

Reglamento Técnico para la Prevención y el Control de la Tuberculosis

2014

MSP/VGC-RT02-14







Ministerio de Salud Pública

Reglamento Técnico para la Prevención y el Control de la Tuberculosis

**Santo Domingo, D. N.
Junio 2014**

® **Ministerio de Salud Pública**

Título original:

Reglamento Técnico para la Prevención y el Control de la Tuberculosis

Coordinación técnica:

Dra. Belkys Marcelino

Dra. Yira Tavarez

Lic. Cruvianka Pol Paulino

Ministerio de Salud Pública

Santo Domingo, República Dominicana, 2014

ISBN: 978-9945-436-96-9

Diagramación:

Ty

Noelia Cruz

Impresión:

DPS Soluciones Gráficas

Primera edición:

5,000 ejemplares

Impreso en República Dominicana



Ministerio de Salud Pública

AUTORIDADES

Dr. Lorenzo Wilfredo Hidalgo Núñez
Ministro de Salud Pública

Dr. Rafael Schiffino
Viceministro de Salud Colectiva

Lic. María Villa de Pina
Viceministra de Garantía de la Calidad

Dr. Nelson Rodríguez Monegro
Viceministro de Atención a las Personas

Dr. Virgilio Cedano
Viceministro de Planificación y Desarrollo

Dr. Roberto Berroa
Viceministro de Salud Ambiental

Dra. Belkys Marcelino
Directora del Programa Nacional Contra la
Tuberculosis

Lic. Cruvianka Pol Paulino
Directora Nacional de Normas

EQUIPO RESPONSABLE

Coordinación Técnica

Programa Nacional Contra la Tuberculosis

Dra. Belkys Marcelino

Dra. Katia Romero

Unidad Ejecutora de Proyectos

Dra. Yira Tavárez

Dirección Nacional de Normas

Lic. Cruvianka Pol

Equipo Técnico

Programa Nacional Contra la Tuberculosis

Dra. Natalia Mercedes

Dr. Adalberto Rodríguez

Dra. María Rodríguez

Lic. Reina Valerio

Dra. Clara De La Cruz

Lic. Josefina Heredia

Dra. Mary Mercedes

Lic. Leonarda Reyes

Dr. Elías Pérez

Dra. Marie Philizaire

Dra. Alillenska Ceballo

Dra. Jazmin Martínez

Dra. Anyeli García

Dra. Ingrid Sánchez

Sr. Andres Rincón

Colaboradores

Dirección Nacional de Normas

Dra. Mayra Toribio

Sr. Tyrone Then

Lic. Laila Abreu

Unidad Ejecutora de Proyectos

Dra. Julia Javier

Dra. Evelyn Lebrón

Asistencia técnica

Dra. Mariluz Rodríguez, UEP-FM

Dr. David Zavala, OPS

Colaboradores

Dr. Jorge Victoria, OPS
Lic. Edith Alarcón, La Unión
Dra. Rosanna Pérez
Dra. Amarilis Germán
Dra. Claudine Cabrera
Dr. Ernesto Montoro
Dra. Michelle Abud
Dra. Vanessa Perdomo
Dr. Ricardo Elías Melgen
Dra. Melania Encarnación
Dra. Sandra de los Santos
Dra. Elsa Camilo
Dra. Elizabeth Muñoz
Lic. Nancy de León Alcalá
Dr. Andrés Cuevas
Dra. Ana Figuereo Figueroa
Dra. Mirta M. Santana
Dra. Rhina Reyes
Dr. Luis Domínguez García
Dr. Juan Emilio Segura
Dra. Alba Núñez
Dra. Luisa X. Adames
Licda. Marcia Reyes
Dra. Ana Morrobel
Dra. Rafaela Obispo
Licda. Miriam Serrano
Licda. Gisela Félix
Dra. Katherine Pérez
Lic. Danilo Guerra
Licda. Flor Emilia Batista
Licda. Ana Luisa Matos
Dra. Luz Celeste Sirí De la Cruz
Dra. Vianette Coss R.
Dr. Yoobary Espaillat
Dra. Rosa Alvino
Dra. Natalia Polanco
Dra. Aura Pineda
Dra. Francia E. Núñez A.
Dr. Bienvenido Cabrera
Dra. Blasina Torres
Dr. Luis Erodys Camilo
Dr. Felix Juan Roa

Colaboradores

Lic. Maria Eloisa Robinson
Dra. Greyniyel Paulino
Dr. William Duke
Licda. Arelis Percel
Lic. Luis R. Pérez Bido
Licda. Rosa Lourdes Rosario
Dra. Mayra Canario
Geronimo Manzueta L.
Licda. Dulce Martínez
Dr. José A. Meriño
Judhy Astacio
Dra. Monica Thorman
Lic. Anyolina Ademan G.
Sra. Eridania Brito
Dra. Belkis Roa
Dra. Anelice Roa
Dr. Biaris Rodríguez Abad
Dra. Juana Paredes

INDICE

0. INTRODUCCIÓN	0
1. OBJETO	1
2. OBJETIVOS	1
3. ÁMBITO DE APLICACIÓN	2
4. MARCO LEGAL	2
5. DEFINICIONES	2
6. DE LA ATENCION INTEGRAL A LA TUBERCULOSIS	11
7. DE LAS ACCIONES DE SALUD COLECTIVA CON RESPECTO A LA TUBERCULOSIS	12
8. SOBRE LAS ACCIONES DE SALUD COLECTIVA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TB	29
9. SOBRE LA ESTRATEGIA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN	35
10. SOBRE EL SISTEMA DE INFORMACIÓN GERENCIAL Y EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	35
11. INDICADORES DE CALIDAD	36
12. INFRACCIONES Y SANCIONES	36
13. DISPOSICIONES FINALES	36
14. BIBLIOGRAFÍA	37



0. INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis continúa siendo un problema de Salud Pública en la República Dominicana, a pesar de la disminución en las tasas de incidencia en el 2011 con relación al año 2010. En el 2011 reporta 66% de los casos nuevos estimados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y actualmente, se encuentra entre los 12 países priorizados, con mayor carga de TB y TB-MDR de la Región, estimándose un total de 6.500 casos nuevos y 320 casos de TB-MDR para el 2011.

En el 2011, República Dominicana reportó una tasa de prevalencia e incidencia por TB, de 46 y 43 por 100 mil habitantes respectivamente y la tasa de éxito de tratamiento en pacientes con TB pulmonar baciloscopia positiva (BK+) nuevos alcanzó el 80% en el 2010.

Para el 2012, la cobertura poblacional en el Tratamiento Directamente Observado, por sus siglas en inglés (DOT) alcanzó el 94% de la población dominicana. A través de una red de 1,539 establecimientos de salud del sector público y privado que aplican esta estrategia en sus cinco componentes.

El éxito de tratamiento de los casos de tuberculosis pulmonar BK+ fue de 82%. Los resultados no alcanzan el 85% debido a un 14% de pérdidas durante el seguimiento.

En este contexto, se presenta la séptima edición de la normativa nacional, que tiene como propósito incluir las actualizaciones necesarias para continuar fortaleciendo la regulación en materia de prevención y control de la tuberculosis en la República Dominicana.

Este Reglamento Técnico establece los criterios para realizar la detección precoz de casos de tuberculosis y la atención oportuna y de calidad en todos los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud.

Al mismo tiempo, el presente Reglamento Técnico facilitará el establecimiento de estrategias de prevención de la tuberculosis, el fortalecimiento de redes programáticas de salud colectiva y las redes sociales (familia, comunidad, lugar de trabajo, y el personal de salud) con la finalidad de disminuir el estigma existente sobre el enfermo con TB.

Adicionalmente, se han incorporado intervenciones para reforzar la capacidad gerencial y técnica del personal de salud para implementar las acciones de control de la tuberculosis y el traspaso de competencias a nivel intermedio y local, la supervisión capacitante y el sistema de información epidemiológico en tuberculosis (SIETB) a través de la ficha física y electrónica de cada uno de los casos de TB.

Finalmente, se debe destacar que los principales desafíos que debe afrontar el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis están ligados a la presencia de zonas geográficas con altas tasas de TB, elevada migración e índices importantes de pobreza, así como también, la implementación de la Estrategia Alto a la TB.





Ministerio de Salud Pública

RESOLUCIÓN NO. 000013

01 JUL 2014

QUE PONE EN VIGENCIA EL REGLAMENTO TÉCNICO PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS.

CONSIDERANDO: Que la Rectoría del Sistema Nacional de Salud está a cargo del Ministerio de Salud Pública y sus expresiones territoriales, locales y técnicas. Esta rectoría será entendida como la capacidad política de este Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), de máxima autoridad nacional en aspectos de salud, para regular la producción social de la salud, dirigir y conducir políticas y acciones sanitarias; concertar intereses; movilizar recursos de toda índole; vigilar la salud y coordinar acciones con las diferentes instituciones públicas y privadas, así como otros actores sociales comprometidos con la producción de la salud, para el cumplimiento de las políticas nacionales de salud.

CONSIDERANDO: Que los Ministros de Estado podrán dictar disposiciones y reglamentaciones sobre los servicios a su cargo, de carácter interno; siempre que no colidan con la Constitución, las leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo.

CONSIDERANDO: Que la regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas, así como de su aplicación por la vía del control y la evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados, en áreas de importancia estratégica, como políticas, planes, programas, servicios, calidad de la atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, así como desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.

CONSIDERANDO: Que una de las funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, (MISPAS) como ente rector del sector salud, establecidas por la Ley General de Salud, No. 42-01 de fecha 08 de marzo del 2001, es la de formular todas las medidas, normas y procedimientos que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), tiene la función de establecer los criterios para la detección precoz de

casos de tuberculosis, así como de diseñar las estrategias para la atención oportuna y de calidad de los mismos, así como para la prevención de la propagación y el fortalecimiento de las redes programáticas de salud y las redes sociales con respecto a la tuberculosis.

Vista: La Constitución de la República Dominicana, del 26 de enero de 2010.

Vista: La Ley General de Salud No. 42-01, del 8 de marzo de 2001.

Vista: La Ley Orgánica de Administración Pública No. 247-12, del 14 de agosto de 2012. **Vista:** La Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01, del 09 de mayo del 2001.

Vista: La Ley que crea el Sistema Dominicano de la Calidad No. 166-12, del 12 de julio de 2012.

