



ORGANISMO ANDINO DE SALUD - CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

PROGRAMA "FORTALECIMIENTO DE LA RED DE LABORATORIOS DE TUBERCULOSIS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS"

Evaluación de la sostenibilidad de la subvención multipaís

"Fortalecimiento de la Red de laboratorios de tuberculosis en la región de Las Américas"



Evaluación de la sostenibilidad de la subvención multipaís

**“Fortalecimiento de la Red de laboratorios
de tuberculosis en la región de Las Américas”**

**Consultora: María del Carmen Navarro Lévano
2019**

EVALUACIÓN DE LA SOSTENIBILIDAD DE LA SUBVENCIÓN MULTIPAÍS “FORTALECIMIENTO DE LA RED DE LABORATORIOS DE TUBERCULOSIS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS” / Programa “Fortalecimiento de la Red de Laboratorios de Tuberculosis en la Región de las Américas” -- Lima: ORAS - CONHU; 2019. 163 p. SOSTENIBILIDAD / TUBERCULOSIS / LABORATORIOS / RECURSOS

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú No. 2019-11574

EVALUACIÓN DE LA SOSTENIBILIDAD DE LA SUBVENCIÓN MULTIPAÍS “FORTALECIMIENTO DE LA RED DE LABORATORIOS DE TUBERCULOSIS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS”

Consultora Principal

María del Carmen Navarro Lévano, Investigadora, Indicadores y Centro de Proyectos para el Desarrollo -INDICE. Lima, Perú.

Consultor Asociado

Julio Acosta Polo, Investigador, Indicadores y Centro de Proyectos para el Desarrollo -INDICE. Lima, Perú.

Coordinación técnica

Patricia Jiménez López, Coordinadora de Monitoreo y Evaluación, Subvención Regional TB – FM. Lima, Perú.

Revisión técnica

Lourdes Kusunoki Fuero, Coordinadora General, Subvención Regional TB – Fondo Mundial. Lima, Perú.
Ernesto Montoro Cardoso, Coordinador Técnico Laboratorios TB, Subvención Regional TB – FM. OPS/OMS, WDC.

Colaboradores

Sandro Macassi Lavander, Investigador, Pontificia Universidad Católica del Perú, PUCP. Lima, Perú.
Carlos Saavedra Chávez, Investigador independiente
Forlly Chavelly Chávez Romero, Investigadora independiente

Diseño, diagramación y arte

Irma Beatriz Peniche Silva

ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2018

Av. Paseo de la República N° 3832, Lima 27 – Perú

Telf.: (00 51-1) 422-6862 / 611 3700

<http://www.orasconhu.org>

contacto@conhu.org.pe

Tiraje: 200 ejemplares

Imprenta: IMPRESION ARTE PERU SAC

Primera Edición, agosto 2019

Esta publicación se enmarca dentro de la ejecución del Programa “Fortalecimiento de la Red de Laboratorios de Tuberculosis en la Región de Las Américas” que tiene como Receptor Principal al Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS - CONHU); y como Subreceptores a la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (SE COMISCA) y a la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido o traducido, total o parcialmente sin autorización previa, con la condición de citar específicamente la fuente y no ser usado con fines comerciales.

Derechos reservados conforme a Ley.

Índice

Relación de Cuadros	2
Relación de Gráficos	3
Relación de Anexos	4
Siglas	5
Resumen ejecutivo	7
A. Introducción	13
B. Antecedentes	13
C. Objetivos del estudio de Evaluación de la Sostenibilidad	18
D. Marco conceptual	19
E. Metodología	21
F. Aspectos identificados para la sostenibilidad de corto, mediano y largo plazo	23
G. Análisis contextual	26
G.1. Evolución de la tuberculosis en los países de la subvención	27
G.2. Costo catastrófico debido a la TB y cobertura universal en salud	28
G.3. Indicadores de bienestar	32
G.4. Presupuesto TB en los 20 países de la subvención	36
H. Resultados obtenidos	38
H.1. Situación de la gestión institucional con miras a la sostenibilidad	43
H.2. Situación presupuestal y financiera con miras a la sostenibilidad	46
H.3. Situación económica con miras a la sostenibilidad	49
H.4. Situación política con miras a la sostenibilidad	51
H.5. Análisis del Gasto en salud en los países del ámbito de la subvención	54
H.6. Análisis de resultados por país	60
H.7. Procesos críticos para la sostenibilidad técnica	67
I. Bibliografía	77
J. Anexos	79

Relación de Cuadros

Cuadro N° 1 - Rango de ingresos per cápita por nivel de ingresos años 1987,1997,2007 y 2017, _____	33
Cuadro N° 2 - Rangos de IDH en años 1990,2000 y 2017 HE CAMBIADO COMAS POR PUNTOS _____	34
Cuadro N° 3 - Países clasificados por ingreso per cápita e IDH (EN EL CUADRO DE IDH HE CAMBIADO COMAS POR PUNTOS) _____	35
Cuadro N° 4 - Nivel de avance en la sostenibilidad por aspectos evaluados _____	42
Cuadro N° 5 - Sostenibilidad de la Gestión institucional: Organizacional _____	43
Cuadro N° 6 - Sostenibilidad de la Gestión institucional: Técnica _____	44
Cuadro N° 7 - Sostenibilidad de la Gestión institucional: Operativa _____	45
Cuadro N° 8 - Sostenibilidad Presupuestal _____	47
Cuadro N° 9 - Sostenibilidad Financiera _____	48
Cuadro N° 10 -Sostenibilidad Económica – Sectorial y Multisectorial _____	50
Cuadro N° 11 - Sostenibilidad política institucional _____	51
Cuadro N° 12 - Sostenibilidad política fiscal _____	52
Cuadro N° 13 - Sostenibilidad política - Coyuntura _____	52
Cuadro N° 14 - Sostenibilidad por países (nivel en porcentaje) _____	60
Cuadro N° 15 - Factores contextuales de la sostenibilidad por países _____	64
Cuadro N° 16 - Evolución del costo de envío de paneles _____	71
Cuadro N° 17 - Matriz de aspectos de la sostenibilidad evaluados _____	83
Cuadro N° 18 - Estimación, notificación, CUS y Atención de TB DR _____	88
Cuadro N° 19 - Evolución de la clasificación del Banco Mundial según Ingreso per cápita del 1997 al 2017 _____	93
Cuadro N° 20 - Relación de subvenciones para el componente Tuberculosis en los países del Proyecto _____	98
Cuadro N° 21 - Relación de subvenciones multipaís en la región LAC _____	103
Cuadro N° 22 - Laboratorios que demuestran desempeño aceptable en EQA 2009-2014 _____	107
Cuadro N° 23 - Laboratorios que demuestran competencia en pruebas de panel _____	109
Cuadro N° 24 - Porcentaje de laboratorios que demuestran competencia en pruebas de panel _____	111

Relación de Gráficos

Gráfico N° 1 – Dimensiones de la sostenibilidad _____	20
Gráfico N° 2 – Aspectos identificados de la evaluación según efecto ESTE	
CUADRO CAMBIADO _____	24
Gráfico N° 3 - Fechas clave para la Declaración Política sobre Tuberculosis _____	26
Gráfico N° 4 – Incidencia por 100 mil habitantes 2017 _____	27
Gráfico N° 5 - Indicadores de la Estrategia Fin a la TB _____	28
Gráfico N° 6 – Presupuesto en Tuberculosis - 2017 _____	37
Gráfico N° 7 - Gasto en salud como % del Producto interno bruto – PBI. 2016 _____	54
Gráfico N° 8 – Gasto per cápita en salud 2015-2016 (en US\$) _____	56
Gráfico N° 9 - Gasto en salud como % del Gasto público total _____	58
Gráfico N° 10 - Relación entre el Gasto público en salud % PBI y Gasto en salud % del Gasto público _____	59
Gráfico N° 11- Avances en la sostenibilidad de gestión institucional: organizacional, técnica y operacional _____	66
Gráfico N° 12 - Procesos críticos de la sostenibilidad técnica _____	67
Gráfico N° 13 – Regulaciones para el transporte de mercancías peligrosas _____	69
Gráfico N° 14 – Responsabilidad en el proceso de transporte de sustancias peligrosas _____	70
Gráfico N° 15 - Costo de envío de paneles _____	71
Gráfico N° 16 - Subvenciones País del Fondo mundial en los países del proyecto (millones de US dolares) _____	96
Gráfico N° 17 - Subvenciones multipaíses del Fondo Mundial en la región LAC _____	97
Gráfico N° 18 – Ruta para determinar espacio fiscal _____	157
Gráfico N° 19 – Identificación del grado de incorporación de las actividades del proyecto en el presupuesto _____	158
Gráfico N° 20 - Identificación del grado de incorporación de la actividad en los mecanismos del CUS _____	159

Relación de Anexos

Anexo N° 1 – Definiciones _____	79
Anexo N° 2 – Matriz de aspectos evaluados para determinar el nivel de sostenibilidad _____	83
Anexo N° 3 – Perfil de Tuberculosis en países de la subvención _____	88
Anexo N° 4 - Evolución de la TB en los países de la subvención _____	90
Anexo N° 5 – Evolución de la clasificación de países por nivel de ingreso per cápita 1987-2017 _____	93
Anexo N° 6– Financiamiento del Fondo Mundial en los países del Proyecto y región LAC. 2002-2019 _____	96
Anexo N° 7 – Pruebas de calidad en laboratorios de la región 2009- 2017 _____	107
Anexo N° 8 - El sistema de salud en los países del ámbito de la subvención _____	112
Anexo N° 9 – Espacio Fiscal para la salud para sostenibilidad financiera y presupuestal _____	156
Anexo N° 10 – Resolución COMISCA 11-2019 – Relativa a la sostenibilidad del PEED laboratorios TB región SICA _____	160

Siglas

BD	Base de datos
BM	Banco Mundial
CAR-LAC	Comité Asesor Regional en Latinoamérica y El Caribe para Subvenciones multipaís del Fondo Mundial
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana
CUS	Cobertura Universal de Salud
DRS	Del inglés: Drug Resistance Surveillance (Vigilancia de la Resistencia a los medicamentos antituberculosos)
EEC	Evaluación Externa de la Calidad
EQA	Del inglés: External Quality Assessment (Evaluación Externa de la Calidad)
FM	Fondo Mundial (de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria)
GF	The Global Fund
GDF	Fondo Mundial de Medicamentos - Stop TB
GLI	Iniciativa Mundial de Laboratorio
GTRL-TB	Grupo de Trabajo Regional de Laboratorio de Tuberculosis
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IMT	Instituto de Medicina Tropical, Amberes (Bélgica)
Bélgica	
INB	Ingreso Nacional Bruto
InDRE	Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos – México
INEI	Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas – Argentina
INPPAZ	Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis
IUATLD	International Union Against Tuberculosis and Lung Disease
ISP	Instituto Salud Pública de Chile
LAC	Latinoamérica y El Caribe
LRN	Laboratorio de Referencia Nacional
LSN	Laboratorio Supranacional
MCP	Mecanismo de Coordinación de País
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud

ORAS- CONHU	Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue
PEED	Programa de Evaluación Externa del Desempeño
PEN	Plan Estratégico Nacional de tuberculosis
PBI	Producto Interno Bruto
PNT	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PS PL	Prueba de sensibilidad a fármacos de primera Línea
PS SL	Prueba de sensibilidad a fármacos de segunda Línea
PSD	Prueba de sensibilidad a fármacos antituberculosos
REMSAA	Reunión de Ministros de Salud del Área Andina
RLSN	Red de Laboratorios Supranacionales
RNL	Red Nacional de Laboratorio
SGC	Sistema de gestión de la calidad
SUS	Sistema Universal de Salud (en algunos casos Sistema Único Universal de Salud)
TB	Tuberculosis
TB-DR	Tuberculosis drogo resistente
TB-MDR	Tuberculosis Multidrogorresistente
TB-XDR	Tuberculosis extremadamente resistente
TB-VIH	Coinfección TB/VIH
TDR	Términos de Referencia
THE UNION	Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Resumen ejecutivo

1. El propósito de este documento es proporcionar orientación sobre la sostenibilidad de la subvención regional del Fondo Mundial (FM) para el fortalecimiento de la red de laboratorios de tuberculosis en Las Américas. Ello implica llevar a cabo un análisis de la situación del sistema de financiación de la salud de un país y evaluar el sistema existente en relación con el objetivo de la subvención. El objetivo del análisis de la situación actual es elaborar una estrategia de sostenibilidad que incidirá en la forma en que se realiza la financiación de la salud. Este análisis proporcionará información sobre cómo está funcionando el sistema existente, el diagnóstico de las razones y los desafíos a los que se enfrentan los países para conseguir que el fortalecimiento de las redes de laboratorio de tuberculosis persista. El análisis se basa en la descripción de cómo los objetivos de la subvención han contribuido a que las metas alcanzadas puedan perdurar en el tiempo y en la evaluación crítica sobre la base de una comprensión clara de la situación de los laboratorios de referencia nacional de TB, su financiación y las comparaciones pertinentes, y las lecciones aprendidas por los países que participaron en la subvención. El documento trata de proporcionar orientación de cómo actuar destacando las cuestiones clave que deben considerarse y algunas de las preguntas específicas que deben abordarse.

2. Reducir la brecha entre el número de nuevos casos de Tuberculosis estimados y notificados anualmente en el continente, es el sentido que animó a los ministerios o secretarías de salud de 20 países de Las Américas a participar en una subvención regional centrada en el fortalecimiento de la capacidad y la calidad diagnóstica de los laboratorios de referencia de Tuberculosis. Esta subvención tiene al Organismo Andino de Salud -Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) como Receptor Principal, y como subreceptores al Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) y a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), lo cual permite una estrecha articulación política y técnica. Comprende países considerados no elegibles para financiamiento nacional del FM en TB: Argentina, Colombia, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, México, Uruguay y Venezuela, y otros que sí reciben esta cooperación externa: Belice, Bolivia, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y República Dominicana; varios de ellos en etapa de transición. Los laboratorios de referencia nacional (LRN) tienen

como cabezas de red a los laboratorios supranacionales (LSN) de Argentina, Chile y México, cuyas funciones son establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Desde enero de 2017 y por 3 años, se trabaja en el mejoramiento de la calidad del diagnóstico laboratorial de TB, a través de la contratación de recursos humanos y la compra de equipamientos e insumos para los tres LSN, y de la mejora de las capacidades técnico-gerenciales de todos los LRN y sus redes.

3. En relación con la sostenibilidad de corto plazo, a pocos meses de concluir la subvención para la red de laboratorios de TB se observa lo siguiente:

- La dinámica de la red está muy activa, por la coordinación fluida y estrecha entre los LSN y sus LRN para la supervisión, asistencia técnica y control de calidad.
- Todos los países cuentan con profesionales capacitados técnicamente y con mejor desempeño, en condiciones de replicar los conocimientos hacia sus redes nacionales.
- Se han actualizado y difundido los documentos técnicos estandarizados para el diagnóstico de la TB en la región de Las Américas.
- Los LSN fueron dotados de equipamiento de última tecnología para el diagnóstico oportuno y certero de TB. También se los ha fortalecido con recursos humanos donde ha sido necesario.
- Los procedimientos logísticos para envío y recepción de paneles de cepas para el control externo de la calidad se han facilitado.
- La región cuenta con dos nuevos especialistas para certificación de cabinas de seguridad biológica, comprometidos con el servicio público, un recurso costoso con elevada experticia.
- El grupo regional de expertos de laboratorio de TB en la región incrementó su número al formar nuevos consultores.
- Se ha consolidado la articulación entre Laboratorio y Programa Nacional de Control de TB en la mayoría de los países.

- Se ha destacado el papel del laboratorio para el Fin de la TB y propiciado el análisis, a nivel de las altas autoridades, de la importancia del funcionamiento de las redes en la región.
 - Varios países con subvenciones nacionales del FM realizan acciones de confluencia y continuidad de los avances conseguidos por la subvención regional, a través de los Mecanismos de Coordinación de País (MCP).
 - Se han abierto los marcos de discusión del papel de las redes de laboratorio, al involucrar a representantes de la sociedad civil, del Frente Parlamentario de Las Américas contra la TB y del Parlamento Centroamericano.
 - Los equipos técnicos en los países han discutido e identificado fortalezas y debilidades que exceden su poder de decisión pero que afectan su trabajo. Entre éstas se señalan particularmente las dificultades del traslado de muestras, de la bioseguridad, de los sistemas de información o de la disponibilidad y estabilidad de recursos humanos calificados.
 - Se ha logrado un posicionamiento de las actividades realizadas por la subvención. Todos estos resultados se instalan como un mejor “saber hacer” y un “reacondicionamiento” que proyecta per se una durabilidad en el mediano plazo.
- 4.** En relación con el mediano plazo la sostenibilidad económica será decisiva:
- El presupuesto de la subvención destinado a las redes ha operado de forma complementaria a los presupuestos que los países asignaban antes del 2017. Salvo en los LSN donde se ha realizado una importante inversión puntual en equipos, la subvención ha representado entre el 5 y el 10% del presupuesto en los países, por lo cual éste no sería un factor condicionante de la sostenibilidad.
 - **Planificación:** En la mayoría de los países (95%) los laboratorios han participado en la elaboración de los Planes Estratégicos Nacionales (PEN) de TB o en los indicadores de TB en sus Planes de Salud, alineados con los objetivos de la estrategia Fin de la TB.

- **Presupuesto asignado:** Dos de los LSN han asumido la continuidad de sus actividades como cabezas de red comprometiendo presupuesto para la contratación de recursos humanos, asistencia técnica, mantenimiento de equipos, compra de insumos y preparación de paneles de muestras para control externo de la calidad de las pruebas de sensibilidad y métodos rápidos moleculares. En el LSN Chile aún debe definirse si, una vez concluida la subvención, será capaz de cumplir con todas las actividades como LSN sin contrataciones adicionales y si continuará con la asistencia y distribución de países asignados.
- **Incidencia presupuestal:** Todos los equipos técnicos de los LRN han realizado labores de incidencia o gestionado financiamiento para la compra de insumos y equipos, ya sea con fondos públicos (Guyana) o de subvenciones nacionales (Perú, República Dominicana, Paraguay). Además, 9 países han logrado incorporar presupuesto para participar en el control externo de la calidad, sin embargo, muy pocos han manifestado poder financiar los viajes de capacitación y pasantías en los LSN.
- **Mecanismos para garantizar el seguimiento al gasto en laboratorio de TB, la transparencia y el uso adecuado de los recursos:** En los 20 países de la subvención, a pesar de existir diferentes modelos de gestión, la principal fuente de financiamiento de los laboratorios de TB es el presupuesto público, por asignación directa (no por compra de servicios), lo que permite el control del gasto. Hay casos particulares en que parte del financiamiento proviene de fondos públicos específicos (Uruguay), de forma complementaria de fondos privados (México), o venta de servicios (Argentina).
- **Fomento de alianzas y de cooperación:** Un mecanismo de sostenibilidad lo constituye el CARLAC, que mediante sus puntos focales ha incentivado la movilización de recursos para acciones complementarias a la subvención regional (Bolivia, Costa Rica). En reuniones de ministros se ha propuesto el establecimiento de convenios de cooperación técnica entre institutos, para identificar las fortalezas con las que cuentan los laboratorios para el intercambio de prestaciones de servicio.

- **Exploración de fuentes de financiamiento:** Se ha identificado fuentes adicionales de financiación que podrían provenir de las subvenciones nacionales del FM (en países aún elegibles en la región) para el financiamiento de las pasantías y asistencias técnicas de los LSN; o recursos complementarios para la adquisición de insumos y contratación de personal mediante la aplicación a recursos de investigación.

- **Generación de datos sobre costos, impacto económico, costos catastróficos, para la toma de decisiones:** Sólo dos países han desarrollado estudios específicos en este sentido para Salud (Perú y Chile), a pesar de que la disminución a cero del costo catastrófico es una de las tres metas de la estrategia Fin de la TB. Costa Rica y Cuba son países donde se realiza periódicamente estudios sobre gastos en salud.

5. La sostenibilidad Política es la base para la sostenibilidad a largo plazo, al respecto se observa:

- **Prioridad otorgada a TB y al diagnóstico laboratorial en la agenda de la autoridad sanitaria y al más alto nivel:** La subvención deja posicionado el tema de la TB y la importancia del laboratorio en el control de la enfermedad. En los 20 países se ha abordado como tema de agenda ministerial, pero sólo en seis se refleja con carácter prioritario.

- **Modelo de gestión y de atención en salud:** Las cifras estadísticas en tuberculosis no se relacionan directamente con el monto de la inversión realizada en los países. Los modelos de gestión y de atención en salud tienen un peso importante en la eficiencia del uso de los recursos. Los mejores resultados se observan en sistemas de salud integrales, accesibles, gratuitos, suficientemente dotados de recursos humanos capacitados, y con participación social. Países con alto presupuesto para TB, pero sistemas de salud fragmentados y con barreras de acceso, muestran poco avance en el control de la enfermedad.

- **Formación y distribución de los recursos humanos:** Se reconoce la necesidad de mejorar la formación profesional para que se considere la TB como una de las enfermedades posibles ante todo caso sintomático respiratorio, y ampliar la detección de casos, incluyendo los contactos. Por otra parte, en algunos países hay déficit de profesionales capacitados en áreas donde la inseguridad limita su acceso.

- **Legislación:** Hay países como el Perú que cuentan con una ley específica para TB, pero en la mayoría la protección a las personas con la enfermedad se da en el marco de disposiciones generales que aplican a toda situación de salud.
- **Políticas públicas de bienestar y sistemas de protecciones sociales:** La mitad de los países manifiestan tener sistemas de protecciones sociales que cubren a las personas con TB.
- **Desarrollo de iniciativas que busquen expandir el diagnóstico y tratamiento:** Los Mecanismos de Coordinación País (MCP) en los países con subvenciones nacionales del FM para cualquiera de los tres componentes (TB, Sida o Malaria) son un espacio estratégico para la confluencia de acciones que mejoren la detección de casos de TB y TB/VIH.
- **Impulso a través de los organismos técnicos y de integración regional:** Los LSN y LRN resaltan como muy positivo el poder contar con un experto de laboratorio de enlace directo en OPS para la coordinación de actividades, y sugieren mantenerlo. El ORAS tiene TB como línea estratégica y los ministros ordenaron la constitución del Comité Andino de Tuberculosis. También COMISCA tiene Tuberculosis como línea de trabajo y la RedLab, que es la red de laboratorios de Centroamérica, y TB hace parte de ella. Se encuentra en la agenda de los países la exploración de los mecanismos financieros para mantener los beneficios del trabajo en red. Es así que los mecanismos de integración regional han jugado un rol importante en los resultados de la subvención. En el caso de COMISCA se ha conseguido la emisión de la Resolución para asegurar el presupuesto para la evaluación externa de la calidad de los laboratorios de referencia nacional.
- **Ampliación de la participación:** La sociedad civil, el Frente Parlamentario de Las Américas contra la TB y el Parlamento Centroamericano juegan un papel fundamental en la continuidad de los esfuerzos en cada país y en la región. La subvención los ha integrado en varias actividades.

A. Introducción

➔ Actualmente, tan solo se detecta un porcentaje muy bajo de la carga mundial estimada de pacientes de tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR), pues la falta de capacidad de diagnóstico de laboratorio y la lenta transferencia de tecnología a los lugares con pocos recursos suponen un obstáculo crucial para ello. La ampliación de los servicios de laboratorio para abordar los desafíos de diagnóstico de la TB-MDR y la tuberculosis asociada al VIH (TB-VIH) requiere un cambio de paradigma para formular políticas de laboratorio, establecer normas y criterios, orientar y coordinar la asistencia técnica, y acelerar la transferencia de conocimientos.

La falta de capacidad de diagnóstico es una barrera crucial que impide una respuesta efectiva a los desafíos de la TB-VIH y la TB-MDR. El número mundial de casos TB-RR/TB notificados en 2017 fue del 32% de los casi 600 mil casos estimados.¹ Varios estudios de investigación operativa realizados en diferentes entornos han demostrado que la falta de capacidad de laboratorio es el principal obstáculo también para la vigilancia de la resistencia a los medicamentos antituberculosos (DRS), mientras que los modelos de estimación y las proyecciones han confirmado que una respuesta eficaz a los desafíos diagnósticos de TB-VIH y TB-RR/MDR requieren una ampliación masiva y urgente de los servicios de laboratorio. Sin embargo, establecer, equipar, financiar y garantizar la sostenibilidad de las redes de laboratorio adecuadas es desafiante, complejo y costoso. Por lo tanto, se necesitan intervenciones sólidas y personalizadas para ampliar los servicios de laboratorio de TB y abordar diferentes niveles de laboratorios con diferentes niveles de realización de pruebas diagnósticas.²

B. Antecedentes

Red de Laboratorios Supranacionales de Tuberculosis

➔ La Red de Laboratorios Supranacionales de Tuberculosis de OMS (RLSN) fue creada en 1994 con la finalidad de apoyar el Proyecto Mundial OMS -THE UNION

¹ Cifra de OMS actualizada según Report Global TB 2018

² <https://www.who.int/tb/areas-of-work/laboratory/srl-network/en/>

sobre la vigilancia de la resistencia a los medicamentos contra la tuberculosis (TB), planteándose como objetivos: estimar la magnitud de la resistencia a los medicamentos a nivel mundial, determinar tendencias y proporcionar datos para informar las decisiones políticas de la OMS.³ Esta red se ha convertido en un recurso técnico clave para apoyar el fortalecimiento de la capacidad de los laboratorios en los países. Bajo la coordinación y el apoyo de la OMS, la red actual se ha expandido para abarcar 28 LSN y 4 Centros de Excelencia Nacionales, en gran medida impulsados por iniciativas regionales e interés institucional.

Originalmente, 14 laboratorios se ofrecieron para formar la Red LSN basada en la capacidad institucional y sus propios recursos para apoyar el Proyecto Mundial. Esto dio lugar a una concentración de los LSN en Europa. Entre 1994 y 2015, la RLSN se amplió a 36 laboratorios, impulsados principalmente por iniciativas regionales y por el interés institucional en unirse a la red. Desde 2010, se han desarrollado nuevos Términos de Referencia, así como nuevos criterios de elegibilidad e inclusión para la red LSN. Ahora deben establecerse acuerdos formales de colaboración entre un LSN y la Autoridad Nacional de Salud o el Ministerio de Salud actuando como Laboratorio de Referencia de TB a Nivel Nacional (LRN). Las funciones de los LSN y su relacionamiento con los LRN son establecidas por la OMS.⁴

En Latinoamérica hay un amplio historial en la utilización del diagnóstico bacteriológico de TB y en la creación de redes nacionales e internacionales de laboratorios.

³ORAS-CONHU. Costos de funcionamiento de los laboratorios supranacionales en su relación con la Red de laboratorios nacionales/ Programa “Fortalecimiento de laboratorios de tuberculosis en la Región de las Américas” – Lima 2018

⁴ Las funciones de los Laboratorios Supranacionales son las siguientes:

- Brindar asistencia técnica a los Laboratorios de Referencia Nacional (LRN) y a los Programas Nacionales de Tuberculosis (PNT) a implementar los lineamientos normativas de la OMS sobre diagnósticos, algoritmos de diagnóstico y normas de laboratorio utilizando sistemas de registro y notificación estandarizados así como otras herramientas de laboratorio.

- Difundir los lineamientos de la OMS sobre los requisitos de bioseguridad y los sistemas de gestión de la calidad para los laboratorios de referencia y las redes de laboratorios nacionales de TB.

A partir de la década del 60, en algunos países de la región se crearon simultáneamente los PNT y las RNL. En la década del 70 se creó la Comisión Latinoamericana de Bacteriología de la TB (COLABACT), bajo la conducción del Centro Panamericano de Zoonosis (CEPANZO), ubicado en Argentina, luego INPPAZ (Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis).

Entre las diferentes actividades que realizó COLABACT hasta principios de los años 90, estaban la publicación de normas técnicas de los métodos convencionales (BK, cultivo, identificación de Micobacterias y PSD), la capacitación a profesionales en diagnóstico de TB, la organización de reuniones con los jefes de los LRN de la región y la publicación de investigaciones operativas de las RNL en su boletín. En la actualidad la región cuenta con 5 LSN, tres de ellos se encuentran ubicados en Latinoamérica, y son los que mayor responsabilidad han asumido en la Región: Argentina (Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, Buenos Aires), Chile (Instituto de Salud Pública, Santiago de Chile) y México (Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos INDR, Ciudad de México). Los otros dos son: el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y el Instituto Pasteur en la isla Guadalupe- Francia. En el 2004, la OPS apoyó la creación del Grupo de Trabajo Regional de Laboratorio de TB (GTRL-TB) con la finalidad de complementar el trabajo de los LSN y coordinar sus acciones, a través de asistencia técnica al Programa Regional de TB y LRN, así como en actividades de monitoreo y evaluación a los LRN, además de capacitación, entre otras acciones.

-
- Facilitar el intercambio de informes técnicos estandarizados de todas las misiones de asistencia técnica para registrarlos con los socios en el país y entre las LSN.
 - Proporcionar una evaluación de calidad estandarizada para microscopía, cultivo, PSD de M. tuberculosis y métodos moleculares según sea necesario.
 - Coordinar las evaluaciones comparativas de las pruebas de diagnóstico entre los LSN individuales y definir las prioridades para la evaluación de las diferentes pruebas según sea necesario;
 - Observar las vías para el desarrollo e implementación de protocolos estandarizados de pruebas de sensibilidad contra medicamentos antituberculosis nuevos y existentes.
 - Abogar con los PNT para asegurar que las capacidades para el diagnóstico y tratamiento de TB y tuberculosis resistente a fármacos estén alineadas.

Este grupo de trabajo cuenta con los siguientes miembros: el Laboratorio de Micobacterias y Tuberculosis de los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) en Atlanta, Estados Unidos (LSN); el Instituto de Salud Pública de Santiago de Chile, Chile (LSN); el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas de Buenos Aires, Argentina (LSN); el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos de Ciudad de México, México (LSN); el Instituto Pedro Kouri de La Habana, Cuba (Centro Colaborador OPS/OMS para eliminación de TB) y el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias de Santa Fe, Argentina (Centro Colaborador OPS/OMS en epidemiología de TB). Además, integran el GTRL-TB expertos de laboratorio de TB de la región. Desde la creación del GTRL-TB se han realizado actividades de planificación y evaluación anuales, asistencia técnica y capacitación a las RNL y confección de manuales y guías para el diagnóstico de TB. La sistematicidad en la realización de estas actividades, se ha visto limitada por no contar con recursos financieros suficientes.

Por otro lado, para responder a esta necesidad, en 2008 se estableció la Iniciativa Mundial de Laboratorio (GLI) como un grupo de trabajo de la Alianza Alto a la Tuberculosis; la secretaría del GLI está albergada en el Departamento Alto a la Tuberculosis, de la OMS. El GLI cuenta con un grupo central constituido por 18 miembros y socios internacionales que han unido sus fuerzas para acelerar y ampliar el acceso a los servicios de diagnóstico de la tuberculosis de calidad asegurada dentro de sistemas de laboratorio integrados. Entre sus prioridades se encuentra la ampliación de la Red Supranacional de Laboratorios de Referencia de la OMS para reducir las diferencias geográficas existentes y hacer posible que los LSN asuman mayores responsabilidades en el fortalecimiento de laboratorios como respuesta al llamado hecho por la Asamblea Mundial de la Salud en 2009 para el acceso universal al diagnóstico de la tuberculosis y una mayor capacidad de vigilancia mundial de la farmacorresistencia.⁵

⁵ <https://www.who.int/tb/laboratory/gli/es/>

Subvención multipaís “Fortalecimiento de la Red de laboratorios de tuberculosis en la región de las Américas”

Teniendo en cuenta las consideraciones mencionadas, el Programa Regional de TB (OPS/OMS) y el GRTL-TB, en coordinación con el ORAS-CONHU, decidieron presentar una propuesta regional ante el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, TB y Malaria, elaborando la Nota Conceptual para el Fortalecimiento de los LSN y sus redes de LRN, la cual fue presentada y aprobada en el año 2015. Los LSN de la Red Mundial de Laboratorios Supranacionales de Tuberculosis (RLSN) que participan en la subvención son Argentina, Chile y México (6), cuya labor es asegurar que los laboratorios de sus respectivas redes cumplan con estándares de la OMS (control de calidad, supervisiones, normas, capacitación, entre otros).

⁶ Los LSN deben cumplir los siguientes criterios mínimos para pertenecer a la RLSN de OMS:

- Ser reconocido oficialmente por la Autoridad Nacional de Salud o el Ministerio de Salud actuando como Laboratorio Nacional de Referencia de TB que apoya una red funcional nacional o subnacional de laboratorios de nivel inferior.
- Demostrar capacidad técnica para realizar microscopía, cultivo, identificación y pruebas de sensibilidad a fármacos (PSD) de M. tuberculosis utilizando métodos fenotípicos y moleculares según recomendaciones de la OMS.
- Ser capaz de cumplir con las normas técnicas nacionales de laboratorio y cumplir con los estándares de bioseguridad de la OMS y otros estándares internacionales para realizar las diferentes pruebas para tuberculosis.
- Presentar demostrado dominio de PSD (haber participado con éxito en 2 rondas consecutivas de pruebas de competencia de la RLSN) con suficientes niveles de carga de trabajo para mantener la competencia
- Tener la capacidad (incluyendo recursos humanos, infraestructura y equipo) para apoyar laboratorios en otros países (según TDR de LSN establecidos por la OMS).

Para ser elegibles, los laboratorios deben ser nombrados por su socio LSN o la oficina de la OMS en el país, someterse a una evaluación de laboratorio por la OMS, e implementar activamente un sistema de gestión de calidad para la acreditación.

Los objetivos de la subvención son:

- Fortalecer las capacidades técnico-administrativas de los tres LSN de Tuberculosis ubicados en Argentina, Chile y México para el cumplimiento de sus términos de referencia en apoyo a las redes nacionales del laboratorio de Tuberculosis.
- Fortalecer las redes nacionales de laboratorios de Tuberculosis de veinte países de las Américas mediante la generación de capacidades técnico-gerenciales.
- Promover la autosostenibilidad de la asistencia supranacional de tres LSN de Tuberculosis.

La subvención se propone contribuir a reducir la brecha en detección de casos de Tuberculosis en las Américas mediante el fortalecimiento de la capacidad diagnóstica de las redes de laboratorios constituidas en la región, lo cual debe generar impacto en la disminución de la incidencia para los 20 países. El presupuesto asignado es de US \$ 6,110,000 para el periodo comprendido entre enero del 2017 y diciembre del 2019.

C. Objetivos del estudio de Evaluación de la Sostenibilidad

Objetivo General:

Recopilar, analizar y evaluar las acciones realizadas y aquellas que requieren desarrollarse para garantizar la sostenibilidad de los avances obtenidos en la implementación del Proyecto “Fortalecimiento de la Red de Laboratorios de Tuberculosis en la Región de las Américas”

Objetivos Específicos:

1. Compendiar información relevante sobre los resultados obtenidos en la implementación de la subvención, y medir el apoyo económico y político con que se han alcanzado.

2. Identificar y analizar las acciones pendientes de desarrollar para sostener el funcionamiento efectivo de las redes de laboratorios de Tuberculosis en la región.
3. Evaluar las condiciones económicas y contextos políticos actuales de la integración, para proponer posibles estrategias de sostenibilidad del trabajo de las redes de laboratorios de Tuberculosis en la región de Las Américas.

D. Marco conceptual

➔ La sostenibilidad a largo plazo es un aspecto fundamental del financiamiento del desarrollo y la salud mundial. Sin embargo, la sostenibilidad programática y financiera de la inversión mundial en salud se enfrenta a retos considerables. El crecimiento económico no garantiza un acceso igualitario a la salud y la atención sanitaria, y se dan significativas desigualdades dentro del amplio grupo de países de ingresos medianos. Además, el crecimiento económico tampoco garantiza la equidad en las respuestas para las poblaciones clave y vulnerables desproporcionadamente afectadas por las tres enfermedades, en particular donde abundan la estigmatización, la discriminación y la criminalización. (GF, 2016).

La política de sostenibilidad y los procesos asociados que el Fondo Mundial establece se basan, entre otros, en el principio de diferenciación: en función del lugar que ocupe cada país en el proceso continuo del desarrollo, el nivel de ingresos, el contexto epidemiológico, la carga de morbilidad, el contexto de derechos humanos y género, así como otros factores regionales, nacionales o específicos del entorno. Asimismo, se basa en la premisa central de que la planificación para la sostenibilidad debe ser inherente al diseño de programas y tomada en cuenta por todos los países, independientemente de su posición en el proceso continuo de desarrollo. Esta es la razón por la cual la planificación para la sostenibilidad requiere un planteamiento múltiple que comprenda invertir en sistemas de salud robustos y sostenibles, pertinentes; desarrollar capacidades, intervenciones de promoción y prestación de servicios, al tiempo que se valoran opciones para aumentar progresivamente el financiamiento nacional para la salud y, en particular, para las tres enfermedades (GF, 2016).

