



Universidad
Continental

Escuela de Posgrado

MAESTRÍA EN GERENCIA PÚBLICA

Trabajo de Investigación

**Mejora en la optimización del uso de los
recursos públicos del programa presupuestal
TBC-VIH/SIDA para el componente
de TB en Lima Metropolitana**

para optar el Grado Académico de Maestro en
Gerencia Pública

**Gloria Julia Asenjo Tello
Martha Loza Huaman**

Lima, 2018



Repositorio Institucional Continental

Trabajo de Investigación



Obra protegida bajo la licencia de [Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Perú](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/peru/)

Asesor

Mg. Alfonso Gutierrez Aguado

Dedicatoria

A Dios por darnos buena salud y la suficiente fortaleza para concretar nuestro trabajo de investigación y a nuestros ángeles por acompañarnos en este emprendimiento, así como a nuestros familiares y múltiples amigos y amistades que siempre nos brindaron su apoyo y orientación.

Agradecimiento

Expresamos nuestro profundo agradecimiento a nuestros profesores de la Maestría Gerencia Pública, a nuestro asesor doctor Alfonso Gutiérrez, al Director Académico, directivos y personal administrativo.

Índice

Asesor	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	xii
Abstract	xiii
Introducción	xiv
Capítulo I: Generalidades	15
1.1. Antecedentes	15
1.2. Identificación de la realidad problema	15
1.2.1. Problemática nivel mundial	15
1.2.2. Problemática nivel Latinoamérica	16
1.2.3. Problemática nivel nacional	16
1.2.4. Mirada de la oferta de servicios	18
A. Presupuesto y TB	18
B. Recursos humanos y TB	20
C. Medicamentos y TBC	22
D. Equipos y TBC	23
1.3. Justificación del Trabajo de Investigación	24
1.4. Aspectos Metodológicos	25
1.5. Alcances y limitaciones del Trabajo de Investigación	25
Capítulo II: Marco Teórico	27
2.1. Marco Teórico	27
2.1.1. Modernización de la Gestión Pública	27
2.1.2. Optimización	34
2.2. Investigaciones Previas Relacionadas	34
2.3. Modelos Conceptuales basados en evidencias sobre la realidad	36
Capítulo III: Diagnóstico	38
3.1. Determinación del Problema	41
3.1.1. Árbol del Problema y Causas	41
3.1.2. Sustento de Evidencias	45
3.2. Análisis Organizacional	53
3.2.1. La Organización	53

3.2.2.	Análisis FODA	56
A.	Fortalezas.....	56
B.	Debilidades.....	56
C.	Oportunidades.....	57
3.2.3.	Entorno Organizacional	57
A.	Entorno Inmediato:.....	58
B.	Entorno Intermedio:.....	59
C.	Tendencias Globales.....	60
3.3	Análisis de Stakeholders	61
Capítulo IV:	La Formulación	64
4.1	Determinación de Objetivos y Medios	64
4.1.1	Árbol de Objetivos y Metas	64
4.1.2	Sustento de Evidencias. (Anexo B)	65
4.2	Análisis de alternativas.....	71
4.3	Actividades	71
4.4	Producto	72
Capítulo V:	La Propuesta de Implementación	74
5.1	Descripción de la Propuesta de Implementación.....	74
5.1.1	Objetivos General	74
5.1.2	Objetivos Específicos.....	74
A.	Objetivo Específico 1	77
B.	Objetivo Específico 2.....	79
C.	Objetivo Específico 3.....	82
5.2	Identificación de Recursos Críticos	83
5.2.1.	Comunicación Estratégica	83
5.2.2.	Incidencia de Stakeholders.....	83
5.2.3.	Recursos Humanos	84
5.2.4.	Recursos Financieros	84
5.2.5.	Recursos Logísticos.....	85
5.2.6.	Recursos Tiempo.....	85
5.3	Arquitectura Institucional (Intra e inter organizacional).....	85
5.4	Metas período de 3 años.....	85
Capítulo VI:	Análisis de Viabilidad.....	87

6.1	Análisis de Viabilidad.....	87
6.1.1	Viabilidad Política	87
6.1.2	Viabilidad Técnica.....	87
6.1.3	Viabilidad Social	88
6.1.4	Viabilidad Presupuestal	88
6.1.5	Viabilidad Operativa.....	89
6.2	Análisis de Viabilidad según análisis de actores	89
6.3	Análisis de Viabilidad según evaluación estratégica-gerencial.....	89
6.3.1	Generación de Valor Público	89
Capítulo VII Seguimiento.....		91
7.1	Desarrollo de indicadores para seguimiento	91
7.2	Desarrollo de indicadores de resultados	92
Conclusiones.....		93
Recomendaciones.....		95
Referencias Bibliográficas		97
Matriz de consistencia.....		104
Anexos		108
	Anexo A: Organigrama del Ministerio de Salud	108
	Anexo B. Narrativo de Evidencias de las Alternativas de Intervención del PP 016 TB - VIH	109
	Anexo C. Mapa de Perspectivas y Objetivos	122
	Anexo D. Anexo 02 Silabo de Capacitación	123
	Anexo E: Lineamientos para regular los procesos administrativos para dotación de los recursos críticos.....	130
	Anexo F. Ficha de indicadores para seguimiento	135
	Anexo G. Indicadores del PP. 016 TB –VIH	137

Índice de Tablas

Tabla 1 Evolución del Presupuesto del PP. 016 TBC-VIH/SIDA (<i>Millones</i>).....	20
Tabla 2 <i>Presupuesto asignado para medicamentos antituberculosos 2013-2018. (Millones)</i>	23
Tabla 3 Ejecución presupuestal 2018 del PP 0016 TBC-VIH/SIDA según genéricas de gasto.	23
Tabla 4 Ejecución de gasto en la sub genérica "Compra de Bienes" del Producto Servicios de Atención de Tuberculosis con medidas de control de infecciones y bioseguridad en el personal de salud.	40
Tabla 5 Causas del problema identificado: Alto nivel de contacto con gotitas	45
Tabla 6 Causas del problema identificado: Deterioro de la defensa del huésped.	46
Tabla 7 Causas del Problema identificado: Baja tasa de éxito de tratamiento. ...	47
Tabla 8 Causas del Problema Identificado: Determinantes Sociales.....	48
Tabla 9 Causas del Problema Identificado: Manejo Inadecuado de comorbilidades	49
Tabla 10 Causas de Problema Identificado: TB activa en la Comunidad	50
Tabla 11 Causas del Problema identificado: Hacinamiento.....	51
Tabla 12 Causas del Problema Identificado: Factor genético	52
Tabla 13 Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana para el Primer Nivel de Atención	54
Tabla 14 Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana para el Segundo Nivel de Atención	55
Tabla 15 Establecimientos de Salud de Lima Metropolitana.	58
Tabla 16 Número de casos de tuberculosis y fallecidos durante el tratamiento en Lima Metropolitana	59
Tabla 17 Matriz de Identificación de Actores	61
Tabla 18 Comportamiento de Actores con relación a los productos	62
Tabla 19 Matriz de Poder - Influencia Total Actor por Actor.....	63
Tabla 20 Matriz de Convergencia	63

Tabla 21 Análisis de las alternativas de intervención: Detección oportuna de casos	65
Tabla 22 Análisis de las alternativas de intervención: Tratamiento directamente observado.....	66
Tabla 23 Análisis de alternativas de intervención: Despistaje de contactos y otros grupos de riesgo.....	66
Tabla 24 Análisis de alternativas de intervención: Diagnóstico y manejo protocolizado de las comorbilidades.....	67
Tabla 25 Análisis de alternativa de intervención: Esquemas de tratamiento acortados.....	67
Tabla 26 Análisis de alternativas de intervención: Intervención focalizadas para reducir el abandono.....	68
Tabla 27 Análisis de alternativas de intervención: Marketing Social.....	68
Tabla 28 Análisis de alternativas de intervención: Control de infecciones en el hogar	69
Tabla 29 Análisis de alternativas de intervención: Abordaje de determinantes sociales	69
Tabla 30 Análisis de alternativas de intervención: Búsqueda de sintomáticos respiratorios.....	69
Tabla 31 Análisis de alternativas de intervención: Intervención para reducir TBC en penales.....	70
Tabla 32 Análisis de alternativas de intervención: Control de infecciones en los EESS.....	70
Tabla 33 Análisis de Alternativas de intervención PP 0016 TBC–VIH/SIDA.....	71
Tabla 34 Análisis de alternativas: Fortalecer la rectoría de la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis	76
Tabla 35 Análisis de alternativas de intervención: Fortalecer las competencias de la gestión por resultados en los gestores del programa presupuestal TBC	76
Tabla 36 Análisis de alternativas de intervención: Fortalecer la gestión en los procesos administrativos para la adquisición de recursos críticos	76
Tabla 37 Alternativas de intervención seleccionadas.	77
Tabla 38 Propuesta de Modulo 1 de Capacitación	80

Tabla 39 Propuesta de Modulo 2 de Capacitación.	81
Tabla 40 Propuesta de Modulo 3 de Capacitación	81
Tabla 41 Presupuesto para implementación de la propuesta	84
Tabla 42 Indicadores Multianual del PP 016 TBC- VIH 2019-2021	86
Tabla 43 Matriz de Consistencia.....	104

Índice Figuras

Figura 1. Mapa de Escenarios Epidemiológicos de Tuberculosis.....	17
Figura 2. Evolución Presupuestal PIA-PIM del PP. 016 TB - VIH/SIDA.	18
Figura 3: Modelo Conceptual de Factores de Riesgo y Determinantes sociales de tuberculosis	37
Figura 4. Éxito de Tratamiento y Proporción de Abandono a tratamiento antituberculoso.	39
Figura 5. Árbol Causal del PP. 016 TBC - VIH/SIDA.....	42
Figura 6. Árbol de Causas.....	43
Figura 7. Árbol de Medios del PP 0016 TBC – VIH/SIDA.....	65
Figura 8. Objetivos de la Propuesta a Implementar.....	75

Resumen

El presente trabajo se ha desarrollado con el objetivo de optimizar el uso de los recursos asignados a la Prevención y Control de Tuberculosis en el marco de la modernización de la gestión pública hacia una gestión para resultado, orientado a las necesidades del ciudadano, a través de uso racional de los recursos con un estándar de calidad adecuado y en las cantidades óptimas que maximicen el bienestar social.

Se analizó la situación epidemiológica de Tuberculosis en Lima metropolitana y el país, así como la evolución del presupuesto asignado a tuberculosis en el programa presupuestal 0016 TBC–VIH/SIDA. Así mismo se revisó información respecto a las intervenciones en la prevención y control de tuberculosis encontrándose como problemática las inadecuadas estrategias para la optimización de los recursos asignados, debido a la debilidad en la rectoría de la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis y debilidad en las competencias de los gestores para la prevención y control de tuberculosis en conocimientos de gestión pública y contrataciones con el estado.

Con la finalidad de garantizar el adecuado uso de los recursos asignados a la prevención y Control de Tuberculosis el presente trabajo de investigación plantea realizar un Programa de Fortalecimiento de Competencias al personal de salud de los diferentes niveles y lineamientos para la adquisición de insumos críticos estratégicos a fin de garantizar el cumplimiento de las metas e indicadores.

Palabras Clave: Gestión Pública, Programa Presupuestal 0016 TBC –VIH/SIDA, Competencias, insumos críticos no estratégicos.

Abstract

The present work has been developed with the objective of optimizing the use of the resources assigned to the Prevention and Control of Tuberculosis within the framework of the modernization of public management towards a management for result, oriented to the needs of the citizen, through rational use of resources with an adequate quality standard and in optimal quantities that maximize social welfare.

The epidemiological situation of tuberculosis in metropolitan Lima and the country was analyzed, as well as the evolution of the budget allocated to tuberculosis in the TB - HIV budget program. Likewise, information regarding the interventions in the prevention and control of tuberculosis was reviewed, finding inadequate strategies for the optimization of the assigned resources as problematic, due to the weakness in the rector's office of the Ministry of Health and weakness in the competencies of the managers for the prevention and control of tuberculosis in knowledge of public management and contracting with the state.

With the purpose of guaranteeing the adequate use of the resources assigned to the prevention and Control of Tuberculosis, the present work proposes to carry out a Program of Strengthening of Competencies to the health personnel of the different levels and guidelines for the acquisition of critical non-strategic inputs in order to ensure compliance with the goals and indicators.

Key Words: Public Management, TB-VIII Budget Program, Competencies, critical non-strategic inputs

Introducción

La Tuberculosis (TBC) es una enfermedad causada por *Mycobacterium tuberculosis*, conocido como bacilo de Koch, el cual puede diseminarse a cualquier parte del organismo desde las primeras fases de su agresión. La forma de transmisión es de una persona enferma a una persona sana a través de gotitas generadas en el aparato respiratorio de pacientes con enfermedad pulmonar activa.

Actualmente la TBC continúa siendo un problema de salud pública, debido a la alta incidencia de casos, a la presencia de formas resistentes del *Mycobacterium tuberculosis*, a la asociación de la tuberculosis con la infección del virus de la inmunodeficiencia humana y la presencia en todos los estratos sociales, todo lo cual sustenta la importancia de desarrollar actividades que permitan controlar la transmisión epidemiológica de la enfermedad.

Con la finalidad de contribuir a la disminución de los casos de tuberculosis, el estado asigna presupuesto para la prevención y control de tuberculosis a través del programa presupuestal TBC–VIH/SIDA con el objetivo de proveer de recursos humanos, insumos de laboratorio, suministros médicos, equipamiento entre otros para garantizar una adecuada prestación de servicios en los diferentes niveles de atención. Sin embargo, aún persiste la problemática de Tuberculosis, lo cual es abordado en el presente trabajo.

El presente trabajo consta de seis capítulos en el que se encuentra la situación problemática de tuberculosis desde la oferta como de la demanda, el diagnóstico situacional, la formulación de la propuesta para optimizar el uso de los recursos asignados para la prevención y control de la tuberculosis en los diferentes niveles de gobierno y niveles de atención.

Los autores.

Capítulo I

Generalidades

1.1. Antecedentes

El Perú fue calificado por la Organización Panamericana de la Salud en la década de los años 1980 como un país con severa endemia de Tuberculosis. En 1990 solo 25% de los servicios de salud del Ministerio de Salud desarrollaban acciones de diagnóstico y tratamiento para Tuberculosis [MINSa, 2010].

Durante los años 1990 el programa de control de TBC de Perú accedió a recursos económicos que le permitió brindar tratamientos gratuitos para TBC sensible, tener recursos para laboratorio y diagnóstico, así como para capacitar al personal e impulsar el tratamiento supervisado en primera y segunda fase como estándar nacional. El acceso a diagnóstico y tratamiento gratuito permitió detectar por lo menos al 70% de los casos y curar por lo menos al 85% de los casos de TBC sensible, con lo que las tasas de morbilidad e incidencia fueron disminuyendo sostenidamente, a tal punto que Perú salió de la lista del Organismo Mundial de la Salud (OMS) de los 23 países con mayor prevalencia de TBC en el mundo. (MINSa, 2010).

1.2. Identificación de la realidad problema

1.2.1. Problemática nivel mundial

En el 2016, se notificaron 6.3 millones de nuevos casos de TBC (hasta 6,1 millones en 2015), equivalente al 61% de la estimación de la incidencia de 10.4 millones. Los últimos resultados de tratamiento muestran una tasa de éxito de tratamiento global del 83%, similar al año 2015. Se reportaron 476,774 casos de TBC/VIH (46% de la incidencia estimada), de los cuales el 85% recibían terapia antirretroviral (ART). Un total de 129,689 personas iniciaron tratamiento para tuberculosis resistente a los medicamentos, un pequeño aumento de 125,629 en 2015, pero solo el 22% de la incidencia estimada; el éxito del tratamiento sigue siendo bajo, 54% a nivel mundial. (OMS, 2017)

La mayor parte del número estimado de casos incidentes en 2016 ocurrió en la Región de Asia Sudoriental de la OMS (45%), la OMS Región de África (25%) y la Región del Pacífico Occidental de la OMS (17%); proporciones más pequeñas de casos ocurrieron en la OMS Región del Mediterráneo Oriental (7%), la OMS Europea Región (3%) y la Región de las Américas de la OMS (3%).

1.2.2. Problemática nivel Latinoamérica

En la Región de las Américas para el año 2016, se ha notificado 233,793 total de casos, de los cuales nuevos y recaídas 221,008 de ellos el 85% corresponde a TBC Pulmonar y el 77% de TBC pulmonar confirmados bacteriológicamente. Brasil aporta el 35% y Perú el 14% del total de casos de la Región de Las Américas constituyéndose un área de elevado riesgo en la Región.

1.2.3. Problemática nivel nacional

Mirada de la demanda de servicios

La OMS estima que para el año 2016, en el Perú se presentó un total de 37,000 casos de TBC; 3,500 casos de TBC MDR y 2,000 defunciones por TBC, sin embargo, solo 86% de los casos de TBC fueron detectados en relación a los estimados. Las tasas notificadas de morbilidad total e incidencia por cada 100,000 habitantes, en los últimos 10 años se muestra una tendencia sostenida en la disminución entre 1 a 3% anual. En el año 2016 se reportó una tasa de morbilidad de 98,7; una tasa de incidencia total de 86,4; tasa de incidencia TBC Pulmonar Frotis Positivo (TBP FP) de 53.2, mientras que la tasa de mortalidad, evidencia una tendencia al incremento de 4.1 a 4.4 defunciones por cada 100,000 habitantes en el último año.

En la década actual, el Perú continúa siendo, después de Haití, el segundo país en América con la mayor tasa de morbilidad e incidencia de TBC. Por lo tanto, la tuberculosis es una enfermedad social por excelencia, multifactorial y está vinculada a la pobreza, hacinamiento, tugurización, desnutrición, hambre y demás determinantes sociales, culturales, demográficos y ambientales (MINSA 2016).

Al realizar la estratificación según escenarios de riesgo se tiene que a nivel nacional persisten como regiones de muy alto riesgo de transmisión Callao, Lima, Loreto, Ucayali y Madre de Dios con tasas de incidencia entre 115 a 208.5 por 100,000 habitantes. Del total de casos reportados a nivel nacional se tiene que el mayor porcentaje se concentra en Lima Metropolitana y el Callao con 64%, seguido de La Libertad con 5% y Loreto con 4%.

Según datos del Ministerio de Salud la mayoría de distritos de Lima Metropolitana son considerados como distritos con alto y muy alto riesgo de transmisión de tuberculosis, tal y como se aprecia en la figura 1.

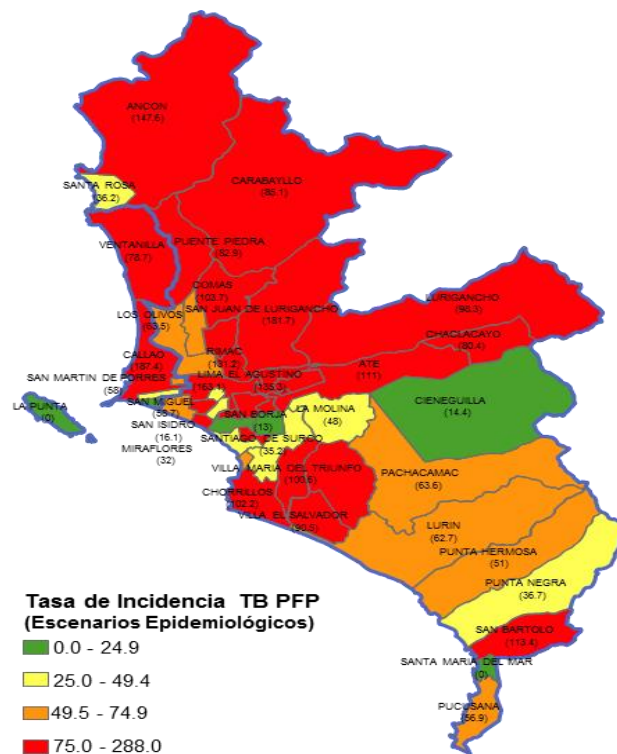


Figura 1. Mapa de Escenarios Epidemiológicos de Tuberculosis.

Fuente: Escenarios Epidemiológicos según Tasa de incidencia TBP FP. Imagen tomada de presentación “Plan de Intervención para la Prevención y Control de TBC en regiones priorizadas 2018 – 2020”

Por otro lado, una investigación realizada por Miranda (2017) señaló que los distritos más poblados de Lima, San Juan de Lurigancho y Ate, tienen más casos de tuberculosis porque concentran a muchas

personas que viven en condiciones de hacinamiento, lo que favorece el contagio de esta enfermedad.

1.2.4. Mirada de la oferta de servicios

Desde la mirada de la oferta de servicios de salud, el Ministerio de Economía y Finanzas [MEF], viene ejecutando actividades en el marco del Presupuesto por Resultado (PpR) para una serie de programas presupuestales entre ellos el programa presupuestal 0016 TBC-VIH/SIDA.

A. Presupuesto y TBC

El presupuesto asignado al programa presupuestal 0016 TBC–VIH/SIDA en los tres niveles de gobierno (Gobierno Nacional, Regional y Local), por toda fuente de financiamiento, ha incrementado desde el año 2011, año en el que se implementa el Programa Presupuestal. Incrementando el Presupuesto inicial de apertura (PIA) para el 2018 en S/ 379 304 210,00 en comparación con el año 2011.

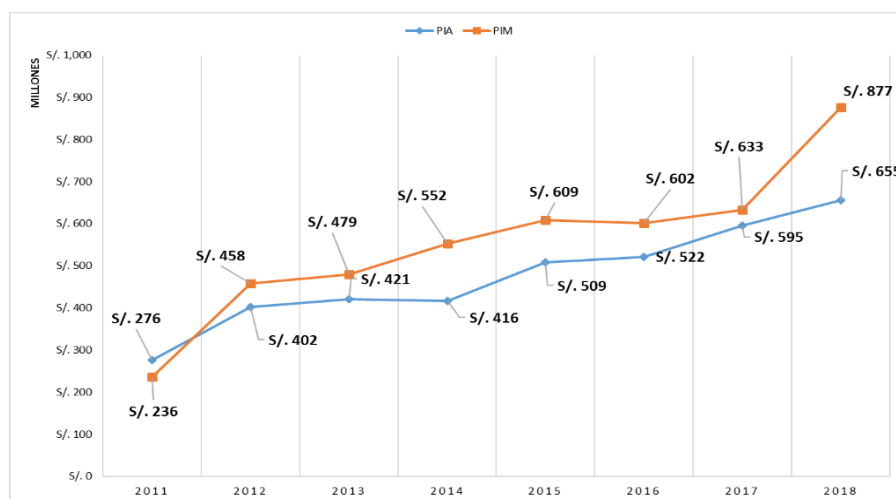


Figura 2. Evolución Presupuestal PIA-PIM del PP. 016 TB - VIH/SIDA.

Fuente: Elaboración propia – Datos tomados de portal web Transparencia Económica – Consulta Amigable (Fecha de reporte: 30 de julio 2018)

Cabe indicar que del total del presupuesto asignado al Programa Presupuestal TBC-VIH/SIDA corresponden el 54.9% destinados

a los productos del componente TBC y 45.1% para los productos del componente VIH/SIDA para el ejercicio fiscal 2018.

Productos del Componente TBC 54.9 %

- 3000612: Sintomaticos Respiratorios Con Despistaje De Tuberculosis
- 3000614: Personas Con Diagnostico De Tuberculosis
- 3000669: Personas Afectadas Con Tuberculosis Reciben Apoyo Nutricional
- 3000672: Persona Que Accede Al Establecimiento De Salud Y Recibe Tratamiento Oportuno Para Tuberculosis Y Sus Complicaciones
- 3043952: Familia Con Practicas Saludables Para La Prevencion De Vih/Sida Y Tuberculosis
- 3000691: Servicios De Atencion De Tuberculosis Con Medidas De Control De Infecciones Y Bioseguridad En El Personal De Salud
- 3000613: Personas En Contacto De Casos De Tuberculosis Con Control Y Tratamiento Preventivo (General, Indigena, Privada De Su Libertad)
- 3000616: Pacientes Con Comorbilidad Con Despistaje Y Diagnostico De Tuberculosis
- 3043972: Persona Que Accede Al Eess Y Recibe Tratamiento Oportuno Para Tuberculosis Extremadamente Drogo Resistente (Xdr)
- 3043974: Persona Con Comorbilidad Recibe Tratamiento Para Tuberculosis
- 3043956: Hogares De Personas Afectadas De Tbm-dr Con Viviendas Mejoradas
- 3000615: Personas Privadas De Su Libertad Tratadas
- 3043955: Hogares En Areas De Elevado Riesgo De Transmision De Tbc Que Acceden A Viviendas Reordenadas

Productos Del Componente Vih-Sida 45.1%

- 3043969: Personas Diagnosticadas Con Vih/Sida Que Acuden A Los Servicios Y Reciben Atencion Integral
- 3043959: Adultos Y Jovenes Reciben Consejeria Y Tamizaje Para Infecciones De Transmision Sexual Y Vih/Sida
- 3043961: Poblacion De Alto Riesgo Recibe Informacion Y Atencion Preventiva
- 3043968: Poblacion Con Infecciones De Transmision Sexual Reciben Tratamiento Segun Guia Clinicas
- 3043971: Mujeres Gestantes Reactivas A Sifilis Y Sus Contactos Y Recien Nacidos Expuestos Reciben Tratamiento Oportuno
- 3043970: Mujeres Gestantes Reactivas Y Niños Expuestos Al Vih/Sida Reciben Tratamiento Oportuno
- 3043960: Poblacion Adolescente Informada Sobre Infecciones De Transmision Sexual Y Vih/Sida
- 3043958: Poblacion Informada Sobre Uso Correcto De Condon Para Prevencion De Infecciones De Transmision Sexual Y Vih/Sida
- 73: Poblacion Con Diagnostico De Hepatitis B Cronica Que Acude A Los Servicios De Salud Recibe Atencion Integral

B. Recursos humanos y TBC

La mayor parte del presupuesto se encuentra en la genérica de gasto 2.3 Bienes y Servicios en la cual se encuentra el pago de recursos humanos bajo la modalidad de Contrato Administrativo de Servicios y Servicios prestados por terceros, seguido por la genérica 2.1 Personas y obligaciones sociales en la que se encuentra los pagos y beneficios sociales del recurso humano nombrado en la institución.

Tabla 1

Evolución del Presupuesto del PP. 016 TBC-VIH/SIDA (*Millones*)

Genérica de Gasto	2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	PIA	PIM	PIA	PIM	PIA	PIM	PIA	PIM	PIA	PIM	PIA	PIM
2.1 - personal y obligaciones sociales	147	173	169	250	213	246	230	256	266	282	255	316
2.2 - pensiones y otras prestaciones sociales	0	0.1	0	0	0	0	0	0	11	44	65	60
2.3 - bienes y servicios	195	213	199	243	223	282	221	292	253	258	292	405
2.4 - donaciones y transferencias	20	29	28	29	41	41	44	33	33	32	15	63
2.5 - otros gastos	0.7	2	0.7	5	0.5	5	1	4	0	2	0	3
2.6 - adquisición de activos no financieros	58	62	20	24	30	35	26	17	31	16	27	33
TOTAL	421	479	417	551	508	609	522	602	594	634	654	880

Fuente: Elaboración propia

Datos tomados de portal web Transparencia Económica – Consulta Amigable (Fecha de Corte: 30/07/2018)

A pesar del incremento de presupuesto del Programa Presupuestal 0016 TBC–VIH/SIDA en recursos humanos, se evidencia la falta de personal calificado, así como con experiencia en gestión pública, principalmente en los procedimientos para la adquisición de los bienes y servicios que demanda el programa para su operatividad, lo cual incide en la atención oportuna a los pacientes en TBC.