Vista: La Ley sobre los derechos de las personas que viven con VIH y SIDA en la República Dominicana, del 7 de junio de 2011.

En ejercicio de las atribuciones que me confiere la Ley General de Salud dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

PRIMERO: Se dispone poner en vigencia el Reglamento Técnico para la Prevención y el Control de la Tuberculosis.

SEGUNDO: Se instruye y se designa al Viceministerio de Salud Colectiva a través del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, como la instancia encargada de difundir y dar seguimiento a la aplicación de la presente Resolución.

TERCERO: Se ordena la aplicación del presente Reglamento Técnico por todas las instancias del Sistema Nacional de Salud implicadas en las mismas.

CUARTO: Se instruye a la Oficina de Acceso a la Información a publicar en el portal Web Institucional de este Ministerio de Salud, el contenido de la presente Resolución.

DADA en la ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional capital de la República Dominicana a los PRIMERO (1) días del mes de JULIO del año dos mil catorce (2014).

DR. LORENZO WILFREDO HIDALGO NUÑEZ
Ministro de Salud Pública

Reglamento Técnico para la Prevención y el Control de la Tuberculosis



REGLAMENTO TÉCNICO PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

1. OBJETO

La regulación de las acciones para la prevención y el control de la tuberculosis en la República Dominicana a través de la atención integral en todo el Sistema Nacional de Salud.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Establecer las directrices técnicas que regulan la prevención y el control de la tuberculosis en la República Dominicana, para garantizar la atención integral e integrada, oportuna y centrada en los/las usuarios (as), en todos los servicios del Sistema Nacional de Salud.

2.2 Objetivos específicos

- 2.2.1 Establecer los lineamientos para el trabajo intersectorial y el fomento de la participación social en la prevención y control de la tuberculosis en el territorio nacional.
- 2.2.2 Establecer los lineamientos y estrategias para la prevención primaria de la tuberculosis sensible, drogorresistente y coinfección TB/VIH a través de la implementación de intervenciones en población general, poblaciones especialmente vulnerables y grupos de alto riesgo.
- 2.2.3 Establecer los lineamientos y estrategias para la implementación de medidas colectivas de prevención y control de la tuberculosis.
- 2.2.4 Establecer los lineamientos para la detección, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis sensible, tuberculosis drogorresistente y coinfección TB/VIH a través de una atención integral con calidad para todos los usuarios en todos los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud.
- 2.2.5 Establecer los lineamientos que contribuyan a la gestión de la calidad de las intervenciones para el control de la Tuberculosis en el Sistema Nacional de Salud.

3. **ÁMBITO DE APLICACIÓN**

Este Reglamento Técnico para la Prevención y Control de la Tuberculosis es de aplicación obligatoria en todos los servicios que operen en territorio dominicano y para todo el Sistema Nacional de Salud. El Viceministerio de Salud Colectiva, a través del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT), es la dependencia del Ministerio de Salud Pública responsable de la aplicación del presente Reglamento Técnico.

4. **MARCO LEGAL**

- 4.1 Constitución de la República Dominicana, del 26 de enero de 2010.
- 4.2 Ley General de Salud No. 42-01, del 08 de marzo del 2001.
- 4.3 Ley sobre los derechos de las personas que viven con VIH y SIDA en la República Dominicana No. 135-11, del 7 de junio del 2011.
- 4.4 Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01, del 09 de mayo del 2001.
- 4.5 Ley que crea el Sistema Dominicano para la Calidad No. 166-12, del 12 de julio del 2012.
- 4.6 Decreto que establece el reglamento sobre rectoría y separación de funciones básicas del Sistema Nacional de Salud No. 635-03, del 20 de junio de 2003.

5. **DEFINICIONES**

Para los fines del presente Reglamento Técnico se acogen las siguientes definiciones:

- 5.1 **Acciones de salud colectiva:** se refiere al conjunto de intervenciones que deben garantizarse para reducir las desigualdades sociales en la situación de salud y calidad de vida, prevenir y controlar los problemas prioritarios de salud y alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, así como los resultados y metas del Plan Decenal de Salud.

- 5.2 Alianzas público- público y público- privadas:** representan un enfoque integral para hacer participar, no solo al sector privado, sino a todos los proveedores de atención de salud pertinentes, en la ejecución del DOT. Abarca todas las formas de colaboración público – privado (entre PNCT y el sector privado), público – público (entre el PNCT y otros proveedores públicos) y privado – privado (por ejemplo entre una ONG o un hospital privado y otros proveedores privados) para la finalidad común de garantizar la atención de tuberculosis regular en la comunidad.
- 5.3 Atención centrada en el paciente:** es aquella cuya prioridad son las necesidades del usuario, no el proveedor del servicio para mejorar la calidad de los servicios de salud. Es la provisión de servicios de salud con calidez y correspondientes con las preferencias individuales, sus necesidades y valores. Al centrarse en el usuario, la atención de salud fortalece la responsabilidad de los propios pacientes en la gestión de sus problemas de salud.
- 5.4 Atención integrada:** se entiende como la provisión continua y con calidad de las necesidades de la población en términos de la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud para las personas en los diversos contextos sociales y en las diversas etapas de la vida. Es complementaria de la integralidad que es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa.
- 5.5 Captación:** es el conjunto de acciones a ser realizadas para identificar casos sospechosos de tuberculosis con el fin de realizar el diagnóstico precoz de la enfermedad y detectar los casos de tuberculosis para tratarlos de manera oportuna.
- 5.6 Captación extramural:** intervenciones o acciones para la detección de casos de tuberculosis en la comunidad. Se llama extramural porque se realiza fuera de los establecimientos de salud. Por definición es una búsqueda activa, ya que requiere la participación de personal de salud, líderes comunitarios, organizaciones de base comunitaria, organizaciones basadas en la fe, ONG's, entre otras.
- 5.7 Captación intramural:** intervenciones o acciones para la detección de casos de tuberculosis en los establecimientos de salud de cualquier nivel de complejidad y que, de manera convencional, identifica y examina a los SR entre las personas y acompañantes que acuden a los servicios de salud, por cualquier razón (ya sean síntomas respiratorios o por otras causas).

- 5.8 Caso de tuberculosis antes tratado:** persona que ha recibido 1(un) mes o más de los fármacos antituberculosis en el pasado.
- 5.9 Caso de tuberculosis:** es toda persona a la que se le diagnostica tuberculosis, con o sin confirmación bacteriológica, a quien se decide administrar tratamiento antituberculosis.
- 5.10 Caso de tuberculosis bacteriológicamente confirmado:** es la persona cuyo diagnóstico de tuberculosis (pulmonar y extra pulmonar), ha sido comprobado por bacteriología (baciloscopía, cultivo o prueba rápida molecular).
- 5.11 Caso de tuberculosis clínicamente diagnosticado:** caso sin confirmación bacteriológica, pero que ha sido diagnosticado por un médico mediante otros criterios: clínico, radiología, epidemiológico; a los cuales se ha decidido instaurar un tratamiento antituberculosis. Incluye los casos de radiografía, anatomía patológica, tuberculosis extra pulmonar sin confirmación bacteriológica. Aquellos casos en que antes o posterior al inicio de tratamiento, se realice la confirmación bacteriológica, deben ser reclasificados como confirmado por bacteriología.
- 5.12 Caso de tuberculosis extra-pulmonar:** persona a quien se le diagnostica tuberculosis en órganos diferentes a los pulmones. El diagnóstico se basa en algunos de estos medios diagnósticos: cultivo, prueba molecular positiva, evidencia histopatológica y/o evidencia clínica de enfermedad extra-pulmonar activa. Las formas más frecuentes son: pleural, ganglionar y renal.
- 5.13 Caso de tuberculosis pulmonar:** persona a quien se le diagnostica tuberculosis con compromiso del parénquima pulmonar con o sin confirmación bacteriológica (baciloscopía, cultivo o prueba molecular).
- 5.14 Caso de tuberculosis monorresistente:** es la TB producida por una cepa resistente a una sola droga antituberculosis.
- 5.15 Caso de tuberculosis polirresistente:** es la TB producida por una cepa resistente a dos o más drogas antituberculosis, que no exista la combinación isoniácida y rifampicina.
- 5.16 Caso de tuberculosis multidrogorresistente (MDR):** es la tuberculosis producida por bacilos resistentes a la combinación isoniácida y la rifampicina.

- 5.17 Caso de tuberculosis extremadamente resistente (TB XDR):** es la TB producida por bacilos que además de ser resistentes a la isoniacida y rifampicina son resistente a una fluoroquinolona y por lo menos a un inyectable de segunda línea (kanamicina, amikacina o capreomicina).
- 5.18 Caso de tuberculosis con resistencia a la rifampicina (TB RR):** es la TB detectada utilizando métodos fenotípicos y genotípicos, con o sin resistencia a otros medicamentos contra la tuberculosis. Incluye cualquier resistencia a la rifampicina, ya sea monorresistencia, multidrogorresistencia, polirresistencia o extensamente resistente.
- 5.19 Caso descartado de tuberculosis:** es todo caso sospechoso de tuberculosis al que se le ha aplicado el flujograma de seguimiento diagnóstico de las guías y manuales del PNCT y que mediante la evaluación médica se concluye que no es tuberculosis.
- 5.20 Caso en el que se desconoce su historia de tratamiento previo:** son aquellos que fueron previamente tratados para TB y se desconoce el resultado de su último tratamiento.
- 5.21 Caso nuevo:** es la persona diagnosticada con TB independiente de la confirmación bacteriológica, que nunca ha recibido tratamiento antituberculosis o tomó medicamentos antituberculosis por menos de 30 días (1 mes). Incluye pacientes transferidos desde otro establecimiento de salud, en el que haya recibido tratamiento por menos de 30 días, para continuar tratamiento (Ver guías y manuales del PNCT).
- 5.22 Caso sospechoso de tuberculosis:** es la persona con signos y síntomas sugestivos de TB. Incluye a los sintomáticos respiratorios.
- 5.23 Co-gestión en salud:** se entiende como la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades, y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud. Comprende las acciones colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada.
- 5.24 Cohorte:** es la evaluación del estudio de cohortes de tratamiento es el método científico aceptado por OPS/OMS para evaluar el tratamiento antituberculosis, permitiendo encontrar indicadores de eficiencia técnica y eficacia. Esta evaluación se hará de acuerdo a condición de ingreso y

esquema de tratamiento recibido, en base a esto se establece distribución de las causas de egreso.