La planificación de la sostenibilidad y transición para dejar de recibir el apoyo del Fondo Mundial implica abordar cuestiones complejas, como cambiar la legislación para permitir que el sector público celebre contratos con proveedores del sector no público, como organizaciones de la sociedad civil; apoyar la promoción nacional del gasto en salud; y mejorar los procesos de adquisición y su acceso para permitir que los países puedan adquirir productos clave, como antirretrovirales de segunda línea y medicamentos para la tuberculosis multirresistente, a precios económicos y contratar servicios como el transporte de cepas. Toda vez que la sostenibilidad requiere generar políticas e intervenciones adecuadas en función de las características epidemiológicas de la enfermedad de un país e implementar en algunos casos modificaciones legislativas para que las mismas puedan ser financiadas con los recursos presupuestales del país, entre otros aspectos se requiere diseñar un esquema de sostenibilidad que refleje las características particulares de cada uno de los países que integran la subvención.

Gráfico N° 1 – Dimensiones de la sostenibilidad



Adaptado de PNUD. Fomento de las innovaciones en materia de desarrollo para un cambio transformador.2012

La sostenibilidad de los resultados de la subvención implica dimensiones externas a su ámbito y están relacionadas con: aumentar la inclusión social a fin de eliminar las barreras para que todos puedan acceder a pruebas diagnósticas y a tratamiento (dimensión social), ampliar la cobertura actual diagnóstica y de atención TB (dimensión física), generar un efecto multiplicador entre todos los agentes y la expansión de los beneficios del proyecto a una escala mayor como, por ejemplo, extender la asistencia

técnica y la capacitación a las redes nacionales (dimensión funcional), asegurar el presupuesto y el compromiso y apoyo político (dimensión política), y propiciar un cambio de mentalidad y relaciones de poder a fin de permitir, por ejemplo, el ingreso o modificación de tecnologías arraigadas en la población o el personal de salud (dimensión conceptual). (PNUD, 2012) Cada una de estas dimensiones depende de factores externos que condicionan y determinan los resultados que se pretende alcanzar.

Cabe indicar que, con base a un análisis estadístico de proyectos terminados en salud, el Departamento de evaluaciones del Banco Mundial (BM, 1999), encontró que el principal factor determinante de resultados es el desempeño del ejecutor del proyecto (en este caso los laboratorios y programas de los países). Sin embargo, este no es un factor independiente; en él influyen la eficacia de la supervisión, el fomento para que exista una identificación con el proyecto y la adecuación del diseño (alrededor de la mitad de los proyectos del Banco Mundial que alcanzaron sus objetivos de forma considerable se modificaron significativamente a lo largo de su ejecución). Otra característica común fue el Buen gobierno y un contexto macroeconómico propicio para el desarrollo institucional y organizacional.⁷ (Definiciones en el Anexo N°1).

E. Metodología

➔ El estudio identificó las acciones realizadas y aquellas que requieren desarrollarse para garantizar la sostenibilidad de los avances obtenidos en la implementación

⁷ El mismo documento refiere la importancia de los determinantes de la salud definido como el conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones: “Hay muchos factores, aparte de los servicios de salud, que determinan la morbilidad, la mortalidad, el estado de nutrición y la fecundidad. Los más importantes son el nivel de ingresos, la educación y la calidad del medio ambiente, que incluye el acceso a una vivienda inocua, al agua limpia y al saneamiento. También son importantes las prácticas individuales y comunitarias en cuestiones relativas a la nutrición, el saneamiento, la reproducción y el consumo de tabaco y alcohol y a otros comportamientos que afectan la salud y que dependen del nivel económico y social y de la cultura.” (BM, 1999)

del Proyecto “Fortalecimiento de la Red de Laboratorios de Tuberculosis de la Región de las Américas”, teniendo en cuenta que el proceso servirá para generar un esquema de comunicación (documento) para las autoridades de los diferentes niveles de gobierno de las ventajas en relación con el fortalecimiento de la Red de los laboratorios de tuberculosis. Para este fin los aspectos metodológicos se desarrollaron en función de los tres objetivos específicos y al tipo de información recogida. Para la sistematización de la información se utilizaron tablas dinámicas y gráficas adecuadas para facilitar la lectura de los resultados.

Metodología para información primaria:

- Entrevistas a funcionarios de Ministerios o Secretarías de Salud y de los institutos a los cuales pertenecen los laboratorios de Tuberculosis a nivel país, equipo RP y proveedores (transporte).
- Encuestas a agentes claves de acuerdo con las variables propuestas para el estudio, se realizaron utilizando formularios vía web y en algunos casos presencial o por teléfono.
- La metodología de la evaluación ha sido participativa y con entrevistas presenciales o con formatos en web a los diferentes actores, en varios ámbitos del proceso (capacitaciones, reuniones técnicas, eventos).

Metodología para información secundaria:

- Revisión y análisis de información, proveniente del receptor principal, de los subreceptores, de los LSN y LRN.
- Revisión y análisis de información relacionadas con el sector Salud, económico y ámbito político de los distintos países, publicadas en páginas web del BM, OMS, OPS y otros.

Se ha elaborado una matriz con las variables identificadas y se ha evaluado cada factor por país. Cuando el factor evaluado corresponde a un aspecto que apunta a la sostenibilidad (Sí), se valora con “1” valor positivo, en caso de que sea un factor contrario a la sostenibilidad (No) se valora con “0” valor negativo. Se analizaron un total

de 80 variables y los resultados se presentan desagregados por variables y agregados por los aspectos de: gestión institucional; presupuestal, financiero y económico; y político.⁸

- En el análisis por factor se ha sumado la cantidad de respuestas positivas de todos los países y dividido entre la cantidad de países.
- En el análisis por país se ha sumado la cantidad de respuestas positivas y dividido entre la cantidad de variables. El porcentaje determinado se ha comparado por países y se ha establecido un ranking.
- En ambos casos el porcentaje determinado puede tomar el valor de 0% a 100%, si el valor se acerca a 100% corresponde a una mayor sostenibilidad tanto por factor como por país.

F. Aspectos identificados para la sostenibilidad de corto, mediano y largo plazo

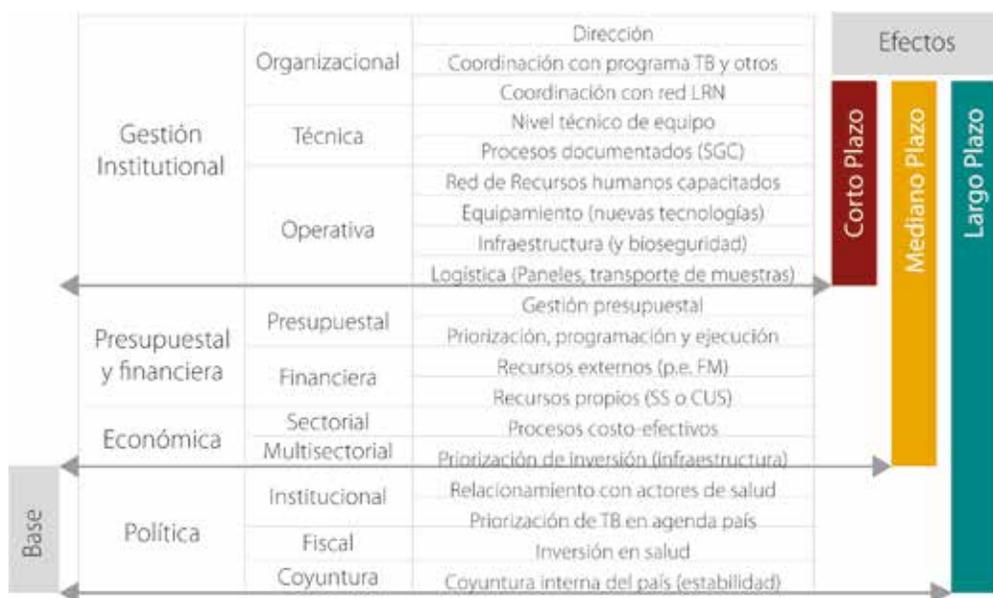
➔ Existen diferentes definiciones de la sostenibilidad, sin embargo, todas concuerdan en que un proyecto es sostenible si puede mantenerse por sí mismo; sin ayuda exterior ni disminución de los recursos existentes. La sostenibilidad es definida por algunos autores como la aptitud operativa y financiera para mantenerse luego de finalizados los recursos externos. También se ha definido la sostenibilidad como el conjunto de las posibilidades de que los beneficios del proyecto se mantengan o se incrementen más allá de la finalización de este (Lopez, 2011). Independiente de las definiciones, la sostenibilidad comprende todas las acciones llevadas a cabo para

⁸ Para identificar el nivel de sostenibilidad por país, se organizaron los resultados obtenidos en las entrevistas y la revisión de información secundaria en los aspectos de gestión institucional, presupuestales, financieros, económicos y políticos. Una vez identificadas las variables se definió cuáles eran aquellas en las que debía enfatizarse para garantizar la sostenibilidad de la subvención. Hubo un total de 80 variables observadas. No se ha dado ponderación adicional a ninguna variable, sólo se ha contabilizado las pertinentes para cada país según funciones como LRN o LSN, si son elegibles para recursos del Fondo Mundial.

lograr que los resultados perduren en el tiempo, debe encararse desde el comienzo (y durante) el proyecto y debe ser una de las principales acciones a las que debe prestar atención la dirección. Esto significa en principio garantizar se mantenga la cobertura y el impacto alcanzado e implica no sólo una expansión de resultados a una escala mayor (redes naciones), sino también se continúe con el fortalecimiento de capacidades nacionales y se mejoren las políticas regionales y nacionales. (PNUD, 2012)

Los aspectos de la sostenibilidad de la subvención observados en la evaluación se han dividido en lo relacionado con: **a)** Gestión institucional; **b)** Presupuestal y financiero, Económico; y **c)** Político, con el fin de determinar los indicadores que nos permitan medir la sostenibilidad a corto, mediano y largo plazo. Hay que tener en cuenta que el plazo es una separación metodológica, realmente la sostenibilidad es un continuo que depende de que se realicen todas las actividades y avancen cada una a su ritmo. Este ritmo es muy variado, por tanto, la priorización de la TB a nivel de política en el país será la base para la sostenibilidad. La gestión institucional, presupuestal y financiero están relacionados directamente con los dos primeros objetivos de la subvención: Fortalecer las capacidades técnico-administrativas de los tres LSN de

Gráfico N° 2 – Aspectos identificados de la evaluación según efecto



*SGC: Sistema de gestión de calidad; SUS: Sistema universal de salud; CUS: Cobertura universal de salud

Tuberculosis ubicados en Argentina, Chile y México para el cumplimiento de sus términos de referencia en apoyo a las redes nacionales del laboratorio de Tuberculosis y Fortalecer las redes nacionales de laboratorios de Tuberculosis de veinte países de las Américas mediante la generación de capacidades técnico-gerenciales. Lo económico y político están relacionados con promover la autosostenibilidad de la asistencia supranacional de tres LSN de Tuberculosis, por lo cual, de conseguirse el compromiso político, lo alcanzado perduraría en el largo plazo.

Se han determinado indicadores apropiados para medir los aspectos de la sostenibilidad a corto, mediano y largo plazo; los indicadores son equilibrados en cada uno de los factores, para no desnaturalizar el esfuerzo y poder comparar a los distintos países en su avance hacia la sostenibilidad de la subvención. El detalle del total de las variables se aprecia en el Anexo N° 2.

a. El aspecto de gestión institucional involucra tres campos:

- Organizacional. - Cómo es la dirección de la institución, su nivel de compromiso con las actividades de la subvención, cuál es el nivel de coordinación con el programa de TB y otros programas relacionados a salud, qué grado de coordinación se ha logrado con la red de LRN.
- Técnico. – Cuál es el nivel técnico del equipo y si tiene procesos documentados (SGC).
- Operativo. - ¿Los recursos humanos están capacitados?, ¿El equipamiento es adecuado (nuevas tecnologías incorporadas)? ¿Tiene buena infraestructura y los niveles adecuados de bioseguridad?, ¿Su sistema logístico es eficiente (cómo maneja los paneles y transporte de muestras)?

b. El aspecto presupuestal y financiero involucra 2 campos:

- Presupuestal. - Cómo gestiona el presupuesto la priorización, programación y ejecución.
- Financiero. – Lo relacionado con los recursos internos y externos.

El aspecto económico involucra 2 campos:

- El sectorial relacionado con inclinarse a procesos costo-efectivos.
- El multisectorial relacionado con la priorización de la inversión nacional

- c. El aspecto político involucra 2 campos:
- El campo institucional: cómo se relaciona la institución con los otros actores del sector salud.
 - El campo nacional: ¿Se prioriza o no a la TB en la agenda país?, ¿Se ha incrementado la inversión en salud?, ¿Cuál es el grado de estabilidad de la coyuntura?

G. Análisis contextual

➔ Para acercarnos a definir las circunstancias que determinan la sostenibilidad debemos, en primer lugar, identificar el contexto internacional, cómo está evolucionando la TB en los países en cuanto al análisis y priorización de la salud en el ámbito de la subvención; observando las principales variables como: la inversión (gasto) en salud, el presupuesto destinado a la TB (su déficit) y el tipo de financiamiento, el gasto de bolsillo, el PBI per cápita y el IDH. No hace falta decir que el contexto importa, pero el reconocimiento de esta realidad no es suficiente. El contexto es algo que está fuera del control directo o influencia de los responsables de laboratorio o inclusive de los tomadores de decisiones del sector salud, pero que tiene una influencia importante en la medida en que puede coadyuvar o frenar los avances obtenidos. En tal sentido, el enfoque principal del análisis está referido a una comprensión del contexto general.

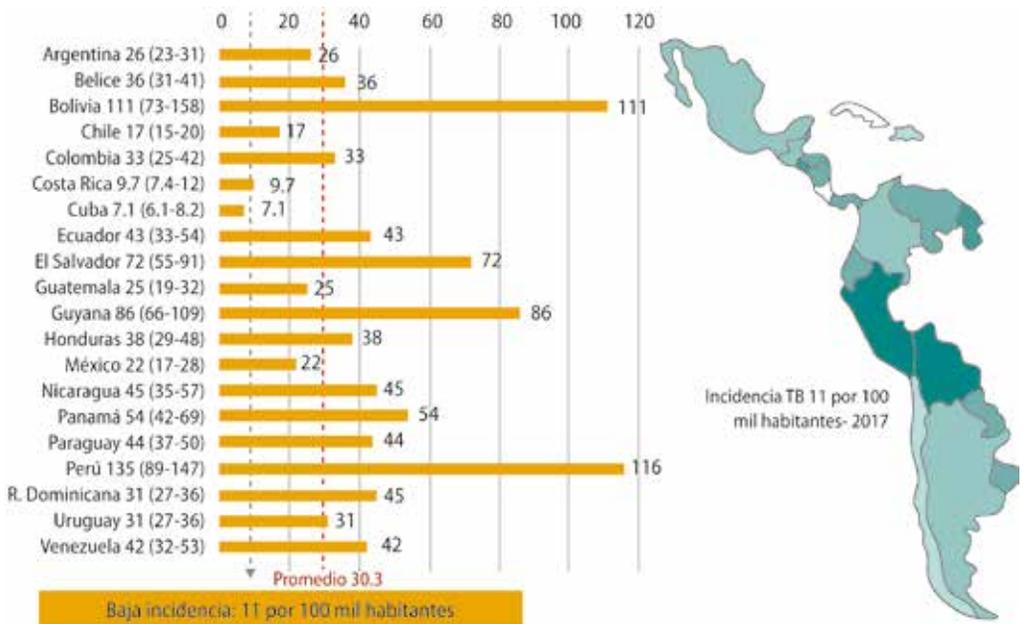
Gráfico N° 3 - Fechas clave para la Declaración Política sobre Tuberculosis



El momento político internacional es de una gran preocupación por la tuberculosis y hay compromisos de poner fin a la TB en el 2035, estrategia que ha sido asumida en los países del ámbito de la subvención y ha sido suscrita por sus respectivos Jefes de Estado el 10 de octubre del 2018, mediante la adopción de una Declaración Política en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el fin de la tuberculosis.

G.1. Evolución de la tuberculosis en los países de la subvención

Gráfico N° 4 – Incidencia por 100 mil habitantes 2017



Fuente: Base datos de cuentas en salud de la OMS

➔ De acuerdo con el reporte de TB de la OMS en el 2017, el Perú es el país con mayor incidencia de TB llegando a 116 por cada 100 mil habitantes, le sigue Bolivia con 111, Guyana con 86, El Salvador con 72 y Panamá con 54. En los otros países del ámbito de la subvención la incidencia de TB estuvo por debajo de 50. Los que tienen menor incidencia son Cuba con 7.1 y Costa Rica con 9.7. En el mapa del Gráfico No 4, los 20

países participantes de la subvención están coloreados en azul. La intensidad del color es proporcional a la incidencia.

Las menores tasas de detección de casos de TB las tenemos en Bolivia (62%) y Ecuador (79%). En los 20 países, al 33.6% de los casos nuevos notificados se les ha realizado pruebas de sensibilidad a la rifampicina, mientras que a los antes tratados el porcentaje fue de 49.9%. (Anexos N° 3 y 4).

G.2. Costo catastrófico debido a la TB y cobertura universal en salud

➔ Los indicadores relacionados con la Estrategia Fin a la TB, además de estar enfocados en bajar la mortalidad y la incidencia de la tuberculosis, también están dirigidos a la protección a las familias para que no tengan que hacer frente a costos catastróficos debido a la TB. En ese sentido, los países del ámbito de la subvención han suscrito como compromiso implementar medidas para evitar el costo catastrófico.

Gráfico N° 5 - Indicadores de la Estrategia Fin a la TB



Para 2035, reducción de la mortalidad por TB en un 95% en comparación con 2015



Para 2035, reducción de la tasa de incidencia de TB en un 90% en comparación con 2015



Para 2035, que no haya familias que tengan que hacer frente a costos catastróficos debido a la TB

Las personas incurrir en “costo catastrófico en salud” cuando el gasto de bolsillo⁹ excede un umbral del ingreso efectivo, después del gasto en alimentos. Según Xu

⁹ El Gasto de bolsillo se define como desembolsos realizados por las familias por servicios de salud que abarcan el pago de medicamentos generalmente, hospitalizaciones y otros como consultas, que no son reembolsados por seguros o el sistema de salud.

(2005) los costos catastróficos por motivos de salud ocurren cuando los gastos de bolsillo en salud de un hogar representan 40% o más de su capacidad de pago; este porcentaje puede ser modificado de acuerdo con la situación específica de cada país.

El costo catastrófico puede afectar un amplio rango de estratos económicos y está generalmente asociado a medicamentos y, en el caso de TB, a gastos de hospitalización y de diagnóstico como sugiere la OMS en el Global Tuberculosis Report 2017 el cual indica:

“Es importante distinguir el indicador de “costos catastróficos totales debido a la tuberculosis” del indicador de “gastos catastróficos en salud” que se utiliza dentro del marco de monitoreo de los ODS y en los marcos regionales para la cobertura universal de salud. Este último es un indicador basado en la población, que mide la proporción de la población que incurre en “gastos catastróficos” en la salud, con un umbral definido en función de la capacidad de pago del hogar. Los gastos se definen como gastos directos en atención médica.

El indicador específico de TB incorpora no solo pagos médicos directos para diagnóstico y tratamiento, sino también pagos directos no médicos (como transporte y alojamiento) y costos indirectos (como la pérdida de ingresos). El indicador específico de TB también está restringido a una población particular: pacientes con tuberculosis diagnosticados tratados por proveedores que forman parte de redes de los Programas Nacionales de TB (OMS, Global TB Report, 2017).

Se produce costo catastrófico debido a la TB, de acuerdo a definiciones recientes de la OMS, si los costos para su asistencia son mayores al 20% del ingreso económico de la persona. El indicador del costo catastrófico debido a la TB se ha implementado recientemente, por lo que los países del ámbito de la subvención no tienen cifras publicadas al respecto.

Por otro lado, entre los mandatos de los países que componen la OMS se encuentra el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, lo cual implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel

nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.¹⁰ Sin embargo, debe precisarse que según estimados de la propia OMS (2017) si bien se ha incrementado la cobertura de salud y en consecuencia el gasto de bolsillo debería haber disminuido, no es posible precisar de forma rigurosa la magnitud de la disminución:

“El análisis de los datos de las encuestas de hogares indica que los gastos de bolsillo siguen siendo relativamente altos en algunos países, incluso en aquellos con cobertura y que no requieren compartir costos (al menos en papel). Se necesita una exploración más profunda de las razones detrás de la persistencia en el gasto de bolsillo a pesar del aumento en la cobertura, como quién continúa con gastos de bolsillo y por qué”. (Daniel Cotlear, Somil Nagpal, Owen Smith, Ajay Tandon, Rafael Cortez, 2015)

“Aunque todos los países han aumentado la cobertura de salud, la ausencia de información regular (encuestas actualizadas) impide realizar el seguimiento más adecuado. Una implicación evidente es que los países deben contar con mecanismos rigurosos de seguimiento, vale decir una encuesta especializada al menos anualmente, dado que se ha señalado que incluso con programas de aumento de cobertura, el gasto de bolsillo no disminuye de manera proporcional” (Gonzales, 2017)

¹⁰ El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar. (CD53/5, Rev. 2 y CD53/R14 OPS/OMS, 2014).

La continuidad de políticas orientadas a sistemas universales en salud parece conducir a mejorar los indicadores de salud y a disminuir los gastos de bolsillo, pero conseguirlo es un reto para los países con sistemas de salud fragmentados y con barreras de acceso, los cuales muestran poco avance en el control de la enfermedad, aun cuando dispongan de mayor presupuesto. Por otra parte, en muchos de los países de la subvención, pocos podrían objetar que haya cobertura universal de salud (CUS), el problema es qué se entiende por ella.

“CUS es un término ambiguo que dificulta detectar las intenciones detrás de él. Con un discurso aparentemente pragmático se apela a la idea de que la falta de acceso es esencialmente un problema financiero: la gente no recibe los servicios de salud requeridos porque no puede pagarlos y el Estado no los proporciona por falta de recursos. A fin de resolverlo se propone un mecanismo para lograrlo: el aseguramiento, público y/o privado para pagar la prestación de servicios, privada o pública. Esta opción de separación de funciones entre administración de fondos/compra de servicios y la prestación de tales servicios donde el Estado sólo tiene un papel regulador no es casual, es la base misma de la apertura del mercado en salud. O sea, esta separación es la condición necesaria para convertir los servicios de salud en una mercancía y la administración de fondos en una actividad financiero-comercial.”

“Como los casos latinoamericanos de la instrumentación de la CUS demuestran, por ejemplo, en Colombia, México y Perú, el modelo de aseguramiento ha restringido el derecho a la salud y fortalecido la desigualdad e inequidad en el acceso a los servicios. A pesar de la instrumentación de los Sistemas Únicos Universales de Salud y de las luchas de resistencia en contra de la CUS, ésta última es hoy el modelo dominante o hegemónico en las reformas de salud. Su principal promotor es el Banco Mundial y es aceptado por la OMS cuyo esquema de las tres dimensiones de cobertura: poblacional, de servicios y de costos, supone implícitamente el aseguramiento.” (Laurell, 2014)

G.3. Indicadores de bienestar

➔ **Producto Interno Bruto (PBI) per cápita:** El PBI per cápita es un indicador económico que mide la relación entre el nivel de ingresos de un país y cada uno de sus pobladores. EL PBI per cápita se mide anualmente. Se supone que su incremento delata el crecimiento de una economía durante un determinado período.

En teoría, este dato describe el promedio de ingresos en función del número de habitantes, lo que permitiría diagnosticar el nivel económico de la sociedad. Sin embargo, al ser apenas un promedio, este indicador no permite comprender con claridad cómo esta riqueza es repartida entre los diferentes individuos de un país, de manera que las desigualdades económicas no se visibilizan. En efecto, el PBI per cápita no ofrece información contundente sobre los datos relacionados con educación y salud, fundamentales en la evaluación de la distribución de la riqueza.

El Banco Mundial clasifica las economías del mundo en cuatro grupos de ingreso: alto, mediano alto, mediano bajo y bajo. Esta clasificación se basa en el Ingreso nacional bruto (INB) per cápita calculado usando el método del Atlas.¹¹ El INB y los umbrales se expresan en dólares de los Estados Unidos en valor corriente. Una economía de altos ingresos se define, por el Banco Mundial, como un país con un ingreso nacional bruto per cápita de US\$ 12,055 o más en el año 2017. Si bien el Banco Mundial, indica que la categoría de ingreso de un país no es uno de los factores usados que influyen en la toma de decisiones en materia de financiamiento, este factor no deja de ser una clasificación crediticia. (*Evolución de la clasificación desde 1987 al 2017 en el Anexo N° 5*).

¹¹ El método Atlas suaviza las fluctuaciones de los tipos de cambio mediante el uso de un factor de conversión ajustado al precio de media móvil de tres años.

Cuadro N°1: Rango de ingresos per cápita por nivel de ingresos años 1987,1997,2007 y 2017, y distribución del número de países de los 20 que participan en la Subvención Regional de TB del FM

Nivel de ingresos		1987		1997		2007		2017	
		Rango ingresos per cápita	N°						
Alto	H	> 6,000	0	> 9,655	0	> 11,455	0	> 12,055	4
Medio Alto	UM	1,941-6,000	4	3,126-9,655	5	3,706-11,455	9	3,896-12,055	12
Medio Bajo	LM	481-1,940	14	786-3,125	13	936-3,705	11	996-3,895	4
Bajo	L	<= 480	1	<= 785	2	<= 935	0	<= 995	0

El Índice de Desarrollo humano (IDH): El Índice de Desarrollo humano (IDH) es un indicador creado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) con el fin de determinar el nivel de desarrollo humano que tienen los países del mundo; mide el promedio de los avances en tres dimensiones básicas: una vida larga y saludable, conocimientos, y un nivel de vida digno. Fue ideado con el objetivo de conocer, no sólo los ingresos económicos de las personas en un país, sino también para evaluar si el país aporta a sus ciudadanos un ambiente donde puedan desarrollar mejor o peor su proyecto y condiciones de vida. Para esto, el IDH tiene en cuenta tres variables:

- 1.** Esperanza de vida al nacer. Analiza el promedio de edad de las personas fallecidas en un año.
- 2.** Educación. Recoge el nivel de alfabetización adulta y estudios alcanzado (primaria, secundaria, superiores)
- 3.** PBI per Cápita (a paridad de poder adquisitivo). Considera el producto interno bruto per cápita y evalúa el acceso a los recursos económicos necesarios para que las personas puedan tener un nivel de vida decente.

El índice IDH aporta valores entre 0 y 1, siendo 0 la calificación más baja y 1 la más alta. En este sentido, el PNUD clasifica a los países en los siguientes grandes grupos:

Cuadro N° 2 – Rangos de IDH en años 1990,2000 y 2017

Grupos de desarrollo humano	1990	2000	2017
IDH muy alto	0.787	0.831	0.894
IDH alto	0.571	0.635	0.757
IDH medio	0.462	0.523	0.645
IDH bajo	0.351	0.387	0.504

El siguiente cuadro muestra la evolución del IDH y de la clasificación realizado por el Banco Mundial específicamente para los países que comprende la subvención. En el año 1987, solo cuatro países se consideraban como de ingresos medios altos (UM). para el año 1997, dos países eran considerados como de ingresos bajos (a diferencia de solo uno en el año 1987). Para el año 2007, nueve países fueron considerados como de renta media alta y ninguno como de ingresos bajos y para el año 2017 cuatro países fueron considerados como de ingresos altos.

En lo que respecta al IDH, todos los países a excepción de Costa Rica (clasificado con IDH muy alto), continúan con la clasificación del año 1990, en el cual seis países tienen el IDH medio. Ello nos permite concluir que el crecimiento económico de la última década (reflejado en el aumento del ingreso per cápita) en los países de la subvención no ha significado una mejora en los indicadores de desarrollo humano.

Cuadro N° 3 - Países clasificados por ingreso per cápita e IDH

País	Grupo Ingreso per cápita				Grupo IDH		
	1987	1997	2007	2017	1990	2000	2017
Argentina	UM	UM	UM	H	0.704	0.771	0.825
Belice	LM	LM	UM	UM	0.644	0.677	0.708
Bolivia	LM	LM	LM	LM	0.536	0.608	0.693
Chile	LM	UM	UM	H	0.701	0.759	0.843
Colombia	LM	LM	LM	UM	0.747	0.653	0.747
Costa Rica	LM	LM	UM	UM	0.656	0.711	0.974
Cuba	..	LM	UM	UM	0.676	0.686	0.777
Dominicana	LM	LM	LM	UM	0.598	0.657	0.736
Ecuador	LM	LM	LM	UM	0.643	0.670	0.752
El Salvador	LM	LM	LM	LM	0.529	0.615	0.674
Guatemala	LM	LM	LM	UM	0.478	0.546	0.650
Guyana	L	LM	LM	UM	0.538	0.604	0.654
Honduras	LM	L	LM	LM	0.506	0.554	0.617
México	LM	UM	UM	UM	0.650	0.702	0.774
Nicaragua	LM	L	LM	LM	0.489	0.570	0.658
Panamá	UM	LM	UM	H	0.659	0.719	0.789
Paraguay	LM	LM	LM	UM	0.580	0.624	0.702
Perú	LM	LM	LM	UM	0.611	0.678	0.750
Uruguay	UM	UM	UM	H	0.692	0.742	0.804
Venezuela	UM	UM	UM	UM	0.634	0.672	0.761

Ingreso per cápita	
Alto	H
Medio Alto	UM
Medio Bajo	LM
Bajo	L

Grupo IDH	
IDH muy alto	
IDH alto	
IDH medio	
IDH bajo	

G.4. Presupuesto TB en los 20 países de la subvención

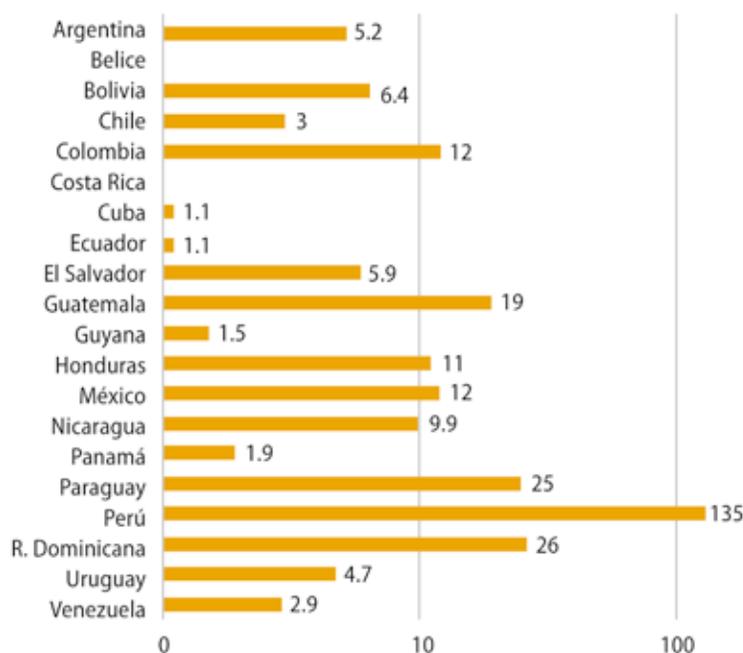
➔ De acuerdo con el reporte de TB de la OMS¹², el presupuesto para la TB en los países del ámbito de la subvención es muy variable y responde a una asignación presupuestal que en muchos casos en la ejecución no necesariamente se destina exclusivamente a TB. En tal sentido la información de gasto no es comparable en estricto, aunque la mayoría de los países sólo reporta los costos variables tales como la compra de medicamentos e insumos. El presupuesto de TB reportado por el Perú, de 135 millones de US \$ es, con mucho, el mayor de todo el ámbito de la subvención, sin embargo, se debe al mecanismo del presupuesto por resultado que distribuye todos los gastos de salud entre 13 categorías presupuestales (programas) que incluyen gastos asistenciales, administrativos, de gestión entre otros que no son considerados por los demás países. Le siguen, expresado en millones de dólares, República Dominicana (26), Paraguay (25) y Guatemala (19). Los otros países están por debajo de 15. Los que menos presupuesto tienen son: Belice, Ecuador, Guyana y Panamá, donde el presupuesto está por debajo de 2 millones.

Lo que se observa es que la mayoría de los países reportaron un déficit en el financiamiento de TB. Los que tienen un déficit mayor son: Chile, Guatemala, Paraguay y Venezuela, según lo informado por los países a la OMS. Por otro lado, los que no reportan déficit son: Argentina, Belice, Bolivia, El Salvador y Uruguay. Belice es el que tiene mayor financiamiento externo con 93%, le sigue Bolivia con 83%, El Salvador con 75%, Panamá con 44%, Nicaragua 35%, Honduras 27%, Guyana 20%, República Dominicana 19%, Guatemala 9% y, finalmente, Perú y Paraguay con 6%. Los otros países del ámbito de la subvención no tienen financiamiento externo.

El presupuesto para tuberculosis en varios países ha sido complementado con recursos del Fondo Mundial. En los últimos 17 años el país con mayor financiamiento del FM ha sido el Perú (84 millones US\$), seguido por República Dominicana (37 millones de US\$). Luego Paraguay, Nicaragua, El Salvador, Ecuador y Bolivia han recibido

¹² Reporte de TB – OMS – 2019. Las cifras de presupuesto de TB son las reportadas al año 2018.

financiamiento entre 22 y 24 millones de US\$. Entre los años 2002 al 2019, sólo se ha implementado una subvención multipaís con recursos del FM para el componente tuberculosis que corresponde al Fortalecimiento de la Red de laboratorios de Tuberculosis. (Monto aprobado por subvenciones y países en el Anexo N° 6).



País	Fuente de financiación
Argentina	100% interno, 0% externo, 0% déficit
Belice	7% interno, 93% externo, 0% déficit
Bolivia	17% interno, 83% externo, 0% déficit
Chile	8% interno, 0% externo, 92% déficit
Colombia	31% interno, 0% externo, 69% déficit
Costa Rica	100% interno
Cuba	100% interno
Ecuador	45% interno, 0% externo, 55% déficit
El Salvador	25% interno, 75% externo, 0% déficit
Guatemala	7% interno, 9% externo, 84% déficit
Guyana	49% interno, 20% externo, 31% déficit
Honduras	25% interno, 27% externo, 48% déficit
México	100% interno, 0% externo, 0% déficit
Nicaragua	46% interno, 35% externo, 19% déficit
Panamá	6% interno, 44% externo, 50% déficit
Paraguay	13% interno, 6% externo, 81% déficit
Perú	93% interno, 6% externo, 1% déficit
R. Dominicana	65% interno, 19% externo, 16% déficit
Uruguay	100% interno, 0% externo, 0% déficit
Venezuela	14% interno, 0% externo, 86% déficit

Gráfico N° 6 – Presupuesto en Tuberculosis - 2017

Nota: El eje horizontal se encuentra en escala logarítmica para incorporar los datos de todos los países.

Fuente: Reporte mundial de la Tuberculosis 2018, informado por los países.

H. Resultados obtenidos

➔ En relación con la sostenibilidad de corto plazo, se ha logrado un posicionamiento de las actividades realizadas por la subvención. Todos estos resultados se instalan como un mejor “saber hacer” y un “reacondicionamiento” que proyecta por se una durabilidad en el corto plazo; a meses de concluir la subvención a la red de laboratorios de TB se observa lo siguiente:

- La dinámica de la red está muy activa, por la coordinación fluida y estrecha entre los LSN y sus LRN para la supervisión, asistencia técnica y control de calidad. La subvención ha logrado una mayor vinculación entre los LSN y los países no sólo a nivel técnico sino, lo más importante, a nivel profesional creando una red de confianza técnica y personal que agiliza el trámite de muchas consultas de una manera directa y facilita las actividades que se realizan rutinariamente.

- Todos los países cuentan con profesionales capacitados técnicamente y con mejor desempeño, en condiciones de replicar los conocimientos hacia sus redes nacionales. La capacitación es uno de los logros de la subvención más reconocidos por los distintos agentes, muchos de los participantes es la primera vez que han recibido capacitación fuera de su país y manifiestan que no lo hubieran realizado de otra manera ya que en sus respectivos países no cuentan con las facilidades administrativas (permisos) o financiamiento. Las capacitaciones mediante concurso y cumplimiento de requisitos han asegurado una adecuada selección de profesionales.

