sostener acciones en pro de reducir la carga de morbilidad y mortalidad por ésta enfermedad.

## 5. VISIÓN, OBJETIVOS Y METAS DEL PLAN.

<b>VISIÓN</b>	COLOMBIA LIBRE DE TUBERCULOSIS
<b>OBJETIVO GENERAL</b>	Fortalecer la expansión de la estrategia Alto a la TB en Colombia para reducir la incidencia y mortalidad por tuberculosis.
<b>METAS GENERALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colombia notificará más del 70% de los casos nuevos baciloscopia positiva y curará al menos el 85% de los mismos para el 2012.</li> <li>• Reducir la incidencia de tuberculosis y disminuir la mortalidad y la prevalencia al 50% al 2015 respecto a la de 1990 (Línea de Base 1993: Incidencia de 32 casos por 100.000 habitantes).</li> </ul>
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO 1</b>	<p>Garantizar acceso a servicios de detección temprana, diagnóstico y tratamiento a toda persona con tuberculosis.</p> <p><b>Metas para lograr con este objetivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Captación de al menos el 80% de sintomáticos respiratorios en todo el país a 2015.</li> <li>• Cobertura DOTS/TAES del 85% de la población de Colombia en el 2015.</li> <li>• Tratamiento exitoso de más del 85% de los casos de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva (curados + tratamiento terminado) en el 2010.</li> </ul>
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO 2</b>	<p>Garantizar la asistencia técnica y acompañamiento sostenible a las entidades territoriales</p> <p><b>Metas para lograr con este objetivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 100% de las entidades territoriales departamentales y distritales recibirán asistencia técnica y acompañamiento cada año, en su componente de programa y de laboratorio</li> </ul>

<p><b>OBJETIVO ESPECÍFICO 3</b></p>	<p>Garantizar la capacidad operativa del programa en términos de recursos técnicos, así como la disponibilidad de insumos y medicamentos.</p> <p><b>Metas para lograr con este objetivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El Ministerio de la Protección Social adquiere anualmente 100% de los medicamentos del esquema de primera línea para el tratamiento de todos los pacientes con tuberculosis.</li> <li>• 100% de las aseguradoras y de las entidades territoriales, garantizarán anualmente la realización de actividades de detección precoz, diagnóstico, tratamiento y control de pacientes con tuberculosis, a su población.</li> </ul>
<p><b>OBJETIVO ESPECÍFICO 4</b></p>	<p>Garantizar la calidad y oportunidad del diagnóstico bacteriológico y su evolución bacteriológica durante el tratamiento a través de la RNL</p> <p><b>Metas para lograr con este objetivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 100% de los LSP cumplirán con los estándares de la RNL, en 2015.</li> <li>• Ampliar al 100% la cobertura del cultivo como método de diagnóstico de TB, en el 2015.</li> <li>• El 100% de los LSP envía al INS, PSF de acuerdo con los criterios de la Guía de Atención, en el 2015.</li> </ul>
<p><b>OBJETIVO ESPECÍFICO 5</b></p>	<p>Fortalecer las alianzas estratégicas entre aseguradoras y prestadores de servicios de salud públicos y privados.</p> <p><b>Metas para lograr con este objetivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En el año 2015, 80% de los departamentos contarán con alianzas estratégicas entre aseguradores y prestadores de servicios de salud públicos y privados, para garantizar la implementación de la estrategia Alto a la TB con acciones sostenibles a largo plazo.</li> </ul>
<p><b>OBJETIVO ESPECÍFICO 6</b></p>	<p>Desarrollar e implementar estrategias de participación comunitaria para la prevención y control de la tuberculosis</p>

	<p><b>Metas para lograr con este objetivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El 50% de las entidades territoriales implementan estrategias de abogacía, comunicación y movilización social en tuberculosis a 2015, e incorporan a grupos de afectados en actividades de control.</li> </ul>
<p><b>OBJETIVO ESPECÍFICO 7</b></p>	<p>Fortalecer el trabajo interprogramático para enfrentar grandes amenazas como la coinfección TB/VIH, la TB/MDR y aunar esfuerzos con programas como PAI/AIEPI y proyectos de investigación aplicada y operativa.</p> <p><b>Metas para lograr con este objetivo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El 100% de las entidades territoriales, mantendrán la vigilancia epidemiológica de la coinfección TB/VIH de acuerdo a su perfil epidemiológico y efectuaran actividades de colaboración, a 2015.</li> <li>• El 100% de las entidades territoriales, mantendrán la vigilancia epidemiológica de la coinfección TB-MDR a 2015.</li> <li>• El 100% de las entidades territoriales y de las EPS realizan atención integral de la TB-MDR a 2015.</li> <li>• El 100% de los casos de coinfección TB/VIH serán notificados al SIVIGILA a 2012.</li> <li>• El 50% de las entidades territoriales integran actividades con los programas PAI y AIEPI para potenciar el logro de las metas en TB infantil al 2015.</li> </ul>
<p><b>OBJETIVO ESPECÍFICO 8</b></p>	<p>Desarrollar acciones de supervisión, monitoreo y evaluación para garantizar el cumplimiento de las metas e indicadores del plan estratégico “Colombia libre de tuberculosis” 2010-2015.</p> <p><b>Metas para lograr con este objetivo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En 2012 se contará con herramientas sistemáticas de información en tuberculosis en el marco del Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO).</li> <li>• Cada año el MPS y las entidades territoriales realizarán evaluación y monitoreo de los indicadores del plan estratégico.</li> </ul>

## **6. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE TRABAJO Y ACTIVIDADES GENERALES**

**L**as líneas de trabajo definidas para Colombia, acordes con el Plan Regional de Tuberculosis 2006 – 2015 y las actividades en las cuales las entidades territoriales (departamentales, distritales y municipales) deben concentrar su compromiso para la implementación de la estrategia “Alto a la TB”.