- 5.25 Contacto:** es la persona que tiene o ha tenido exposición con un caso índice diagnosticado de tuberculosis en los tres meses previos al diagnóstico.
- 5.26 Contactos frecuentes:** son las personas que no comparten el domicilio del caso índice, pero que frecuentaron el mismo espacio: vecinos, parejas, compañeros de estudio o trabajo, entre otros.
- 5.27 Contactos intradomiciliarios:** son las personas que comparten o compartieron el mismo domicilio con el caso índice con tuberculosis.
- 5.28 Continuidad de la atención:** es la aplicación en secuencia lógica de las atenciones que corresponden a cada una de las etapas del proceso de atención bajo la responsabilidad de un equipo de salud.
- 5.29 Contra referencia:** es el procedimiento por el cual un paciente que inicialmente fue enviado de otra unidad dentro de la red, una vez resuelto el problema de diagnóstico y/o tratamiento es regresado a la unidad operativa que lo refirió con el fin de que se lleve a cabo el control o seguimiento y continuar con la atención integral.
- 5.30 Curado para tuberculosis drogorresistente (TB DR):** es el paciente que al finalizar el tratamiento (18 - 24 meses) sin signos de fracaso presenten por lo menos 3 cultivos consecutivos negativos de muestras obtenidas con al menos 30 días de separación, después de la fase intensiva.
- 5.31 Curado para tuberculosis sensible:** es el paciente con tuberculosis pulmonar que inició tratamiento con bacteriología positiva y que sale con bacteriología negativa en el último control de tratamiento y en al menos un control anterior, siempre y cuando no haya ningún control positivo a partir del cuarto mes.
- 5.32 Derivación:** es el procedimiento mediante el cual los pacientes que entran directamente a centros de mayor nivel de complejidad, luego de ser diagnosticados y tratados en el evento que motivó su intervención, deben ser remitidos al establecimiento de salud del nivel correspondiente, más cercano a su domicilio, para la continuidad del tratamiento y seguimiento de su estado de salud.

- 5.33 Detección:** es el conjunto de acciones que permiten identificar casos de tuberculosis para tratamiento, por lo que incluye las acciones de captación y diagnóstico hasta el ingreso al tratamiento de los casos.
- 5.34 Determinantes sociales:** son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, que inciden en la salud. Comprenden los comportamientos y estilos de vida saludable, los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud.
- 5.35 DOT con calidad:** se refiere a la estrategia Directly Observed Therapy, conocida por sus siglas en inglés como DOT, en español al Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES). Consiste en el tratamiento estrictamente supervisado de la TB a través del compromiso político con financiación adecuada y sostenida; la detección temprana de casos mediante pruebas bacteriológicas de calidad garantizada; el tratamiento estandarizado, con supervisión y apoyo al paciente; un sistema eficaz de suministro y gestión de medicamentos y el monitoreo y la evaluación del desempeño e impacto de las acciones de control.
- 5.36 Fallecido para TB DR:** fallecido por cualquier causa durante el tratamiento para TB MDR.
- 5.37 Fallecido para TB sensible:** paciente que muere por cualquier razón durante el tratamiento de tuberculosis.
- 5.38 Fracaso para TB DR:** pacientes cuyo tratamiento es suspendido o se necesita de cambio permanente del régimen de 2 (dos) o más fármacos debido a: falta de conversión en la fase de continuación o reversión bacteriológica en la fase de continuación después de conversión a la negatividad o evidencia de resistencia adquirida adicional o reacciones adversas a fármacos.
- 5.39 Fracaso para TB sensible:** paciente que sigue presentando o vuelve a presentar una baciloscopia positiva al cabo de cuatro meses o más de tratamiento. Incluye a los pacientes en los que se demuestra TB MDR y RR a partir del primer mes de iniciado el tratamiento antituberculosis.
- 5.40 Interconsultas:** procedimiento que permite la participación de otro

profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al paciente, a solicitud del médico tratante para que otro médico revise el expediente clínico de un paciente, lo examina y estudia y realiza recomendaciones sobre asistencia y tratamiento. El médico al que se realiza la interconsulta suele ser un especialista con experiencia en un determinado campo de la medicina.

- 5.41 Intersectorialidad:** según la Ley General de Salud 42 – 01 se entiende como intersectorialidad la promoción del desarrollo coordinado del sector salud con los otros sectores y los recursos del país, de forma tal que se promueva la participación de todos los sectores y subsectores desde su ámbito de intervención en la resolución de los problemas de salud.
- 5.42 Manejo programático:** se refiere a la gestión del programa que comprende todas las decisiones y operaciones expresadas en el desarrollo organizado, planificado de un conjunto de acciones implementadas con el objetivo bien definido de prevenir y controlar la morbi-mortalidad por TB a niveles que no constituyan un problema de salud.
- 5.43 Monitoreo:** seguimiento rutinario de las actividades del programa, a través de una medición regular y continua, con la finalidad de verificar si las actividades planificadas se están realizando. Los resultados muestran si las actividades se están implementando de acuerdo a los planes y describen el grado de utilización de los servicios del programa.
- 5.44 Perdido durante el seguimiento para TB DR:** pacientes que por inasistencias no reciben su tratamiento por más de dos meses consecutivos.
- 5.45 Perdido durante el seguimiento para TB sensible:** paciente con diagnóstico de tuberculosis que no inició tratamiento o con interrupción del tratamiento antituberculosis por 30 días o más.
- 5.46 Prevención en salud:** conjunto de medidas y acciones que tienen como propósito evitar la ocurrencia de enfermedad.
- 5.47 Programas de salud colectiva:** servicios de salud que organiza la rectoría del Sistema Nacional de Salud, para enfrentar los problemas de salud colectiva de mayor relevancia y prevalencia que afectan desfavorablemente la situación sanitaria, el desarrollo social y económico de la Nación y que han sido identificados en el Plan Nacional de Salud o en situaciones de excepción o emergencia de naturaleza política, social, ecológica o meteorológica.

- 5.48 Recaída:** paciente que habiendo sido declarado curado o con tratamiento terminado después de un tratamiento antituberculosis completo, es nuevamente diagnosticado con episodio recurrente de TB. Incluye las personas con bacteriología positiva o negativa.
- 5.49 Rectoría:** se entiende como la capacidad política del Ministerio de Salud Pública para regular la producción social de la salud, dirigir y conducir políticas y acciones sanitarias; concertar intereses, movilizar recursos de toda índole; vigilar la salud; coordinar acciones de diversas instituciones públicas y privadas y de otros actores sociales comprometidos con la producción de la salud para el cumplimiento de las políticas nacionales de salud.
- 5.50 Recuperado después de perdido durante el seguimiento:** paciente que habiendo interrumpido el tratamiento antituberculosis durante uno o más meses, reingresa al PCT.
- 5.51 Redes Programáticas de Salud Colectiva:** concebidas como la expresión funcional de las acciones de salud Colectiva, no de carácter estructural, conformada por la articulación de las redes de servicios y organizaciones de base comunitaria, social y estatal, que permiten la definición de las prioridades en salud a nivel local y tiene como propósito identificar aquellas áreas en las que se focalizarán los esfuerzos y recursos por parte de los actores involucrados, para lograr un mayor impacto en la situación de salud.
- 5.52 Referencia de casos:** este procedimiento consiste en el envío de pacientes desde la comunidad hacia el centro de primer nivel de atención más cercano para diagnóstico y/o tratamiento. La Referencia es el procedimiento administrativo y asistencial por el cual se deriva a usuarios y elementos de diagnóstico (muestras biológicas, exámenes auxiliares, etc.) de un establecimiento de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad, para asegurar la continuidad de la prestación del servicio.
- 5.53 Sintomático Respiratorio (SR):** toda persona con tos y expectoración (catarro) por más de 15 días. Es el sospechoso de TB de mayor relevancia epidemiológica, por lo que los esfuerzos colectivos de detección se dirigen prioritariamente a este grupo para diagnosticar precozmente los casos con bacteriología positiva, tratarlos oportunamente y cortar la cadena de transmisión de la tuberculosis.

- 5.54 Sintomático Respiratorio Esperado (SRE):** es el número de sintomáticos respiratorios que se espera encontrar en un período determinado, según las guías y manuales del PNCT.
- 5.55 Sintomático Respiratorio Identificado (SRI):** es el SR identificado y anotado en el Libro de Registro de SR.
- 5.56 Sintomático Respiratorio Examinado (SREx):** es el SRI en el que se dispone del resultado de dos pruebas bacteriológicas realizadas (2 baciloscopías, 1 cultivo y/o 1 prueba molecular).
- 5.57 Sistema Nacional de Salud:** conjunto interrelacionado de elementos, mecanismos de integración, formas de financiamiento, provisión de servicios, recursos humanos y modelos de administración de las instituciones públicas y privadas, gubernamentales y no gubernamentales, legalmente constituidas y reglamentadas por el estado, así como por los movimientos de la comunidad y las personas físicas o morales que realicen acciones de salud y cuya función principal sea atender, mediante servicios de carácter nacional o local, la salud de la población.
- 5.58 Tratamiento después de fracaso para la TB sensible:** son aquellos casos que luego de “fracasar” son evaluados por la UTN y se decide reiniciar un tratamiento con drogas de primera línea (DPL) a espera de la prueba de sensibilidad (PS) o que sus resultados permiten hacer el manejo con DPL.
- 5.59 Tratamiento terminado para TB sensible:** paciente que completo el tratamiento indicado y no se cuenta con el resultado de la última bacteriología.
- 5.60 Tratamiento terminado para TB DR:** pacientes que completaron el esquema asignado, pero que no tienen 3 (tres) o más cultivos consecutivos negativos obtenidos con al menos 30 días de separación, después de la fase intensiva.
- 5.61 Tuberculosis Infantil:** todo paciente menor de 15 años, al que se diagnostica Tuberculosis y a quien se decide indicar y administrar un tratamiento anti tuberculosis.
- 5.62 Triage al sintomático respiratorio:** este término se emplea para la captación de pacientes con síntomas respiratorios de 15 o más días de evolución en distintas situaciones y ámbitos del centro de salud y su direccionalización expedita al PCT para su estudio.

- 5.63 Vigilancia Epidemiológica:** proceso que permite reunir la información indispensable para conocer a cada momento la ocurrencia y distribución de los problemas de salud de la población y detectar o prevenir cambios que puedan ocurrir por la alteración de los factores condicionantes.