- Se han actualizado y difundido los documentos técnicos estandarizados para el diagnóstico de la TB en la región de Las Américas. La aceptación de estos documentos se ha sustentado principalmente porque en ellos han participado directamente los técnicos de los laboratorios y han sido presentados en reuniones a todos los países de la subvención. Asimismo, los referentes técnicos han conseguido que los documentos se encuentren más actualizados que en otros ámbitos internacionales.

- Los LSN fueron dotados de equipamiento de última tecnología para el diagnóstico oportuno y certero de TB (para el análisis de muestras, análisis de información y certificación de cabinas). También se los ha fortalecido con recursos humanos

donde ha sido necesario (en Chile y Argentina, en este último ya se ha realizado la contratación del personal inicialmente contratado por la subvención).

- Los procedimientos logísticos para envío y recepción de paneles de cepas se han facilitado. En esta labor ha participado directamente el RP, por lo que está pendiente la transferencia de los mecanismos exitosos de traslado respectivo a los países y cómo optimizar el envío y recepción de los paneles.
- La región cuenta con dos nuevos especialistas para certificación de cabinas de seguridad biológica, comprometidos con el servicio público, un recurso costoso con elevada experticia debido a que su formación requiere práctica y dedicación.
- El grupo regional de expertos de laboratorio de TB en la región incrementó su número al formar nuevos consultores.
- Se ha consolidado la articulación entre Laboratorio y Programa de Control de TB en la mayoría de los países. La subvención ha afianzado la coordinación entre programas de TB y laboratorios. En la mayoría de los países los laboratorios se han involucrado en la elaboración de los planes nacionales o indicadores de TB.
- Se ha destacado el papel del laboratorio para la estrategia Fin de la TB y propiciado el análisis, a nivel de las altas autoridades, de la importancia del funcionamiento de las redes en la región. La participación del ORAS CONHU y COMISCA facilitó la difusión de las actividades de la subvención y el acceso a las autoridades sanitarias de más alto nivel.
- Varios países con subvenciones nacionales del FM realizan acciones de confluencia y continuidad de los avances conseguidos por la subvención regional, a través de los MCP.
- Se han abierto los marcos de discusión del papel de las redes de laboratorio, al involucrar a representantes de la sociedad civil, del Frente Parlamentario de las Américas contra la TB y del Parlamento Centroamericano. El CARLAC, a través de

sus representantes y mecanismos, ha contribuido a movilizar recursos y agilizar procesos.

- Los equipos técnicos en los países han discutido e identificado fortalezas y debilidades que exceden su poder de decisión pero que afectan su trabajo. Entre éstas se señalan particularmente las dificultades del traslado de muestras, de los sistemas de información o de la disponibilidad de recursos humanos calificados.
- Se reconoce la necesidad continua de mejorar la formación profesional para que consideren la TB como una de las enfermedades posibles ante todo caso sintomático respiratorio, y ampliar la detección de casos, incluyendo los contactos. Por otra parte, en algunos países hay déficit de profesionales capacitados en áreas donde la inseguridad limita su acceso.

Avances en la sostenibilidad según Matriz de evaluación

➔ Según los resultados de la matriz (Anexo N° 2), el principal aspecto de sostenibilidad donde se ha conseguido mayor avance se refiere al aspecto técnico que ha sido cubierto con la subvención, en segundo lugar, el aspecto organizacional de los LSN y LRN y, en tercer lugar, el aspecto político.

El avance de sostenibilidad en la gestión institucional, de acuerdo con las variables observadas, llega a un 85%, sustentado principalmente en el aspecto técnico que llega a 96%, debido al buen nivel profesional de base de los equipos y a los procesos documentados (Guías implementadas en normativas internas en los países de la subvención). La dirección y coordinación llegó a 84%, teniendo en cuenta que el nivel de coordinación ha ido de menos a más, existiendo a la fecha de la evaluación una buena coordinación pese a que interactúan 20 países con distintos problemas y procedimientos administrativos. Con relación al personal, equipamiento, infraestructura y logística se llegó a un nivel de 83%, básicamente porque se observa requerimiento de nuevo personal por las actividades adicionales y se requiere afinar los procesos logísticos para actividades críticas como el traslado de los paneles.

El avance de sostenibilidad presupuestal, financiera y económica, de acuerdo con las variables observadas, llegó a 66%, nivel alcanzado principalmente por la gestión presupuestal y la priorización en lo cual se evidencia un avance del 80%. Es preciso indicar que todas las instituciones de los países han gestionado mayor presupuesto y priorización de las actividades de los laboratorios de TB, pero no todos han logrado que esto se materialice en el incremento presupuestal respectivo. Con relación a la disposición de recursos externos y recursos propios se llega al 58%, la mayoría de los países no cuenta con financiamiento externo y tampoco con fondos disponibles por venta de servicios o caja chica. En relación con los procesos costo efectivos y la priorización de la inversión solo se ha llegado al 51%, en la mayoría de los países del ámbito se observa que los recursos para salud son insuficientes, pero también que la inversión o aprobación de presupuesto no se realiza tras un análisis de costo efectividad de forma regular.

En lo que respecta al avance de sostenibilidad política, ha llegado a 63%, principalmente porque la mayoría de los países pasa por una coyuntura interna, medianamente estable, unos pocos gozan de estabilidad de políticas de largo plazo (Cuba, Costa Rica) y hay inquietud por Venezuela, por lo que la variable observada relacionada con la coyuntura interna de los países llega a 74%. La variable observada más baja es la relacionada con la Inversión (gasto) en salud, para la que sólo se obtiene un valor de 41%, los niveles de gasto público en salud de la mayoría de los países del ámbito de la subvención están por debajo de lo recomendado por la OMS. El relacionamiento con actores de salud y la priorización de TB llega a 71%, pues en el ámbito de la subvención se ha logrado posicionar la importancia de los laboratorios en la lucha contra la TB y las acciones implementadas responden a las metas establecidas en la Estrategia Fin a la TB de la OMS.

Cuadro N° 4 – Nivel de avance en la sostenibilidad por aspectos evaluados*

Aspectos evaluados	VARIABLES OBSERVADAS	N°	SÍ	NO	%
Organizacional	Dirección y coordinación	194	162	32	84%
Técnica	Nivel técnico de equipo y procesos documentados	120	115	5	96%
Operativa	Personal, equipamiento, infraestructura y logística	330	273	57	83%
% de avance de sostenibilidad de la gestión institucional					85%
Presupuestal	Gestión presupuestal y priorización	204	163	41	80%
Financiera	Recursos externos y recursos propios	140	81	59	58%
Económico	Procesos costo efectivos y priorización de inversión	120	61	59	51%
% de avance de sostenibilidad presupuestal, financiera y económica					66%
Política institucional	Relacionamiento con actores de salud y priorización de TB	159	113	46	71%
Política fiscal	Inversión (gasto) en salud	120	49	71	41%
Coyuntura	Coyuntura interna país	117	86	31	74%
% de avance de sostenibilidad política					63%

Fuente: Consolidado de la matriz de sostenibilidad evaluada. Anexo 2. Cuadro N° 5

Nota: N° corresponde a la cantidad de respuestas obtenidas por cada aspecto evaluado de los países.

H.1. Situación de la gestión institucional con miras a la sostenibilidad

➔ Según los resultados de la matriz de sostenibilidad, la subvención ha logrado cumplir sus objetivos relacionados con el fortalecimiento institucional de los LSN y LRN en los aspectos principales: organizacional, técnica y operativa.

Avances en la sostenibilidad de la gestión institucional: organizacional, técnica y operativa, según Matriz de evaluación

En el aspecto de gestión institucional, el mayor nivel se encuentra en la integración de las actividades de la subvención en las actividades de rutina de los laboratorios, y en las coordinaciones entre los agentes de la subvención. En el nivel más bajo se encuentran las coordinaciones entre laboratorio y programa nacional de TB y el cumplimiento de las contrapartidas nacionales durante la subvención.

Cuadro N° 5 – Sostenibilidad de la Gestión institucional: Organizacional

Aspectos	Variables observadas ¹³	N°	Sí	No	%
Dirección	Interés de directivos de la Institución en las actividades de la subvención.	20	17	3	85%
	Consolidación del elenco directivo institucional	20	18	2	90%
Coordinación con estrategia TB y otros	Coordinación con el programa de TB.	20	18	2	90%
Coordinación con estrategia TB y otros	Coordinación con el programa de TB (opinión LRN, RP y SR)	20	13	7	65%
	Coordinación con otros programas de similares características.	20	13	7	65%
	Integración estratégica de actividades de subvención con rutinarias de laboratorios	20	20	0	100%

¹³ La construcción del porcentaje puede revisarse en la metodología.

Coordinación con red LRN	Actividades integradas en todas sus partes con operación de institución LRN	17	17	0	100%
	LRN (país) están satisfechos con su LSN.	17	15	2	88%
	Cumplimiento de actividades de contrapartida del LSN	3	2	1	67%
	Cumplimiento de actividades de contrapartida del LRN	17	11	6	65%
	Coordinación entre agentes que participan en la subvención es bueno.	20	18	2	90%
					84%

En el aspecto técnico se cuenta con un nivel adecuado para continuar con las acciones de la subvención, sólo falta afinar los sistemas de gestión de calidad de las instituciones donde residen los laboratorios, tanto de referencia nacional como supranacional, a fin de contar con información de manera oportuna.

Cuadro N° 6 – Sostenibilidad de la Gestión institucional: Técnica

Aspectos	Variables observadas	N°	Sí	No	%
Nivel técnico de equipo	Se realizó entrenamiento de personal existente en laboratorio	20	20	0	100%
	Transferencia experiencia y conocimientos de la subvención se inició	20	20	0	100%
	Personal que ejecuta actividades de subvención está capacitado técnicamente.	20	20	0	100%
	Se consolida el trabajo en equipo (con procedimientos o directrices)	20	20	0	100%
Procesos documentados (SGC)	Se usan guías y manuales de la subvención	20	20	0	100%
	El acceso a la información es ágil y eficiente (SGC)	20	15	5	75%
	Manuales con metodología de trabajo de subvención a disposición ¹⁴	0	0	0	
					96%

¹⁴ La consulta fue realizada a los responsables de laboratorio, pero no fue evaluada para determinar el puntaje. La responsabilidad de la transferencia de documentación es del RP, se ha propuesto se incluya en el proceso de cierre de la subvención.

Con respecto al avance en el ámbito operativo el personal se encuentra capacitado y es capaz de realizar réplica, y la tecnología que se usa es de última generación. Existe mucha dispersión en el costo de envío de los paneles lo cual puede ser una barrera para la programación presupuestal del gasto de transporte.

Cuadro N° 7 – Sostenibilidad de la Gestión institucional: Operativa

Aspectos	VARIABLES OBSERVADAS	N°	SÍ	NO	%
Recursos humanos	Cantidad adecuada de personal (una vez concluida subvención)	20	14	6	70%
	Personal de Redes nacionales motivado en actividades de subvención.	20	17	3	85%
	Personal capacitado y capaz de realizar réplicas.	20	20	0	100%
	Especialista en certificación de cabinas de seguridad biológica en el país ¹⁵	20	8	12	40%
Equipamiento	La tecnología utilizada en el laboratorio es de última generación.	20	20	0	100%
	Cantidad de equipos adecuada para sus funciones.	20	17	3	85%
	Cuenta con plan de mantenimiento de equipos presupuestado.	20	14	6	70%
Infraestructura	Infraestructura adecuada para el funcionamiento de equipos.	20	17	3	85%
	Infraestructura adecuada para asistencias técnicas, capacitación y pasantías	20	17	3	85%
Logística	Se domina el proceso de envío y recepción de paneles.	20	18	2	90%
	Costo envío paneles debajo del promedio	16	6	10	38%
	Participó en el 2018 en EEC (Evaluación Externa de la Calidad)	17	15	2	88%
	Se realizó al menos una entrega o recepción de paneles durante la subvención	17	16	1	94%
	Se realizaron EEC en los últimos 2 años	20	18	2	90%
	Mecanismos de adquisiciones definidos (aunque laboratorio no realice)	20	20	0	100%
	Existe abastecimiento oportuno de insumos.	20	17	3	85%
	Adopción de sistemas de gestión de calidad, aunque no estén certificados	20	19	1	95%
					83%

¹⁵ Se consultó si se contaba con personal o existen servicios externos en el país que pueden desarrollarlo, algunos países con sus subvenciones nacionales han formado certificadores de cabinas de seguridad biológica.

H.2. Situación presupuestal y financiera con miras a la sostenibilidad

➔ El presupuesto de la subvención destinado a las redes ha operado de forma complementaria a los presupuestos que los países asignaban antes del 2017. Salvo en los LSN donde se ha realizado una importante inversión puntual en equipos e insumos, la subvención ha representado entre el 5 y el 10% del presupuesto en los países, por lo cual este no sería un factor condicionante de la sostenibilidad. Sin embargo, ante la consulta de cuánto ha contribuido la subvención en los gastos de laboratorio, los representantes de los laboratorios manifestaron que la subvención contribuye con el 100%, refiriéndose al gasto en capacitación, pasajes, viáticos, debido a que algunos países no disponen de presupuesto regular para estos rubros.

En la mayoría de los países (95%) los laboratorios han participado en la elaboración del Plan de TB o en los indicadores de TB en sus Planes de Salud, alineados con los objetivos de la estrategia Fin de la TB. Dos de los LSN han asumido la continuidad de sus actividades como cabezas de red comprometiendo presupuesto para contratación de recursos humanos, asistencia técnica, mantenimiento de equipos, compra de insumos y preparación de paneles. En el LSN Chile aún debe definirse si, una vez concluida la subvención, será capaz de cumplir con todas las actividades como LSN sin contrataciones adicionales y si continúa con la asistencia y distribución de países asignados.

Todos los equipos técnicos de los LRN han realizado labores de incidencia o gestionado financiamiento para la compra de insumos y equipos, ya sea con fondos públicos (Guyana), con subvenciones nacionales (República Dominicana, Paraguay) o financiamiento mixto (Perú). Además, 9 países han logrado incorporar presupuesto para participar en el control externo de la calidad, sin embargo, muy pocos han manifestado poder financiar los viajes de capacitación y pasantías en los LSN.

En los 20 países de la subvención, a pesar de existir diferentes modelos de gestión, la principal fuente de financiamiento de los laboratorios de TB es el presupuesto público, por asignación directa (no por compra de servicios), lo que permite el control del gasto. Esto constituye un mecanismo para garantizar el seguimiento al gasto

en laboratorio de TB, la transparencia y el uso adecuado de los recursos. Hay casos particulares en que parte del financiamiento proviene de fondos públicos específicos (Uruguay), de forma complementaria de fondos privados (México), o venta de servicios (Argentina, Perú y algunos otros países, pero muy pocos pueden disponer de los recursos pues ingresan a la caja única del tesoro público). Se ha identificado fuentes adicionales de financiación que podrían provenir de las subvenciones nacionales del FM (en países aún elegibles en la región) para el financiamiento de las pasantías y asistencias técnicas de los LSN; o recursos complementarios para la adquisición de insumos y contratación de personal mediante la aplicación a recursos internos o externos de investigación. Un mecanismo de sostenibilidad lo constituye el CARLAC, el cual, mediante sus puntos focales, ha incentivado la movilización de recursos financieros para acciones complementarias a la subvención regional (Bolivia, Costa Rica). En reuniones de ministros se ha propuesto el establecimiento de convenios de cooperación internacional técnica entre institutos, para identificar las fortalezas con las que cuentan los laboratorios para el intercambio de prestaciones de servicio.

Avances en la sostenibilidad presupuestal y financiera, según Matriz de evaluación

➔ Se observa un avance del 80% en la gestión presupuestal y priorización, y un 58% de sostenibilidad financiera (capacidad de financiamiento). Se ha realizado gestión para las evaluaciones externas de la calidad (en 75% de los países) mientras que sólo el 25% ha realizado la gestión para el financiamiento de las pasantías o asistencias técnicas.

Cuadro N° 8 – Sostenibilidad Presupuestal

Aspectos	Variables observadas	N°	Sí	No	%
Gestión presupuestal	Se puede hacer seguimiento a Gasto en Tuberculosis (programa y laboratorio).	20	19	1	95%
	Facilidad para incorporación nuevos conceptos de gasto (no rigidez presupuestal)	20	18	2	90%
	Participación en fases de formulación y programación presupuestal.	20	18	2	90%
	Elegible para subvención del Fondo mundial (incluye mecanismo de Transición)	11	11	0	100%

Aspectos	Variables observadas	N°	Sí	No	%
Gestión presupuestal	Gestión para financiar pasantías o asistencias técnicas	20	5	15	25%
	Gestión para financiar evaluación externa de la calidad EEC	20	15	5	75%
	Fuentes de financiamiento del control de TB claramente identificadas	20	20	0	100%
Priorización	Bajo impacto de subvención en finanzas del laboratorio (% subvención/gasto TB)	20	17	3	85%
	Relacionamiento de subvención multipaís con subvenciones nacionales.	13	12	1	92%
	Priorización de la TB identificada durante la subvención (RP/SR)	20	15	5	75%
	Fondos para gastos operativos (independencia presupuestal laboratorio)	20	13	7	65%
					80%

Existe poca disponibilidad de recursos financieros por parte de los encargados de los laboratorios, así como una limitación para el acceso a recursos externos de financiamiento. En todos los países la subvención ha operado como un financiamiento complementario.

Cuadro N° 9 – Sostenibilidad Financiera

Aspectos	Variables observadas	N°	Sí	No	%
Recursos externos	Fondos disponibles para inversión, mejoras operativas y atención a demanda	20	9	11	45%
	Fondos para sistemas de información (mantenimiento, actualización hardware y renovación licencias software)	20	11	9	55%
	Existencia de otras fuentes de financiamiento (solo público aconsejable)	20	12	8	60%
	Fondos externos e internos sin considerar fondos públicos (subsídios, investigación)	20	5	15	25%
Recursos propios	Cobertura de Gastos Operativos (déficit menor a 20%)	20	12	8	60%
	Flujos monetarios asociados a cobros por servicios LSN	3	2	1	67%
	Flujos monetarios asociados a cobros por servicios LRN	17	10	7	59%
	Fondos subvención con respecto a gastos operativos (menor a 50%)	20	20	0	100%
					58%

H.3. Situación económica con miras a la sostenibilidad

➔ Para la región no se ven motores de dinamismo para el crecimiento económico, debido a que los mercados emergentes en el mundo, incluida América Latina, mostraron una importante reducción en los flujos de financiamiento externo (2018), a la vez que aumentaron los niveles de riesgo soberano y devaluaron sus monedas con relación al dólar. A la desaceleración esperada para China se suma la desaceleración esperada para los Estados Unidos, la Eurozona y, en general, las economías desarrolladas. Con respecto a la política fiscal en América Latina, tanto los gastos corrientes y los gastos de capital (y por ende la inversión pública), se contrajeron un 0.1 porcentual del PBI en 2017 con respecto al 2018. En El Caribe, la política fiscal sigue estando centrada en la generación de superávits para atender el elevado peso de la deuda pública. En América Latina se produjo un leve incremento de la inflación (sin incluir a Venezuela), mientras que en México y El Caribe se experimentó una disminución del ritmo de inflación. (CEPAL, 2019)

En lo que respecta a la política económica de los países según lo detallado anteriormente, están enfocados a mantener el equilibrio económico, con miras a no producir riesgos inflacionarios, lo cual lleva a una contracción de los gastos “no prioritarios” que en la práctica podrían resultar los gastos sociales. Debe tenerse en cuenta que para una priorización del gasto se debe contar con evidencia sobre la rentabilidad del mismo, generación de datos sobre costos e impacto económico. Al respecto sólo dos países han desarrollado estudios específicos de costos catastróficos en salud (Perú y Chile) para la toma de decisiones, a pesar de que la disminución a cero del costo catastrófico es una de las tres metas de la Estrategia Fin de la TB.

¹⁶ El riesgo soberano es la posibilidad de que un Estado, amparado en la imposibilidad de ser demandado judicialmente, decida incumplir o suspender el servicio de su deuda sea esta en bonos de privados o deuda externa con acreedores países o agencias externas.

Asimismo, Costa Rica¹⁷ y Cuba han desarrollado estudios donde han determinado que el costo catastrófico es cercano al 0% debido a la estructura de sus sistemas de salud.

Por otro lado, las cifras estadísticas de incidencia en tuberculosis no se relacionan directamente con el monto de la inversión realizada en los países. Los modelos de gestión y de atención en salud tienen un peso importante en la eficiencia del uso de los recursos. Los mejores resultados se observan en sistemas de salud integrales, accesibles, gratuitos, suficientemente dotados de recursos humanos capacitados, y con participación social. Países con alto presupuesto para TB, pero sistemas de salud fragmentados y con barreras de acceso, muestran poco avance en el control de la enfermedad.

Con respecto al factor económico relacionado con la sostenibilidad de las actividades de la subvención, se observa un avance del 51%.

Cuadro N° 10 -Sostenibilidad Económica – Sectorial y Multisectorial

Aspectos	Variables observadas	N°	Sí	No	%
Procesos costo efectivos	Se realizan evaluaciones económicas para ingresar nuevas técnicas	20	10	10	50%
	Política de reducción de costos. (optimización del gasto)	20	6	14	30%
Priorización de inversión	Conoce el régimen o normatividad para inversiones en salud.	20	10	10	50%
	Clasificación de país por nivel de ingreso (medio alto o más)	20	16	4	80%
	Renta per cápita por encima del promedio	20	6	14	30%
	Gratuidad en atención en salud o aseguramiento universal	20	13	7	65%
					51%

¹⁷ En el estudio realizado en Costa Rica se determinó que la incidencia de costo catastrófico se incrementó levemente al pasar de un 0.6 % de los hogares en el año 2004 a un 0.8 % en el 2013. El estudio concluye que la incidencia del costo catastrófico en salud de los hogares costarricenses no representa un problema para el sistema de salud costarricense, pero es un aspecto que debe focalizarse en sus características estructurales. (Briceño, Rodrigo Vargas, Juan, 2017)

H.4. Situación política con miras a la sostenibilidad

➔ La sostenibilidad Política es la base para la sostenibilidad a largo plazo, a través de la prioridad otorgada a TB y al diagnóstico laboratorial en la agenda de la autoridad sanitaria y al más alto nivel. La subvención deja posicionado el tema de la TB y la importancia del laboratorio en el control de la enfermedad. En los 20 países se ha abordado como tema de agenda ministerial, pero sólo en seis se refleja con carácter prioritario.

Con respecto a la situación política relacionada con la sostenibilidad de las actividades de la subvención se observa que aún no se han establecido las bases para asegurar la continuidad de las actividades, de modo que el avance en la sostenibilidad política institucional alcanza un 71%, en el aspecto de políticas fiscales (decisión de gasto) 41%, y en el aspecto de coyuntura interna (estabilidad) alcanza un porcentaje de 74%, sin embargo, es superior a la sostenibilidad económica.

Cuadro N° 11 - Sostenibilidad política institucional

Aspectos	Variables observadas	N°	Sí	No	%
	Articulación interinstitucional.	20	19	1	95%
Relacionamiento con actores de salud	Posicionamiento interinstitucional de la lucha contra la TB.	20	15	5	75%
	Apropiación del problema social que genera TB en distintos actores. PEN TB	20	18	2	90%
Priorización de TB	La lucha contra la TB está en la agenda política.	20	19	1	95%
	Manifestación en mecanismo de integración a favor de la Estrategia Fin a la TB	19	14	5	74%
	Incidencia TB por 100 mil habitantes (menor de 30)	20	7	13	35%
	Gasto en tuberculosis (mayor al promedio) de los 20 países	20	10	10	50%
	Apoyo al financiamiento de TB (declarado o comprometido)	20	11	9	55%
					71%

Cuadro N° 12 - Sostenibilidad política fiscal

Aspectos	Variables observadas	N°	Sí	No	%
Inversión en salud	Gasto de bolsillo (por debajo del promedio) de los 20 países	20	7	13	35%
	Estudio de costo catastrófico realizado (en salud o en TB)	20	4	16	20%
	Gasto en salud como % del PBI (superior al promedio 7%)	20	13	7	65%
	Gasto público en salud como % del PBI (superior al promedio 5%)	20	7	13	35%
	Gasto salud per cápita (superior al promedio)	20	6	14	30%
	% Gasto en salud del gasto público (superior al promedio 15%)	20	12	8	60%
					41%

Cuadro N° 13 - Sostenibilidad política - Coyuntura

Aspectos	Variables observadas	N°	Sí	No	%
Coyuntura interna del país (estabilidad)	Entorno socio político favorable para lograr mayor impacto (apoyo a gestión)	20	17	3	85%
	Participación de sociedad civil en salud o mecanismos de coordinación país	20	12	8	60%
	Mecanismos externos para movilizar recursos (CARLAC, frente parlamentario)	17	12	5	71%
	Periodo de gobierno recién inicia o se encuentra a mitad de gestión	20	12	8	60%
	Pertenece a mecanismo integración regional (ORAS o COMISCA)	20	14	6	70%
	Apoyo del sector público en el fortalecimiento institucional general	20	19	1	95%
					74%

Son diferentes los avances según los países y sus mecanismos de integración. Por ejemplo, los países que integran el COMISCA han suscrito una Resolución donde se comprometen a considerar en sus presupuestos la evaluación externa de la calidad (a cargo del LSN de México) (*Anexo No. 10*). Se prevé que los países que integran el ORAS CONHU promuevan una resolución similar.

Con respecto a la legislación, hay países como el Perú que cuentan con una ley específica para TB, pero en la mayoría la protección a las personas con la enfermedad se da en el marco de disposiciones generales que aplican a toda situación de salud. Con relación a las políticas públicas de bienestar y sistemas de protecciones sociales, la mitad de los países manifiestan tener sistemas de protecciones sociales que cubren a las personas con TB.

Se han desarrollado iniciativas que buscan expandir el diagnóstico y tratamiento, como los Mecanismos de Coordinación País (MCP) en los países con subvenciones nacionales del FM para cualquiera de los tres componentes (TB, Sida o Malaria), que son un espacio estratégico para la confluencia de acciones que mejoren la detección de casos de TB y TB/VHI.

Se ha dado impulso a través de los organismos técnicos y de integración regional. Los LSN y LRN resaltan como muy positivo el poder contar con un experto de enlace directo en OPS para la coordinación de actividades, sugieren mantenerlo y financiarlo con los recursos de las OPS nacionales. El ORAS tiene TB como línea estratégica y los ministros ordenaron la constitución del Comité Andino de Tuberculosis. También COMISCA tiene TB como línea de trabajo y la RedLab, que es la red de laboratorios de Centroamérica, de cual la de TB es parte. Se encuentra en la agenda de los países la exploración de los mecanismos financieros para mantener los beneficios del trabajo en red.

Se ha ampliado la participación de la sociedad civil y el Frente Parlamentario de Las Américas contra la Tuberculosis, ambos juegan un papel fundamental en la continuidad de los esfuerzos en cada país y en la región. La subvención los ha integrado en varias actividades.

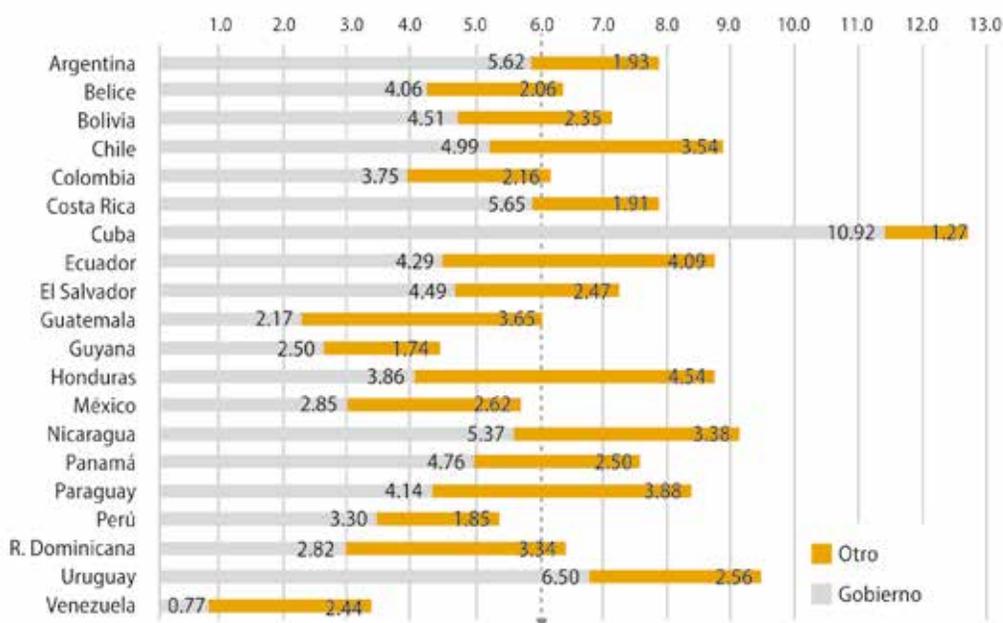
Un acápite aparte lo constituye la priorización política en salud cuya evidencia es el gasto público, analizado desde diferentes perspectivas.

H.5. Análisis del Gasto en salud en los países del ámbito de la subvención

➔ El gasto en salud como porcentaje del PBI es una muestra de priorización del sector en el país y la participación del Estado es la respuesta política a los problemas de salud. Estos gastos en salud pública muestran una significativa variabilidad entre los países del ámbito de la subvención y un “avance insuficiente”, para llegar a la meta mínima que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS) (6%).

De acuerdo con la información sobre cuentas en salud de la OMS para el 2017, sólo dos países del ámbito de la subvención invierten en salud sobre el 6% de su Producto Bruto Interno (PBI). Son Cuba y Uruguay los que cumplen esta recomendación. Cuba es de lejos el país de la región que más invierte, con más del 10%, seguido Uruguay, con algo más del 6%. Los países que se acercan al objetivo del 6%, son: Argentina (5.62%), Costa Rica (5.65%) y Nicaragua 5.37%.

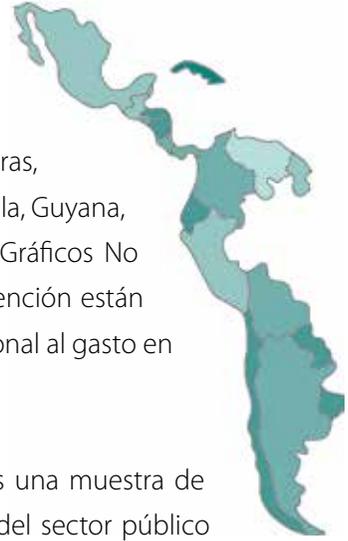
Gráfico N° 7 - Gasto en salud como % del Producto interno bruto – PBI. 2016



OMS sugiere gasto público mayor a 6% del PIB

Fuente: Base datos de cuenta en salud de la OMS. Banco Mundial.

Los países que se encuentran entre 4 y 5% son: Belice, Bolivia, Chile, Ecuador, El Salvador, Panamá y Paraguay. Los países del ámbito de la subvención que invierten en salud entre 3 y 4% son: Colombia, Honduras, Perú. Y los que su inversión no llega al 3% son Guatemala, Guyana, México y República Dominicana. En el mapa de los Gráficos No 7, No 8 y No 9, los 20 países participantes de la subvención están coloreados en gris. La intensidad del color es proporcional al gasto en salud.



Si bien el gasto en salud como porcentaje del PBI es una muestra de priorización del sector en el país¹⁸, el gasto en salud del sector público (participación del Estado) es la respuesta política a los problemas de salud (barra gris del gráfico) y refleja la combinación de la capacidad fiscal del gobierno y su compromiso con la salud en relación con otros usos del gasto público. Es un determinante importante de la dependencia del sistema de salud de los gastos de bolsillo (barra amarilla del gráfico). Por otro lado, según la OMS, el uso de los servicios en salud, en particular, está fuertemente correlacionado con el PBI per cápita, con la explicación probable de que un mayor ingreso del país se traduce en niveles más altos de gasto público y privado en salud, lo que alimenta una mayor oferta y demanda de servicios.

Al comparar las cifras de los países que más invierten con los que menos, las diferencias son bastante evidentes. No obstante, hay que considerar que existen países que aumentan su gasto público en salud, pero tienen una deuda histórica de acumulado social que tardará en resolverse. Como ejemplo tomemos tres indicadores claves reportados en el 2017:

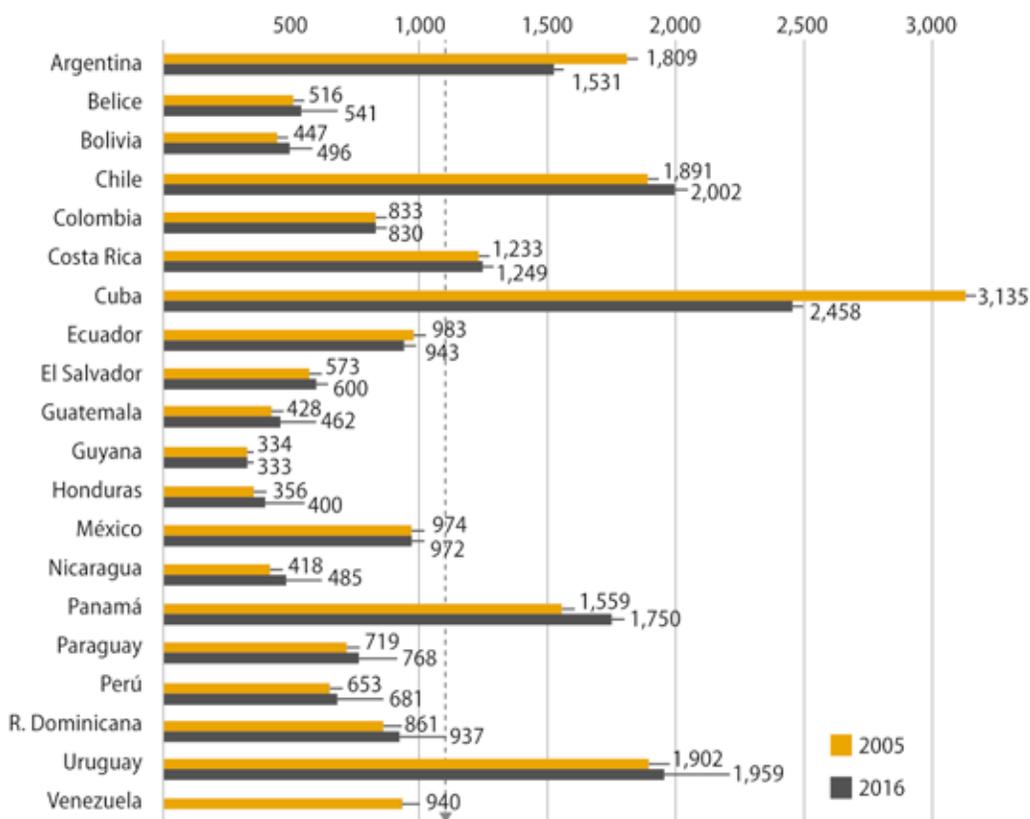
- La esperanza de vida al nacer en Cuba, Costa Rica y Uruguay es de más de 77 años. En Venezuela es de 74 y en Bolivia es de 69.

¹⁸ Esto indica el nivel de gasto del sistema de salud dentro de un país en relación con el nivel de desarrollo económico de ese país. Los países de ingresos más altos tienden a gastar una mayor proporción de su PBI que en los países de ingresos más bajos.

- La tasa de mortalidad infantil en los países que más invierten, no sobrepasa los 8 niños por cada 1.000 que nacen vivos. Mientras que en Venezuela es de 14 y en Bolivia es de 51.
- La tasa de mortalidad materna, que en Uruguay es 18 mujeres por cada 100.000 nacimientos vivos y en Cuba 38.3 en Venezuela es de 68 y en Bolivia 160.

El gasto per cápita por otro lado, es un fuerte predictor de la medida en que el sistema de salud depende del gasto de bolsillo. El gráfico N° 7 da una idea de la proporción entre el gasto público y otro tipo de gastos (generalmente privado), mientras que en el gráfico N°8 se muestra la comparación del gasto per cápita en los años 2015 y 2016.

Gráfico N° 8 – Gasto per cápita en salud 2015-2016 (en US\$)



Gasto per cápita en salud promedio: 1,027 US \$

Fuente: Base datos de cuenta en salud de la OMS. Banco Mundial.

Cuba es el país con mayor gasto per cápita en el ámbito de la subvención, pero según los datos registrados en OMS el gasto ha disminuido del 2015 que fue 3,135 US\$ a 2,458 US\$ en el 2016. Otro país que ha disminuido el gasto per cápita en salud es Argentina de 1,809 US\$ a 1,531 US\$, se explica por la contracción del crecimiento económico. También en Ecuador ha disminuido ligeramente. De Venezuela no se tiene la cifra del 2016 pero por la situación económica actual se espera una disminución considerable en este indicador. Por otro lado, los otros países han incrementado ligeramente este indicador, destacando Panamá y Chile.