Según indagaciones con personal de la Dirección de Prevención y Control de la Tuberculosis, existen diversos motivos por los que a pesar de tener incremento de presupuesto aún persiste la tuberculosis en nuestro país. Una de las posibles causas es la brecha existente de diagnóstico de casos de tuberculosis producto de la baja cobertura de detección y la elevada proporción de abandonos a tratamiento antituberculosis.

La capacidad resolutive de los establecimientos de salud se ve limitada por la falta de recursos humanos que brindan la atención a la persona afectada por tuberculosis, la falta de planes de mantenimiento preventivo y equipamiento en los establecimientos de salud, la provisión de insumos críticos oportunamente, así como falta de presupuesto para las actividades de seguimiento extramural.

El crecimiento presupuestal en las genéricas de Recursos Humanos desde el año 2011 en el Programa Presupuestal 0016 TBC–VIH/SIDA no se refleja en el número de recursos humanos que brindan el servicio de atención a la persona afectada por tuberculosis.

En el año 2017 se transfirió presupuesto a las ejecutoras priorizadas a fin de fortalecer el diagnóstico, la atención de los afectados y garantizar servicios con medidas de control de infecciones. Una de las ejecutoras no logró ejecutar el presupuesto llegando a 36% devolviendo dinero al tesoro, similar situación se observó con una ejecutora del nivel hospitalario. Entre las causas manifestadas por los gestores se debió a problemas en el área logística, que abarca desde las dificultades del área usuaria en la elaboración de Términos de Referencia y Especificaciones Técnicas hasta la adquisición y distribución de los insumos, equipos y materiales que demanda el programa presupuestal.

Otros problemas son los constantes cambios producto de la reforma del sector salud, desactivación de ejecutoras y creación de otras; la falta de capacitación en los gestores de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis de las unidades ejecutoras de Lima metropolitana sobre todo las ejecutoras del nivel hospitalario; así como debilidad en la articulación entre el área usuaria, el área de planeamiento y administración a fin de mejorar los procesos desde la programación de metas físicas hasta la ejecución presupuestal.

C. Medicamentos y TBC

El presupuesto asignado para medicamentos ha incrementado desde el año 2013 al año 2018, lo que ha permitido contar con la disponibilidad del tratamiento para las personas afectadas por tuberculosis, reacciones adversas y tratamiento profiláctico para sus contactos. Sin embargo para el año 2017 se hicieron modificaciones presupuestales disminuyendo el presupuesto inicial de apertura para la adquisición de medicamentos, debido a que no se compró todos los medicamentos por contar con stock en almacén producto de la inadecuada programación en los años anteriores, así mismo se observó en el SEACE que el proceso de licitación de uno de los insumos críticos del programa presupuestal tuvo resultado desierto situando en riesgo las intervenciones de prevención y control de tuberculosis, regularizándose la compra en el presente año.

Tabla 2*Presupuesto asignado para medicamentos antituberculosos 2013-2018. (Millones)*

Especifica de Gasto	2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	PIA	PIM	PIA	PIM	PIA	PIM	PIA	PIM	PIA	PIM	PIA	PIM
Medicamentos	33	12	16	19	15	25	23	27	37	15	27	34

Fuente: Elaboración propia.

Datos tomados de portal web Transparencia Económica – Consulta Amigable (Fecha de Reporte: 30/07/2018)

D. Equipos y TBC

En la Tabla 3 se muestra la evolución del presupuesto para la adquisición de equipos a fin de garantizar la atención integral de las personas afectadas de tuberculosis. Sin embargo, a la fecha la ejecución presupuestal en esta genérica es baja (9.3%) situando en riesgo la provisión oportuna de los equipos críticos necesarios para la atención integral del afectado por tuberculosis y su entorno.

Tabla 3*Ejecución presupuestal 2018 del PP 0016 TBC-VIH/SIDA según genéricas de gasto.*

Genérica	PIA	PIM	Ejecutado	Avance %
5-21: personal y obligaciones sociales	254,949,664	314,720,620	182,212,110	57.9
5-22: pensiones y otras prestaciones sociales	65,265,010	60,227,857	7,862,207	13.1
5-23: bienes y servicios	292,308,678	449,878,083	113,035,917	25.1
5-24: donaciones y transferencias	15,429,981	17,285,929	17,277,627	100
5-25: otros gastos	455,656	2,595,003	1,453,307	56
5-26: adquisición de activos no financieros	26,489,506	32,013,582	2,971,456	9.3

Fuente: Transparencia Económica – Consulta Amigable (Fecha de reporte: 30/07/2018)

1.3. Justificación del Trabajo de Investigación

Al analizar la información de los instrumentos de gestión en Tuberculosis se puede evidenciar que existe una brecha entre lo esperado por la OMS (37,000 casos) respecto a la información reportada por el Ministerio de Salud (MINSa), quien para el año 2016 reportó 31,079 casos, llegando al 84% de los casos esperados por la OMS; es decir más de 5,000 casos de Tuberculosis que no han sido diagnosticados y que; por lo tanto, genera la persistencia de transmisión de tuberculosis en la comunidad.

Entre las causas que limitan el control de tuberculosis se identifica a la baja adherencia al tratamiento, alta transmisión de tuberculosis en la comunidad, pobre control de infecciones en los establecimientos de salud y el manejo inadecuado de las comorbilidades (TBC- Diabetes y TBC-VIH). La persistencia de la alta transmisión de TBC en la comunidad está relacionada con la escasa capacidad resolutoria de los servicios de salud para la oportuna detección, examen y tratamiento completo de la persona afectada por tuberculosis, que permita la interrupción de la cadena de transmisión de las fuentes de contagio y la reducción del riesgo a enfermar en la comunidad.

A pesar de que el presupuesto para prevención y control de TBC ha incrementado desde el año 2012, aún persiste la transmisión de TBC en la comunidad, disminuyendo de manera muy lenta; no de acuerdo a lo establecido por la OMS. Según el análisis de los diferentes instrumentos de gestión y la opinión de los gestores del programa presupuestal de TBC-VIH/SIDA existen dificultades en el uso de los recursos financieros asignados para la prevención y control de TBC en los diferentes niveles de atención.

En ese sentido la problemática identificada es vinculante con el sustento de las evidencias identificadas en “Evaluación del Diseño y Ejecución de Presupuesto del Componente Tuberculosis del Programa Presupuestal TB-VIH” año 2014 y en la “Auditoría de Desempeño a los servicios de diagnóstico,

tratamiento y prevención secundaria de Tuberculosis prestados por el Ministerio de Salud en Lima Metropolitana” año 2017.

Esto conduce a la insatisfacción del usuario y no lograr obtener los resultados que plantea el programa presupuestal, el cual es disminuir la morbimortalidad de tuberculosis y VIH/SIDA. El presente trabajo pretende proporcionar alternativas para minimizar estas dificultades y maximizar el uso de los recursos del programa presupuestal, a fin de lograr el resultado esperado, disminuir los casos de tuberculosis y su mortalidad.

En el marco de la modernización de la Gestión Pública que busca generar resultados al servicio del ciudadano, el presente trabajo se articula con los cinco pilares: Políticas Públicas, Planes estratégicos y operativos, Presupuesto para Resultados, Gestión por procesos, Servicio Civil y Sistema de Información y Seguimiento, Monitoreo, evaluación y gestión del conocimiento, los mismos que buscan contribuir a una mayor eficiencia y eficacia de calidad del gasto público a través de una completa vinculación entre los recursos públicos asignados, los productos, resultados propuestos generando valor público para favorecer a la población; en este caso la disminución de la morbimortalidad de tuberculosis – VIH/SIDA.

1.4. Aspectos Metodológicos

La modalidad de Investigación, es la investigación propuesta, dado que se focaliza en la identificación de cadenas de valor que contengan relaciones causales entre las principales causas y los efectos de la problemática que se desea cambiar y en base a ello hacer una propuesta de intervención sustentada en evidencias.

1.5. Alcances y limitaciones del Trabajo de Investigación

Alcance:

El presente trabajo de investigación pretende brindar herramientas de gestión a fin de optimizar el uso de los recursos financieros en los diferentes a nivel

es de gobierno de Lima Metropolitana (GN y GL) en el marco del Programa Presupuestal 0016 TBC –VIH/SIDA, componente TBC.

Las limitaciones en la realización de la investigación son:

- Actualmente las autoras del trabajo no desarrollan funciones en el sector salud por lo tanto el proyecto ha sido elaborado con información de gabinete y entrevistas a personas que laboran en el rubro.
- Debido a escasos recursos económicos por parte de los investigadores, el producto de este trabajo solamente a nivel de propuesto, mas no de implementación. Se gestionará con las entidades responsables a fin de lograr su implementación.

Capítulo II

Marco Teórico

2.1. Marco Teórico

2.1.1. Modernización de la Gestión Pública

En el último decenio, el Perú ha logrado incrementar las tasas de crecimiento económico de la región. El Ingreso Nacional Bruto por persona casi se triplicó, y las tasas de pobreza se redujeron a la mitad. Sin embargo, las entidades públicas siguen teniendo una limitada capacidad de gestión, lo cual les impide proveer con eficacia, eficiencia y transparencia servicios públicos de calidad a los ciudadanos.

Con la finalidad de acercar el Estado a los ciudadanos en todo el país, se inició el proceso de descentralización, que significó la transferencia de funciones y recursos desde el nivel central a los gobiernos regionales y locales para que, en ejercicio de su autonomía política, económica y administrativa sirvieran de manera más cercana y efectiva a la ciudadanía. El proceso de descentralización satisfizo aspiraciones y necesidades largamente postergadas, y también ha generado nuevas expectativas por mayor inclusión y oportunidades para el desarrollo. Sin embargo, esta transferencia de funciones y el incremento de recursos no han sido acompañados por mejores capacidades descentralizadas de gestión, generando que las entidades públicas nacionales, regionales y locales no tengan las competencias de gobierno y de gerencia suficientes para proveer mejores bienes y servicios públicos a todos los ciudadanos en todo el país, según su necesidad.

Considerando esto, existen deficiencias en la prestación de los servicios públicos, las cuales inciden de manera negativa en la percepción ciudadana sobre la gestión pública y el desempeño del Estado en el Perú. Frente a ello, el “Documento de identificación de

la problemática y mapeo de actores” plantea cuáles son los principales problemas de gestión que deben ser resueltos:

- ✓ Ausencia de un sistema eficiente de planeamiento y problemas de articulación con el sistema de presupuesto público; no siempre la asignación de los recursos responde a una definición clara de las prioridades del país y a una objetiva determinación de metas de productos o servicios que cada entidad debe ofrecer, así como de sus respectivos costos. Ello hace que en el nivel operativo no exista coherencia entre los insumos que van a ser adquiridos y los servicios que serán provistos con ellos, con lo cual los presupuestos no siempre se dirigen a cerrar las brechas o déficits existentes de infraestructura y servicios públicos, ni responden a las prioridades ciudadanas.
- ✓ Inadecuados procesos de producción de bienes y servicios públicos, la mayor parte de entidades no cuenta con las capacidades o los recursos para trabajar en la optimización de sus procesos de producción de bienes y servicios públicos. En ese sentido, no se estudia de manera rigurosa y estructural cómo optimizar, formalizar y automatizar cada uno de los procesos internos a lo largo de la cadena de valor, uno de los problemas neurálgicos en esta materia, es la desarticulación de los principales sistemas administrativos, además de ser complejos, engorrosos y en muchos casos, de difícil cumplimiento, sobre todo para los Gobiernos Locales más pequeños con menores capacidades institucionales.
- ✓ Inadecuada política y gestión de recursos humanos, explicada por la coexistencia de distintos regímenes laborales y por la falta de un marco legal e institucional que, en lugar de otorgar la flexibilidad que se necesita para atender las diferentes necesidades de recursos humanos de entidades heterogéneas. Estos problemas se potencian por la ausencia de políticas de capacitación y de desarrollo de capacidades y competencias.

- ✓ Limitada evaluación de resultados e impactos, así como seguimiento y monitoreo de los insumos, procesos, productos y resultados de proyectos y actividades.
- ✓ Débil articulación intergubernamental e intersectorial.

La gestión pública moderna está orientada a generar resultados al servicio del ciudadano, para ello se requiere de funcionarios públicos calificados y motivados por entender las necesidades de los ciudadanos organizando los procesos de producción o actividades como los de soporte (los sistemas administrativos), con el fin de transformar los insumos en productos que den como resultado la mayor satisfacción de los ciudadanos, garantizando sus derechos y al menor costo posible; es decir una gestión pública orientada a resultados, en ese sentido el resultado específico del programa presupuestal 0016 TBC–VIH/SIDA, genera un valor público a la sociedad a través de la reducción de la morbilidad, orientado a brindar un beneficio a las personas que padecen de esta enfermedad, cuyo nivel de cobertura de la población objetivo de 86 x 100,000 habitantes.

Asimismo el modelo conceptual para reducir la TBC se basa en modelo de Lönnroth, el cual se fundamenta en los catalizadores de las epidemias de tuberculosis.

Este modelo también incluye a los determinantes sociales, como: inapropiada búsqueda de servicios de salud, entre otros como un sistema de salud débil y mal organizado, personal de salud insuficiente y no comprometido. Además, efectos mundiales como: débil e inequitativas políticas económicas, sociales y ambientales. (Lönnroth, K et al., 2009)

Ante la problemática de tuberculosis a nivel nacional y en Lima Metropolitana que concentra el mayor número de casos de tuberculosis, se crea el programa presupuestal 0016 TBC–VIH/SIDA,

basándose en el Modelo de Lönröth en el cual se identifican como causas directas que contribuyen a la elevada morbimortalidad de tuberculosis: inadecuados estilos de vida, infectividad de la enfermedad, inadecuado tratamiento e inadecuado seguimiento. (Lönröth,K et al., 2009)

Para lograr los resultados que pretende el programa presupuestal 0016 TBC–VIH/SIDA, reducir la morbimortalidad de la tuberculosis y VIH, es necesario garantizar la provisión de los productos planteados a la población beneficiaria que en este caso consiste en la población sospechosa de tuberculosis, población afectada y su entorno, así como el personal de salud de los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención. (Lönröth,K et al., 2009)

La gestión pública orientada a resultados se sustenta en 05 pilares: Políticas públicas, planes estratégicos y operativos, Presupuesto para Resultados, Gestión por procesos, simplificación administrativa y organización institucional, Servicio Civil meritocrático, y Sistema de Información, seguimiento, monitoreo, evaluación y gestión del conocimiento.

Un Estado moderno al servicio del ciudadano, además de objetivos claros, requiere que sus presupuestos sean asignados también con orientación a resultados, es decir, en función a los productos que los ciudadanos esperan recibir para satisfacer sus demandas. Sobre todo, considerando que los recursos son escasos, lo cual obliga a priorizar. Ello facilitará el cierre de brechas de calidad y cobertura de infraestructura y servicios públicos, con mayor eficiencia económica, manteniendo el equilibrio fiscal y fortaleciendo la articulación de todas las entidades públicas en el territorio nacional.

En el país el proceso ha sido impulsado por el Ministerio de Economía y Finanzas desde el 2007 a través de los Programas Presupuestales, con los cuales se busca contribuir “a una mayor eficiencia y eficacia del gasto público a través de una completa

vinculación entre los recursos públicos asignados y los productos y resultados propuestos para favorecer a la población”.

La reforma del Sistema de Presupuesto Público impulsada por el MEF plantea lograr, a través de los Programas Presupuestales, una mayor articulación del presupuesto con las políticas públicas y prioridades nacionales y entre éstas y los objetivos estratégicos y operativos de todas las entidades en los tres niveles de gobierno; emplear indicadores de desempeño complementados con evaluaciones independientes en la gestión del presupuesto, esto con el fin de monitorear y evaluar si la asignación de los recursos se realiza en función de las prioridades establecidas a nivel sectorial y territorial; y, además, medir, con transparencia, la eficacia y la eficiencia con que las entidades públicas proveen los servicios y logran los resultados esperados por los ciudadanos. El Programa Presupuestal con Enfoque de Resultados (PP) es la herramienta de priorización y de transparencia en la información que permitirá identificar a la población objetivo o beneficiaria de cada programa específico y vincularla con los productos y resultados que las entidades proveerán para satisfacer tales demandas. Para la correcta implementación del presupuesto para resultados, se debe lograr el equilibrio entre el rol rector del Ministerio de Economía y Finanzas que brinda los lineamientos y la asistencia técnica, y el rol de los sectores responsables de formular los programas presupuestales y los demás sistemas administrativos.

En el marco de la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, que plantea la implantación de la gestión por resultados en la administración pública debe también adoptarse, de manera paulatina, la gestión por procesos en todas las entidades, para que brinden a los ciudadanos servicios de manera más eficiente y eficaz y logren resultados que los beneficien. Para ello se deberá priorizar aquellos de sus procesos que sean más relevantes de acuerdo a la demanda ciudadana, a su Plan Estratégico, a sus competencias y

los componentes de los programas presupuestales que tuvieran a su cargo, para luego poder organizarse en función a dichos procesos.

En el desarrollo de la gestión por procesos es importante continuar con los esfuerzos relacionados a la simplificación administrativa, ya que ésta contribuye a mejorar la calidad, la eficiencia y la oportunidad de los procedimientos y servicios administrativos que la ciudadanía realiza ante la administración pública. La simplificación administrativa tiene por objetivo la eliminación de obstáculos o costos innecesarios para la sociedad, que genera el inadecuado funcionamiento de la Administración Pública.

La Administración Pública presenta límites difusos, comprendiendo el conjunto de organizaciones públicas que realizan la función administrativa y de gestión del Estado (Weber, 1964) y de otros entes públicos con personería jurídica, ya sean de ámbito regional o local. En ese sentido, se considera a la Administración Pública como la función del Estado que consiste en una actividad concreta, específica, continua, práctica y espontánea de carácter subordinado a los poderes del Estado; y que tiene como finalidad satisfacer en forma directa e inmediata las necesidades colectivas y el logro de los fines del Estado, dentro del orden jurídico establecido y con arreglo a éste.

La Nueva Gestión Pública (NGP), según Kim (2007), surge como respuesta de “economización y mercadización de la administración pública; incluyendo gerencialismo, descentralización, simplificación de la toma de decisiones, indicadores de desempeño, objetivos en términos de resultados, administración por resultados y uso de nueva tecnología en el gobierno. Es decir, es un intento por introducir mercados y cuasi mercados al sector público” (Richards & Smith, 2002). Esto conlleva a reformas del sector público a medida que se han ido cambiando los contextos políticos, lo cual permitió ante la necesidad, formar un nuevo modelo de gestión

(Gobernanza), a fin de poder superar los distintos déficits de la Administración Pública.

Para la Real Academia de la Lengua Española, Gobernanza significa: “El arte o manera de gobernar que se propone como objetivo, el logro de un desarrollo económico, social e institucional duradero, promoviendo un sano equilibrio entre el Estado, la sociedad civil y el mercado de la economía”. Por otro lado, según el Banco Interamericano de Desarrollo – BID (2009), se define: “Gobernanza no es lo mismo que gobierno, ya que ésta incluye la capacidad institucional en la gestión y administración pública con participación de los diferentes actores, esto es, gobierno, sector privado empresarial y sociedad civil. Se trata, pues, de un concepto que alude a la habilidad para coordinar y promover políticas, programas y proyectos que representen los intereses de todos los actores locales, públicos y privados (BID, 2006).

Asimismo, la Organización de las Naciones Unidas –ONU, señala lo siguiente: “(...) la gobernanza se considera «buena» y «democrática» en la medida en que las instituciones y procesos de cada país sean transparentes. En el 2002 se inició la descentralización del Estado con la transferencia de facultades a los gobiernos regionales; hasta el 2006 la estrategia fue de transición progresiva de funciones y facultades. En ese año se aceleró el proceso eliminando el requisito de acreditación. La descentralización del sector salud se realizó entre los años 2005 y 2009, quedando pendiente la transferencia al gobierno de Lima Metropolitana. Con la descentralización de la función salud a los gobiernos locales, los gobiernos regionales se convierten tanto en la autoridad sanitaria como en los prestadores de servicios de salud en su ámbito geográfico, proceso que ha cambiado la organización administrativa regional, más no a nivel nacional, hasta la Reforma en Salud. Mediante el D.L. N° 1161 se aprobó la Ley de Organización y Funciones (LOF) del Ministerio de Salud que detalla las

competencias sectoriales de salud a nivel nacional acorde con el sistema descentralizado de salud. Posteriormente, el reglamento de la Ley se publicó en el año 2016 mediante Decreto Supremo 007-2016-SA. Se delimitan así las funciones exclusivas, las compartidas y otras específicas, lo cual fortaleció su rol rector.

2.1.2. Optimización

Según la Real Academia Española define al término optimizar como buscar la mejor manera de realizar una actividad. Otra definición sostiene que la palabra “optimizar” se refiere a la forma de mejorar alguna acción o trabajo realizado, esto nos da a entender que la optimización de recursos es buscar la forma de mejorar el recurso de una institución para que esta tenga mejores resultados, mayor eficiencia o mejor eficacia.

Este concepto, supone la necesidad de reorganizar los recursos disponibles de modo que se logren los objetivos planteados reduciendo los costos e incrementando los beneficios. En ese sentido la optimización debe desarrollarse en todo tipo de recursos: humanos, materiales, financieros y tecnológicos. El resultado de una correcta optimización beneficiará con el incremento de la productividad, aumento de la calidad de sus productos y servicios, logro de los objetivos y reducción de costos.

2.2. Investigaciones Previas Relacionadas

De acuerdo al estudio de Cabrera et al. (2015) hace referencia que los cambios en las políticas sociales y la estructura social y las reformas en el sector salud en Cuba constituyen elementos que determinan el comportamiento de la tuberculosis pulmonar en La Habana. La utilización del contexto económico social en el análisis de la tuberculosis pulmonar en la provincia La Habana identificó estratos sociales que trascienden los límites político-administrativos donde residen grupos poblacionales con estructura social más desventajosa, condiciones de vida desfavorable y mayor prevalencia de la tuberculosis.

El control de la TB como problema de salud pública exige la conducción y liderazgo de los niveles gubernamentales altos hasta los locales, lo que implica de manera específica para el sector mejorar el desempeño del sistema de salud para poder dar la respuesta integral e intensificada que este problema demanda según el estudio “Tuberculosis: una ventana de análisis de las políticas públicas en salud” (Arbelaez, 2018).

Un factor importante que ocasiona la falta de acceso a los servicios de salud de las personas con tuberculosis es la dificultad para la coordinación entre las estrategias de tuberculosis y VIH, así como la fragmentación de la atención en diferentes establecimientos de salud, la ausencia de documentos normativos para el manejo de esta condición y la falta de un sistema de información integrado. Otras barreras son el insuficiente financiamiento para las actividades y la escasez de personal de salud o su falta de capacitación (Fernandez et al., 2017)

Los grandes desafíos de la Tuberculosis en el Perú están relacionados con la implementación de políticas de salud pública basadas en los resultados de investigaciones científicas, lo que debe lograrse con una actualización periódica, de la Norma Técnica de Salud de la Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT). Así como la implementación de políticas de desarrollo de recursos humanos en salud con formación en salud pública e investigación y no solo formación clínico-asistencial en las universidades e institutos de educación superior, además de desarrollar estudios para medir los costos asumidos por las personas afectadas por TBC y sus familias después de ser diagnosticados con TBC, para monitorear la meta de cero gastos catastróficos por TBC (Alarcón, 2017).

Para Cegielsky (2018) refiere que la pobreza extrema, que ha permitido el incremento de la tuberculosis ha disminuido en aproximadamente mil millones de personas en los últimos 25 años. Lo que se necesita ahora es voluntad política por parte de los gobiernos nacionales para aplicar estos avances con diligencia y buscar una mayor reducción de pobreza,

empujando las tendencias epidemiológicas más allá del punto de inflexión hacia una pendiente descendente. Todo esto se puede acelerar con un mayor apoyo para la ciencia que conduzca a un mejor diagnóstico, tratamiento y una vacuna efectiva para sostener y acelerar las reducciones reportadas hasta el momento. Así como en los países con alta carga de TBC a apoyar plenamente la prevención y el control de la tuberculosis en sus propias poblaciones.

Según Franciskovic (2013) concluye que utilizar un enfoque por resultados para la elaboración presupuestal es uno de los mecanismos para alcanzar una mejora de calidad del gasto público; igualmente la rendición de cuentas debe comprenderse no solo en su dimensión político – administrativa, sino como un elemento de gestión en el manejo de fondos públicos.

2.3. Modelos Conceptuales basados en evidencias sobre la realidad

El modelo conceptual para reducir la TBC se basa en modelo de Lönnroth, el cual que se basa en los catalizadores de las epidemias de tuberculosis. Este modelo sigue la historia natural de la infección y luego identifica los factores de riesgos individuales proximales y distales que están asociados a los determinantes sociales. (Lönnroth, K et al., 2009)

De acuerdo a este modelo conceptual la exposición al bacilo tuberculoso se ve facilitada por el alto nivel de contacto con gotitas infecciosas, producto de los casos de tuberculosis activa en la comunidad y el hacinamiento. Además, la infección se ve facilitada por el deterioro de la defensa del huésped por factores como: Humo de tabaco, contaminación ambiental, VIH, desnutrición, enfermedades pulmonares (asma, EPOC, silicosis), diabetes, alcoholismo, drogadicción, depresión, edad, sexo y factores genéticos. Los mismos factores afectan la enfermedad activa. Por otro lado, la irregularidad del tratamiento, el abandono del tratamiento, estigma y discriminación afectan la tasa de éxito del tratamiento. Todos estos factores, son factores de riesgo proximales.

Este modelo también incluye a los determinantes sociales, como: inapropiada búsqueda de servicios de salud, comportamientos y estilos de

vida poco saludables, sistema de salud débiles y mal organizados, personal de salud insuficiente y no comprometido, pobre acceso, pobreza, bajo estatus socioeconómico y educativo. Además, efectos mundiales como: débil e inequitativas políticas económicas, sociales y ambientales, y la globalización, migración, urbanización, transición demográfica y epidemiológica.

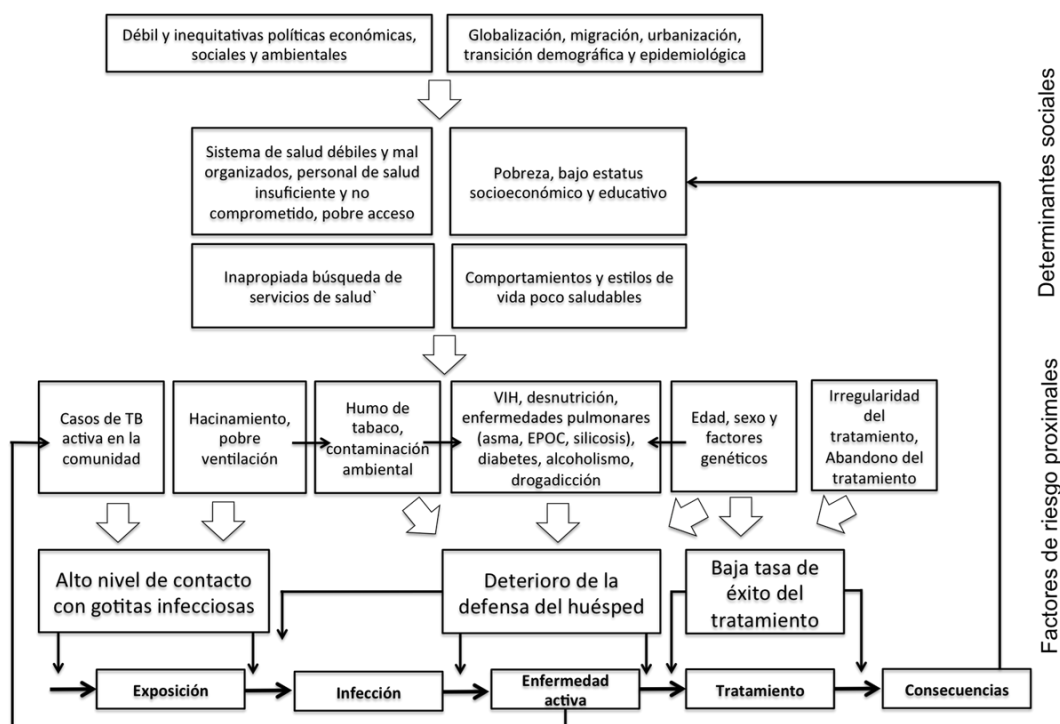


Figura 3: Modelo Conceptual de Factores de Riesgo y Determinantes sociales de tuberculosis

Fuente; Tomado de Lonroth, K., Jaramillo, E., Williams, B. G., Dye, C., & Raviglione, M. (2009). Drivers of tuberculosis epidemics: the role of risk factors and social determinants. Soc Sci Med, 68(12),

En consecuencia la formulación del trabajo de investigación está basado en evidencias consignadas en el modelo conceptual para reducir la TBC según Modelo Lönroth, K y la problemática materia de la presente investigación es vinculante con el sustento de las evidencias identificadas en “Evaluación del Diseño y Ejecución de Presupuesto del Componente Tuberculosis del Programa Presupuestal TB-VIH” y en la “Auditoría de Desempeño a los servicios de diagnóstico, tratamiento y prevención secundaria de Tuberculosis prestados por el Ministerio de Salud en Lima Metropolitana” período 2016.