6. DE LA ATENCION INTEGRAL A LA TUBERCULOSIS

- 6.1 La atención integral de la tuberculosis debe ser abordada por todos los actores del Sistema Nacional de Salud con un enfoque de derecho, desde sus diferentes vertientes y en todas las fases de su desarrollo, garantizándose así la educación y promoción de la salud, prevención y curación de esta enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.
- 6.2 La prevención y el control de la tuberculosis está fundamentada en los principios y valores del Sistema Nacional de Salud establecidos en la Ley General de Salud 42-01, a saber:
- a) **Universalidad:** El Estado reconoce a todos los residentes en el territorio nacional, el derecho de que todas las personas dispongan de servicios de salud, y a la promoción de la salud, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de su salud con relación a la tuberculosis.¹²
 - b) **Solidaridad:** El Estado canalizará una parte de los recursos obtenidos de la población de más altos ingresos en función de su capacidad de pago, por medio de la cotización obligatoria u otros mecanismos establecidos por los instrumentos jurídicos pertinentes, hacia aquella parte de la población cuyos ingresos sean insuficientes.
 - c) **Equidad:** El Estado debe garantizar un nivel mínimo de prestaciones en favor de todos los residentes en el territorio nacional, que permita su atención integral mediante una adecuada distribución de las cargas financieras necesarias para su financiación, contando además con una correcta inversión del gasto social hacia la población más pobre y vulnerable, independientemente del poder adquisitivo o diferencias sociales, generacionales, laborales, de raza o de género.
 - d) **Eficiencia:** Es el equilibrio entre la disponibilidad de recursos y las necesidades de salud, buscando satisfacer las necesidades del mayor número posible de personas. Esto implica priorizar las intervenciones en salud más costo-efectivas para resolver problemas de salud de la población.

e) Eficacia: El sistema de salud articula a varias instituciones y garantiza una correcta interacción entre los recursos humanos, de infraestructura física, de tecnología y de gestión, que asegure la máxima eficacia de su utilización mediante un modelo de atención integral con énfasis en la prevención y desarrollando una conveniente y gradual separación de funciones, desconcentración y descentralización de las entidades que integran el sistema; en un ambiente de cooperación, competencia, información adecuada y supervisión.

f) Integralidad: Consiste en abordar los problemas de salud desde sus diferentes vertientes y en todas las fases de su desarrollo, garantizando al mismo tiempo educación y promoción de la salud, prevención y curación de enfermedades y rehabilitación de sus secuelas; todo ello a partir de una política de salud que se fundamente en una perspectiva intersectorial.

g) Cooperación: Las organizaciones habilitadas por disposiciones legales para prestar la atención a la salud, deberán coordinar entre sí y extra-sectorialmente una óptima utilización de su capacidad institucional, pública o privada, frente a las necesidades del sistema y de la población.

7. DE LAS ACCIONES DE SALUD COLECTIVA CON RESPECTO A LA TUBERCULOSIS

El Ministerio de Salud Pública a través del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis es el responsable de conducir estratégicamente la respuesta nacional a la tuberculosis, en el ejercicio de las funciones de rectoría y salud colectiva, en el contexto del proceso de reforma del Sistema Nacional de Salud para la reducción de la transmisión de la tuberculosis en la República Dominicana, a través del cumplimiento de las siguientes medidas:

7.1 Medidas de intervención colectivas.

7.1.1 Deberán aplicarse medidas de control colectivas en la comunidad donde se hayan detectado casos de tuberculosis en todas sus formas, especialmente en los lugares con poblaciones cautivas como centros penitenciarios, hogares y asilos de ancianos, lugares de manejo de drogodependencias, espacios laborales y escolares, hogares con personas drogodependientes, hospitales psiquiátricos y grupos de poblaciones vulnerables, personas viviendo con VIH/SIDA, sectores y municipios con conglomerados de casos, entre otros. Estas medidas incluyen las siguientes intervenciones:

- a) Verificación de la captación completa y oportuna de todos los contactos intradomiciliarios y frecuentes.
 - b) Verificación del examen de todos los contactos y el seguimiento de evaluaciones semestrales durante dos (2) años siguientes, de acuerdo a los procedimientos establecidos por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.
 - c) Ingreso al tratamiento a los casos secundarios que se identifiquen, según las guías y protocolos del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.
 - d) Aplicación de medidas específicas de protección respiratoria, si fuere necesario, según las guías y protocolos del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.
- 7.1.2 Aplicación de vacuna BCG (Bacilo de Calmette – Guerin): Deberá ser aplicada a todo niño recién nacido, y a todo niño que no haya sido vacunado antes del primer año de edad, según los lineamientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en el país.
- 7.2 Prevención primaria de la tuberculosis sensible, drogorresistente y coinfección TB/VIH en grupos de riesgo.**
- 7.2.1 Las medidas de prevención primaria de la tuberculosis se aplicarán a las poblaciones en riesgo a ser identificadas:
- 7.2.1.1 Todos los contactos de casos de tuberculosis sensible y drogorresistente deberán ser identificados, captados y estudiados por el personal médico para descartar la enfermedad, aplicando la normativa para la detección y diagnóstico de la tuberculosis sensible y drogorresistente del PNCT.
 - 7.2.1.2 Los contactos menores de 15 años de casos de tuberculosis sensible y drogorresistente deberán ser evaluados por médicos pediatras, aplicando la normativa del PNCT para la detección y diagnóstico de la tuberculosis sensible y drogorresistente.
 - 7.2.1.3 A todos los contactos de casos de tuberculosis sensible y drogorresistente se les deberá garantizar el seguimiento para evaluación durante los dos años siguientes. Los contactos de casos de tuberculosis sensible serán evaluados cada seis meses durante los dos años, mientras que los contactos de casos de tuberculosis drogorresistente deberán ser evaluados cada dos

meses durante el primer año y cada tres meses en el segundo año.

- 7.2.1.4 Los contactos menores de 5 años, de casos de tuberculosis sensible, sin evidencias de enfermedad, deberán recibir la Terapia preventiva con Isoniacida (TPI) por seis (6) meses, acorde a lo establecido en las guías y manuales elaborados por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.
- 7.2.1.5 Los procedimientos para la identificación, captación, evaluación y seguimiento a los contactos de casos de tuberculosis sensible y drogorresistente, deberán realizarse acorde a lo establecido en las guías y manuales elaborados por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.
- 7.2.1.6 Para reducir el riesgo de transmisión de la tuberculosis en el personal de salud se realizarán las medidas de prevención y control de infecciones, establecidas en el Reglamento para la Prevención y Control de Infecciones en los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública y los procedimientos para la aplicación de las medidas específicas para la prevención de infecciones respiratorias en los Establecimientos de Salud, se describirán en las guías establecidas por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.
- 7.2.1.7 La aplicación de las medidas de prevención y control de infecciones respiratorias será responsabilidad de la dirección del establecimiento de salud.
- 7.2.1.8 Las acciones de prevención y control de infecciones respiratorias deberán ser incorporadas en la planificación operativa de los establecimientos de salud.
- 7.2.1.9 Todo el personal de salud deberá ser evaluado anualmente para descartar la tuberculosis sensible y drogorresistente, como grupo de riesgo, aplicando la normativa para la detección y el diagnóstico de la tuberculosis. Esta acción es responsabilidad de los (as) encargados (as) del PCT de las DPS/DMS en coordinación con el establecimiento de salud y por lo tanto, deberá estar incluida en los POA de las DPS/DMS.
- 7.2.1.10 Todo personal de salud, desde antes de su primer contacto con los establecimientos de salud, deberá ser evaluado para descartar infección por tuberculosis y recibir la terapia preventiva con isoniacida (TPI) en el

caso de presentar conversión reciente de la prueba inmunológica que se realice. Esta acción es responsabilidad de los (as) encargados (as) del PCT de las DPS/DMS en coordinación con el establecimiento de salud. Esta acción deberá estar incluida en el POA de la DPS/DMS correspondiente.

- 7.2.1.11 Los procedimientos para la evaluación y administración de la TPI a personal de salud de recién conversión serán establecidos en las guías establecidas por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.
- 7.2.1.12 Dada la alta vulnerabilidad de las personas con compromiso del sistema inmunológico, el personal de salud con condiciones conocidas de inmuno- supresión no deberá asignarse a las áreas de riesgo de transmisión de tuberculosis, o áreas de atención directa a pacientes con tuberculosis sensible y drogorresistente, a saber: consulta de tuberculosis, hospitalización de tuberculosis, laboratorio de tuberculosis, unidad de manejo de tuberculosis drogorresistente y otras, será responsabilidad de la encargada del PCT y la dirección del establecimiento el cumplimiento de esta indicación.
- 7.2.2 Se tomarán medidas especiales para la prevención primaria en personas que viven con el virus del VIH-SIDA e inmunocomprometidos:
 - 7.2.2.1 Las actividades interprogramáticas TB/VIH serán coordinadas a través del Comité Nacional de Coinfección (CONACO), creado por la Resolución Ministerial 0000016 el 26 de Octubre del 2007.
 - 7.2.2.2 A toda persona viviendo con el virus del VIH-SIDA, sin evidencia de tuberculosis, se le administrará la Terapia Preventiva con Isoniacida (TPI) durante 6 meses, de acuerdo a la Guía Nacional para la Atención de la Coinfección TB/VIH. Esta acción deberá estar incluida dentro de las actividades colaborativas interprogramáticas.
 - 7.2.2.3 Se deberán aplicar medidas preventivas para evitar la exposición de las personas viviendo con el virus del VIH-SIDA a la tuberculosis, como controlar su circulación en ambientes de riesgo en los centros de salud. Esta acción deberá estar incluida dentro de las actividades colaborativas interprogramáticas.
 - 7.2.3.4. En condiciones especiales, como pacientes en uso de inmunosupresores y otras situaciones, la TPI solo podrá ser indicada por médicos especialistas.

7.3 Detección, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis sensible, drogorresistente, coinfección TB/VIH, tuberculosis infantil y situaciones especiales.

7.3.1 Las acciones correspondientes a este apartado deberán cumplirse en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud con arreglo al componente DOTS/TAES de la estrategia Alto a la TB recomendada por la OMS y fortaleciendo las alianzas público-público y público- privadas fomentadas por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en el marco de la respuesta nacional.