Debe señalarse que el gasto en salud como porcentaje del Gasto público indica la prioridad que el gobierno da a la financiación de la salud en relación con otros gastos públicos. Incluye tanto los ingresos recaudados y los gastos efectuados con contribuciones obligatorias al seguro social de salud. El promedio en los países de la subvención es de 15.48% del gasto público.

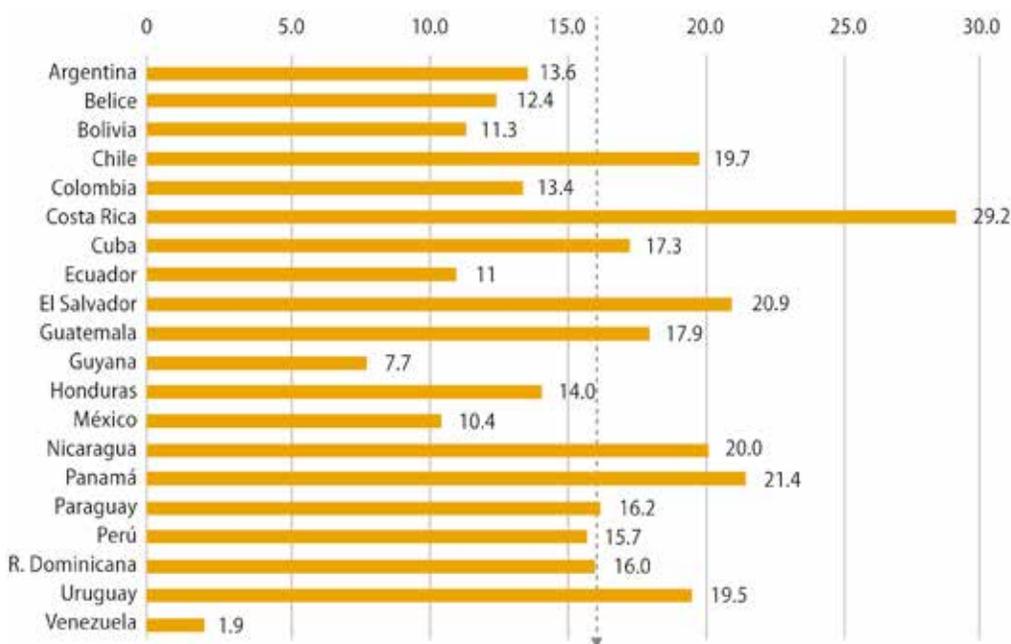
Costa Rica, Panamá, El Salvador, Nicaragua y Chile son los países con un mayor porcentaje de gasto con respecto al gasto público total. Mientras que Venezuela, Guyana y Ecuador son los países con menor porcentaje de gasto en salud con respecto al total de gasto que realiza el Estado. (Gráfico N° 9)

Según la OMS, la participación del gasto público en salud en el gasto total en salud no tiene una relación clara con la cobertura de servicios o la equidad en el acceso a servicios esenciales, especialmente en países de bajos ingresos. Esta falta de relación entre la proporción del gasto público en el gasto total en salud y el desempeño en la cobertura de servicios y la equidad en el acceso a los servicios sugiere la necesidad de un análisis más profundo, particularmente entre países con ingresos y niveles de gasto similares. También se señala una necesidad urgente de mejorar el rendimiento del gasto público.

A pesar de ello Koivusalo M & Mackintosh M (2005) encuentran que el aumento del gasto privado en relación con el gasto total en salud, se traduce en una peor

esperanza de vida ajustada en función del estado de salud mientras que el aumento del gasto público y de los sistemas de seguro social en el sector salud (en relación con el PBI) está asociado a una mejor esperanza de vida en función del estado de salud. (OMS, *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión, 2008*)

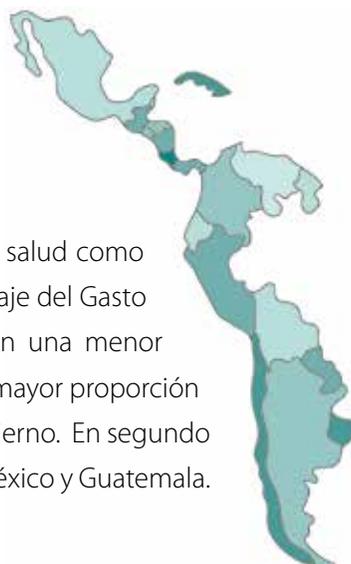
Gráfico N° 9 - Gasto en salud como % del Gasto público total



Gasto en salud /Gasto público promedio: 15.48%

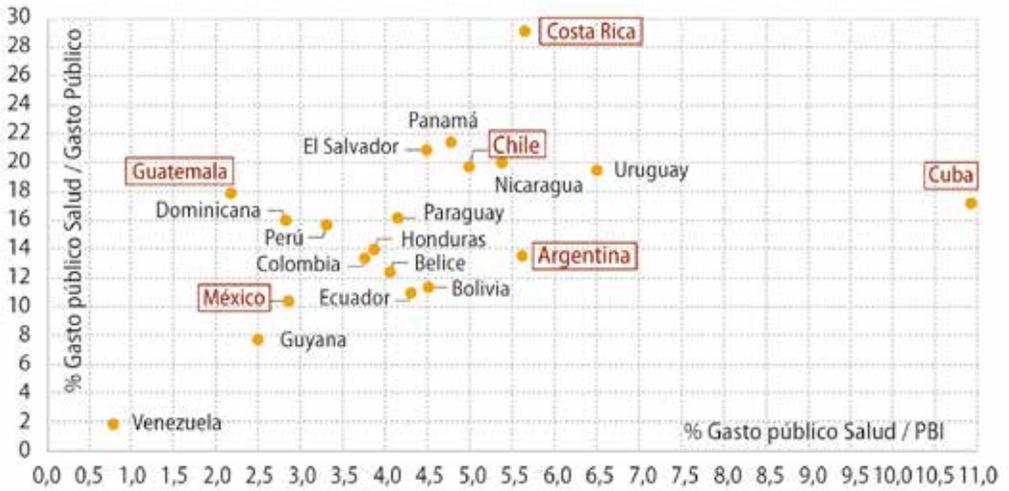
Fuente: Base datos de cuenta en salud de la OMS. Banco Mundial.

El gráfico N°10 muestra la relación entre el "Gasto en salud como porcentaje del PBI" y el "Gasto en salud como porcentaje del Gasto público total". Se puede apreciar que los países con una menor incidencia de TB como Cuba y Costa Rica tienen una mayor proporción de gasto en salud con relación al PBI y al gasto de gobierno. En segundo lugar, se encuentran Chile y Argentina, y en tercero, México y Guatemala.



El gasto público en salud es importante para la protección financiera, sin embargo, muchos países con niveles similares de gasto público en salud muestran diferentes niveles de protección financiera, lo que sugiere que las "políticas de salud" hacen una diferencia. (Xu K, Soucat A Kutzin J et al., 2018). El gasto público debe ser más efectivo para mejorar el acceso a los servicios, la equidad en el acceso y la protección financiera.

Gráfico N° 10 - Relación entre el Gasto público en salud % PBI y Gasto en salud % del Gasto público



Fuente: Base datos de cuenta en salud de la OMS. Banco Mundial.

Nota: países con incidencia de TB inferior a 30 por 100 mil habitantes **enmarcados con rojo**.

H.6. Análisis de resultados por país

➔ El siguiente cuadro presenta la calificación de las variables observadas según las entrevistas realizadas, los informes de la subvención sobre la participación de los países y la revisión de información secundaria de la OMS. Según las variables observadas para la sostenibilidad de los LSN, sería Argentina el LSN con mayor posibilidad de sostenibilidad, en segundo lugar, México y en tercer lugar Chile. Con respecto a los LRN, los países con un mejor indicador de sostenibilidad son Colombia, Uruguay y Panamá.

Cuadro N° 14 – Sostenibilidad por países (nivel en porcentaje)

Ranking	País		Variables observadas			
			Gestión Institucional	Presupuestal, financiero y económico	Político	Total
1	Argentina	LSN	100%	86%	63%	86%
2	Colombia		100%	77%	60%	83%
	Uruguay		97%	82%	60%	83%
	Panamá		88%	87%	70%	83%
3	México	LSN	100%	77%	58%	81%
4	Chile	LSN	86%	77%	74%	80%
5	Cuba		81%	73%	79%	78%
	Guatemala		88%	71%	70%	78%
	Perú		85%	71%	75%	78%
6	Costa Rica		85%	70%	65%	75%
	Paraguay		97%	58%	60%	75%
7	El Salvador		85%	63%	70%	74%
8	Dominicana		73%	67%	70%	70%
9	Ecuador		85%	54%	60%	69%
	Guyana		91%	63%	40%	69%
10	Honduras		79%	54%	65%	68%
	Nicaragua		73%	50%	80%	68%
11	Venezuela		85%	45%	35%	60%
12	Belice		67%	54%	45%	57%
	Bolivia		70%	42%	55%	57%
	Promedio		86%	66%	63%	74%

Argentina es el país que, pese a la inflación del año 2018¹⁹, ha cumplido con las responsabilidades asumidas como LSN y se ha comprometido a continuar realizando las asistencias técnicas y evaluación externa de la calidad. Colombia también a través de su LRN ha cumplido con el 100% de sus compromisos. Cabe destacar que ambos países cuentan con mayor cantidad de laboratorios en la región a los que se les ha realizado, con anterioridad a la subvención, una evaluación externa de la calidad, al igual que México. (*Anexo N°7*)

Con respecto al LSN de Chile aún no se ha suscrito el compromiso que permita asegurar que los recursos humanos que apoyaron y fueron capacitados durante la subvención sean absorbidos por el Instituto de Salud Pública de Chile (ISP)²⁰, por lo cual aún debe definirse si una vez concluida la subvención, será capaz de cumplir con todas las actividades como LSN sin contrataciones adicionales y si continuará con la asistencia técnica y distribución de países asignados.

Cabe precisar que de los tres LSN que han sido fortalecidos con la compra de equipamiento, Chile ha sido el LSN donde se ha realizado la mayor inversión (197 mil \$), tanto para el análisis de muestras (42.9%) como para el análisis de información (57.1%, servidores, Laptop, proyector, discos duros, entre otros). En Argentina la inversión fue de 159 mil US \$ (análisis de muestras 66.8%, análisis de información 33.2%) y en México fue 64 mil US \$ (análisis de muestras 54.3%, análisis de información 7.4%, equipos para certificación de cabinas 38.3%).²¹

Uruguay y Panamá también cuentan con un avance importante para asegurar la sostenibilidad a través de sus LRN, debido a los contextos económicos y políticos de sus países. En cuanto a Panamá existe la posibilidad de pasantías y asistencia a congresos con la debida sustentación, a través de un fondo de becas, sin embargo,

¹⁹ La inflación en Argentina en el año 2018 fue del 47.6%, la cifra más alta en los últimos 27 años.

²⁰ En el caso de Chile solo se podría contratar personal adicional (incrementar plazas) mediante “Proyectos de expansión” priorizados por el titular del Ministerio y luego por el Ministerio de Hacienda.

²¹ Información proporcionada por el RP a diciembre del 2018.

existe el riesgo de una modificación en el apoyo al laboratorio debido a las recientes elecciones de gobierno (mayo 2019).

En el caso de Uruguay, desde diciembre de 2018 está trabajando en la conformación de su red de laboratorios de TB. Al igual que varios países de la región, en las últimas décadas el Estado no había enviado a capacitar al personal al extranjero (no había presupuesto de capacitación para ese concepto) y las capacitaciones de los trabajadores partían de iniciativas individuales asumidas con presupuesto privado (en congresos, seminarios y otros). Ninguno de los LSN había visitado a Uruguay. Ahora se desarrollan investigaciones con el Instituto Pasteur de Montevideo el cual cuenta con equipos que el LRN de TB actualmente no tiene (secuenciadores).

Por su parte, los responsables de los LRN de los países que integran el COMISCA: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana han gestionado y proporcionado información a sus respectivos Ministros a fin de asegurar el presupuesto que permita continuar con el fortalecimiento de las redes de laboratorio. Estos países cuentan con diferentes niveles de sostenibilidad.

Costa Rica y Cuba, los dos países con más baja incidencia, el más alto gasto en salud y mejores indicadores de salud cuentan con experiencias diferentes.

Con respecto a Cuba, a pesar del apoyo político y económico y de la infraestructura de laboratorio, un factor determinante que atenta a la sostenibilidad lo constituye que, a junio del 2019, no se ha podido contar con una evaluación externa de la calidad, debido a que las empresas encargadas del transporte de muestras no han conseguido líneas aéreas con disponibilidad para trasladar los paneles hacia Cuba. Internamente, las redes de laboratorio funcionan como parte de un sistema integrado de salud (traslado de muestras, etc.). En opinión del LSN Chile, al que pertenece Cuba, este país tiene un muy buen nivel técnico en el laboratorio de tuberculosis.

En Costa Rica, un país con experiencia previa en control de calidad, algunas posiciones son establecidas de forma permanente lo cual representa un problema debido a la calificación del personal que se requiere, en constante actualización por las nuevas técnicas de diagnóstico y las réplicas de la evaluación de la calidad. Este país es uno

de los que podría cambiar de LSN (anteriormente correspondía a la Red de Chile). El financiamiento del control de la tuberculosis es totalmente público, pero a pesar de ello aún existe gasto de bolsillo y se requiere impulsar el apoyo político para que el laboratorio avance hacia nuevas técnicas.

Con respecto a Guatemala, el ascenso de la jefa del Programa Nacional de Control de TB hacia una posición de mayor decisión es un factor que apunta hacia la sostenibilidad. Por su parte, República Dominicana cuenta actualmente con una subvención del Fondo Mundial en transición, para disminuir las brechas en diferentes aspectos, por lo cual varios elementos fundamentales para el laboratorio se encuentran en pleno proceso, tal es la infraestructura y la formación de un certificador de cabinas.

Los cambios de autoridades y de gobierno, también ejercen una tensión sobre la sostenibilidad. A pesar de los avances se genera incertidumbre en todos los países donde habrá elecciones en este año: Argentina, Bolivia, Uruguay; y el año inmediato de culminada la subvención. República Dominicana y Belice son los países donde las elecciones se producirán luego de terminada la subvención y con menor posibilidad de ser difundidos los logros y necesidades hacia las nuevas autoridades.

Por otro lado, la pertenencia a un mecanismo de integración regional influye en que las autoridades puedan tomar decisiones en función de un ámbito territorial más amplio, en tanto se constituyen las comisiones de salud de sus respectivos países en temas de interés común. La pertenencia a un ámbito de integración en bloque subregional o regional, conserva la memoria histórica de las acciones impulsadas en previas gestiones aun cuando algunas autoridades cambien. Y, además, se anclan los compromisos a través de resoluciones que confieren estabilidad al trabajo de los equipos técnicos.

También se encuentra una relación entre los niveles de sostenibilidad y el nivel de ingresos per cápita del país.

Cuadro N° 15 – Factores contextuales de la sostenibilidad por países

Ranking	% de nivel de sostenibilidad	País	Perteneencia a un Mecanismo integración regional	Nivel ingresos per cápita 2017	Año de elecciones presidenciales			
					Último	En el 2019	2020-2021	2022-2024
1	86%	Argentina		H	2015	Octubre 2019		
2	83%	Colombia	ORAS	UM	2018			2022
		Uruguay		H	2014	Octubre 2019		
		Panamá	COMISCA	H	2014	Mayo 2019		
3	81%	México		UM	2018			2024
4	80%	Chile	ORAS	H	2017		2021	
5	78%	Cuba		UM	2018			2023 ²²
		Guatemala	COMISCA	UM	2015	Junio 2019		
		Perú	ORAS	UM	2016		2021	
6	75%	Costa Rica	COMISCA	UM	2018			2022
		Paraguay		UM	2018			2023
7	74%	El Salvador	COMISCA	LM	2014	Febrero 2019		
8	70%	Dominicana	COMISCA	UM	2016		2020	
9	69%	Ecuador	ORAS	UM	2017		2021	
		Guyana		UM	2015	Marzo 2019		
10	68%	Honduras	COMISCA	LM	2017		2021	
		Nicaragua	COMISCA	LM	2016		2021	
11	60%	Venezuela	ORAS	UM	2018			2022
12	57%	Belice	COMISCA	UM	2015		2020 ²³	
		Bolivia	ORAS	LM	2014	Octubre 2019		

Por otro lado, la estabilidad de los funcionarios del LRN durante la subvención, ha permitido que se beneficie en las capacitaciones y asistencias técnicas el personal de la red nacional de laboratorios. Sin embargo, Paraguay, Bolivia, Ecuador y Perú, son los países en los cuales se han efectuado cambios en las jefaturas de los LRN

²² Elecciones del Consejo de Estado

²³ Elecciones del Primer Ministro

durante la subvención. En los dos últimos, se han realizado al menos dos cambios en un lapso de dos años, lo cual habría podido afectar el mejor aprovechamiento de los beneficios de la subvención.

Cabe precisar que en algunas reuniones técnicas, cursos y talleres, ha sido seleccionado por las autoridades sanitarias algún personal que no cumplía con el perfil idóneo, por lo cual es importante afinar los mecanismos de selección mediante concursos (hubo una experiencia muy satisfactoria en la selección por concurso de los participantes al curso para la formación de consultores de laboratorio) y la exigencia por parte del SR técnico OPS del cumplimiento de requisitos para acceder a capacitación especializada.

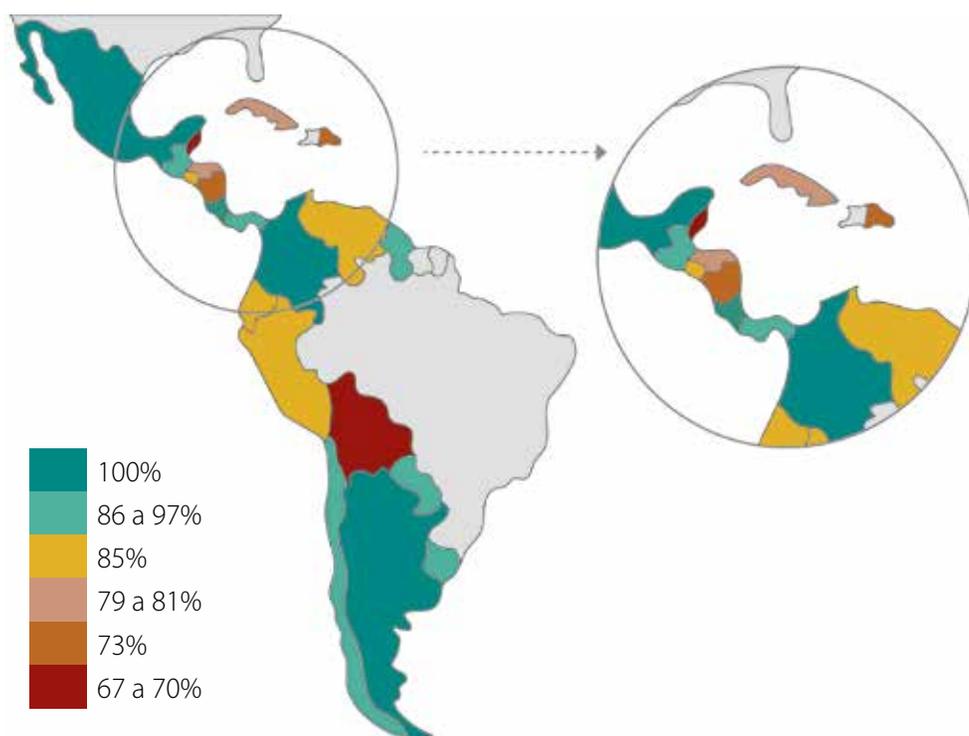
Se ha encontrado una escasa participación de Bolivia en las actividades de la subvención debido a que la jefatura del laboratorio no permitió cumplir de forma oportuna con los trámites para asegurar la participación del personal (actualmente ha cambiado). Sin embargo, en opinión del LSN al que corresponde Bolivia, su laboratorio tendrá una mejora cualitativa importante en el mediano plazo, debido a la fuerte inversión en infraestructura de laboratorio de los últimos años. En algunos casos el LSN ha podido apoyar para realizar mejoras en las medidas de bioseguridad de las instalaciones. Por su parte, Belice en el segundo año disminuyó su participación, que había sido muy activa en el primer año.

Un importante apoyo para la gestión y la sostenibilidad presupuestal, lo constituye una adecuada coordinación entre los programas nacionales de tuberculosis y los laboratorios de TB, aún existen países donde no se ha logrado cohesión entre ambos. En este aspecto como experiencia positiva se destaca el modelo de Chile por la estrecha coordinación entre ambos para la toma de decisiones y distribución del presupuesto. Sin embargo, según lo expresado por los LSN, RP y los SR, aún falta mejorar los niveles de coordinación entre los programas nacionales de TB y el laboratorio de TB.

A fin de contar con aspectos no considerados inicialmente, en el Anexo N° 8 se resume la situación de los sistemas de salud de los países de la subvención, que sirve para contextualizar los resultados obtenidos.

En el aspecto de gestión institucional, todos los países han alcanzado un logro adecuado, por lo cual antes de que culmine la subvención, se debe reforzar aspectos de coordinación intrainstitucional, fomentando la suscripción de convenios entre laboratorios donde se incluya actividades que viene realizando la subvención. Esto deberá ser parte de la documentación incluida en la transferencia y cierre del proyecto.

Gráfico N° 11- Avances en la sostenibilidad de gestión institucional: organizacional, técnica y operacional



H.7. Procesos críticos para la sostenibilidad técnica

➔ Se ha identificado como procesos críticos que pueden afectar la sostenibilidad técnica los correspondientes al transporte de muestras biológicas para la evaluación externa de la calidad y el desplazamiento del personal calificado para las asistencias técnicas y pasantías desde y hacia los LSN. Ambos nudos están fuertemente condicionados por la asignación de presupuesto para los laboratorios.

Gráfico N° 12 - Procesos críticos de la sostenibilidad técnica



Transporte de muestras biológicas
(categoría "A" sustancias infecciosas)

Desplazamiento de personal para
asistencia técnica o pasantías

Normas aduaneras de cada país
Reglamentación sobre mercancías peligrosas

Regulación nacional para autorizar viajes
Cobertura presupuestal para pasajes y viáticos

Microorganismo: Mycobacterium tuberculosis (sólo cultivos). Designación Oficial de transporte UN 2814: Sustancias infecciosas que afectan a los seres humanos.

Desplazamiento de personal para asistencia técnica o pasantías

➔ Con respecto al desplazamiento del personal para asistencias técnicas y pasantías se requiere cumplir con la regulación nacional para el otorgamiento de permisos y autorizar los viajes internacionales y además contar con presupuesto para los pasajes y viáticos. Una vez culminada la subvención, corresponde a las autoridades nacionales asegurar el financiamiento y el cumplimiento de los trámites para este fin.

Debe precisarse que cuando se han realizado las asistencias técnicas, se han beneficiado todos los miembros de laboratorio del país visitado, sin embargo, también es necesario que se realicen pasantías en el LSN para conocer las mejores prácticas y las diferentes soluciones ante iguales problemas, según el contexto. Esto es posible confluendo representantes de varios países en el mismo periodo con la finalidad de maximizar los beneficios al compartir experiencias (durante la subvención se han programado de esa forma).

Específicamente para asegurar la participación del personal calificado del laboratorio en las pasantías en los LSN y el desplazamiento del personal especializado de los LSN para la asistencia técnica, se requiere el apoyo de los programas nacionales para considerarlo en el presupuesto nacional y del apoyo del Fondo Mundial para que permita la incorporación de este concepto en subvenciones nacionales. Más aun teniendo en cuenta que casi todos los laboratorios pueden generar ingresos por venta de servicios, sin embargo, casi ninguno puede disponer de los recursos para sus gastos operativos pues los recursos ingresan en las cuentas únicas del Tesoro de los países.²⁴

Transporte de muestras biológicas

➔ El otro proceso crítico identificado corresponde al transporte de muestras biológicas para evaluación externa de la calidad. La regulación y los requisitos para el transporte de muestras biológicas no se encuentran en el ámbito del sector salud e involucran a las autoridades aduaneras (dependientes del sector economía) y las autoridades del transporte aéreo.

²⁴ La consolidación de los ingresos (recaudación) de los gobiernos en una cuenta única del Tesoro público es un mecanismo financiero para brindar la cobertura financiera por descalces temporales de caja. Fue instaurado en los países en la década de los 90 como parte de los mecanismos de disciplina fiscal para superar crisis financieras dentro de un paquete de reformas públicas para países en el ámbito del Fondo Monetario Internacional-FMI y el Banco Mundial.

Gráfico N° 13 – Regulaciones para el transporte de mercancías peligrosas

INTERNACIONALES

- Recomendaciones del **Comité de expertos en el transporte de mercancías peligrosas (UNCETDG)** - Consejo económico y Social de Naciones Unidas (1956). Reglamento modelo.
- Instrucciones técnicas para transporte seguro de mercancías peligrosas por aire de **Organización de aviación civil internacional (ICAO)**. Reglamento internacional jurídicamente vinculante.
- Reglamento de mercancías peligrosas (DGR) **Asociación Internacional de transporte aéreo (IATA)** incorpora disposición ICAO y puede añadir otras restricciones.
- Organización Mundial de la salud sirve en calidad de asesora a la UNCETDG y la ICAO

NACIONALES

- Muchos países adoptan el reglamento modelo de Naciones Unidas en su totalidad. Algunos países aplican variaciones.
- En caso de discrepancias se aplican las más restrictivas.

En el transporte de los paneles se involucran muchos actores que son responsables de diferentes procesos, por eso es conveniente del apoyo de empresas del sector privado (como realizó la subvención) para completar de forma segura y en el menor tiempo posible el traslado de las muestras.

Gráfico N° 14 – Responsabilidad en el proceso de transporte de sustancias peligrosas



➔ **El remitente:** Hace arreglos con receptor, investiga necesidad de permisos de importación/ exportación. Hace arreglos con transportista para asegurar que el envío será aceptado para transporte apropiado o que el envío se lleve por la ruta más directa. Prepara documentos incluidos permisos, despacho y documentos de envío. Notifica a receptor de arreglos de transporte con antelación.

➔ **El transportista:** Asesora al remitente con respecto a documentos de envío necesarios e instrucciones para su finalización. Asesora al remitente sobre empaquetado correcto. Ayuda al remitente a organizar ruta más directa y confirma la ruta. Mantiene y archiva la documentación de envío y transporte.

➔ **El receptor:** Obtiene la autorización de autoridades nacionales para importación del material. Proporciona al remitente permisos de importación, autorizaciones u otros documentos requeridos por autoridades nacionales. Organiza recogida más oportuna y eficiente a la llegada. Acusa recibo al remitente.



➔ **Los envíos no deben enviarse hasta que:** (1) se realicen arreglos entre remitente, transportista y receptor (2) remitente confirme con autoridades nacionales qué material puede ser exportado legalmente (3) receptor confirme con autoridades nacionales qué material puede ser importado legalmente. (4) receptor ha confirmado que no habrá retrasos en entrega a destino.

Debe considerarse que una de las principales variables que podrían afectar en el mediano plazo la sostenibilidad del fortalecimiento de la red de laboratorios, se refiere a la poca predictibilidad del costo de envío de paneles e inclusive como el caso de Cuba de completar el traslado de muestras. Con respecto a los costos de transporte,

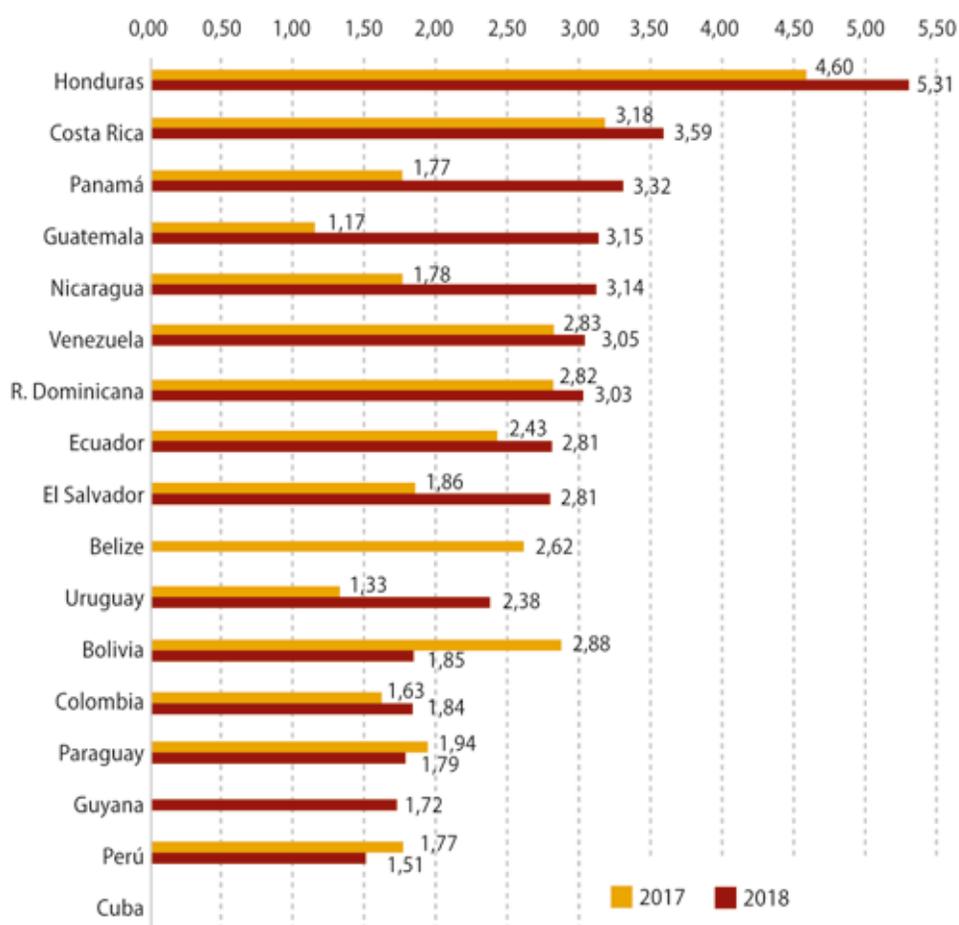
para la región de países que integran el COMISCA se ha incrementado en el 2018 con respecto al 2017 en 41%, mientras que para los países que integran el ORAS CONHU ha disminuido en 4%, en algunos casos por la cantidad de días que demora cumplir el traslado desde la salida del LSN hasta el LRN.

Cuadro N° 16 - Evolución del costo de envío de paneles

	2017	2018	Promedio	Incremento
COMISCA	\$2,475	\$3,478	\$2,943	41%
ORAS	\$2,308	\$2,212	\$2,260	-4%
Todos	\$2,307	\$2,753	\$2,530	19%

Fuente: Receptor principal

Gráfico N° 15 - Costo de envío de paneles



Notas: Se ha ordenado los países según costo de envío de paneles del año 2018

Conclusiones

- Los mecanismos de integración regional han jugado un rol importante en los resultados de la subvención, el Organismo Andino de Salud – ORAS CONHU y el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica- COMISCA ²⁵ a través de sus respectivas Secretarías, han impulsado en los países que pertenecen a sus bloques, se coloque en agenda la importancia de la TB y del fortalecimiento de la Red de laboratorios de TB. En el caso de COMISCA se ha conseguido la emisión de la Resolución para asegurar el presupuesto para la evaluación externa de la calidad de los laboratorios de referencia nacional (*Anexo No. 10*). En el ORAS se ha impulsado el tema en los diferentes comités. En marzo del 2019 la reunión anual de la Comisión Andina de Salud y Economía tuvo como tema “El Impacto económico de la tuberculosis” donde los seis países de la región discutieron sobre el financiamiento del control de la tuberculosis, los programas sociales en apoyo y los estudios sobre gasto en salud y costo

²⁵ Aunque el principal antecedente de la Secretaría del Consejo de Ministros de Salud (SE-COMISCA) fue la Primera Reunión de Ministros de Salud de Centroamérica y Panamá (1956), el Consejo de Ministros de Salud vino a establecerse en 1991 tras la firma de las Declaraciones de San Salvador y del Protocolo de Tegucigalpa y el TISCA, con el propósito de ejercer la rectoría del sector de la salud a nivel regional. En 2007, con el impulso central del BID, se creó su Secretaría Ejecutiva, previamente ejercida por la SISCA. Esta ha centrado su labor en temáticas diversas vinculadas con la epidemiología, la mejora de los servicios de salud y uno de los rubros de mayor éxito dentro del proceso de integración regional en el ámbito social: la negociación para la adquisición conjunta de medicamentos. La promoción de la compra conjunta de medicamentos como bien público regional consolidó las funciones de la SE-COMISCA. A partir de estos esfuerzos incipientes, en la década de 2000 el proceso de integración social se centra en la implementación de proyectos puntuales, varios de ellos relacionados con la educación y la salud. De acuerdo con el cuarto informe del Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible (PEN, 2011), una dificultad con que tropezaron estos proyectos consistió en que estos planes y estrategias carecían de antecedentes normativos o de referencias con las políticas nacionales. Tampoco contaban con elementos de seguimiento ni de sistematización para monitorear sus impactos. En respuesta a estas necesidades, a fines de la década de 2000 comienzan a publicarse documentos normativos impulsados por los consejos ministeriales, en forma de estrategias o agendas regionales. (Martínez Piva, 2019)

catastrófico debido a la tuberculosis; y el 6 de junio, el Comité de TB ha preparado el Plan Andino de TB que tiene un componente de fortalecimiento de los laboratorios de TB y deberá ser presentado en la próxima REMSAA para su aprobación.

- Durante la subvención la abogacía nacional se amplió hacia la abogacía internacional. La experiencia de coordinación de OPS, SECOMISCA y el ORAS para reforzar la parte técnica y política significó facilitar el camino para conseguir las metas planteadas, tramitando permisos, autorizaciones que de otra forma no hubieran permitido cumplir con actividades y eventos en el plazo establecido. Una vez concluida la subvención el rol de los mecanismos de integración es continuar colocando en agenda de las reuniones de Ministros el fortalecimiento de las redes de laboratorio y la generación de convenios de intercambio de servicios entre los países a fin de generar el marco legal que permita el desplazamiento del personal de LSN y LRN para las actividades de asistencia técnica y pasantías.
- Durante, e inclusive antes, del inicio de la subvención el Programa Regional de TB de la OPS tuvo un papel clave para la conducción de los procesos técnicos, que ha sido reconocido por los países que vienen participando y que ha permitido aprobar guías y manuales de manera rápida y concertada. Es así que la propuesta de estrategia de sostenibilidad en miras de este reconocimiento debe tener en cuenta los requerimientos de los países del ámbito de la subvención. En las entrevistas realizadas los representantes de los LSN y LRN, solicitaron que, una vez concluida la subvención con la finalidad de brindar continuidad a los resultados alcanzados, la OPS regional debería seguir monitoreando a la red y mantener un punto focal a tiempo completo para apoyo a los laboratorios de TB.
- Instancias como el CARLAC y los MCP, deben continuar para que a través de sus representantes y puntos focales se impulse la toma de decisiones de las autoridades nacionales. De igual forma la representación del Frente Parlamentario de Las Américas contra la TB constituye un elemento de alerta a las autoridades sobre el impacto económico y social de no actuar a tiempo para frenar el avance de la tuberculosis.
- Se ha identificado que el transporte de muestras biológicas para la evaluación externa de la calidad y el desplazamiento del personal calificado para las asistencias

técnicas y pasantías, son procesos críticos que pueden afectar la sostenibilidad técnica.

- a.** En el transporte de muestras biológicas se requiere asignar presupuesto para esta actividad, además de coordinar la participación de muchos actores, por lo que sería conveniente la contratación de agentes externos que apoyen a los países para que faciliten el traslado. Asimismo, generar a nivel nacional espacios de difusión con los actores públicos aduaneros y de transporte aéreo con la autoridad sanitaria encargada de la tramitación de permisos de traslado de muestras biológicas.
 - b.** Con respecto al desplazamiento del personal se requiere el apoyo de los programas nacionales para asegurar la inclusión en el presupuesto y la tramitación oportuna de los reglamentos nacionales requeridos para el viaje al extranjero, así como asegurar la correcta selección del personal (en lo posible mediante postulaciones a concurso) para el máximo aprovechamiento de las asistencias técnicas y pasantías.
- Para todos los países, el proyecto ha sido como una inyección de energía, que está impulsando la gestión de incremento presupuestal. En los laboratorios se ha avanzado con normas ISO, con protocolos, algoritmos, el sistema de calidad interno y externo, a diferencia de la parte clínica. En años anteriores era difícil convencer al personal para trabajar en los laboratorios de TB, ahora con la nueva tecnología que aplica la biología molecular esta situación se ha revertido. Esto constituye una fortaleza para la parte técnica.
- La implementación de nuevas tecnologías como el Gene Xpert ha permitido disminuir el tiempo de diagnóstico, pero también está ejerciendo una fuerte presión en el presupuesto de los programas nacionales, que en el límite podría conducir a tener máquinas inoperativas por falta de insumos. Una de las preocupaciones de los LRN lo constituye las diferencias de precios de estos insumos, según los entrevistados la cobertura podría ampliarse si los precios fueran homogéneos para los países de la región. Para ello se requeriría una negociación conjunta de precios, compras centralizadas a través del Fondo Estratégico de OPS, previos estudios de mercado, pues no necesariamente es más barato la compra de forma centralizada.

