

Proyecto de la Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles Prioritarias Proyecto de Tuberculosis Visita de monitoreo

Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI/CIDA)
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)

Bogotá, Cesar, la Guajira, Guaviare, Nariño, Vichada
16-20 abril 2007



Canadian
International
Development
Agency

Agence
canadienne de
développement
international

INDICÉ

INTRODUCCION	5
OBJETIVOS DE LA VISITA DE MONITOREO	6
Actividades de monitoreo realizadas:	6
SITIOS VISITADOS	7
Departamento de Cesar	7
Departamento de la Guajira	8
Departamento de Guaviare	8
Departamento de Nariño	8
Departamento de Vichada.....	9
OBSERVACIONES Y COMENTARIOS.....	9
Departamento de Cesar	10
Departamento de la Guajira	12
Departamento de Guaviare	13
Departamento de Nariño	15
Departamento de Vichada.....	15
RECOMENDACIONES.....	17
Departamento de Cesar:	19
Departamento de la Guajira:	19
Departamento de Guaviare:	19
Departamento de Nariño:	20
Departamento de Vichada:.....	21
ANEXO 1:	23

SIGLAS

ACDI/CIDA	Agencia Canadiense por el Desarrollo Internacional/Canadian International Development Agency
AIEPI	Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
BCG	Bacilo de Calmette Guérin
Bk	Baciloscopia
DAHW	Asociación Alemana de Asistencia al Enfermo con Lepra
DOTS/TAS	Directly Observed Treatment Short-course/Tratamiento acortado supervisado
EPS	Empresa Promotora de Salud
ESE	Empresa Social del Estado
IDSN	Instituto Departamental de Salud de Nariño
IEC	Información, Educación y Comunicación
INS	Instituto Nacional de Salud
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MDR	Multidrogorresistente
MSP	Ministerio de Protección Social
ONG	Organización No Gubernamental
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
PAB	Plan Atención Básica
PAI	Plan Ampliado de Inmunizaciones
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNT	Programa Nacional de Tuberculosis
RRHH	Recursos Humanos
SR	Sintomático Respiratorio
TB	Tuberculosis
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

INTRODUCCION

El proyecto de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles Prioritarias en América del Sur financiado por Agencia Canadiense por el Desarrollo Internacional (ACDI/CIDA) y ejecutado por la Organización Panamericana de Salud (OPS) fue iniciado en septiembre de 2002 con fecha de conclusión el 31 de diciembre de 2008 e involucra cinco países, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela y cinco enfermedades y/o estrategias: Tuberculosis (TB), Enfermedad de Chagas, Estrategia de la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), Dengue e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

En Colombia, el proyecto está financiando la ejecución de actividades en TB en los departamentos de Amazonas (se inició en 2002), la Guajira (2002), Cesar (2004), Nariño (2005), Guainía (2006), Guaviare (2006) y Vichada (2006).

El propósito de la visita de monitoreo es analizar el progreso en la ejecución de actividades y en la obtención de los resultados esperados del proyecto. El proyecto ha financiado actividades de capacitación (profesionales de la salud, promotores y auxiliares de enfermería indígena), diseño e impresión de materiales, monitoreo y supervisión, estudios operativos y establecimiento de redes. Como parte de los compromisos nacionales, el país (Ministerio de Protección Social) está financiando los insumos para el proyecto incluyendo los medicamentos anti-TB, reactivos y recursos humanos (RRHH). También se presenta una oportunidad para realizar la implementación de la estrategia de Directly Observed Treatment Short-course/Tratamiento acortado supervisado (DOTS/TAS) en relación a los cinco elementos de la estrategia, con un enfoque en la detección de los casos y la supervisión del tratamiento.

El proyecto contempla un resultado esperado con los indicadores correspondientes:

RE 1: La estrategia DOTS se ha puesto en práctica en la población indígena en los Departamentos de Amazonas, Cesar, Guainía, la Guajira, Guaviare, Nariño y Vichada usando un modelo de participación comunitaria.

Indicadores:

- 1.1 La proporción de los casos registrados que recibe el tratamiento acortado (meta=100%) que son estrictamente supervisado (meta=75%).
- 1.2 Los departamentos tienen los datos epidemiológicos de TB confiables y completos disponible por edad y sexo y las actividades de tratamiento y programa son evaluados.
- 1.3 La proporción de pacientes que reciben la supervisión del cumplimiento del tratamiento por los líderes comunitarios (meta=80%).

OBJETIVOS DE LA VISITA DE MONITOREO

- Analizar el grado de avance del proyecto con respecto a sus propios resultados esperados e indicadores.
- Identificar los retos así como las lecciones aprendidas y los resultados no intencionales obtenidos durante su ejecución.
- Determinar qué prioridades de programación tiene cada componente del proyecto para, dentro de lo posible, incluirlas en el próximo plan de trabajo.

La visita de monitoreo también se concentró en los siguientes temas para el análisis del progreso en la obtención del resultado esperado:

- *Relevancia:* ¿Es el Proyecto compatible con las necesidades y las prioridades de los beneficios objeto en el país?
- *Socios:* ¿Hay participación activa de los socios en el diseño, implementación y monitoreo del Proyecto?
- *Sostenibilidad:* ¿Hay alguna indicación de que los resultados logrados continuarán después del finalizado del Proyecto?