### **6.1. IMPLEMENTACIÓN Y EXTENSIÓN DE LA ESTRATEGIA DOTS/TAS.**

- Obtener y mantener el compromiso político a través de la inclusión de actividades de la estrategia “Alto a la tuberculosis” como una prioridad en los planes sectoriales de salud del nivel nacional y territorial (departamental y municipal).
- Fortalecer la capacidad de gestión en todas las entidades territoriales.
- Conformar o reactivar “Comités departamentales/distritales asesores en tuberculosis”.
- Fortalecer la Red de Laboratorios, para asegurar el diagnóstico de casos de TB y aumentar la cobertura, oportunidad y calidad del diagnóstico (pulmonar y extrapulmonar) a través de baciloscopia y cultivo.
- Introducir el método de Kudoh para el transporte de muestras de lugares con difícil acceso al cultivo.
- Hacer seguimiento a las IPS que tengan un porcentaje de conversión bacteriológica al segundo mes, inferior al 80%.
- Asegurar un sistema efectivo y regular de suministro de medicamentos.
- Fortalecer el talento humano en TB, capacitándolo en temas como: Gestión, diagnóstico, sistemas de información, análisis y seguimiento de indicadores y prevención y manejo de la coinfección y los casos de TB-MDR.
- Hacer seguimiento a aseguradoras y a la red prestadora de servicios de salud, para garantizar el cumplimiento de las actividades de prevención y control de TB.

### **6.2. FORTALECIMIENTO DEL TRABAJO INTERPROGRAMÁTICO.**

#### **Actividades de colaboración entre los programa de TB-VIH/Sida**

##### ***Establecimiento de mecanismos de colaboración***

- Creación de un ente coordinador de las actividades de TB/VIH.
- Realizar vigilancia de la prevalencia del VIH entre los pacientes con TB.
- Planificar de manera conjunta de las actividades TB/VIH.

- Monitorear y evaluar las actividades.

***Reducción de la carga de enfermedad por tuberculosis en personas que conviven con el VIH/Sida (PVVS).***

- Establecer la búsqueda intensiva de casos de tuberculosis
- Introducir la terapia preventiva con Isoniazida
- Garantizar el control de la infección tuberculosa en los organismos de salud y sitios de congregación.

***Reducción de la carga de enfermedad por VIH/Sida en los pacientes con tuberculosis***

- Proporcionar consejería y pruebas voluntarias de detección VIH
- Introducir métodos preventivos para la infección por VIH
- Introducir tratamiento preventivo con Trimetopim Sulfametoxazol
- Garantizar la atención y apoyo a pacientes con VIH/Sida, de acuerdo con la guía del país.
- Introducir la terapia antirretroviral

**Actividades colaborativas entre los programas TB-PAI-AIEPI**

- Seguimiento de coberturas de vacunación con BCG por municipio.
- Integración del diagnóstico y atención de tuberculosis infantil a la estrategia AIEPI.

**Actividades orientadas a poblaciones vulnerables**

- Implementar acciones que se adapten a las necesidades específicas de la población vulnerable (pueblos indígenas, desplazados, población privada de la libertad, hogares geriátricos y poblaciones marginales de grandes ciudades).
- Implementar estrategias para reducir las barreras que impiden el acceso de los grupos vulnerables a servicios de diagnóstico y tratamiento de tuberculosis.

**6.3. PROMOCIÓN DE LAS ALIANZAS ESTRATÉGICAS ENTRE TODOS LOS PROVEEDORES DE SALUD PARA EL LOGRO DE METAS.**

- Realizar reuniones de abogacía en forma conjunta con el nivel nacional y los actores del SGSSS con el fin de construir alianzas entre las aseguradoras, ESE, IPS públicas y privadas, entidades territoriales (departamentales, distritales y municipales), para garantizar el tratamiento integral a los pacientes que ingresan al programa.
- Identificar a otros proveedores de servicios de salud como las IPS de los regímenes especiales (docentes, FFMM, policía, grupos étnicos), para que participen en la conformación de estas alianzas.

- Incluir a las EPS como aliados para recibir asistencia técnica y monitoreo por parte del nivel nacional y departamental.
- Impulsar, apoyar técnicamente y evaluar convenios fronterizos, binacionales o multinacionales de cooperación entre países para el manejo de la TB.

#### **6.4. FORTALECIMIENTO DE LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA TUBERCULOSIS Y LA INVESTIGACIÓN OPERATIVA.**

- Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica de la TB integrado al SIVIGILA, realizar las investigaciones epidemiológicas de campo y los estudios de contactos.
- Monitorear y supervisar el cumplimiento y calidad de las acciones de prevención y control de la TB realizadas por las entidades territoriales, IPS y aseguradoras.
- Implementar los instrumentos y formatos diseñados para la recolectar, consolidar y enviar de manera oportuna los informes del PNCT al nivel nacional.
- Las entidades territoriales deben identificar de acuerdo al análisis de los datos de vigilancia del programa y la implementación de las líneas complementarias de la estrategia Alto a la TB, los tópicos de investigación operativa y elaborar protocolos de investigación, ejecutarlos y difundir sus resultados, estas investigaciones deben contar idealmente con la participación de los actores del sistema.