Capítulo III

Diagnóstico

Ante la problemática de tuberculosis a nivel nacional y en Lima Metropolitana que concentra el mayor número de casos de tuberculosis, se crea el programa presupuestal 0016 TBC – VIH/SIDA, basándose en el Modelo de Lönröth en el cual se identifican como causas directas que contribuyen a la elevada morbilidad de tuberculosis: inadecuados estilos de vida, infectividad de la enfermedad, inadecuado tratamiento e inadecuado seguimiento.

Para abordar estas causas el programa presupuestal, basados en la evidencia, plantea una serie de intervenciones que resultarán en productos a ser brindados a la población objetivo a través de la provisión de bienes y servicios en los establecimientos de salud y en la comunidad; en concordancia con la política de modernización de la gestión pública.

Para lograr los resultados que pretende el programa presupuestal 0016 TBC– VIH/SIDA, reducir la morbilidad de la tuberculosis y VIH, es necesario garantizar la provisión de los productos planteados a la población beneficiaria que en este caso consiste en la población sospechosa de tuberculosis, población afectada y su entorno, así como el personal de salud de los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención.

Para la adecuada implementación del programa presupuestal es necesaria la adecuada programación de las metas de cada producto, con la finalidad de obtener una asignación presupuestal de acorde a las necesidades priorizando los insumos críticos de cada producto. Posterior a ello es necesario una adecuada ejecución del presupuesto asignado, lo cual implica adecuados requerimientos y atención oportuna de los mismos.

Los datos presentados en el Capítulo I sobre Identificación de la problemática, muestra incremento en la asignación presupuestal sin embargo no hay disminución de la problemática de tuberculosis, pues se evidencia que no hay disminución de casos, manteniendo al país en el segundo lugar en Latinoamérica.

Según la información analizada respecto a los Recursos Humanos correspondientes al programa presupuestal TBC – VIH, el presupuesto incrementó desde el año 2011 sin embargo no se refleja en la prestación de los servicios de salud, la cual se ve limitada por falta de recursos humanos según el informe de la auditoría de desempeño realizada por la Contraloría General de la República.

Esto se evidencia en la elevada proporción de afectados por tuberculosis que abandonan el tratamiento de Tuberculosis y que forma parte de las observaciones de la Contraloría General de la República.

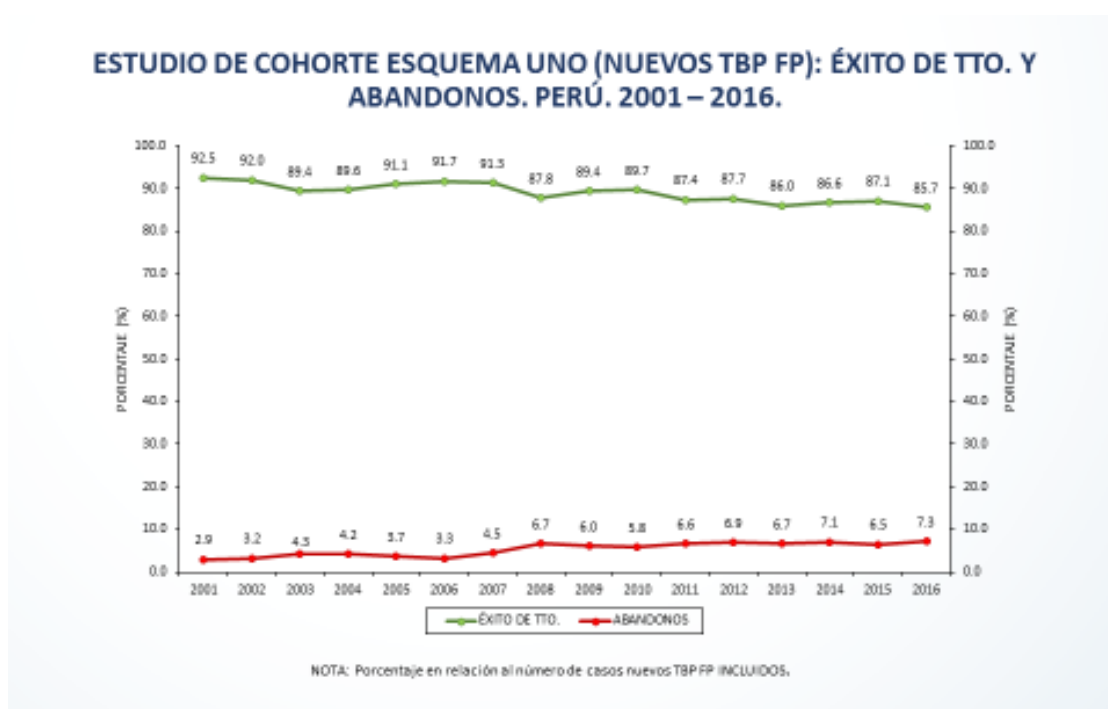


Figura 4. Éxito de Tratamiento y Proporción de Abandono a tratamiento antituberculoso.

Fuente: Imagen tomada de Presentación “Plan de Intervención para la Prevención y Control de TBC en regiones priorizadas 2018 – 2020”

Aunado a esto el personal asistencial existentes reporta escasas capacitaciones y los responsables de la gestión del programa presupuestal reportan falta de instrumentos de monitoreo y supervisión, así como debilidad en competencias para una adecuada gestión.

Los Recursos Materiales usados en el programa presupuestal, los cuales son dirigidos a la población objetivo muchas veces no son abastecidos de manera oportuna, muestra de ello es el reporte realizado por afectados de tuberculosis en

medios de comunicación acerca del incumplimiento en la entrega de las canastas de alimentos por parte de los gobiernos locales.

Los Recursos Financieros deben garantizar la provisión de los productos que contribuyen al logro de los objetivos, en este aspecto existe debilidad en la calidad del gasto; muestra de ello se muestra en la Tabla 4 en la que se muestra que el 93% del presupuesto asignado al producto 3000691: SERVICIOS DE ATENCIÓN DE TUBERCULOSIS CON MEDIDAS DE CONTROL DE INFECCIONES Y BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DE SALUD, se encuentra en la específica de gasto Alimentos y Bebidas, lo cual no contribuye al cumplimiento del producto.

Tabla 4

Ejecución de gasto en la sub genérica "Compra de Bienes" del Producto Servicios de Atención de Tuberculosis con medidas de control de infecciones y bioseguridad en el personal de salud.

Detalle Sub-Genérica	PIA	PIM	Ejecutado	Avance %
1: alimentos y bebidas	4,017,600	5,430,344	2,640,172	48.6
8: suministros médicos	123,513	123,513	0	0.0
Sub-genérica 1: compra de bienes	4,141,113	5,553,857	2,640,172	47.5

Fuente: Transparencia Económica al 09 de agosto de 2018

En este contexto y basados en el concepto de optimización para la calidad del gasto del programa presupuestal 0016 TBC-VIH/SIDA, en el transcurso de estos años en los que se ha implementado el referido programa se han incrementado los recursos sin embargo no se han identificado estrategias de optimización que permitan mejorar el uso de los recursos públicos con los que se cuentan a fin de obtener mejores resultados de cara a la población beneficiaria.

La gestión sanitaria de Lima Metropolitana recae en las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS), las mismas que se encuentran en proceso de consolidación dado a los constantes cambios producto de la reforma en salud cuyos antecedentes datan desde la desactivación de las Direcciones de Salud, la creación del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, su posterior desactivación y con ello la desactivación de las redes de salud como unidades ejecutoras para conformar las denominadas DIRIS. Esto generó desorden en los procesos administrativos y el monitoreo y evaluación de la gestión del programa presupuestal.

Actualmente, administrativamente y presupuestalmente las DIRIS se encuentran adscritas al Pliego 011 Ministerio de Salud, como unidades ejecutoras. Si bien es cierto la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis se encuentra dentro del Pliego 011 Ministerio de Salud, no cuenta con las herramientas para realizar el seguimiento en tiempo real de las adquisiciones del programa presupuestal que se realizan en las unidades ejecutoras, con la finalidad de garantizar la optimización del uso de los recursos públicos del componente TBC y cumplimiento de metas.

Por lo antes antes mencionado se ha identificado como principal problema las inadecuadas estrategias para la optimización de los recursos públicos en los productos del programa presupuestal TBC debido a debilidad en las competencias de los gestores del programa presupuestal en los diferentes niveles, así como insuficientes instrumentos de gestión para el monitoreo y evaluación del programa presupuestal aunado a la debilidad en la rectoría de la Dirección de Prevención y control de Tuberculosis. Asimismo el modelo conceptual para reducir la TBC se basa en modelo de Lönnroth, el cual se fundamenta en los catalizadores de las epidemias de tuberculosis., entre otros de un sistema de salud débil y mal organizado, personal de salud insuficiente y no comprometido. (Lönnroth,K et al., 2009)

3.1 Determinación del Problema

3.1.1 Árbol del Problema y Causas

El anexo 2 Contenidos Mínimos del Programa Presupuestal 0016 TBC-VIH/SIDA encontramos el Árbol del Problema de la Tuberculosis; entre las causas que contribuyen a la elevada morbimortalidad de tuberculosis se encuentran inadecuados estilos de vida, infectividad de la enfermedad, inadecuado tratamiento e inadecuado seguimiento y otra causa identificada materia de la presente investigación son las inadecuadas estrategias para la optimización de los recursos públicos en los productos del programa presupuestal TBC el mismo que se presenta a continuación.

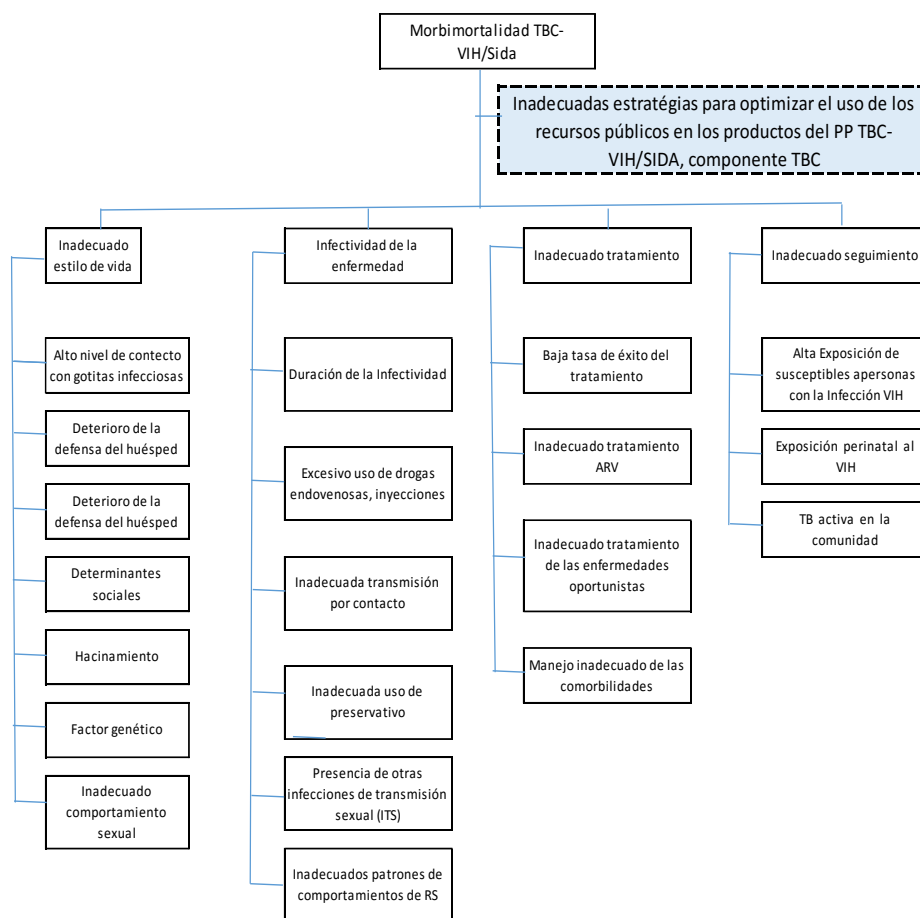


Figura 5. Árbol Causal del PP. 016 TBC - VIH/SIDA

Fuente: Tomado del Anexo 2 Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 0016 TB –VIH/SIDA.

Fuente; Tomado de Lonroth, K., Jaramillo, E., Williams, B. G., Dye, C., & Raviglione, M. (2009). Drivers of tuberculosis epidemics: the role of risk factors and social determinants. Soc Sci Med, 68(12),

Y de la revisión integral al diseño operacional vinculado al modelo conceptual de factores de riesgo y determinantes sociales de tuberculosis, se interpreta una débil rectoría de la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis, así como débil competencia de los gestores del programa y débil gestión en los procesos administrativos, lo que dificulta la entrega de los productos a los beneficiarios.

En este sentido, se evidencia las inadecuadas estrategias de optimización de los recursos humanos, materiales (suministros

médicos), infraestructura y equipamiento y recursos financieros, lo cual se ve reflejado en la ejecución presupuestal y calidad de gasto, teniendo como consecuencia limitaciones en la ejecución de las intervenciones necesarias para revertir el problema de la tuberculosis; causa identificada en la presente investigación que formara parte del anexo 02 “Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 0016 TBC–VIH/SIDA” - sustentada en el modelo conceptual de factores de riesgo y determinantes sociales de la TBC que se setalla a continuación: (Lönroth,K et al., 2009)

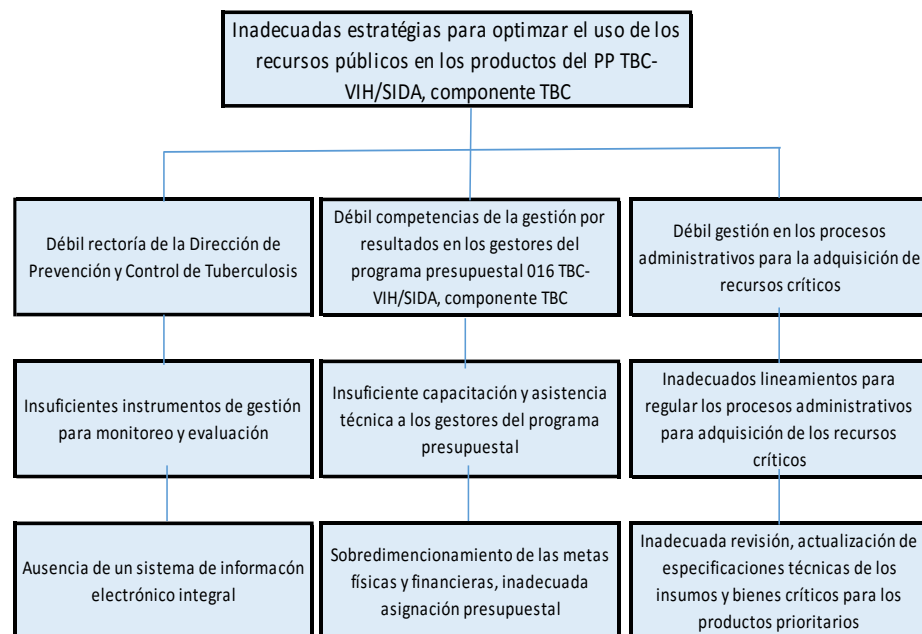


Figura 6. Árbol de Causas

Fuente: Evaluación del diseño y ejecución del presupuesto del componente tuberculosis del programa presupuestal 0016 TBC-VIH/SIDA y elaboración propia.

En este orden de ideas, existe una desarticulación en los tres niveles de gobierno para disponer de manera eficiente y eficaz, la entrega de los productos a los beneficiarios, hecho que dificulta al no disponer de un sistema de información electrónico integral actualizado de indicadores sanitarios, bienes patrimoniales, y de recursos.

Asimismo, entre las causas que genera las inadecuadas estrategias de optimización se observa la falta de competencias en temas de gestión por parte de los gestores de los diferentes niveles de gobierno y ejecutoras, debilidad en la rectoría de la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis y la falta de lineamientos para regular los procesos administrativos para adquisición de los recursos críticos; se ha visto que hay desabatecimiento de algunos medicamentos debido a los problemas de adquisición a nivel cenares.

Por ello, consideramos pertinene incorporar un producto destinado a mejorar las estrategias de intervección en cuanto a la disposición de los productos del programa presupuestal TBC, en el marco de la mejora en la optimización del uso de los recursos públicos del componente TBC de programa presupuestal TBC-VIH/SIDA.

3.1.2 Sustento de Evidencias

Las presentes evidencias corresponden a las causas que contribuyen a la elevada morbimortalidad por tuberculosis, las mismas que han sido tomadas del Anexo N°2 “Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 0016 TBC–VIH/SIDA”

Tabla 5

Causas del problema identificado: Alto nivel de contacto con gotitas

Descripción de la causa	Alto nivel de contacto con gotitas
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico o, en general, entre la causa de nivel n-1 y la causa de nivel n	Alto nivel de contacto con gotitas infecciosas Transmisión de tuberculosis
Magnitud de la causa (datos cuantitativos)	La probabilidad de que un individuo con tuberculosis transmita M. tuberculosis a otros está determinada por muchos factores. En primer lugar, las personas con tuberculosis pulmonar más grave pueden emitir un mayor número de gotitas infecciosas al producir gotas a un ritmo elevado. La tasa de producción de gotas puede verse afectada por la frecuencia y el vigor de la tos y por factores relacionados con la patología que permiten que los patógenos escapen a las vías respiratorias (p. Ej., Caries)
Atributos de la causa (datos cuantitativos)	Tuberculosis entre niños de hogares con y sin contacto familiar para estimar la fracción atribuible a la población de la exposición de gotitas fue estimado en 14% (intervalo de confianza del 95%, 11.6%-16.35) A3
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva (cite la evidencia de la Tabla 1.1 de la Nota 1)	Mathema B1, Andrews JR2, Cohen T3, Borgdorff MW4,5, Behr M6, Glynn JR7, Rustomjee R8, Silk BJ9, Wood R10. Drivers of Tuberculosis Transmission. J Infect Dis. 2017 Nov 3;216 (suppl_6):S644-S653.

Fuente: Anexo 2 Contenidos mínimos del PP. 0016 TBC–VIH/SIDA

Tabla 6*Causas del problema identificado: Deterioro de la defensa del huésped.*

Descripción de la causa	Deterioro de la defensa del huésped
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico o, en general, entre la causa de nivel n-1 y la causa de nivel n	<p>Proporcionar información importante sobre la eficacia de los anticuerpos humanos contra <i>Mycobacterium tuberculosis</i> y sobre cómo la heterogeneidad funcional de la respuesta de anticuerpos puede explicar un siglo de evidencia contradictoria del papel de la inmunidad humoral en la defensa contra la tuberculosis.</p> <p>El riesgo de infección depende de varios factores tales como la capacidad de infección del caso fuente, la cercanía del contacto, la carga bacilar inhalada y el estado inmunitario del huésped.</p>
Magnitud de la causa (datos cuantitativos)	<p>La inhibición de las respuestas de los macrófagos al <i>M. tuberculosis</i> da como resultado un subgrupo de macrófagos infectados incapaces de presentar los antígenos de <i>M. tuberculosis</i> a las células T CD4+. Esto se traduce en la activación insuficiente de las células T efectoras causante de la evasión de la vigilancia inmunológica y la creación de nichos en los cuales <i>M. tuberculosis</i> sobrevive. La hipoxia, la deficiencia de nutrientes, el pH bajo y la inhibición de la respiración por el óxido nítrico en el microambiente del granuloma inducen un programa de latencia del <i>M. tuberculosis</i>.</p>
Atributos de la causa (datos cuantitativos)	<p>Los niños están más expuestos tempranamente en el hogar (cada enfermo bacilífero contagia entre 16 a 20 personas de su entorno) y son más vulnerables a la infección; su respuesta inmune aún en sanos es insuficiente para eliminar todos los BK de la infección, no son eficientes en contenerlos en el granuloma inicial y pueden desarrollar enfermedad severa y diseminada.</p>
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva (cite la evidencia de la Tabla 1.1 de la Nota 1)	<p>A3 Casadevall A1. To Be or Not Be a (Functional) Antibody Against TB. Cell. 2016 Oct 6;167(2):306-307</p>

Fuente: Anexo 2 Contenidos mínimos del PP. 0016 TBC–VIH/SIDA

Tabla 7

Causas del Problema identificado: Baja tasa de éxito de tratamiento.

Descripción de la causa	Baja tasa de éxito del tratamiento
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico o, en general, entre la causa de nivel n-1 y la causa de nivel n	Baja tasa de éxito del tratamiento y tuberculosis Una de las principales barreras para el éxito del tratamiento contra la TBC ha sido la tasa de abandono al tratamiento. Entre los determinantes del abandono al tratamiento se ha descrito que el tiempo de duración de éste, los efectos adversos de las drogas, los pacientes con peores condiciones de vida, la pobreza, el desempleo y la mayor edad conllevan a menor probabilidad de continuar el tratamiento.
Magnitud de la causa (datos cuantitativos)	El 7% de los pacientes con TB no resistente en tratamiento lo abandonan, el abandono se incrementa en los pacientes con co-infección TB-VIH a 9%, en los pacientes con tuberculosis resistente el abandono se incrementa a más de 20%
Atributos de la causa (datos cuantitativos)	El mayor número de pacientes que abandonan el tratamiento se encuentran los establecimientos de salud localizados en las zonas calientes (zonas con mayor prevalencia) de TB, donde el abandono puede llegar a más de 30%.
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva (cite la evidencia de la Tabla 1.1 de la Nota 1)	A3 (Pablos-Mendez, Knirsch et al. 1997, Munro, Lewin et al. 2007, Gler, Podewils et al. 2012, Kulkarni, Akarte et al. 2013, Podewils, Gler et al. 2013)

Fuente: Anexo 2 Contenidos mínimos del PP. 0016 TBC-VIH/SIDA

Tabla 8**Causas del Problema Identificado: Determinantes Sociales**

Descripción de la causa	Determinantes sociales
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico o, en general, entre la causa de nivel n-1 y la causa de nivel n	Los determinantes sociales influyen en la salud y el desarrollo de la tuberculosis (TB). Sin embargo, la escasez de datos está disponible teniendo en cuenta la relación de los determinantes sociales que influyen en el fracaso de la terapia y la resistencia a múltiples fármacos (MDR).
Magnitud de la causa (datos cuantitativos)	El análisis demostró que los ingresos bajos (OR no ajustado = 2.00 (IC 95%: 1.69-2.38; I2 = 88%; 33 estudios, OR ajustado 1.77, p <0.0001), educación baja (OR no ajustado 2.11, IC 95% 1.55-2.86, 26 estudios, OR ajustado 1.69, p <0.0001) y el abuso de alcohol (OR no ajustado = 2.43 (IC 95%: 1.56-3.80, 16 estudios, OR ajustado 2.13, p <0.0001) se asociaron con fracaso de la terapia. OR no ajustado = 1,67; IC del 95%: 1,12-2,41, p = 0,006; 14 estudios, OR ajustado 2,16, p <0,0001) y abuso de alcohol (OR no ajustado = 1,88; IC del 95%: 1,18-3,00, 7 estudios, ajustado OR 1.43, p = 0.06) se asoció con MDR-TB.
Atributos de la causa (datos cuantitativos)	El aumento de la edad de la población fue capaz de explicar una parte consistente de la heterogeneidad encontrada. D2, C1
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva (cite la evidencia de la Tabla 1.1 de la Nota 1)	Canadian Tuberculosis Committee. Housing conditions that serve as risk factors for tuberculosis infection and disease. 2007 Machado Leyva, et al. Riesgo de enfermar de tuberculosis de los convivientes adultos de enfermos bacilíferos. 2007

Fuente: Anexo 2 Contenidos mínimos del PP. 0016 TBC–VIH/SIDA

Tabla 9*Causas del Problema Identificado: Manejo Inadecuado de comorbilidades*

Descripción de la causa	Manejo inadecuado de las comorbilidades
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico o, en general, entre la causa de nivel n-1 y la causa de nivel n	Los factores de riesgo proximales también incluyen los que perjudican la defensa del huésped contra la infección, como la infección por VIH, la desnutrición, humo del tabaco, contaminación del aire en interiores causada por la quema de combustibles sólidos, abuso de alcohol, silicosis, diabetes, tumores malignos, una amplia gama de enfermedades sistémicas crónicas y tratamiento inmunosupresor. Existe alguna evidencia de que la contaminación del aire exterior es un factor de riesgo para la TB. La depresión y el estrés pueden tener un efecto negativo sobre el sistema inmune mediado por células y, por lo tanto, en teoría podrían aumentar el riesgo de TB.
Magnitud de la causa (datos cuantitativos)	Desnutrición (27%), fumar (23%), VIH (19%), diabetes (6%), alcoholismo (13%) y contaminación del aire en interiores causada por la quema de combustibles sólidos (26%) son todos factores de riesgo importantes a nivel mundial.
Atributos de la causa (datos cuantitativos)	El problema es mayor en las zonas de selva del país, donde un importante grupo de pacientes fallecen por TB y VIH. La diabetes es prevalente en zonas pobres donde los servicios de salud no pueden garantizar el tratamiento adecuado de la TB y diabetes.
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva (cite la evidencia de la Tabla 1.1 de la Nota 1)	A3, A1, A1 Durovni B, Saraceni V, Moulton LH, Pacheco AG, et al. Effect of improved tuberculosis screening and isoniazid preventive therapy on incidence of tuberculosis and death in patients with HIV in clinics in Rio de Janeiro, Brazil: a stepped wedge, cluster-randomised trial. 2013. Akolo C, Adetifa I, Shepperd S, Volmink J, Treatment of latent tuberculosis (TB) with isoniazid in people infected with HIV reduces their risk of developing active TB, 2010 Smieja M, Marchetti C, Cook D, Smaill FM, Isoniazid is effective in helping to prevent tuberculosis in people not infected with HIV, 2010

Fuente: Anexo 2 Contenidos mínimos del PP. 0016 TBC–VIH/SIDA

Tabla 10*Causas de Problema Identificado: TB activa en la Comunidad*

Descripción de la causa	TB activa en la comunidad
<p>Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico o, en general, entre la causa de nivel n-1 y la causa de nivel n</p> <p>Magnitud de la causa (datos cuantitativos)</p> <p>Atributos de la causa (datos cuantitativos)</p> <p>Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva (cite la evidencia de la Tabla 1.1 de la Nota 1)</p>	<p>La tuberculosis se transmite a través de microgotas transportadas por el aire, producidas durante la tos o la respiración.</p> <p>El riesgo de transmisión está relacionado con la infectividad del caso fuente, la duración y la proximidad del contacto con el caso fuente, y con el hecho de estar en un espacio cerrado con el caso fuente.</p> <p>Las “búsqueda activa de casos” se refiere a una estrategia de búsqueda activa de la tuberculosis en una población definida. Esta población puede estar compuesta de los contactos de los pacientes con tuberculosis, otros grupos específicos de alto riesgo o la comunidad en general.</p> <p>De cada 10 personas que desarrollan TB en Lima Perú, 7 la adquieren en la comunidad y sólo 3 la adquieren de contactos con casos índices dentro de las viviendas.</p> <p>Vivir con una persona con TB activa tiene un efecto protector y reduce hasta en 35% el riesgo de desarrollar TB. El hombre es el que más se expone a la comunidad, por necesidades laborales principalmente, D2, C1</p> <p>Canadian Tuberculosis Committee. Housing conditions that serve as risk factors for tuberculosis infection and disease. 2007</p> <p>Machado Leyva, et al. Riesgo de enfermar de tuberculosis de los convivientes adultos de enfermos bacilíferos. 2007</p>

Fuente: Anexo 2 Contenidos mínimos del PP. 0016 TBC – VIH/SIDA

Tabla 11*Causas del Problema identificado: Hacinamiento.*

Descripción de la causa	Hacinamiento
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico o, en general, entre la causa de nivel n-1 y la causa de nivel n	La tuberculosis es una enfermedad que está estrechamente relacionada con factores socioeconómicos como el hacinamiento, los espacios mal ventilados, la carencia de servicios públicos, la malnutrición, entre otros.
Magnitud de la causa (datos cuantitativos)	La incidencia de tuberculosis pulmonar fue más frecuente en el grupo de personas con hacinamiento (65,5 %), donde se demostraron diferencias estadísticamente significativas en relación con los controles (18,2 %: OR=8,53).
Atributos de la causa (datos cuantitativos)	La presencia de hacinamiento y la insuficiente ventilación en las viviendas eran condiciones asociadas al riesgo de enfermar de los convivientes con enfermos bacilíferos C2
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva (cite la evidencia de la Tabla 1.1 de la Nota 1)	Humberto Machado P, Valdés Díaz S, González Ochoa E, García Silvera E. Riesgo de enfermar de tuberculosis de los convivientes adultos de enfermos bacilíferos. Rev Cubana Med Trop [Internet]. 2007 [citado mayo 2010];59 (1). Gato Chamizo I, Matos Duarte S, Pedraja Blanco M, Castillo Romero E. Factores asociados a la tuberculosis pulmonar en pacientes de 15 años y más. Pinar del Río: Bol Med Gen Integr. 2000;4 (3):9-14.