7.3.2 Tuberculosis sensible.

7.3.2.1 Detección de casos: captación y diagnóstico

a) Todos los establecimientos de salud deberán realizar actividades de captación de la tuberculosis, independientemente de su nivel de complejidad, garantizando la aplicación de estrategias intramurales, con el propósito de identificar a los sintomáticos respiratorios e indicar a todo caso sospechoso las pruebas para confirmar o descartar la enfermedad TB, acorde a lo establecido por la Guía de Procedimientos para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento de casos de tuberculosis del PNCT.

7.3.2.2 Clasificación de casos sospechosos para captación:

a) La clasificación de los casos sospechosos de TB establecida por el PNCT es la siguiente:

- 1) Caso sospechoso TB
- 2) Sintomático Respiratorio (SR)
 - i. Sintomático Respiratorio Esperado (SRE)
 - ii. Sintomático Respiratorio Identificado (SRI)
 - iii. Sintomático Respiratorio Examinado (SREx)

La definición se describe en el capítulo 5 de este reglamento.

b) El diagnóstico de la tuberculosis debe comprender el diagnóstico clínico, bacteriológico (tradicionales y moleculares), histopatológico y/o radiológico, a ser aplicadas según se establece en el flujograma de seguimiento diagnóstico de la tuberculosis en las guías y manuales del PNCT.

c) El diagnóstico de la tuberculosis se debe realizar tanto en el primer nivel

de atención como en el especializado, en los cuales se debe garantizar el acceso a los medios diagnósticos para la aplicación del algoritmo de seguimiento diagnóstico del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis y la evaluación por parte de un médico. Ante la identificación de los signos de alarma, definidos en las guías y manuales del PNCT, se deberá garantizar la atención especializada al paciente o la evaluación por un médico especialista, atendiendo a los lineamientos establecidos sobre referencia y contra referencia en los casos que corresponda.

7.3.2.3 Decisión diagnóstica y de ingreso al tratamiento.

a) Todo caso de tuberculosis diagnosticado deberá ser clasificado de acuerdo a los siguientes criterios. La modalidad y esquema de tratamiento será administrado de acuerdo a los lineamientos del PNCT.

7.3.2.4 Clasificación de casos en el diagnóstico.

- a) Clasificación de acuerdo a la localización:
- i. Caso de tuberculosis pulmonar
 - ii. Caso de tuberculosis extra-pulmonar
- b) Clasificación de acuerdo a la bacteriología:
- i. Caso de tuberculosis bacteriológicamente confirmado
 - ii. Caso de tuberculosis clínicamente diagnosticado
- c) Clasificación basada en la historia previa de tratamiento antituberculosis:
- i. Caso nuevo
 - ii. Caso antes tratado. A su vez, estos se clasificarán en las siguientes categorías:
 - Recaída
 - Recuperado después de perdido durante el seguimiento
 - Tratado después de un fracaso
 - iii. Caso con historia de tratamiento previo desconocida.
- d) Clasificación de acuerdo a la condición de VIH:
- i. VIH positivo
 - ii. VIH negativo
 - iii. Estado de VIH desconocido

7.3.2.5 Tratamiento de la TB sensible.

a) El tratamiento de la tuberculosis se realizará principalmente en el primer nivel de atención por su cercanía a la población; también puede realizarse en el nivel especializado según las necesidades del usuario. En todos los casos debe ser estrictamente supervisado por el personal de salud del establecimiento correspondiente.

b) El primer nivel de atención deberá gestionar la atención a los pacientes de manera coordinada con el nivel especializado. Se deberá garantizar la atención especializada al usuario con signos de alarma y reacciones adversas a los fármacos antituberculosis, así como el manejo multidisciplinario especializado cuando se requiera, de acuerdo a las guías de atención y manuales del PNCT

c) Todo caso al ingresar al tratamiento deberá ser evaluado para determinar su perfil de adherencia al tratamiento, acorde a los criterios establecidos por el PNCT (Guía general y paquete de cambio de prácticas basadas en evidencia para la gestión del programa de tuberculosis. 2012).

d) Todo caso en tratamiento, con factores de riesgo de baja adherencia identificados, deberá ser objeto de intervenciones específicas que promuevan su adherencia, de acuerdo a las guías y manuales vigentes, las cuales serán acciones producto de la coordinación intersectorial y la participación de la sociedad civil organizada, a ser desarrolladas como parte de los planes de las redes programáticas en tuberculosis.

e) Todo paciente que ingrese al tratamiento deberá recibir consejería desde el inicio y durante todas las fases del mismo, para proveer información, educación y comunicación adecuada, que promueva la comprensión y aplicación de los derechos y deberes de los afectados, así como los del personal de salud. Los procedimientos, contenidos, responsables y metodología para su realización serán descritos en los manuales del PNCT.

f) Todo paciente deberá firmar un consentimiento informado, aceptando recibir tratamiento antes de iniciar el mismo.

g) Tanto la decisión de iniciar el tratamiento de la tuberculosis, como la prescripción del esquema, de tratamiento será realizada por un personal médico y se realizará de acuerdo a las guías de actuación y protocolos del PNCT.

h) La decisión e ingreso al tratamiento deberá ser acorde al flujograma de seguimiento diagnóstico establecido.

7.3.2.6 Administración supervisada.

a) El tratamiento de la tuberculosis sensible se administrará estrictamente supervisado en boca por el personal de salud debidamente capacitado y designado para esta labor, en las redes de servicios de salud avaladas por el PNCT para ofertar el tratamiento, a través de acuerdos o convenios de gestión.

b) La modalidad de dispensación del medicamento en boca, supervisado, ya sea en el centro de salud o en otro lugar cercano al paciente, deberá ser seleccionada en función de las necesidades del usuario y la oferta disponible en las redes de servicios en coordinación con la autoridad sanitaria local.

7.3.2.7 Seguimiento y evaluación durante el tratamiento.

a) Durante el tratamiento, todos los pacientes deberán recibir evaluaciones periódicas que se realizarán por personal médico capacitado en los distintos niveles de complejidad, según la evolución del paciente de acuerdo a las guías y manuales del PNCT.

b) Todo establecimiento de salud con pacientes en tratamiento deberá garantizar el acceso a pruebas complementarias, consejería adecuada, apoyo social, canalización de servicios especializados y hospitalización.

c) Todo establecimiento de salud con pacientes en tratamiento deberá gestionar la notificación y la referencia, derivación o contra referencia, según sea necesario e indicado por el médico tratante o que evalúa la evolución, de acuerdo a las guías y manuales del PNCT y otras guías, protocolos y manuales de procedimientos del MSP.

7.3.2.8 Evaluación de resultados del tratamiento.

a) Todos los establecimientos que ofertan el tratamiento a la tuberculosis deberán evaluar el resultado del tratamiento de todos los casos que ingresaron a tratamiento en cohortes, siguiendo los lineamientos dados en las guías y manuales del PNCT.

b) Las condiciones de egreso de los casos tratados con TB sensible son:

- i. Curados
- ii. Tratamiento terminado
- iii. Fracazos
- iv. Fallecidos
- v. Perdidos durante el seguimiento

c) Todos los proveedores de servicios que ofertan el tratamiento a la tuberculosis deberán asegurar cohortes de tratamiento con resultados de curación mayor al 85%, una evaluación de 90% ó más de éxito del tratamiento y el resultado de casos perdidos durante el seguimiento menor al 3% de los casos tratados.

7.3.3 Tuberculosis drogorresistente.

7.3.3.1 Detección: diagnóstico de la tuberculosis drogorresistente.

a) La identificación de los casos sospechosos de drogo resistencia se hará en los siguientes momentos:

- i. Durante el tratamiento de la tuberculosis sensible.
- ii. Durante el tratamiento de casos de tuberculosis drogorresistente, a través del estudio de contactos.
- iii. Durante actividades de detección de tuberculosis en poblaciones en alto riesgo para tuberculosis drogorresistente.

b) Los casos sospechosos de tuberculosis, se considerarán sospechosos de drogorresistencia cuando pertenezcan a uno o más de los siguientes grupos:

- i. Todo caso antes tratado con fármacos antituberculosis.
- ii. Contacto de un caso con TB MDR
- iii. Casos de TBP BK(+) al o después del segundo mes de tratamiento con DPL
- vii. Pacientes coinfectados TB/VIH.
- viii. Personas privadas de la libertad (PPL) y personal que labora en prisiones (centros penitenciarios) sintomático respiratorio.
- ix. Personal de salud sintomático respiratorio.

c) El diagnóstico definitivo de TB DR pulmonar y extra pulmonar se 21 establecerá por cultivo de las secreciones y/o tejidos afectados para realizar pruebas de sensibilidad tradicional o molecular, de acuerdo

a la tecnología disponible en el país. El algoritmo de diagnóstico a ser aplicado está definido en el Manual para el Manejo Clínico Programático de la Tuberculosis Drogorresistente.

d) La detección del caso sospechoso deberá realizarse en todos los establecimientos de salud, sin embargo, el diagnóstico definitivo de la tuberculosis drogorresistente se realizará en el nivel especializado. Todos los establecimientos de salud que participan en la detección de la tuberculosis deben garantizar la detección temprana de la tuberculosis drogorresistente, el acceso a los medios diagnósticos correspondientes y la canalización de la atención especializada para la aplicación de las guías y protocolos de atención del PNCT.

e) Todos los casos sospechosos de tuberculosis drogorresistente deberán ser notificados a la Unidad Técnica Regional (UTR) de atención a la tuberculosis drogorresistente para su evaluación. Se debe hacer énfasis en los siguientes casos:

- i. Fracasos a cualquier esquema de tratamiento.
- ii. Contactos de tuberculosis drogorresistente.

f) Los procedimientos para realizar esta notificación se establecen en el Manual para el manejo clínico programático de la tuberculosis drogorresistente.

g) La clasificación de casos de tuberculosis drogorresistente se define en el capítulo 5 del presente reglamento y se vincula a las modalidades de tratamiento que se establecen en el Manual para el manejo clínico programático de la tuberculosis drogorresistente y son:

- i. Caso de TB monorresistente
- ii. Caso de TB polirresistente
- iii. Caso de TB MDR
- iv. Caso de TB XDR
- v. Caso de TB RR

7.3.3.2 Tratamiento de la tuberculosis drogorresistente.

Decisión e ingreso al tratamiento.