#### **6.5. IMPLEMENTACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE ATENCIÓN INTEGRAL Y VIGILANCIA DE LA RESISTENCIA A LOS FÁRMACOS ANTITUBERCULOSOS.**

- Conformación de grupos de estudio de TB-MDR en el nivel territorial, que orienten el manejo integral de los casos.
- Fortalecer la capacidad de las redes departamentales de laboratorio para la realización de cultivos y su envío al INS.
- Fortalecer el sistema de vigilancia de la TB-MDR y TB-XDR.
- Analizar la información de TB-MDR para apoyar la toma de decisiones del PNCT.
- Implementar y vigilar la aplicación de la nueva guía para el manejo de la TB-MDR.

#### **6.6. IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE ABOGACÍA, COMUNICACIÓN Y MOVILIZACIÓN SOCIAL (ACMS) EN ACCIONES DE CONTROL DE LA TB.**

- Promover la conformación de asociaciones de pacientes y ex pacientes e incluirlos en actividades de vigilancia con base comunitaria, actividades educativas y en el diseño y realización de campañas de comunicación.

- Impulsar la participación de la sociedad civil a través de grupos organizados a nivel local, con el fin de participar en los procesos de planificación y seguimiento.

## 7. ESTRATIFICACIÓN DEL PAÍS Y DEFINICIÓN DE ESCENARIOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN

La definición de escenarios epidemiológicos permite agrupar los territorios de modo tal, que se puedan definir y seleccionar aquellas intervenciones que pueden tener impacto y reportar mayor beneficio al país en el control de la tuberculosis, teniendo en cuenta los objetivos, las metas y las líneas de acción que se proponen en este plan.

Como resultado del proceso de asistencia técnica realizado a las entidades territoriales durante el año 2008, se planteo la necesidad de modificar los escenarios epidemiológicos utilizados para la estratificación del país, para esto se realizó un análisis de algunos de los indicadores del programa de TB, con el fin de construir escenarios más homogéneos entre ellos, que faciliten y agrupen las actividades específicas de cada una de las líneas de trabajo y a su vez que sean más acordes con las particularidades de cada territorio y el cumplimiento de las metas propuestas por el PNCT.

Para la estratificación de las entidades territoriales, se realizó un análisis de la información enviada por los responsables del programa de las entidades territoriales al PNCT del MPS, durante el periodo 2004-2008 y se analizó la tendencia y comportamiento de los siguientes indicadores:

- ***Número de casos nuevos detectados por año (carga de enfermedad):***

Con el dato de los casos nuevos de TB-TF de cada entidad territorial se calculó la media para definir un valor de comparación, a partir de este valor se calculó el percentil 75 de estos datos cuyo valor fue 382,8 y se definieron dos categorías:

**Alta carga:** Entidades territoriales cuya media es igual o superior al percentil 75.

**Baja carga:** Entidades territoriales cuya media es inferior al percentil 75.

- ***Tasa de éxito de tratamiento de casos:***

A partir de los análisis de cohortes, se tomo la información de los últimos cuatro años (2004 – 2007) del porcentaje de éxito de tratamiento (% curados + % tratamientos terminados) de cada entidad territorial y se calculó la media para establecer el valor de comparación, de tal modo que se agruparon las entidades territoriales así:

Entidades cuyo promedio fue > 85% de éxito de tratamiento.

Entidades cuyo promedio fue < 85% de éxito de tratamiento.

Con base en estos dos indicadores, se construyeron tres escenarios y para cada uno de ellos se definieron actividades específicas que responden a la realidad local en tuberculosis y permiten focalizar los esfuerzos territoriales.

En la siguiente tabla observamos las entidades territoriales que componen los tres escenarios.

**Tabla No 1 Definición de escenarios para la implementación del plan estratégico**

	ALTA CARGA (promedio $\geq$ 382,8 casos TB-TF)	BAJA CARGA (promedio < 382,8 casos TB-TF)	
ÉXITO EN TRATAMIENTO > 85%	De las entidades territoriales con alta carga de enfermedad, ninguna tuvo en promedio un 85% de tasa de éxito de tratamiento.	ARAUCA	NARIÑO
		CÉSAR	PUTUMAYO
		MAGDALENA	SUCRE
		SANTA MARTA	AMAZONAS
		VAUPÉS	
		<b>ESCENARIO 2</b>	
ÉXITO EN TRATAMIENTO < 85%	ANTIOQUIA	ATLÁNTICO	CHOCÓ
	BARRANQUILLA	BOLÍVAR	GUAINÍA
	BOGOTÁ	CARTAGENA	GUAVIARE
	NORTE DE SANTANDER	BOYACÁ	HUILA
	META	CALDAS	RISARALDA
	SANTANDER	CAQUETÁ	QUINDÍO
	TOLIMA	CASANARE	SAN ANDRÉS
	VALLE	CAUCA	VICHADA
	GUAJIRA	CÓRDOBA	CUNDINAMARCA
		<b>ESCENARIO 1</b>	<b>ESCENARIO 3</b>

### ***ESCENARIO 1***

El escenario 1, lo conforman las entidades territoriales que tienen una alta carga de enfermedad (promedio igual o superior a 382,8 casos nuevos detectados por año) y que en promedio obtuvieron un éxito de tratamiento menor al 85%, durante el periodo evaluado.