Fuente: Anexo 2 Contenidos mínimos del PP. 0016 TBC–VIH/SIDA

Tabla 12*Causas del Problema Identificado: Factor genético*

Descripción de la causa	Factor genético
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico o, en general, entre la causa de nivel n-1 y la causa de nivel n	Factores genéticos predisponen a la tuberculosis y contribuyen a que unas personas desarrollen la forma clínica de la enfermedad y otras no, se han identificado variantes genéticas en el gen ASAP1 asociadas a la susceptibilidad a desarrollar tuberculosis.
Magnitud de la causa (datos cuantitativos)	Las variantes del gen ASAP1, en el cromosoma 8, regulan la susceptibilidad a la infección.
Atributos de la causa (datos cuantitativos)	La raza, los caucasianos y los mongoles, tienen una resistencia natural a la tuberculosis que permite que la infección no progrese tan fácilmente.
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva (cite la evidencia de la Tabla 1.1 de la Nota 1)	A3 Curtis J, et al. Susceptibility to tuberculosis is associated with variants in the ASAP1 gene encoding a regulator of dendritic cell migration. Nat Genet. 2015 Mar 16. doi: 10.1038/ng.3248.

Fuente: Anexo 2 Contenidos mínimos del PP. 0016 TBC–VIH/SIDA

3.2 Análisis Organizacional

3.2.1. La Organización

Según el Decreto Legislativo N° 1161, el sector salud está conformado por el MINSA, como organismo rector, asimismo, tiene como función formular, planear, dirigir, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades y Rehabilitación en Salud, bajo su Competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno.

El MINSA es la Autoridad Sanitaria en el país, cuya misión es proteger la dignidad personal, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes del país.

El MINSA está organizado en 02 Viceministerios de Salud y direcciones de apoyo. El Viceministerio de Salud Pública es responsable de proponer y conducir la implementación, evaluación y supervisión de la política sectorial de salud pública, así como las intervenciones de promoción y protección de la salud de la población; en el tema de Tuberculosis el responsable es la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis, quien depende de la Dirección de Intervenciones Estratégicas. La Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis es el órgano técnico normativo dependiente de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, responsable de establecer la doctrina, normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú; garantizando la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito y supervisado a todos los afectados con tuberculosis, con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad

El Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud es responsable de formular, proponer, coordinar, conducir, evaluar y supervisar la implementación de la política sectorial relacionada a la organización, gestión y funcionamiento de la prestación de servicios de salud, el acceso a la atención y al aseguramiento en salud, a la

infraestructura, a tecnologías sanitarias y al desarrollo de los recursos humanos en salud. En este Viceministerio se encuentra la Dirección General de Operaciones de Salud, quien dirige y supervisa las funciones que desarrollan por los órganos desconcentrados: Direcciones de Gestión de Redes Integradas de Salud de Lima Norte, Lima Centro, Lima Este y Lima Sur; así como de los Hospitales e Institutos Nacionales Especializados en la jurisdicción de Lima Metropolitana. (Anexo A)

El Ministerio de Salud tiene bajo su conducción 09 programas presupuestales dentro de los cuales se encuentra el programa presupuestal 0016 TBC-VIH/SIDA el mismo que se encuentra en los tres niveles de gobierno; Gobierno Nacional, Gobierno Regional y Gobierno Local.

En el Gobierno Nacional está a cargo del sector salud (MINSA, INS, SIS e INEN) y el sector Justicia (INPE), en el GR a cargo de las direcciones regionales de salud y sus ejecutoras y en el GL está a cargo de las Municipalidades. En el caso de Lima Metropolitana el programa presupuestal es ejecutado por el Gobierno Nacional y Gobierno Local.

Para la ejecución del programa presupuestal 0016 TBC–VIH/SIDA en Lima Metropolitana, a nivel de establecimientos se tiene 32 ejecutoras adscritas al Pliego 11 Ministerio de Salud, en la cual se encuentran 04 Direcciones de Redes Integradas de Salud.

Tabla 13

Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana para el Primer Nivel de Atención

Unidad Ejecutora Primer Nivel de Atención
43-1683: DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO
44-1684: DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE
45-1685: DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR
46-1686: DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE

Fuente: Transparencia Económica - MEF

Así mismo existen 23 unidades ejecutoras para el Segundo y Tercer nivel de atención (Hospitales e Institutos), CENARES, y la sede administrativa.

Tabla 14

Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana para el Segundo Nivel de Atención

Unidad Ejecutora Segundo y Tercer Nivel de Atención
007-123: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS
009-125: INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
010-126: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
011-127: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
016-132: HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
017-133: HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
020-136: HOSPITAL SERGIO BERNALES
021-137: HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
025-141: HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL MARIA AUXILIADORA
027-143: HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA
028-144: HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
029-145: HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA
030-146: HOSPITAL DE EMERGENCIAS CASIMIRO ULLOA
031-147: HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIATRICAS
032-148: HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA
033-149: HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO - SAN BARTOLOME
036-522: HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
042-1138: HOSPITAL "JOSE AGURTO TELLO DE CHOSICA"
049-1216: HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
050-1217: HOSPITAL VITARTE
139-1512: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA
140-1528: HOSPITAL DE HUAYCAN
142-1670: HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

Fuente: Transparencia Económica - MEF

A nivel local el programa presupuestal 0016 TBC–VIH/SIDA es ejecutado en 43 gobiernos locales.

En cada unidad ejecutora se encuentra un responsable del programa presupuestal 0016 TBC–VIH/SIDA, quien es el área usuaria y el responsable de hacer los requerimientos y distribución hacia los centros de costos; a su vez es el responsable de coordinar con presupuesto para verificación de disponibilidad presupuestal y

administración (logística) con la finalidad de la atención de los requerimientos.

En los gobiernos locales el área responsable de realizar los requerimientos es la Sub Gerencia de Desarrollo Social quien articula con la Sub Gerencia de Salud y las áreas de presupuesto y administración.

3.2.2. Análisis FODA

El análisis estratégico implica la revisión de las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas a la institución, es decir el reconocimiento de los aspectos positivos y negativos, tanto del interno como del entorno de la institución. La misma que se detallan a continuación:

A. Fortalezas

Las fortalezas identificadas de forma participativa y ajustada técnicamente son las siguientes:

- Voluntad política plasmada en la Ley 30287 Ley de Prevención y Control de Tuberculosis.
- El programa presupuestal responde a los objetivos estratégicos del PEI
- Personal identificado
- Capacidad y voluntad del personal.
- Vocación de servicio de los funcionarios y personal.
- Capital Humano multidisciplinario

B. Debilidades

- Falta de incentivos al personal responsable de la gestión el Programa Presupuestal en las unidades ejecutoras de salud.
- Diferentes regímenes laborales y escalas remunerativas.
- Falta de articulación entre las áreas de planeamiento, presupuesto, logística y el programa

- Alta rotación de funcionarios que generan la inestabilidad administrativa.
- Demora en los tramites logísticos para la adquisición de los requerimientos
- Falta de equipamiento logístico.
- Debilidad en temas de gestión por parte de los gestores de los niveles intermedios
- Personal con escaso conocimiento en temas de gestión y experiencia profesional.
- Insuficientes instrumentos para monitoreo y evaluación de la ejecución presupuestal, calidad de gasto y cumplimiento de metas.

C. Oportunidades

- El programa presupuestal 0016 TBC–VIH/SIDA responde a los objetivos de la OMS
- Articulación con los programas sociales del estado.
- Existencia de organizaciones sociales consolidadas.
- Organizaciones vecinales.
- Apoyo de ONGs.
- Cooperación Internacional.
- Convenios con instituciones.
- Descentralización un reto.

D. Amenazas

- Falta de confianza de la población.
- Continuos cambios políticos

3.2.3. Entorno Organizacional

En el presente trabajo se analiza el entorno organizacional según el método de Collorette y Sheneider, recomendado por Denis Proulx (2014), dividiendo a la organización en 03 niveles los cuales son descritos a continuación:

A. Entorno Inmediato:

La prevención y control de tuberculosis se aborda desde los establecimientos de salud. En Lima Metropolitana son 5765 establecimientos registrados en la Superintendencia Nacional de Salud, de ellos 193 hospitales, 12 institutos especializados, 315 centros de salud y 765 puestos de salud. Los mismos que deben contar con la disponibilidad de bienes y servicios necesarios para garantizar la atención de los afectados por tuberculosis.

Tabla 15

Establecimientos de Salud de Lima Metropolitana.

Total	Tipo de Establecimiento					
	Hospitales	Instituto de Salud Especializado	Centros de salud	Puestos de salud	Consultorios médicos y de otros profesionales de la salud 3/	Centro Odontológico 4/
5 765	193	12	315	765	4 255	225

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud- Intendencia de Investigación y Desarrollo. Información tomada de <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/health-sector-establishments/>

En Lima, al 2016 según el reporte de la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis, se presentaron 11,839 casos de tuberculosis, de los cuales 10,204 son casos nuevos, así mismo se reportó 362 fallecidos durante el tratamiento.

Tabla 16

Número de casos de tuberculosis y fallecidos durante el tratamiento en Lima Metropolitana

Notificación de Casos	2013	2014	2015	2016
Morbilidad	12306	11971	11681	11839
Fallecidos durante el tratamiento	376	321	357	362

Fuente:

<http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/DashboardDPCTB/PerfilTB.aspx>

B. Entorno Intermedio:

La prevención y control de tuberculosis en el Perú se ampara en el marco legal de la Ley N° 30287 Ley de Prevención y Control de Tuberculosis y su reglamento cuya finalidad es garantizar los derechos y deberes fundamentales de las personas afectadas por tuberculosis y establece los mecanismos y procedimientos referidos a la coordinación entre el sector público y privado vinculados a la prevención y control de la tuberculosis.

Respecto al financiamiento, en el Artículo 47 del reglamento de la Ley N° 30287 establece que *“los recursos asignados para la prevención y control de tuberculosis en los presupuestos institucionales del gobierno nacional, gobiernos regionales, así como de las demás instituciones públicas involucradas en la lucha contra la tuberculosis, son intangibles, bajo responsabilidad de sus titulares”*; así mismo el

Artículo 48 señala acerca de la intangibilidad del presupuesto *“El presupuesto asignado a la tuberculosis es intangible, bajo sanción de responsabilidad funcional”*.

El 30 de enero del 2017 el Congreso de la República en respuesta a la situación problemática de la tuberculosis

crea el Frente Parlamentario de lucha contra la Tuberculosis, presidida por la congresista Luz Salgado Rubianes. El Frente Parlamentario contra la Tuberculosis se constituye en un grupo especializado, fiscalizador y articulador de los sectores involucrados en la lucha contra la tuberculosis, con la capacidad para fiscalizar la asignación y calidad del gasto, incluyendo la Ley de Presupuesto. (Cuba, 2018)

El programa presupuestal 0016 TBC–VIH/SIDA se alinea a la estrategia Fin de la Tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud, el cual tiene por visión la eliminación de la mortalidad, movilidad y el sufrimiento debido a la Tuberculosis. Esta estrategia tiene 04 principios: Rectoría y rendición de cuentas por los gobiernos con monitorización y evaluación, coalición solida con las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades, protección y promoción de los derechos humanos, la ética y la equidad y la adaptación nacional de la estrategia y metas con colaboración mundial.

C. Tendencias Globales

Según la Organización Mundial de la Salud, la financiación para la atención y la prevención de la TBC vienen aumentando desde hace más de 10 años. El gasto sanitario total tampoco satisface los recursos necesarios para lograr la cobertura sanitaria universal. Para subsanar estos déficits son necesarios más recursos, tanto de fuentes nacionales (especialmente en los países de ingresos medios) como de donantes internacionales (especialmente en los países de ingresos bajos).

Otros factores más generales que influyen en la epidemia de TBC son la pobreza, la infección por VIH, la

desnutrición y el tabaquismo. La mayoría de los países con gran carga de TBC tienen ante sí grandes retos para alcanzar las metas de los ODS relacionados con estos y otros determinantes.

3.3 Análisis de Stakeholders

Metodología de análisis de actores

En el presente trabajo se ha realizado el mapeo de actores a través de la metodología MACTOR, la cual se detalla a continuación:

Tabla 17

Matriz de Identificación de Actores

ITEM	Nombre Actor	Descripción
01	El Ministro de Salud	Representa a la máxima autoridad sectorial, pliego responsable de la adecuada gestión de salud en el Perú, quien exigirá el incremento de presupuesto para el mejoramiento del Hospital Nacional Arzobispo Loayza
02	El Ministro de Economía y Finanzas	Representa a la máxima autoridad económico financiero, centraliza los ingresos y distribuye los egresos públicos, también emite informes sobre la flexibilidad de presupuestos para las entidades públicas como los hospitales nacionales.
03	Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis	Es el órgano técnico normativo dependiente de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, responsable de establecer la doctrina, normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú; garantizando la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito y supervisado a todos los afectados con tuberculosis, con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad
04	Oficina de Planeamiento, Presupuesto y Modernización	Es el órgano de asesoramiento del Ministerio de Salud, dependiente de la Secretaría General, responsable de conducir los procesos relacionados con los Sistemas Administrativos de Planeamiento Estratégico, Presupuesto Público, Modernización de la Gestión Pública y Programación Multianual y Gestión de Inversiones; así como el Sistema Nacional de Promoción de la Inversión Privada en el ámbito del Ministerio de Salud, coadyuvando al logro de los objetivos en el Sector Salud conforme lo dispuesto en la normatividad vigente.
05	Direcciones de Redes Integradas de Salud	Son órganos desconcentrados del Ministerio de Salud, gestionan a nivel de Lima Metropolitana los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, según corresponda, de los Hospitales y en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la jurisdicción correspondiente; así como supervisa el desarrollo de los procesos técnicos de los Sistemas Administrativos a cargo de los órganos desconcentrados de su jurisdicción
06	Oficina de Administración	Es el órgano de apoyo del Ministerio de Salud, dependiente de la Secretaría General, responsable de gestionar los Sistemas de Abastecimiento, Tesorería y Contabilidad, así como ejecutar el presupuesto de la Unidad Ejecutora 001: Administración Central del Pliego 011: Ministerio de Salud, para el adecuado funcionamiento de

Nombre		Descripción
ITEM	Actor	
		la institución y velar por la mejora continua de los procesos administrativos a su cargo.
07	Hospitales	Establecimientos de Salud de mayor complejidad
08	Gobiernos Locales	Es la organización que se encarga de la administración local en un pueblo o ciudad, compuesta por un alcalde y varios concejales para la administración de los intereses de un municipio

Fuente: Elaboración propia

Tabla 18

Comportamiento de Actores con relación a los productos

Nombre		P1	P2	P3
ITEM	Actor			
1	El Ministro de Salud	+1	+1	+1
2	El Ministro de Economía y Finanzas	0	+1	+1
3	Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis	+1	+1	+1
4	Oficina de Planeamiento, Presupuesto y Modernización	+1	+1	+1
5	Direcciones de Redes Integradas de Salud	+1	+1	+1
6	Oficina de Administración	0	+1	+1
7	Hospitales	+1	+1	+1
8	Gobiernos Locales	+1	+1	+1
Sumatoria de +1		6	8	8
Sumatoria de -1		0	0	0

Fuente: Elaboración propia

1/ Simbología:

Valoración:

+1 es estar a favor del Producto,

0 es indiferente ante la implementación o no del Producto propuesto

-1 es estar en contra de la implementación del Producto.

Tabla 19*Matriz de Poder - Influencia Total Actor por Actor*

Nº	Influencia sobre □	1	2	3	4	5	6	7	8	Sumatoria
1	El Ministro de Salud	-	3	4	4	4	4	4	2	25
2	El Ministro de Economía y Finanzas	4	-	4	4	3	3	3	4	25
3	Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis	2	2	-	3	3	2	3	1	16
4	Oficina de Planeamiento, Presupuesto y Modernización	3	3	3	-	3	2	3	1	18
5	Direcciones de Redes Integradas de Salud	2	2	2	2	-	1	3	2	14
6	Oficina de Administración	3	3	3	3	3	-	3	1	19
7	Hospitales	2	2	2	2	2	1	-	1	12
8	Gobiernos Locales	2	2	1	1	2	1	1	-	10
Total		19	17	19	19	20	14	20	12	159

Fuente: Elaboración propia.

1/ Simbología:

- 0: Ninguna influencia.
- 1: Escasa influencia.
- 2: Influencia promedio.
- 3: Fuerte influencia
- 4: Muy fuerte influencia.

Tabla 20*Matriz de Convergencia*

Productos	Convergente	Divergente
1	Direcciones de Redes Integradas de Salud Oficina General de Planeamiento y Presupuesto Direcciones de Redes Integradas de Salud	
2	Hospitales Oficina General de Planeamiento y Presupuesto Gobiernos locales	
3	Oficina de Administración	

Fuente: Elaboración propia

Capítulo IV: La Formulación

4.1 Determinación de Objetivos y Medios

Para abordar la prevención y control de la tuberculosis se plantean una serie de intervenciones producto del análisis causal realizado, los mismos que se convertirán en productos que incluyen bienes y servicios para lograr el resultado esperado. A estas intervenciones es importante adicionar el soporte de gestión considerando la problemática analizada, planteándose los siguientes objetivos.

4.1.1 Árbol de Objetivos y Metas

En el Anexo 2 Contenidos Mínimos del Programa Presupuestal 0016 TBC–VIH/SIDA se plantea el siguiente Árbol de Medios planteándose alternativas de intervención con el objetivo de reducir la morbimortalidad de TBC– VIH/SIDA.

Cabe señalar que como resultado final esperado “es la reducción de la morbimortalidad de la tuberculosis”, para ello es necesario incorporar una alternativa de intervención referida a la optimización de los recursos públicos en los productos del programa presupuestal TBC a efectos de contribuir al logro de resultados a favor de los beneficiarios ofreciendo servicios de calidad, en tiempo y costos y contribuir a consolidar la rectoría de la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis del MINSA.

Por otro lado, es necesario dotar de estrategias que garanticen la optimización de los productos del programa presupuestal a fin de garantizar la mejora en la optimización del uso de los recursos públicos, al servicio del ciudadano.

En este contexto la alternativa de intervención propuesta en la presente investigación que formara parte del anexo 02 “Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 0016 TBC–VIH/SIDA” – esta sustentada en el modelo conceptual de factores de riesgo y

determinantes sociales de la TBC , el cual se detalla acontuacion. (Lönroth,K et al., 2009)

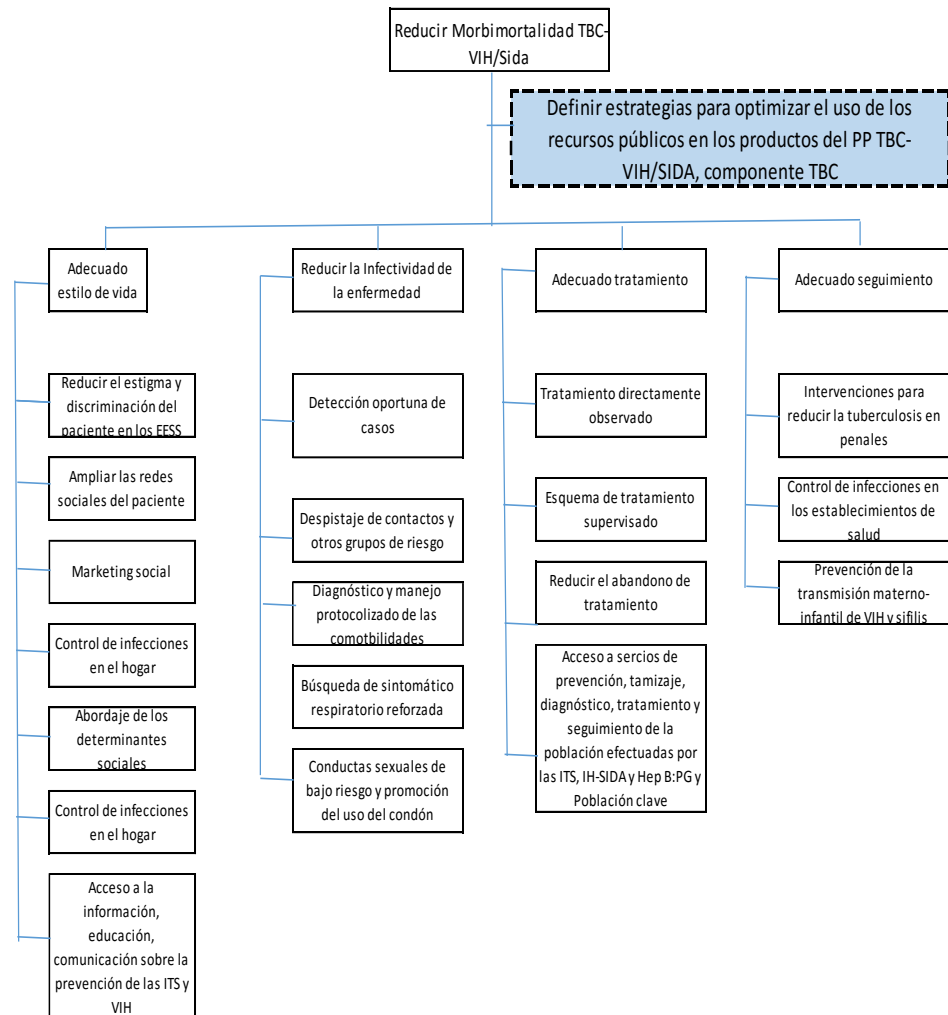


Figura 7. Árbol de Medios del PP 0016 TBC – VIH/SIDA

Fuente: Anexo 2 Contenidos Mínimos del Programa Presupuestal 0016 TBC– VIH/SIDA

4.1.2 Sustento de Evidencias. (Anexo B)

Tabla 21

Análisis de las alternativas de intervención: Detección oportuna de casos

Alternativa de intervención identificada	Detección oportuna de casos
Descripción breve de la alternativa de intervención	Involucra por un lado identificación y captación de sintomáticos respiratorios y

Alternativa de intervención identificada	Detección oportuna de casos
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	por otro lado el diagnóstico oportuno a través de la baciloscopia, radiografía de tórax, cultivo y pruebas de resistencia rápida. Permite tomar medidas a nivel del paciente y su entorno para disminuir la probabilidad de transmisión. Además de búsquedas activas comunitarias en zonas calientes
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa (cite la evidencia de la Nota 1 – sólo el número)	Si <u>6 al 16</u>

Fuente: Anexo 2. Contenidos mínimos del PP 0016 TBC–VIH/SIDA/SIDA

Tabla 22

Análisis de las alternativas de intervención: Tratamiento directamente observado

Alternativa de intervención identificada	Tratamiento directamente observado
Descripción breve de la alternativa de intervención	Implica la administración de tratamiento estandarizado directamente observado por personal sanitario, con supervisión y asistencia al enfermo; un sistema ininterrumpido de provisión de fármacos y la evaluación y monitoreo continuo del sistema.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa (cite la evidencia de la Nota 1 – sólo el número)	<u>17,18,19</u>

Fuente: Anexo 2. Contenidos mínimos del PP 0016 TBC–VIH/SIDA

Tabla 23

Análisis de alternativas de intervención: Despistaje de contactos y otros grupos de riesgo

Alternativa de intervención identificada	Despistaje de contactos y otros grupos de riesgo
Descripción breve de la alternativa de intervención	Involucra la identificación y despistaje de infección y enfermedad tuberculosa en contactos de pacientes con tuberculosis y otros grupos de alto riesgo para el desarrollo de tuberculosis incluyendo trabajadores de salud, personas privadas de su libertad, inmunosuprimidos, alcohólicos o farmacodependientes
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Parcialmente

Alternativa de intervención identificada	Despistaje de contactos y otros grupos de riesgo
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa (cite la evidencia de la Nota 1 – sólo el número)	<u>27,28,29</u>

Fuente: Anexo 2. Contenidos mínimos del PP 0016 TBC–VIH/SIDA

Tabla 24

Análisis de alternativas de intervención: Diagnóstico y manejo protocolizado de las comorbilidades.

Alternativa de intervención identificada	Diagnóstico y manejo protocolizado de las comorbilidades como: VIH, DIABETES, SILICOSIS, EPOC, ASMA
Descripción breve de la alternativa de intervención	La identificación, diagnóstico y manejo adecuado de las comorbilidades, coordinado con otros especialistas.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa (cite la evidencia de la Nota 1 – sólo el número)	<u>25,26</u>

Fuente: Anexo 2. Contenidos mínimos del PP 0016 TBC–VIH/SIDA

Tabla 25

Análisis de alternativa de intervención: Esquemas de tratamiento acortados

Alternativa de intervención identificada	Esquemas de tratamiento supervisados acortados para pacientes resistentes
Descripción breve de la alternativa de intervención	Implica la administración de tratamiento estandarizado directamente observado en menor tiempo, incluyendo fármacos del 5to grupo, por personal sanitario, con supervisión y asistencia al enfermo; un sistema ininterrumpido de provisión de fármacos y la evaluación y monitoreo continuo del sistema.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa (cite la evidencia de la Nota 1 – sólo el número)	<u>38 al 47</u>

Fuente: Anexo 2. Contenidos mínimos del PP 0016 TBC–VIH/SIDA

Tabla 26

Análisis de alternativas de intervención: Intervención focalizadas para reducir el abandono.