Actividades de monitoreo realizadas:

Los participantes o equipo de monitoreo fueron divididos en cuatro grupos de evaluación para realizar visitas de campo a cinco departamentos del proyecto (Cesar, la Guajira, Guaviare, Nariño, Vichada) para observar las actividades del proyecto. También se realizaron entrevistas con participantes claves del proyecto (representantes del Empresa Promotora de Salud (EPS), Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), secretarías departamental de salud, Secretarías Municipales de salud, profesionales de salud, Autoridades Indígenas, comunidad). Cada grupo usó una guía de orientación para estandarizar la información recopilada durante la misión (ver anexo 1).

La coordinación general de la visita fue ejercida por la Representación Colombia de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y se ha estructurado el monitoreo a partir de la revisión y verificación in situ de las actividades mediante la constitución de un grupo técnico conformado por expertos externos, a los que se suma una contraparte nacional designada por el Ministerio de Protección Social (MPS).

El grupo técnico estuvo integrado por:

- José Figueroa, Experto en TB, Consultor de la OPS/OMS, Londres
- José Ramón Cruz, Experto en TB, Consultor de la OPS/OMS, Nicaragua

- Alfonso Tenorio, Experto en TB, Consultor de la OPS/OMS, Colombia
- Lucia Ibarra de Terol, Ministerio de Salud y Bienestar, Paraguay
- Martha Idaly Saboya, Profesional Nacional, OPS/OMS, Colombia
- Dionne Patz, Coordinadora del Proyecto ACIDI/CIDA, OPS/OMS, Washington
- Ernesto Moreno, Ministerio de la Protección Social (MPS), Colombia
- Claudia Llerena Polo, Instituto Nacional de Salud (INS), Colombia
- Cesar Castiblanco, Instituto Nacional de Salud (INS), Colombia

SITIOS VISITADOS

Departamento de Cesar

1. Reunión en la Secretaría Departamental de Salud del Cesar
 - a. Coordinadora del Programa de TB
 - b. Coordinadora del Laboratorio de Micobacterias
 - c. Directivos de la EPS Dusakawi
 - d. Directivos de las IPS Indígenas contratadas por Dusakawi
2. Reunión con la IPS Kuankamos
 - a. Gerente de la IPS
 - b. Directivos del Programa de Control de TB del Cesar
 - c. Coordinadora del Programa de TB de la IPS Kuankama
3. Reunión con la IPS Wintukwa
 - a. Gerente de la IPS
 - b. Directivos del programa de control de TB del Cesar
 - c. Epidemiólogo de la EPS Dusakawi
 - d. Coordinadora del Plan Atención Básica (PAB) indígena
4. Reunión con la Secretaria Departamental de Salud del Cesar
 - a. Secretaria Departamental de Salud
 - b. Responsable del programa de AIEPI Departamental
 - c. Directivos del programa de control de TB del Cesar
5. Reunión en la IPS indígena Wintukua en el Municipio de Pueblo Bello
 - a. Secretario de Salud Municipal de Pueblo Bello
 - b. Directivas del programa de TB del Cesar
 - c. Coordinadora del PAB en Pueblo Bello
 - d. Directivos de EPS Dusakawi
6. Reunión en el Hospital Camilo Villazón Pumarejo, IPS pública de Pueblo Bello, Cesar
 - a. Secretario de Salud del Pueblo Bello
 - b. Coordinadora del PAB municipal
 - c. Gerente (e) del Hospital
 - d. Personal de laboratorio y médico

Departamento de la Guajira

1. Reunión con en la Secretaría Departamental de Salud
 - a. Secretario de Salud Departamental
 - b. Directivos del Programa de Control de TB de la Guajira
 - c. Coordinadora del PAB y jefe del Programa de Promoción y Prevención
2. Reunión en el Municipio de Dibulla, la Guajira
 - a. Alcalde Municipal de Dibulla
 - b. Secretario Departamental de Salud
 - c. Representantes de EPS e IPS indígenas
 - d. Representantes de la Mina de Carbón de Cerrejón
 - e. Secretaria Municipal de Salud de Dibulla
 - f. Gerente del Hospital de Dibulla
 - g. Autoridades Indígenas de los Kogui y Wiwa

Departamento de Guaviare

1. Reunión con la Secretaría Departamental de Salud
 - a. Secretario de Salud departamental
 - b. Coordinadora Grupo de Salud Pública
 - c. Coordinador actividades de TB en el departamento
 - d. Coordinador del laboratorio de Salud Pública Departamental
2. Reunión en Centro de Salud de San José de Guaviare
 - a. Coordinador actividades de TB en el departamento
 - b. Jefe de epidemiología y programa de TB del hospital departamental, Coordinadora Grupo de Salud Pública
 - c. Coordinador actividades de TB en el departamento
 - d. Coordinador del laboratorio de Salud Pública Departamental
3. Reunión en el Laboratorio Departamental de Salud Pública
4. Visita a la comunidad de Barrancón y entrevista a miembros de la comunidad indígena

Departamento de Nariño

Tumaco

1. Reunión en el Hospital Divino Niño (Nivel 1)
 - a. Enfermera Jefe del programa de TB del Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN)
 - b. Auxiliare de Enfermería de TB
 - c. Bacterióloga coordinación del laboratorio
 - d. Bacterióloga SSO
 - e. Auxiliar de laboratorio de TB del IDSN

2. Reunión en el Hospital San Andres (Nivel II)
 - a. Gerente del hospital
 - b. Bacterióloga

Corregimiento "El Diviso"

3. Reunión con UNIPA (Unidad Indígena del Pueblo Awá)
 - a. Coordinador de la Salud IPS
 - b. Coordinador de la Salud UNIPA
 - c. Auxiliar de enfermería de TB
 - d. Microscopista
 - e. Médico IPS
 - f. Comunidad Awá (Promotores, políticos, pacientes, etc.)