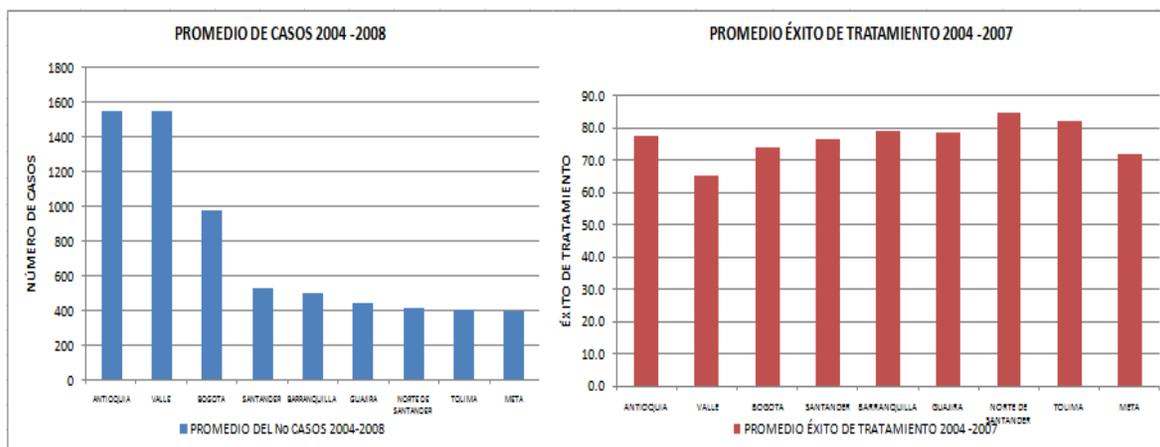
## Plan Estratégico “Colombia Libre de Tuberculosis para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB”

En este grupo se diagnostican en promedio el 59.8% de los casos de tuberculosis todas las formas del país, manteniendo un comportamiento similar en el número de casos diagnosticados por año durante el periodo evaluado.

Presentan debilidades en su sistema de información y en el seguimiento del tratamiento de pacientes, lo cual se evidencia por la diferencia en la evaluación de la condición de egreso y su baja tasa de éxito de tratamiento.

Adicionalmente a esto estas entidades territoriales son las que más población del país concentran, tienen una buena infraestructura de servicios de salud y son centros de referencia para municipios propios y de departamentos vecinos.

### **Grafico 5. Escenario 1.**



Fuente PNCT - MPS 2009

## **ACTIVIDADES ESPECÍFICAS PARA EL ESCENARIO 1**

### **IMPLEMENTACIÓN Y EXTENSIÓN DE LA ESTRATEGIA DOTS/TAS**

- Realizar seguimiento estricto en la administración de tratamiento.
- Implementar una estrategia de búsqueda institucional de SR.

### **FORTALECIMIENTO DEL TRABAJO INTERPROGRAMÁTICO**

- Conformar grupos de trabajo y comités de expertos en el manejo de TB/VIH y formular un plan de acciones colaborativas de acuerdo a su perfil.
- Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica de la coinfección mediante la recolección de datos de la atención rutinaria al enfermo TB.
- Implementar acciones de prevención y control de TB en población privada de la libertad en coordinación con el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario

## Plan Estratégico “Colombia Libre de Tuberculosis para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB”

(INPEC), que incluyan además del diagnóstico y tratamiento, actividades colaborativas TB/VIH, prevención de TB-MDR y actividades de Abogacía Comunicación y Movilización Social.

- Implementar acciones de prevención y control de TB en habitantes de calle y población en situación de desplazamiento en coordinación con otros programas del nivel departamental y municipal, que incluyan apoyo social, habitacional y nutricional.

### ***PROMOCIÓN DE LAS ALIANZAS ESTRATÉGICAS ENTRE TODOS LOS PROVEEDORES DE LA SALUD PARA EL LOGRO DE LAS METAS***

- Realizar asistencia técnica a las aseguradoras, para que incluyan la TB como una de sus prioridades, destinen recursos para lograr los objetivos y metas del PCT y disminuyan las barreras de acceso al tratamiento.

### ***FORTALECIMIENTO DE LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA***

- Fortalecer en todos los municipios el sistema de información y generar espacios de análisis en los que se incluyan los indicadores básicos del programa para consolidar, analizar y difundir la información del programa y mejorar la correlación entre las diferentes fuentes de información (Sivigila, estadísticas vitales, laboratorio y PCT), para la toma de decisiones basadas en la evidencia.

### ***IMPLEMENTACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE ATENCIÓN INTEGRAL Y VIGILANCIA DE LA RESISTENCIA A LOS FÁRMACOS ANTITUBERCULOSOS.***

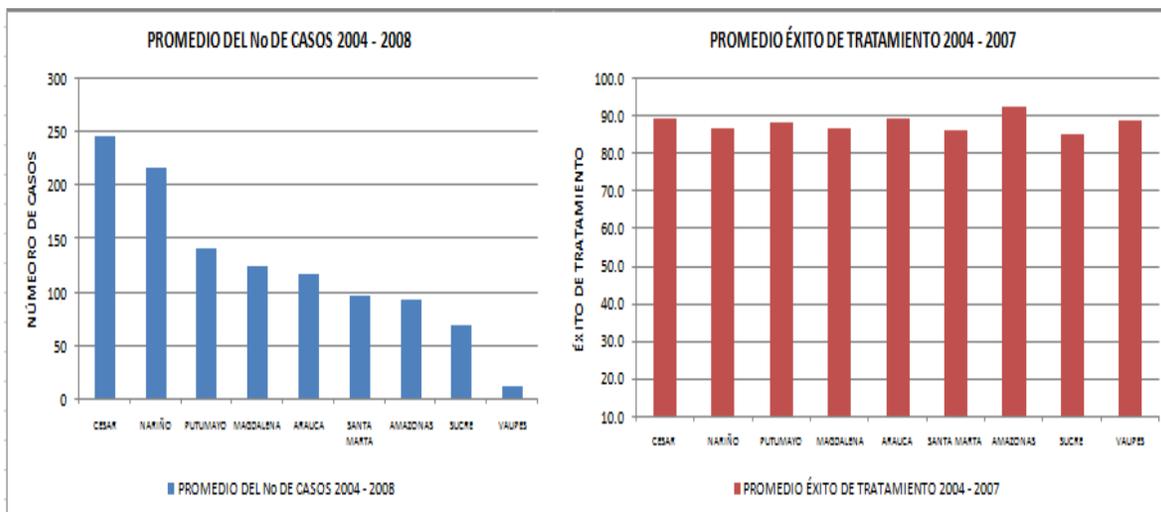
- Mejorar el acceso a los medicamento de segunda línea con el fin de garantizar el seguimiento y supervisión de los casos que reciben estas medicaciones.
- Realizar o enviar al INS las pruebas de susceptibilidad a todos los casos que se indican en la Guía de Atención Integral de la Tuberculosis.