Alternativa de intervención identificada	Intervención focalizada para reducir el abandono del tratamiento y la irregularidad del mismo
Descripción breve de la alternativa de intervención	Esta intervención incluye la selección de establecimientos de salud con alta tasa de abandono del tratamiento y la inclusión de un nuevo miembro al equipo de tuberculosis: la enfermera de campo. Esta enfermera se encargará de coordinar el cumplimiento de la atención integral del paciente, el seguimiento diario del tratamiento y la intervención en pacientes irregulares basada en las visitas domiciliarias y consejería. Además, se encargará de coordinar el examen y seguimiento de contactos. Esta intervención también incluirá recordatorios a los pacientes a través de mensajes de texto.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa (cite la evidencia de la Nota 1 – sólo el número)	<u>35,36,37</u>

Fuente: Anexo 2. Contenidos mínimos del PP 0016 TBC–VIH/SIDA

Tabla 27

Análisis de alternativas de intervención: Marketing Social

Alternativa de intervención identificada	Marketing social
Descripción breve de la alternativa de intervención	Esta intervención implica una agresiva campaña de comunicación social para empoderar y sumar a la población a la lucha contra la tuberculosis
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa (cite la evidencia de la Nota 1 – sólo el número)	<u>32,33,34</u>

Fuente: Anexo 2. Contenidos mínimos del PP 0016 TBC–VIH/SIDA

Tabla 28*Análisis de alternativas de intervención: Control de infecciones en el hogar*

Alternativa de intervención identificada	Control de infecciones en el hogar de pacientes con tuberculosis
Descripción breve de la alternativa de intervención	Esta estrategia implica capacitar a los pacientes y familiares en el uso de medidas de control de infecciones para reducir el riesgo de infección en el hogar
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa (cite la evidencia de la Nota 1 – sólo el número)	<u>30,31</u>

Fuente: Anexo 2. Contenidos mínimos del PP 0016 TBC–VIH/SIDA

Tabla 29*Análisis de alternativas de intervención: Abordaje de determinantes sociales*

Alternativa de intervención identificada	Abordaje de los determinantes sociales
Descripción breve de la alternativa de intervención	Esta intervención implica la inclusión de los pacientes en programas sociales del gobierno que permitan aliviar las necesidades básicas del paciente y su familia, como trabajo, vivienda, salud, etc.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa (cite la evidencia de la Nota 1 – sólo el número)	<u>30,31</u>

Fuente: Anexo 2. Contenidos mínimos del PP 0016 TBC–VIH/SIDA

Tabla 30*Análisis de alternativas de intervención: Búsqueda de sintomáticos respiratorios*

Alternativa de intervención identificada	Búsqueda de sintomáticos respiratorios reforzada
Descripción breve de la alternativa de intervención	Esta estrategia implica una búsqueda agresiva de SR por todo el personal de salud del establecimiento de salud. Además la búsqueda se implementará de manera obligatoria en triaje y búsqueda de sintomáticos en la comunidad y colegios por promotores de salud.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	No

Alternativa de intervención identificada	Búsqueda de sintomáticos respiratorios reforzada
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa (cite la evidencia de la Nota 1 – sólo el número)	<u>12</u>

Fuente: Anexo 2. Contenidos mínimos del PP 0016 TB VIH/SIDA

Tabla 31

Análisis de alternativas de intervención: Intervención para reducir TBC en penales.

Alternativa de intervención identificada	Intervención para reducir la tuberculosis en penales
Descripción breve de la alternativa de intervención	Esta intervención implica que los establecimientos de salud cuenten con un plan de control de infecciones. Además de la implementación y seguimiento de las actividades del plan
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa (cite la evidencia de la Nota 1 – sólo el número)	<u>6</u>

Fuente: Anexo 2. Contenidos mínimos del PP 0016 TBC-VIH/SIDA

Tabla 32

Análisis de alternativas de intervención: Control de infecciones en los EESS

Alternativa de intervención identificada	Control de infecciones en los establecimientos de salud
Descripción breve de la alternativa de intervención	Esta intervención implica que los establecimientos de salud cuenten con un plan de control de infecciones de transmisión sexual. Además de la implementación y seguimiento de las actividades del plan.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa (cite la evidencia de la Nota 1 – sólo el número)	<u>20,21,22</u>

Fuente: Anexo 2. Contenidos mínimos del PP 0016 TBC-VIH/SIDA

4.2 Análisis de alternativas

Según el Anexo 2. Contenido Mínimos del Programa Presupuestal 0016 TBC– VIH/SIDA se presenta el Análisis de Alternativas de Intervención del componente de Tuberculosis

Tabla 33

Análisis de Alternativas de intervención PP 0016 TBC–VIH/SIDA

ID	Alternativas de intervención	Complementaria con	Viabilidad	Eficiencia	Efectividad	Alternativa seleccionada (marcar con una X la o las alternativas seleccionadas)
1	Detección oportuna de casos	<u>3,12</u>	X	<u>1</u>	<u>1</u>	X
2	Tratamiento directamente observado	<u>6,5</u>	X	<u>2</u>	<u>2</u>	X
3	Despistaje de contactos y otros grupos de riesgo	<u>12,1</u>	X	<u>3</u>	<u>3</u>	X
4	Diagnóstico y manejo protocolizado de las comorbilidades como: VIH, diabetes, silicosis, EPOC, asma		X	<u>4</u>	<u>4</u>	X
5	Esquemas de tratamiento supervisados acortados para pacientes resistentes	<u>6</u>	X	<u>5</u>	<u>5</u>	X
6	Intervención focalizada para reducir el abandono del tratamiento y la irregularidad del mismo	<u>2,7</u>	X	<u>6</u>	<u>6</u>	X
7	Intervención para reducir el estigma y discriminación del paciente en los EESS	<u>6</u>	X	<u>1</u>	<u>1</u>	X
8	Intervención para ampliar las redes sociales del pacientes	<u>7</u>	X	<u>2</u>	<u>2</u>	X
9	Marketing social	<u>7</u>	X	<u>3</u>	<u>3</u>	X
10	Control de infecciones en el hogar de pacientes con tuberculosis	<u>11</u>	X	<u>4</u>	<u>4</u>	X
11	Abordaje de los determinantes sociales		X	<u>5</u>	<u>5</u>	X
12	Búsqueda de sintomático respiratorio reforzada	<u>1</u>	X	<u>6</u>	<u>6</u>	X
13	Intervención para reducir la tuberculosis en penales	<u>1</u>	X	<u>7</u>	<u>7</u>	X
14	Control de infecciones en los establecimientos de salud		X	<u>1</u>	<u>1</u>	X

Fuente: Anexo 2 Contenidos mínimos del PP 016 TB - VIH

4.3 Actividades

Según el Anexo 2 Contenidos Mínimos del PP 0016 TB-VIH/SIDA las actividades para la prevención y control de la Tuberculosis son:

- ✓ Despistaje de tuberculosis en sintomáticos respiratorios
- ✓ Control y tratamiento preventivo de contactos de casos tuberculosis (general, indígena, privada de su libertad)
- ✓ Diagnóstico de casos de tuberculosis

- ✓ Tratamiento de casos de personas privadas de su libertad
- ✓ Despistaje y diagnóstico de tuberculosis para pacientes con comorbilidad
- ✓ Reordenar viviendas en hogares, ubicados en áreas de elevado riesgo de transmisión de TBC
- ✓ Implementar viviendas mejoradas en hogares de personas afectadas de tuberculosis multidrogo resistente – TBMDR
- ✓ Brindar tratamiento oportuno para tuberculosis esquemas 1,2, no multidrogo resistente y multidrogo resistente
- ✓ Brindar tratamiento oportuno a personas que acceden al EESS y recibe tratamiento para tuberculosis extremadamente drogo resistente (XDR)
- ✓ Brindar tratamiento para tuberculosis a personas con comorbilidad
- ✓ Promover en las familias prácticas saludables para la prevención de VIH/SIDA y tuberculosis.
- ✓ Capacitación a actores sociales que promueven practicas saludables para prevención de tuberculosis y VIH/SIDA

4.4 Producto

Según el Anexo 2 Contenidos Mínimos del PP 0016 TBC-VIH/SIDA los productos para la prevención y control de la Tuberculosis son:

- ✓ Sintomáticos respiratorios con despistaje de tuberculosis
- ✓ Personas en contacto de casos de tuberculosis con control y tratamiento preventivo (general, indígena, privada de su libertad
- ✓ Personas con diagnóstico de tuberculosis
- ✓ Servicios de atención de tuberculosis con medidas de control de infecciones y bioseguridad
- ✓ Personas privadas de su libertad tratadas
- ✓ Pacientes con comorbilidad con despistaje y diagnóstico de tuberculosis
- ✓ Hogares en áreas de elevado riesgo de transmisión de TBC que acceden a viviendas reordenadas
- ✓ Hogares de personas afectadas de TBMDR con viviendas mejoradas
- ✓ Persona que accede al EESS y recibe tratamiento oportuno para tuberculosis y sus complicaciones.

- ✓ Persona que accede al EESS y recibe tratamiento oportuno para tuberculosis extensamente resistente TB XDR
- ✓ Persona con comorbilidad recibe tratamiento para tuberculosis

Capítulo V

La Propuesta de Implementación

5.1 Descripción de la Propuesta de Implementación

En el presente trabajo se identificó establecer estrategias de mejora para la optimización de los productos del programa presupuestal 0016 TBC-VIH/SIDA, componente TBC, para lo cual se plantea un objetivo general y tres objetivos específicos, sostenido en un trabajo articulado entre las áreas de planificación, abastecimiento y áreas técnicas a través de las unidades ejecutora y puntos de atención.

5.1.1 Objetivos General

Definir estrategias para optimizar los recursos públicos en los productos del programa presupuestal TBC-VIH/SIDA, componente TBC.

5.1.2 Objetivos Específicos

- ✓ Fortalecer la rectoría de la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis del Ministerio de Salud
- ✓ Fortalecer las competencias de la gestión por resultados en los gestores del programa presupuestal TBC-VIH/SIDA, componente TBC
- ✓ Fortalecer la gestión en los procesos administrativos para la adquisición de recursos críticos.

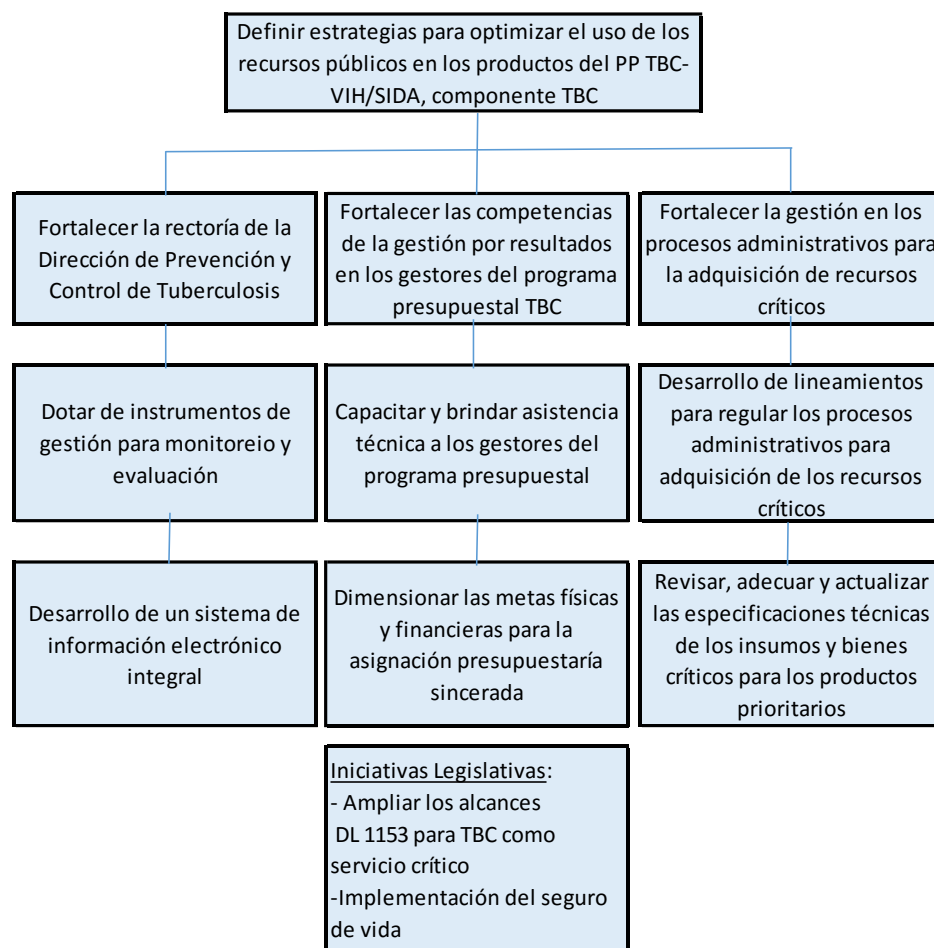


Figura 8. Objetivos de la Propuesta a Implementar

Fuente: Elaboración propia

Para el desarrollo de los objetivos señalados, se establecerá una vinculación entre las definiciones operacionales a nivel de cada producto, los criterios de programación (metas físicas y presupuestarias) y los requerimientos logísticos (Siga patrimonial, kit de insumo, materiales y equipos) y especificaciones técnicas estandarizadas (insumos críticos).

Se ha realizado el análisis de alternativas para el presente trabajo de investigación, el cual se detalla a continuación

Tabla 34

Análisis de alternativas: Fortalecer la rectoría de la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis

Descripción del medio	Fortalecimiento de la Rectoría de la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis
Alternativa de intervención 1	Diseño de Instrumentos de Gestión para monitoreo y evaluación
Alternativa de intervención 2	Consolidación de la estructura de las DIRIS

Fuente: Elaboración propia

Tabla 35

Análisis de alternativas de intervención: Fortalecer las competencias de la gestión por resultados en los gestores del programa presupuestal TBC

Descripción del medio	Fortalecer las competencias en gestión por resultados en los gestores del programa presupuestal TBC
Alternativa de intervención 1	Capacitación y asistencia técnica a los gestores del programa presupuestal
Alternativa de intervención 2	Programa de incentivos a la gestión del programa presupuestal

Fuente: Elaboración propia

Tabla 36

Análisis de alternativas de intervención: Fortalecer la gestión en los procesos administrativos para la adquisición de recursos críticos

Descripción del medio	Fortalecer la gestión de los procesos administrativos para adquisición de los recursos críticos
Alternativa de intervención 1	Desarrollo de lineamientos para regular los procesos administrativos para adquisición de los recursos críticos
Alternativa de intervención 2	Optimización del recurso humano que brinda la prestación al afectado por tuberculosis y su entorno
Alternativa de intervención 3	Optimización del uso de insumos críticos del programa presupuestal

Fuente: Elaboración propia

Tabla 37*Alternativas de intervención seleccionadas.*

ID	Alternativas de intervención	Viabilidad	Eficiencia	Efectividad	Alternativa seleccionada (marcar con una X la o las alternativas seleccionadas)
1	Diseño de Instrumentos de Gestión para monitoreo y evaluación	X	<u>1</u>	<u>1</u>	X
2	Consolidación de la estructura de las DIRIS		<u>2</u>	<u>2</u>	
3	Capacitación y asistencia técnica a los gestores del programa presupuestal	X	<u>1</u>	<u>1</u>	X
4	Programa de incentivos a la gestión del programa presupuestal		<u>2</u>	<u>2</u>	
5	Desarrollo de lineamientos para regular los procesos administrativos para adquisición de los recursos críticos	X	<u>1</u>	<u>1</u>	X
6	Optimización del recurso humano que brinda la prestación al afectado por tuberculosis y su entorno	X	<u>2</u>	<u>2</u>	X
7	Optimización del uso de insumos críticos del programa presupuestal	X	<u>3</u>	<u>3</u>	X

Fuente: Elaboración propia

El presente trabajo, se implementará a través de la coordinación con la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis, usando herramientas virtuales a fin de entregar los productos propuestos a la mayor cantidad posible de gestores del programa presupuestal.

El presente trabajo propone los siguientes productos, alineados a los Objetivos Específicos. Todos los productos constan de dos apartados: La descripción del producto y la propuesta.

A. Objetivo Específico 1

Fortalecer la rectoría de la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis

Producto 1: Diseño de un Instrumento de Gestión para Monitoreo y Evaluación

Descripción:

Este producto está dirigido a los gestores del programa presupuestal de los diferentes niveles de gobierno, el cual consiste en el diseño de un instrumento que tenga por objetivo

contribuir al monitoreo y evaluación del programa presupuestal tanto en avance de metas físicas como ejecución presupuestal optimizando el uso de los recursos públicos.

Este instrumento se encontrará en la WEB de la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis que tiene a cargo el programa presupuestal, en el cual todas las unidades ejecutoras puedan visualizar y proceder al análisis de manera oportuna.

El Monitoreo y Evaluación tienen por finalidad generar información, conocimientos y aprendizaje dirigidos a alimentar la toma de decisiones oportunas y pertinentes garantizando los resultados esperados.

Cabe indicar que la referida propuesta esta vinculada con las evidencias identificadas en “Evaluación del Diseño y Ejecución de Presupuesto del Componente Tuberculosis del Programa Presupuestal TB-VIH” y en la “Auditoría de Desempeño a los servicios de diagnóstico, tratamiento y prevención secundaria de Tuberculosis prestados por el Ministerio de Salud en Lima Metropolitana” período 2016.

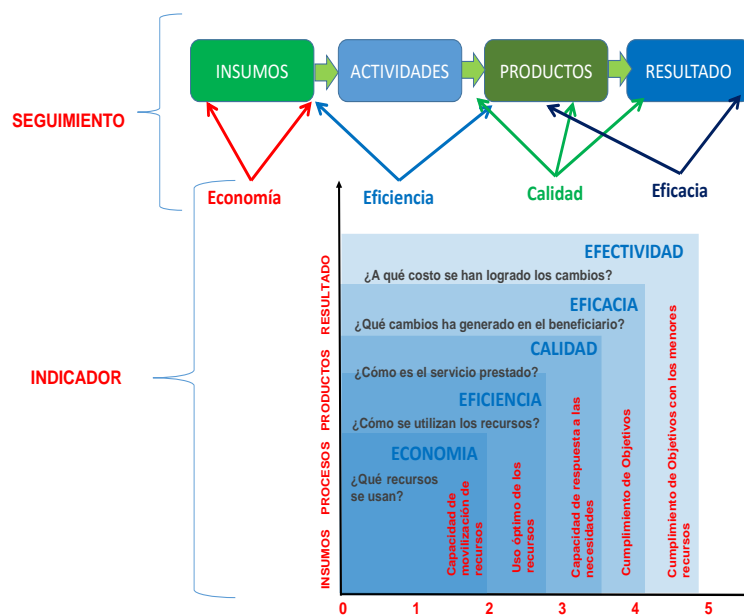
Propuesta:

La propuesta de Instrumento de Monitoreo y Evaluación es la elaboración del Cuadro de Mando Integral (Balanced Scorecard). Anexo C

Con el Balanced Scorecard la institución se verá obligada a realizar una redefinición de sus estándares en tal sentido que puedan ajustarse a las necesidades de los clientes, ya que éste sistema de gerencia suple ese vacío existente en la mayoría de los sistemas de gestión por la ausencia de un proceso sistémico para poner en práctica y con ello establecer un proceso de comunicación o feedback sobre la misma estrategia; es por lo anterior que Ricardo Martínez argumenta que: "los procesos de

gestión alrededor del Balanced Scorecard permiten que la organización se equipare y se centre en la puesta en práctica de la estrategia a largo plazo. Utilizando de este modo, el Balanced Scorecard se convierte en la base para gestionar las organizaciones de la era de la información." [Martínez, R., 2002, p.85]

En el presente trabajo se presentará el modelo basado en las 04 perspectivas del Cuadro de Mando Integral a fin de que sea desarrollado por la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis, el mismo que estará articulado a la cadena de valor del diseño operacional del programa presupuestal 0016-TBC-VIH/SIDA, tal como se puede visualizar .en el siguiente gráfico:



Fuente: Guia Operativa PPR, 2016 –SIS, Lic. Adm. Sabino Noa

B. Objetivo Específico 2

Fortalecer las competencias de la gestión por resultados en los gestores del programa presupuestal TBC

Producto 2. Capacitación en Gestión por Resultados

Descripción

Este producto está dirigido al personal que realiza gestión del programa presupuestal TBC-VIH/SIDA, componente TBC de las unidades ejecutoras de Lima Metropolitana.

Consiste en el desarrollo de un módulo de capacitación con 04 unidades, en el que se abordará temas de gestión como: Presupuesto por Resultados, el Programa Presupuestal, Programación de Metas Físicas, Requerimientos en el marco de la OSCE, Ejecución presupuestal. El producto será otorgado de manera virtual disponible en la página WEB de la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis. Anexo D

Propuesta

Tabla 38

Propuesta de Modulo 1 de Capacitación

Modulo 1	Unidad	Temas
Conceptos Generales de Gestión por Resultados	Unidad 1: Gestión Pública y Presupuesto por resultados	Tema 1: Conceptos básicos Tema 2: Programa presupuestal Tema 3: Seguimiento y Evaluaciones
	Unidad 2: Presupuesto Público	Tema 4: Fuentes de financiamiento Tema 5: Proceso Presupuestario

Fuente: Elaboración propia

Tabla 39*Propuesta de Modulo 2 de Capacitación.*

Módulo 2	Unidad	Temas
Programación Presupuestal	Unidad 3: Programación: Definiciones Operacionales y Criterios de Programación	Tema 6: Definición operacional de Producto/Sub productos Tema 7: Criterios de programación Tema 8: Listado de Bienes y Servicios Tema 9: Módulo de programación
	Unidad 4: Programación – Uso de SIGA PpR	Tema 10: Módulo logístico y módulo patrimonio
	Unidad 5: Programación Multianual (PMA)	Tema 11: Priorización Tema 12: Registro de PMA

Fuente: Elaboración propia

Tabla 40*Propuesta de Modulo 3 de Capacitación*

Módulo 3	Unidad	Temas
Ejecución presupuestal	Unidad 6: Conceptos básicos Ley de Contrataciones del Estado	Tema 13: Conceptos básicos Tema 14: Formulación de Términos de Referencia y Especificaciones Técnicas Tema 13: Calidad de Gasto
	Unidad 6: Implicancias de la ejecución presupuestal en el logro de resultados	Tema 14: Uso de herramientas para monitoreo y evaluación de ejecución presupuestal

Fuente: Elaboración propia

Complementariamente a la propuesta, se indica que es necesario promover iniciativas legislativas a efectos de ampliar los alcances del Decreto Legislativo 1153 para el personal que presta servicio en el campo asistencial de la salud en TBC.

Adicionalmente, impulsar una iniciativa legislativa del seguro de vida para aquellos trabajadores que laboran en los servicios de salud para la prevención, tratamiento y control de la TBC, con ello se evitaría el abandono de los profesionales de la salud.

Y, a efectos de generar su sostenibilidad, deberá estar acompañada de una gestión para el rendimiento de personal.

C. Objetivo Específico 3

Fortalecer la gestión en los procesos administrativos para la adquisición de recursos críticos

Producto 3: Lineamientos para regular los procesos administrativos para dotación de los recursos críticos.

Este producto está dirigido a las áreas de abastecimiento y gestores de los programas presupuestales de los diferentes niveles de gobierno, el cual consiste en la elaboración de lineamientos con la finalidad de regular los procesos administrativos para la adquisición de recursos críticos.

La modalidad de entrega del presente producto es virtual, es decir; el producto se encontrará en la WEB de la institución que tiene a cargo el programa presupuestal, en el cual todas las unidades ejecutoras puedan visualizar y proceder a su implementación de manera oportuna. Anexo E

Actividades

Las actividades operativas para cada producto se detallan a continuación:

Producto 1: Diseño de un Instrumento de Gestión para Monitoreo y Evaluación.

Actividades:

- ✓ Diseño de Instrumento
- ✓ Validación con la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis.
- ✓ Implementación del Instrumento.

Producto 2. Capacitación en Gestión por Resultados

Actividades:

- ✓ Diseño de Curso
- ✓ Validación con la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis.
- ✓ Elaboración de Material Didáctico
- ✓ Implementación del Curso.

Producto 3: Lineamientos para regular los procesos administrativos para dotación de los recursos críticos

Actividades:

- ✓ Elaboración de Lineamientos
- ✓ Validación con la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis.
- ✓ Socialización de Lineamientos

5.2 Identificación de Recursos Críticos

5.2.1. Comunicación Estratégica

La propuesta presentada en el presente trabajo se implementará en la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis, los canales de comunicación para convocar a los stakeholders serán usando los medios oficiales de la institución: Oficios y correos electrónicos.

Respecto a la capacitación, será de manera virtual para lograr un mayor alcance a menor costo; para ello se usará la página WEB de la DPCTB

5.2.2. Incidencia de Stakeholders

Conociendo los Stakeholders, y habiendo analizado la influencia de cada uno de ellos sobre los productos es imprescindible comprometer a todos en el logro de los objetivos. Para ello se tiene como aliado principal a la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis dado que a través de ellos se realizará la convocatoria dirigido a los demás actores para la implementación de la propuesta.

5.2.3. Recursos Humanos

Los recursos humanos que se requerirán para la implementación de la propuesta serán los siguientes:

- 01 Especialista en Gestión por Resultados.
- 01 Especialista en Programa Presupuestal TBC
- 01 Especialista en Contrataciones del Estado.

Es necesario que la propuesta sea validada en los contenidos por los especialistas antes mencionados.

Así mismo es necesario un representante de la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis.

5.2.4. Recursos Financieros

El presupuesto que se requerirá para la implementación de la propuesta cubre los 03 años planteados, considerando que el costo será para obtener las herramientas que serán aplicadas en el transcurso de los años siguientes, lo cual no generará costos.

Tabla 41

Presupuesto para implementación de la propuesta

Producto	Bienes y Servicios	Unidad de Medida	Nº	Costo Unitario	Costo Total
Instrumento de Gestión para Monitoreo y Evaluación	Consultoría para elaboración de Balanced Scorecard	Servicio	1	S/7,000.00	S/7,000
Capacitación en Gestión por Resultados	Consultoría para diseño de Módulo de Capacitación en Gestión por Resultados	Servicio	1	S/7,000.00	S/7,000
	Consultoría para realización de material de ayuda para capacitación	Servicio	1	S/10,000.00	S/10,000
Lineamientos para regular los procesos administrativos para dotación de los recursos críticos					Sin Costo
Total				S/24,000.00	

Fuente: Elaboración propia

5.2.5. Recursos Logísticos

Los recursos logísticos que se requerirán para la implementación de la propuesta son los servicios de consultoría para la elaboración de lo siguiente:

- Instrumento de Monitoreo y evaluación
- Módulo de Capacitación en Gestión por Resultados
- Diseño de material de ayuda para la capacitación

Considerando que la capacitación se realizará de manera virtual bajo la modalidad de curso autoformativo, no generará costos adicionales; sin embargo, los participantes del curso deberán contar con las herramientas necesarias para acceder a la capacitación como:

- Computadora
- Servicio de Internet.

5.2.6. Recursos Tiempo

La implementación de la propuesta se realizará en los meses de octubre 2018 – Diciembre 2019.

5.3 Arquitectura Institucional (Intra e inter organizacional)

De acuerdo al Análisis FODA realizado en el presente trabajo se tiene como Fortaleza la voluntad política expresada en la Ley N° 30287 y la vocación de servicio de los funcionarios y personal que labora en la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis, lo cual permitirá implementar la propuesta dado que contribuye a mejorar la implementación del programa presupuestal TBC; sin embargo, es preciso considerar la alta rotación de funcionarios y los continuos cambios políticos, los cuales pudieran generar dificultades en la implementación de ser el caso.