Departamento de Vichada

1. Reunión con el grupo de profesionales del PAB
 - a. Responsable del programa de TB
 - b. Profesionales del laboratorio, salud sexual y reproductiva, AIEPI
 - c. Líder capacitado en microscopia
2. Se realizó desplazamiento a una comunidad cercana a Puerto Carreño (no hace parte del área del proyecto)

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Generales

En general, hay evidencia de los avances en la ejecución del proyecto y la implementación de la estrategia de DOTS/TAS en cada departamento del proyecto. Debido a la expansión del proyecto por año, los departamentos obtienen un grado diferente de avance; los nuevos departamentos de Guainía, Guaviare y Vichada fueron iniciados en Septiembre de 2006, y por lo tanto, esta visita representa una oportunidad de formular recomendaciones para fortalecer la iniciación del proyecto en estas áreas.

Fortalezas

- Hay expansión de la estrategia DOTS/TAS en las comunidades indígenas en las que se desarrolla el proyecto.
- Existe compromiso político con la estrategia DOTS/TAS en los departamentos visitados excepto en el Vichada.
- Ha aumentado el porcentaje de captación de casos.
- Ha aumentado el porcentaje de curación de casos.
- Se ha incrementado y fortalecido la red de microscopia.
- Hay medicamentos e insumos en cantidades suficientes.
- Hay recurso humano capacitado, fortalecido y comprometido.
- Hay evidencia de cooperación interinstitucional para la ejecución de acciones en la estrategia DOTS/TAS.

- Ha mejorado el sistema de información en los sitios del proyecto.
- Ha aumentado la abogacía y la aceptación de la TB como problema de salud pública.

Retos

- Alta inestabilidad en el personal del nivel local e institucional que trabaja en las actividades de TB.
- Dispersión de población y difíciles condiciones de acceso geográfico de las poblaciones indígenas.
- Abogacía y dialogo con las autoridades tradicionales indígenas.
- Ausencia de programación de actividades de búsqueda de sintomáticos respiratorios (SR) en Vichada.
- Bajas coberturas de vacunación con BCG en Vichada.
- Dificultades de coordinación, seguimiento y evaluación a las Aseguradoras para la ejecución de acciones de la estrategia DOTS/TAS.
- Ausencia de seguimiento a la red de prestación de servicios de la población asegurada y pobre no afiliada para las acciones en TB.
- Falta de capacidad en los niveles departamentales para garantizar la gestión y coordinación de actores al interior de su jurisdicción para el cumplimiento de actividades.
- Dificultades en el acompañamiento del nivel nacional (MPS, INS) a los niveles departamentales para asesoría, monitoreo y evaluación para el fortalecimiento de la estrategia DOTS/TAS.
- Dificultades en el trabajo inter-programático e intersectorial para abordar factores determinantes de la TB como la desnutrición.
- Dificultades de comunicación entre los centros urbanos y los puestos ubicados en la zona rural dispersa.
- Necesidad de mejorar la evaluación externa del desempeño en la red de laboratorios del departamento a los niveles locales.
- Incipiente movilización social y participación comunitaria en las acciones de supervisión de tratamiento.
- Sostenibilidad de acciones para la prevención y control de la TB en pueblos indígenas.

Departamento de Cesar

1. EPS Dusakawi

Fortalezas

- Cuenta con recursos e insumos para garantizar la atención de los afiliados.
- Cuenta con personal capacitado y sensibilizado en el tema de la TB.
- Descentralización de los servicios de atención y administrativa en IPS específicas por etnias.

Retos

- Deficiente proceso de vigilancia y control a las IPS contratadas.

- Débil gestión en el desarrollo de las actividades del programa de TB.
- Débil coordinación interinstitucional con sus IPS contratadas.

2. IPS Kuankamos

Fortalezas

- Existe voluntad política de las directivas de la IPS.
- Cuenta con personal suficiente y capacitado por el proyecto ACIDI/CIDA.
- Utilizan el sistema de información oficial de control de TB.

Retos

- Baja captación de sintomáticos respiratorios, demostrado por el reporte de un solo caso desde 2005 en 13.000 afiliados.
- No se apoyan en el departamento para el control de calidad de laboratorio y no se hace cultivo.

3. IPS Wintukwa (Valledupar y Pueblo Bello)

Fortalezas

- Todo el personal está capacitado, excepto el personal de laboratorio.
- Compromiso político de las directivas de la IPS.
- Adecuado uso de registros y sistema de información.

Retos

- La programación de actividades anuales no está ajustada por instituciones.
- No se apoyan en el laboratorio departamental para el control de calidad y el personal de laboratorio no ha sido capacitado.
- El alto porcentaje de casos extrapulmonares (50% en Pueblo Bello) refleja una baja detección y diagnóstico de TB pulmonar.