## ***ESCENARIO 2***

El escenario 2, lo conforman las entidades territoriales que tiene baja carga de enfermedad (promedio inferior a 382,8 casos nuevos detectados por año) y que en promedio obtuvieron el 85% de éxito de tratamiento, durante el periodo evaluado.

En este grupo de diagnostican en promedio el 10% de los casos de TB-TF del país, manteniendo un comportamiento irregular en el número de casos diagnosticados por año durante el periodo evaluado.

**Grafico 5. Escenario 2.**



Fuente PNCT-MPS 2009

## ACTIVIDADES ESPECÍFICAS PARA EL ESCENARIO 2

### IMPLEMENTACIÓN Y EXTENSIÓN DE LA ESTRATEGIA DOTS/TAS

- Desarrollar actividades de búsqueda de una forma planeada programando metas por municipio e IPS.

### FORTALECIMIENTO DEL TRABAJO INTERPROGRAMATICO

- Dar continuidad a las acciones de prevención y control de TB que se vienen desarrollando en pueblos indígenas y expandir la cobertura de las mismas de forma progresiva a otras etnias.

### PROMOCIÓN DE LAS ALIANZAS ESTRATÉGICAS ENTRE TODOS LOS PROVEEDORES DE LA SALUD PARA EL LOGRO DE LAS METAS

- Fortalecer las redes de microscopia e involucrar a agentes comunitarios en la administración y seguimiento de tratamiento.

### FORTALECIMIENTO DE LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

## Plan Estratégico “Colombia Libre de Tuberculosis para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB”

- Mejorar la notificación al Sivigila mediante la ficha de notificación individual e implementar la vigilancia sistemática de la coinfección TB/VIH-Sida.

### **IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE ACMS EN ACCIONES DE CONTROL DE TB**

- Involucrar a pacientes y grupos de pacientes por medio de procesos de capacitación sobre diferentes aspectos del control de la TB, para que participen activamente en actividades educativas dirigidas a la comunidad.
- Diseñar y realizar campañas de comunicación en tuberculosis acordes con la realidad del territorio.

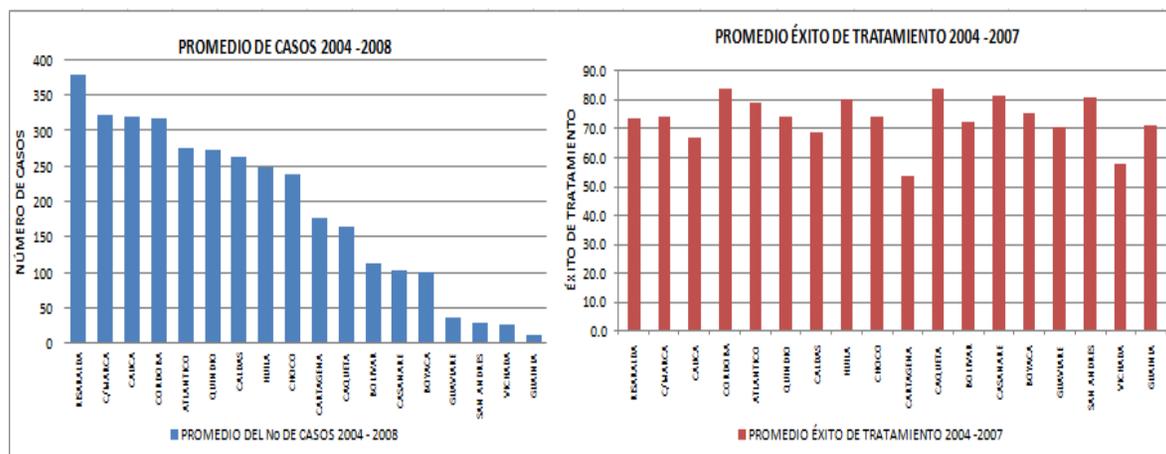
### **ESCENARIO 3**

El escenario 3, lo conforman las entidades territoriales que tiene baja carga de enfermedad (promedio inferior a 383 casos nuevos detectados por año) y que en promedio no obtuvieron el 85% de éxito de tratamiento, durante el periodo evaluado.

En este grupo de diagnostican en promedio el 30.2% de los casos de TB-TF del país, presentando un comportamiento bastante irregular en el número de casos diagnosticados por año durante el periodo evaluado.

Presentan inconvenientes en su sistema de información, lo que se evidencia en falta de oportunidad en la entrega de los informes al nivel central y poca correlación entre las fuentes (informes trimestrales de casos y actividades y análisis de cohortes).