- De los países del ámbito de la subvención sólo Cuba tiene un sistema totalmente público. En los otros países el sistema de salud es fragmentado, en algunos más que otros, básicamente un sistema social de salud para el sector que cuenta con trabajo formal y un sistema público que da atención al resto de la población, el avance de la seguridad social es diferente en cada país y depende de la formalización del trabajo (*Anexo N° 8*). La participación privada se ha incrementado en los últimos años en los otros 19 países tanto por seguros privados como por atención directa a las familias, lo que origina que el gasto de bolsillo del ámbito de la subvención sea alto. También se observa un incremento en el aseguramiento en salud ya sea público o privado, en cambio, para la seguridad social su incremento no es significativo porque los países mantienen tasas altas de empleo informal. Podemos concluir que hay avance, pero no lo suficiente para satisfacer las demandas internas actuales y futuras derivadas del cambio demográfico (mayor nivel de vida) y cambio en el perfil epidemiológico con un incremento, en primer lugar, de las desigualdades, así como de las enfermedades crónicas y de alto costo que presionarán en el financiamiento, en desmedro de las enfermedades infecciosas.
- Coincidentemente, los países que se encuentran en mejor posición con respecto a la sostenibilidad cuentan con un mayor ingreso per cápita (según clasificación crediticia del Banco Mundial) y aquellos con una peor posición de sostenibilidad son los que tienen un menor ingreso. Sin embargo, aunque estos años han sido de crecimiento económico, la incidencia de la tuberculosis aumentó, por lo cual se requiere retomar la iniciativa de generar un espacio fiscal para la salud que fue impulsada por OPS hace unos años (*Anexo N° 9*).
- En el aspecto de gestión institucional, todos los países han alcanzado un logro adecuado, por lo cual antes de que culmine la subvención, se debe reforzar aspectos de coordinación intrainstitucional, fomentando la suscripción de convenios entre laboratorios donde se incluya actividades que viene realizando la subvención. Esto deberá ser parte de la documentación incluida en la transferencia y cierre del proyecto.
- En el último trimestre de esta subvención, se debe consolidar la información de algunas de las principales actividades que se están implementando (mecanismos de

operación, contactos, buenas prácticas) explicitando los mecanismos de transferencia: para qué sirven a cada nivel de decisión de cada país y a los responsables de los LRN, y que la continuidad de las actividades a cargo de las autoridades nacionales se lleve de la forma más ordenada posible.

- La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible acordada por los Estados Miembros de las Naciones Unidas en el 2015 propone una hoja de ruta para que los países avancen hacia el logro del desarrollo sostenible. Este compromiso internacional se presenta como una buena oportunidad para avanzar en salud y específicamente en el Fin de la TB (estrategia también asumida por los Jefes de Estado), en los países del ámbito de la subvención ya que todos están comprometidos con los ODS, por tanto, alinear las acciones, políticas, económicas, presupuestales, institucionales y sociales a los ODS es un reto que debe involucrar específicamente a los decisores del sector salud.²⁶
- La efectividad de la gestión institucional liderada por el ORAS CONHU con el acompañamiento de la OPS y de SECOMISCA, así como el entramado de articulaciones a nivel técnico y político alcanzado por la Subvención para construir sostenibilidad, ha tenido como pilar estratégico la Comunicación y difusión. Aun no siendo un componente destacado explícitamente dentro de la Nota Conceptual ni contando con un presupuesto amplio, la Comunicación a través de impresos y audiovisuales ha sido clave para la incidencia a todos los niveles y para respaldar el posicionamiento de las redes de laboratorios de TB en Las Américas por su importancia para la Estrategia Mundial Fin a la TB.

²⁶ América Latina y El Caribe, no es la región más pobre del mundo, pero sí la más desigual. Si bien la desigualdad existe en todo el mundo, constituye una especial limitación para alcanzar el potencial de la región. Las brechas que se enfrentan son estructurales, en lo referente a salud se encuentran la segregación y rezagos en la calidad de los servicios de salud, desigualdades territoriales, escasa productividad e infraestructura deficiente. (CEPAL, Guía metodológica: Planificación para la Agenda 2030 en América Latina y el Caribe, 2018).

I. Bibliografía

- BM. (1999). *La salud en el mundo: la respuesta al desafío. Précis N° 186*. PRECIS - Departamento de evaluación de operaciones del Banco Mundial.
- Briceño, Rodrigo Vargas, Juan. (julio- diciembre de 2017). Incidencia del gasto catastrófico en salud de los hogares costarricenses 2004 y 2013. *Población y salud en Mesoamérica*, 15(1).
- CEPAL. (2018). *Guía metodológica: Planificación para la Agenda 2030 en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- CEPAL. (2019). *Balance preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe, 2018*. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Clavijo, C. V. (2018). Claves para una política pública sostenible en educación y TIC en Uruguay- Estudio Exploratorio. Uruguay: MEC, UNESCO, AGESIC, PLAN CEIBAL, ANEP.
- Daniel Cotlear, Somil Nagpal, Owen Smith, Ajay Tandon, Rafael Cortez. (2015). *Going Universal. How 25 Developing Countries are implementing Universal Health coverage reforms from the bottom up*. Washington: Banco Mundial.
- GF. (2016). 35° Reunión de la Junta Directiva. *Política de sostenibilidad, transición y cofinanciamiento del Fondo Mundial*. The Global Fund.
- Gonzales, M. (2017). Gasto de bolsillo en salud en América Latina (1995-2013): evolución e implicaciones de políticas. En D. B. A., & L. L. E.. Caracas: Editorial Ateproca.
- Laurell, A. C. (mayo-agosto de 2014). Editorial ¿Cobertura universal en salud en América Latina? *Medicina Social/Social Medicine*, 9(1), 60-61.
- Lopez, J. C. (2011). *Como lograr la sostenibilidad de un proyecto BID/FOMIN*. Argentina.
- Martinez Piva, J. (2019). *Logros y desafíos de la integración centroamericana: aportes de la CEPAL. Libros de la CEPAL N° 156*. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- MEF-UP. (2011). *Cálculo de la tasa social de descuento para proyectos de inversión pública ambientales*. Lima: Ministerio de Economía y Finanzas.
- OMS. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión*. Ginebra: Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud-

Organización Mundial de la Salud.

- OMS. (2016). *Implementación de la estrategia Fin de la TB: Aspectos esenciales*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2017). Cheryl Casgin, Danielle Bloom, Susan Sparkes, Helene Barroy, Joseph Kutzin and Shella ODougherty. *Aligning Public Financial Management and Health Financing - Sustaining Progress Toward Universal Health Coverage*. Switzerland: World Health Organization .
- OMS-BM. (2014). *Monitoreo del progreso hacia la cobertura universal de salud a nivel nacional y global*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial .
- ORAS-CONHU. (2018). Costos de funcionamiento de los Laboratorios supranacionales en el marco de su relación con la Red de laboratorios nacionales. Lima: Organismo Andino de Salud - Convenio Hipolito Unanue.
- ORAS-CONHU, 2. (2018). *Costo efectividad en el diagnóstico de la Tuberculosis/Programa “Fortalecimiento de la Red de Laboratorios de Tuberculosis en la Región de las Américas”*. Lima: Organismo Andino de Salud - Convenio Hipolito Unanue.
- PNUD. (2012). *Preguntas para crear programas de fomento. Fomento de las innovaciones en materia de desarrollo para un cambio transformador*. New York.
- Red-DESC. (2000). *Observación general N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12)*. 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR Observación general 14. Red internacional para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Rosales, O. (2014). *Integración Regional: hacia una estrategia de cadenas de valor inclusivas*. Chile: CEPAL.
- Xu K, Soucat A Kutzin J et al. (2018). *Public Spendign on Health: A closer look at Global Trends*. Geneva: World Health Organization.

J. Anexos

Anexo N° 1 – Definiciones

a. Cofinanciamiento: en el contexto del Fondo Mundial, hace referencia a todos los recursos públicos nacionales y las contribuciones privadas nacionales que financian el sector de la salud y los Planes Estratégicos Nacionales (PEN) que cuentan con el apoyo del Fondo Mundial. Los recursos públicos nacionales pueden incluir, entre otros, ingresos públicos, préstamos públicos, seguro social de salud o alivio de la deuda, incluidos los acuerdos de Debt2Health con el Fondo Mundial. Con la excepción de los préstamos y el alivio de la deuda, todas las demás formas de asistencia internacional, aunque se canalicen a través de los presupuestos del Gobierno, no se consideran cofinanciamiento. *(GF, 2016)*

b. Cobertura Universal en Salud: La cobertura universal de salud se define como el resultado deseado del funcionamiento del sistema de salud, un contexto en el que cualquier persona que necesite acceder a los servicios de salud (promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y servicios paliativos) pueda hacerlo, sin que ello suponga dificultades financieras. La cobertura universal de salud tiene dos componentes interrelacionados: por un lado, todos aquellos factores que intervienen en unos servicios de salud esenciales y de calidad según las necesidades; por el otro, la protección financiera frente a las necesidades de salud, incluyendo las situaciones de pobreza provocadas por los pagos directos en el momento en que se necesita el servicio. Toda la población debería poder beneficiarse de ambos componentes. Existen dos medidas de la cobertura universal de salud (que sirven para el seguimiento): la cobertura de los servicios esenciales de salud y la protección financiera. *(OMS-BM, 2014)*

c. Derecho a la Salud: La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial

de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. Además, el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de la ley. (...) Al elaborar el artículo 12 del Pacto, la Tercera Comisión de la Asamblea General de las Naciones Unidas no adoptó la definición de la salud que figura en el preámbulo de la Constitución de la OMS, que concibe la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades”. El Comité es consciente de que para millones de personas en todo el mundo el pleno disfrute del derecho a la salud continúa siendo un objetivo remoto. Es más, en muchos casos, sobre todo por lo que respecta a las personas que viven en la pobreza, ese objetivo es cada vez más remoto. (*Red-DESC, 2000*)

d. Integración regional: Es un proceso multidimensional, cuyas expresiones incluyen iniciativas de coordinación, cooperación, convergencia e integración profunda, y cuyo alcance abarca no solo las temáticas económicas y comerciales, sino también las políticas, sociales, culturales y ambientales. (*Rosales, 2014*)

e. Sostenibilidad: El Fondo Mundial define la sostenibilidad como la capacidad de un programa de salud o de un país de mantener y ampliar la cobertura de servicios a un nivel, en línea con su contexto epidemiológico, que proporcione un control constante de un problema de salud pública y apoye los esfuerzos para la eliminación de las tres enfermedades, incluso tras retirar el financiamiento externo del Fondo Mundial y de otros importantes donantes externos (*GF, 2016*).

f. Sostenibilidad política: En el contexto del presente estudio está referida al establecimiento y consolidación de políticas públicas que se mantengan en el tiempo. Para tornar una política sostenible se requiere el desarrollo de tres dimensiones: financiamiento, apropiación social que hagan los entes sociales de la estrategia (política pública) y la articulación interinstitucional (práctica sostenida en la generación de consensos) (*Clavijo, 2018*). Para este fin se requieren recursos económicos; apoyo del grupo destinatario y del grupo encargado de implementar dicha política, conformación de equipos de trabajo comprometidos y con proyección a futuro, convencidos de que el impacto será positivo. Por otro lado, las Instituciones públicas pueden estar sujetas a cambios organizacionales como consecuencias de

cambio de gobierno, etapas electorales, o reformas institucionales a nivel de gobierno general o de otros estamentos.

g. Sostenibilidad económica: Para fines del estudio implica un contexto social en el que existe bienestar y crecimiento económico (de la renta per cápita y del empleo) que beneficia a toda la comunidad y garantiza igualdad. Supone que el Estado distribuye de manera eficiente los recursos públicos, asegurando el acceso a servicios básicos, entre ellos la salud. Teóricamente, las decisiones para financiar un proyecto público (en este caso la inversión en Tuberculosis) son el resultado de un contrato social entre los ciudadanos para aumentar sus ahorros totales para que estos sean invertidos en proyectos que produzcan beneficios netos para las generaciones futuras (*MEF-UP, 2011*), el Estado canaliza u obliga al sacrificio del consumo presente para llevar a cabo inversiones en las cuales considera por igual a los miembros de la sociedad actual como a los futuros. No importa el tamaño del Estado sino su capacidad, eficiencia, eficacia y fortaleza. La carencia de recursos económicos dificulta la sostenibilidad de una política pública.

h. Sostenibilidad presupuestal (presupuestaria): Examina lo concerniente a la fundamentación jurídica (aspectos legales y normativos), el comportamiento presupuestal de los gastos, el presupuesto per cápita, los costos de los servicios de laboratorio de tuberculosis en el marco de los programas (estrategias) nacionales de tuberculosis y la interrelación con otros programas.²⁷ Se sustenta cuando las actividades de los Programas financiados por el FM se incorporan en los sistemas nacionales mediante la implementación de estrategias nacionales de salud; planes estratégicos nacionales de salud; planes operativos y planes de financiamiento de la salud.

²⁷ La Estrategia Fin a la TB (OMS, 2016) señala que: “se necesita una programación conjunta para la TB y el VIH con el fin de identificar oportunidades para orientar los planes, optimizar los sistemas de apoyo y aumentar las eficiencias que contribuyan a la prestación de servicios para la TB y el VIH de alta calidad, sostenidos e integrados, en particular en relación con actividades en la comunidad”.

i. Sostenibilidad financiera: analiza las fuentes de financiamiento (financiación) incluyendo los mecanismos de aseguramiento. Según la Estrategia Fin a la TB el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de la TB deben ser apropiados y gratuitos. Eso puede lograrse mediante un paquete nacional de servicios de salud o mediante un plan nacional de seguro de enfermedad.²⁸

j. Sostenibilidad logística: Se refiere a identificar y proponer las estrategias logísticas más adecuadas según el análisis de datos sobre los procesos de transporte (de cepas) y de adquisición de equipos y reactivos que en la mayor parte de los casos involucra el relacionamiento del estado con operadores logísticos privados.

k. Transición: El Fondo Mundial define la transición como el mecanismo por el cual un país, o un componente de país, avanza hacia el financiamiento y la ejecución de sus programas de salud sin el apoyo del Fondo Mundial, al tiempo que se mantienen y amplían los beneficios, según proceda.

²⁸ La Estrategia Fin a la TB hace referencia a planes para la cobertura universal en salud, considerando la cobertura integral según el modelo de seguridad social: *“Existen grandes oportunidades para que los países implanten o amplíen planes para la cobertura universal en salud. En las primeras etapas de definición de esos planes, debe abordarse específicamente la atención a la TB e incluirse dentro de los paquetes básicos de servicios de salud. La Estrategia Fin a la TB recomienda aplicar modelos de seguro social que busquen servir a todas las personas, especialmente a las poblaciones de bajos ingresos y a otras poblaciones vulnerables.”* (OMS, 2016) página 76, referida al Pilar 2: Políticas audaces y sistemas de apoyo, Componente 2C. Política de cobertura universal en salud y marcos regulatorios para la notificación de los casos, registros vitales, la calidad y el uso racional de los medicamentos, y el control de infecciones.

Anexo N° 2 – Matriz de aspectos evaluados para determinar el nivel de sostenibilidad

➔ Con la finalidad de identificar el nivel de sostenibilidad por país y los elementos en los que debe ponerse énfasis para garantizar la sostenibilidad de la subvención, se organizaron los resultados obtenidos en las entrevistas y la revisión de información secundaria en los aspectos de gestión institucional, presupuestales, financieros, económicos y políticos.

Las siguientes son las 80 variables observadas. Se realiza la suma de la cantidad de respuestas positivas que apoyen la sostenibilidad (Sí) y se divide entre el total de preguntas según se trate de LSN o LRN. El resultado final fluctúa ente 0 y 100%.

No se ha dado ponderación adicional a ninguna variable, sin embargo, sólo se ha contabilizado aquellas pertinentes para cada país o factor según funciones como LRN o LSN y si son elegibles para recursos del Fondo Mundial. *(la cantidad de respuestas por variables se presenta en la columna “N°” del cuadro)*

Cuadro N° 17 – Matriz de aspectos de la sostenibilidad evaluados

Aspectos de la sostenibilidad		Variables observadas		N°
Gestión Institucional	Organiza- cional	Dirección	Interés de directivos de la Institución en las actividades de la subvención.	20
			Consolidación del elenco directivo institucional	20
		Coordinación con estrategia TB y otros	Coordinación con el programa de TB.	20
			Coordinación con el programa de TB (opinión RP/SR)	20
			Coordinación con otros programas de similares características.	20
			Integración estratégica de actividades de subvención con rutinarias del LN	20
		Coordinación con red LRN	Actividades integradas en todas sus partes con operación de institución	17
			LRN (país) están satisfechos con su LSN.	17
			Cumplimiento de actividades de contrapartida del LSN	3

Aspectos de la sostenibilidad			Variables observadas	N°	
Institucional	Institucional	Coordinación con red LRN	Cumplimiento de actividades de contrapartida del LRN	17	
			Coordinación entre agentes que participan en la subvención es bueno.	20	
	Técnica	Nivel técnico de equipo	Se realizó entrenamiento de personal existente en laboratorio	20	
			Transferencia experiencia y conocimientos de la subvención se inició	20	
			Personal que ejecuta actividades de subvención está capacitado técnicamente.	20	
			Se consolida el trabajo en equipo (con procedimientos o directrices)	20	
		Procesos documentados (SGC)	Se usan guías y manuales de la subvención	20	
			El acceso a la información es ágil y eficiente (SGC)	20	
			Manuales con metodología de trabajo de subvención a disposición	0	
		Operativa	Recursos humanos	Cantidad adecuada de personal (una vez concluida subvención)	20
				Personal de Redes nacionales motivado en actividades de subvención.	20
				Personal capacitado y capaz de realizar réplicas.	20
	Especialista en certificación de cabinas de seguridad biológica en el país ²⁹			20	
	Equipamiento		La tecnología utilizada en el laboratorio es de última generación.	20	
			Cantidad de equipos adecuada para sus funciones.	20	
			Cuenta con plan de mantenimiento de equipos presupuestado.	20	
	Infraestructura		Infraestructura adecuada para el funcionamiento de equipos.	20	
			Infraestructura adecuada para asistencias técnicas, capacitación y pasantías.	20	

²⁹ Incluye a los 2 especialistas formados por la subvención

Aspectos de la sostenibilidad			Variables observadas	N°
Institucional	Operativa	Logística	Se domina el proceso de envío y recepción de paneles.	20
			Costo envío paneles debajo del promedio	16
			Participó en el 2018 en EEC	17
			Se realizó al menos una entrega o recepción de paneles	17
			Se realizaron EEC en los últimos 2 años	20
			Mecanismos de adquisiciones definidos (aunque laboratorio no los realice)	20
			Existe abastecimiento oportuno de insumos.	20
			Adopción de sistemas de gestión de calidad, aunque no estén certificados	20
Presupuestal y financiera	Presupuestal	Gestión presupuestal	Se puede hacer seguimiento a Gasto en Tuberculosis (programa y laboratorio).	20
			Facilidad para incorporación nuevos conceptos de gasto (no rigidez presupuestal)	20
			Participación en fases de formulación y programación presupuestal.	20
			Elegible para subvención del Fondo mundial (incluye mecanismo de Transición)	11
			Gestión para financiar pasantías o asistencias técnicas	20
			Gestión para financiar evaluación externa de la calidad	20
			Fuentes de financiamiento del control de TB claramente identificadas	20
		Priorización	Bajo impacto de subvención en finanzas del laboratorio (% subvención/gasto TB)	20
			Relacionamiento de subvención multipaís con subvenciones nacionales.	13
			Priorización de la TB identificada durante la subvención (RP/SR)	20
			Fondos para gastos operativos (independencia presupuestal laboratorio)	20

Aspectos de la sostenibilidad			Variables observadas	N°
Presupuestal y financiera	Financiera	Recursos externos	Fondos disponibles para inversión, mejoras operativas y atención a demanda	20
			Fondos para sistemas de información (mantenimiento, actualización hardware y renovación licencias software)	20
			Existencia de otras fuentes de financiamiento (solo público aconsejable)	20
			Fondos externos e internos sin considerar fondos públicos (subsidios)	20
		Recursos propios	Cobertura de Gastos Operativos (déficit menor a 20%)	20
			Flujos monetarios asociados a cobros por servicios LSN	3
			Flujos monetarios asociados a cobros por servicios LRN	17
			Fondos subvención con respecto a gastos operativos (menor a 50%)	20
Económica	Sectorial	Procesos costo efectivos	Se realizan evaluaciones económicas para ingresar nuevas técnicas	20
			Política de reducción de costos. (optimización del gasto)	20
	Multisectorial	Priorización de inversión	Conoce el régimen o normatividad para inversiones en salud.	20
			Clasificación de país por nivel de ingreso (medio alto o más)	20
			Renta per cápita por encima del promedio	20
			Gratuidad en atención en salud o aseguramiento universal de salud.	20
Política	Institucional	Relacionamiento con actores de salud	Articulación interinstitucional.	20
			Posicionamiento interinstitucional de la lucha contra la TB.	20
			Apropiación del problema social que genera TB en distintos actores. PEM	20
	Nacional	Priorización de TB	La lucha contra la TB está en la agenda política.	20
			Manifestación en mecanismo de integración a favor de fin a la TB	19
			Incidencia TB por 100 mil habitantes (menor de 30)	20

Aspectos de la sostenibilidad		Variables observadas	N°	
Política	Nacional	Priorización de TB	Gasto en tuberculosis (mayor al promedio)	20
			Apoyo al financiamiento de TB (declarado o comprometido)	20
		Inversión en salud	Gasto de bolsillo (por debajo del promedio)	20
			Estudio de costo catastrófico realizado (en salud o en TB)	20
			Gasto en salud como % del PBI (superior al promedio 7%)	20
			Gasto público en salud como % del PBI (superior al promedio 5%)	20
			Gasto salud per cápita (superior al promedio)	20
			% Gasto en salud del gasto público (superior al promedio 15%)	20
		Coyuntura interna del país (estabilidad)	Entorno socio político favorable para lograr mayor impacto (apoyo a la gestión)	20
			Participación de sociedad civil en salud o mecanismos de coordinación país	20
			Mecanismos externos para movilizar recursos (CARLAC, frente parlamentario)	17
			Periodo de gobierno recién inicia o se encuentra a mitad de gestión	20
			Pertenece a mecanismo integración regional (ORAS o COMISCA)	20
			Apoyo del sector público en el fortalecimiento institucional general	20

Anexo N° 3 – Perfil de Tuberculosis en países de la subvención

➔ Los datos provienen de la información registrada por los países en el aplicativo de OMS y en las estimaciones realizadas por este último de carga de la enfermedad.

Cuadro N° 18 – Estimación, notificación, CUS y Atención de TB DR

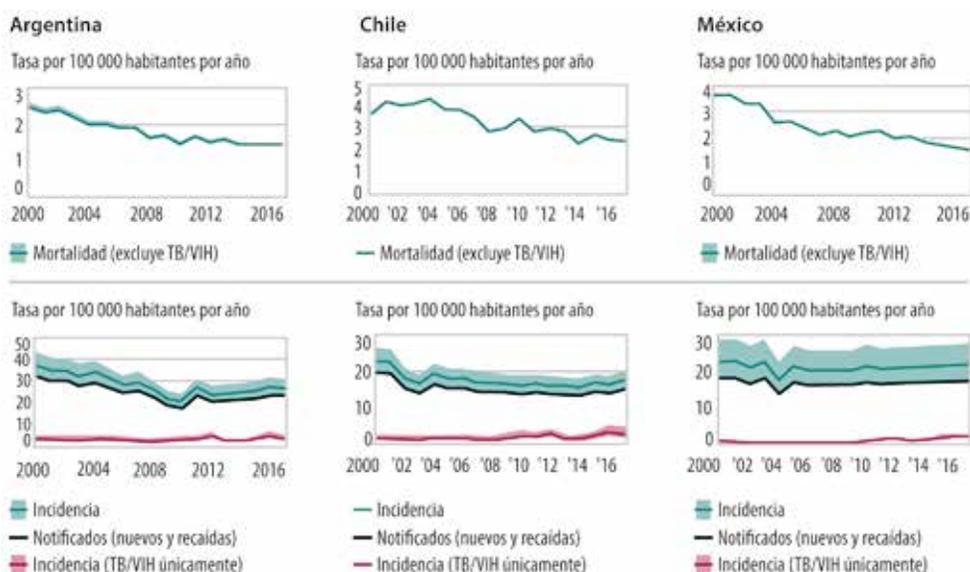
Países	Población	Estimaciones Carga TB 2017		Notificaciones TB 2017		
		Incidencia (incluye TB/VIH)	Incidencia (TB-MDR/RR)	TB todas las formas	Casos nuevos y recaídas	% pulmonares
Argentina	44,271,041	26	1.22	11,503	10,170	83.5%
Belice	374,681	36	4.00	122	117	97.4%
Bolivia	11,051,600	111	3.17	7,658	7,576	77.5%
Chile	18,054,726	17	0.41	2,806	2,740	81.1%
Colombia	49,065,615	33	1.16	13,870	13,007	82.8%
Costa Rica	4,905,769	10	0.12	384	379	84.2%
Cuba	11,484,636	7	0.17	774	712	87.6%
Dominicana	10,766,998	45	2.14	4,093	3,851	88.2%
Ecuador	16,624,858	43	3.73	5,815	5,721	82.1%
El Salvador	6,377,853	72	1.72	3,683	3,666	90.2%
Guatemala	16,913,503	25	0.77	3,505	3,445	94.3%
Guyana	777,859	86	4.37	579	524	92.9%
Honduras	9,265,067	38	0.87	2,813	2,798	89.0%
México	129,163,276	22	0.72	23,520	22,757	79.4%
Nicaragua	6,217,581	45	0.68	2,328	2,255	88.0%
Panamá	4,098,587	54	2.05	1,968	1,874	87.2%
Paraguay	6,811,297	44	0.98	2,770	2,579	90.5%
Perú	32,165,485	116	9.33	31,120	29,840	80.7%
Uruguay	3,456,750	31	0.17	933	933	90.0%
Venezuela	31,977,065	42	1.31	10,952	10,647	88.6%
Total	413,824,247	30	1.77	131,196	125,591	83.1%

Fuente: OMS Global Tuberculosis Report 2017. Consultado el 15 de junio del 2019.

% confirmación bacteriológica entre casos pulmonares	Cobertura universal en salud (CUS)		Atención TB DR		% éxito en tratamiento 2016
	% Detección	Letalidad	Casos estimados entre casos pulmonares	% PSD RIF en notificados	
70.8%	87	0.08	520	16.3%	54
66.0%	87	0.11	18	41.9%	62
92.2%	62	0.11	180	20.0%	87
91.3%	87	0.16	53	63.8%	79
80.1%	80	0.11	420	17.4%	61
98.3%	80	0.11	4	97.4%	84
82.1%	87	0.07	18	50.4%	84
62.0%	80	0.12	270	10.9%	75
91.3%	80	0.10	390	25.0%	72
90.8%	80	0.03	81	33.9%	90
84.4%	80	0.09	98	30.1%	87
71.6%	78	0.28	26	59.9%	69
87.8%	80	0.13	59	45.5%	88
82.2%	80	0.10	630	8.8%	79
84.1%	80	0.05	38	70.3%	86
64.2%	84	0.14	69	19.5%	81
77.5%	87	0.11	79	51.6%	67
82.6%	80	0.07	2,100	73.3%	86
73.2%	87	0.10	7	55.2%	73
76.0%	80	0.08	300	7.9%	82
81.1%		0.00	5,360	33.6%	

Anexo N° 4 - Evolución de la TB en los países de la subvención

➔ Evolución de la TB en los países de los LSN: La mortalidad por TB en los países de los LSN ha disminuido significativamente llegando en el 2017 en Argentina y México por debajo de 2 por 100,000 habitantes, y en Chile ligeramente por encima de 2 por 100,000 habitantes. La incidencia en Argentina desde el 2000 al 2009 muestra una disminución considerable. A partir del 2010 al 2016 la incidencia se ha mantenido con un incremento muy pequeño. En Chile del 2000 al 2003 la incidencia bajó, en el 2004 se incrementa ligeramente y se mantiene hasta el 2016, finalizando con incremento muy pequeño. En México se ha mantenido la incidencia del 2000 al 2016 y se observa una pequeña baja en el 2004 y luego retorna a su nivel histórico. En los tres países se observa que la incidencia de TB/VIH únicamente se ha incrementado en los últimos años.

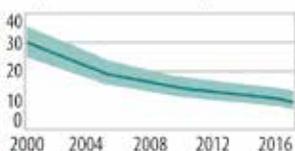


Evolución de la TB en los países con mayor incidencia: La mortalidad por TB en Bolivia, El Salvador y Perú en el periodo del 2000 al 2016 ha venido bajando, el mayor descenso es el observado en Bolivia. En cambio, en Guyana se ha incrementado. La incidencia en Bolivia y Perú desde el 2000 al 2016 muestra una baja considerable. En El Salvador la incidencia se ha incrementado a lo largo del periodo y este incremento se acentúa en el 2016. En Guyana del 2000 al 2009 la incidencia de TB se incrementó,

a partir del 2010 al 2016 la incidencia viene bajando. En Bolivia, El Salvador y Perú se observa que la incidencia de TB/VIH únicamente se ha mantenido, en cambio, en Guyana hay un incremento continuo en el periodo.

Bolivia

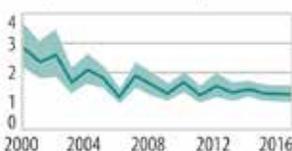
Tasa por 100 000 habitantes por año



Mortalidad (excluye TB/VIH)

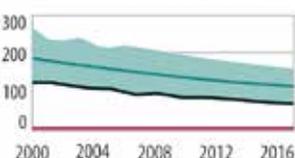
El Salvador

Tasa por 100 000 habitantes por año



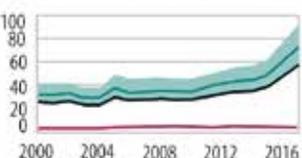
Mortalidad (excluye TB/VIH)

Tasa por 100 000 habitantes por año



Incidencia
Notificados (nuevos y recaídas)
Incidencia (TB/VIH únicamente)

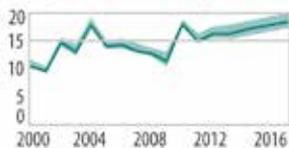
Tasa por 100 000 habitantes por año



Incidencia
Notificados (nuevos y recaídas)
Incidencia (TB/VIH únicamente)

Guyana

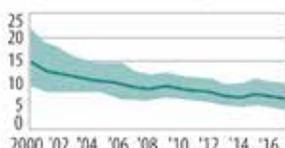
Tasa por 100 000 habitantes por año



Mortalidad (excluye TB/VIH)

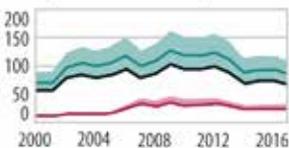
Perú

Tasa por 100 000 habitantes por año



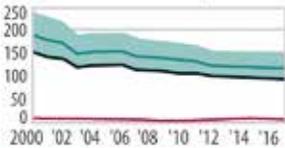
Mortalidad (excluye TB/VIH)

Tasa por 100 000 habitantes por año



Incidencia
Notificados (nuevos y recaídas)
Incidencia (TB/VIH únicamente)

Tasa por 100 000 habitantes por año

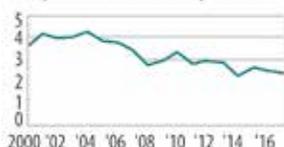


Incidencia
Notificados (nuevos y recaídas)
Incidencia (TB/VIH únicamente)

Evolución de la TB en los países con menor incidencia: La mortalidad por TB en Chile y Costa Rica ha bajado en el periodo 2000 al 2016. En Cuba este indicador se ha mantenido (es muy bajo, alrededor de 0.4). En los tres países se observa que la incidencia de TB/VIH se ha incrementado en los últimos años.

Chile

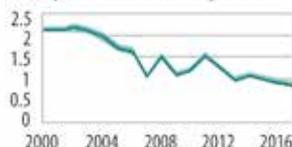
Tasa por 100 000 habitantes por año



Mortalidad (excluye TB/VIH)

Costa Rica

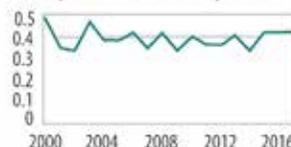
Tasa por 100 000 habitantes por año



Mortalidad (excluye TB/VIH)

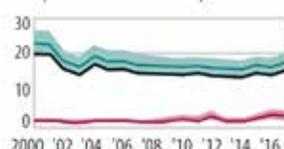
Cuba

Tasa por 100 000 habitantes por año



Mortalidad (excluye TB/VIH)

Tasa por 100 000 habitantes por año

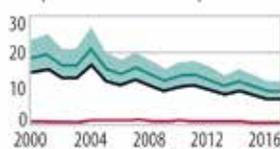


Incidencia

Notificados (nuevos y recaídas)

Incidencia (TB/VIH únicamente)

Tasa por 100 000 habitantes por año

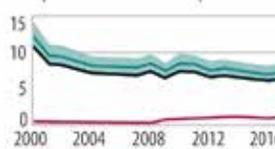


Incidencia

Notificados (nuevos y recaídas)

Incidencia (TB/VIH únicamente)

Tasa por 100 000 habitantes por año



Incidencia

Notificados (nuevos y recaídas)

Incidencia (TB/VIH únicamente)

Anexo N° 5 - Evolución de la clasificación de países por nivel de ingreso per cápita 1987-2017

Cuadro N° 19 - Evolución de la clasificación del Banco Mundial según Ingreso per cápita del 1997 al 2017

País	C.P.	Otros	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Argentina	IBRD		UM	UM	LM	LM	UM	UM	UM	UM	UM	UM
Belice	IBRD		LM									
Bolivia	IBRD	HIPC	LM									
Chile	IBRD		LM	LM	LM	LM	LM	LM	UM	UM	UM	UM
Colombia	IBRD		LM									
Costa Rica	IBRD		LM									
Cuba	LM						
Dominicana	IBRD		LM									
Ecuador	IBRD		LM									
El Salvador	IBRD		LM									
Guatemala	IBRD		LM									
Guyana	IDA	HIPC	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L
Honduras	IDA	HIPC	LM	LM	LM	L	L	L	L	L	L	L
México	IBRD		LM	LM	LM	UM						
Nicaragua	IDA	HIPC	LM	LM	LM	LM	L	L	L	L	L	L
Panamá	IBRD		UM	LM								
Paraguay	IBRD		LM									
Perú	IBRD		LM									
Uruguay	IBRD		UM									
Venezuela	IBRD		UM	LM	LM	LM						
Disminuye ingreso		8		1	1	1	1			1		
Aumenta ingreso		26				2	1		1			

País	C.P.	Otros	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Argentina	IBRD		UM								
Belice	IBRD		LM	LM	LM	LM	LM	UM	UM	UM	UM
Bolivia	IBRD	HIPC	LM								
Chile	IBRD		UM								
Colombia	IBRD		LM								
Costa Rica	IBRD		LM	LM	LM	UM	UM	UM	UM	UM	UM
Cuba	..		LM								
Dominicana	IBRD		LM								
Ecuador	IBRD		LM								
El Salvador	IBRD		LM								
Guatemala	IBRD		LM								
Guyana	IDA	HIPC	LM								
Honduras	IDA	HIPC	L	L	LM						
México	IBRD		UM								
Nicaragua	IDA	HIPC	L	L	L	L	L	L	L	L	LM
Panamá	IBRD		LM	UM							
Paraguay	IBRD		LM								
Perú	IBRD		LM								
Uruguay	IBRD		UM								
Venezuela	IBRD		UM								
Disminuye ingreso		8									
Aumenta ingreso		26	2	1	1	1		1			1

Nota: se han marcado las modificaciones de grupos de ingreso.

C:P: Categoría de Préstamo

IBRD: Banco Internacional de Reconstrucción y Desarrollo (BIRF). Es el mayor banco de desarrollo del mundo, el BIRF apoya la misión del Grupo Banco Mundial, proporcionando préstamos, y servicios de asesoría a los países de ingreso mediano y a los países de ingreso bajo con capacidad crediticia.