4. Secretaria Departamental de Salud del Cesar

Fortalezas

- Existe un gran compromiso político de la secretaría departamental.
- Existe asignación de recurso específico de TB en el PAB indígena.
- Existe un equipo comprometido para apoyar las acciones de vigilancia y control.
- Se cuenta con recursos adicionales de PAB para la asistencia técnica en el departamento.
- Se cuenta con un responsable de AIEPI interesado en las acciones interprogramáticas.

Retos

- Falta de monitoreo y seguimiento a las acciones de capacitación de recurso humano.
- Débil control de desempeño de la red departamental de laboratorio.
- Falta de seguimiento del área de aseguramiento a la EPS indígena y las IPS respectivas.

- Falta de coordinación programática de los PAB indígenas.
- Bajo nivel de socialización del aporte del Proyecto ACIDI/CIDA a las acciones de control en TB en el nivel institucional y municipal.
- Baja utilización de cultivo entre la población indígena.
- Débil coordinación interinstitucional entre aseguradoras y autoridades departamentales y municipales.

5. Hospital Camilo Villazón Pumarejo, IPS pública de Pueblo Bello, Cesar

Fortalezas

- Adecuado uso de registros y sistema de información
- Buena infraestructura
- Personal capacitado
- Existe un PAB con recursos específicos asignados a TB

Retos

- Baja sensibilidad con el tema de la TB entre las directivas y el personal profesional.
- Programación anual de actividades no ajustada al número real de consultantes.
- Baja captación de sintomáticos respiratorios y de diagnóstico.

Personal capacitado según categoría en Cesar, proyecto ACIDI/CIDA/OPS/MPS, 2006

Categorías	IPS Kankuamos	IPS Wintukwa	Total
Médicos	1 (25%)	6 (100%)	7
Enfermeras	1 (33%)	2(50%)	3
Promotores	7 (100%)	22 (100%)	29
Laboratorio	1 (50%)	1 (50%)	2
Total	10 (63%)	31 (91%)	41

Departamento de la Guajira

1. Secretaría Departamental de Salud de la Guajira

Fortalezas

- Existe un compromiso político para apoyar las acciones de control de TB y del Proyecto ACIDI/CIDA.
- Existen recursos e insumos para garantizar las acciones de vigilancia y control en el nivel departamental.
- Recurso humano capacitado y comprometido.

Retos

- Débil gestión en el desarrollo de las actividades de prevención y control de la TB en el nivel departamento.

- Débil coordinación interinstitucional con aseguradoras, autoridades locales e indígenas.
- Baja socialización del alcance del proyecto ACIDI/CIDA en el nivel municipal.

2. Municipio de Dibulla, la Guajira

Fortalezas

- Existe evidencia de compromiso gubernamental en el control de la TB.
- Existe un componente específico de TB y nutrición en el PAB municipal e indígena.
- La TB está priorizada en el municipio de Dibulla.
- Existe un equipo multidisciplinario sensibilizado para participar en el control de TB.
- Sensibilidad social de las directivas de la Mina de Carbón de Cerrejón para participar en el control de la TB.

Retos

- Bajo nivel de cobertura de entrenamiento entre el personal del Hospital de Dibulla.
- Existe un grave problema de detección de SR y de diagnóstico.
- Han hecho esfuerzos loables para mejorar la supervisión del tratamiento, pero aún no está completamente ajustada a las recomendaciones internacionales.
- Se ha hecho grandes esfuerzos en la capacitación, pero no hay seguimiento a este proceso y el trabajo de los promotores está dependiendo del contrato.

Personal capacitado según categoría en la Guajira, proyecto ACIDI/CIDA/OPS/MPS, 2006

Categorías	IPS Gonawindwa	Total
Médicos	7 (54%)	7
Enfermeras	5 (25%)	5
Promotores	30 (65%)	30
Laboratorio	2 (67%)	2
Total	44 (54%)	44

Departamento de Guaviare

Fortalezas

- Hay voluntad política por parte de la Secretaría de Salud Departamental para el fortalecimiento y expansión de la estrategia DOTS/TAS.
- Cuentan con una red de microscopistas capacitados en toma de muestra y lectura de baciloscopia que trabajan directamente en las comunidades.
- La Secretaría de Salud Departamental cuenta con un proyecto PAB específico para TB en el cual se incluyen las transferencias nacionales.

- El Laboratorio Departamental de Salud Pública tiene capacidad y calidad para realizar la evaluación externa del desempeño de la red de laboratorios del departamento y apoyar la realización de cultivos para *M. tuberculosis*.
- Existe información consolidada de los últimos cinco años sobre distribución de casos por grupos de edad, municipio, grupo étnico y aseguramiento.

Retos

- Realizar la programación de sintomáticos respiratorios desagregada por municipio e IPS de la red pública, de forma que pueda realizarse un seguimiento mensual y mejorar la captación de los SR.
- Solicitar los informes de actividades de manera mensual y no trimestral a fin de facilitar el análisis de cumplimiento de actividades y reorientar acciones oportunamente.
- Hacer seguimiento a las IPS de la red pública y privada para garantizar la implementación de la estrategia DOTS/TAS.
- En los análisis de indicadores es necesario incluir: Porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios, rendimiento en baciloscopia y especificar cuántos casos son analizados en cada cohorte de pacientes.
- El número de pacientes que se analizaron bajo cohortes fue de 35 (2005) lo que significa que el 85% se analiza a través de cohortes, lo que no significa que todos los pacientes estuvieron bajo supervisión del tratamiento. Por tanto, se hace necesario fortalecer la estrategia DOTS/TAS y garantizar el 85% de curación de pacientes bacilíferos.
- Iniciar con el análisis de cohortes de pacientes que no son bacilíferos.
- Mejorar las condiciones de almacenamiento de los medicamentos anti-TB en la Secretaría de Salud Departamental, especialmente en cuanto a mantener una temperatura adecuada en el almacén general (Instalar aire acondicionado).