- i. La decisión del ingreso y esquema de tratamiento para la tuberculosis drogorresistente será realizado por la Unidad Técnica Regional y/o la Unidad Técnica Nacional.

ii. Para el tratamiento de pacientes TB MDR, se utilizarán esquemas con drogas de segunda línea. Los esquemas, indicaciones, combinación y dosis de medicamentos, así como la duración del tratamiento se realizarán acorde a lo establecido en el “Manual para el Manejo Clínico-Programático de la Tuberculosis Drogorresistente (TB DR)”.

iii. Los pacientes con TB DR pueden iniciar su tratamiento hospitalizados o ambulatoriamente en las unidades de atención ambulatoria y de hospitalización de la red pública de servicios de salud, de acuerdo a los criterios establecidos en las guías y manuales del PNCT.

a) Administración supervisada.

i. El tratamiento de la tuberculosis drogorresistente se administrará estrictamente supervisado en boca, por personal de salud debidamente capacitado y designado para esta labor, como lo establece el “Manual para el Manejo Clínico-Programático de la Tuberculosis Drogorresistente (TB DR)” en los servicios de atención ambulatoria o de hospitalización según la modalidad de tratamiento indicada.

ii. La modalidad de dispensación del medicamento en boca, supervisado, ambulatorio, ya sea en el centro de salud o en otro lugar cercano al paciente, deberá ser seleccionada en función de las necesidades del usuario y la oferta disponible en las redes de servicios en coordinación con la autoridad sanitaria local.

b) Seguimiento y evaluación durante el tratamiento.

i. El cambio de fase y la finalización del tratamiento deben ser autorizados por la UTR o UTN.

ii. Durante el tratamiento, todos los pacientes deberán recibir evaluaciones periódicas que se realizarán por personal médico en los distintos niveles de complejidad según la evolución del paciente, de acuerdo a las guías de actuación y protocolos del PNCT.

iii. Todo establecimiento de salud con pacientes en tratamiento de tuberculosis drogorresistente deberá garantizar el acceso a pruebas complementarias, consejería adecuada, apoyo social, canalización de servicios altamente especializados y hospitalización, por lo tanto, gestionar la notificación a los organismos correspondientes y la referencia, derivación o contra referencia, según sea necesario e indicado por el médico tratante o que evalúa la evolución, de acuerdo al “Manual para el Manejo Clínico-Programático de la Tuberculosis Drogorresistente (TB DR)”.

d) Evaluación de los resultados del tratamiento para TB DR.

i. Las Unidades Técnicas de TB DR deben evaluar el resultado del tratamiento de todos los casos que ingresaron a tratamiento, en cohortes, conjuntamente con cada establecimiento de salud que oferta el tratamiento en sus distintas modalidades

ii. Las condiciones de egreso del tratamiento de los casos con TB DR son:

- Curados
- Tratamiento terminado
- Fracasos
- Fallecidos
- Perdidos durante el seguimiento

iii. Todos los proveedores de servicios que ofertan el tratamiento a la tuberculosis drogorresistente deberán asegurar cohortes de tratamiento con resultados de curación mayor al 70%, una evaluación de 80% o más de éxito del tratamiento y resultado de perdidos durante el seguimiento menor al 10% de los casos tratados.

7.3.4 Coinfección TB/VIH.

7.3.4.1 Detección de la coinfección TB/VIH.

La detección de la coinfección TB/VIH se realizará tanto a partir de las personas afectadas por el VIH, como en las personas afectadas por la TB.

a) Detección de la tuberculosis en las personas que viven con el VIH.

i. En toda persona viviendo con el virus VIH, con o sin signos y síntomas sugestivos de tuberculosis, se realizará tamizaje de tuberculosis sensible y drogorresistente siguiendo las guías de actuación, protocolos de atención y manuales de procedimientos del PNCT.

b) Detección de VIH en personas afectadas por tuberculosis.

i. Al inicio de tratamiento de todo paciente con tuberculosis, se debe ofertar y realizar la prueba de detección de la infección por VIH, respetando las disposiciones legales vigentes (Ley 135-11) y asegurando las pruebas, consejería y otras atenciones de acuerdo a los criterios e indicaciones descritas en la Guía Nacional para la Atención de la Coinfección TB/ VIH.

ii. A todo paciente con TB y prueba de VIH negativa, se le realizará consejería para la prevención de las Infecciones por Transmisión Sexual, incluyendo el VIH/SIDA, de acuerdo a la Guía Nacional para la Atención de la Coinfección TB/VIH.

7.3.4.2 Tratamiento de la TB-VIH.

a) Decisión e ingreso al tratamiento.

i. Cuando se detecte tuberculosis en las personas viviendo con VIH conocidas, se procurará el inicio inmediato del tratamiento de tuberculosis de acuerdo a la Guía Nacional para la Atención de la Coinfección TB/VIH en coordinación con los servicios que ofertan el tratamiento estrictamente supervisado en la misma red.

ii. Cuando se detecte VIH en personas afectadas por tuberculosis conocidas, se iniciará o continuará el tratamiento de tuberculosis y se procurará el inicio de la terapia con antirretrovirales de acuerdo a la Guía Nacional para la Atención de la Coinfección TB/VIH en coordinación con los servicios de atención integral al VIH de las redes de servicios de salud.

iii. Todo paciente detectado con coinfección TB/VIH deberá ser

evaluado por médicos especialistas en la atención integral del VIH y tuberculosis, para la decisión del tratamiento conjunto.

iv. Todo paciente con coinfección TB/VIH además deberá recibir la terapia preventiva con Cotrimoxazol de acuerdo a la Guía Nacional para la Atención de la Coinfección TB/VIH.

iv. Todo establecimiento de salud con pacientes con coinfección tuberculosis sensible o drogorresistente y VIH, deberá garantizar el acceso a evaluación por especialistas, realización de pruebas complementarias, consejería adecuada, apoyo social, canalización de servicios altamente especializados y hospitalización.

v. Todo establecimiento de salud con pacientes con coinfección tuberculosis sensible o drogorresistente y VIH deberá notificar a los organismos correspondientes y realizar la referencia, derivación o contra referencia, según sea necesario e indicado por el médico tratante o que evalúa la evolución, de acuerdo a la Guía Nacional para la Atención de la Coinfección TB/VIH y el reglamento del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

b) Administración supervisada.

i. El tratamiento a la coinfección TB/VIH se realizará de manera coordinada con la participación de los servicios de atención integral al VIH y a la TB, exclusivamente por personal capacitado y designado para esta labor, y de acuerdo a los lineamientos de administración supervisada del tratamiento para la tuberculosis sensible y drogorresistente según aplique, establecidos en este mismo reglamento y las guías de atención del PNCT.

c) Seguimiento y evaluación durante el tratamiento.

i. Durante el tratamiento, todos los pacientes deberán recibir evaluaciones periódicas por ambos servicios (tuberculosis y atención integral de VIH), hasta completar el tratamiento, y estas se realizarán por personal médico en los distintos niveles de complejidad según la evolución del paciente, de acuerdo a las guías de actuación y protocolos del PNCT y la Dirección

General de Control de Infecciones de Transmisión sexual y SIDA (DIGECITSS).

d) Evaluación de los resultados del tratamiento.

i. Todo caso de coinfección TB/VIH ingresado a tratamiento antituberculosis será incluido en una cohorte para valorar la condición de egreso, según las definiciones establecidas para casos sensibles y TB MDR según sea el caso.

ii. Los resultados serán evaluados a través del análisis de cohortes de tratamiento, establecido en los manuales de procedimientos del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.

7.3.5 Tuberculosis infantil.

a) La detección, el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis en niños, niñas y adolescentes debe realizarse con base en los criterios y estándares definidos en la “Guía Nacional para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis en niños, niñas y adolescentes”

b) Deberá garantizarse la atención pediátrica especializada.

c) La prescripción del tratamiento y el seguimiento deberá ser realizado por el médico pediatra u otro médico capacitado en TB infantil.

d) La administración del tratamiento supervisado deberá realizarse en el establecimiento de salud más cercano a su domicilio.

7.3.6 Manejo terapéutico en situaciones especiales.

7.3.6.1 Se deberá garantizar el manejo integral de las situaciones especiales de enfermedad, según las guías, manuales y protocolos del PNCT, entre las cuales se encuentran las siguientes:

a) Casos que presenten formas graves de TB (sistema nervioso central, osteoarticular, pericárdica, miliar o diseminadas).

b) TB y embarazo, mujer en período de lactancia, mujer en edad reproductiva.

7.3.6.2 Los proveedores de servicios deberán garantizar el acceso a servicios especializados o de mayor complejidad para la evaluación diagnóstica y de seguimiento, hasta obtener el resultado esperado del tratamiento.

a) Los resultados del tratamiento de la TB deberán ser evaluados en base a los criterios de egreso establecidos por el PNCT en las guías de atención.

7.3.7 Sobre la continuidad de la atención a la tuberculosis

7.3.7.1 Todos los establecimientos de salud que realizan acciones de captación deberán garantizar el ingreso al tratamiento de todos los casos detectados de tuberculosis, y la realización documentada y notificada de la referencia, derivación o contra referencia según aplique, independientemente de la titularidad pública, privada o mixta del proveedor de salud, como se establece en los manuales de procedimientos del PNCT.

7.3.7.2 Los proveedores de servicios de salud garantizarán el flujo de los pacientes a través de los distintos niveles de complejidad de la red y del servicio de atención a la tuberculosis a través de la gestión de la atención a los usuarios, y la documentación adecuada de dicho flujo.

7.3.7.3 Dado que los sistemas de información y de gestión clínica son claves para asegurar la continuidad de la atención, los proveedores de servicios de salud deberán disponer de las herramientas e instrumentos establecidos en la vigilancia epidemiológica y del sistema de información gerencial para la prevención y control de la tuberculosis, independientemente de su titularidad pública, privada o mixta.

7.4 Sobre el sistema de gestión de medicamentos e insumos para la atención.

7.4.1 Dado que el acceso a los medicamentos antituberculosis es el principal elemento para garantizar los resultados de prevención y control, el Ministerio de Salud Pública asume la adquisición y asignación a los proveedores de servicios de salud, dentro de las alianzas público- público y público-privadas.

7.4.2 En el caso de la red pública de servicios de salud, la gestión de suministros para la prevención y control de la tuberculosis se realizará a través del Sistema Único de Gestión de Medicamentos e Insumos (SUGEMI).