5.4 Metas período de 3 años

La propuesta pretende contribuir al logro de los objetivos planteados por la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis, si bien es cierto el programa presupuestal tiene como finalidad la reducción de los casos de

tuberculosis, para ello es necesario fortalecer la detección de casos a fin de cerrar las brechas estimadas por OMS. En ese sentido en estos 03 años se espera un incremento en la tasa de incidencia para luego disminuir.

Tabla 42

Indicadores Multianual del PP 016 TBC- VIH 2019-2021

Indicador	Fuente	2,016	2,017	2,018	2,019	2,020	2,021
Incidencia de Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo	DPCTB	53.2	52.4	54.0	55.3	54.8	54.8
Tasa de Incidencia de Tuberculosis	DPCTB	86.0	83.8	90.5	92.6	92.6	92.6

Fuente: Anexo 2 Contenidos mínimos del PP 0016 TBC-VIH/SIDA

Capítulo VI

Análisis de Viabilidad

6.1 Análisis de Viabilidad

6.1.1 Viabilidad Política

El presente trabajo tiene viabilidad política, dado que se encuentra en el marco de la Modernización de la Gestión Pública, el cual considera al presupuesto por resultados como uno de sus pilares, en este caso es a través del programa presupuestal 0016 TBC–VIH /SIDA.

La gestión pública moderna está orientada a generar resultados al servicio del ciudadano, para ello se requiere de funcionarios públicos calificados y motivados por entender las necesidades de los ciudadanos organizando los procesos de producción o actividades como los de soporte (los sistemas administrativos), con el fin de transformar los insumos en productos que den como resultado la mayor satisfacción de los ciudadanos, garantizando sus derechos y al menor costo posible; es decir una gestión pública orientada a resultados, en ese sentido el resultado específico del programa presupuestal 0016 TBC–VIH/SIDA, genera un valor público a la sociedad a través de la reducción de la morbilidad, orientado a brindar un beneficio a las personas que padecen de esta enfermedad.

Asimismo, está enmarcada en la Ley de Prevención y Control de tuberculosis en el Perú aprobada mediante Ley 30287, la cual tiene como objeto regular los mecanismos de articulación entre sectores involucrados en la prevención y control de Tuberculosis garantizando la cobertura y continuidad de una política de Estado de lucha contra esta enfermedad.

6.1.2 Viabilidad Técnica

Es viable técnicamente dado que la implementación de la propuesta será aplicada en la Dirección de Prevención y Control de

Tuberculosis, sobre la base de los compromisos internacionales, nacionales y a nivel de los 3 niveles de gobierno.

Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla y el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, dispone como ámbito de competencia del Ministerio de Salud, la salud de las personas, entre otros dispone que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva.

6.1.3 Viabilidad Social

Socialmente es viables, toda vez que se pretende mejorar la implementación del programa presupuestal 0016 TBC–VIH/SIDA con la finalidad de que la población sea beneficiada con los bienes y servicios para la prevención y control de la tuberculosis; contribuyendo a disminuir la morbimortalidad de esta enfermedad en nuestro país; generando valor público referido al valor creado por el Estado Peruano a través de la calidad de los servicios que presta a la ciudadanía, regulaciones que gestiona para el bienestar de toda la sociedad y el ejercicio de creación de políticas públicas que buscan satisfacer necesidades propias de la población.

6.1.4 Viabilidad Presupuestal

El presupuesto para esta propuesta es viable, pues se podría financiar toda vez que los costos no son altos. Este presupuesto puede ser asumido por la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis en

el marco de su Plan Operativo dentro de la Actividad de Monitoreo, Evaluación y Supervisión o puede ser gestionado para el financiamiento por cooperantes.

6.1.5 Viabilidad Operativa

La propuesta será implementada por la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis de MINSA, como ente rector a cargo del programa presupuestal 0016 TBC–VIH/SIDA.

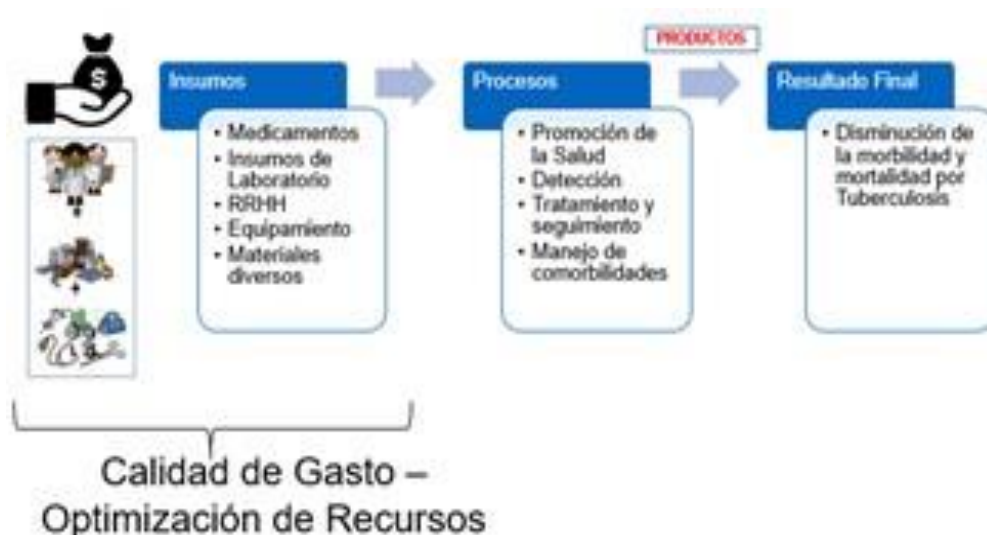
6.2 Análisis de Viabilidad según análisis de actores

Basados en el análisis de los actores (Stakeholders), la propuesta es viable pues la mayor parte de ellos están de acuerdo con la propuesta y existe convergencia entre los actores para el desarrollo de los productos.

6.3 Análisis de Viabilidad según evaluación estratégica-gerencial

6.3.1 Generación de Valor Público

La propuesta presentada en el presente trabajo contribuye al resultado final del programa presupuestal 016TBC–VIH/SIDA que es Disminuir la morbilidad y mortalidad por tuberculosis.



Fuente: Elaboración Propia

La viabilidad de la presente investigación esta sustentada en la cotribución al Programa Presupuestal N° 0016TBC–VIH/SIDA, sobre el desarrollo de propuesta de estrategia de optimización de los recursos en la prevención y control de tuberculosis; la misma que

esta contenida en el diseño del programa presupuestal, resultado específico (reducir la morbimortalidad en TBC–VIH/SIDA), orientado a brindar un beneficio a las personas que padecen de esta enfermedad, cuyo nivel de cobertura de la población objetivo de 86 x 100,000 habitantes.Referencia: Anexo 2 de PP 0016

Es decir, el referido plan de gestión contribuye al beneficio de personas que padecen de esta enfermedad, en la oportunidad, tiempo y calidad de los insumos que demanda la prestación de los servicios a través de la operatividad del referido programa presupuestal, enmarcado en los pilares de la nueva gestión pública.

Capítulo VII

Seguimiento

7.1 Desarrollo de indicadores para seguimiento

La propuesta planteada en el presente trabajo pretende contribuir al logro del programa presupuestal TBC, que es reducir la morbilidad y mortalidad de tuberculosis, para ello es necesario garantizar la provisión de los bienes y servicios de cada uno de los productos del programa presupuestal (Anexo F).

En este sentido se ha incorporado indicadores que permitan medir la eficiencia y eficacia del producto intermedio propuesto “**Definir estrategias para optimizar los recursos públicos en los productos del programa presupuestal TBC**” dentro del programa presupuestal 0016 TBC-VIH/SIDA.

En este contexto se buscará una aproximación para evaluar la eficiencia en relación al presupuesto asignado y ejecutado.

Para ello se plantea 2 indicadores de seguimiento:

- Ejecución Presupuestal:
$$\frac{\textit{Presupuesto ejecutado}}{\textit{Presupuesto asignado}} \times 100$$
- Calidad de Gasto:
$$\frac{\textit{Presupuesto ejecutado en adquisición de insumos críticos}}{\textit{Presupuesto asignado}} \times 100$$

El seguimiento permitirá la correcta asignación y ejecución del gasto según programación de metas físicas y financieras para dicho efecto la participación articulada del responsable de planificación, abastecimiento y el área técnica (personal de salud), sumado a la implementación de un sistema integral permitirá tener el acceso oportuno de la información como a la retroalimentación entre la programación, ejecución y seguimiento de los indicadores.

7.2 Desarrollo de indicadores de resultados

Considerando que el objetivo del programa presupuestal es la disminución de la morbimortalidad de tuberculosis, los indicadores de resultados son (Anexo G):

- Tasa de morbilidad:
$$\frac{N^{\circ} \text{ de Casos de Tuberculosis}}{\text{Total de población}} \times 100,000 \text{ habitantes}$$
- Tasa de mortalidad:
$$\frac{N^{\circ} \text{ de fallecidos por Tuberculosis}}{\text{Total de población}} \times 100,000 \text{ habitantes}$$

Conclusiones

En relación a las conclusiones se detallan las siguientes:

- El programa presupuestal 0016 TBC– VIH/SIDA nace como respuesta del estado frente al problema de Tuberculosis en el Perú, alineado a la Modernización de la Gestión Pública y a generar un valor público a la sociedad a través de reducir de la morbimortalidad en TBC–VIH/SIDA, orientado a brindar un beneficio a las personas que padecen de esta enfermedad.
- En este sentido se ha identificado las indecuadas estrategias para optimizar el uso de los recursos públicos en los productos del PP TBC-VIH/SIDA, componente TBC sustentado en las evidencias del modelo operacional según el investigador Lönröth,K et al., 2009.
- A pesar del crecimiento presupuestal desde el año 2011, persiste el problema de la tuberculosis; identificándose como problemática en la gestión del programa presupuestal la falta de estrategias para optimizar el uso de los recursos públicos en los productos del PP TBC-VIH/SIDA, componente TBC, de los cuales se derivan tres causas: Débil rectoría de la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis, débil competencias de la gestión por resultados para los gestores en los productos del programa presupuestal TBC, y débil gestión de los procesos administrativos para adquisición de recursos críticos.
- El Monitoreo y Evaluación tienen por finalidad generar información, conocimientos y aprendizaje dirigidos a alimentar la toma de decisiones oportunas y pertinentes garantizando los resultados esperados. En adición a ello se constituye en un instrumento de seguimiento, de indicadores que contribuirán a la toma de decisiones en los diferentes

niveles de gobierno, en cuando a la programación, ejecución y seguimiento de cara a la calidad del gasto.

- El resultado de este trabajo es contribuir a la reducción de la morbimortalidad de tuberculosis en nuestro país.
- La formulación del trabajo de investigación está basado en evidencias consignadas en el modelo conceptual para reducir la TBC según Modelo Lönröth,K y la problemática materia de la presente investigación es vinculante con el sustento de las evidencias identificadas en “Evaluación del Diseño y Ejecución de Presupuesto del Componente Tuberculosis del Programa Presupuestal TB-VIH” y en la “Auditoría de Desempeño a los servicios de diagnóstico, tratamiento y prevención secundaria de Tuberculosis prestados por el Ministerio de Salud en Lima Metropolitana” período 2016.

Recomendaciones

- Dada la problemática identificada en el presente trabajo se recomienda implementar la propuesta en los diferentes niveles de gobierno y dar la sostenibilidad generando un valor público a la sociedad, a fin de que forme parte de la gestión de programa presupuestal 0016 TBC–VIH/SIDA.
- Se recomienda la implementación de las estrategias para optimizar el uso de los recursos públicos en los productos del PP TBC-VIH/SIDA, componente TBC, cuya contribución redundara en el valor público de las personas que acceden a los servicios de salud del referido programa a efectos de revertir las causas identificadas en el modelo Lönröth,K, en materia de gestión pública.
- Para revertir esta problemática se plantea la implementación de un producto “Estrategias para optimizar el uso de los recursos públicos en los productos del PP TBC-VIH/SIDA, componente TBC, del mismo que se recomienda implementar 03 actividades: Diseño de Instrumento de Monitoreo y Evaluación, Capacitación en Gestión por Resultados a los gestores del PP TBC y Lineamientos para regular los procesos administrativos para la adquisición de recursos críticos.
- El producto y sus actividades recomendadas son viables pues serán implementadas por la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis y cuenta con el aval normativo y legal respectivo, hacer gestionado ante el MEF por ser el ente rector.
- En el marco de la rectoría de la Dirección de Prevención y control de Tuberculosis, emitirán las normas correspondientes a efectos de hacer operativos en los tres niveles de gobierno.

- Capacitación on line en Gestión por Resultados a los gestores del PP TBC y revisión, actualización y adecuación de las guías y especificaciones técnicas de materiales y equipos críticos.
- Para el monitoreo y evaluación que realiza el ente rector, en este caso la Dirección y Prevención y Control de Tuberculosis, así como el monitoreo que realizan las DIRESAS/GERESAS/DIRIS en su ámbito jurisdiccional, es necesario contar con una herramienta en tiempo real en el que se pueda analizar el avance de metas físicas de los productos del PP TBC, reportadas por las unidades ejecutoras así como el detalle de las adquisiciones que se realizan con el presupuesto del programa presupuestal.
- El Monitoreo y Evaluación tienen por finalidad generar información, conocimientos y aprendizaje dirigidos a alimentar la toma de decisiones oportunas y pertinentes garantizando los resultados esperados. En adición a ello se constituye en un instrumento de seguimiento, de indicadores que contribuirán a la toma de decisiones en los diferentes niveles de gobierno, en cuando a la programación, ejecución y seguimiento de cara a la calidad del gasto.
- Impulsar las iniciativas legislativas en materia de recursos humanos.

Referencias Bibliográficas

- Alarcón, V. (2017). *Estrategia de Prevención de la Tuberculosis del Minsa*. Lima: El Correo.
- Arbelaez Montoya, M. P. (2018). Tuberculosis: Una ventana de análisis de las políticas públicas en salud. *Revista Medicina*, 34-36.
- Cegielski, P. (2018). Tuberculosis Multidrogoresistente en la era final de la tuberculosis. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 111-114.
- Conexión Esan. (14 de Setiembre de 2016). *La configuración organizacional: el modelo de Mintzberg*. Obtenido de <https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2016/09/la-configuracion-organizacional-el-modelo-de-mintzberg/>
- Congreso de la República. (21 de Noviembre de 2014). Ley N° 30287. *Ley de Prevención y Control de Tuberculosis*. Lima, Lima, Perú: El Peruano.
- CSI.ERA.ASTURIAS. (23 de octubre de 2008). *Optimizar Recursos*. Obtenido de <http://csieraasturias.blogspot.pe/2008/10/optimizar-recursos.html>
- Cuba, H. (20 de Julio de 2018). *Frente Parlamentario contra la Tuberculosis*. Obtenido de El Montonero: <http://elmontonero.pe/columnas/frente-parlamentario-contra-la-tbc>
- Dahl, R. (31 de Diciembre de 2011). *La democracia contada a todos los públicos*. Obtenido de Revista de Libros: <https://www.revistadelibros.com/articulos/la-democracia-una-guia-para-los-ciudadanos-robert-a-dahl>
- De Habich, M. (2017). *Lucha contra la Tuberculosis*. Lima: Informe del MINSA.
- Dimock, M., & Dimock, G. (2014). *Administración Pública*. Lima: Minerva.
- Dimock, V. (2015). *Políticas Públicas*. Lima: Mercurio.
- Doig, & Bouby. (2011). Formulación y Actualización de la Hoja de Ruta para la Descentralización de la Función Salud y Propuesta de Agenda para el Fortalecimiento del Proceso de Descentralización. Consultoría. *Ministerio de Salud, Oficina de Descentralización*.
- Donabedian., A. (21 de Enero de 2015). *La calidad de atención*. Obtenido de http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf
- Fernandez Garcia, L., Benites, C., & Huaman, B. (2017). Barreras para el acceso a la atención integral de las personas afectadas por la coinfección por

- tuberculosis y virus de inmunodeficiencia humana en Perú. . *Pana American Journal of Public Health* , 41.
- Francke, P. (2011). *Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012*. Lima: PUCP.
- Fransiskovic, J. (2013). Retos de la Gestión Pública. *Journal of Economics, Finance and Administrative Science*, 29-31.
- Garcia, J. (2018). *El Sistema de Salud en Perú*. Lima: Universidad Cayetano Heredia.
- Heller, H. (31 de Diciembre de 2016). *El Estado*. Obtenido de <http://www.libertyk.com/blog-articulos/2016/12/12/el-estado-4-hermann-heller-y-el-concepto-de-estado-por-jan-doxrud>
- Instituto Nacional de Estadística (INEI). (12 de Febrero de 2013). *Riesgo de Infección por Tuberculosis en Niñas y Niños de 6 y 7 años de edad*. Recuperado el 22 de Abril de 2018, de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1065/Libro.pdf
- Lefcovich, M. L. (2009). *Kaisen: filosofía- cultura y ética de la mejora continua*. Córdoba-Argentina: El Cid Editor.
- Leon Cabrera, P., Pria Barrios, M., & Perdomo Victoria , I. (2015). Tuberculosis pulmonar: Políticas estructura social y reformas en el sector salud. *Información para los Directivos de la Salud* , 72.
- Lönroth, k., Jaramillo, E., Williams, B., Dye, C., & Ravigliones, M. (2009). Drivers of tuberculosis epidemics: the role of risk factors and social determinants. *MEDLINE*.
- Losada i Marrodán, C. (1999). *De Burocratas a Gerentes, las ciencias de la gestion aplicadas a la administracion del Estado*. Washinton, D.C, Estados Unidos de America: Carlos Losada i Marrodán.
- Marisol, F. (2009). *La mejora continua, una necesidad de estos tiempos*. Córdoba-Argentina: El Cid Editor.
- Martínez, C. (2012). *Análisis de compras y contrataciones gubernamentales en la República Dominicana, 2004-2011: debilidades y fortalezas*. Universidad de Salamanca - España: Tesis de maestría.
- Medina, F. (2014). *La gestión del riesgo y las políticas de cambio climático en la agricultura ecológica*. Almería: Universidad Almería.
- MEF, M. d. (Enero de 2017). Decreto Legislativo N° 1341. Lima, Lima, Peú.

- Membrado, J. (2002). *Innovación y mejora continua según el Modelo EFQM de excelencia*. Madrid: Diaz de Santos.
- Minedu. (26 de marzo de 2016). Resolución Ministerial. *Resolución Ministerial No. 205-2015-MINEDU*. Lima, Lima, Perú: Editora Perú.
- MINEDU, M. d. (Octubre de 2013). Resolución Ministerial N° 0491-2013-ED. *Formalizan la creación de la Unidad Ejecutora 120: Programa Nacional de Dotación de Materiales Educativos*. Lima, Lima, Peru.
- MINEDU, M. d. (Enero de 2015). Decreto Supremo N° 01-2015-MINEDU. *Aprueban el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Educación*. Lima, Lima, Peru.
- MINEDU, M. d. (Enero de 2016). Resolución Directoral N° 003-2016/MINEDU/VMGP/DIGERE. *Aprobar, el Plan Anual de Contrataciones PAC*. Lima, Lima, Peru.
- MINEDU, M. d. (2017). *www.minedu.gob.pe*. Obtenido de <http://www.minedu.gob.pe/p/ministerio-organigrama.php>
- Ministerio de Educación, M. (marzo de 2015). Manual de Operaciones, Dirección de Gestión de Recursos Educativos. 3, 4. Lima, Peru.
- Ministerio de Educación, M. (26 de Marzo de 2015). Resolución Ministerial N° 205-2015-minedu. Lima, Lima.
- Ministerio de Salud (MINSA). (2010). *Informe Técnico N° 004-2010*. Lima: MINSA. Recuperado el 22 de Abril de 2018, de http://www.digemid.minsa.gob.pe/Upload/UpLoaded/PDF/04-10_moxifloxacino.pdf
- Ministerio de Salud (MINSA). (2010). *Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en el Perú*. Lima. Lima: CONAMUSA. Recuperado el 22 de Abril de 2018, de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2010/DS010-2010-SA.pdf>
- Ministerio de Salud (MINSA). (2016). *Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú 2015*. Lima: MINSA.
- Ministerio de Salud. (5 de Octubre de 2017). *El Agustino combate a temible tuberculosis*. Obtenido de <https://ojo.pe/metrolima/el-agustino-combate-a-temible-tuberculosis-172651/>
- Ministerio de Salud de Argentina. (s/f). *Atención primaria de la Salud*. Obtenido de <http://www.msaludjujuy.gov.ar/areasydep/actualizar/epidemiologia/APS%20vigilancia.pdf>

- Ministerio de Salud, D. G. (2013). *Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú* (Primera Edición ed.). Lima, Perú: JB GRAFIC EIRL.
- MINSA. (Noviembre de 1998). *Planificación de los servicios de salud*. Obtenido de Gestión de Servicios de Salud Serie 3 Cajamarca : <http://www.minsa.gob.pe/publicaciones/aprisabac/32.pdf>
- MINSA. (2011). *MINSA*. Obtenido de <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2011/vih/>
- MINSA. (Del 15 al 21 de Marzo de 2015). Boletín Epidemiológico, Lima. *Boletín Epidemiológico, Lima*(11), 221.
- MINSA. (2015). *Programa Presupuestal TBC-VIH/SIDA*.
- MINSA. (2015). *Programa Presupuestal TBC-VIH/SIDA*.
- Miranda. (2017). *Investigación acerca de la TBC*. Obtenido de <https://diariocorreo.pe/ciudad/san-juan-de-lurigancho-y-ate-con-mas-casos-d-177710/>
- Miró Quesada, F. (31 de Diciembre de 2016). *¿Qué es Ciencia Política?* . Obtenido de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/iusetveritas/article/viewFile/15332/15793>
- Morbi-mortalidad de pacientes con tuberculosis hospitalizados en el Departamento de enfermedades infecciosas, tropicales y dermatológicas del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima – Perú entre los. (11 de diciembre de 2004). *Revista de Medicina Humana*.
- Murray, L., & Rossi, L. (2007). *Guía de Monitoreo y Evaluación*. Sao Paulo.
- ONU. (2007). *Programa de Mejoramiento de la Gestión*. Obtenido de Naciones Unidas.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (21 de Abril de 2018). *Tuberculosis (TB)*. Obtenido de <http://www.who.int/tb/areas-of-work/drug-resistant-tb/xdr-tb-faq/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (31 de Diciembre de 2016). *Tuberculosis*. Recuperado el 21 de Abril de 2018, de Plan Regional de Tuberculosis 2006 - 2015: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=24131&Itemid=270&lang=en
- Ornelas, M. (2003). *Mejora continua en el proceso administrativo de Instituciones Públicas*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León.

- OSCE. (2017). SEACE. *Procesos de Selección*.
- OSCE, O. S. (2017). *Ley N° 30225 Ley de Contrataciones del Estado, Modificado mediante D. LEG. N° 1341*. Lima, Peru.
- Pallares, F. (2012). Las políticas públicas: El sistema político en acción. *Revista de Estudios Políticos*. No. 62, 142.
- PCM. (2014). *Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal del Año 2014*. Lima: PCM.
- PCM. (2015). *Manual para Mejorar la Atención a la Ciudadanía en las Entidades de la Administración Pública*. Lima.
- Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). (31 de Diciembre de 2012). *Planeamiento Estratégico del Distrito de San Juan de Miraflores*. Recuperado el 22 de Abril de 2018, de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/4547/ACU%C3%91A_APAZA_GARCIA_MEDINA_DISTRITO_SJM.pdf?sequence=3
- Portal Emedoriente. (16 de Diciembre de 2016). *Modelo De Atención: Atención Integral al Paciente*. Recuperado el 1 de Junio de 2017, de <http://emedoriente.com/nuestros-servicios/area-prottegida/2-uncategorised/27-atencion-integral-al-paciente>
- Portal, O. (Junio de 2017). Como Formular el Requerimiento. Lima, Lima, Peú. Obtenido de <http://portal.osce.gob.pe/osce/guias-practicas>
- Poveda, J. (4 de junio de 2003). *La Prensa*. Obtenido de El Proceso productivo y la educación: <https://www.laprensa.com.ni/2003/06/04/economia/889317-el-proceso-productivo-y-la-educacin>
- Prieto, J. (2010). *Gerencia de servicio*. Bogotá - Clombia: ECOE.
- Principe, A. (2002). *Nivel de satisfacción de la usuaria con aborto incompleto sobre la atención integral que brinda la enfermera en el Instituto Materno Perinatal*. Lima: UNSMP.
- Proulx, D. (2014). *Diagnóstico y cambio organizacional: Elementos claves*. Lima: Progobrnabilidad. Universidad Continental.
- República, C. d. (6 de junio de 2013). Decreto Legislativo 1161. *Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud*. Lima, Lima, Perú: El Peruano.
- Republica, C. d. (s.f.). Ley Gneral de Educacion N° 28044. Lima, Lima, peru.
- Republica, L. c. (s.f.). Ley General de la Educacion N° 28044. Lima, Lima, Peru.

- Riera, J. A. (2011). *El portal de compras públicas, análisis del sistema actual y posibles alternativas para mejorar la contratación pública a través de este sistema*. Quito- Ecuador: Tesis de maestría. Universidad Técnica Particular de Loja.
- Ruiz, O. J. (2012). *Metodología de la Investigación Cualitativa*.
- Salud, O. M. (2015). *Estrategia Fin de la Tuberculosis*. Obtenido de Who Web site: http://www.who.int/tb/Spanish_EndTBStrategy.pdf
- Sistema Electronico de Contrataciones del Estado, O. (2016). *Procesos de Selección*. Lima, Lima, Peru.
- Storkey, I. (2012). *Gestión del riesgo operacional y planificación de la continuidad de las operaciones para tesorerías estatales modernas*. Washington: Fondo Monetario Internacional.
- Suarez, B. (2009). *El Kaisen-GP: La aplicación y sostenibilidad de la mejora continua de procesos en la gestión pública*. México City: Miguel Ángel Porrúa.
- Tobelem, A. (1992). *Sistema de Analisis y Desarrollo de la Capacidad Institucional (SADCI)*. Buenos Aires.
- Transparencia Económica Perú. (22 de Abril de 2018). *Consulta de Ejecución del Gasto*. Obtenido de <http://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/mensual/default.aspx?y=2017&ap=ActProy>
- Ubilluz, D. O. (2008). *HISTORIA DE LA DESCENTRALIZACIÓN EN EL PAÍS*. Perú.
- Ugarte, M. (12 de Junio de 2013). *¿Se viene una reforma de la salud?* Obtenido de <http://www.noticiasser.pe/12/06/2013/aportes/%C2%BFse-viene-una-reforma-de-la-salud>
- USAID. (2010). *Guía del Presupuesto Participativo Basado en Resultados. Perú: USAID*. Obtenido de https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/presu_partic/guia_prodes_p_resupuesto_participativo_VF_DIC2010.pdf
- Vallejo, J. (2013). *La gestión territorial para el desarrollo integral. Apuntes sobre los gobiernos subnacionales y locales en el Perú*. Obtenido de http://www.encuentros-multidisciplinares.org/revista-50/jorge_vallejo.pdf

Vargas, J. (2011). *Formulación de instrumentos de gestión para la toma de decisiones sobre las contrataciones en la municipalidad distrital de Yauli-Huancavelica*. Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú.

Venegas, H. A. (2013). *Análisis y mejora de los procesos de adquisiciones y contrataciones de una empresa del estado en el sector hidrocarburos*. Lima- Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Wilson, T. (2004). *Manual del empowerment*. España: Gestión 2000.