Personal capacitado según categoría en Guaviare, proyecto ACIDI/CIDA/OPS/MPS, 2006

Categorías	Capacitación sobre el PNT	Capacitación sobre BK
Médicos	2 (5%)	-
Enfermeras	7 (17.5%)	-
Bacteriólogos	2 (5%)	2 (6%)
Auxiliares de enfermería	10 (25%)	-
Auxiliares de laboratorio	4 (10%)	8 (26.6%)
Promotores	15 (37.5%)	20 (66.6%)
Total	40	30

Departamento de Nariño

Fortalezas

- Detección de casos ha aumentado.
- Éxito de tratamiento ha aumentado.
- Compromiso político: Bueno a nivel de Departamento, no existente a nivel de Municipio, bueno a nivel de Corregimiento.
- DOTS/TAS 100% de casos y durante todo el tratamiento (supervisión directa de auxiliares de enfermería, promotores o líder comunitario, hogar de paso).
- Monitoreo y supervisión: Buena labor por parte de las enfermeras del IDSN, monitoreo mensual de los datos a nivel departamental, sin embargo la alta rotación de personal requiere un mayor esfuerzo de monitoreo y supervisión del nivel departamental.
- Existe una colaboración con Organización No Gubernamental (ONG), Asociación Alemana de Asistencia al Enfermo con Lepra (DAHW) y Programa Mundial de Alimentos (PMA) (Mercados); y emergencias y desastres (alimentos).
- Existe un Profesional de salud a nivel del IDSN interesado en actividades interprogramáticas TB-AIEPI.

Retos

- No existe compromiso político a nivel Municipal; las autoridades municipales no consideran la TB como una prioridad. No hay colaboración entre la Secretaria Municipal y el Programa en la comunidad Indígena Awá y hay un alto grado de inestabilidad en los cargos en la Secretaria Municipal de Salud requiriendo una constante labor de abogacía.
- Registro: Falta estandarización, poco entendimiento de los usos de los registros, reportes mensuales, controles incluidos en libro de SR.
- Control de calidad defectuoso (poco entendimiento).
- Recursos humanos: alta rotación de personal, necesidad constante de entrenamiento, supervisión, monitoreo y evaluación.
- Acceso inadecuado a servicios de salud de algunas comunidades indígenas (largas distancias).
- Participación comunitaria débil, poco participación de médicos tradicionales en general para las actividades de prevención y control de TB.
- Falta de material didáctico adecuado para promotores indígenas.
- No hay vigilancia del VIH en casos de TB.

Departamento de Vichada

Fortalezas

- El departamento realizó capacitación de 8 profesionales: 3 médicos, 2 bacteriólogos, 3 enfermeras.

- El departamento realizó capacitación de 45 microscopistas voluntarios, que son escogidos de la comunidad por su liderazgo y reconocimiento.
- Existe un grupo conformado a nivel departamental altamente comprometido con el desarrollo y funcionamiento de las actividades del programa.
- Adicionalmente a las actividades del proyecto se han realizado capacitaciones a todos los profesionales del departamento en las actividades administrativas y operativas del programa, las guías de atención integral de TB.
- El departamento distribuyó 30 microscopios, faltando 15 que permitan el trabajo de las personas ya capacitadas.
- Existe control de calidad a las baciloscopias realizadas por la red de microscopistas.
- Existe el compromiso por parte de los microscopistas de entregar en la próxima reunión un censo de la comunidad donde viven y de su área de influencia, para hacer la programación de las actividades del programa.
- El municipio de Cumaribo cuenta con cinco profesionales que ejecutan las acciones de vigilancia en los corregimientos, estos apoyan el estudio de contactos y deben apoyar el seguimiento a IPS.

Retos

- El secretario de salud no participo en la reunión realizada.
- Tienen programación por IPS, esta pendiente hacer la programación por cada microscopista.
- Falta seguimiento a IPS y aseguradoras para la evaluación del cumplimiento de las diferentes acciones de búsqueda, solo se hace dos veces al año, en cuanto al trabajo de los microscopistas solo se hace una vez al año, porque no hay personal suficiente que realice estas funciones.
- Aunque los microscopistas tienen capacitación en diagnóstico, es necesario reforzar la capacitación en la administración del tratamiento, el seguimiento de pacientes y la vinculación de ex pacientes al proceso.
- Los aspectos culturales y la percepción de la enfermedad en la comunidad, así como la falta de acciones de sensibilización dificulta el compromiso de los enfermos para la solicitud del servicio de atención del microscopista y el cumplimiento del tratamiento.
- El personal de la secretaria de salud informa e identifica dificultades para la captación de SR, debido a la falta de compromiso por parte de las aseguradoras e IPS a nivel municipal para la realización de actividades de búsqueda especialmente en el área rural y adicionalmente a la no consulta de la población.
- Las acciones de Información, educación y comunicación (IEC) a nivel comunitario son insuficientes, lo cual no motiva la consulta de la población por sintomatología respiratoria y a su vez hace más difícil el trabajo de captación por parte de los microscopistas.
- El tiempo que transcurre entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento puede ser largo en algunas zonas debido a la que los medicamentos se encuentran en las IPS de las 4 cabeceras municipales y de los corregimientos.