**Grafico 6. Escenario 3.**



Fuente PNCT-MPS 2009

## **ACTIVIDADES ESPECÍFICAS PARA EL ESCENARIO 3**

### ***IMPLEMENTACIÓN Y EXTENSIÓN DE LA ESTRATEGIA DOTS/TAS***

- Realizar una supervisión estricta a la administración de tratamiento y seguimiento a los pacientes, para lograr alcanzar y mantener la meta de éxito de tratamiento.
- Implementar una estrategia que fortalezca la búsqueda institucional de casos para alcanzar y mantener la meta de captación de SR.

### ***FORTALECIMIENTO DEL TRABAJO INTERPROGRAMÁTICO***

- Implementar acciones de prevención y control de TB en pueblos indígenas realizando de manera previa una priorización de acuerdo al perfil.
- Las entidades territoriales de Risaralda, Caldas y San Andrés deben implementar acciones de prevención y control de TB, en población privada de la libertad en coordinación con el INPEC.
- Elaborar un POA que articule las actividades de los programas de TB, VIH/Sida, AIEPI y PAI.

### ***PROMOCIÓN DE LAS ALIANZAS ESTRATÉGICAS ENTRE TODOS LOS PROVEEDORES DE LA SALUD PARA EL LOGRO DE LAS METAS***

- Realizar reuniones de trabajo con personal de salud y afectados para identificar formas de colaboración.

### ***FORTALECIMIENTO DE LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA***

- Capacitación, monitoreo y seguimiento estricto a todos los municipios para garantizar el cumplimiento de las actividades del programa.

## **8. ORIENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL NIVEL NACIONAL**

### **El MPS focalizará sus acciones en:**

- Reactivar, coordinar y mantener el comité nacional asesor en tuberculosis como espacio de abogacía y de articulación de las alianzas estratégicas con las aseguradoras.
- Coordinar actividades con los grupos de gestión en salud pública, PAI, AIEPI, VIH/Sida, para unificar los criterios de asistencia técnica a los departamentos y potenciar acciones en el tema de gestión de los recursos del programa, acciones a incluir en el PIC y articulación de las actividades.
- Diseño e implementación de la Guía de manejo de la coinfección de VIH/tuberculosis.
- Diseñar e implementar la Guía de atención de tuberculosis infantil.
- Realizar actividades de capacitación y asistencia técnica, seguimiento, monitoreo y supervisión del cumplimiento de las responsabilidades de EPS-C, EPS-S y entidades territoriales, en forma coordinada con el INS.
- Dirigir y coordinar la vigilancia en salud pública en conjunto con el INS.
- Implementar una propuesta de software para el sistema de información en TB en el marco del Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO).
- Garantizar los medicamentos para el esquema regular de tratamiento de la tuberculosis y su oportuna distribución a nivel territorial y vigilar que las EPS adquieran y suministren los tratamientos para TB-MDR.
- Coordinar las acciones con las entidades territoriales para aplicar al mecanismo de suministro de drogas de segunda línea del Comité Luz Verde (CLV).
- Diseñar e implementar estrategias para reducir las barreras que impiden el acceso de los grupos vulnerables (indígenas, privados de libertad, poblaciones marginales de grandes ciudades, personas viviendo en la calle y población desplazada) a servicios de diagnóstico y tratamiento de tuberculosis.
- Capacitar a los equipos nacionales y departamentales que trabajan con tuberculosis sobre la estrategia de PAL (del inglés “Practical Approach to Lung Health”) o Abordaje Práctico de Salud Pulmonar.
- Impulsar la creación y sostenibilidad de alianzas estratégicas (OPS/OMS, universidades, Organizaciones no Gubernamentales (ONG) Liga antituberculosa, entre otros), incluyendo alianzas público privadas (PPM).
- Impulsar el desarrollo de alianzas estratégicas con grupos de investigación en tuberculosis que apoyen la realización de investigaciones operativas acordes con las necesidades nacionales.
- Elaborar guías operativas de funcionamiento de la alianzas PPM e identificar herramientas de trabajo (cartas acuerdo, contratos, compromisos y algunos instrumentos de registro e información).
- Ofrecer asistencia técnica a las entidades territoriales sobre las estrategias de comunicación.

## Plan Estratégico “Colombia Libre de Tuberculosis para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB”

- Realizar seguimiento y monitoreo del cumplimiento de las responsabilidades de EPS-C, EPS-S y direcciones territoriales de salud
- Desarrollar y promover proyectos pilotos sobre comunicación en tuberculosis y sus contribuciones para el control de la TB

### **El INS focalizará sus acciones en:**

- Apoyar el proceso de reactivación del comité nacional asesor en tuberculosis.
- Realizar actividades de capacitación y asistencia técnica, seguimiento, monitoreo y supervisión del cumplimiento de las responsabilidades de EPS-C, EPS-S y entidades territoriales, en forma coordinada con el MPS.
- Realizar asistencia técnica por parte del nivel nacional al nivel departamental y distrital mínimo una vez al año con el fin de monitorear y evaluar el cumplimiento de metas y la evolución de los indicadores.
- Realizar asistencia técnica indirecta desde el nivel nacional al departamental y distrital mínimo una vez al trimestre.
- Asesorar y realizar actividades de complementariedad a las entidades territoriales cuando se rebase su capacidad de respuesta.
- Coordinar la red nacional de laboratorios de tuberculosis.
- Realizar la vigilancia de la resistencia a fármacos de primera y segunda línea en los casos establecidos por el PNCT.
- Evaluar e implementar nuevas metodologías de diagnóstico de tuberculosis, acorde con los lineamientos de OMS/OPS.
- Realizar actividades de vigilancia en salud pública a través del SIVIGILA.
- Apoyar al MPS en la operación del sistema de información en tuberculosis
- Apoyar al MPS en la revisión y actualización de los formatos de registro, instrumentos y software del sistema de información, monitoreo y evaluación de las acciones de prevención y control de la tuberculosis.
- Apoyar al MPS en la creación y sostenibilidad de alianzas estratégicas (Asociación Alemana, OPS/OMS, universidades, ONG, Liga antituberculosa, entre otros), incluyendo alianzas público privadas.
- Impulsar el desarrollo de alianzas estratégicas con grupos de investigación en tuberculosis que apoyen la realización de investigaciones operativas acordes con las necesidades nacionales.