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
UM	H	UM	UM	H							
UM	UM	LM	LM	LM	LM	UM	UM	UM	UM	UM	UM
LM											
UM	UM	UM	UM	UM	UM	H	H	H	H	H	H
LM	LM	UM									
UM											
LM	UM										
LM	LM	UM									
LM	LM	LM	LM	UM							
LM											
LM	UM										
LM	UM	UM	UM								
LM											
UM											
LM											
UM	H										
LM	UM	UM	UM	UM							
LM	LM	UM									
UM	UM	UM	UM	UM	UM	H	H	H	H	H	H
UM	H	UM	UM	UM							
		1							2		
	1	3		1		3		3	1		3

IDA: Asociación Internacional de Fomento. Parte del Banco Mundial que ayuda a países más empobrecidos del mundo mediante préstamos (llamados “créditos”) y subvenciones para programas que impulsan el crecimiento económico, reducen las desigualdades y mejoran las condiciones de vida de las personas.

HIPC: Iniciativa para los países empobrecidos muy endeudados

Fuente: www.bancomundial.org

Anexo N° 6– Financiamiento del Fondo Mundial en los países del Proyecto y región LAC. 2002-2019

➔ Los siguientes gráficos y cuadros muestran el financiamiento del FM a los países de la subvención desde el año 2002 al 2019.

Gráfico N° 16 - Subvenciones País del Fondo mundial en los países del proyecto (millones de US dolares)

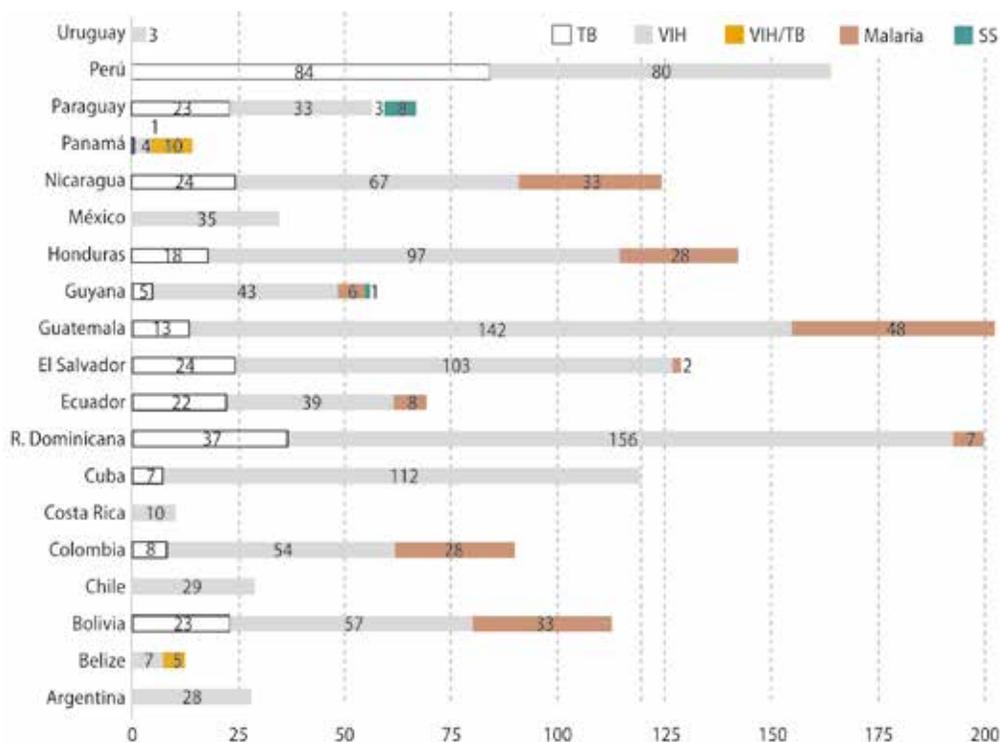
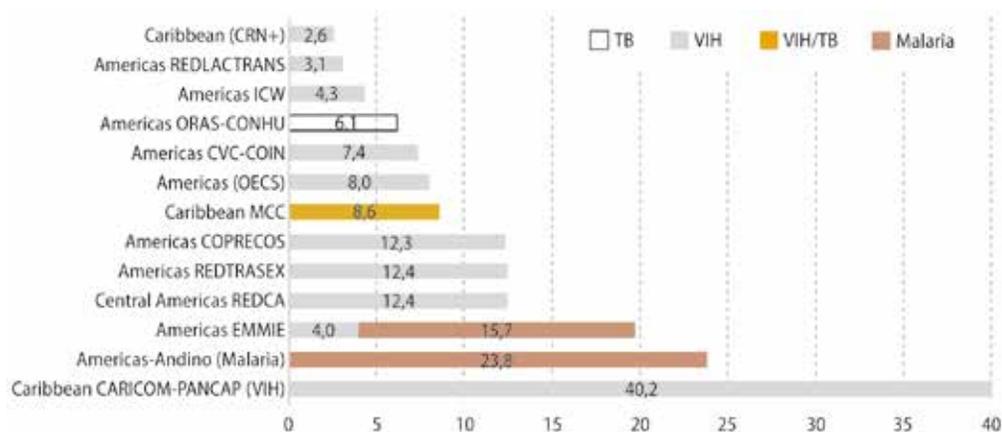


Gráfico N° 17 - Subvenciones multipaís del Fondo Mundial en la región LAC



Cuadro N° 20 - Relación de subvenciones para el componente Tuberculosis en los países del Proyecto

País	Número	Nombre	Estado	Receptor	Firmado (USD)	Compr- metido (USD)	Distribuido (USD)
Bolivia	BOL-304-G03-T	Bolivia - Tuberculosis - Centro de Investigación, Educación y Servicios (CIES)	Culminado	Centro de Investigación, Educación y Servicios (CIES)	1,084,486	1,084,486	1,084,486
	BOL-306-G06-T	Bolivia - Tuberculosis - PNUD	Culminado	PNUD	4,193,397	4,193,397	4,193,397
	BOL-910-G10-T	Bolivia- Tuberculosis - PNUD	Culminado	PNUD	3,379,243	3,379,243	3,379,243
	BOL-913-G11-T	RP transfiere de BOL-910-G10-T subvención en fase 2	Culminado	Asociación Protección a la Salud	3,612,146	3,612,146	3,612,146
Colombia	BOL-T-UNDP	Bolivia - Tuberculosis - PNUD	Activo	PNUD	10,710,756	8,277,686	7,618,950
	COL-011-G05-T	Fortalecimiento de la estrategia STOP TB en 46 municipios prioritarios de Colombia	Culminado	Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial	3,404,081	3,404,081	3,404,081
Cuba	COL-011-G06-T	Fortalecimiento de la estrategia STOP TB en 46 municipios prioritarios de Colombia	Culminado	OIM	4,747,860	4,747,860	4,747,860
	CUB-708-G03-T	Cuba - Tuberculosis - PNUD	Culminado	PNUD	7,426,442	7,426,442	7,426,442
República Dominicana	DMR-309-G07-T	República Dominicana - Tuberculosis - Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana	Culminado	Ministerio de Salud	10,614,000	10,614,000	10,614,000

	DOM-304-G02-T	República Dominicana - Tuberculosis - Asociación Dominicana Pro-Bienestar de la Familia (PROFAMILIA)	Culminado	Asociación Dominicana Pro-Bienestar de la Familia (PROFAMILIA)	4,603,398	4,603,398	4,603,398
República Dominicana	DOM-708-G03-T	República Dominicana - Tuberculosis - Asociación Dominicana Pro-Bienestar de la Familia (PROFAMILIA)	Culminado	Asociación Dominicana Pro-Bienestar de la Familia (PROFAMILIA)	2,945,772	2,945,772	2,945,772
	DOM-708-G08-T	República Dominicana - Tuberculosis - Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana	Culminado	Ministerio de Salud	6,300,354	6,300,354	6,300,354
	DOM-T-MSPAS	Reducción de la incidencia y mortalidad debida a la tuberculosis en la República Dominicana, centrandose en las intervenciones en poblaciones clave y grupos de riesgo para poner fin a la epidemia en el país	Activo	Ministerio de Salud	12,233,782	10,227,237	7,989,818
Ecuador	ECU-405-G02-T	Ecuador - Tuberculosis - CARE International	Culminado	CARE International	15,216,771	15,216,771	15,216,771
	ECU-910-G08-T	Respuesta del Ecuador al VIH: un enfoque multisectorial hacia el acceso y la prevención universales en la población de mayor riesgo	Culminado	Ministerio de Salud	1,740,108	1,740,108	1,740,108
	ECU-910-G09-T	Respuesta del Estado y la Sociedad Civil a la Tuberculosis: Fortalecimiento del Control de la Tuberculosis en Ecuador con énfasis en las poblaciones vulnerables	Culminado	CARE International	5,297,904	5,297,904	5,297,904

País	Número	Nombre	Estado	Receptor	Firmado (USD)	Compro-metido (USD)	Distribuido (USD)
El Salvador	SLV-202-G02-T-00	El Salvador - Tuberculosis - PNUD	Culminado	PNUD	2,229,891	2,229,891	2,229,891
	SLV-202-G04-T-00	El Salvador - Tuberculosis - Ministerio de Salud de la República de El Salvador	Culminado	Ministerio de Salud	1,542,015	1,542,015	1,542,015
	SLV-910-G07-T	El Salvador - Tuberculosis - PNUD	Culminado	PNUD	1,919,028	1,919,028	1,919,028
	SLV-910-G08-T	Prevención y control de la tuberculosis en poblaciones de alto riesgo en 26 municipios de El Salvador	Culminado	Ministerio de Salud	4,436,873	4,436,873	4,436,873
Guatemala	SLV-T-MOH	Apoyo al Plan Estratégico Nacional Multisectorial para el Control de la Tuberculosis 2017-2021 (PENMTB) en El Salvador	Activo	Ministerio de Salud	14,043,657	12,777,080	11,061,755
	GTM-607-G03-T	Guatemala - Tuberculosis - WORLD VISION International	Culminado	WORLD VISION International	3,469,308	3,469,308	3,469,308
	GTM-610-G04-T	Guatemala - Tuberculosis - Ministerio de Salud y Asistencia Social de la República de Guatemala	Culminado	Ministerio de Salud	3,383,258	3,383,258	3,383,258
Guyana	GTM-T-MSPAS	Fortalecer la Estrategia DOTS en el marco de la Nueva Estrategia: Alto a la Tuberculosis	Activo	Ministerio de Salud	6,522,671	4,953,793	4,465,288
	GUY-405-G03-T	Guyana - Tuberculosis - Ministerio de Salud de la República de Guyana	Culminado	Ministerio de Salud	1,104,480	1,104,480	1,104,480
	GUY-T-MOH	Mejorar y fortalecer los servicios de tuberculosis en poblaciones clave de Guyana	Activo	Ministerio de Salud	1,556,594	1,006,489	726,433

Guyana	GYA-810-G06-T	Mejorar la implementación de las estrategias de tuberculosis a través de alianzas	Culminado	Ministerio de Salud	2,222,555	2,222,555	2,222,555
Honduras	HND-102-G02-T-00	Honduras - Tuberculosis - PNUD	Culminado	PNUD	6,094,900	6,094,900	6,094,900
	HND-T-UAFCE	Fortalecimiento de la Estrategia de Fin a la Tuberculosis en Honduras	Activo	Ministerio de Salud	11,828,949	9,623,972	9,598,972
Nicaragua	NIC-202-G02-T-00	Nicaragua - Tuberculosis - Federación Red NICASALUD	Culminado	Federación Red NICASALUD	2,622,701	2,622,701	2,622,701
	NIC-202-G05-T-00	Nicaragua Compromiso y Acción en control de Tuberculosis para una Comunidad Saludable	Culminado	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social	9,538,942	9,538,942	9,538,942
	NIC-T-INSS	Nicaragua se unió para una respuesta nacional sostenible en la reducción de la tuberculosis y la mortalidad, con énfasis en poblaciones vulnerables y basada en un modelo de salud familiar y comunitaria	Activo	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social	12,045,893	8,936,445	7,013,639
Panamá	PAN-102-G01-T-00	Panamá - Tuberculosis - PNUD	Culminado	PNUD	553,817	553,817	553,817
Paraguay	PRY-304-G01-T	Paraguay - Tuberculosis - Alter Vida - Centro de Estudios y Formación para el Ecodesarrollo	Culminado	Alter Vida - Centro de Estudios y Formación para el Ecodesarrollo	3,329,200	3,329,200	3,329,200

País	Número	Nombre	Estado	Receptor	Firmado (USD)	Compro-metido (USD)	Distribuido (USD)
Paraguay	PRY-708-G03-T	Paraguay - Tuberculosis - Alter Vida - Centro de Estudios y Formación para el Ecodesarrollo	Culminado	Alter Vida - Centro de Estudios y Formación para el Ecodesarrollo	2,149,206	2,149,206	2,149,206
	PRY-T-AV	Atención integral con un compromiso intersectorial hacia la eliminación de la tuberculosis en Paraguay.	Activo	Alter Vida - Centro de Estudios y Formación para el Ecodesarrollo	17,640,811	15,965,588	14,987,445
	PER-202-G02-T-00	Perú - Tuberculosis - CARE International	Culminado	CARE International	25,027,182	25,027,182	25,027,182
	PER-506-G04-T	Perú - Tuberculosis - CARE International	Culminado	CARE International	27,182,550	27,182,550	27,182,550
	PER-809-G06-T	Haciendo una diferencia: promover una respuesta integral amplia a la tuberculosis y al Perú	Culminado	Pathfinder International	8,052,011	8,052,011	8,007,008
	PER-809-G07-T	Haciendo una diferencia: promover una respuesta integral amplia a la tuberculosis y al Perú	Culminado	Ministerio de Salud- PARSALUD II	9,824,154	9,824,154	9,824,856
	PER-T-SES	Mejorar la respuesta nacional a la tuberculosis en grupos prioritarios (prisioneros, TB-DR, TB/VIH) y fortalecer el sistema comunitario	Activo	Socios en Salud sucursal Perú	13,858,066	11,978,949	11,928,949
Total					289,689,214	272,995,272	264,594,982

Cuadro N° 21 - Relación de subvenciones multipaís en la región LAC

Grupo	Número	Nombre	Tipo	Estado	Receptor	Firmado (USD)	Compro- metido (USD)	Distribuido (USD)
Multipaís Américas (Andino)	QRD-305-G01-M	Multipaís Américas (Andino) - Malaria - Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue	Malaria	Culminado	Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue	23,776,914	23,776,914	23,776,914
Multipaís Américas (CRN+)	QRA-405-G01-H-CRN	Multipaís Américas (CRN+) - VIH - la red regional caribe de personas que viven con VIH (CRN+)	VIH	Culminado	La red regional caribeña de personas que viven con VIH (CRN+)	2,560,825	2,560,825	2,560,825
Multipaís Américas (OECS)	QRB-305-G01-H	Multipaís Américas (OECS) - VIH - La Organización de Estados del Caribe Oriental	VIH	Culminado	La Organización de Los Estados del Caribe Oriental	8,008,679	8,008,679	8,008,679
Multipaís Américas COPRECOS	QRA-911-G01-H	Multipaís Américas COPRECOS - VIH - Cicatelli Associates Inc.	VIH	Culminado	Cicatelli Associates Inc.	12,322,673	12,322,673	12,322,673
Multipaís Américas CVC-COIN	QRA-H-CVC	Desafiar el estigma y la discriminación para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de VIH en el Caribe	VIH	Activo	Coalición de comunidades vulnerables del Caribe	2,374,134	2,374,134	1,924,782

Grupo	Número	Nombre	Tipo	Estado	Receptor	Firmado (USD)	Compro-metido (USD)	Distribuido (USD)
	QRA-H-UNDP	Desafiar el estigma y mejorar el acceso y la calidad de los servicios de VIH en el Caribe		En cierre	PNUD	5,006,153	4,728,217	4,728,217
Multipaís Américas EMMIE	QMG-M-PSI	QMG-M-PSI	VIH	Culminado	Servicios de Población Internacional	9,738,874	9,738,874	9,738,874
	QRA-405-G01-H-INSP	Multipaís Américas EMMIE - VIH - Instituto nacional de salud pública (INSP)	Malaria	Culminado	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA (INSP)	3,979,034	3,979,034	3,979,034
	QRA-M-IDB	Regional Malaria Elimination Initiative		Activo	Inter-American Development Bank	6,000,000	6,000,000	6,000,000
Multipaís Américas ICW	QRA-H-HIVOS	Acelerando la acción regional a favor de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos y la No Violencia hacia las Mujeres con VIH	VIH	En cierre	Instituto Humanista para la Cooperación con Países en Desarrollo	4,330,296	4,330,296	4,330,296
Multipaís Américas ORAS-CONHU	QRA-T-ORAS	Fortalecimiento de la Red de TB Laboratorios de las Américas	TB	Activo	Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue	6,110,000	5,605,716	5,299,259

Grupo	Número	Nombre	Tipo	Estado	Receptor	Firmado (USD)	Compro-metido (USD)	Distribuido (USD)
Multipaís Américas REDLACTRANS	QRA-H-IOM	Mujeres trans sin fronteras contra la transfobia y el VIH	VIH	En cierre	OIM	3,082,319	3,082,319	2,865,879
Multipaís Américas REDTRASEX	MAT-011-G01-H	Trabajadoras sexuales de América Latina y el Caribe que trabajan para crear alternativas que reduzcan la vulnerabilidad al VIH: una estrategia regional con impacto genuino	VIH	Culminado	OIM	12,417,126	12,023,208	12,023,208
Multipaís Caribe CARICOM-PANCAP	MAC-910-G02-H	Lucha contra el VIH en el Caribe: un enfoque estratégico regional	VIH	Culminado	Secretaría de la Comunidad Caribe	24,776,855	24,776,855	24,776,855
	QRA-304-G01-H	Multipaís Caribe CARICOM-PANCAP - VIH - Secretaría de la Comunidad Caribe		Culminado	Secretaría de la Comunidad Caribe	10,316,732	10,316,732	10,316,732
	QRA-H-CARICOM	Multipaís Caribe CARICOM-PANCAP - VIH - Secretaría de la Comunidad Caribe		Activo	Secretaría de la Comunidad Caribe	5,075,234	5,075,234	4,351,021
Multipaís Caribe MCC	QRB-C-OECS	OECS Respuesta estratégica de varios países hacia la eliminación del VIH/TB	VIH/TB	Activo	Organización de Los Estados del Caribe Oriental	8,573,999	6,559,491	5,176,389

Grupo	Número	Nombre	Tipo	Estado	Receptor	Firmado (USD)	Compro-metido (USD)	Distribuido (USD)
Multipaís Central Américas REDCA	QRC-708-G01-H	Multipaís Central Américas REDCA - VIH - Secretaría de la Integración Social Centroamericana	VIH	Culminado	Secretaría de la Integración Social Centroamericana	2,888,208	2,888,208	2,888,208
	QRC-H-SISCA	Garantizar, mediante acciones de promoción, el acceso universal a la atención de la salud y el respeto de los derechos humanos en la respuesta al VIH para Centroamérica para mejorar la calidad de vida de las personas que viven con el VIH		Activo	Secretaría de la Integración Social Centroamericana	9,557,398	8,953,354	8,953,354
Total						160,895,454	157,100,763	154,021,199

Anexo N° 7 – Pruebas de calidad en laboratorios de la región 2009- 2017

➔ Los siguientes cuadros muestran las estadísticas de los laboratorios de los países de la subvención que participan en evaluaciones de calidad externa (EQA) y demostraron desempeño aceptable.

Cuadro N° 22 - Laboratorios que demuestran desempeño aceptable en EQA 2009-2014

Laboratorios que prestan servicios de diagnóstico de la tuberculosis mediante pruebas de susceptibilidad a medicamentos 2009-2014

	Número							% con Evaluación de Calidad Externa (EQA)							% con EQA que demostraron desempeño aceptable						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2009	2010	2011	2012	2013	2014			
Argentina	16	17	17	16	17	17	75%	88%	47%	75%	65%	82%	92%	93%	100%	25%	82%	57%			
Belize	0	0	0	0	0	0															
Bolivia	1	1	1	1	2	2	100%	100%	100%	100%	50%	50%	100%	100%	100%	100%	100%	100%			
Chile	1	1	1	1	1	1	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%			
Colombia	4	7	5	4	4	5	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	71%	100%	100%	100%	100%			
Costa Rica	0	0	1	1	1	1			100%	0%	0%	100%			100%			100%			
Cuba	0	0	0	0	0	0															
Dominicana	1	1	1	2	2	2	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%			
Ecuador	1	1	1	1	1	1	100%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%		100%	0%			
El Salvador	1	1	1	1	1	1	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%			
Guatemala	1	1	3	3	1	3	100%	100%	33%	33%	100%	33%	100%	0%	100%	100%	100%	100%			
Guyana	0	1	1	1	1	0		0%	100%	100%	100%				100%	100%					
Honduras	1	1	1	1	1	1	100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%			
México	13	16	16	15	16	15	8%	31%	50%	80%	88%	87%	100%	100%	100%	75%	100%	100%			
Nicaragua	1	1	1	1	1	1	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%			
Panamá	1	1	1	1	1	1	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	100%	100%			
Paraguay	1	1	1	1	1	1	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	0%	100%	100%	100%			
Perú	0	6	7	11	8	7		100%	0%	64%	88%	100%		100%	0%	0%	100%	100%			
Uruguay	0	1	1	1	1	1		100%	100%	100%	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%			
Venezuela	1	1	1	1	1	1	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%			
Total	44	59	61	63	61	61	64%	76%	57%	76%	82%	84%	93%	91%	94%	58%	96%	86%			

Fuente: OMS Global Tuberculosis Report 2017

Cuadro N° 23 – Laboratorios que demuestran competencia en pruebas de panel

País	% de sitios que demostraron competencia mediante pruebas de panel						% de sitios que proporcionan diagnóstico de TB que utilizan Xpert MTB/RIF cubiertos por un sistema EQA integral						LRN con acreditación nacional o internacional de acuerdo con la norma ISO 15189 (algún proceso)				
	% Que ofrecen pruebas fenotípicas de susceptibilidad a medicamentos de primera línea		% Que ofrecen LPA para rifampicina, isoniacida, fluoroquinolonas, inyectables de segunda línea		% Que ofrecen LPA		% Que ofrecen pruebas fenotípicas de susceptibilidad a medicamentos de primera y segunda línea		2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Argentina	53	50	73			0	50	33	33			0	0	33			
Belice														0			
Bolivia	100	100	100				50	100	100			0	0	0	1		
Chile	100	100	100	100	100	100	100	100	100			0	0	0	1	1	1
Colombia	100	100	100	83	71	100	100	100	100			0	0	100	1	1	1
Costa Rica	100	100	100	100	0	100			100			0	100	100	1	1	1
Cuba	0	0		0	0	0	0	0	100			100	0	100			
Dominicana		100	100					100	100			100	0	100	1	1	1
Ecuador	0	0	0				0	0				0	0	0	1	1	
El Salvador	100	100	100									0	0	0			
Guatemala	33	33	100	0	0	0	33		100			0	0	0			
Guyana												0	100	100	1	1	1
Honduras	0	0	0									0	0	0			
México	63	61	6	100	100		33	67	50			0	18	0	1	1	1
Nicaragua	0	0	0					0				0	0	0	1	1	1

País	% de sitios que demostraron competencia mediante pruebas de panel										% de sitios que proporcionan diagnóstico de TB que utilizan Xpert MTB/RIF cubiertos por un sistema EQA integral			LRN con acreditación nacional o internacional de acuerdo con la norma ISO 15189 (algún proceso)			
	% Que ofrecen pruebas fenotípicas de susceptibilidad a medicamentos para primera línea		% Que ofrecen LPA para rifampicina, isoniazida, fluoroquinolonas, inyectables de segunda línea		% Que ofrecen LPA		% Que ofrecen pruebas fenotípicas de susceptibilidad a medicamentos para primera y segunda línea										
Panamá	100	100	100	0	0	0	0	0	100	100	100	0	0	0	1		
Paraguay			0					100	0	0	100	50	14	0			
Perú	100	100	83				100	100	100	100	100						
Uruguay	100	100	0				100	100	0			0	0	0		1	1
Venezuela	100	0										100	0	0			
Total	68%	65%	53%	94%	44%	59%	82%	63%	52%	60%	68%	4%	10%	4%	24%	9	7
N° Laboratorios	42	44	31	15	7	16	23	17	11	12	13	7	22	53			

Fuente: OMS Global Tuberculosis Report 2017

➔ El siguiente cuadro muestra el porcentaje de los sitios de los 20 países de la subvención, que ofrecen pruebas fenotípicas de susceptibilidad a medicamentos de primera línea que demostraron competencia mediante pruebas de panel.

Cuadro N° 24 - Porcentaje de laboratorios que demuestran competencia en pruebas de panel

País	Cantidad de laboratorios que ofrece pruebas			% que demostró competencia en pruebas de panel		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Argentina	17	16	15	53%	50%	73%
Belice	0	0				
Bolivia	3	3	1	100%	100%	100%
Chile	1	1	1	100%	100%	100%
Colombia	2	2	5	100%	100%	100%
Costa Rica	1	0	1	100%		100%
Cuba	1	1	0	0%	0%	
Dominicana	0	3	3		100%	100%
Ecuador	1	1	1	0%	0%	0%
El Salvador	1	1	1	100%	100%	100%
Guatemala	3	3	1	33%	33%	100%
Guyana	0	0	0			
Honduras	1	1	1	0%	0%	0%
México	16	23	18	63%	61%	6%
Nicaragua	1	1	1	0%	0%	0%
Panamá	1	1	1	100%	100%	100%
Paraguay	0	0	1			0%
Perú	11	9	6	100%	100%	83%
Uruguay	1	1	1	100%	100%	0%
Venezuela	1	1	0	100%	0%	
Total	62	68	58	68%	65%	53%

Fuente: OMS Global Tuberculosis Report 20

Anexo N° 8 – El sistema de salud en los países del ámbito de la subvención

ARGENTINA

➔ El sistema de salud argentino está basado en una estructura política federal profundamente descentralizada en la provisión y administración de los servicios de salud. El financiamiento de servicios se encuentra compartido entre los subsectores público, la seguridad social y la medicina prepaga. El subsector público financia y provee servicios de salud a partir de 24 instituciones descentralizadas, que son los Ministerios de Salud de las provincias de Argentina y el Ministerio de Salud de la Nación - MSAL. Aunque formalmente esta cobertura es universal, la población que utiliza los servicios públicos de salud es la población que no cuenta con un seguro de salud. En general, se trata de trabajadores en relación de dependencia o autónomos no registrados, desempleados e inactivos sin capacidad de compra.

La seguridad social incluye a los trabajadores formales en actividad con sus respectivos grupos familiares y los jubilados. La gestión está a cargo de una gran cantidad de entidades, las obras sociales, que operan como seguros de salud y que no constituyen un grupo homogéneo sino varios subgrupos altamente segmentados. El subsector de instituciones de seguridad social está conformado por 298 obras sociales nacionales (SSS, 2008) 24 provinciales y el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), que financian servicios prestados mayoritariamente por instituciones privadas y médicos contratados.

Las Obras Sociales Nacionales agrupan de manera obligatoria a todos los trabajadores comprendidos dentro de su rama de actividad. No obstante, desde 1997 este principio fue relativizado permitiendo la libre elección. El Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) es la institución que otorga cobertura a la población jubilada y pensionada. Es la más importante del país, y como tal, constituye una pieza clave en la definición de contratos y mecanismos de pago a prestadores. La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) es el ente de regulación y control de los actores del Sistema Nacional del Seguro de Salud (seguridad social). El sector privado comprende a las aseguradoras que atienden, principalmente, a ciudadanos de ingresos medios y altos y a sus familias. Estos tres subgrupos mantienen fuertes

interrelaciones tanto a nivel de la provisión de servicios de salud, como en términos de financiamiento y coordinación en aseguramiento social.

Por último, debe mencionarse que entre 1995 y 1996 se diseñó un nuevo sistema para la protección contra los riesgos del trabajo, basado en el funcionamiento de operadoras privadas, denominadas Aseguradoras de Riesgo de Trabajo, que atienden las necesidades de prevención y reparación de los daños laborales. El sistema está supervisado por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, vinculada al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Desafíos:³⁰

- Existe una situación dual de coexistencia de enfermedades infectocontagiosas junto a un incremento sostenido de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo. El sobrepeso y la obesidad se consideran un desafío para el desarrollo e implementación de políticas públicas como la regulación de la publicidad de alimentos, políticas fiscales y el etiquetado frontal, entre otras.
- Como desafío importante, aún es necesario generar estrategias para enfrentar el VIH/sida y la tuberculosis.
- La interrupción de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas ya fue lograda en ocho de las 19 provincias endémicas: Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, Misiones, Neuquén, Río Negro, San Luis y Santa Fe.
- Es necesario establecer una agenda de desarrollo humano para superar los condicionantes asociados a la pobreza y lograr mejores resultados en la implementación de los programas de salud pública.
- El proyecto Hacia la Salud Universal de la Población del Chaco Suramericano 2016-2019, coparticipado por Argentina, Bolivia, Brasil y Paraguay, es una iniciativa destacable en este sentido.

³⁰ Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de países. OPS – OMS, 2017

- Para hacer posibles una mejor prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles es necesario mejorar los programas preventivos existentes que se centran en el control de los factores de riesgo. También se requiere actualizar el conjunto de beneficios en salud (Programa Médico Obligatorio), de acuerdo con la evidencia de impacto y efectividad.

Los principales indicadores relacionados con salud registrados en OMS³¹ según consulta a la BD en junio 2019 son:

Argentina	
Población total (2016)	43,847,000
Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales)	no disponible
Esperanza de vida al nacer h/m (años, 2016)	74/80
Probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1000 nacidos vivos, 2017)	10
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes, 2016)	143/80
Gasto total en salud por habitante (\$Int, 2014)	1,137
Gasto total en salud como porcentaje del PBI (2014)	4.8

BOLIVIA

➔ El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud, reguladas por el Ministerio de Salud. Está conformado por:

- El subsector público, encabezado por el Ministerio de Salud, actualmente tiene carácter normativo, de regulación y conducción de políticas y estrategias nacionales. En el ámbito regional, se encuentran las gobernaciones, que a través de los Servicios Departamentales de Salud son responsables de la administración de los recursos humanos. En el ámbito local, los gobiernos municipales son los encargados de la administración de los establecimientos de salud a través de los Directorios Locales de Salud.

³¹ <https://www.who.int/countries/es/>

- El subsector de la seguridad social atiende a los trabajadores asalariados organizados. El aporte patronal equivalente al 10% del total ganado por trabajador y el aporte del 3% de la renta de los rentistas y jubilados. Cubre al 30,6% de la población.
- Está conformado por nueve entes gestores (Cajas de Salud) y seguros delegados. Es fiscalizado por el Instituto Nacional de Seguros de Salud.
- Dentro del subsector privado se incluyen las compañías de seguro, las compañías de medicina prepagada y las organizaciones no gubernamentales. La regulación de este subsector es insuficiente.
- El subsector de medicina tradicional está bajo la responsabilidad del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, tiene como objetivo facilitar el acceso a los programas y proyectos de salud a los pueblos indígenas, originarios, campesinos y afro bolivianos.

La gestión en salud es compartida entre los distintos niveles de gestión del sistema. Dentro de cada Municipio la máxima autoridad es el Directorio Local de Salud -DILOS, que tiene por tarea el cumplimiento, implementación y aplicación de las políticas y de los programas de salud considerados prioritarios en el municipio. El DILOS está conformado por el Alcalde Municipal, el Director Técnico del Servicio Departamental de Salud - SEDES y el presidente del Comité de Vigilancia. Y en el ámbito local corresponde a los establecimientos de salud de área y a las brigadas móviles hacerse cargo de la prestación de los servicios.

Desafíos: ³²

- El país ha tratado de consolidar paulatinamente las políticas de salud, económicas y sociales, en línea con las reformas y avances legales logrados desde el 2006.
- En el 2016 se estableció el Plan de Desarrollo Económico y Social para Vivir Bien 2016-2020, que fija resultados y acciones en materia de salud.

³² Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de países. OPS – OMS, 2017

- El país continúa enfrentando la persistencia de la desnutrición crónica, la mortalidad materna e infantil, y las enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles.
- Se espera continuar avanzando en la salud materno infantil, en el tratamiento de la tuberculosis, en la infección por el VIH, en la enfermedad de Chagas, y en la mejora de los sistemas de información en salud.
- Se trabaja para una mejor protección de la población frente a los efectos del cambio climático y los desastres naturales, así como su impacto en salud.
- En coherencia con el abordaje integrado del Gobierno sobre los problemas de desarrollo y equidad, se han creado condiciones para implementar la agenda de desarrollo sostenible.

Los principales indicadores relacionados con salud registrados en OMS³³ según consulta a la BD en junio 2019 son:

Bolivia	
Población total (2016)	10,888,000
Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales, 2013)	5,750
Esperanza de vida al nacer h/m (años, 2016)	69/74
Probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1000 nacidos vivos, 2017)	35
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes, 2016)	214/150
Gasto total en salud por habitante (\$Int, 2014)	427
Gasto total en salud como porcentaje del PBI (2014)	6.3

CHILE

➔ El sistema de salud chileno está compuesto por un sistema mixto de atención integrado por el seguro público, que se denomina FONASA, que es el Fondo Nacional

³³ <https://www.who.int/countries/es/>

de Salud, y uno privado denominado ISAPRE, Instituciones de Salud Previsional. En FONASA existen 4 grupos de clasificación, clasificados por sus ingresos y carga familiar.

En FONASA existen 2 Modalidades de atención

- Modalidad de Atención Institucional (MAI).
- Modalidad Libre Elección (MLE)

Las ISAPRES son Instituciones de Salud Previsional Privadas, encargadas de financiar las prestaciones y beneficios de salud a las personas que cotizan el 7% o un monto superior convenido de sus ingresos mensuales para la salud.

- Modalidades de atención en ISAPRE
- Modalidad Prestadores en Convenio o Preferentes.
- Modalidad Libre Elección.
- Modalidad Cerrada o Médico de Cabecera

Desafíos: ³⁴

- En los próximos años, el sector sanitario deberá afrontar las nuevas epidemias asociadas con factores de riesgo como el tabaco, el alcohol y la mala nutrición por exceso de ingesta calórica, esta última con los consiguientes efectos de sobrepeso y obesidad.
- Desde la última década se han realizado importantes avances, como las políticas sectoriales consagradas a través de leyes sobre las Garantías Explícitas en Salud, nuevas normativas para la regulación del sector farmacéutico y la ley de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo.
- Desde el 2002 existe en el país un programa de salud cardiovascular para personas de 55 años en adelante en la atención primaria (enfermedad cardiovascular aterosclerótica, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia y tabaquismo).
- El sistema público ha tratado de responder a estos desafíos mejorando las redes integradas de servicios de salud y el establecimiento del modelo de salud familiar

³³ Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de países. OPS – OMS, 2017

en la atención primaria. Se ha implementado un Plan Nacional de Salud Mental, que incluye una estrategia nacional de alcohol y un programa nacional de prevención del suicidio.

- Los desafíos en el sector público incluyen dar respuesta al déficit de médicos especialistas y de infraestructura, y a la necesidad de mejorar la gestión y aumentar la eficacia en el primer nivel de atención, asegurando también la provisión adecuada de medicamentos. Sin embargo, el mayor reto para los próximos años será disminuir las desigualdades socioeconómicas que impiden un desarrollo más equitativo, integral e inclusivo.

Los principales indicadores relacionados con salud registrados en OMS³⁵ según consulta a la BD en junio 2019 son:

Chile	
Población total (2016)	17,910,000
Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales, 2013)	21,030
Esperanza de vida al nacer h/m (años, 2016)	76/82
Probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1000 nacidos vivos, 2017)	7
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes, 2016)	114/60
Gasto total en salud por habitante (\$Int, 2014)	1,749
Gasto total en salud como porcentaje del PBI (2014)	7.8

COLOMBIA

➔ El sistema de salud colombiano corresponde a un sistema organizado como un servicio público, donde la garantía del acceso a los servicios y protección financiera de la población se da a través del aseguramiento social. La atención individual en Colombia se presta principalmente a través del aseguramiento en salud, el cual se encuentra compuesto por tres regímenes que responden a las siguientes características y arquitectura:

³⁵ <https://www.who.int/countries/es/>

- Régimen contributivo, orientado a trabajadores y sus familias o población con capacidad de pago. Financiado con base en contribuciones de las empresas y los trabajadores. Las cotizaciones se encuentran ligadas a la nómina o valor de los ingresos para el caso de los trabajadores independiente.
- Régimen subsidiado, orientado a dar cobertura a la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago. Financiado por una contribución cruzada desde los trabajadores del sector formal de la economía y aportes del gobierno nacional y territorial a través de impuestos. Los recursos son encausados mediante subsidios a la demanda. La selección de los beneficiarios se realiza a través de un proceso de focalización que hace uso de la encuesta denominada Sistema de Identificación de Beneficiarios y los listados censales para identificar poblaciones especiales, tales como indígenas y desplazados, entre otros.
- Regímenes especiales, que incluyen a los sistemas de salud independientes de las fuerzas militares, los empleados del magisterio, la Empresa Colombiana de Petróleos y otras organizaciones con autonomía para establecer sus coberturas y estructuras de servicios.