- Los problemas de comunicación impide el seguimiento de casos y la coordinación de actividades como el inicio del tratamiento.

RECOMENDACIONES

Generales

- Mejorar la gestión administrativa en los esquemas de contratación para garantizar la estabilidad del personal en los niveles locales e institucionales.
- Búsqueda de estrategias/mecanismos de descentralización de las actividades de detección, diagnóstico y apoyo al tratamiento en zonas dispersas. Por ejemplo: involucrar líderes de la comunidad, iglesia, docentes, medicina tradicional para alcanzar las metas del proyecto ACIDI/CIDA.
- Generar espacios y procesos de concertación intercultural con organizaciones y líderes de los pueblos indígenas.
- Priorizar el apoyo al departamento de Vichada desde el nivel nacional.
- Mejorar las acciones inter-programáticas con Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) para mejorar coberturas de BCG y con programas como VIH.
- Fortalecer el sistema de monitoreo y seguimiento a las aseguradoras y de red de prestación de servicios en los niveles nacional, departamental y local.
- Fortalecer la capacidad de gestión en los niveles departamentales para garantizar las acciones de la estrategia DOT/TAS y dar sostenibilidad a los logros ya obtenidos.
- Incrementar la capacidad de acompañamiento del nivel nacional (MPS, INS) a los niveles departamentales para supervisión, monitoreo y evaluación para el fortalecimiento de la estrategia DOTS/TAS.
- Fortalecer la colaboración inter programática para reducir duplicación de esfuerzos, optimizar recursos disponibles y fijar metas específicas de coordinación interprogramática e intersectorial para abordar factores determinantes de la TB como la desnutrición.
- Identificar e implementar medios de comunicación adecuados en cada departamento y destinar recursos apropiados para implementarlos.
- Aumentar la capacidad para realizar la evaluación externa (control de calidad) del desempeño en la red de laboratorios del departamento a los niveles locales
- Identificar y desarrollar actividades de abogacía, movilización social y participación comunitaria para la implementación de acciones específicas en cada etnia.
- Generar estrategias de apropiación en los niveles territoriales para garantizar la sostenibilidad de acciones de prevención y control de la TB en pueblos indígenas.
- Incrementar la capacidad para la investigación operativa en las diferentes zonas en las cuales se está implementando el proyecto, para la evolución, documentación y disseminación de las actividades del proyecto.

- Garantizar el acompañamiento del MPS y el INS al desarrollo del proyecto Sierra Nevada de Santa Marta que lidera la Presidencia de la Republica y en el cual el proyecto ACIDI/CIDA y OPS/OMS han destinado recursos.

Proyecto ACIDI/CIDA

- Continuar con las visitas de monitoreo durante el próximo año y con la abogacía para mantener y garantizar la sostenibilidad de los logros y actividades ya obtenidos después de la terminación del proyecto.
- Para mejorar la especificidad, se recomienda modificar el texto de los indicadores 1.1 y 1.3 del proyecto a:
 - 1.1 *La proporción de los casos registrados que reciben el tratamiento acordado estrictamente supervisado **de total de los casos identificados***
 - 1.3 *La proporción de pacientes que reciben la supervisión del cumplimiento del tratamiento **por miembros de las comunidades** (meta=80%)*
- Incluir un nuevo indicador para el proyecto para medir las actividades de la detección de SR .
- Desagregar los datos de TB por edad de 0-14 años a 0-5 y 6-14 años para monitorear los casos en niños. Eso es importante no solamente dentro del contexto de la integración de AIEPI en el proyecto pero también para monitorear más estrechamente los altos casos de TB en los niños en la Guajira.
- Fortalecer el establecimiento de las redes de líderes y agentes tradicionales en salud para la supervisión dentro de los ámbitos del proyecto (indicador 1.3).
- Priorizar el desarrollo de mecanismos para aumentar la búsqueda activa de SR específicamente en los departamentos de Cesar, la Guajira y Vichada.
- Fortalecer la programación anual de TB en los niveles municipales e institucionales en los departamentos: a fin de mejorar el seguimiento de las acciones del programa, cada institución debe tener sus metas apropiadas para el control de TB y no solamente el nivel departamental.
- Unificar la planificación de las actividades de TB y AIEPI. Cada departamento tiene los PAB municipal e indígenas que incluyen financiamiento para acciones en TB, AIEPI y nutrición. También los departamentos recibirán transferencias para TB con base de la población indígena. Se recomienda unificar la programación del proyecto con estos planes para optimizar el financiamiento disponible y evitar la duplicación de acciones.
- Verificar los casos de TB en Cesar para determinar si es verdad que no existen: si así fuera, realizar un estudio para investigar los factores que contribuyen para proteger las poblaciones indígenas en esta área.
- Aumentar la visibilidad de la cooperación técnica con ACIDI/CIDA a nivel de los municipios, por el uso del logo y mejorando la comunicación a los ámbitos sobre el proyecto.
- Programar la próxima visita de monitoreo del proyecto antes del fin del sexto año.
- Programar una visita de AIEPI para julio para elaborar los indicadores para este

componente del proyecto y ajustar la planificación y ayudar la implementación de la integración de AIEPI al componente de TB.