## 9. MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN

**E**l proceso de monitoreo y evaluación del plan estará a cargo del MPS y el INS; el monitoreo y evaluación a los municipios es responsabilidad de los departamentos y distritos.

En cada POA del MPS, el INS y las entidades territoriales, se incluirán este componente, con el objetivo de orientar la toma de decisiones de manera adecuada para conseguir las metas, así como optimizar el uso de los recursos existentes.

Se emplearán como fuentes de verificación:

- Los informes trimestrales de casos y actividades por departamento/distrito.
- La notificación semanal obligatoria de casos al SIVIGILA
- Los análisis de las cohortes
- Los condensados trimestrales de actividades de bacteriología de tuberculosis
- Los informes de las visitas de asesoría y asistencia técnica del MPS, INS, OPS/OMS.
- Actas departamentales/distritales de capacitaciones.
- Informes de gestión de los planes de salud territoriales.
- Resultados de estudios de investigación operacional y epidemiológica.

### ***Cronograma***

La recopilación de información necesaria para la evaluación se hará de forma continua, según se vayan implementando las diferentes actividades. Cada año se realizará una revisión y análisis del plan, para verificar avances a nivel nacional. En 2011 se realizará la primera medición de los indicadores de impacto y análisis de los mismos.

Se continuará con las reuniones nacionales de evaluación de actividades de prevención, vigilancia y control de la tuberculosis, las cuales serán organizadas por el MPS e INS.

El PNCT será el responsable de la recolección de la información, el procesamiento y análisis de los datos y tendrá la potestad de realizar los cambios pertinentes en el Plan Estratégico, de acuerdo con los resultados de las evaluaciones realizadas.

**Tabla 3. Indicadores para el monitoreo y evaluación del plan**

<b>OBJETIVO GENERAL:</b>	<b>Fortalecer la estrategia Alto a la TB, para lograr la reducción de la incidencia y mortalidad por TB</b>				
<b>INDICADORES DE IMPACTO</b>					
	Medio de verificación	Basal	Año 2010	Año 2012	Año 2015
<b>Tasa de incidencia: Número de casos nuevos de TB que ocurren en un año dado sobre población total por 100.000 habitantes.</b>	Informes trimestrales de casos y actividades	(1993) 31.98 (2008) 25.4	22	18	16
<b>Tasa de mortalidad por TB: Número de muertes por TB que ocurren en un año dado sobre población total por 100.000 habitantes.</b>	Estadísticas vitales DANE	(1990) 3.6 (2008) 2.3	2.1	2.0	1.8
<b>INDICADORES DE RESULTADO</b>					
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO 1</b>	<b>Garantizar acceso a servicios de detección temprana, diagnóstico y tratamiento a toda persona con TB</b>				
<b>Tasa de captación de SR: Proporción SR examinados anualmente del</b>	Informes trimestrales de casos y actividades.	(2008)	50%	70%	80%

Plan Estratégico “Colombia Libre de Tuberculosis para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB”

<b>total de SR programados.</b>					
<b>Tasa de éxito de tratamiento: Proporción de casos nuevos TB-P BK + con tratamiento exitoso sobre el total de casos notificados.</b>	Informe trimestral de casos y actividades Análisis de cohortes	(2007) 72.2%	80%	85%	85%
<b>OBJETIVO ESPECIFICO 4</b>	<b>Garantizar la calidad y oportunidad del diagnóstico bacteriológico y su evolución bacteriológica durante el tratamiento a través de la RNL</b>				
<b>Participación de los LSP en EEID: Proporción de LSP que participan en evaluación externa del desempeño sobre el total de LSP</b>	Condensado trimestrales de actividades de bacteriología de TB	(2005) 94%	100%	100%	100%
<b>Red de laboratorio con capacidad de realizar cultivos: Porcentaje de IPS que utilizan sistemáticamente el cultivo como método de diagnóstico y seguimiento de casos sobre el total de IPS.</b>	Condensado trimestrales de actividades de bacteriología de TB	(2008)	50%	80%	100%
<b>OBJETIVO ESPECIFICO 5</b>	<b>Fortalecer las alianzas estratégicas entre aseguradoras y prestadores de servicios de salud públicos y privados</b>				

Plan Estratégico “Colombia Libre de Tuberculosis para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB”

<p><b>Implementación PPM DOTS.</b>  <b>Porcentaje de EPS que incluyen la TB dentro de sus POA sobre el total de EPS</b></p>	<p>POA/Plan Indicativo Salud de las EPS</p>	<p>(2008) 0%</p>	<p>0%</p>	<p>40%</p>	<p>80%</p>
<p><b>OBJETIVO ESPECÍFICO 6</b></p>	<p><b>Desarrollar e implementar estrategias de participación comunitaria para la prevención y el control de la TB.</b></p>				
<p><b>Estrategias de ACMS en desarrollo:</b>  <b>Porcentaje de ET que implementan estrategias de ACMS incorporando a los afectados en actividades de control de TB sobre el total de ET.</b></p>	<p>Documentos de conformación de asociaciones de pacientes</p>	<p>(2008) SD</p>	<p>10%</p>	<p>20%</p>	<p>50%</p>
<p><b>OBJETIVO ESPECÍFICO 7</b></p>	<p><b>Fortalecer el trabajo interprogramático para enfrentar grandes amenazas como la coinfección VIH/TB, la TB-MDR y aunar esfuerzos con programas como PAI/AIEPI</b></p>				
<p><b>Cobertura de asesoría y oferta de prueba voluntaria:</b>  <b>Porcentaje de pacientes con oferta y asesoría para prueba voluntaria de diagnóstico de VIH sobre el total de pacientes con diagnóstico de TB.</b></p>	<p>Informe trimestral de casos y actividades</p>	<p>(2008) SD</p>	<p>50%</p>	<p>80%</p>	<p>100%</p>