Otros documentos de consulta

- LEY N° 30694-Ley de Equilibrio Financiero de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2018
- LEY 30693 -Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2018.
- LEY N° 30680 Ley que aprueba medidas para dinamizar la ejecución del gasto público y establece otras disposiciones-2017.
- Programa presupuestal 0016 TBC/VIH-SIDA- PERIODO 2
<https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-por-resultados/instrumentos/programas-presupuestales?id=4458018->
- LEY N° 30624- Ley que dispone medidas presupuestarias para el impulso del gasto público en el año fiscal 2017.
- R.M. N°193-2015/MINSA- Plan de Emergencia para la Prevención y Control de la Tuberculosis en Lima Metropolitana y el Callao, 2015-2017",
- R.M. N°367-2016/MINSA- Aprobar el Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2016-2021
- DOCUMENTO TÉCNICO "PLAN MULTISECTORIAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ITS/VIH y SIDA, 2015 – 2019"

Matriz de consistencia

Tabla 43

Matriz de Consistencia

Problemas	Objetivos de la Intervención	Actividades	Productos	Conclusiones	Recomendaciones
Problema General: Inadecuadas estrategias para optimizar el uso de los recursos públicos en los productos del PP TBC-VIH/SIDA, componente TBC	Objetivo General: Definir estrategias para optimizar el uso de los recursos públicos en los productos del PP TBC-VIH/SIDA, componente TBC			Se ha identificado las inadecuadas estrategias para optimizar el uso de los recursos públicos en los productos del PP TBC-VIH/SIDA, componente TBC, sustentado en las evidencias del modelo operacional según el investigador Lönroth, K et al., 2009	Implementación de las estrategias para optimizar el uso de los recursos públicos de los productos del PP TBC-VIH/SIDA, componente TBC, cuya contribución redundara en el valor público de las personas que acceden a los servicios de salud del referido programa a efectos de revertir las causas identificadas en el modelo Lönroth, K, en materia de gestión pública.
Problema específico 1: Débil rectoría de la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis	Objetivo 1: Fortalecer la rectoría de la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis	Identificación de Instrumentos de gestión para monitoreo y evaluación	Propuesta de las perspectivas del Cuadro de Mando de Control (Balance Scorecard)	A pesar del crecimiento presupuestal desde el año 2011, persiste el problema de la tuberculosis; identificándose como problemática en la gestión del programa presupuestal la falta de estrategias de optimización de los recursos públicos en los productos del programa presupuestal TBC, de los	implementación de un producto "Estrategias para optimizar el uso de los recursos públicos en los productos del PP TBC-VIH/SIDA, componente TBC, del mismo que se recomienda implementar 03 actividades: Diseño de Instrumento de Monitoreo y Evaluación, Capacitación en Gestión por
Problema específico 2: Débil competencias de la gestión por	Objetivo 2: Fortalecer las competencias de la gestión por	Capacitación y Asistencias técnica en sistemas administrativos	Módulo de Capacitación		

Problemas	Objetivos de la Intervención	Actividades	Productos	Conclusiones	Recomendaciones
resultados para los gestores en los productos del PP TBC-VIH/SIDA, componente TBC	resultados para los gestores del PP TBC-VIH/SIDA, componente TBC	para los gestores del PP TBC-VIH/SIDA, componente TBC		cuales de derivan tres causas: Débil rectoría de la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis, débil competencias de la gestión por resultados para los gestores en los productos del programa presupuestal TBC, y débil gestión de los procesos administrativos para adquisición de recursos críticos.	Resultados a los gestores del PP TBC y Lineamientos para regular los procesos administrativos para la adquisición de recursos críticos. El producto y sus actividades recomendadas son viables pues serán implementadas por la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis y cuenta con el aval normativo y legal respectivo, hacer gestionado ante el MEF por ser el ente rector.
Problema específico 3: Débil gestión en los procesos administrativos para la adquisición de recursos críticos	Objetivo 3: Fortalecer la gestión en los procesos administrativos para la adquisición de recursos críticos	Desarrollar lineamientos para regular los procesos administrativos para adquisición de los recursos críticos.	Lineamientos para regular los procesos administrativos para adquisición de recursos críticos	El Monitoreo y Evaluación tienen por finalidad generar información, conocimientos y aprendizaje dirigidos a alimentar la toma de decisiones oportunas y pertinentes garantizando los resultados esperados. En adición a ello se constituye en un instrumento de seguimiento, de indicadores que contribuirán a la toma de decisiones en los diferentes niveles de gobierno, en cuando a la programación, ejecución y seguimiento de cara a la calidad del gasto	Capacitación on line en Gestión por Resultados a los gestores del PP TBC y revisión, actualización y adecuación de las guías y especificaciones técnicas de materiales y equipos críticos

Fuente: Elaboración propia

Glosario de Términos

Presupuesto por Resultados: Es una estrategia de gestión pública que permite vincular la asignación de recursos presupuestales a bienes y servicios (productos) y a resultados a favor de la población, con la característica de permitir que estos puedan ser medibles. Para lograrlo es necesario un compromiso de las entidades públicas, definir responsables, generar información, y rendir cuentas. (MEF)

Programa Presupuestal: Es una unidad de programación de las acciones de las entidades públicas, las que integradas y articuladas se orientan a proveer productos (bienes y servicios), para lograr un Resultado Específico a favor de la población y así contribuir al logro de un Resultado Final asociado a un objetivo de la política pública. Además, es una categoría presupuestaria que constituye un instrumento de PpR. (MEF)

Rectoría en Salud: La Rectoría Sectorial en Salud es una función indelegable e ineludible del Estado, ejercida a través de la Autoridad de Salud Nacional (ASN). Es la capacidad del Estado para conducir el Sector Salud y asumir responsabilidad por la salud y el bienestar de la población (OPS).

Valor Público: El valor público se encuentra referido al valor creado por el Estado a través de la calidad de los servicios que presta a la ciudadanía, las regulaciones que gestiona para el bienestar de toda la sociedad y el ejercicio de creación de políticas públicas que buscan satisfacer necesidades propias de la población.

(<http://www.funcionpublica.gov.co/eva/red/publicaciones/la-importancia-de-generar-valor-publico-en-las-sociedades-del-siglo-xxi>)

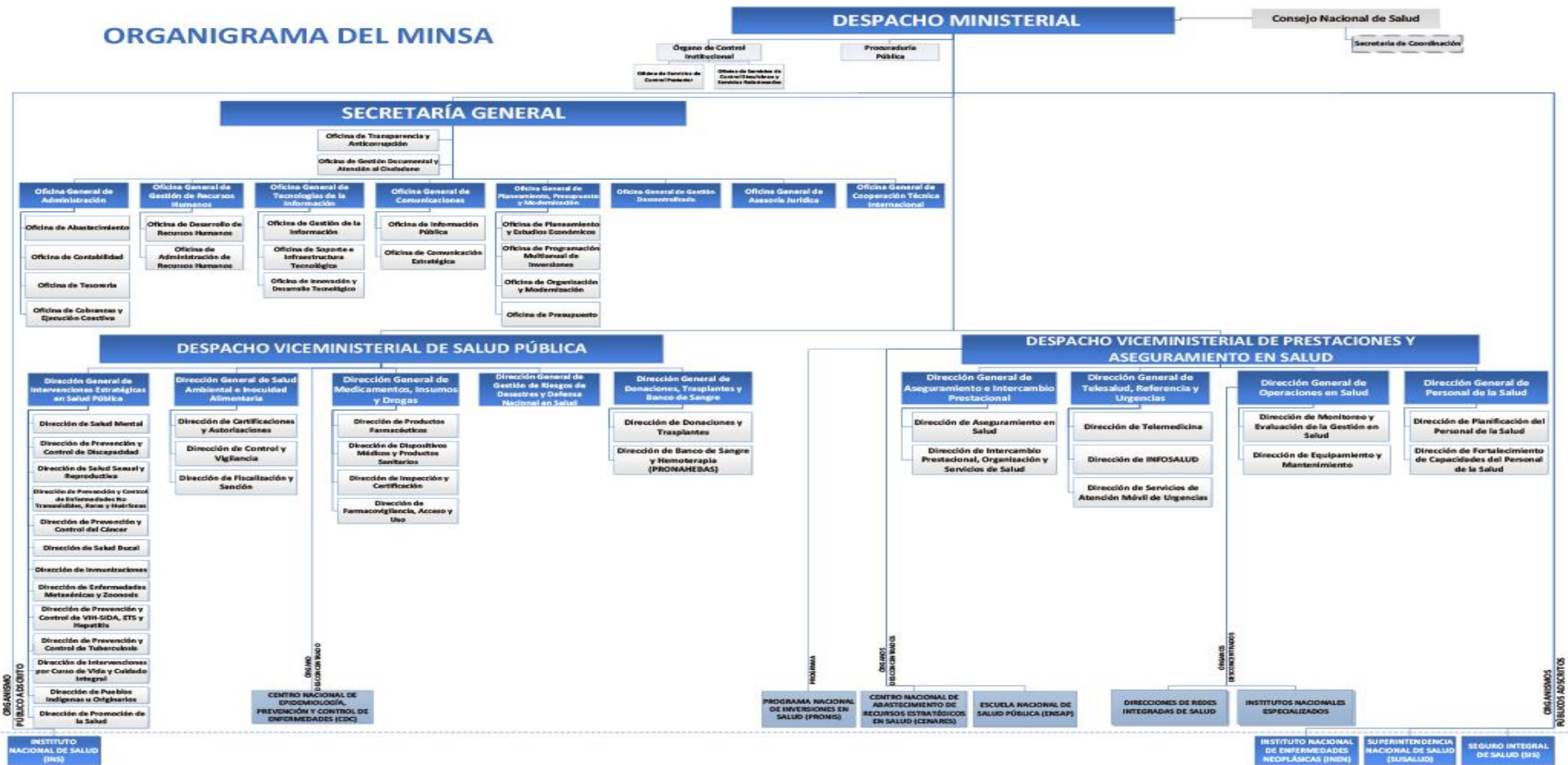
La calidad del gasto público: abarca aquellos elementos que garantizan un uso eficaz y eficiente de los recursos públicos, con los objetivos de elevar el potencial de crecimiento de la economía y, en el caso particular de América Latina y el Caribe, de asegurar grados crecientes de equidad distributiva. La medición de la calidad del gasto público debe incorporar la

multidimensionalidad de los factores que inciden el logro de los objetivos macroeconómicos y de política fiscal.

(<https://www.cepal.org/es/publicaciones/37012-calidad-gasto-publico-reformas-institucionales-america-latina>)

Anexos

Anexo A: Organigrama del Ministerio de Salud



Anexo B. Narrativo de Evidencias de las Alternativas de Intervención del PP TBC

Factor abordado		DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO DE CASOS					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Guidelines for tuberculosis treatment	World Health Organization	2010	Guía de práctica clínica basada en consenso de expertos	Guías internacionales para el tratamiento de tuberculosis.	El diagnóstico y tratamiento oportuno de casos son recomendaciones universales Se recomienda el tratamiento diario o en su defecto 3 veces por semana en la fase de continuación.	D9
2	Norma técnica para el tratamiento de tuberculosis	ESNPCT	2013	Norma técnica basada en el consenso de expertos	Normativa nacional que integra los diferentes elementos involucrados en el control de tuberculosis		D9
3	Five-year follow-up of a controlled trial of five 6-month regimens of chemotherapy for pulmonary tuberculosis.	Hong Kong Chest service/British Medical Research Council.	1987	Ensayo clínico	El régimen acortado de 6 meses fue altamente efectivo para el tratamiento de tuberculosis pulmonar		A3
4	Five-year follow-up of controlled clinical trial of five 6 month regimens of chemotherapy given intermittently in the continuation phase in the treatment of pulmonary tuberculosis.	Singapore Tuberculosis Service/British Medical Research Council.	1988	Ensayo clínico	El tratamiento intermitente en la segunda fase del tratamiento es efectivo en el tratamiento de la tuberculosis		A3
5	A 62 dose, 6 months therapy for pulmonary and extrapulmonary tuberculosis: a twice weekly, directly observed and cost-effective regimen.	Cohn DL, Catlin BJ, Peterson KL et al.	1990	Ensayo clínico	El tratamiento de la tuberculosis con un régimen basado en un régimen de administración bisemanal directamente observado mostró ser una estrategia eficiente.		A3
6	The dynamics of tuberculosis in response to 10	Suarez P, Watt CJ,	2001	Estudio Observacional	En Perú, el uso de una estrategia basada en DOTS		D9

Factor abordado		DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO DE CASOS					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	years of intensive control effort in Peru. J Infect Dis 2001; 184(4): 473-8.	Alarcón E, et al.			logró disminuir la incidencia de tuberculosis pulmonary en al menos 6% por año.		
7	The effect of tuberculosis control in China.Lancet	China tuberculosis control collaboration.	2005		En China la prevalencia de tuberculosis frotis positivo cayó 32% más en áreas donde se implementó DOTS versus aquellas áreas en las que no se implementó.		B2
8	Comparison of cough of 2 and 3 weeks to improve detection of smear-positive tuberculosis cases among out-patients in India.	T. Santha, et al.	2005	Estudio de prevalencia y comparativo	Cuestionario sobre tos (2 preguntas) a todos los asistentes a los servicios de salud y realización de baciloscopía en los que presentaban tos más de 2 semanas	Se debe realizar la pregunta sobre tos aunque el paciente acuda por otra causa, y se debe realizar baciloscopía luego de 2 semanas de tos y no 3	C1
9	Yield of serial sputum specimen examinations in the diagnosis of pulmonary tuberculosis: a systematic review.	S. R. Mase, et al.	2007	Revisión sistemática y Metanálisis	Número de baciloscopías realizadas asociadas a sensibilidad para diagnóstico de tuberculosis encontrada	Evaluando contextos locales, se debe considerar fuertemente adoptar la política de utilizar 2 baciloscopías para el diagnóstico de casos	A1
10	The laboratory as a tool to qualify tuberculosis diagnosis.	Honscha G, et al.	2008	Revisión de la literatura	Se revisaron los artículos tratando el tema de diagnóstico	El cultivo sigue siendo el estándar de referencia para diagnóstico de tuberculosis en niños, puesto que la baciloscopía tiene bajo rendimiento	D2
11	The laboratory as a tool to qualify tuberculosis diagnosis	Honscha G, et al.	2008	Test diagnóstico	Comparan examen directo con cultivos y técnicas moleculares (PCR)	El cultivo todavía es útil para el diagnóstico de tuberculosis frotis negativo.	C1

Factor abordado		TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO					
N.º	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1 2	Directly observing people taking their tuberculosis drugs did not improve the cure rate compared with people without direct monitoring of treatment	Volmink J, Garner P	2012	Revisión sistemática (Cochrane)	Se comparó la terapia directamente observada ya sea por personal de salud, familiares o promotores de salud con la autoadministración. Los resultados de ensayos clínicos controlados tanto en países de bajos medianos o altos recursos no brindan evidencia que la terapia directamente observada tenga un efecto cuantitativamente importante en la cura o culminación de tratamiento		A2
1 3	Long term efficacy of DOTS regimens for tuberculosis: systematic review.	Cox HS, Morrow M, Deutschman PW.	2008	Revisión sistemática	Se evaluó la frecuencia de recurrencia de tuberculosis luego de recibir terapias bajo diferentes escenarios epidemiológicos. Se concluye que no hay estudios suficientes que permitan evaluar el uso de la terapia directamente observada (DOTS) bajo condiciones de programa		A2
1 4	Treatment outcomes among patients with multidrug-resistant tuberculosis: systematic review and meta-analysis.	Orenstein EW, Basu S, Shah NS, Andrews JR, Friedland GH, et al	2009	Revisión sistemática	Se evaluó diversos estudios reportando el éxito de terapia en pacientes con TB-MDR. El uso de Terapia directamente observada y tratamiento individualizado se asociaron a mayor		A2

Factor abordado		TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO					
Nº	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					probabilidad de éxito		

Factor abordado	CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO DE CONTACTOS DE CASOS TBC						
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
15	Expanding tuberculosis case detection by screening household contacts.	Becerra MC, et al	2005	Estudio de cohorte	Se identificaron dos cohortes separadas de los contactos de riesgo de tuberculosis al someterse a un screening activo. La primera cohorte consistió en todos los hogares de los contactos de aquellos sujetos con tuberculosis activa, mientras que el segundo grupo formado por personas que viven en las proximidades de los casos con tuberculosis activa.	El riesgo de tuberculosis activa entre los contactos familiares sintomático de sujetos activos en esta comunidad es alto.	B3
16	Contact examination for tuberculosis in Hong Kong is useful,	K. Noertjojo et al	2002	Estudio de cohorte	Para investigar los contactos de los casos índice se siguió un protocolo estándar. Fueron examinados los miembros de los hogares definidos porque vivían en el mismo techo por más de 30 días independientes de la edad. La examinación del contacto consistía en rayos X para edades mayores de 5 años y esputo para los que presentaban una anomalía en los rayos X. Para los menores de 5 años se realizó la prueba de tuberculina.	Hubo 2678 contactos de 903 casos índices, promedio de 3 por caso y se examinó el 90% de ellos. Hubieron 41 hogares con casos activos con una tasa de 1720/100 000 (CI 95% 1238-2329). Las tasas más elevadas se encontraron en los dos grupos de extremo de edades 3604/100 000 (CI95% 990-3615) en niños menores de 5 años y 3347/100 000 (95% CI 1456-6489) para los mayores de 60 años	B3

Factor abordado	CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO DE CONTACTOS DE CASOS TBC						
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
17	Contact investigations as a means of detection and timely treatment of persons with infectious multidrug-resistant tuberculosis.	J. Bayona et al	2003	Estudio de Cohorte	Desde agosto de 1996 y diciembre 1999, 91 pacientes índice recibieron terapia individualizada (Grupo A), y de octubre 1997 a diciembre 1999, otros 101 pacientes índice recibieron régimen estandarizado de MDR-Tb (Grupo B). Se realizó una revisión retrospectiva y visitas al hogar para identificar los casos secundarios entre los contactos cercanos de ambos grupos. Los casos secundarios de MDR-Tb del grupo A recibieron tratamiento basado en el perfil de susceptibilidad a los medicamentos de su cepa. Mientras que los casos secundarios del grupo B recibieron terapia estandarizada corta.	Protocolos de investigación de contactos acompañado con terapia MDR-TB son útiles para la detección rápida y el tratamiento de las personas con infección por MDR-TB. En el entorno de cepas endémicas de Mycobacterium tuberculosis, la terapia efectiva de los contactos de pacientes MDR-TB requiere conocimiento de la susceptibilidad para cada contacto con la enfermedad activa	B3
18	Expanding Tuberculosis Case Detection by Screening Household Contacts.	Mercedes C. Becerra et al,	2005	Estudio de cohorte	La prevalencia de tuberculosis detectados a través de casos (activos y pasivos) fue de 0.91% (914 per 100,000), más alta que los casos pasivos	El riesgo de tuberculosis activa entre los contactos familiares sintomático de sujetos activos en esta comunidad es alto.	B3

Factor abordado	CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO DE CONTACTOS DE CASOS TBC						
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					(0.18%; 183 per 100,000; p 0.02).	Los resultados sugieren que la localización de contactos puede ser un poderoso medio para mejorar la tasa de casos activos de TB.	
Factor abordado	DESPISTAJE Y TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA (PVVS).						
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
19	Effect of improved tuberculosis screening and isoniazid preventive therapy on incidence of tuberculosis and death in patients with HIV in clinics in Rio de Janeiro, Brazil: a stepped wedge, cluster-randomised trial.	Durovni B, Saraceni V, Moulton LH, Pacheco AG, et al	2013	Ensayo escalonado (stepped-wedge) randomizado por conglomerados	Se evaluó el impacto del despistaje de tuberculosis y terapia preventiva con isoniazida en pacientes con VIH en Rio de Janeiro, Brasil. Se encontró una disminución del 27% en el riesgo de desarrollar tuberculosis y una reducción del 31% en el riesgo de desarrollar tuberculosis o morir.		A3
Factor abordado	TERAPIA PREVENTIVA CON ISONIAZIDA						
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
20	Treatment of latent tuberculosis (TB) with isoniazid in people infected with HIV reduces their risk of developing active TB	Akolo C, Adetifa I, Shepperd S, Volmink J	2010	Revisión sistemática (Cochrane)	Se evaluó el uso de terapia preventiva con isoniazida en pacientes con infección por VIH. Se encontró una disminución del riesgo de desarrollar tuberculosis con regimenes que variaron	Se necesitan estudios adicionales para definir la duración óptima de tratamiento, y el mejor régimen profiláctico dependiendo del uso de antiretrovirales.	A1

Factor abordado	CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO DE CONTACTOS DE CASOS TBC						
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					entre 6 y 12 meses		
21	Isoniazid is effective in helping to prevent tuberculosis in people not infected with HIV	Smieja M, Marchetti C, Cook D, Smaill FM	2010	Revisión sistemática (Cochrane)	Se evaluó el impacto del uso de isoniazida por 6 a 12 meses en personas no infectadas por VIH. Se identificaron 11 ensayos incluyendo 90000 personas. Se puede impedir un caso de TB por cada 35 personas que reciben profilaxis, pero 1 de cada 200 desarrollará n hepatitis	Se debe considerar el perfil riesgo beneficio al decidir terapia preventiva con isoniazida.	
Factor abordado	BIOSEGURIDAD DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE TUBERCULOSIS						
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
22	Natural ventilation for the prevention of airborne contagion.	Escombe AR, et al.	2007	Experimental	Ambientes con ventilación mecánica (presión negativa)	En facilidades con climas templados, abrir las puertas y ventanas es más ventajoso para disminuir la transmisión de tuberculosis	A3
23	Upper-room ultraviolet light and negative air ionization to prevent tuberculosis transmission.	Escombe AR, et al.	2009	Experimental	Aplicación de luz ultravioleta en ambientes que reciben pacientes infecciosos	La luz ultravioleta previene el mayor porcentaje de la transmisión nosocomial en modelos animales	A3

Factor abordado		CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO DE CONTACTOS DE CASOS TBC						
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia	
24	Do health care workers need to wear masks when caring for patients with pulmonary tuberculosis?	Curran E, et al.	2000	Revisión de la literatura	Uso de respiradores N95 al atender a pacientes con tuberculosis	Se debe recomendar el uso de respiradores n95 hasta obtener más evidencia al respecto	D2	
Factor abordado		MEJORA DE CONDICIONES DE VIVIENDA DE FAMILIAS DE RIESGO						
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia	
25	Housing conditions that serve as risk factors for tuberculosis infection and disease.	Canadian Tuberculosis Committee	2007 Oct 1	Revisión de la literatura (Declaración de un comité asesor)	3 poblaciones nativas y no nativas en Canada con alta tasa de tuberculosis y hacinamiento	En estas 3 poblaciones canadienses con alta tasa de tuberculosis se deben cumplir con los estándares de vivienda de Canadá y tomar medidas para mejorar las condiciones de vivienda	D2	
26	Riesgo de enfermar de tuberculosis de los convivientes adultos de enfermos bacilíferos	Machado Leyva, et al.	2007	Descriptivo	Establecer factores de riesgo de contactos que desarrollan tuberculosis en La Habana, Cuba	Hacinamiento, pobre ventilación e iluminación, y mayor tiempo de contacto con pacientes bacilíferos puede condicionar enfermedad	C1	

Factor abordado	CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO DE CONTACTOS DE CASOS TBC						
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						d en contactos	

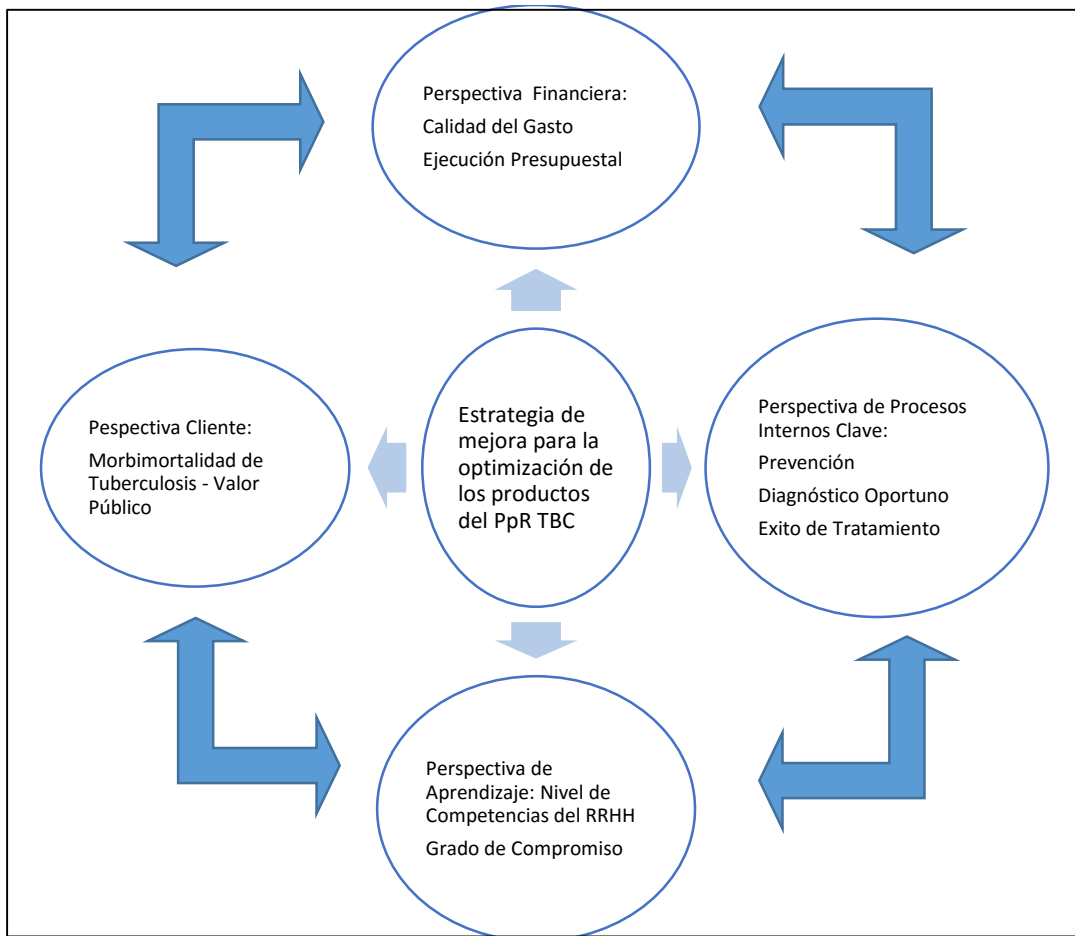
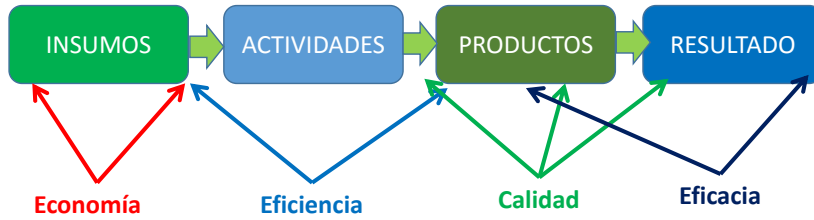
Factor abordado		PROMOTORES COMUNITARIOS CAPACITADOS PARA LA REDUCCION DEL RIESGO DE TRANSMISIÓN DE LA TBC					
N.º	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
27	Modificación de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar en adultos seleccionados de un sector de salud urbano.	Vigil Zulueta IA, et al.	2006	Observacional	Adultos acudiendo a un consultorio médico en Cuba, Reuniones grupales para información en tuberculosis, cuestionario antes y después	Los encuentros educativos fueron muy eficaces en mejorar los conocimientos y cambiar la actitud hacia los enfermos y es una buena manera de identificar promotores de salud	C1
28	Tuberculosis case-finding through a village outreach programme in a rural setting in southern Ethiopia: community randomized trial.	Estifanos Biru Shargie, et al.	2006	Ensayo comunitario	Trabajadores de salud acuden mensualmente por 3 días a educar a los pobladores en sintomatología de la tuberculosis. A 4to día Promotores de salud de buscan tosedores crónicos, toman la muestra de esputo y la llevan al centro de salud	En la zona estudiada se aumentó la rapidez de diagnóstico de tuberculosis, pero no la tasa de diagnóstico. El tratamiento fue levemente mejor en los pacientes con búsqueda activa	A3
29	What motivates lay volunteers in high burden but resource-limited tuberculosis control programmes? Perceptions from the Northern Cape province, South Africa..	Kironde S, Klaase n S.	2002	Cualitativo	Promotores de salud entrenados en DOTS tb administran tratamiento supervisado en las casas	Se deben crear programas sostenibles de incentivos económicos para disminuir la alta tasa de abandonos que puede existir entre los promotores trabajando en tb	D1
30	Estrategia educativa para incrementar el cumplimiento del régimen antituberculoso en Chiapas, México.	Alvarez Gordillo, G.	2003	Ensayo controlado	Plan de capacitación del personal de salud y grupos de autoayuda para pacientes	La intervención logró aumentar significativamente la proporción de pacientes cumpliendo el tratamiento	A3
31	Nutritional supplements for people being treated for active tuberculosis.	Abba K, et al.	2008	Meta análisis de ensayos clínicos controlados	Pacientes con tuberculosis en el Reino Unido	A pesar que algunos estudios reportan ganancia de peso,	A1
32	Malnutrition and Tuberculosis in a nationally representative cohort of adults in the United States, 1971–1987.	Cegielski J P, et al.	1995	Transversal	los pacientes con malnutrición tenían RR 6-10 veces más riesgo que los IMC normal	Se debe aconsejar el apoyo nutricional para prevenir y a como parte del manejo	C1