- Promover la implementación del componente comunitario de AIEPI en los ámbitos del proyecto con la participación de todos los actores sociales locales.

Recomendaciones por departamento

Departamento de Cesar:

- Ajustar la programación anual por instituciones de las ESE y de la IPS indígenas y ajustarla a la consulta real.
- Intensificar la búsqueda de SR.
- Garantizar el control de calidad de las actividades de laboratorio según la norma nacional.
- Establecer mayor coordinación entre la Secretaria Departamental de Salud, EPS e IPS.
- Aumentar el uso de cultivo para diagnóstico.
- Promover la unificación de criterios para los planes de seguridad alimentaria.

Departamento de la Guajira:

- Declarar al Municipio de Dibulla en emergencia sanitaria en el tema de TB y nutrición.
- Descentralizar los servicios de atención a la población Kogui y aumentar el personal y la infraestructura, de parte de la red pública y de la ARS indígena.
- Aumentar la calidad del trabajo de los promotores, tanto en la identificación de SR como la remisión de las muestras y en la lectura de placas.
- Hacer cultivo, según la norma nacional, de todos los niños que expectoran.
- Promover el empoderamiento de la comunidad indígena de su problema para que el trabajo de DOTS comunitario no dependa exclusivamente de los contratos de los promotores.
- Garantizar el control de calidad de las actividades de laboratorio según la norma nacional.
- Garantizar la supervisión del tratamiento de todos los enfermos con TB.
- Elevar el compromiso político, no solo gubernamental sino también de la autoridades indígenas.
- Buscar otros mecanismos para mejorar la búsqueda activa de SR.
- Mejorar el proceso de socialización de los objetivos y alcances del proyecto ACIDI/CIDA.

Departamento de Guaviare:

- Utilización del registro de Sintomático Respiratorio en todas las IPS. Ubicarlo en el sitio en donde se hace el alistamiento de la historia clínica para que se le pase al médico ya con el sello para diligenciamiento.

- Se requiere acompañamiento de la Secretaría de Salud para que la ESE San José del Guaviare apoye la detección de sintomático respiratorio como una actividad de rutina.
- En los puestos de salud y micro-puestos usar solamente dos libros: el registro de sintomático respiratorio y el libro de pacientes. No implementar allí el libro de registro de baciloscopia y cultivo.
- Conformar un grupo de análisis del programa en los centros de salud y hospitales con médico, bacteriólogo, enfermera jefe para análisis de los informes trimestrales y tomar decisiones internas que les permita mejorar los indicadores del programa de TB.
- Completar la información pertinente en los libros de registro de sintomáticos respiratorios, libro de baciloscopia y cultivo y libro de pacientes, ya que se encuentra falencia de información en algunos.
- Insistir en el cumplimiento de la tercera muestra de baciloscopia y toma de cultivo según la guía de atención integral de la TB de la resolución 412.
- Realizar estudios operativos con protocolos sencillos como: Proporción de SR en los establecimientos de salud, estudios de prevalencia de TB en cárceles y demora entre diagnóstico y el inicio del tratamiento, identificar la prevalencia de VIH en los pacientes de TB, entre otros.
- Formar líderes comunitarios para fortalecer la supervisión de tratamiento directamente en la comunidad y reducir los problemas de abandono del paciente.
- Mantener las condiciones de bioseguridad mínimas en los procedimientos de: toma de muestra, extensión de esputo y coloración, utilizando mecheros, alcohol, guantes y tapabocas; con el fin de minimizar el riesgo de infección por motivos ocupacionales.
- Trabajar en el plan de seguridad alimentaria de forma intersectorial para abordar el tema de desnutrición entre los pacientes TB, en el marco de una política departamental.
- Identificar estrategias locales para mejorar la curación de pacientes que ingresan al programa y obtener la meta mínima del 85%. Garantizar que todos los pacientes bacilíferos sean ingresados a las cohortes.
- Realizar la programación de sintomáticos respiratorios desagregada por municipio e IPS de la red pública, de forma que pueda realizarse un seguimiento mensual y mejorar la captación de SR.
- Hacer seguimiento a las IPS de la red pública y privada para garantizar la implementación de la estrategia DOTS/TAS.
- Mejorar las condiciones de almacenamiento de los medicamentos anti-tuberculosos en la Secretaría de Salud Departamental, especialmente en cuanto a mantener una temperatura adecuada en el almacén general (Instalar aire acondicionado).

Departamento de Nariño:

- Incrementar la capacidad del IDSN para desarrollar funciones de capacitación, supervisión, monitoreo y evaluación.