El sistema de salud colombiano ofrece mucho a sus usuarios, en particular da acceso a tratamientos relativamente recientes, a pesar de que son tratamientos costosos y que, por otro lado, los colombianos pagan una fracción muy baja directamente de sus bolsillos. Pero al mismo tiempo en la realidad cotidiana que muchos usuarios del sistema de salud enfrentan a trabas administrativas, generalmente igual de dañinas que innecesarias, impuestas por algunas Entidades promotoras de salud - EPS a sus usuarios, o la negación de tratamientos que deberían cubrir, los tiempos de espera demasiado largos para la consecución de una cita que puede ser urgente hace que en diferentes encuestas los usuarios se declaren insatisfechos con la calidad de la atención recibida y del sistema de salud en su conjunto.

Desafíos:³⁶

- En el marco del Modelo integral de atención en salud - MIAS se está desarrollando el enfoque de salud y medicina familiar y comunitaria, dirigido a mejorar las competencias del talento humano.
- Tanto la política como el modelo integral de atención de salud tratan de mejorar la calidad, la sostenibilidad y la equidad sanitaria. Plantean un marco de acciones y prestaciones desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social en todas las etapas de la vida, lo más cerca posible a su cotidianidad.
- El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 estableció alcanzar la equidad en materia de salud, afectar positivamente los determinantes sociales de la salud y mitigar los impactos de la carga de enfermedad.
- En el 2015, el Gobierno se comprometió a reducir en 8% la mortalidad prematura causada por enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas en la población de 30 a 70 años.
- El Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012-2021 intenta reducir en 30% la mortalidad en este período, integrando el control de los factores de riesgo, como el tabaquismo, el sedentarismo, los altos niveles de consumo de azúcar y la obesidad.

Los principales indicadores relacionados con salud registrados en OMS³⁷ según consulta a la BD en junio 2019 son:

³⁶ Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de países. OPS – OMS, 2017

³⁷ <https://www.who.int/countries/es/>

Colombia	
Población total (2016)	48,653,000
Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales, 2013)	11,890
Esperanza de vida al nacer h/m (años, 2016)	72/79
Probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1000 nacidos vivos, 2017)	15
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes, 2016)	182/92
Gasto total en salud por habitante (\$Int, 2014)	962
Gasto total en salud como porcentaje del PBI (2014)	7.2

ECUADOR

➔ El Sistema de Salud del Ecuador es un sistema mixto, compuesto por los sectores público y privado. El sector público comprende el Ministerio de la Salud Pública-MSP con sus entidades prestadoras y los actores del Sistema Nacional de Seguridad Social orientado al sector formal del mercado de trabajo, integrado por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, que incluye el Seguro Social Campesino; el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, dependiente del Ministerio de Defensa Nacional y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional, dependiente del Ministerio del Interior. Con frecuencia, el Ministerio de Salud Pública opera como reasegurador implícito para aquellos asegurados que no pueden seguir financiando sus atenciones de salud en los otros subsistemas.

El sector privado de salud está integrado tanto por entidades con fines de lucro (empresas de medicina prepaga, proveedores de seguros privados, consultorios, dispensarios, clínicas, hospitales), como por organizaciones sin fines de lucro, tales como ONG, organizaciones de la sociedad civil o asociaciones sociales. Las entidades privadas, debidamente certificadas por parte de las entidades del seguro social, intervienen también como prestadores de servicios para los afiliados del Sistema de Seguridad Social bajo la modalidad de contratos de prestación de servicios. Tanto las empresas privadas aseguradoras, como las de medicina prepaga son supervisadas por la Superintendencia de Compañías.

La instancia máxima de coordinación, concertación sectorial, articulación interinstitucional e intersectorial en salud es el Consejo Nacional de Salud (CONASA), que se constituye en una persona jurídica de derecho público con autonomía administrativa y financiera. El Ministerio de la Salud Pública (MSP) es la Autoridad Sanitaria Nacional con capacidad de dictar normas y ejercer rectoría y control sobre el sistema. El MSP también es el principal prestador de servicios en el país, tanto para servicios de salud colectiva como individual.

Desafíos:³⁸

- Se debe mejorar la promoción de hábitos saludables, el control de determinantes, el acceso a la educación y la medicina preventiva. Para ello, los servicios del primer nivel requerirán mejorar la calidad de su gestión y desempeño.
- En el 2014, la disponibilidad de médicos y enfermeras fue de 20,4 y 10,1 por 10 000 habitantes, respectivamente. A pesar de ello la disponibilidad de especialistas es baja y existe inequidad en su distribución.

Los principales indicadores relacionados con salud registrados en OMS³⁹ según consulta a la BD en junio 2019 son:

Ecuador	
Población total (2016)	16,385,000
Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales, 2013)	10,310
Esperanza de vida al nacer h/m (años, 2016)	74/79
Probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1000 nacidos vivos, 2017)	14
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes, 2016)	142/86
Gasto total en salud por habitante (\$Int, 2014)	1,040
Gasto total en salud como porcentaje del PBI (2014)	9.2

³⁸ Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de países. OPS – OMS, 2017

³⁹ <https://www.who.int/countries/es/>

PARAGUAY

➔ El Sistema de Salud está integrado por los sectores público, privado y mixto. Como parte del sector público tenemos a la administración central, conformada por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social-MSPBS, las Sanidades Militar, Policial y de la Armada. Por su parte, el Instituto de Previsión Social-IPS; la Universidad Nacional de Asunción, con el Hospital de Clínicas y el Centro Materno Infantil; las Gobernaciones y Municipios; componen la administración descentralizada. El sector privado cuenta con entidades sin fines de lucro como las organizaciones no gubernamentales y las cooperativas. Las que tienen fines de lucro comprenden a la medicina prepaga y a los proveedores privados. Por último, la Cruz Roja Paraguaya es una entidad mixta sin fines de lucro, con financiamiento del ministerio y de una fundación privada.

Dentro del sector público, la cobertura de atención a la salud para un 95% de la población total del país está a cargo del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social - MSPBS y del Instituto de Previsión Social- IPS, constituyéndose en las dos instituciones más importantes para la atención de la salud de la población. Ambas cuentan con establecimientos de salud de diversa complejidad, distribuidos por el territorio nacional, si bien la atención primaria solo existe en la red del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Según la Encuesta Permanente de Hogares 2010, 16,4% de la población está cubierta en salud por el IPS y 7% por algún otro tipo de seguro médico (privado, militar o laboral). Así el MSPBS estaría a cargo del 76% de la población no asegurada.

Desafíos: ⁴⁰

- Aunque por ley la autoridad sanitaria es el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la rectoría que ejerce es débil y, en la práctica, el Sistema Nacional de Salud trabaja de forma descoordinada y fragmentada, con diversas modalidades de financiamiento, regulación, afiliación y provisión de servicios.
- El creciente gasto directo de bolsillo (60%) relacionado con la atención de salud está siendo considerado en las estrategias de la Política Nacional de Salud 2015-2030.

⁴⁰ Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de países. OPS – OMS, 2017

Estas deberán extenderse a todo el territorio nacional hasta lograr una transformación sustancial que garantice a los ciudadanos el derecho a la salud.

- El aumento de la prevalencia de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo representa un desafío. Para responder a este, se han creado políticas, instrumentos legales y planes estratégicos orientados a la prevención de los factores de riesgo y la atención de las enfermedades. Este esfuerzo debe dirigirse a enfatizar y garantizar una respuesta nacional intersectorial e integral, con una fuerte participación ciudadana.

Los principales indicadores relacionados con salud registrados en OMS⁴¹ según consulta a la BD en junio 2019 son:

Paraguay	
Población total (2016)	6,725,000
Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales, 2013)	7,640
Esperanza de vida al nacer h/m (años, 2016)	72/76
Probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1000 nacidos vivos, 2017)	21
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes, 2016)	165/125
Gasto total en salud por habitante (\$Int, 2014)	873
Gasto total en salud como porcentaje del PBI (2014)	9.8

PERÚ

➔ El sistema de salud del Perú comprende proveedores de servicios públicos y privados, cada uno de los cuales incorpora un conjunto de mecanismos de financiamiento y suministro de servicios integrados verticalmente:

- El Ministerio de Salud-MINSA, que comprende al Seguro Integral de Salud-SIS como un asegurador público con autonomía

⁴¹ <https://www.who.int/countries/es/>

- El Seguro Social de Salud-EsSalud, adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo - MTPE
- Las Sanidades de Fuerzas Armadas-Marina, Aviación y Ejército, adscrita al Ministerio de Defensa.
- La Sanidad de la Policía Nacional del Perú-PNP, adscrita al Ministerio del Interior
- Las instituciones del sector privado: entidades prestadoras de salud, aseguradoras privadas, clínicas y organizaciones de la sociedad

Existen tres grandes prestadores públicos: Gobiernos Regionales, Ministerio de Salud (Lima Metropolitana) y el Seguro Social de Salud-EsSalud. Otros prestadores públicos (Sanidad de Fuerzas Armadas y Policiales y Municipalidades) tienen una participación muy limitada. Los prestadores privados corresponden a clínicas (empresas) privadas, ONG, parroquias, consultorios médicos privados, etc. Por otro lado, se vienen observado diferentes experiencias de asociaciones público-privadas y otras modalidades similares.

Los establecimientos de salud, entre ellos los del primer nivel de atención, se encuentran clasificados por categorías. La categoría es un grupo de clasificación que caracteriza a los establecimientos de salud en base a niveles de complejidad y características comunes, para lo cual cuentan con unidades productoras de servicios de salud que, en conjunto, determinan su capacidad resolutive respondiendo a realidades sociosanitarias similares y diseñadas para enfrentar demandas equivalentes.

Desafíos: ⁴²

- La Reforma en Salud es un proceso que ha continuado implementándose desde 1990 hasta el 2016. Entre sus hitos más importantes destaca la aprobación de la Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud en el 2009 y la promulgación de 23 decretos legislativos en el 2013. Esta ley es un importante marco normativo para la

⁴² Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de países. OPS – OMS, 2017

estructuración y el funcionamiento del sistema de salud, e incluye temas como el financiamiento, las remuneraciones y el acceso, e incluso la reorganización funcional del Ministerio de Salud.

- Erradicar la exclusión de una parte significativa de la población del acceso a algún nivel de aseguramiento en salud es un desafío pendiente. El aumento en la articulación del sistema, teniendo como primer eslabón la salud primaria, requiere de mayores esfuerzos. Los del nivel primario aún poseen baja capacidad resolutive y afrontan la dificultad de aumentar la cobertura territorial para poder hacer frente, por ejemplo, al envejecimiento de la población en el país.
- También se debe reforzar la estandarización de los sistemas de formación profesional y generar incentivos adecuados para el ejercicio de dichos profesionales en el sector público de salud.
- Hay que continuar mejorando los instrumentos y la calidad de los registros sanitarios del país, especialmente en cuanto a oportunidad y mejor registro de la mortalidad y de otros indicadores sanitarios relevantes.
- La violencia contra la mujer y la trata de personas son fenómenos que requieren un abordaje integral a través de políticas públicas específicas.

Los principales indicadores relacionados con salud registrados en OMS⁴³ según consulta a la BD en junio 2019 son:

⁴³ <https://www.who.int/countries/es/>

Perú	
Población total (2016)	31,774,000
Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales, 2013)	11,360
Esperanza de vida al nacer h/m (años, 2016)	73/78
Probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1000 nacidos vivos, 2017)	15
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes, 2016)	154/94
Gasto total en salud por habitante (\$Int, 2014)	656
Gasto total en salud como porcentaje del PBI (2014)	5.5

URUGUAY

➔ Antes de la reforma de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud-SNIS, el sistema de salud era segmentado. La atención brindada por hospitales y policlínicas del subsistema público estaba dirigida a la población de menores ingresos, es decir, a quienes no podían hacer frente al pago de las cuotas de las instituciones privadas. Por su parte, el sector privado –constituido por las Instituciones de Asistencia Médica Colectivas-IAMC y por los seguros de atención médica, enteramente privados– estaba orientado a la atención de los grupos de ingresos medios y altos que pagan las cuotas mutuales de su bolsillo y a brindar cobertura a los trabajadores privados y públicos del sector formal, para lo que existía una oficina estatal (el Banco de Previsión Social) responsable de actuar como intermediario, recibiendo el aporte de los trabajadores y de los empleadores y contratando a las IAMC.

Con la creación del SNIS se integra el sistema con incorporación progresiva de la población al Seguro Nacional de Salud y garantizando un Plan Integral de Atención a la Salud. El Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) constituye el conjunto de prestaciones que deben garantizar a sus beneficiarios las instituciones acreditadas como prestadores integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud. La Ley de creación del SNIS, en su Art. 5º, refiere dentro de las competencias del Ministerio de Salud: “aprobar los programas de prestaciones integrales de salud que deberán brindar a sus usuarios los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, y mantenerlos actualizados de conformidad con los avances científicos y la realidad epidemiológica de la población”. Por otro lado, el

Artículo 15° de la ley 18.211 que crea el SNIS establece que “la Junta Nacional de Salud suscribirá un contrato de gestión con cada uno de los prestadores que se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud, con el objeto de facilitar el contralor del cumplimiento de las obligaciones que impone a éstos la ley”. Se trata de un cambio desde el punto de vista de la universalidad de su aplicación, dado que, hasta ese momento, las normas dictadas sobre cobertura de prestaciones solo se referían a las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC).

A partir del Decreto del Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS), las obligaciones son idénticas para todo prestador integral, público o privado del país, aspecto relevante dado que el sistema opta por un espectro de prestadores mixto a los cuales el usuario asegurado puede elegir su filiación.

Desafíos: ⁴⁴

- El fortalecimiento del sistema de salud mediante el proceso de reforma ha contribuido a mejores condiciones asistenciales y sanitarias. Sin embargo, enfrenta desafíos del propio sistema y los que demanda el cambio de perfil epidemiológico y envejecimiento.
- Entre los principales retos destacan el cambio climático y la seguridad humana, con un lugar destacado de la violencia y la seguridad alimentaria.
- Las complicaciones y la mortalidad por VIH/sida, a pesar de la disponibilidad de terapia antirretroviral, continúa siendo un desafío relevante. En el año 2012 se inició el proyecto “Hacia la inclusión social y el acceso universal a la prevención y atención integral en VIH/sida en las poblaciones más vulnerables en Uruguay”.

Los principales indicadores relacionados con salud registrados en OMS⁴⁵ según consulta a la BD en junio 2019 son:

⁴⁴ Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de países. OPS – OMS, 2017

⁴⁵ <https://www.who.int/countries/es/>

Uruguay	
Población total (2016)	3,444,000
Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales, 2013)	18,930
Esperanza de vida al nacer h/m (años, 2016)	73/81
Probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1000 nacidos vivos, 2017)	8
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes, 2016)	149/79
Gasto total en salud por habitante (\$Int, 2014)	1,792
Gasto total en salud como porcentaje del PBI (2014)	8.6

VENEZUELA

➔ El sistema de salud de la República Bolivariana de Venezuela está formado por dos subsistemas clasificados con base en el origen de la fuente de financiamiento: el subsistema público de salud y el privado. El subsistema público de salud está formado por las instituciones prestadoras de servicios de salud adscritas a la Administración Pública cuyo financiamiento proviene de recursos públicos, a saber:

- El Ministerio del Poder Popular para la Salud, órgano rector del sector de la salud y principal prestador y financiador de servicios de salud.
- El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, organismo autónomo adscrito al Ministerio del Poder Popular para el Trabajo, fue creado para prestar servicios de salud a los trabajadores formales a nivel nacional, sean del sector público o del privado, y a sus familiares. No obstante, por decisión del Ejecutivo Nacional, desde el año 2000 este organismo presta servicios de salud a toda la población que así lo requiera.
- El Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación y el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas son órganos de la administración descentralizada adscritos al Ministerio del Poder Popular para la Educación y para la Defensa, respectivamente. Prestan servicios de salud a la población afiliada y sus familiares.

El subsistema privado está formado por las instituciones prestadoras de servicios de salud, cuyo financiamiento proviene de fuentes privadas, como son el pago directo de bolsillo o por empresas aseguradoras.

El Ministerio del Poder Popular para la Salud-MPPS, órgano rector del sector de la salud en Venezuela, tiene a su cargo la elaboración, formulación, regulación y seguimiento de políticas en materia de salud integral, incluyendo promoción de la salud y calidad de vida, prevención, restitución de la salud y rehabilitación; control, seguimiento y fiscalización de los servicios, programas y acciones de salud, nacionales, de los estados y municipales de los sectores públicos y privado y todas las contenidas en el Decreto N° 6732 (publicado en Gaceta oficial 369.817 del 17 de junio de 2009) sobre organización y funcionamiento de la Administración Pública Nacional.

Desafíos: ⁴⁶

- La reducción de la mortalidad materna y el control de la malaria se han convertido en temas prioritarios de la agenda sanitaria nacional.
- El objetivo de prevenir y controlar las enfermedades crónicas no transmisibles ha llevado a formular políticas intersectoriales que integran la promoción de prácticas saludables, la calidad de la atención, la regulación y la legislación.
- Dado el rápido incremento del grupo de adultos mayores, surge la prioridad por conservar su capacidad funcional, con el apoyo de servicios especializados en atender a las personas mayores, y que incluyan la sostenibilidad de los cuidados a largo plazo.
- El Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud refleja la voluntad política de mejorar el acceso de toda la población.

Los principales indicadores relacionados con salud registrados en OMS⁴⁷ según consulta a la BD en junio 2019 son:

⁴⁶ Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de países. OPS – OMS, 2017

⁴⁷ <https://www.who.int/countries/es/>

Venezuela	
Población total (2016)	31,568,000
Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales, 2013)	17,890
Esperanza de vida al nacer h/m (años, 2016)	70/79
Probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1000 nacidos vivos, 2017)	31
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes, 2016)	217/93
Gasto total en salud por habitante (\$Int, 2014)	923
Gasto total en salud como porcentaje del PBI (2014)	5.3

MÉXICO

➔ El sistema mexicano de salud comprende dos sectores, el público y el privado. Dentro del sector público se encuentran las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social-IMSS, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado-ISSSTE, Petróleos Mexicanos-PEMEX, Secretaría de la Defensa-SEDENA, Secretaría de Marina-SEMAR y otros] y las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social (Secretaría de Salud-SSa, Servicios Estatales de Salud-SESA, Programa IMSS-Oportunidades IMSS-O, Seguro Popular de Salud-SPS). El sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa.

El sistema mexicano de salud ofrece beneficios en salud muy diferentes dependiendo de la población de que se trate. En el país hay tres distintos grupos de beneficiarios de las instituciones de salud:

- Los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias;
- Los autoempleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, y sus familias, y
- La población con capacidad de pago.

Los trabajadores del sector formal de la economía, activos y jubilados, y sus familias son los beneficiarios de las instituciones de seguridad social, que cubren a 48.3 millones de personas. El IMSS cubre a más de 80% de esta población y la atiende en

sus propias unidades con sus propios médicos y enfermeras. El ISSSTE da cobertura a otro 18% de la población asegurada, también en unidades y con recursos humanos propios. Por su parte, los servicios médicos para los empleados de PEMEX, SEDEÑA y SEMAR en conjunto se encargan de proveer de servicios de salud a 1% de la población con seguridad social en clínicas y hospitales de PEMEX y las Fuerzas Armadas, y con médicos y enfermeras propios.

El segundo grupo de usuarios incluye a los autoempleados, los trabajadores del sector informal de la economía, los desempleados y las personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, así como sus familiares y dependientes. En el 2003, se dio origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su brazo operativo, el SPS. Este cubriría a los que habían quedado excluidos de la seguridad social convencional. Junto con sus familias, estos mexicanos representaban aproximadamente a la mitad de la población del país. En 2008, el SPS contaba con más de 27 millones de afiliados.

Desafíos: ⁴⁸

- La mortalidad materna seguirá siendo un problema prioritario y se deberá asegurar la evaluación y el control de los programas vigentes, como las brigadas de transporte comunitario, los albergues maternos, el acceso y la cobertura de los métodos de planificación familiar, las buenas prácticas en la atención prenatal y el parto, y la vigilancia de los nacimientos por cesáreas. Esto requerirá, además, aplicar un enfoque intercultural en relación con los problemas obstétricos, la igualdad de género y la ejecución de acciones que incidan en el empoderamiento y en la búsqueda del ejercicio de la salud como derecho humano.
- Como resultado de los esfuerzos realizados y de las tendencias observadas, se espera lograr la eliminación de algunas enfermedades desatendidas, como la lepra, la malaria y la rabia, gracias a la concertación de objetivos comunes entre los sectores involucrados en el abordaje de los determinantes sociales de la salud, y al cumplimiento de las metas de desarrollo nacional y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

⁴⁸ Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de países. OPS – OMS, 2017

- Se han formulado políticas intersectoriales con el objetivo de prevenir y controlar las enfermedades crónicas no transmisibles. Estas políticas integran la promoción de prácticas saludables, la calidad de la atención, la regulación y la legislación.
- El Acuerdo Nacional contra la Obesidad y el Sobrepeso; la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes; la implementación del etiquetado frontal en los alimentos de alto contenido calórico; y la regulación de la publicidad de alimentos no saludables en los medios de comunicación en horarios infantiles requieren mecanismos que evalúen su funcionamiento y desarrollo, así como robustecer el marco normativo que permita establecer acciones punitivas por su incumplimiento

Los principales indicadores relacionados con salud registrados en OMS⁴⁹ según consulta a la BD en junio 2019 son:

México	
Población total (2016)	127,540,000
Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales, 2013)	16,110
Esperanza de vida al nacer h/m (años, 2016)	74/79
Probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1000 nacidos vivos, 2017)	13
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes, 2016)	164/89
Gasto total en salud por habitante (\$Int, 2014)	1,122
Gasto total en salud como porcentaje del PBI (2014)	6.3

BELICE

➔ En 1998, el Ministerio de Salud llevó a cabo la reforma del sistema de salud, reorganizando sus servicios en cuatro regiones sanitarias (septentrional, central, occidental y meridional), encabezadas por gerentes regionales de salud. Todos los hospitales regionales están en zonas urbanas y la población rural cuenta con una red de dispensarios, puestos de salud y dispensarios móviles. A través de la introducción del Plan Nacional de Seguro de Salud se prestan servicios de atención mediante una

red de profesionales de atención primaria que se ha centrado en la salud de una determinada base geográfica y de población definida por su condición de pobre.

El sistema de salud de Belice depende en su mayor parte del aporte de fondos públicos. El Gobierno ha asignado al Ministerio de Salud un presupuesto de alrededor del 11% del presupuesto nacional, correspondiente al 3,5% del PBI. La cuestión de los recursos humanos en salud es el elemento crítico del sistema. Esta escasez se ve agravada por su distribución geográfica, pues la mayor parte está radicada en las zonas urbanas, especialmente en la Ciudad de Belice.

El país no cuenta con centros formadores donde se capaciten médicos. Sin embargo, varias categorías de enfermeras, técnicos de laboratorio, farmacéuticos y trabajadores sociales reciben educación reglada en la Universidad de Belice. El Ministerio de Salud emplea un sistema de información de salud para registrar los datos de los pacientes y para integrar las fuentes de datos electrónicamente, facilitándose el análisis de datos y la información de salud. El sistema cubre todo el país y se considera actualizado y preciso. El Ministerio reconoce que, a pesar de la existencia de su sistema de información, sigue habiendo una brecha en la cantidad y calidad del registro, originada en los médicos y funcionarios.

Desafíos: ⁵⁰

- El sistema de salud de Belice afronta retos importantes en el corto y mediano plazo. Estos incluyen el aumento de las enfermedades crónicas como principales causas de mortalidad, las amenazas que plantean las enfermedades víricas emergentes, la escalada de los costos producto de la violencia urbana, la alta tasa de infecciones por VIH y las dificultades para atraer y retener personal en el sector salud. Dada la gran vulnerabilidad de Belice, el cambio climático plantea riesgos adicionales para la salud y otros sectores.
- La estructura de la economía del país, en particular el predominio creciente del turismo en el perfil económico y la continua dependencia de las industrias de exportación, que emplean a un gran número de trabajadores migrantes estacionales,

⁵⁰ Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de países. OPS – OMS, 2017

implica el movimiento transfronterizo continuo de personas que pueden requerir servicios del sistema de salud. La afluencia continua de inmigrantes estacionales es paralela al movimiento de inmigrantes indocumentados que se instalan en comunidades remotas donde el acceso a la atención médica sigue siendo problemático.

- La escasez crónica de determinadas categorías de profesionales de salud y su baja tasa de retención hace necesario que Belice traiga a estos profesionales del exterior, lo cual genera gastos recurrentes por la adaptación de los recién llegados.
- Se consideran prioridades de acción urgentes los problemas derivados de las enfermedades crónicas no transmisibles, particularmente la diabetes, y las amenazas de infecciones víricas. También debe evaluarse si la asignación y administración de los fondos públicos al Ministerio de Salud se están optimizando para abordar estas prioridades de manera efectiva.
- Un gran desafío para el país es consolidar los logros obtenidos y reducir la vulnerabilidad social y sanitaria de algunos grupos de población.
- La evolución negativa de los ingresos del Gobierno ocasionada por circunstancias macroeconómicas adversas y un rápido aumento de la deuda pública representa una amenaza primaria para el sistema de salud debido a su dependencia sustancial de la financiación pública.

Los principales indicadores relacionados con salud registrados en OMS⁵¹ según consulta a la BD en junio 2019 son:

⁵¹ <https://www.who.int/countries/es/>

Belice	
Población total (2016)	367,000
Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales, 2013)	8,160
Esperanza de vida al nacer h/m (años, 2016)	68/73
Probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1000 nacidos vivos, 2017)	14
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes, 2016)	225/132
Gasto total en salud por habitante (\$Int, 2014)	489
Gasto total en salud como porcentaje del PBI (2014)	5.8

COSTA RICA

➔ Los servicios personales de salud se prestan en el sector público, el sector privado y un difuso sector mixto. El sector público está dominado por la Caja Costarricense de Seguro Social-CCSS, principal proveedor de servicios personales. El Ministerio de Salud-MS, como ente rector del sistema, y las instituciones adscritas al mismo, como los Centros de Educación y Nutrición -CEN, los Centros Infantiles de Nutrición y Alimentación-CINAI y el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia -IAFA, atienden a poblaciones con carencias nutricionales y problemas de adicción a sustancias psicoactivas, respectivamente.

En el subsector privado se encuentran los servicios médicos privados, cinco compañías aseguradoras, las cooperativas (organizaciones sin fines de lucro contratados por la CCSS), las empresas de autogestión, las clínicas y los hospitales privados.

El Instituto Nacional de Seguros-INS opera tanto en el sector público como en el privado, y es responsable de las coberturas de los riesgos laborales y de tránsito, y de otorgar servicios médicos hospitalarios y de rehabilitación traumatológica relacionados.

El seguro de salud se constituyó para la población trabajadora y con el paso de los años se ha extendido a nuevos beneficiarios estrechamente ligados a la categoría de contribuyente y no contribuyentes al sistema. Éstos se clasifican según diversas modalidades de aseguramiento, a saber: a) asegurados directos (trabajadores

asalariados; pensionados y jubilados de cualquiera de los sistemas estatales; personas que individual o colectivamente se acojan a la modalidad de seguro voluntario; trabajadores independientes, que cotizan al seguro en forma individual o colectiva; población en condición de pobreza, aseguradas por el Estado); b) asegurados indirectos (familiares y dependientes de los asegurados directos a quienes se les haya otorgado el beneficio familiar), y c) no asegurados (personas con capacidad contributiva que no aportan a la seguridad social y migrantes indocumentados).

Desafíos: ⁵²

- Como problemas principales de salud, también destacan el déficit nutricional en niñas y niños, el sobrepeso en adultos, la prevalencia de enfermedades crónicas y los incrementos en sus costos de atención.
- Se mantienen desigualdades entre los diversos grupos de la población. El sistema de salud enfrenta el reto de contribuir a generar mayores niveles de equidad y solidaridad.
- Otro gran desafío es el debilitamiento de la rectoría del Ministerio de Salud, entre otras razones, por problemas de organización, seguimiento y evaluación, separación inconclusa de funciones y frágil coordinación con la Caja Costarricense de Seguro Social.
- En los últimos años ha surgido la preocupación sobre la calidad y productividad de los servicios de salud, así como la situación financiera y el riesgo de una eventual falta de sustentabilidad de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- El aumento de la violencia y sus implicaciones en la salud y la demanda de servicios de salud requerirá no solo acciones contra la delincuencia criminal, sino iniciativas para mejorar la convivencia, como proteger el ejercicio de los derechos de los grupos vulnerables, garantizar un ingreso decente a todos los ciudadanos, fomentar una educación que respete la diversidad y generar espacios de encuentro seguros para las personas.

⁵² Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de países. OPS – OMS, 2017

- El envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles requerirán implementar estrategias idóneas para promover estilos de vida saludables, mejorar los centros urbanos y fortalecer la protección social de las personas mayores.

Los principales indicadores relacionados con salud registrados en OMS⁵³ según consulta a la BD en junio 2019 son:

Costa Rica	
Población total (2016)	4,857,000
Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales, 2013)	13,570
Esperanza de vida al nacer h/m (años, 2016)	77/82
Probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1000 nacidos vivos, 2017)	9
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes, 2016)	126/66
Gasto total en salud por habitante (\$Int, 2014)	1,389
Gasto total en salud como porcentaje del PBI (2014)	9.3

Cuba

➔ En Cuba el Estado regula, financia y presta los servicios de salud. Estos servicios operan bajo el principio de que la salud es un derecho social inalienable, lo que define al sistema de salud cubano como un verdadero Sistema Nacional de Salud-SNS.

El Ministerio de Salud Pública-MINSAP es el organismo rector del SNS y, por lo tanto, el encargado de dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de las políticas del Estado y del Gobierno en materia de salud pública, desarrollo de las ciencias médicas e industria médico-farmacéutica.

El sistema de salud cubano cuenta con tres niveles administrativos (nacional, provincial y municipal) y cuatro de servicios (nacional, provincial, municipal y de sector). Las direcciones provinciales y municipales de salud se subordinan administrativamente

⁵³ <https://www.who.int/countries/es/>

a las asambleas provinciales y municipales de los organismos de los gobiernos locales, de los que reciben el presupuesto, los abastecimientos, la fuerza laboral y el mantenimiento. Cada provincia conforma sistemas locales de salud en sus municipios.

Los principios rectores del sistema de salud cubano son los siguientes: carácter estatal y social de la medicina; accesibilidad y gratuidad de los servicios; orientación profiláctica; aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y la técnica; participación de la comunidad e intersectorialidad; colaboración internacional, centralización normativa y descentralización ejecutiva.

El SNS de Cuba cuenta con un conjunto de instituciones que tienen la obligación de garantizar el acceso libre e igualitario a todos los programas y servicios de salud y brindar una cobertura al 100% de la población. Dicho acceso no está determinado por el nivel de ingreso, ocupación en la economía o pertenencia a un sistema de aseguramiento público o privado.

Desafíos: ⁵⁴

- La dinámica y características demográficas del país ocupan una atención prioritaria. Entre dichas características destacan la baja fecundidad de la población, el envejecimiento y la consecuente pérdida de la tasa de reemplazo, con aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Las enfermedades crónicas, además de su elevada mortalidad, provocan importantes cargas caracterizadas por agudizaciones recurrentes con discapacidad creciente, y estas condiciones ejercen mayor presión de demanda de servicios de salud. Para ello, se requiere una mayor asignación de recursos humanos, materiales y financieros con el fin de satisfacer las necesidades de salud.
- Es importante mejorar la resiliencia y la capacidad de respuesta del sector salud a la relación entre el cambio climático y la salud humana. Este requerimiento apela a la necesidad de nuevas acciones clave que hay que desarrollar. Un gran desafío para los

⁵⁴ Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de países. OPS – OMS, 2017

próximos años es responder a la necesidad de adoptar los mecanismos para asegurar la sostenibilidad y proyección de sus logros en un marco caracterizado por una nueva realidad demográfica, epidemiológica, económica, social y política.

Los principales indicadores relacionados con salud registrados en OMS⁵⁵ según consulta a la BD en junio 2019 son:

Cuba	
Población total (2016)	11,476,000
Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales, 2011)	18,520
Esperanza de vida al nacer h/m (años, 2016)	77/81
Probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1000 nacidos vivos, 2017)	5
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes, 2016)	116/68
Gasto total en salud por habitante (\$Int, 2014)	2,475
Gasto total en salud como porcentaje del PBI (2014)	11.1

EL SALVADOR

➔ El sistema de salud salvadoreño está compuesto por dos sectores, el público y el privado. El sector público incluye el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social-MSPAS, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social-ISSS, el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación a los Inválidos-ISRI, Sanidad Militar, el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial-ISBM y el Fondo Solidario para la Salud-FOSALUD. El sector privado comprende las entidades privadas lucrativas y no lucrativas.

El ISSS y el MSPAS cubren a la mayor parte de la población salvadoreña. El ISSS es una entidad autónoma y tiene como fin la seguridad social de los trabajadores del sector formal de la economía, mientras que el MSPAS, además de ofrecer servicios de salud a la población sin seguridad social, es el ente regulador del sector. El ISRI es una institución autónoma cuya finalidad es la provisión de servicios especializados de rehabilitación a personas con discapacidad. Sanidad Militar ofrece protección social

⁵⁵ <https://www.who.int/countries/es/>

en salud a las fuerzas armadas. Finalmente, el ISBM es una entidad oficial autónoma de derecho público que cubre a la población docente y sus familias.

FOSALUD, es una entidad de derecho público vigente desde 2004 que cuenta con plena autonomía tanto en lo financiero como en lo administrativo y presupuestario adscrita al MSPAS. Esta instancia tiene como objetivos: propiciar la creación de programas especiales para ampliar la cobertura de los servicios de salud; formular y ejecutar programas integrales que atiendan las necesidades básicas de salud de la población más vulnerable del país, y fomentar campañas de educación para la salud.

El sector privado está integrado sobre todo por organizaciones lucrativas establecidas en las principales ciudades salvadoreñas. Estas organizaciones ofrecen servicios en el mercado privado y venden servicios al Instituto Salvadoreño del Seguro Social - ISSS y al Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial- ISBM. Las organizaciones no lucrativas (ONG, iglesias y otras), por su parte, operan sobre todo en las zonas rurales de El Salvador.

La Constitución Política de El Salvador dispone que la salud de los habitantes es un bien público y que el Estado dará asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos y habitantes en general en la prevención de enfermedades transmisibles. Sin embargo, muchos salvadoreños no tienen acceso regular a servicios de salud, en particular los pobres del campo.

Desafíos: ⁵⁶

- Es imperativa una integración más efectiva de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, con centralización de la gestión presupuestaria y de recursos humanos. Además, se requiere consolidar en forma coherente el marco jurídico global.
- El sistema de salud enfrenta el desafío de mejorar su capacidad de respuesta para afrontar con efectividad el incremento de la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad, producidas tanto por las enfermedades transmisibles como las enfermedades crónicas no transmisibles.

⁵⁶ Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de países. OPS – OMS, 2017

- La vigilancia, la prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles son necesarios para su efectivo control y prevención, así como contar con acciones intersectoriales que permitan incidir en los determinantes sociales y los factores de riesgo.
- La consolidación del Sistema Único de Información Nacional en Salud permitirá obtener información útil para la toma de decisiones.
- De acuerdo con el Plan Quinquenal de Desarrollo 2015-2019, se espera reducir la mortalidad materna a un nivel menor de 35 muertes por 100 000 nacidos vivos, mantener la mortalidad infantil por debajo de 8 muertes por 1 000 nacidos vivos, conservar las coberturas de vacunación sobre 95% y reducir en 3% el gasto directo de bolsillo de los hogares.
- El problema de las pandillas es un desafío para los salvadoreños, ya que es el obstáculo fundamental para la implementación de iniciativas de desarrollo sostenible y atenta contra la salud de la población.

Los principales indicadores relacionados con salud registrados en OMS⁵⁷ según consulta a la BD en junio 2019 son:

El Salvador	
Población total (2016)	6,345,000
Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales, 2013)	7,490
Esperanza de vida al nacer h/m (años, 2016)	69/78
Probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1000 nacidos vivos, 2017)	14
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes, 2016)	261/103
Gasto total en salud por habitante (\$Int, 2014)	565
Gasto total en salud como porcentaje del PBI (2014)	6.8

⁵⁷ <https://www.who.int/countries/es/>

GUATEMALA

➔ El sistema de salud de Guatemala está compuesto por un sector público y otro privado. El sector público comprende, en primer lugar, al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social-MSPAS, el cual formalmente brinda atención a 70% de la población. En segundo lugar, está el Instituto Guatemalteco del Seguro Social-IGSS, que ofrece cobertura a menos de 17.45% de la población vinculada con el empleo formal. Finalmente, la Sanidad Militar cubre a los miembros de las fuerzas armadas y la policía, incluyendo a sus familias, menos de 0.5% de la población. Otras instituciones gubernamentales participan de manera marginal en ciertas actividades de salud.