Plan Estratégico “Colombia Libre de Tuberculosis para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB”

<p><b>Cobertura de vacunación con BCG :</b> Porcentaje dosis de BCG aplicadas sobre el total de la población &lt; de 1 año</p>	<p>MINPAISOFT</p>	<p>(2008) 92,6%</p>	<p>95%</p>	<p>95%</p>	<p>95%</p>
<p><b>Conversión Bacteriológica de pacientes con TB-MDR:</b> % de pacientes con cultivo negativo al finalizar la 1ª fase del tratamiento</p>	<p>Informe de Análisis de cohorte</p>	<p>(2008) SD</p>	<p>30%</p>	<p>50%</p>	<p>80%</p>
<p><b>Cobertura de tratamiento de TB-MDR:</b> Porcentaje de pacientes que inician tratamiento bajo esquema de la guía de TB-MDR del país durante el primer mes luego de haberse hecho el diagnóstico sobre el total de pacientes con diagnóstico de TB- MDR</p>	<p>Análisis de cohortes</p>	<p>(2008) SD</p>	<p>30%</p>	<p>60%</p>	<p>90%</p>
<p><b>Inclusión de la TB en la historia clínica de AIEPI:</b> Porcentaje de IPS que incluyen la variable TB en su HC de AIEPI sobre el total de IPS.</p>	<p>Historia Clínica de AIEPI</p>	<p>(2008) 0%</p>	<p>Prueba piloto</p>	<p>50%</p>	<p>100%</p>

## 10. RECURSOS ECONÓMICOS NECESARIOS

La nación, a través de recursos establecidos en la Ley de Presupuesto General, adquiere en cada vigencia los medicamentos necesarios para el tratamiento de todos los casos de tuberculosis que se reportan en el país, se realiza una transferencia de destinación específica de recursos a los departamentos y distritos para garantizar las acciones de vigilancia, prevención y control de la tuberculosis. Entre el 2002 y el 2008 en Transferencias Nacionales (TN) se asignaron \$13.618.537.000 y en medicamentos se invirtieron \$16.431.376.000. Para el 2009 el nivel nacional asignó tres mil ciento treinta y siete millones sesenta y ocho mil ochocientos pesos (\$3.137.068.800) por concepto de transferencias, mil setecientos veintiseis millones once mil ciento sesenta y siete pesos (\$1.726.011.167) para adquisición de medicamentos; y mil docientos dieciocho millones cincuenta y cinco mil treientos ventidos pesos (\$1.218.055.322) para la ejecución del Plan Estratégico: “Colombia Libre de tuberculosis 2006-2015”.

Adicional a estos recursos, los departamentos y municipios disponen de recursos del SGP para desarrollar actividades del PIC que son complementados con las TN para el apoyo a actividades de tuberculosis.

Las administradoras de planes de beneficios, reciben por cada afiliado recursos para la atención en salud, dentro de los cuales se encuentra el tema de tuberculosis. Sin embargo no hay un estimado de estos recursos y tampoco lo hay para la atención de población pobre no afiliada, cuya atención en salud se garantiza con recursos del SGP.

El INS, destinó en el año 2008 un total de \$814.808.300 para la realización de las actividades de laboratorio nacional de referencia y coordinación de la red nacional de laboratorios, acciones de vigilancia en salud pública e investigación orientada a acciones en tuberculosis.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) asigna recursos adicionales para la expansión de la estrategia DOTS/TAS en pueblos indígenas.

## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alianza Alto a la Tuberculosis y Organización Mundial de la Salud. Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (WHO/HTM/STB/2006,35).
2. Organización Panamericana de la Salud. Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015. Washington, D.C: OPS, 2006. ISBN 92 75 32673 8.
3. World Health Organization. Stop TB Partnership. Advocacy, communication and social mobilization (ACSM) for tuberculosis control: a handbook for country programmes. Washington, D.C: OPS, 2007. ISBN 978 92 4 159618 3
4. World Health Organization Global Tuberculosis Control Who Report 2009. ISBN 978 92 4 156380 2
5. World Health Organization. Stop TB Dept. Implementing the WHO Stop TB Strategy: a handbook for national tuberculosis control programmes. WHO/HTM/TB/2008.401
6. World Health Organization. Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. WHO/HTM/TB/2008.402
7. Organización Panamericana de la Salud. Involucrar a todos los proveedores en salud en el control de la Tuberculosis. Orientación para la implementación del abordaje público- privado – APP. WHO/HTM/TB/2005.360
8. World Health Organization. Stop TB partnership. The global MDR-TB & XDR-TB Response Plan 2007 – 2008.(WHO/HTM/TB/2007.387)
9. Organización Panamericana de la Salud. Guía para el control de la tuberculosis en poblaciones privadas de libertad de América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS, 2008 ISBN: 978-92-75-32937-5
10. Instituto Nacional de Salud. Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública. Protocolo de Vigilancia de Tuberculosis. 2007.
11. Ministerio de Salud. Guía de Atención Integral de Tuberculosis. Resolución 412 de 2000.