- Incrementar la capacidad del IDSN para abogacía en TB a nivel de la Secretaría Municipal de Salud.
- Fortalecer el control de calidad de las baciloscopias incluyendo calidad de la muestra, extendido y tinción.
- Establecer sistemas de vigilancia a la Multidrogorresistente (MDR) de pacientes previamente tratados.
- Implementar los diferentes libros de registro.
- Incrementar entrenamiento en llenado y uso de los diferentes libros de registro a nivel local.
- Implementar capacidad local para el análisis de cohortes.
- Capacitar el nivel local para el análisis y utilización de las cohortes de tratamiento para monitorear actividad propia.
- Buscar alternativas para soporte de tratamiento a nivel comunitario (profesores, médicos tradicionales), dejando la casa de paso solo para aquellos que voluntariamente la pidan.
- Desarrollar huertas comunitarias y otras actividades para pacientes y familiares hospedados en la casa de paso.
- Incrementar labores de participación comunitaria activa adecuada a la etnia
- Establecer/fortalecer vínculos con Secretaria Municipal de salud.
- Desarrollar proyectos de investigación operacional.
- Convenio binacional con Ecuador para facilitar la buena relación de Auxiliares Enfermeras en los dos programas y garantizar la continuación de tratamiento en las poblaciones móviles.

Departamento de Vichada:

- Fortalecer el programa de control de TB con programación local, supervisión y evaluación, asegurando su realización con mayor frecuencia durante el año; y a la vez dar continuidad a la capacitación a todos los niveles.
- El nivel nacional debe apoyar la capacidad de gestión del departamento y darle herramientas para el seguimiento y la evaluación de municipios y aseguradoras.
- Se sugiere que se elabore un mapa hablado de cada comunidad , para que junto con el censo que entregarán los microscopistas se elabore una programación de actividades que permita hacer planeación, seguimiento y evaluación del trabajo a realizar.
- Fortalecer las actividades de IEC en las comunidades y la participación comunitaria en la vigilancia en salud pública y en las actividades del programa.

ANEXO 1:

Guía de orientación para la visita de monitoreo

Voluntad Política:

¿Existe voluntad política para la ejecución de la estrategia DOTS/TAS a nivel nacional?

¿Existe voluntad política para la ejecución de la estrategia DOTS/TAS a nivel departamental? ¿En las comunidades?

¿En que forma existe el compromiso por DOTS/TAS Por ejemplo, declaraciones, presupuesto asignado, etc.?

Organización:

¿La estrategia DOTS/TAS está incluida en la planificación operativa del departamento (o Gobernación)?

¿Hay una persona responsable, en el departamento de coordinar y ejecutar las actividades relacionadas con el programa nacional de TB (PNT)? ¿En relación al proyecto ACIDI/CIDA?

¿Hay recursos humanos (RRHH) suficientes para ejecutar las acciones de DOTS/TAS a nivel departamental? ¿En las comunidades?

¿Cuales son los principales logros en la implementación de la DOTS/TAS en el departamento? ¿En las comunidades?

¿Cuales son los principales retos en la implementación de la DOTS/TAS en el departamento? ¿En las comunidades?

Capacitación:

¿Cuántas personas han recibido capacitación en DOTS/TAS en el departamento?

¿Cuántas personas han recibido capacitación por el proyecto ACIDI/CIDA?

Cual es el porcentaje por personal:

Personal	Capacitado	Porcentaje	Total
Médicos			
Enfermeras			
Promotores			
Laboratorio			
Total			

Materiales e información:

¿Hay materiales de capacitación disponibles en los niveles departamental y local?

¿Existen los formularios y registros de TB a nivel local?

¿Están los formularios llenos y completos?

¿El sistema de información en salud del departamento incluye indicadores de la DOTS/TAS?

¿Son los datos disponibles por edad y sexo?

¿Hay evidencia que la información/datos son utilizados para monitoreo y evaluación (del programa y tratamiento)?

¿Se están realizando estudios operativas para apoyar la DOTS/TAS a nivel departamental?

¿Cuales son?

Medicamentos e insumos:

¿Todos los medicamentos necesarios para la DOTS/TAS están disponibles en los servicios de salud (y puestos)?

¿Cual es la forma logística para el abastecimiento de medicamentos hasta el nivel local?

Laboratorio:

¿Hay suficiente insumos (laminas, reactivos, envases de esputo)?

¿Tiene microscopia? ¿Que es la condición del mismo?

¿Existe una forma de control de calidad? ¿Como funciona?

¿Hay un sistema de bioseguridad? ¿Como funciona?

¿Hay un registro para el laboratorio?

¿Los datos son actualizados? ¿Son llenados y completados para ambos casos negativos y positivos?

Detección y tratamiento:

¿Existe búsqueda activa de casos y contactos de casos de TB en el departamento? ¿En la comunidad?

¿Hay supervisión del tratamiento?

¿Como funciona a nivel departamental en la comunidad?

¿Hay algunos retos para realizar la supervisión del tratamiento? ¿Cuales son?

Información sobre la cohorte del tratamiento:

Cohorte registrada para tratamiento:

Tratamiento completado -

Curados -

Fallecidos -

Fracasos -

Abandonos -

Transferidos -

Relevancia del Proyecto ACIDI/CIDA:

¿Hay evidencia de conocimiento del Proyecto?

¿Cuando se inicio el proyecto en el departamento?

¿Considera que el proyecto ha contribuido a mejorar el control de TB a los niveles departamental, comunitario?

¿Están de acuerdo con las necesidades y prioridades de la población indígena (beneficios objeto) en los departamentos?

Sostenibilidad:

¿Existe evidencia de la sostenibilidad de los resultados logrados continuarán después del finalizado del Proyecto?

¿En que forma? ¿Por ejemplo, inversión de recursos (RRHH, finanzas) a nivel departamental, de la comunidad?