El 12 % de los guatemaltecos recurre al sector privado en busca de atención a su salud. En este sector participan organizaciones de la sociedad civil-OSC y/o religiosas que operan sin fines de lucro. También existe un poco significativo sector de seguros privados de salud. De acuerdo con estimaciones del MSPAS, las organizaciones no gubernamentales ofrecen cobertura a cerca de 18% de la población. Los seguros privados cubren a menos de 8% de la población, principalmente perteneciente a los dos quintiles más ricos y predominantemente urbanos.

Los recursos del MSPAS provienen de ingresos fiscales del Estado, de recursos externos en forma de asistencia, préstamos y donaciones internacionales y, de manera poco significativa, de cuotas por servicios, cuyos aranceles son muy bajos. En 2008 el gobierno impulsó la gratuidad de los servicios en un escenario caracterizado por el déficit de insumos en los servicios hospitalarios y falta de presupuesto para el pago del recurso humano. El IGSS obtiene recursos de las cotizaciones de los asalariados afiliados, de los empleadores y del Estado.

El sector privado, subdividido en lucrativo y no lucrativo, se financia en 86% con pagos de bolsillo. Sólo 14% de su financiamiento corresponde a la compra de planes de salud a empresas de seguros. El sector privado no lucrativo puede subdividirse en una variedad de OSC laicas y asociaciones religiosas, ambas con una importante presencia en zonas rurales, las cuales ofrecen planes de educación, prevención y atención en dispensarios, clínicas, centros de salud y hospitales.

Desafíos: ⁵⁸

- Los principales desafíos del sistema de salud se enfocan en estructurar políticas y planes que sean factibles, que puedan implementarse progresivamente y que a su vez consideren las posibilidades reales de desarrollo, de acuerdo al recurso disponible, al contexto nacional y a las condicionantes financieras globales del país.
- Hay que implementar un modelo que favorezca el acceso y la cobertura universal de salud, con especial atención al abordaje de los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud.
- Resolver las barreras de acceso relacionadas con el idioma, debido al monolingüismo de gran parte de la población indígena, es un aspecto que preocupa.
- En las políticas de salud deben integrarse mecanismos y herramientas que aborden los determinantes de la salud de un modo intersectorial, que vinculen al sector con la agenda social y económica global, y que mejoren la función rectora de la autoridad sanitaria.
- De igual manera, se requiere una coordinación intersectorial apropiada para abordar las acciones en respuesta a los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Los principales indicadores relacionados con salud registrados en OMS⁵⁹ según consulta a la BD en junio 2019 son:

⁵⁸ Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de países. OPS – OMS, 2017

⁵⁹ <https://www.who.int/countries/es/>

Guatemala	
Población total (2016)	16,582,000
Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales, 2013)	7,130
Esperanza de vida al nacer h/m (años, 2016)	70/76
Probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1000 nacidos vivos, 2017)	28
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes, 2016)	208/119
Gasto total en salud por habitante (\$Int, 2014)	473
Gasto total en salud como porcentaje del PBI (2014)	6.2

GUYANA

➔ El Ministerio de Salud presta servicios directamente mediante un Paquete de Servicios de Salud con Garantía Pública, en colaboración con los diez departamentos regionales de salud de los Consejos Democráticos Regionales Subnacionales, la Georgetown Public Hospital Corporation y las autoridades regionales de salud.

El sistema de salud de Guyana está altamente descentralizado y la responsabilidad de financiar, dirigir y proveer servicios sanitarios recae sobre el Ministerio del Gobierno Local y Desarrollo Regional, quien actúa a nivel regional a través de los Consejos Democráticos Regionales y las Autoridades de Salud Regionales. Guyana está dividida en diez regiones de salud que proporcionan atención primaria, secundaria y terciaria de la salud. Conjuntamente, estas regiones comprenden un total de 375 centros de salud distribuidos en cinco niveles asistenciales.

El sector de salud privado de Guyana proporciona algunos servicios de salud primarios a través de la medicina privada y diversos profesionales de la salud. Diversos proveedores privados prestan servicios médicos en instituciones reglamentadas mediante el pago de una tarifa por parte del cliente. El Ministerio de Salud trabaja junto a estas instituciones para ofrecer un conjunto de servicios de salud que no están disponibles en el Paquete de Servicios de Salud con Garantía Pública, tales como cirugía cardíaca, diálisis, quimioterapia para el tratamiento del cáncer, imágenes diagnósticas y trasplante de órganos. Además, el Ministerio de Salud gestiona servicios de mayor complejidad en el extranjero para pacientes que lo necesiten (por ejemplo,

cirugía de retina, neurocirugía y otros), cuando estos servicios no están disponibles en los sectores público o privado en el país.

Desafíos: ⁶⁰

- Los problemas principales que enfrenta Guyana son las enfermedades no transmisibles, los trastornos mentales (suicidio), la infección por el VIH y la tuberculosis, las enfermedades transmitidas por vectores y el número insuficiente de personal de salud capacitado.
- La malaria genera gran preocupación en Guyana. Su transmisión siempre ha estado vinculada al movimiento de las personas desde la costa hacia las regiones del interior, dada su participación en actividades económicas asociadas a las industrias extractivas (minería y madera).
- En el 2016 se crearon diversas instancias para discutir y priorizar los desafíos y las limitaciones de salud que enfrenta el país en el contexto de las inequidades y la participación multisectorial. Las estrategias de distinto plazo tienen como objetivo ampliar el acceso a servicios de salud equitativos, de calidad e integrales.
- Otro objetivo es reorientar las modalidades de financiamiento de la salud, con el fin de aumentar la eficiencia y las inversiones públicas y multisectoriales en materias relacionadas con la salud.
- Debe mejorarse la administración y la gobernanza para redefinir las funciones y la estructura del Ministerio de Salud Pública con el fin de abordar de la mejor manera posible las desigualdades en salud.
- También hay que mejorar la colaboración intersectorial (asociaciones estratégicas) formalizando las comisiones de salud en el gabinete gubernamental, además de establecer grupos técnicos interministeriales que contemplen la participación del nivel administrativo regional.

⁶⁰ Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de países. OPS – OMS, 2017

Los principales indicadores relacionados con salud registrados en OMS⁶¹ según consulta a la BD en junio 2019 son:

Guyana	
Población total (2016)	773,000
Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales, 2013)	6,550
Esperanza de vida al nacer h/m (años, 2016)	64/69
Probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1000 nacidos vivos, 2017)	31
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes, 2016)	313/210
Gasto total en salud por habitante (\$Int, 2014)	379
Gasto total en salud como porcentaje del PBI (2014)	5.2

HONDURAS

➔ El sistema de salud de Honduras está compuesto por un sector público y un sector privado. De acuerdo con el Código de Salud, el primero está constituido por las Secretarías de Salud-SS, Gobernación y Justicia, Trabajo y Previsión Social, Educación Pública, Recursos Naturales, Planificación, Coordinación y Presupuesto, Instituto Hondureño de Seguridad Social-IHSS, Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados, y las municipalidades.

Destacan dos instituciones en la prestación de servicios de salud, la SS, que ejerce una doble función al ser rector del sistema y proveedor de servicios, y el IHSS. La primera ofrece atención a toda la población. Sin embargo, se estima que únicamente cerca de 60% de los hondureños acceden a estos servicios de manera regular. El segundo cubre a menos de la mitad de la población asalariada del sector formal de la economía, lo cual equivale aproximadamente a 18% de la población hondureña. Ambas instituciones cuentan con centros de salud y hospitales, y se complementan en el nivel local mediante instalaciones de la Junta Nacional de Bienestar y de la Secretaría de Trabajo y Seguridad Social-STSS o con la contratación de proveedores

⁶¹ <https://www.who.int/countries/es/>

privados. La Secretaría de Defensa también cuenta con unidades de salud, como el Hospital Militar.

El Instituto Hondureño de la Niñez y la Familia contribuye al sistema de salud mediante programas de cuidado infantil, atención nutricional y actividades de estimulación temprana, y atención a niños y adolescentes con discapacidad, así como con el desarrollo de las Consejerías de Familia que promueven la atención psicológica a personas que ejercen violencia intrafamiliar.

El sector privado cuenta con prestadores con y sin fines de lucro. Entre los primeros se encuentran hospitales, clínicas y profesionistas independientes y once empresas que ofrecen seguros de salud. Entre los segundos se incluyen organizaciones de la sociedad civil como CARE, Visión Mundial HOGASA, Médicos Mundi, Aldea Global, Asociaciones de Pastores, ASHONPLAFA y MOPAWI, entre otros.

Desafíos: ⁶²

- Se está procurando impulsar y mejorar las alianzas multisectoriales y la generación de evidencia para aplicar el enfoque de salud en todas las políticas, y en particular en lo que respecta a las enfermedades no transmisibles y a las lesiones por causas externas. También se considera pertinente y necesario el mayor desarrollo de capacidades y competencias nacionales para medir la equidad y las desigualdades en la salud, así como para aplicar de un modo efectivo los enfoques de derechos humanos, igualdad de género y etnicidad.
- El Gobierno ha identificado un conjunto de desafíos sanitarios: i) reestructurar la Secretaría de Salud para fortalecer su rol rector e implementar la separación de funciones; ii) implementar el Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión por Resultados, fortaleciendo así el Sistema Integrado de Información en Salud; iii) desarrollar políticas públicas que promuevan modos y estilos de vida saludables; iv) implementar el Reglamento Sanitario Internacional; v) vigilar el cumplimiento del Convenio Marco para el Control del Tabaco; vi) readecuar la infraestructura para el funcionamiento idóneo de la red de servicios de salud; vii) realizar investigaciones

⁶² Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de países. OPS – OMS, 2017

en poblaciones indígenas y afrodescendientes, que arrojen información para intervenciones basadas en la evidencia; viii) incorporar talento humano en cantidad, calidad y pertinencia, especialmente para fortalecer el primer nivel de atención y asegurar la continuidad del modelo, y ix) fortalecer las acciones de calidad de atención y seguridad del paciente en los establecimientos.

Los principales indicadores relacionados con salud registrados en OMS⁶³ según consulta a la BD en junio 2019 son:

Honduras	
Población total (2016)	9,113,000
Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales, 2013)	4,270
Esperanza de vida al nacer h/m (años, 2016)	73/78
Probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1000 nacidos vivos, 2017)	18
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes, 2016)	172/119
Gasto total en salud por habitante (\$Int, 2014)	400
Gasto total en salud como porcentaje del PBI (2014)	8.7

NICARAGUA

➔ El Ministerio de Salud-MINSA es responsable de garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la población según la Ley General de Salud 2002. Con el fin de lograr la cobertura universal, se establecieron tres regímenes: contributivo, no contributivo y voluntario. El régimen contributivo lo implementan el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), que administra, entre otros, los seguros de salud obligatorio y facultativo para los trabajadores del sector formal, los Ministerios de Gobernación-MIGOB y Defensa-MIDDEF, que cubren a los miembros de las fuerzas armadas y la administración pública, y, desde 2007, el Ministerio de Educación. El régimen no contributivo está a cargo del MINSA. Los servicios del régimen voluntario los presta el sector privado.

⁶³ <https://www.who.int/countries/es/>

El MINSA, MIGOB y MIDEF cuentan con instalaciones propias. Los establecimientos del MINSA se organizan en forma de red de referencia y se distinguen de la siguiente manera: Puesto de Salud Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Familiar, Hospitales Primarios, Policlínicos, Hospitales Departamentales, Hospitales Regionales (con sus Centros de Diagnóstico de Alta Tecnología), Hospitales con Servicios de Referencia Nacional y Servicios Nacionales de Tercer Nivel de Atención.

El INSS contrata servicios de Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud (IPSS), tanto del sector público como del privado, certificadas por el MINSA.

En 2007 el gobierno de Nicaragua adoptó un nuevo modelo de atención en salud llamado Modelo de Salud Familiar y Comunitario-MOSAF. Los objetivos de este modelo son los siguientes: 1) construir servicios de salud eficaces, efectivos y eficientes que generen una mejora equitativa de la situación de salud de la población; 2) alcanzar mayores niveles de satisfacción de los usuarios y 3) alcanzar mejoras en el nivel de protección financiera en salud.

Desafíos: ⁶⁴

En lo relativo a las condiciones de vida de los sectores más vulnerables, la política de salud se enfoca en restituir el derecho a un medio ambiente sano, mediante la salud preventiva, y la recepción de servicios integrales e integrados, gratuitos y de calidad, mediante la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario.

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario orienta la acción sectorial de salud a través de la inserción de personas, familias, comunidades y otros actores sociales, permitiendo un abordaje sistemático e integral de la respuesta social a problemas endémicos y epidémicos.

La formación continua de los recursos humanos es clave para responder a las transferencias de tecnologías, a las demandas sanitarias y a la ejecución de la estrategia nacional de salud. La falta de recursos humanos dedicados exclusivamente al desarrollo de software limita el avance de la construcción del sistema de información

⁶⁴ Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de países. OPS – OMS, 2017

en salud; entre los desafíos pendientes se pueden mencionar la articulación de las plataformas y la codificación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en el Centro Nacional de Diagnósticos y Referencias.

Se debe mejorar el desarrollo de capacidades para la intervención intersectorial en la estrategia de gestión integrada de arbovirosis, para el control del dengue, el virus del Zika y el chikunguña.

Para abordar estos desafíos se requieren mejores sistemas de información, el análisis de la salud, la documentación de buenas prácticas, la generación de evidencia y la gestión del conocimiento, basada en redes de cooperación.

Los principales indicadores relacionados con salud registrados en OMS⁶⁵ según consulta a la BD en junio 2019 son:

Nicaragua	
Población total (2016)	6,150,000
Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales, 2013)	4,440
Esperanza de vida al nacer h/m (años, 2016)	72/78
Probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1000 nacidos vivos, 2017)	17
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes, 2016)	190/103
Gasto total en salud por habitante (\$Int, 2014)	445
Gasto total en salud como porcentaje del PBI (2014)	9

PANAMÁ

➔ El Sistema de Salud de Panamá. Es un sistema bicéfalo (Caja del Seguro Social-CSS y Ministerio de Salud de la República de Panamá -MINSA como proveedores). El gobierno llamó al diálogo por la transformación del sistema salud (julio de 2014) y en diciembre del 2015 se presentó la hoja de ruta o libro blanco que destaca el diagnóstico de la situación de salud y el camino para mejorarlo, teniendo como

⁶⁵ <https://www.who.int/countries/es/>

como fundamento, el reforzamiento de la atención primaria de salud (como profesa la Declaración de Alma Ata). Después de esto, se formó la Comisión de Alto Nivel (integrada por los gremios de la salud y de pacientes), que ha aportado insumos necesarios para leyes y divulgación de la necesidad de la coordinación entre la CSS y el MINSA.

El MINSA y la CSS han homologado ya la mayoría de las distorsiones administrativas (salarios, reglamentos, programas, protocolos de atención). Además, se activó la Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá-CONAMEP cuya función es hacer un listado único de medicinas para Panamá (ya entregado). Por otro lado, las direcciones de planificación de ambas instituciones se han dividido la construcción de instalaciones de salud y evitar así la duplicidad de estas.

El sistema de salud de Panamá se caracteriza por ser un sistema fragmentado, en el que persiste la ineficiencia e ineficacia, con una deficiente utilización y prestación de los servicios, lo que se profundiza por la falta de un proceso continuo de evaluación del gasto o inversión, que retroalmente la ejecución del presupuesto.

Desafíos: ⁶⁷

En la actualidad, las enfermedades crónicas no transmisibles (sobre todo las del sistema circulatorio) son las principales causas de muerte, tanto en hombres como en mujeres. Dado que su prevalencia aumenta con la edad y dado que el proceso de envejecimiento de la población continuará, se espera que las enfermedades crónicas sigan aumentando en el futuro.

El país debe enfrentar las marcadas desigualdades existentes entre la población urbana y la rural, tanto en lo que respecta a los determinantes sociales como a la situación de salud de los diversos grupos de población.

Es necesario resolver las diferencias en la cobertura de servicios y en el acceso a servicios integrados de salud de calidad, lo que requiere mayor disponibilidad y mejor distribución de los recursos humanos, la infraestructura sanitaria de todo tipo, la tecnología sanitaria, los medicamentos y otros insumos médicos.

Los principales indicadores relacionados con salud registrados en OMS⁶⁷ según consulta a la BD en junio 2019 son:

Panamá	
Población total (2016)	4,034,000
Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales, 2013)	19,290
Esperanza de vida al nacer h/m (años, 2016)	75/81
Probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1000 nacidos vivos, 2017)	16
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes, 2016)	145/76
Gasto total en salud por habitante (\$Int, 2014)	1,677
Gasto total en salud como porcentaje del PBI (2014)	8

REPÚBLICA DOMINICANA

➔ A partir de 2001, se crea un nuevo marco legal para el sistema de salud, integrado por un conjunto amplio de leyes, reglamentos, normas y disposiciones administrativas provenientes de distintas instancias e instituciones estatales. Las dos herramientas jurídicas fundamentales son la Ley General de Salud (Ley 42-01) y la ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social-SDSS (Ley 87-01). Mediante ambas normativas se establece un sistema complejo de instituciones de naturaleza pública, privada y sin fines de lucro, especializadas en funciones específicas.

En términos de cobertura, a fines de 2009, 34% de la población estaba afiliada al nuevo sistema de seguridad social. De este total, 61% estaba afiliada a través del régimen contributivo y 39% a través del régimen subsidiado. Todas estas personas están afiliadas a una administradora de riesgos de salud-ARS que recibe por cada una de ellas un per cápita de la Tesorería de la Seguridad Social-TSS. El usuario del régimen contributivo puede escoger entre los proveedores privados que le ofrece la ARS de su elección. El usuario del régimen subsidiado sólo puede estar afiliado a la ARS pública, que se denomina Seguro Nacional de Salud-SENASA, y utiliza los servicios de la red de provisión pública o los hospitales privados sin fines de lucro especializados. Cuando no existen los servicios en el sector público, el SENASA paga por ellos en el sector

privado. Estos usuarios tienen preferencia al utilizar los hospitales y clínicas públicas, pues su lista de espera es menor y tienen acceso a medicamentos.

El 54% de la población total no cuenta aún con cobertura de salud y, por lo tanto, se mantiene en el sistema antiguo, es decir, se atiende en la red de provisión pública integrada que administra el Ministerio de Salud Pública-MSP o paga con dinero de su bolsillo a los proveedores del sector privado.

Los fondos de la seguridad social se incrementaron sustancialmente entre 2007 y 2008, pasando de 8 a 17% del gasto nacional en salud como resultado de la aplicación del régimen contributivo de la seguridad social. Esto transformó una parte importante de los seguros voluntarios privados y planes de prepago privados en ARS.

Desafíos: ⁶⁸

- La prevención y la reducción de las enfermedades no transmisibles requieren de un abordaje intersectorial para la adopción de normas y acciones frente a los principales factores de riesgo en la población, en aspectos como los relacionados con el tabaquismo y el etiquetado de alimentos.
- Algunos de los determinantes sociales y de salud sobre los adolescentes implican la necesidad de adoptar políticas del Estado en relación con los matrimonios entre menores, los abortos terapéuticos y la ausencia de educación sexual.
- Los brotes de cólera y la tuberculosis resistente son parte de los desafíos que requieren un trabajo conjunto con otros países de la Región.
- La atención de lesiones por causa externa, los trastornos ligados al uso de sustancias, la violencia social y la prevención de los asesinatos de mujeres se han consolidado como problemas importantes para la salud colectiva.
- Es crítico mejorar la estructura y los sistemas de registros de nacimientos, específicamente en las zonas con mayor nivel de pobreza y en las fronteras.

⁶⁸ Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de países. OPS – OMS, 2017

Se estima que 20,8% de la población de entre 0 y 5 años no está presente en los registros, lo que constituye un obstáculo para la prestación de servicios básicos y para la planificación sanitaria.

Los principales indicadores relacionados con salud registrados en OMS⁶⁹ según consulta a la BD en junio 2019 son:

República Dominicana	
Población total (2016)	10,649,000
Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales, 2013)	11,150
Esperanza de vida al nacer h/m (años, 2016)	71/77
Probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1000 nacidos vivos, 2017)	30
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes, 2016)	202/117
Gasto total en salud por habitante (\$Int, 2014)	580
Gasto total en salud como porcentaje del PBI (2014)	4.4

⁶⁹ <https://www.who.int/countries/es/>

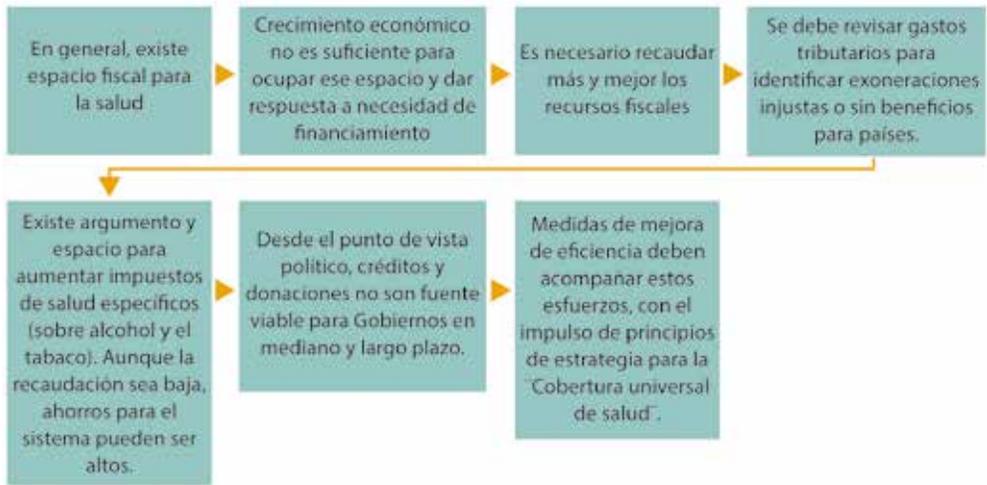
Anexo N° 9 – Espacio Fiscal para la salud para sostenibilidad financiera y presupuestal

➔ El compromiso político de avanzar hacia la salud universal debe ir acompañado de un compromiso fiscal consecuente. En este sentido, el concepto de espacio fiscal para la salud hace referencia a la capacidad de los Gobiernos de asignar recursos presupuestarios adicionales para el sistema de salud, sin afectar la situación financiera del sector público ni desplazar otros gastos socialmente necesarios.

El espacio fiscal para la salud se centra en la capacidad y viabilidad de estas fuentes adicionales de financiamiento, pero no responde a todos los interrogantes y aspectos relacionados con el gasto en salud. En los casos en que el camino de transformación del sistema de salud se encuentra definido de antemano, o en proceso de definición, los estudios de espacio fiscal pueden adquirir una importancia crucial y responder de manera efectiva a la interrogante de si las intervenciones podrán ser financiadas de manera sostenible. El volumen de recursos necesarios para avanzar de forma efectiva hacia la salud universal dependerá de los costos de la atención, la infraestructura y los precios nacionales y, por lo tanto, pueden implicar esfuerzos diferentes entre países.

La economía de la Región se ha estancado en los últimos años, y existe cierta incertidumbre sobre el rumbo futuro. Además, los países no siempre siguen la recomendación de desarrollar una política fiscal anticíclica, y los Gobiernos enfrentan importantes presiones de contención del gasto público. En este contexto, y en caso de que no se retorne a las trayectorias de crecimiento económico anteriores que favorecen por sí mismas un aumento en la recaudación, se crea una tensión entre prioridades sociales que dificulta los esfuerzos para aumentar los presupuestos de salud.

Gráfico N° 18 – Ruta para determinar espacio fiscal



(1) *Espacio fiscal para la salud en América Latina y el Caribe -OPS.OMS -2018*

Las conclusiones a las que llega el estudio de Espacio Fiscal para la salud de la OPS-OMS para América Latina en el 2018⁷⁰ son:

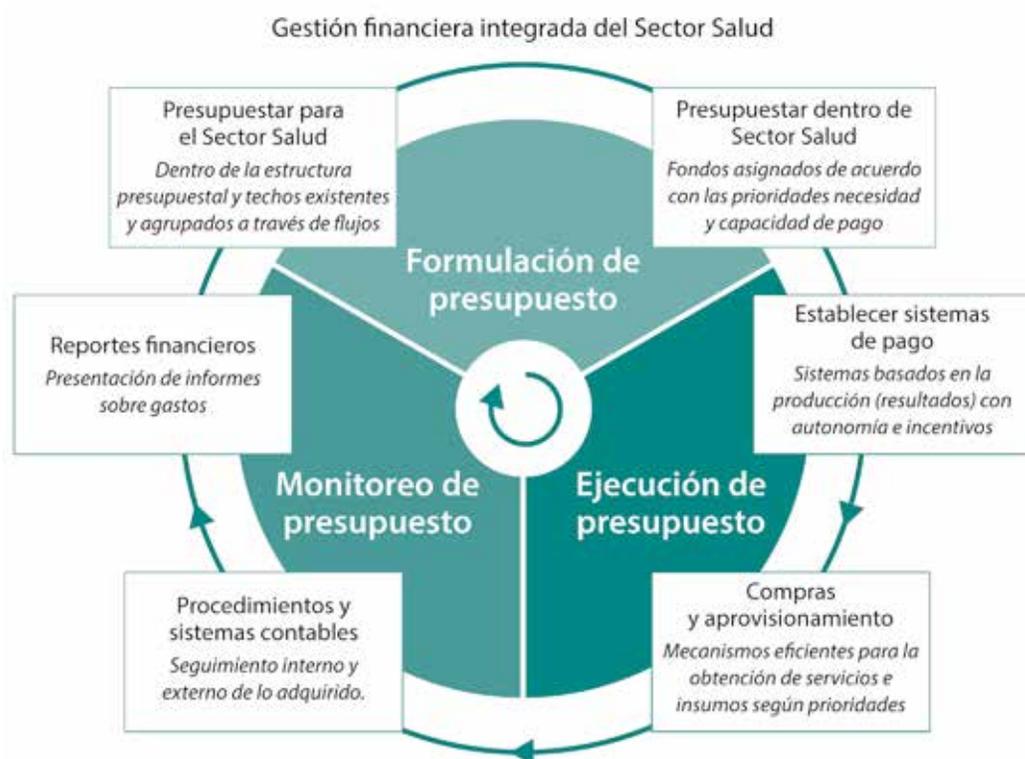
- En general, en los países existe espacio fiscal para la salud, y el crecimiento económico no es suficiente para ocupar ese espacio y dar respuesta a la necesidad de financiamiento.
- Es necesario recaudar más y de mejor manera los recursos fiscales.
- Es conveniente revisar los gastos tributarios para identificar las exenciones injustas o sin beneficios para los países.
- Existen argumentos y espacio para aumentar los impuestos de salud específicos (principalmente, sobre el alcohol y el tabaco). Aunque la recaudación sea baja en estos casos, los ahorros previsible para el sistema pueden ser altos.
- Desde el punto de vista político, los créditos y las donaciones no son una fuente viable para los Gobiernos en el mediano y largo plazo.

⁷⁰ Espacio fiscal para la salud en América Latina y el Caribe –OPS-OMS - 2018

- Las medidas de mejora de la eficiencia deben acompañar a estos esfuerzos, con el impulso de los principios establecidos en la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

Por otro lado, para alcanzar la sostenibilidad financiera y presupuestal se debe conseguir asegurar en las etapas de formulación y ejecución del presupuesto, los recursos requeridos para las redes de laboratorio de tuberculosis, lo que luego puede ser comprobado en el monitoreo del presupuesto. Si esto se encuentra incorporado en reformas o lineamientos para asegurar la cobertura universal en salud, se debe reforzar ambos mecanismos para el mismo objetivo. Es decir, según la estructura financiera y de cobertura sanitaria del país, cada laboratorio de Tuberculosis debe requerir recursos ya sea mediante el programa (gratuidad del diagnóstico y tratamiento) o mediante la inclusión en las prestaciones de protección universal la totalidad de diagnósticos o tratamientos necesarios.

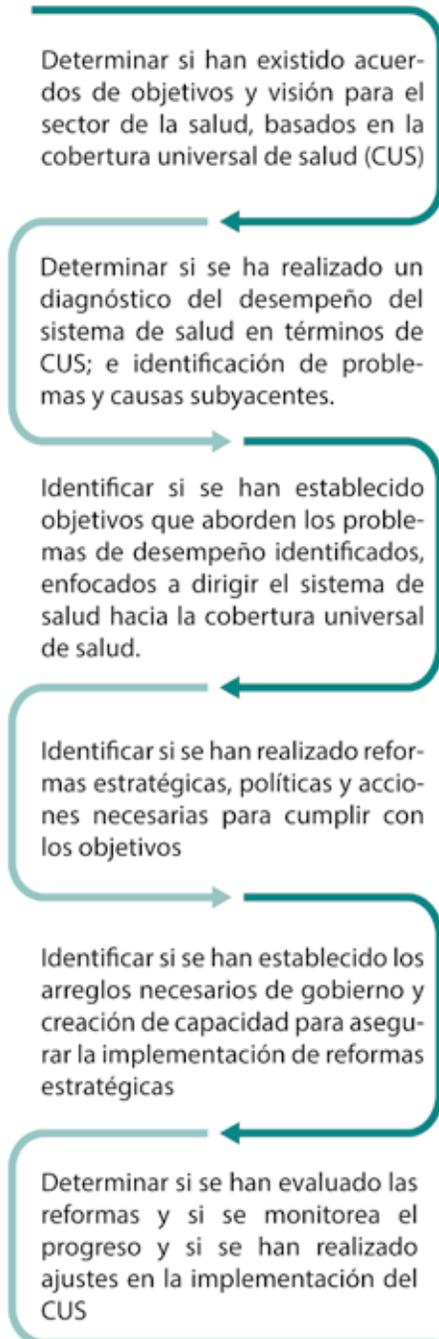
Gráfico N° 19 – Identificación del grado de incorporación de las actividades del proyecto en el presupuesto



Fuente: (OMS, 2017)

Gráfico N° 20 - Identificación del grado de incorporación de la actividad en los mecanismos del CUS

Cobertura Universal en Salud



Fuente: (OMS, 2017)

Anexo N°10 – Resolución COMISCA 11-2019 – Relativa a la sostenibilidad del PEED laboratorios TB región SICA

CONSEJO DE MINISTROS DE SALUD DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA



CONSEJO DE MINISTROS DE SALUD DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA

RESOLUCIÓN COMISCA 11-2019

Relativa a la Sostenibilidad del Programa de Evaluación Externa del Desempeño (PEED), en los Laboratorios de Tuberculosis de la región SICA, en el marco de la Estrategia Fin a la Tuberculosis 2035
La Antigua Guatemala, Guatemala, 12 de junio de 2019

El Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana

VISTOS:

Los artículos 19 y 22 del Protocolo de Tegucigalpa a la Carta de la Organización de Estados Centroamericanos (ODECA); y los artículos 8, 15, 20, 21 y 22 del Reglamento para la Adopción de Decisiones del SICA.

CONSIDERANDO:

- I. Que de conformidad al Art. 19 y 22 del Protocolo de Tegucigalpa, los Consejos de Ministros responsables de otros sectores tendrán la responsabilidad del tratamiento de los asuntos de su competencia y sus decisiones serán de obligatorio cumplimiento.
- II. Que de conformidad al Art. 9 literal d) del Reglamento COMISCA 01-2017 denominado Reglamento de organización y funcionamiento del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) y su Secretaría Ejecutiva (SE-COMISCA), corresponde al Consejo de Ministros adoptar las decisiones que fueran necesarias para el cumplimiento de los objetivos de COMISCA e instruir a las demás instancias del sector salud sobre su cumplimiento.
- III. Que en la XLIX Reunión ordinaria del COMISCA, Resolución COMISCA 9-2018 relativa a la sostenibilidad de los Laboratorios Supranacionales para fortalecer los Laboratorios Nacionales de Referencia en materia de tuberculosis, se reconoció la importancia de la eliminación de la Tuberculosis y la sostenibilidad de los Laboratorios Supranacionales, instruyendo a la SE-COMISCA, la RedLAB y los Jefes de Programa de Tuberculosis un posicionamiento sobre el tema.

CONSEJO DE MINISTROS DE SALUD DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA



- IV. Que en la XLIX Reunión ordinaria del COMISCA, Resolución COMISCA 14-2018 relativa al posicionamiento político sobre eliminación de la tuberculosis, enfermedades Crónicas No Transmisibles y 40 años de la Atención Primaria en salud, se reiteró el compromiso de la declaración política para la eliminación de la Tuberculosis, instruyendo a la SE-COMISCA a identificar mecanismos de articulación con los Estados Miembros para materializar los compromisos de las Declaraciones Políticas y lograr el fin a la Tuberculosis.
- V. Que en la Declaración del COMISCA para lograr el fin a la tuberculosis al 2035 declaramos avanzar en la lucha contra la eliminación de la tuberculosis en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.
- VI. Que la Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana (ASCARD) 2019-2030 establece como línea de acción reducir los riesgos y la carga de las enfermedades transmisibles, destacando poner fin a la Tuberculosis.
- VII. Que el InDRE, de acuerdo con sus Términos de Referencia como LSN, debe garantizar el control de calidad externa de los métodos de diagnóstico (envío de paneles de evaluación externa de la calidad), Visitas de Asistencia Técnica (VAT), Pasantías en el área de Tuberculosis en el LSN.
- VIII. Que la RedLAB y los Jefes de Programa de TB, reconocen la necesidad de mantener el Programa de Evaluación Externa del Desempeño (PEED); visitas de asistencia técnica, Pasantías y el envío de Paneles, que garanticen la calidad del diagnóstico de Tuberculosis en la Región, apoyado por el Laboratorio Supranacional INDRE de México y solicita que se gestionen los mecanismos para alcanzar la sostenibilidad financiera del PEED de Tuberculosis.

POR TANTO, Resuelven:

- I. Aprobar el mecanismo de sostenibilidad del Programa de Evaluación Externa del Desempeño (PEED) en el marco de la Estrategia Fin a la Tuberculosis 2035, asegurando la asignación de recursos financieros en los presupuestos nacionales de los Estados miembros del SICA, para garantizar la calidad del diagnóstico de Tuberculosis en la Región, mediante el apoyo establecido en los Términos de Referencia (TDR) del Laboratorio Supranacional (LSN) del Instituto Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos Dr. Manuel Martínez Báez (InDRE) de México, sin afectar los actuales fondos de los Laboratorios de Referencia Nacional (LRN).

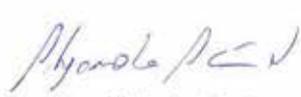
CONSEJO DE MINISTROS DE SALUD DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA

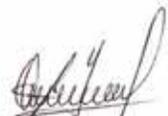


- II. Instruir a la SE-COMISCA gestionar ante la Secretaría de Salud de México se mantenga la asistencia del InDRE como Laboratorio Supranacional para los Laboratorios de Referencia Nacional (LRN) de Tuberculosis de los Estados Miembros del SICA.
- III. La presente resolución es obligatoria para los Estados miembros y entrará en vigencia en la fecha de su firma, deberá ser depositada en original en la Secretaría General del SICA para su registro y publicación en la Gaceta Oficial Digital del SICA.

Adoptada en La Antigua Guatemala, Guatemala, a los doce días del mes de junio de dos mil diecinueve.


Dr. Carlos Enrique Soto Menegazzo
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala
Presidente Pro – Tempore del COMISCA


Dra. Alejandra Acuña
Viceministra de Salud de la República
de Costa Rica


Dr. Oscar Hernández
Representante Adhóc Ministerio de
Salud de la República de El Salvador

CONSEJO DE MINISTROS DE SALUD DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA



Hon. Pablo Saúl Marín
Ministro de Salud Pública de Belize

Dra. Marina Japethe Aguitar
Representante Adhoc de la Secretaria
de Estado de Salud de la República de
Honduras

Dr. Enrique Beteta Acevedo
Viceministro de Salud de la República
de Nicaragua

Dr. Miguel Mayo Di Bello
Ministro de Salud de la República de
Panamá

Lic. Luis Cruz Holguín
Representante Adhoc del Ministerio de
Salud Pública de la República
Dominicana



Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue

Av. Paseo de la República N° 3832, Lima 27 – Perú

Telf.: (00 51-1) 422-6862 / 611 3700

<http://www.orasconhu.org> contacto@conhu.org.pe