Factor abordado		PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE/EXTENSIVAMENTE DROGORESISTENTE					
Nº	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
34	Feasibility and cost-effectiveness of treating multidrug-resistant tuberculosis: a cohort study in the Philippines.	Tupasite, et al	2006	Estudio de cohorte	DOTs plus para MDR (tratamiento supervisado con mínimo 5 drogas)	Son resultados razonables bajo condiciones locales de un programa nacional pero se pueden mejorar con implementación de algunas medidas como diagnóstico temprano, etc	B3
35	Community-based treatment of multidrug-resistant tuberculosis in Lima, Peru: 7 years of experience.	Shin S, et al.	2004	Cualitativa	Promotores de salud recibían entrenamiento para administración de DOTS MDR en los hogares y administraban las dosis de la noche a pacientes con MDR durante su tratamiento	El contar con promotores que puedan administrar tratamientos largos en la casa de manera exitosa es un modelo para muchas enfermedades	D1
36	Treatment of multidrug-resistant tuberculosis during pregnancy: long-term follow-up of 6 children with intrauterine exposure to second-line agents.	Drobac PC, et al.	2005	Serie de casos	De 6 niños, uno con hipoacusia, uno con TB MDR y uno con déficit de atención	En gestantes con Tb MDR es mejor continuar el tratamiento a pesar del embarazo pero hay que tomar en cuenta estos efectos secundarios	D2
37	Community-based therapy for multidrug-resistant tuberculosis in Lima, Peru.	Mitnick C, et al.	2003	Serie de casos	Administración de tratamiento y control periódico de pruebas de función renal, hepática	Este esquema de manejo contribuye de manera significativa a la recuperación de pacientes con TB MDR	D2
38	Psychiatric issues in the management of patients with multidrug-resistant tuberculosis.	Vega P, et al.	2004	Serie de casos	Consulta por especialista y medicación psiquiátrica respectiva	No siempre es necesario suspender el tratamiento MDR, sino que se puede manejar concomitantemente las alteraciones psiquiátricas con medicación respectiva	D2
39	Time to sputum culture conversion in multidrug-resistant tuberculosis: predictors and relationship to treatment outcome.	Holtz TH et al.	2006	Estudio de cohorte	Realizar exámenes de esputo, cultivos y radiografías mensuales a una cohorte de pacientes que ingresan al tratamiento para Tb MDR	la conversión del cultivo de esputo es un buen indicador interino de la evolución durante el tratamiento , así como la radiografía de tórax	B3
40	Extensively drug-resistant tuberculosis in the	Shah NS	2008	Estudio descriptivo	Los XDR tienen más mortalidad (35%), más tiempo de	Tanto el manejo clínico como el control de la infección y aislamiento respiratorio deben ser	C1

Factor abordado		PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE/EXTENSIVAMENTE DROGORESISTENTE					
N ^o	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	United States, 1993-2007.	et al.			contagiosidad (6 meses) y tienen más secuelas y peor progresión clínica que los MDR	extremados por las consecuencias clínicas y epidemiológicas de la enfermedad	
41	Nutritional supplements for people being treated for active tuberculosis.	Abba K, et al.	2008	Metaanálisis	12 ensayos clínicos, hubo ganancia de peso significativa con suplementación de alta energía , vitamina A y zinc ,combinado con otros micronutrientes, disminución de la mortalidad	A pesar que algunos estudios reportan ganancia de peso	A1
42	Malnutrition and Tuberculosis in a nationally representative cohort of adults in the United States, 1971–1987.	Cegielski J P, et al.	1995	Transversal	los pacientes con malnutrición tenían RR 6-10 veces más riesgo que los IMC normal	Se debe aconsejar el apoyo nutricional para prevenir y a como parte del manejo	C1
43	Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar multidrogorresistente en el Perú. Serie de 304 casos.	José G. So mocurcio, et al.	2009	Serie de casos	Cirugía luego de la evaluación por comité de expertos	la conversión del cultivo de esputo es un buen indicador interino de la evolución durante el tratamiento , así como la radiografía de tórax	D2

Anexo C. Mapa de Perspectivas y Objetivos

Este mapa de perspectivas y objetivos es vinculante con la cadena del valor del programa presupuestal N° 0016.



Anexo D. Anexo 02 Silabo de Capacitación

CURSO: GESTIÓN POR RESULTADOS EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS

I. Datos Generales

1.1 Nombre del Curso	: Gestión por Resultados en la Prevenición y Control de Tuberculosis
1.2 Año	: 2019
1.3 Modalidad del Curso	: Auto formativa Virtual
1.4 Créditos	: 3.4
1.5 Número de Horas	: 85
1.6 Duración	: 8 semanas
1.7 Responsable Temático	: DPCTB
1.8 Responsable Académico	: ENSAP
1.9 Administrador de Plataforma	: ENSAP

II. Presentación del Curso

Uno de los pilares de la gestión pública es el Presupuesto por Resultados, el cual consiste en presupuestar en función a los productos que los ciudadanos esperan recibir para satisfacer sus demandas.

En nuestro país este proceso ha sido impulsado por el Ministerio de Economía y Finanzas a través de los programas presupuestales con los cuáles se busca contribuir a una mayor eficiencia y eficacia del gasto público.

Uno de los programas presupuestales aborda el tema de prevención y control de tuberculosis, considerando que la tuberculosis es una enfermedad que afecta y compromete el desarrollo de los países que la padecen.

Nuestro país ocupa el tercer lugar en la región de las Américas con más alta incidencia después de Haití y Bolivia y primer lugar en casos de tuberculosis drogoresistente (reportando el 30% de los casos de TB MDR y 50% de casos de TB XDR).

En este sentido se hace necesario fortalecer las competencias del personal de salud profesional que tiene la responsabilidad de gestionar la prevención y control de tuberculosis en los diferentes niveles de gobierno y unidades ejecutoras, con la finalidad de optimizar los recursos realizando una adecuada programación en los productos que son entregados a la población objetivo del programa presupuestal, así como una adecuada ejecución presupuestal y calidad del gasto.

III. Sumilla

El curso desarrolla los aspectos conceptuales de la gestión por resultados dirigido a la ejecución de actividades para la prevención y control de la tuberculosis. Está dirigido a Profesionales, miembros del equipo vinculados a la gestión del programa presupuestal TBC en los diferentes niveles de gobierno y unidades ejecutoras.

IV. Objetivos

a. General

Fortalecer las competencias de los equipos técnicos de los diferentes niveles de gobierno y unidades ejecutoras en la gestión y manejo de PpR para la prevención y control de Tuberculosis

b. Específicos:

- Conocer aspectos básicos de la gestión para resultados y la normativa vigente, así como conceptos básicos de Presupuesto Público.
- Conocer la manera adecuada de programación presupuestal del PP 0016 Componente Tuberculosis.
- Analizar e Identificar factores que favorecen la ejecución presupuestal y una adecuada calidad de gasto del PP 0016 Componente Tuberculosis.

V. Público Objetivo

Personal profesional del Ministerio de Salud, INPE, Gobierno Regional de Salud, Dirección Regional de Salud, Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Metropolitana y Gobiernos Locales que realizan actividades de gestión del programa presupuestal TBC

Requisitos:

- Ser profesional que labora en las unidades ejecutoras de los tres niveles de gobierno.
- Conocimiento y manejo de ofimática básica y navegación en internet.

VI. Perfil del Egresado

PERFIL DEL EGRESADO
Se espera que, al finalizar el curso, el participante será capaz de conocer aspectos básicos de la gestión pública, así como ser capaz de realizar una adecuada programación presupuestal y el seguimiento para adecuada ejecución presupuestal con calidad de gasto.

VII. Programación Académica

MÓDULO 1: CONCEPTOS GENERALES DE GESTIÓN POR RESULTADOS	
SUMILLAS: El Modulo Conceptos generales de gestión por resultados tiene por finalidad dar a conocer aspectos básicos de la gestión pública y el Presupuesto por Resultados.	
OBJETIVO	UNIDADES DE APRENDIZAJE
Conocer aspectos básicos de la gestión para resultados y la normativa vigente, así como conceptos básicos de Presupuesto Público	Unidad I: Gestión Pública y Presupuesto por resultados
	Unidad II: Presupuesto Público

MÓDULO 2: PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL	
SUMILLAS: El módulo “Programación Presupuestal”, tiene como finalidad brindar información sobre definiciones operacionales, criterios de programación y la manera de programar adecuadamente los productos que se entregarán a la población objetivo	
OBJETIVO	UNIDADES DE APRENDIZAJE
Conocer la manera adecuada de programación presupuestal del PP 0016 Componente Tuberculosis.	Unidad I: Definiciones Operacionales y Criterios de Programación
	Unidad II: Programación – Uso de SIGA PpR
	Unidad III: Programación Multianual (PMA)

MÓDULO 3: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	
SUMILLAS: El presente modulo tiene como finalidad proporcionar dar a conocer las herramientas para una adecuada ejecución presupuestal y el respectivo seguimiento.	
OBJETIVO	UNIDADES DE APRENDIZAJE
Analizar e Identificar factores que favorecen la ejecución presupuestal y una adecuada calidad de gasto del PP 0016 Componente Tuberculosis	Unidad I: Conceptos básicos Ley de Contrataciones del Estado
	Unidad II: Implicancias de la ejecución presupuestal en el logro de resultados

DISEÑO DEL CURSO

N°	Unidades	Horas Virtual	Créditos
1	Módulo 1: Conceptos Generales de Gestión por Resultados	20	0.8
2	Módulo 2: Programación Presupuestal	40	1.6
3	Módulo 3: Ejecución presupuestal	25	1.0
Total		85	3.4

VIII. Recursos

1.1. Humanos:

- **Responsable del curso.** Es la persona que coordina las actividades relacionadas a los contenidos y a las actividades de aprendizaje.
- **Administrador de Plataforma:** Es el encargado de la gestión administrativa del curso y de la configuración, y mantenimiento del entorno Moodle.

1.2. Medios y Materiales

- **Aula virtual:** Es el entorno de aprendizaje que facilitará al participante el desarrollo del curso dentro del periodo establecido, permitiendo la comunicación entre participantes a través del foro, la visualización de videos relacionados a cada tema, el acceso a las lecturas, el examen, entre otros.
- **Lectura de Textos Seleccionados**
Son textos seleccionados en función del desarrollo de temas específicos de cada unidad y que sintetizan la más actualizada y pertinente bibliografía de la unidad didáctica correspondiente, con el objeto de complementar o ampliar algunos de los temas desarrollados

en cada unidad en el aula virtual respectiva. Es recomendable que el uso de este recurso didáctico sea desarrollado en equipo en el ámbito del trabajo, de manera planificada y programada por los responsables de capacitación del establecimiento en salud.

IX. Estrategias Metodológicas

La estrategia metodológica que orienta este módulo ha sido diseñada para catorce (8) semanas en la modalidad virtual auto formativo, aplicando la enseñanza aprendizaje para adulto, promoviendo la autonomía del aprendizaje y el pensamiento reflexivo y crítico del participante. Esta metodología incluye:

- **Fase Auto-formativa**

Comprende un total de trecientas treinta y cuatro (85) horas de estudio por todo el curso, según el módulo en función de las exigencias del Material Auto formativo más las actividades de evaluación respectiva, a partir del análisis, reflexión y crítica sobre propuestas de mejora dirigidas a la población con la que laboralmente se vincula.

- **Fase Virtual**

Es aplicable para efecto de evaluaciones de cada unidad y el tiempo es parte y componente del total asignado a la Fase Autodidáctica, en tal sentido, se define como veinte (20) horas por cada unidad.

X. Evaluación

La evaluación del Curso se da por cada modulo

- ✓ La calificación será en escala vigesimal y la nota aprobatoria del curso será 12. En el promedio final del curso, toda fracción igual o mayor a 0,5 es redondeada al entero inmediato superior.
- ✓ El participante tiene 2 (dos) oportunidades para rendir la evaluación por cada unidad del curso.

- ✓ En caso obtenga una calificación menor de 12, es decir desaprobatorio en la evaluación regular, tendrá 1 (una) oportunidad para rendir el examen sustitutorio, para la aprobación de la unidad.
- ✓ La nota final corresponde al promedio de las notas obtenidas en los exámenes de los tres módulos.
- ✓ Se considerará la condición “No se presentó” (NSP) por inscribirse y no participar; o no participar en la evaluación de una de las unidades del curso. Al no participar en una de las unidades, al final tendrá la condición de “Desaprobado”.

XI. Certificación

Una vez aprobada el acta de nota final con Acto Resolutivo, se iniciará el proceso de certificación en cumplimiento de la Directiva Académica N° 002-DGGDRH-ENSAP/MINSA: Procedimientos para otorgar Certificación de Programas Académicos de la Escuela Nacional de Salud Pública-ENSAP, aprobada por R.D. N° 003-2015-DGGDRH-ENSAP/MINSA.

XII. Cronograma del Curso

ACTIVIDAD	Fecha INICIO	Fecha TÉRMINO
Inscripción		
Publicación de aptos		
Desarrollo del curso, evaluación, sustitutorio		

XIII. Bibliografía

Perú, Congreso de la República. Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto. Ley 28411. Diario oficial El Peruano 8938; 08 de diciembre de 2004 (Actualizado al 2017).

Perú, Ministerio de Economía y Finanzas. Directiva de Programas Presupuestales. Directiva N° 002-2016-EF/50.01

Perú, Presidencia del Consejo de Ministros. Aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública. Decreto Supremo 004-2013-PCM. Diario oficial El Peruano 12320; 09 de enero de 2013.

Perú, Congreso de la República. Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto. Ley 28411. Diario oficial El Peruano 8938; 08 de diciembre de 2004.

Perú, Congreso de la República. Ley de equilibrio financiero del presupuesto del sector público para el año fiscal 2017. Ley 30519

Perú, Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Directiva para las evaluaciones independientes en el sistema nacional de presupuesto público en el marco del presupuesto por resultados. (Directiva 009-2008-EF/76.01 modificada por la Resolución Directoral 023-2012-EF/50.01) [Internet]. Lima, Perú: MEF; 2008 [citado el 15 de enero 2017]. Disponible en: <https://www.mef.gob.pe/es/normatividad-sp-9867/por-instrumento/directivas/9245-directiva-para-las-evaluacionesindependientes-modificada-por-r-d-n-023-2012-ef-50-01/file>

Perú, Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Programas presupuestales. Diseño, revisión y articulación territorial, 2016 [Internet]. Lima: MEF; 2016 [citado el 15 de septiembre 2017]. Disponible en: https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/ppr/directiva_PP2016.pdf

Issel M, Wells R. Health program planning and evaluation, a practical, systematic approach for community health. 4a ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2017.

Cruzado V. Los efectos de los programas sociales en la salud de la población en condición de pobreza: evidencias a partir de las evaluaciones de impacto del presupuesto por resultados a programas sociales en Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública.2017;34(3):528-37.

Peñaloza K, Gutiérrez-Aguado A, Prado M. Evaluaciones de diseño y ejecución presupuestal, un instrumento del presupuesto por resultados: algunas experiencias aplicadas en salud. Rev Peru Med Exp Salud Pública.2017;34 (3):521-7.

Velásquez-Hurtado JE, Rivera-Sivirich RA. Encuestas en salud: instrumentos esenciales en el seguimiento y evaluación de los programas presupuestales. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2017;34 (3):512-20.

Universidad Peruana Cayetano Heredia y Ministerio de Economía y Finanzas. Evaluación de Diseño y Ejecución de Presupuesto del componente Tuberculosis del Programa Presupuestal TB-VIH. [Internet]... Lima: 2014. Disponible en https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/ppr/eval_indep/2015_tuberculosis.pdf.

Contraloría General de la República. Auditoría de Desempeño a los servicios de diagnóstico, tratamiento y prevención secundaria de Tuberculosis prestados por el Ministerio de Salud en Lima Metropolitana [Internet]. Lima: 2017. Disponible en <http://lfweb.contraloria.gob.pe/BuscadorInformes/0/doc/4245518/Page3.aspx>

Páginas web:

https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/sectr_public/proye_2011/Exp_Motiv_Ley_Presupuesto2011.pdf

<https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/publicaciones-digitales/>

https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/ppr/guia_seg_publicacion.pdf

http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1432/index.html

https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/ppr/eval_indep/edep/index.html

<http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/es/>

<http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2016/12/libroSistemaSaludPeru-.pdf>

<http://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/index.asp?pg=3#contact>

<https://www.mef.gob.pe/es/siga/manuales>

Anexo E: Lineamientos para regular los procesos administrativos para dotación de los recursos críticos

1. Introducción

La Tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, puede afectar cualquier órgano o tejido, siendo el pulmón el más frecuente. La forma de transmisión es aérea, de una persona enferma a un sujeto sano a través de gotitas generadas en el aparato respiratorio de pacientes con enfermedad pulmonar activa, eliminado a través de la tos, estornudo o hablando.

En 2016, en el Perú se registraron 31,079 casos de tuberculosis, de los cuales, Lima Metropolitana y Callao reportaron 19,891 casos (64%). Del total de regiones del país, existen 12 que se encuentran calificadas como de alto y muy alto riesgo para esta enfermedad: Lima, Callao, La Libertad, Lambayeque, Madre de Dios, Ucayali, Loreto, Tacna, Ica, Moquegua, Arequipa y Cusco.

En este marco, se propone Lineamientos para regular los procesos administrativos que permita la dotación de recursos críticos de manera oportuna en cuanto al tiempo, cantidad y calidad a efectos de adquirir medicamentos, insumos y equipo con una sola oferta válida. El Ministerio de Salud, como organismo rector del Sector Salud, propondrá la política de gestión para la adquisición de medicamentos en coordinación con las entidades competentes en la materia.

2. Objetivo

Establecer los lineamientos para la adquisición de medicamentos, insumos y equipos críticos en el sistema de gestión del producto del Ministerio de Economía y Finanzas que forman parte del programa presupuestal TBC.

3. Base Legal

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General
- Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado
- Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto

4. Alcance

El presente lineamiento contiene las disposiciones aplicables para la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis (DPCTB- MINSa), Unidades Ejecutoras de los diferentes niveles del gobierno. Asimismo, puede ser usada como guía de orientación general por los Organismos Públicos

adscritos al Minsa y por las Direcciones o Gerencias Regionales de Salud de los Gobiernos Regionales.

5. Lineamientos

El enfoque de estos lineamientos, están orientados a guiar las adquisiciones de medicamentos, insumos y equipos críticos que deben tener las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) para garantizar la operatividad de la intervención del programa presupuestal TBC.

Las intervenciones a realizar tienen en consideración la necesidad de optimizar los recursos públicos asignados vía el programa presupuestal, así como el requisito básico de la adecuada oferta del servicio hacia la población.

5.1) El registro de la información de medicamentos, insumos y equipos críticos, se realizará a través de la página web de DPCTB- MINSA de manera oportuna

5.2) El procedimiento específico para la adquisición de los medicamentos, insumos y equipos críticos para la convocatoria, además de la web de MINSA, se cursarán invitaciones de forma directa a todos los proveedores inscritos en la base de datos de proveedores. Asimismo, la convocatoria se publicará a través de medios de comunicación masivos.

5.3) En la plataforma del Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado (SEACE) se registrará la información de las adquisiciones y contrataciones que realice la DPCTB MINSA y todas aquellas entidades antes mencionadas.

5.4) En caso de postergarse alguna(s) etapa(s) del proceso, se comunicará a los postores la nueva fecha por los mismos medios en que se efectuó la convocatoria.

5.5) La notificación de actos y decisiones durante el proceso de adquisición y contratación se realiza a través de la página web de MINSA. Dicha notificación es suficiente y prevalece sobre cualquier medio que se haya utilizado adicionalmente, siendo responsabilidad del participante el permanente seguimiento del respectivo proceso a través de la página web de MINSA.

5.6) Las adquisiciones y contrataciones, de carácter permanente, no pueden ser contratados por períodos menores a un año, cuando así lo determinen las condiciones de mercado y oportunidad. Sin perjuicio de ello, la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis y las otras antes mencionadas, autorizaran las adquisiciones y contrataciones por plazos menores solo por razones de presupuesto, capacidad operativa o almacenamiento, mercado, precios y otros debidamente fundamentados con los Informes Técnicos correspondientes emitidos por el Originador, salvo para aquellos materiales que respondan a políticas de reposición de stock.

5.7) La calificación debe ser objetiva y congruente con el objeto de la convocatoria y con las condiciones que ofrece el mercado, debiendo sujetarse a criterios de racionalidad y proporcionalidad.

5.8) Los proveedores y trabajadores de DPCTB tienen la obligación de cumplir con los lineamientos para la adquisición de medicamentos, insumos y equipos críticos.

5.9) Los proveedores y trabajadores de DPCTB, tienen la obligación de cumplir con el Código de Ética, la política anti soborno y plan nacional de integridad y lucha contra la corrupción.

5.10) En todos los contratos deberá incluirse una cláusula de anticorrupción, en línea con las Políticas anti soborno y plan nacional de integridad y lucha contra la corrupción.

5.11) Será responsabilidad del personal de la DPCTB y las entidades antes mencionadas, que intervengan en los procesos de adquisición y contratación registrar oportunamente y mantener actualizada el sistema de información logístico.

6. Responsabilidad

Las Unidades Ejecutoras que ejecutan programa de prevención y control de TBC son las responsables de aplicar estos lineamientos, así como las áreas técnicas y de apoyo de las DIRIS.

Anexo F. Ficha de indicadores para seguimiento

EJECUCION PRESUPUESTAL
<i>Resultado Específico</i>
MINSA, INPE, INEM, INS, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales
DEFINICIÓN
Proporción del Presupuesto ejecutado del total del presupuesto asignado.
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Economía
JUSTIFICACIÓN
Mide la proporción del presupuesto ejecutado del total de presupuesto asignado en todos los niveles de gobierno
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
Limitaciones:
<ul style="list-style-type: none"> No tener acceso a las herramientas para obtener información que permita desarrollar este indicador.
PRECISIONES TÉCNICAS
<ul style="list-style-type: none"> Los datos serán obtenidos de la Consulta Amigable – Transparencia Económica del MEF
MÉTODO DE CÁLCULO
$\frac{\text{Presupuesto ejecutado}}{\text{Presupuesto asignado}} \times 100$
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Mensual
FUENTE DE DATOS
Consulta Amigable – Ministerio de Economía y Finanzas
BASE DE DATOS
EXCEL
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
Reportes emitidos por la Consulta Amigable del MEF

* En este campo se consignarán solo los valores nacionales o de representatividad geográfica más grande.

CALIDAD DE GASTO
<i>Resultado Específico</i>
MINSA, INPE, INEM, INS, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales
DEFINICIÓN
Proporción del Presupuesto ejecutado en la adquisición de insumos críticos del total del presupuesto asignado.
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Economía
JUSTIFICACIÓN
Mide la proporción del presupuesto ejecutado en adquisición de insumos críticos del total de presupuesto asignado en todos los niveles de gobierno
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
Limitaciones:
<ul style="list-style-type: none"> No tener acceso a las herramientas para obtener información que permita desarrollar este indicador.
PRECISIONES TÉCNICAS
<ul style="list-style-type: none"> Los datos serán obtenidos de la Consulta Amigable – Transparencia Económica del MEF
MÉTODO DE CÁLCULO
$\frac{\text{Presupuesto ejecutado}}{\text{Presupuesto asignado}} \times 100$
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Mensual
FUENTE DE DATOS
Consulta Amigable – Ministerio de Economía y Finanzas
BASE DE DATOS
EXCEL
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
Reportes emitidos por la Consulta Amigable del MEF

* En este campo se consignarán solo los valores nacionales o de representatividad geográfica más grande.

Anexo G. Indicadores del PP. 016 TB –VIH

PROGRAMA 016 – TBC - VIH/SIDA			
TASA DE MORBILIDAD DE TUBERCULOSIS			
<i>Resultado Final</i>			
MINSA, INPE, INEM, INS, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales			
DEFINICIÓN			
La Morbilidad de Tuberculosis representa los casos de Tuberculosis entre la población total.			
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO			
Eficiencia			
2014	2015	2016	2017
102	99.5	98.7	97.8
JUSTIFICACIÓN			
Mide la cantidad de casos de TB que se producen en una región determinada durante un año en la población general. Este indicador es importante para la salud pública pues nos permite medir el impacto de las intervenciones que se realizan para la prevención y control de la tuberculosis.			
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS			
Limitaciones:			
<ul style="list-style-type: none"> El indicador representa la morbilidad de Tuberculosis registrada oficialmente, pueden existir casos de tuberculosis en el sector privado no registrados y no notificados. 			
Supuestos:			
<ul style="list-style-type: none"> Todos los casos de Tuberculosis frotis positivo, en la red de servicios del Ministerio de Salud, están registrados y son notificados. Las instituciones como EsSalud, Sanidad de la Fuerzas Armadas y PNP, INPE, Municipalidades notifican los casos a las Direcciones de Salud de sus jurisdicciones. 			
PRECISIONES TÉCNICAS			
<ul style="list-style-type: none"> Representa los Casos de Tuberculosis, registrada y notificada oficialmente por la DPCTB. Los casos son registrados en el “Libro de Registro y Seguimiento de Pacientes con Tuberculosis” y notificados en el Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis (SIG TB) El flujo de la información es del Puesto de Salud, Centro de Salud y Hospitales a la Red de Salud, hasta la Dirección de Salud correspondiente. Las instituciones como EsSalud, Sanidad de FFAA y PNP, Municipalidades, INPE y otros informan a la Red de Salud o Dirección de Salud de su jurisdicción. Las Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud y las Instituciones no MINSA reportan a la ESN PCT. 			
MÉTODO DE CÁLCULO			
$\frac{\text{Numero Total de Casos de Tuberculosis}}{\text{Población Total}} \times 1000000 \text{ hab.}$			
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES			
Anual			
FUENTE DE DATOS			
SIG TB			
BASE DE DATOS			
EXCEL			
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN			
Reportes emitidos por el Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis			
SINTAXIS			
Numerador: select count(*) from tbl_tbs where cond_ingreso=1 and loc_tb=1 and result_bk in (2,3,4,5) union all select count(*) from tbl_tbr where ambos not in (0) and cond_ingreso=1 and loc_tb=1 and result_bk in (2,3,4,5)			
Denominador: select sum(pob_total) from datos_consolidados where anio=year(f_inicio_periodo)			

* En este campo se consignarán solo los valores nacionales o de representatividad geográfica más grande.