7.5 Trabajo intersectorial y el fomento de la participación social.

- 7.5.1 Se establece la Estrategia de Abogacía, Comunicación y Movilización Social (ACMS) del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis como la intervención dirigida a promover la intersectorialidad, y la participación social en la respuesta nacional a la tuberculosis.
- 7.5.2 Se constituye el “Comité Nacional Alto a la TB” y los “Comités Provinciales/ Municipales Alto a la TB” como expresión de la integralidad con un enfoque intersectorial a través de las redes programáticas.
- 7.5.3 La coordinación e integración intersectorial se realizará a través de espacios que permitan articular acciones conjuntas en el nivel nacional, intermedio y local con énfasis en el primer nivel de atención con los comités de salud, asegurando la potencialización de las acciones de los distintos sectores a través de los planes de acción integrados y las políticas públicas saludables.
- 7.5.4 Las acciones intersectoriales tendrán la representación de los diferentes sectores involucrados en el proceso y su composición esta descrita en los estatutos y reglamentos de los Comités Alto a la TB.
- 7.5.5. Las acciones intersectoriales deberán ser incluidas en la planificación operativa de la red programática en sus diferentes niveles.
- 7.5.6 Los resultados de la acción intersectorial localmente deberán expresarse en apoyo social, nutricional y económico para los afectados, mayor financiamiento a las intervenciones focalizadas realizadas en el nivel local que identifican el riesgo y la vulnerabilidad y canalizan el acceso a los servicios de salud y servicios sociales, provisión de oportunidades de identificación (cedulación) a los afectados y su acceso a las políticas y programas sociales y la existencia de políticas públicas que protejan los grupos vulnerables y poblaciones en riesgo.
- 7.5.7 La participación social se fomentará como la estrategia para que la población organizada influya en la planificación, gestión, provisión y evaluación de las acciones de salud colectiva para la prevención y control de la tuberculosis y disfruten de esta influencia, a través del empoderamiento de la población, que facilitará la identificación de los medios y recursos, y su empleo para proteger los más vulnerables y en riesgo.
- 7.5.8 La participación social se expresará en la intervención por parte de las

organizaciones de la sociedad civil y de base comunitaria en el diagnóstico de sus prioridades en salud y la planificación de las acciones para obtener sus resultados en salud y niveles aceptables de satisfacción, con un rol protagónico en la co-gestión en salud.

- 7.5.9 Se promoverá el fortalecimiento de la gestión de la participación social desde el nivel local a través de los procesos de planificación, ejecución y evaluación de estos planes en los Comités Alto a la TB.
- 7.5.10 Las acciones para promover la participación social tendrán como objetivo lograr el consenso sobre la priorización de los problemas de salud entre los actores sociales en las localidades de mayor riesgo y vulnerabilidad para tuberculosis y lograr la existencia y ejecución de planes de acción que respondan a las prioridades en salud identificando responsables para la co-gestión en salud
- 7.5.11 Los resultados de la participación social se expresan en la existencia de consenso sobre las prioridades en salud y planes de acción, elaborados en las localidades de mayor riesgo y vulnerabilidad.
- 7.5.12 Las modalidades de aplicación de la intersectorialidad y la participación social en la tuberculosis serán establecidas en los manuales de procedimientos a ser elaborados por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.

8. SOBRE LAS ACCIONES DE SALUD COLECTIVA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TB

8.1 Del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT).

- 8.1.1. El PNCT, es una dependencia del Vice Ministerio de Salud Colectiva, y tiene como objetivo principal reducir la morbilidad y mortalidad por tuberculosis en República Dominicana por lo que es responsable de conducir estratégicamente la respuesta nacional para la prevención y control de la tuberculosis. Para lo anterior deberá desarrollar las siguientes funciones:
 - a) Impulsar la conformación de las redes programáticas para la prevención y control de la tuberculosis a través del desarrollo de mecanismos e instrumentos para el funcionamiento operativo en todo el territorio nacional.

b) Gestionar el ejercicio de las funciones de rectoría y regulación en la salud colectiva para la prevención y control de la tuberculosis, en el contexto del proceso de reforma del Sistema Nacional de Salud, en la República Dominicana.

c) Definir las políticas, prioridades y líneas estratégicas nacionales de prevención y control en el marco de la legislación Sanitaria del país.

d) Elaborar y actualizar los reglamentos, normas, guías, protocolos, manuales de procedimientos y contenidos de capacitación del personal de salud, para el control de la TB en la República Dominicana.

e) Vigilar la situación, tendencia y comportamiento de la tuberculosis en el país, así como los factores de riesgos de la población y condiciones de vulnerabilidad.

f) Monitorear y evaluar el desempeño del personal de salud en la aplicación de las Normas, guías y protocolos vigentes.

g) Vigilar el cumplimiento de los documentos técnicos y metas de producción de los servicios de salud.

h) Valorar el acceso a los servicios de salud en el marco de las acciones de prevención y control de la tuberculosis.

i) Establecer los mecanismos de supervisión, monitoreo y evaluación del cumplimiento de metas de resultados e impacto contempladas en la planificación estratégica, operativa plurianual, acuerdos y convenios de gestión.

j) Conducir las acciones de intersectorialidad y la participación social a través de la implementación de la Estrategia de Abogacía, Comunicación y Movilización Social.

8.2 De las Direcciones Provinciales/Municipales de Salud (DPS/DMS).

8.2.1 Las DPS/DMS dependen de la Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de las DPS y ésta depende directamente del Ministerio de Salud Pública. Como entidades desconcentradas deben coordinar con todo el nivel central para ejercer la rectoría y la regulación del sistema sanitario. Para lo antes mencionado deberá cumplir con las siguientes funciones:

- 8.2.1.1 Vigilar la situación, tendencia y comportamiento de la tuberculosis en la extensión territorial correspondiente, así como los factores de riesgos de la población y condiciones de vulnerabilidad.
- 8.2.1.2 Implementar las medidas colectivas de prevención y control de la tuberculosis:
 - a) Realizar visita domiciliaria a los casos de tuberculosis con énfasis con la verificación de censo de contactos.
 - b) Realizar el estudio de contactos frecuentes extra domiciliarios y búsqueda de contactos intradomiciliarios inasistentes.
 - c) Realizar estudio de contactos entre grupos vulnerables, según el Manual de estudio de contactos.
 - d) Realizar la visita domiciliaria a los casos drogorresistentes.
- 8.2.1.3 Monitorear y evaluar el desempeño del personal de salud en la aplicación de los planes estratégicos y operativos, las normativas, guías y protocolos vigentes.
- 8.2.1.4 Vigilar el cumplimiento de los reglamentos, normas, guías de actuación, protocolos de atención, manuales de procedimientos y metas de producción de los servicios de salud en el marco de la Política Nacional de Salud.
- 8.2.1.5 Conducir estratégicamente la respuesta a la tuberculosis en la extensión territorial correspondiente.
- 8.2.1.6 Conformar y desarrollar las redes programáticas para la prevención y control de la tuberculosis implementando, monitoreando y evaluando acuerdos y convenios de gestión.
- 8.2.1.7 Coordinar y desarrollar la intersectorialidad y la participación social para la prevención y control de la tuberculosis.
- 8.2.1.8 Coordinar acciones e identificar recursos para la implementación de intervenciones específicas con el objetivo de modificar los factores de riesgo de baja adherencia en los casos en tratamiento para la tuberculosis.
- 8.2.2 De los prestadores de servicios de salud.
 - 8.2.2.1 Los objetivos del ámbito de prestación de servicios de salud son:
 - a) Involucrar a los proveedores de servicios de salud al control de la TB.
 - b) Mejorar el acceso y la calidad en el diagnóstico y control bacteriológico oportuno a través de redes de laboratorio.

c) Proveer servicios de atención con calidad, a la tuberculosis sensible, drogorresistente y la coinfección TB/VIH, de acuerdo a las guías y manuales del PNCT, a toda la población asignada, bajo acuerdos de gestión con el PNCT.

8.2.2.2 Para dar respuesta a estos objetivos deberán cumplir con las siguientes funciones:

a) Prestar y promover los servicios de detección, diagnóstico y tratamiento a la tuberculosis por niveles de complejidad de la atención, de acuerdo a las normas, guías de actuación, protocolos de atención y manuales de procedimientos del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.

b) Monitorear y evaluar el cumplimiento de los convenios de gestión para la prestación de servicios en el marco de la atención integral a la tuberculosis, e implementar las acciones de desarrollo y fortalecimiento de la red, incluyendo todos los servicios relacionados con la atención a la tuberculosis, que sean necesarias para lograr el cumplimiento de los indicadores y metas establecidos.

c) Gestionar y organizar las redes de servicios de salud y sus distintos sistemas de gestión, según el modelo de atención vigente, para garantizar la continuidad de la atención, integral e integrada.

d) Asegurar la capacitación del recurso humano que ofrece los servicios de salud para la atención integral de la tuberculosis.

e) Asegurar la notificación oportuna de los casos detectados y en tratamiento a las autoridades locales de salud, en cumplimiento del presente reglamento, las guías, protocolos y manuales de procedimientos del PNCT, para contribuir con la aplicación de las medidas colectivas de prevención y control.

8.2.3 Unidad Técnica Nacional de tuberculosis drogorresistente (UNT):

8.2.3.1 La UTN, es una dependencia del PNCT, tiene como objetivo principal reducir la morbilidad y mortalidad por tuberculosis drogorresistente en República Dominicana. Para lo anterior deberá desarrollar las siguientes funciones:

a) Impulsar la conformación de redes de servicios especializados para la atención a la tuberculosis drogorresistente para asegurar el cumplimiento de las normas, guías y protocolos de atención en el contexto de manejo programático.

b) Elaborar y actualizar reglamentos, manuales y protocolos, así como

contenidos de capacitación del personal de salud, para el control de la TB DR en la República Dominicana.

c) Vigilar la situación, tendencia y comportamiento de la TB DR en el país, así como los factores de riesgos de la población y condiciones de vulnerabilidad.

d) Monitorear y evaluar el desempeño del personal de salud en la aplicación de los reglamentos, manuales y protocolos vigentes.

e) Valorar el acceso a los servicios de salud en el marco de las acciones de prevención y control de la TB DR.

f) Establecer los mecanismos de supervisión, monitoreo y evaluación del cumplimiento de metas de resultados e impacto contempladas en la planificación estratégica y operativa.

8.2.3.2 Confirmar la evaluación de los casos sospechosos de tuberculosis drogorresistente para confirmación diagnóstica, correcta clasificación del caso, la decisión del tratamiento y la gestión oportuna del ingreso al tratamiento en la red de servicios para atención a la tuberculosis drogorresistente.

8.2.3.3 Supervisar y evaluar las unidades técnicas regionales de tuberculosis drogorresistente con base en indicadores de calidad establecidos en las normativas del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.

8.2.3.4 Contribuir con la creación de capacidades técnicas en las unidades técnicas regionales de tuberculosis drogorresistente y los servicios de atención ambulatoria y de hospitalización, para asegurar el cumplimiento de los manuales, guías y protocolos de atención a la tuberculosis drogorresistente.

8.2.3.5 Evaluar los resultados del tratamiento de la tuberculosis drogorresistente a nivel nacional para la toma de decisiones sobre el ingreso y egreso de los casos, incluyendo la valoración de los resultados de las cohortes de tratamiento en los distintos servicios regionales.

8.2.4 Unidades Técnicas Regionales de tuberculosis drogorresistente.

Son las unidades a las cuales les corresponde la atención de la tuberculosis drogo-resistente a nivel regional. Tiene como funciones:

a) Coordinar y supervisar desde una perspectiva técnica la red de servicios especializados regional para la atención de la tuberculosis drogorresistente, para asegurar el cumplimiento de las normas, guías y protocolos de atención en el contexto de programa.

b) Evaluar los casos sospechosos de tuberculosis drogorresistente captados

en los servicios de su área de influencia, para confirmación diagnóstica, correcta clasificación del caso, la decisión del tratamiento y la gestión oportuna del ingreso al tratamiento en la red de servicios para atención a la tuberculosis drogorresistente.

c) Supervisar los servicios de atención ambulatoria y de hospitalización de los centros de salud de su red en la extensión territorial de la región con base en indicadores de calidad establecidos en las normativas del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.

d) Traspasar las competencias a los servicios de atención ambulatoria y de hospitalización de los centros de salud de su red en la extensión territorial de la región para el manejo adecuado de los casos de tuberculosis drogorresistente y el cumplimiento de los indicadores de calidad.

e) Evaluar los resultados del tratamiento de la tuberculosis drogorresistente de los servicios de atención a la tuberculosis drogorresistente en su extensión territorial, para la recomendación de ingreso y egreso de los casos.

8.2.5. Comité Nacional de Evaluación de la TB DR (CONE TB DR).

Sus funciones son:

a) Evaluar y aprobar los expedientes de los casos que requieran Retratamiento Individualizados. Evaluar y validar los casos a los que se les haya indicado tratamiento estandarizado para TB-MDR por la UTN.

b) Dar seguimiento al desarrollo del componente TB-MDR. Evaluar y aprobar las investigaciones que puedan surgir.

c) Evaluar los pacientes con VIH/TB MDR

8.2.6 Comité de Coordinación de las Actividades Colaborativas en TB-VIH.

Sus funciones son:

a) Apoyar la coordinación de las actividades colaborativas en el marco de los planes y acuerdos interprogramáticas entre el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis y la Dirección General de Control de las ITS y el VIH.

8.2.7 Comité Nacional Alto a la TB.

Sus funciones son:

a) Abogar por la colocación de la prevención y el control de la tuberculosis como una prioridad en la agenda pública nacional.

b) Fomentar el desarrollo de políticas públicas para el abordaje de los determinantes sociales que condicionan la tuberculosis.

c) Movilizar recursos para la respuesta nacional a través de las acciones intersectoriales para la reducción de las desigualdades e inequidades.

d) Planificar y desarrollar acciones de prevención y control de la tuberculosis a nivel nacional.

8.2.8 Comités Provinciales, Municipales y Locales Alto a la TB.

Sus funciones son:

- a) Abogar por la colocación de la prevención y el control de la tuberculosis como una prioridad en la agenda pública local.
- b) Impulsar el desarrollo de políticas públicas para el abordaje de los determinantes sociales que condicionan la tuberculosis.
- c) Movilizar recursos para la respuesta local a través de las acciones intersectoriales para la reducción de las desigualdades e inequidades.
- d) Planificar y desarrollar acciones de prevención y control de la tuberculosis en su área de influencia.

9. SOBRE LA ESTRATEGIA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

- 9.1 Todos los actores del sistema nacional de salud que participan en las acciones de prevención y control de la tuberculosis se integrarán a la estrategia de monitoreo y evaluación del PNCT.
- 9.2 Las responsabilidades, instrumentos y procedimientos para el monitoreo y evaluación de las intervenciones en tuberculosis se definen en el manual de procedimientos de la Estrategia de Monitoreo y Evaluación del PNCT.

10. SOBRE EL SISTEMA DE INFORMACIÓN GERENCIAL Y EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

- 10.1 Las intervenciones objeto del presente reglamento deberán ser documentadas en los instrumentos que disponga el PNCT en el marco del Sistema de Información Operacional y Epidemiológica para contribuir con la calidad de los servicios y el monitoreo y evaluación de la respuesta.
- 10.2 Todos los establecimientos de salud que participan en la detección y el tratamiento de la tuberculosis deberán registrar sus atenciones e integrar los módulos de información correspondientes a sus distintos sistemas de gestión de servicios de salud, para dar respuesta a las demandas de información que establezca el PNCT definidas en el Conjunto Mínimo de Datos Básicos de Salud, de acuerdo al Reglamento del Sistema de Información Gerencial en Salud.

- 10.3. La tuberculosis es una Enfermedad de Notificación Obligatoria que deberá responder a los criterios establecidos por el Sistema de Alerta Temprana y al módulo de vigilancia especial del sistema nacional de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud Pública, desarrollados a través de la Dirección General de Epidemiología.

11. INDICADORES DE CALIDAD

- 11.1. Los indicadores de calidad se establecen para las intervenciones descritas en el presente reglamento y se desarrollarán en el marco de la estrategia de monitoreo y evaluación a ser implementada por el PNCT. Entre los principales indicadores de calidad de los resultados de estas intervenciones, que serán considerados por la autoridad sanitaria para la evaluación del desempeño de los actores del sistema nacional de salud se encuentran los siguientes:
- a) Porcentaje de detección de casos esperados.
 - b) Porcentaje de éxito del tratamiento.

12. INFRACCIONES Y SANCIONES

- 12.1 Las sanciones a las violaciones de las disposiciones para la Prevención y Control de la Tuberculosis establecidas en el presente Reglamento Técnico, serán ejecutadas de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Salud No. 42 – 01 y la legislación nacional vigente relacionada con la regulación y garantías de la calidad.

13. DISPOSICIONES FINALES

- 13.1 El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis implementará los mecanismos de coordinación necesarios con las instancias correspondientes, para dar seguimiento al cumplimiento del presente reglamento técnico a través de sus indicadores de seguimiento.
- 13.2 El presente reglamento deroga las Normas Nacionales para la Prevención y Control de la Tuberculosis del año 2010, así como cualquier disposición de igual o inferior rango que le sea contraria.

14. BIBLIOGRAFÍA

- 14.1 Ministerio de Salud Pública, República Dominicana. Manual de Organización y Funciones PNCT. 2012.
- 14.2 Ministerio de Salud Pública, República Dominicana. Guía Nacional para la Atención de la Coinfección TB/VIH. 2010.
- 14.3 Ministerio de Salud Pública, República Dominicana. Guía de procedimientos para la detección, diagnóstico y tratamiento de la TB. 2013.
- 14.4 Ministerio de Salud Pública, Colaborativa de aprendizaje del PNCT, República Dominicana. Guía general y paquete de cambio de prácticas basadas en evidencia para la gestión del programa de tuberculosis. 2012.
- 14.5 Ministerio de Salud Pública, República Dominicana. Guía para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis en niños, niñas y adolescentes. 2012.
- 14.6 Ministerio de Salud Pública, República Dominicana. Manual para el manejo clínico-programático de la TB DR. 2012.
- 14.7 Ministerio de Salud Pública, República Dominicana. La serie de documentos y procedimientos operativos del Sistema Único de Gestión de Medicamentos e Insumos Sanitarios. (SUGEMI). Página 9. 2010
- 14.8 Ministerio de Salud Pública, República Dominicana. Manual de Organización “Rediseño y actualización del Sistema Nacional de Supervisión Capacitante del PNCT”. 2012.
- 14.9 Ministerio de Salud Pública, República Dominicana Estrategia de Monitoreo y Evaluación del PNCT. 2012.
- 14.10 Ministerio de Salud Pública, República Dominicana. Plan Estratégico de la respuesta Nacional a la tuberculosis. 2011 – 2015.
- 14.11 Ministerio de Salud Pública, República Dominicana. Disposición Administrativa No. 018, del 24 de junio del 2005, sobre la Introducción de Regímenes de tratamiento para la Tuberculosis basada en medicamentos a dosis fija.

- 14.12 Ministerio de Salud Pública, República Dominicana. Resolución Ministerial 00007 de atención de la tuberculosis multidrogorresistente con drogas de segunda línea, del 28 de Julio del 2006.
- 14.13 Ministerio de Salud Pública, República Dominicana. Resolución N. 00043, de fecha 30-12-2012, que establece la puesta en vigencia del manual clínico - programático para el manejo de tuberculosis drogorresistente (TB DR) en la República Dominicana.
- 14.14 Ministerio de Salud Pública, República Dominicana. Resolución N. 00044, de fecha 30-11-2011 que establece la puesta en vigencia de la guía nacional para el diagnóstico, tratamiento y prevención para tuberculosis en niños, niñas y adolescentes en la República Dominicana.
- 14.15 Ministerio de Salud Pública, República Dominicana. Disposición N°. 000019 de fecha 27 de Julio 2010, que declara de prioridad el desarrollo e implementación del Sistema Único de Gestión de Suministro de Medicamentos e Insumos – SUGEMI-.
- 14.16 Resolución WHO 51.13, Estrategia Alto a la Tuberculosis, aprobada en la 58ª Asamblea General de la WHO, Ginebra, año 2005.
- 14.17 World Health Organization. WHO Report. Global Tuberculosis Control 2012 WHO/HTM/TB/2012.6
- 14.18 World Health Organization. Definiciones y marco de trabajo para la notificación de tuberculosis. Revisión 2013. WHO/HTM/TB/2013.2
- 14.19 World Health Organization. Recomendaciones sobre la ética de la prevención, atención y control de la tuberculosis. Pág. 6-9. 2013.
- 14.20 World Health Organization. Guía para el tratamiento de la TB. 2010. WHO/HTM/TB.
- 14.21 14.21 Informe sobre la Salud en el Mundo, 2006.









MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA