



PLAN ESTRATÉGICO



Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes
CHLA-EP
Agosto 2018

Contenido

Glosario.....	3
Introducción.....	5
1. Elementos conceptuales y metodológicos.....	6
1.1. Marco conceptual.....	6
1.2. Metodología de trabajo.....	8
2. Análisis de la situación actual.....	10
2.1. Descripción de la institución.....	10
2.2. Estructura organizacional.....	13
2.3. Interesados clave.....	17
2.4. Análisis FODA.....	17
2.5. Temas críticos.....	23
2.5.1. Tuberculosis.....	23
2.5.2. Lepra.....	29
2.5.3. Inmunizaciones.....	30
2.5.4. Gestión institucional.....	33
2.5.4.1. Laboratorio Bacteriológico y Laboratorio Calmette.....	33
3. Componentes del Plan Estratégico.....	34
3.1. Misión.....	34
3.2. Visión.....	34
3.3. Lineamientos y objetivos estratégicos.....	35
3.4. Plan de Acción.....	37
4. Plan de Monitoreo del Plan Estratégico.....	43
4.1. Metas e indicadores.....	44
4.2. Calendarización de las metas al año.....	55
5. Planificación presupuestal.....	65
6. Bibliografía.....	67
7. Anexos.....	69
7.1. Personal de la CHLA-EP por escalafón y régimen de contratación.....	69



«El mundo es un teatro de cambios
y ser constante en la naturaleza
sería una inconstancia».
A. Cowley (1617-1668), diplomático y escritor inglés.

Glosario

AGESIC: Agencia para el Desarrollo del Gobierno de Gestión Electrónica y la Sociedad de la Información y del Conocimiento

ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado

BAAR: Bacilo Ácido Alcohol Resistente

BCG: Bacillus de Calmette y Guérin

BPS: Banco de Previsión Social

CAIF: Plan Centros de Atención a la Infancia y la Familia

CCCM: Comisión para el Control de la Calidad de Medicamentos

CERNAMY: Centro de Referencia Nacional de Mycobacterias

CHLA-EP: Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes

CP: Centro Periférico de la CHLA-EP

DOTS: Tratamiento Directamente Observado

DIGESA: Dirección General de Salud

DTPa: Vacuna triple bacteriana (tétanos, difteria, pertussis acelular)

EH: Enfermedad de Hansen

FEPREMI: Federación de Prestadores Médicos del Interior (ex FEMI)

FODA: Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas

GLI: *Global Laboratory Initial*

GDF: *Global Drug Facility*

IM: Intendencia de Montevideo

INAU: Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay

MEF: Ministerio de Economía y Finanzas

MI: Ministerio del Interior

MIDES: Ministerio de Desarrollo Social

MS: Ministerio de Salud Pública

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PE: Plan Estratégico

PIAS: Plan Integral de Atención en Salud

PNC-TB: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

PNT: Plan Nacional de Tuberculosis

PNV: Programa Nacional de Vacunación

PPL: Personas privadas de libertad

PQT: Tratamiento Específico Poliquimioterápico

PV: Puesto de Vacunación

RAP: Red de Atención del Primer Nivel

SUB CP: Subcentro Periférico de la CHLA-EP

SIV: Sistema Informático Valencia

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

TB: Tuberculosis

UNIFA: Unidad de Fármacos (ex Banco de Drogas)

Introducción

En el marco de los compromisos de gestión 2018, la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLA-EP) presenta el siguiente Plan Estratégico (PE) que contiene las líneas y objetivos estratégicos que regirán el quehacer institucional a nivel nacional durante los próximos tres años (2019-2021).

El Plan Estratégico constituye una guía que permitirá a la institución profundizar sus acciones en todo el país, adaptarse al contexto actual y a las directrices dadas por el Ministerio de Salud (MS), y atender las necesidades actuales de la población. Plasma los compromisos asumidos por la CHLA-EP para el período, sintetizando a nivel estratégico, organizativo y económico-financiero, el posicionamiento actual y futuro de la institución en el Sistema Nacional de Salud, en la sociedad y en el ámbito científico.

El documento se estructura en cinco capítulos. El primer capítulo contiene los elementos conceptuales y metodológicos que orientan el proceso de planificación estratégica realizado. Describe la planificación estratégica, explicita sus ventajas y componentes, y detalla las etapas y opciones metodológicas realizadas en el marco de la elaboración del plan.

El segundo capítulo presenta el análisis de la situación actual o punto de partida para la elaboración del Plan Estratégico. Inicialmente describe brevemente la institución, los grandes hitos que ha atravesado desde su creación hasta la fecha y su estructura organizacional. Luego identifica los interesados clave y muestra el análisis de fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas. Finalmente, sintetiza los temas críticos o desafíos clave.

El tercer capítulo se enfoca en los componentes de la planificación estratégica, detallando la misión y visión institucional, los lineamientos y objetivos estratégicos, y el plan de acción.

El cuarto capítulo presenta el plan de monitoreo y evaluación del Plan Estratégico, dando cuenta de la estrategia prevista, los indicadores y las metas.

Finalmente, el quinto capítulo contiene la planificación presupuestal, especificando los recursos necesarios para el cumplimiento del Plan Estratégico.

1. Elementos conceptuales y metodológicos

1.1. Marco conceptual

«Apostar a procesos de planificación
es creer en las posibilidades de la acción política
del ser humano»
(Medina Echavarría, 1972:58)

En los últimos tiempos ha cobrado fuerza la idea de la planificación estratégica entendida como una actividad técnico-política cuyo propósito es intervenir deliberadamente en una organización.

La planificación estratégica «es una herramienta de gestión que permite apoyar la toma de decisiones de las organizaciones en torno al quehacer actual y al camino que deben recorrer en el futuro para adecuarse a los cambios y a las demandas que les impone el entorno y lograr la mayor eficiencia, eficacia y calidad en los bienes y servicios que se proveen» (Armijo, 2011: 15).

Es un instrumento adecuado para adoptar decisiones políticas ya que: obliga a pensar en el futuro y anticipar respuestas, ordena y jerarquiza las decisiones a tomar, aumenta la preparación para el cambio, alinea a la organización y reduce los conflictos sobre los objetivos institucionales, mejora la coordinación de actividades, facilita la comunicación y la participación, tiende a la superación de los problemas organizativos y al fortalecimiento institucional, y proporciona herramientas para el seguimiento de las actividades.

Es una herramienta útil para delinear una orientación de largo plazo y un marco operativo a corto plazo, que permite a los decisores identificar hacia dónde debe encaminarse la institución, los objetivos prioritarios, las estrategias más adecuadas para alcanzarlos y cómo invertir los recursos.

En cuanto a la metodología de elaboración de un plan estratégico, se parte del análisis de la situación actual de la organización y su contexto (análisis interno y externo) para luego pasar a definir su misión y visión. A partir de ellas, se establecen lineamientos estratégicos y sus correspondientes objetivos estratégicos, que harán foco en los aspectos más relevantes a desarrollar. Luego se define un conjunto de actividades que conformarán el plan de acción, se estima su presupuesto y se identifican indicadores con sus respectivas metas para el período. Estos son indispensables para el monitoreo y evaluación del plan.

El análisis de la situación actual o el diagnóstico inicial implica identificar los factores positivos y negativos del «ambiente interno» (fortalezas y debilidades) y del «ambiente externo» (oportunidades y amenazas) de la organización. A nivel interno, las fortalezas son las capacidades humanas y materiales con las que cuenta la organización para llevar a cabo sus cometidos, adaptarse y aprovechar al máximo las ventajas que ofrece el entorno y enfrentar con mayor posibilidad de éxito las amenazas. Las debilidades son las limitaciones o carencias de habilidades, conocimientos, información, tecnología y recursos financieros que padece la organización, que limitan u obstaculizan el logro de sus cometidos, que impiden el aprovechamiento de las oportunidades que ofrece el entorno y que no permiten defenderse de las amenazas. En el

ambiente externo, las oportunidades son situaciones o factores socioeconómicos, políticos o culturales que están fuera del control de la organización y que pueden ser aprovechados si se cumplen determinadas condiciones. Las amenazas son aquellos factores externos, también fuera de la capacidad de agencia de la organización, que podrían perjudicar o limitar el desarrollo de los objetivos organizacionales (riesgos).

Adicionalmente, como parte del diagnóstico inicial se analizan los vínculos de la organización con los actores con los que se relaciona para el desempeño de sus cometidos y funciones. Se realiza un análisis de los interesados (*stakeholders*), entendiéndose como tal, a la persona, grupo de personas u organización que puede afectar, verse impactada o percibirse como afectada, positiva o negativamente, por una decisión o actividad de la organización.

La misión institucional es el propósito o razón de ser de la institución, su identidad. Indica los principales productos o servicios que provee, e identifica los principales grupos de interés que la organización busca satisfacer.

La visión es la declaración del futuro deseado para la organización, la representación de lo que debe ser en el futuro (mediano o largo plazo). Incluye una imagen sobre la situación futura deseada de los usuarios y beneficiarios, sobre la posición futura de la organización en relación a otras, sobre las contribuciones distintivas que quieren hacerse en el futuro y los principales proyectos o actividades que se desean desarrollar (OPP, 2005).

Los lineamientos estratégicos (LE) se entienden como los ejes definidos con una mirada global y transversal que indican las prioridades en el mediano plazo, y que guían y alinean la estrategia de la organización en sus distintos niveles de planificación. Por su parte, los objetivos estratégicos (OE) son expresiones cualitativas de ciertos propósitos claros, precisos, desafiantes, alineados a los LE. Los OE constituyen la base para el establecimiento del plan de acción.

FIGURA 1: COMPONENTES DEL PLAN ESTRATÉGICO



1.2. Metodología de trabajo

El Plan Estratégico de la CHLA-EP se construyó en base a un acumulado institucional muy vasto, a las directrices dadas por el MS, a las recomendaciones de organismos internacionales de salud y a un proceso de planificación participativa.

En este sentido el PE toma en cuenta los aprendizajes que la institución viene desarrollando desde su creación en 1946, considera los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020, el Plan nacional de control y prevención de la Tuberculosis (2018) y otras orientaciones de autoridades del MS respecto a sus áreas de intervención, la estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre Tuberculosis, la estrategia mundial para la Lepra 2016–2020 (OMS) y los insumos recogidos en talleres de planificación interna realizados para la elaboración del PE.

Partiendo de la premisa que quienes mejor conocen la institución son sus autoridades y su equipo de trabajo, la planificación se realizó en forma conjunta y coordinada con los y las responsables de las áreas principales de la institución (la coordinación general, la dirección ejecutiva del Área Administrativa y quienes dirigen las áreas centrales: Departamento de Tuberculosis, Departamento Operativo de Inmunizaciones, Programa Post-eliminación de la Enfermedad de Hansen, Laboratorio Dr. Albert Calmette y el Laboratorio Bacteriológico), quienes a partir de una serie de instancias de trabajo periódicas manifestaron su visión y realizaron aportes muy valiosos para la construcción del presente plan.

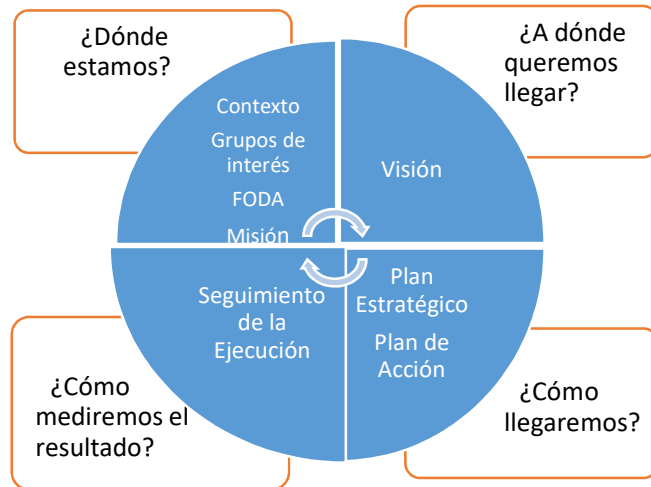
En esta serie de reuniones, en donde se trabajó en formato taller, se comenzó construyendo el diagnóstico de la situación de partida, identificando los interesados clave, realizando el análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (análisis FODA) y acordando los temas o desafíos críticos. A partir del diagnóstico inicial, se definió la misión, la visión, los lineamientos y objetivos estratégicos, las acciones, así como también una serie de indicadores y metas para el seguimiento y control del PE. Estos últimos (indicadores y metas) se trabajaron por eje estratégico, en reuniones de trabajo con los referentes institucionales más involucrados en su cumplimiento.

A su vez, se informó y consultó a los integrantes de la Comisión Honoraria en las distintas fases del proceso de elaboración del Plan Estratégico para recoger sus aportes y su visión respecto al rumbo y a los contenidos del plan, y contar con su validación.

El trabajo se organizó siguiendo una serie de pasos lógicos de diferentes niveles de abstracción, que va de lo más general a lo más específico o concreto, con la premisa de ordenar y alinear a la institución en una misma dirección, unificando esfuerzos y recursos para una mejor concreción de su accionar para los próximos tres años.

Este documento se concibe como un instrumento organizador en cuanto a lo comunicacional, compila toda la información y logros que se vayan concretando mediante mecanismos transparentes y accesibles. Será de utilidad a la hora de rendir cuentas o compartir información con instituciones nacionales, organizaciones internacionales de salud, así como también con la ciudadanía.

FIGURA 2: PROCESO DE TRABAJO Y PREGUNTAS ORIENTADORAS



2. Análisis de la situación actual

2.1. Descripción de la institución

La Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes es una institución pública no estatal responsable de llevar a cabo el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNC-TB) y el Programa de Post-Eliminación de la Enfermedad de Hansen (EH) o Lepra. Es responsable, a su vez, de la operativa del Programa Nacional de Vacunación (PNV) del MS e interviene en el Programa Nacional de Pesquisa Neonatal (MS – Banco de Previsión Social).

La institución se crea en 1946 (Ley N.º 10.709) con el cometido de la asistencia social y económica a los pacientes tuberculosos y sus familiares. Desde entonces ha sido la institución responsable de desarrollar acciones de asistencia y prevención de la TB en nuestro país. Estas acciones fueron de gran relevancia, creándose durante la década del sesenta el PNC-TB.

En el año 1979 se inauguró el Laboratorio Bacteriológico (LB), por la iniciativa e impulso del Prof. Dr. Miguel Mello-Aguerre, presidente de CHLA-EP en esa época, al que se asignó la función de centralizar, en una única planta física, toda la bacteriología de la TB del país. En 1998 fue designado por el MS como Centro de Referencia Nacional para Mycobacterias (CERNAMY) ampliando de esta manera sus cometidos originales.

Desde 1982 la CHLA-EP es responsable de todos los aspectos relacionados a la Tuberculosis (Decreto N.º 335/982): prevención, diagnóstico, captación oportuna, tratamiento, asistencia socioeconómica a pacientes y su núcleo familiar, vigilancia y análisis epidemiológico, y elaboración de normativa.

También desde el año 1982 la CHLA-EP gestiona el Laboratorio Dr. Albert Calmette¹ que nace con el cometido de producir, controlar y distribuir la vacuna BCG en todo el país.

A partir de 1986² se incorpora a la institución un importante nuevo cometido, la responsabilidad de la operativa del PNV³. En 1987, se confirió al Laboratorio Calmette la responsabilidad del almacenamiento (nivel central de cadena de frío) y distribución de todas las vacunas incluidas en el PNV.

En 2008, año en que el MS establece un nuevo cronograma oficial de vacunación, la CHLA-EP asume un nuevo componente del Programa Operativo del PNV: la realización de cursos de formación de nuevos vacunadores para las instituciones asistenciales de todo el país. Desde

¹ Inaugurado en noviembre de 1961 bajo la égida del MS.

² Ley N.º 15.809 (artículo 467) y Resolución del Ministerio de Salud Pública N.º 435 del 30 de junio de 1986. Este mismo año se modifica la naturaleza jurídica de la CHLA-EP transformándola en «persona pública no estatal» (Ley N.º 15.903). Aspectos generales de las Personas Públicas No Estatales: Decreto N.º 110; Ley N.º 10.709; Ley N.º 13.318; Ley N.º 16.226; Ley N.º 16.736; Ley N.º 18.381; Leyes CHLA-EP; Decreto N.º 318; Decreto N.º 335; Ley N.º 13.002; Ley N.º 10.838; Ley N.º 11.025; Ley N.º 11.828; Ley N.º 13.737; Ley N.º 14.948; Ley N.º 15.809; Ley N.º 14.256; Leyes N.º 13.737 y 14.948.

³ Creado por la Ley N.º 15.272 de abril de 1982.

entonces, tiene bajo su responsabilidad efectivizar lo decidido por el Ministerio de Salud en cuanto a la administración de vacunas a niños y adultos, registrar a los vacunados, capacitar, monitorear y supervisar los servicios de vacunación de todo el país.

Desde 1994⁴ la institución colabora con el Programa Nacional de Pesquisa Neonatal que se orienta a la detección de patologías congénitas en los recién nacidos (hipotiroidismo congénito, hiperplasia suprarrenal congénita, fenilcetonuria). La CHLA-EP recibe las muestras de las maternidades y las envía al Laboratorio del BPS para ser analizadas, solicita una segunda muestra cuando se requiere.

En 1996 se amplían sus cometidos en lo referente al control de enfermedades, incorporando a su denominación las «enfermedades prevalentes» (Ley N.º 16.736).

En el año 2004 el MS transfiere a la CHLA-EP la responsabilidad del Programa Post-Eliminación de la Lepra. Desde entonces coordina las acciones que permitan la detección precoz de los casos de Lepra, su tratamiento y posterior seguimiento, así como el control de los contactos. En 1988 Uruguay lograba la eliminación de esta afección como problema de salud pública a nivel nacional, siendo una meta propuesta por la OMS para el año 2000. En 1998 alcanzaba la tasa de eliminación a nivel subnacional, es decir, en todos los departamentos la prevalencia se redujo a menos de un caso por cada 10.000 habitantes.

En 2014 se encomendó por parte de las autoridades del MS el reperfilamiento de la CHLA-EP para acompañar los cambios en el Sistema Nacional de Salud, pasando a desempeñar fundamentalmente un rol rector, capacitador y supervisor en los temas bajo su competencia. Actualmente, la institución se encuentra frente al desafío de la descentralización⁵ debiendo concretar y profundizar un proceso de transferencia de algunas de sus responsabilidades, tareas y conocimientos a socios del Sistema Nacional Integrado de Salud.

⁴ Decreto 183/94 del Poder Ejecutivo y Convenio marco celebrado en 2008 entre: MS, BPS, Correo Uruguayo y la CHLA-EP.

⁵ Según proyectos de descentralización del 2016 (PNC-TB CHLA-EP) y del 2017 (PNC-TB CHLA-EP y MS).

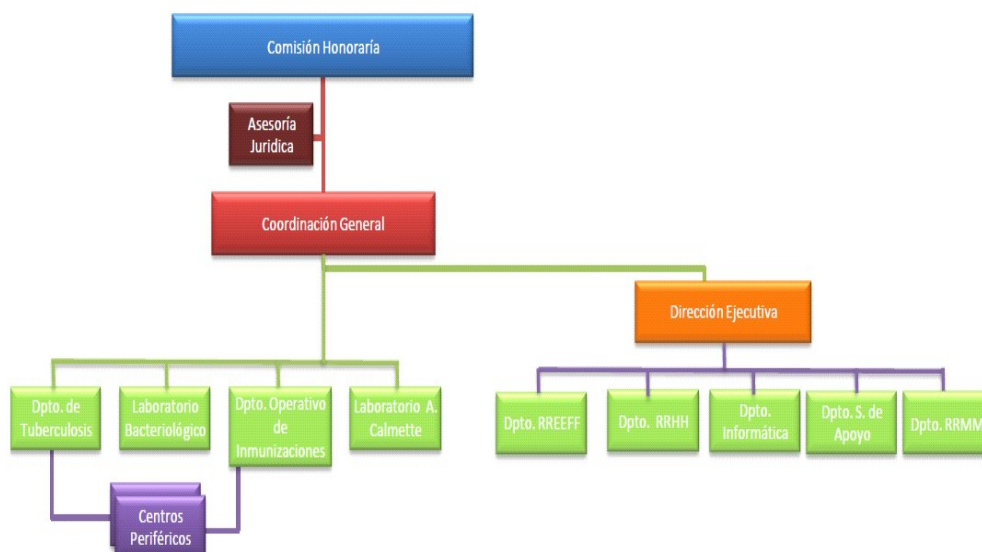
FIGURA 3: PRINCIPALES HITOS INSTITUCIONALES



2.2. Estructura organizacional

La sede central de la CHLA-EP se encuentra en Montevideo, no obstante, la institución está presente en todo el territorio nacional a través de una red de efectores periféricos constituida por 27 centros periféricos, 17 subcentros periféricos polivalentes, 4 servicios monovalentes (solo TB) y 7 vacunatorios. Además, gestiona y financia dos laboratorios especializados que sirven de apoyo a los principales programas de la institución: Laboratorio Bacteriológico (Centro de Referencia Nacional de Mycobacterias —CERNAMY—)⁶ y Laboratorio Albert Calmette⁷. Trabajan en la institución un total de 307 funcionarios⁸.

FIGURA 4: ORGANIGRAMA ACTUAL



Comisión Honoraria (nombrada el 26 de julio de 2017). Integrantes: Presidenta Prof.^a Dra. María Catalina Pérez (representante del Ministerio de Salud), Vicepresidenta Dra. Adriana Varela (representante del Ministerio de Salud), Dra. Amparo Paulós (representante de ASSE), Dr. Miguel Alegretti (representante de la División Vigilancia Epidemiológica de la DIGESA), Prof.^a Dra. Gabriela Algorta (representante del decano de la Facultad de Medicina de UdelaR), Prof. Dr. Julio Medina (en representación de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Medicina de la UdelaR), Prof. Dr. Pablo Curbelo (en representación de la Cátedra de Neumología de la Facultad de Medicina de la UdelaR), Dra. Virginia Gaudenzi (representante del MIDES, en proceso de designación), Sr. Rodrigo Greno (representante de la Asociación de Funcionarios de la CHLA-

⁶ Funciona en la sede central de la institución. También incluye una Unidad de Biología Molecular que se ubica en el Laboratorio Dr. Albert Calmette (en convenio con el Instituto Pasteur).

⁷ Ubicado en Montevideo, Bulevar Artigas 3175.

⁸ Ver anexo 7.1.

EP). La Comisión conduce el funcionamiento de la institución; se ocupa fundamentalmente de los problemas técnicos de su quehacer, propone caminos a seguir, proyectos, analiza los resultados de los diferentes programas, aporta su experiencia científico clínica y envía a la Coordinación sus resoluciones para ser planeadas y cumplidas.

Departamento de Asesoría Jurídica. Responsables: Dr. Miguel Larramendi y Dra. Jenny Read (abogados). Se ocupan de los procedimientos que requieren de su especialidad siendo muy importantes en causas que involucran al funcionariado y pacientes.

Coordinación General. Responsable: Prof.^a Dra. Alicia Montano. Se encarga de llevar a cabo lo decidido por la Comisión, de articular y supervisar el funcionamiento de los departamentos técnicos y la dirección administrativa. En coordinación con la dirección ejecutiva analiza y revisa los aspectos organizativos y logísticos de la institución (gastos, pertinencia de los proyectos, integración de los departamentos, entre otros).

Departamento de Tuberculosis. Responsables: Subroga director técnico el Dr. Fernando Arrieta, médico neumólogo, y Subroga subjefa técnica la Dra. Mariela Contrera, médica neumóloga. El Departamento se encarga de dictar las normas e implementar y monitorear el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Cuenta con un limitado plantel de médicos supervisores regionales que se desempeñan en todo el país incluyendo la atención a la población carcelaria.

Supervisa la actividad de todos los CP y los centros monovalentes de TB de Montevideo. Realiza tareas de capacitación del personal de la CHLA EP, así como de otras instituciones públicas y privadas. Ha implementado programas diseñados por OPS/OMS para disminuir la prevalencia de TB y ha diseñado e implementado proyectos de descentralización, inicialmente desde el Dpto. de TB y desde 2017 junto al MS. Trabaja en estrecho contacto con los laboratorios de la CHLA-EP, y con los Departamentos de Epidemiología y de Farmacovigilancia del MS; coordina acciones con los Departamentos de infectología, pediatría y neumología de la Facultad de Medicina de la UdeLaR.

Laboratorio Bacteriológico – Centro de Referencia Nacional para Mycobacterias. Responsable: directora Dra. Cecilia Coitinho. Recibe y procesa todas las muestras de los sitios de atención médica públicos y privados con fines de tamizaje, diagnóstico y control de tratamiento de Tuberculosis. Realiza diagnóstico por métodos directos, cultivos, estudio de sensibilidad a los fármacos antituberculosos y tipificación molecular. Vigila estrechamente la aparición de nuevas cepas y de cepas resistentes. Realiza tareas de capacitación a personal de laboratorios de todo el país y de capacitación al funcionariado de la CHLA-EP. Desde el año 2005 centraliza además los estudios bacteriológicos para el programa contra la Enfermedad de Hansen. Trabaja en varias líneas de investigación científica aplicada: mejoramiento de la calidad, simplificación, rapidez y economía en las técnicas bacteriológicas utilizadas; puesta a punto de nuevos procedimientos para diagnóstico en situaciones especiales (pacientes con SIDA, Fibroquísticos, Mycobacteriosis atípicas). Está involucrado en el proceso de descentralización de la institución habiendo confeccionado un proyecto e iniciado la descentralización de los exámenes directos para mejorar la accesibilidad y los tiempos de entrega de los resultados.

Departamento Operativo de Inmunizaciones. Responsable: Subroga Dra. Teresa De Los Ángeles. Organiza, coordina y evalúa los resultados de campañas de vacunas ya sean anuales o

producto de la aparición de problemáticas puntuales (vacunación de cohortes especiales, de embarazadas, del personal de salud). Registra las vacunas administradas y confecciona informes que eleva a la Coordinación, a la Comisión Honoraria y a las autoridades de salud que se lo soliciten. Aporta los datos dinámicos de las campañas y los datos condensados una vez finalizadas las campañas o la vacunación de cohortes. Coordina acciones con el Laboratorio Calmette y otros efectores públicos y privados, a la vez que supervisa todos los CP del interior del país. Este año co-coordinó la campaña de vacunación en las escuelas con HPV y DTPa.

Laboratorio Dr. Albert Calmette. Responsable: Subroga Dra. Marina Monteiro. Tiene como responsabilidad principal el almacenamiento y la distribución de todas las vacunas, incluidas o no en el Programa Nacional de Vacunación en los vacunatorios públicos y privados del país. A través de la Unidad de Fármacos (ex Banco de Drogas), a cargo de la QF Mónica Hernández, se encarga de la compra, almacenamiento y distribución de la medicación antituberculosa y para el tratamiento de la Lepra de acuerdo a un cronograma establecido, asegurando *stocks* suficientes en todos los efectores. Recepciona pedidos fuera de cronograma con entrega dentro de las 24 a 48 horas de ser recibidos. Apoya y asesora a los vacunatorios con dificultades relacionadas con la cadena de frío (desperfectos de heladeras, problemas de red eléctrica, otros.). Retira y reintegra *stocks* en situaciones de riesgo (cortes programados e imprevistos de energía eléctrica, rotura de heladeras, licencias de vacunadores, otros). Realiza cursos de capacitación al funcionariado de los Centros Periféricos en nociones básicas de farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos antituberculosos, en mantenimiento de la cadena de frío y gestión de biológicos en niveles regional y local. También brinda medicamentos antituberculosos esenciales de primera línea directamente a pacientes. La Unidad de Fármacos (UNIFA) fomenta y pone en práctica técnicas de excelencia en el envasado, control de calidad, vigilancia en la distribución y utilización de los medicamentos.

Los **Centros Periféricos**, que se distribuyen en todo el territorio nacional, son los ejecutores finales de los programas. Allí concurren los pacientes enviados de todos los centros de atención públicos y privados con sospecha de enfermedad tuberculosa. Se encargan, junto a los médicos supervisores (neumólogos y pediatras), de toda la atención al paciente tuberculoso y sus contactos, a los que brindan —en forma gratuita— métodos diagnósticos, tratamiento y seguimiento. Dado que el PNT incluye el tratamiento directamente observado (DOTS) hasta la negativización de la baciloscopía o al menos por 15 días; se le facilita dinero para concurrir en ómnibus, además de un subsidio por intermedio del MIDES para cubrir gastos mínimos de traslado, interrupción de trabajo, otros. Además los CP polivalentes se ocupan de toda la operativa de inmunizaciones: solicitan las vacunas, reciben y almacenan los biológicos cuidando la cadena de frío, controlan el *stock*, realizan inmunizaciones, registran a los vacunados y emiten informes a la Comisión y al MS. Fundamentalmente en los CP del norte del Río Negro, en donde la enfermedad ocurre con mayor frecuencia, desarrollan tareas relativas al Programa Post-Eliminación de la Lepra: supervisan y controlan el tratamiento mensual de los pacientes, remitiendo informes al programa central, envían las muestras para estudio bacteriológico al laboratorio de la CHLA-EP y remiten los resultados, visitan a los pacientes en situaciones especiales y realizan la búsqueda de contactos.

Dirección Ejecutiva. Responsable: Cr. Gustavo Amor. Coordina y supervisa a los departamentos administrativos. Se encarga de todo lo relacionado con el desempeño del personal a su cargo,

estudia y autoriza compras y contratos aprobados por la Comisión Honoraria. Integra tribunales de concursos y la Comisión de seguimiento de los compromisos de gestión.

Departamento de Recursos Humanos. Responsable: Dra. Allison Gallain (abogada). Integrado por doce funcionarios en las secciones de: Personal, Liquidaciones y Cuentas Personales. Entre sus principales objetivos se encuentran: planificar, administrar, controlar y aplicar las políticas de gestión de recursos humanos.

Departamento de Recursos Materiales. Responsable: Subroga Macarena Barca. Cuenta con tres funcionarios. Tiene como objetivo la adquisición y suministro de los recursos materiales para el óptimo funcionamiento de la institución.

Departamento de Recursos Económicos Financieros. Responsable: Cra. Nancy Pequeño. Integrado por trece funcionarios en las Unidades de: Contabilidad y Presupuesto, Liquidaciones, Cuentas Personales y Tesorería

Departamento de Servicios de Apoyo. Responsable: Álvaro Termebiksietow. Cuenta con siete funcionarios, tres de ellos se desempeñan como choferes. Se encarga del mantenimiento de las plantas físicas de todos los edificios de la institución, realizando tareas de: albañilería, pintura, carpintería, sistemas de ventilación, sanitaria, seguridad de puertas y portones, electricidad, habilitaciones de bomberos, UTE, entre otros. Además gestiona la actividad de los choferes y mantenimiento de los tres autos y un ómnibus (prestado en comodato por CUTCSA para su uso en campañas de vacunación).

Departamento de Informática. Responsable: María Juri. Cuenta con tres funcionarios. Se ocupa de todo lo relacionado con el mantenimiento. Nivel Hardware: renovación de equipamiento, actualización de los sistemas operativos, mantenimiento actualizado del sistema de respaldos de archivos, asesoramiento sobre reconfiguraciones de hardware y programas base. Nivel Software: actualización permanente según lo requerido por los sistemas ubicados en todos los departamentos de la institución, incluyendo el Laboratorio Calmette y los Centros Periféricos.

Programa Post-eliminación de la Enfermedad de Hansen o Lepra. Responsable contratada: Dra. Bernardina Rasnik, dermatóloga. Desde el Norte del país, se ocupa de la planificación de actividades a desarrollar: búsqueda activa de casos nuevos de Lepra, tratamiento y seguimiento, control de contactos, difusión e información en la comunidad, promoción de la notificación. Brinda información y orientación a médicos del nivel primario de atención para la remisión de pacientes con sospecha de Lepra a médicos referentes. Coordina y lleva a cabo charlas informativas sobre los aspectos más relevantes de la enfermedad. Denuncia los casos nuevos al departamento de Vigilancia Epidemiológica del MS, lleva el registro actualizado de los casos nuevos, usando como herramienta un formulario electrónico y controla la medicación específica que reciben los pacientes. Articula con la red de servicios de salud públicos y privados a nivel nacional para llevar a cabo actividades relacionadas con la Lepra en todas sus dimensiones (educación y promoción de salud, prevención, asistencia y apoyo social). Estima las necesidades de medicación específica, desde su solicitud a la OPS/OMS en tiempo y forma, y supervisa la adecuada gestión de los fármacos de la Unidad de Fármacos (ex-Banco de Drogas) del Laboratorio Calmette.

2.3. Interesados clave

Una parte fundamental en la descripción y comprensión de la situación de partida de la institución, lo constituye la identificación de los interesados o *stakeholders*, es decir, aquellos individuos o grupos, internos o externos, cuyos objetivos se ven o se perciben afectados o beneficiados por el accionar de la CHLA-EP, ya sea en mayor o menor medida.

La idea de este paso es no solo comprender cuáles son los principales grupos de interés de la organización sino además entender lo que cada grupo de interés espera de ella. Esta información será de extrema importancia para evaluar su misión, para identificar sus factores críticos y para desarrollar sus estrategias futuras (OPP, 2005:8).

Como resultado de este análisis pormenorizado, se identifican los siguientes interesados: Ministerio de Salud, (Dirección General de la Salud, División Epidemiología, División Evaluación Sanitaria, Unidad de Inmunizaciones, Unidad de Farmacovigilancia, Direcciones Departamentales de Salud), Ministerio de Economía y Finanzas, Ministerio de Desarrollo Social, ASSE, ASSE-RAP, Federación de Prestadores Médicos del Interior, Efectores de salud pública y privada, Facultad de Medicina y Enfermería de la UdelaR, gobiernos departamentales y municipales, Comisión para el Control de la Calidad de Medicamentos, población en su conjunto, población afectada por TB y Lepra, personas privadas de libertad, funcionariado y gremio de la CHLA-EP, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y AGESIC.

2.4. Análisis FODA

El análisis FODA incluye dos dimensiones: una interna, en la cual se evalúan los recursos y capacidades institucionales para determinar las fortalezas a maximizar y las debilidades a minimizar; y una externa, enfocada en los elementos del entorno que tienen tanto una influencia positiva (oportunidades) como negativa (amenazas) en la institución, pudiendo ser relevantes en la definición de la estrategia de trabajo.

Sometida a un análisis de sus fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA), la CHLA-EP identificó las siguientes **fortalezas**, que refieren al ámbito interno de la organización:

- La institución ha logrado éxitos reconocidos mundialmente, entre los que se destacan: la no aparición de micobacterias tuberculosas multirresistentes, el logro de elevadas coberturas de vacunación, el continuar descendiendo la cifra de enfermos con Lepra hasta llegar a la etapa de post-eliminación de la enfermedad. La CHLA-EP acumula conocimiento y experiencia de larga data en sus áreas de trabajo.
- Cuenta con reconocimiento histórico en el cumplimiento de sus cometidos. Existe un buen posicionamiento de la institución en diferentes ámbitos profesionales de la salud y, a su vez, un reconocimiento a los técnicos de la CHLA-EP por parte del MS y de los efectores del SNIS.

- Las personas que integran la Comisión Honoraria representan a instituciones de relevancia para los cometidos de la institución, pertenecen a diversas disciplinas, tienen una vasta trayectoria profesional y están comprometidas con los objetivos sanitarios nacionales. Sus integrantes intermedian con actores clave.
- La institución está en contacto con los efectores públicos y privados del sistema de salud, existiendo canales abiertos para dar respuesta rápida y efectiva a sus consultas.
- Cuenta con una amplia red de atención en todo el país. Esta red presenta un nivel básico de infraestructura, equipamiento e insumos que le permiten su funcionamiento. Los centros de atención periféricos son referentes territoriales y sus responsables son personas de referencia para la comunidad.
- Se identifica la calidad técnica y la efectividad del Laboratorio Calmette, que presta una logística robusta y confiable de las vacunas del PNV, de la medicación antituberculosa y para el tratamiento de la Lepra, siendo referente a nivel país en la cadena de frío. La custodia, control del *stock*, distribución de las vacunas, registro de los vacunatorios y control de la cadena de frío han sido realizadas con el máximo de eficacia y eficiencia teniendo significativa participación en el éxito de las campañas de vacunación y en el mantenimiento de las coberturas logradas en el país.
- También se destaca el Laboratorio Bacteriológico ya que sus servicios constituyen una herramienta esencial para el buen funcionamiento del Programa de Control de la Tuberculosis y las actividades de vigilancia. Integra la Red Latinoamericana de Laboratorios para la Tuberculosis y mantiene estrecha colaboración con Laboratorios de Referencia supranacionales participando en programas internacionales de control de calidad en resistencias a nivel mundial.
- El sistema de información y registro está actualizándose y se está comprometido con la gestión de la información. Se están generando mejoras en los sistemas informáticos utilizados por la institución.
- Desde el PNC-TB se han elaborado Guías nacionales para el manejo de la TB, en conjunto con diferentes Cátedras de la UdelaR: Enfermedades Infecciosas, Neumología y Pediatría y se ha facilitado el acceso al tratamiento preventivo de los pacientes VIH+ (Isoniacida).
- Cuenta con personal altamente calificado. Las personas que trabajan en los distintos programas están capacitadas y también comprometidas con sus tareas. La CHLA-EP ha renovado su estructura organizativa y en los últimos meses se han logrado concursar varios cargos de las jefaturas administrativas. Las jefaturas de los departamentos técnicos están motivadas y comprometidas con los desafíos. Se identifica una mayor interacción entre la alta dirección y el personal de la institución, y un mejor relacionamiento con el gremio, que ha renovado a sus integrantes.
- La institución se encuentra en proceso de descentralización de algunos componentes del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, así como también respecto a la operativa del Programa Nacional de Vacunación, habiendo recogido importantes aprendizajes de la experiencia previa. Existe compromiso con el cambio de modelo de

gestión, que se acompaña con el deseo de que el proceso se desarrolle de forma de asegurar los objetivos de la institución respecto a la población. El Plan Estratégico se visualiza como una herramienta al servicio de este cambio de modelo de trabajo, que permitirá la mejora institucional y su reposicionamiento para el logro de los objetivos prioritarios.

Respecto al ámbito externo, la CHLA-EP identificó las siguientes **oportunidades**:

- Se percibe la posibilidad de coordinación interministerial e interinstitucional (por ejemplo: coordinaciones renovadas en cátedras de la Universidad, instituciones a cargo del PPL, agentes comunitarios en zonas críticas).
- Hay un mayor acercamiento y diálogo con las autoridades del MS, quienes esperan que la CHLA-EP pase a ser fundamentalmente una institución rectora, capacitadora y supervisora. Se percibe que la DIGESA espera que este cambio de modelo se dé en forma progresiva, segura y supervisada de forma de garantizar una alta cobertura de vacunación así como la prevención, atención y control de la TB.
- Existencia de un Sistema Nacional Integrado de Salud que tiene la potencialidad de integrar la atención de la Tuberculosis y asumir nuevas tareas de vacunación.
- Se ha observado un cambio paulatino hacia una nueva concepción de la prevención y atención de la TB que involucra al primer nivel de atención de salud y diferentes efectores. Con algunos se ha logrado avanzar en etapas iniciales del proceso de descentralización.
- Progresivamente, se reconoce a la TB como problema de salud por parte de las autoridades sanitarias nacionales. En los últimos 2 años se han diseñado proyectos conjuntos entre el MS y la CHLA-EP para la descentralización de actividades de TB. En ellos, se ha contemplado tanto la necesidad de la transferencia como la importancia de que se realice en forma responsable y segura.
- Se identifica interés e importante apoyo de organismos internacionales, en particular de OPS, para el abordaje de la Tuberculosis. Este organismo apoya de forma permanente la formación técnica en el exterior de los funcionarios de la institución y financia asesorías internas y externas. También hizo posible la adquisición de un equipo de GeneXpert MTB/RIF para mejorar el diagnóstico microbiológico de la TB y financió la edición de los dos libros de Guías técnicas redactados desde la CHLA-EP con la colaboración de expertos de las cátedras vinculadas a la UdelaR.
- A nivel nacional se cuenta con apoyo y coordinación con la academia (Facultad de Medicina y Ciencias) y se ha creado el Frente Parlamentario Tuberculosis Uruguay.
- Actualmente existe alguna flexibilización en cuanto al manejo del presupuesto institucional y de los gastos extras.

En relación a las **debilidades**, correspondientes al ámbito interno, se destacan:

- Existe una débil interrelación con otras instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud.

- El modelo institucional es centralizado y no resulta el más adecuado para las funciones y cometidos actuales.
- Su cultura organizacional responde a «viejas concepciones» que no se adecuan a la situación actual. Se identifica cierta nostalgia del funcionamiento de la CHLA-EP en décadas pasadas que impide tener en cuenta los cambios del contexto y asumir los desafíos. El ritmo de trabajo no siempre es el adecuado al logro de los objetivos y, en algunos casos, no se asume con compromiso la función que se tiene como trabajador de la salud.
- Se identifica la necesidad de mayor supervisión de las tareas (principalmente en el interior) y de mayor capacitación para la supervisión.
- Existe la percepción de pérdida del sentimiento de pertenencia por parte del funcionariado, quien no siempre tiene claro el nuevo rol de la institución y en algunos casos no se encuentra alineado y capacitado para el cambio de modelo.
- La estructura funcional y orgánica es obsoleta y rígida. El estancamiento en las carreras administrativas y algunos aspectos económicos (salarios, compensaciones, viáticos, otros), hacen que sea difícil captar nuevos funcionarios y va en detrimento de la motivación del personal médico.
- Se denota sobrecarga de trabajo en algunos sectores: PNT, Laboratorio Bacteriológico, Laboratorio Calmette, área social, otros. Se visualiza la importancia de conocer la necesidad real de funcionarios en los distintos sectores. En algunas áreas (por ejemplo, médicos supervisores) hay déficit debido a retiros, remuneraciones técnicas poco atractivas y renunciadas. Además hay algunos cargos ocupados por subrogantes en proceso de concurso interno.
- Se reconoce la necesidad de brindar una formación y capacitación continua del personal y un mayor desarrollo de investigación.
- Se identifican situaciones de confrontación entre autoridades y gremio, relativos a la participación gremial en las decisiones institucionales.
- Los procesos administrativos son complejos (burocratización excesiva) y hay falta de procedimientos y protocolos definidos.
- La comunicación interna es deficiente y, en muchos casos, las vías de comunicación no son las adecuadas, lo que hace que la información llegue en forma fragmentada. También se percibe una debilidad en la interrelación y articulación entre los programas, departamentos y áreas de la institución.
- Algunos sistemas de información y registros requieren ser actualizados.
- Hay desactualización de algunos aspectos de PNT: procedimientos, estructura, sistema de información, registro nominado para el seguimiento de los contactos de los pacientes y formación de los recursos.

- La infraestructura de los laboratorios es inadecuada, lo que requiere de un acuerdo entre las autoridades del MS y de la CHLA-EP al respecto de cuándo y cómo se efectuarán las reformas imprescindibles (por ejemplo, en el Laboratorio de Referencia). A su vez, falta un diagnóstico de la situación edilicia, de la infraestructura y del equipamiento de los distintos centros.
- Los recursos económicos y financieros son insuficientes para el cumplimiento de las funciones y no se ajustan a las necesidades reales de la institución (por ejemplo: inversiones, reacondicionamiento y mantenimiento de la infraestructura del edificio sede, de los CP, de los laboratorios, entre otras). Adicionalmente, la incertidumbre respecto al monto anual que se asignará a la institución y el hecho de que las partidas anuales no se ajusten por IPC, son dos factores que se visualizan como negativos. Esta modalidad de transferencia de fondos impide la planificación de las actividades y la programación de compra de insumos imprescindibles para la operativa de los programas. En ocasiones ha redundado en el incumplimiento del pago de las obligaciones en tiempo y forma, generando conflictos con los trabajadores.
- Anualmente la CHLA-EP y el MS firman Compromisos de Gestión institucionales en los que la CHLA-EP se compromete y cumple metas a cambio de la entrega de la partida presupuestal establecida por ley. Estos no implican el cobro de partidas presupuestales extraordinarias por lo que no constituyen un estímulo institucional ni funcional.

Por último, se individualizan las siguientes **amenazas**, correspondientes al ámbito externo de la organización:

- Cambio en la situación epidemiológica de la TB en el país. Uruguay se sitúa con respecto a los países de las Américas, con una incidencia similar al promedio de la región, no alcanzando las cifras de los países considerados de «baja incidencia». La evolución de la incidencia en Uruguay no ha tenido el descenso esperado. En los últimos diez años se registra un aumento sostenido de la incidencia de TB, pasando de 18,3/100.000 habitantes en 2005, a 26,7/100.000 habitantes en 2017 en todo el país. Algunos departamentos presentan tasas aún más elevadas, entre los que se encuentran Montevideo, Soriano, Maldonado y Paysandú. La mayor cantidad de casos se registra en personas jóvenes y en la población en edad laboral activa: entre los 15 y 54 años. La TB en edades pediátricas ha aumentado llegando a cifras no registradas desde hace varias décadas en el país. Si se analiza la incidencia de la TB en grupos de riesgo, se observa que influyen particularmente los pacientes VIH y pacientes en reclusión.
- Actualmente hay una tasa de inmigración de países con alta endemia de la TB.
- El nivel de motivación de los enfermos y grupos expuestos es bajo. La situación de vulnerabilidad de los pacientes hace difícil la sostenibilidad del tratamiento.
- Falta una estrategia integral de trabajo con la población consumidora de drogas ilícitas, que son responsables de la mayoría de los abandonos de tratamiento y tratamientos irregulares (efecto: aumento en la cantidad de pacientes con resistencia a las drogas anti

TB). Por su parte, también es necesaria una política de salud coherente hacia la persona privada de libertad.

- En relación a la Lepra, se necesita una actualización de las cifras a nivel nacional y subnacional, y mayores acciones de búsqueda y supervisión de casos. Al mismo tiempo, se requiere aumentar la experticia del personal de la salud y la información de la población sobre la enfermedad.
- Hay cierta descoordinación a la interna del MS que afecta la planificación y tareas de la CHLA-EP, generando incertidumbre. Existe percepción de falta de coincidencia entre los mensajes ministeriales e institucionales.
- El apoyo político, económico y compromiso por parte de las autoridades gubernamentales con la institución se percibe como insuficiente. Los programas de la CHLA-EP no formaban parte de la agenda priorizada por el MS. Los recursos financieros a nivel país no priorizan a la institución y se visualiza como probable una restricción futura del gasto en salud. Los compromisos intersectoriales muestran debilitamiento.
- Hay una concepción tradicional predominante sobre estas enfermedades (TB y Lepra) y el paradigma de intervención que no condice con los modelos actuales.
- La visibilidad de la TB como problema de salud es insuficiente en los distintos ámbitos (autoridades, personal sanitario, comunidad, instituciones educativas, academia, entre otros).
- El sistema de salud, y en particular los efectores del SNIS, no visualizan la importancia de la TB y la necesidad de su participación, no perciben a la TB como un problema propio.
- Se evidencia reticencia a asumir nuevas tareas por parte de efectores de salud, considerando que la CHLA-EP debe mantener su rol tradicional, por su *expertise* y recursos. En general, los efectores de salud son reticentes a asumir las tareas que se quieren descentralizar. Si bien se han ensayado intentos de traspaso de tareas tradicionalmente realizadas por la institución hacia prestadores externos, las experiencias no siempre han sido exitosas y se denota una falta de sustentabilidad de los compromisos.
- El inicio del período pre-electoral podría llevar a un cambio de autoridades y orientaciones políticas.
- También podría haber un desvío de la atención ministerial a otros problemas de salud, como ser el Plan de invierno, la epidemia de gripe, Ébola, Sarampión, entre otros.

2.5. Temas críticos

En esta sección se muestran los temas críticos, tensiones y desafíos identificados como prioritarios. Se presentan ordenados en función de las siguientes dimensiones o áreas temáticas: Tuberculosis, Lepra, Inmunizaciones y gestión institucional.

2.5.1. Tuberculosis

La Tuberculosis (TB) es considerada una enfermedad prevenible, para la que se dispone de métodos diagnósticos sencillos además de tratamientos eficaces y accesibles. A pesar de ello, constituye un problema mundial de salud, encontrándose dentro de las 10 causas principales de mortalidad.

En el año 2016 se estima que 10.4 millones de personas en el mundo se enfermaron de TB y 1.8 millones fallecieron en 2015, aunque existen diferencias significativas entre regiones y países, producto de inequidades sociales y en muchos casos de sistemas sanitarios débiles.

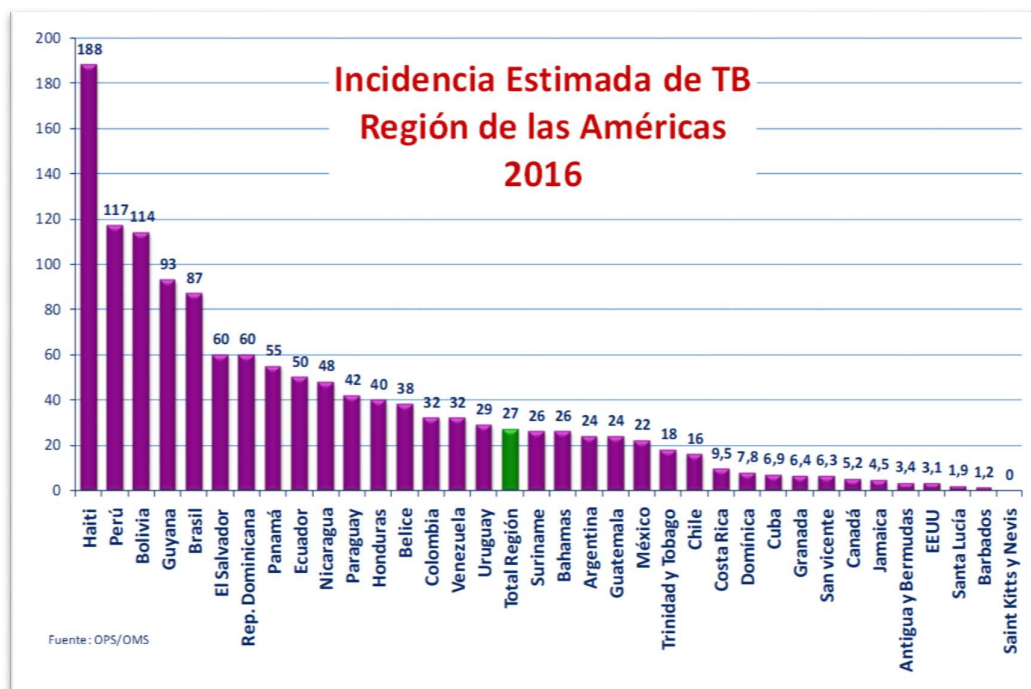
El uso inadecuado de los medicamentos de primera línea para su tratamiento está directamente relacionado con la aparición de cepas multirresistentes, definidas por la OMS, como aquellas cepas resistentes por lo menos a Rifampicina e Isoniazida. Se estima que en 2015 desarrollaron Tuberculosis multirresistente (TB-MDR) unas 480.000 personas a nivel mundial.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para el 2030 se proponen poner fin a la tuberculosis (Meta 3.3). En concreto, se aspira a un 95 % de reducción de las muertes, comparado con 2015 y a un 90 % de reducción de la incidencia de TB (<10/100.000).

TABLA 1: INCIDENCIA TB 2016 SEGÚN REGIONES OMS. FUENTE: OPS/OMS

Región	N° Casos (miles)	Incidencia (tasa por 100.000)	Solo TB/VIH+ (tasa por 100.000)	Incidencia TB-MDR/RR (tasa por 100.000)
Américas	268	27	3.2	1.1
Europa	323	36	3.0	14.0
Pacífico Oeste	1590	86	1.8	5.5
Mediterráneo Este	749	116	2.0	6.0
Sudeste Asiático	4740	246	12.0	10.0
África	2720	275	84.0	11.0

GRÁFICO 1: INCIDENCIA ESTIMADA DE TB REGIÓN DE LAS AMÉRICAS 2016. FUENTE: OPS/OMS



En las Américas, a partir de 1990, se observa una tendencia al descenso de la incidencia y prevalencia de la TB. Según OPS/OMS, la incidencia estimada de TB en las Américas en 2016 es 27/100.000. En la región, el país con mayor incidencia es Haití, mientras que se destaca Saint Kitts y Nevis (San Cristóbal y Nieves) con una presencia nula de TB.

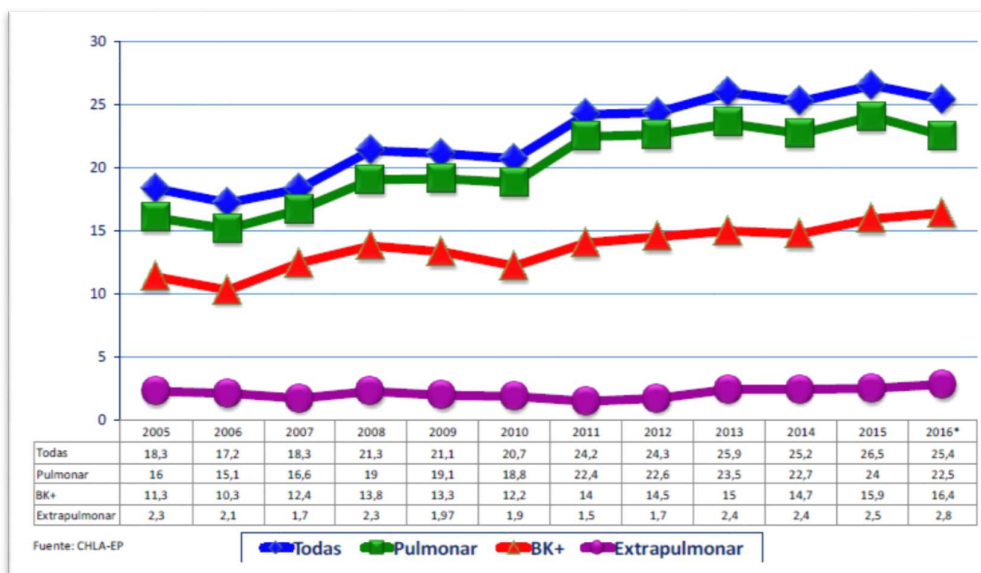
Uruguay se sitúa con una incidencia similar al promedio de la región, no alcanzando las cifras de los países considerados de «baja incidencia».

Desde 1980 se produce en Uruguay un descenso progresivo y notorio de la incidencia de la TB producto de las acciones efectivas del PNT y de la aplicación extensa de la estrategia DOTS, llegando en el 2005 a una tasa de 18,3/100.000 habitantes. Situado en ese momento dentro del grupo de países de América Latina con baja prevalencia, logrando importantes expectativas respecto a la eliminación de la enfermedad como problema de la salud pública.

Sin embargo, a partir de esa fecha, la tendencia se revierte y se alcanza una meseta que implica: por un lado, bajas expectativas respecto al control de la enfermedad y, por otro, una persistencia de la infección tuberculosa en la población y el consiguiente riesgo de aumento de los casos en el futuro.

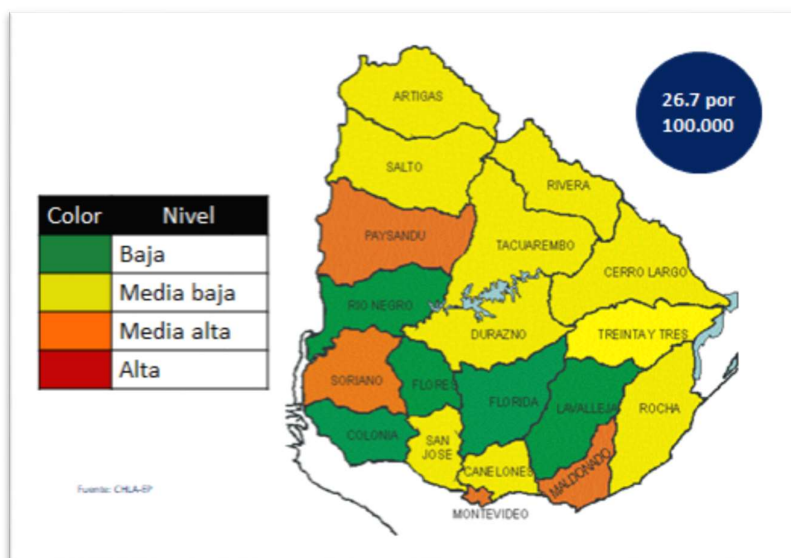
En efecto, en los últimos diez años el país ha experimentado un aumento sostenido de la incidencia de TB, pasando de 18,3/100.000h en 2005, a 26,7/100.000h en 2017 en todo el país (más del 40 % de aumento).

GRÁFICO 2: INCIDENCIA DE TB URUGUAY 2005-2016 (CIFRAS PROVISORIAS). FUENTE: CHLA-EP



Algunos departamentos presentan tasas aún más elevadas, entre los que se encuentran Montevideo (38,1), Soriano (32,3), Maldonado (29,9) y Paysandú (27,7). El total de casos por departamento continúa mostrando cifras más altas en grandes ciudades en relación al total del país (mayor población en situación vulnerable).

GRÁFICO 3: INCIDENCIA DE TB URUGUAY 2017 POR DEPARTAMENTO. FUENTE: CHLA-EP



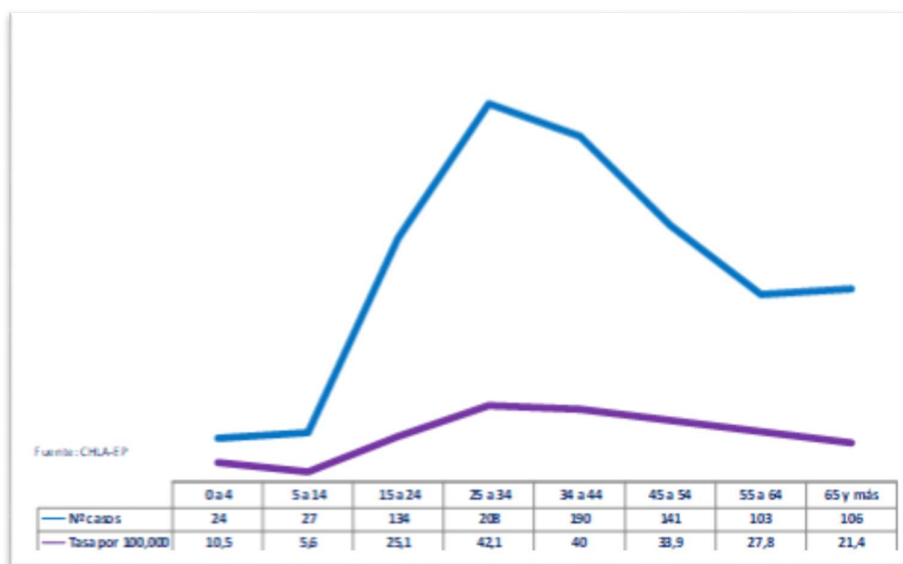
La misma situación se presenta cuando se estudia la distribución de los casos pulmonares bacilíferos, siendo destacable la situación del departamento de Maldonado, el cual supera las tasas de Montevideo. Los casos de TB en Montevideo continúan predominando en los municipios con poblaciones más desfavorecidas. La tasa de TB es alta en los Municipios A y D, coincidiendo

con los municipios donde el porcentaje de hogares por debajo de la línea de pobreza también es de los más altos.

Si se analiza la incidencia de TB por grupos etarios, se observa un incremento para la franja que va de los 25 a 34 años de edad, mientras que la menor incidencia se encuentra en la franja etaria que va de los 5 a los 14 años. Es notorio que la mayor cantidad de casos se presenta en personas jóvenes y en la población en edad laboral activa: entre los 15 y 54 años. La TB en edades pediátricas continúa en cifras elevadas. Los menores de 14 años constituyen el 14,1 % del total y el 50 % de estos son menores de 4 años.

Esta situación muestra una importante transmisibilidad de esta infección debida, seguramente, a una no captación precoz de los enfermos bacilíferos, aumentando el tiempo de contagio. Si bien se han tomado medidas para incrementar el control de los contactos convivientes a menores de 15 años de edad, estas acciones no han impactado aún en las cifras.

GRÁFICO 4: INCIDENCIA DE TB URUGUAY 2017 POR EDADES (CIFRAS PROVISORIAS). FUENTE: CHLA-EP

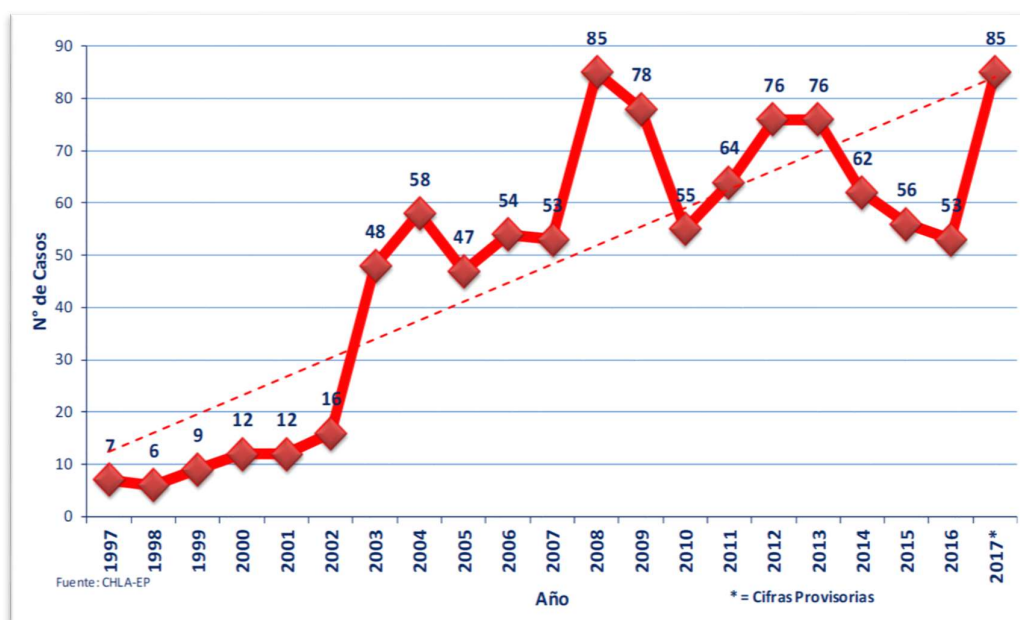


Respecto a la presencia de la enfermedad según el sector de salud al cual pertenezca el paciente, se observa que en 2017 predomina una tasa mayor (más del doble) en el sector público (69 %) que en el sector privado (31 %). Estas cifras evidencian que la TB no es solo un problema de usuarios de ASSE (aunque predominan claramente), sino que afecta también a usuarios del sistema privado.

Si se analiza la incidencia de la TB en grupos de riesgo, se observa que influyen particularmente los pacientes VIH y pacientes en reclusión (mayoría entre 15 y 50 años). Como es de esperar las poblaciones con mayor riesgo, presentan tasas sustancialmente más altas; las personas privadas de libertad presentan una tasa de 754.4/100.000h, las personas con VIH 1209/100.000h y los contactos convivientes 1703/100.000h. Con relación a este último punto, la quimioprofilaxis a los contactos logra realizarse en el 40 % de los casos.

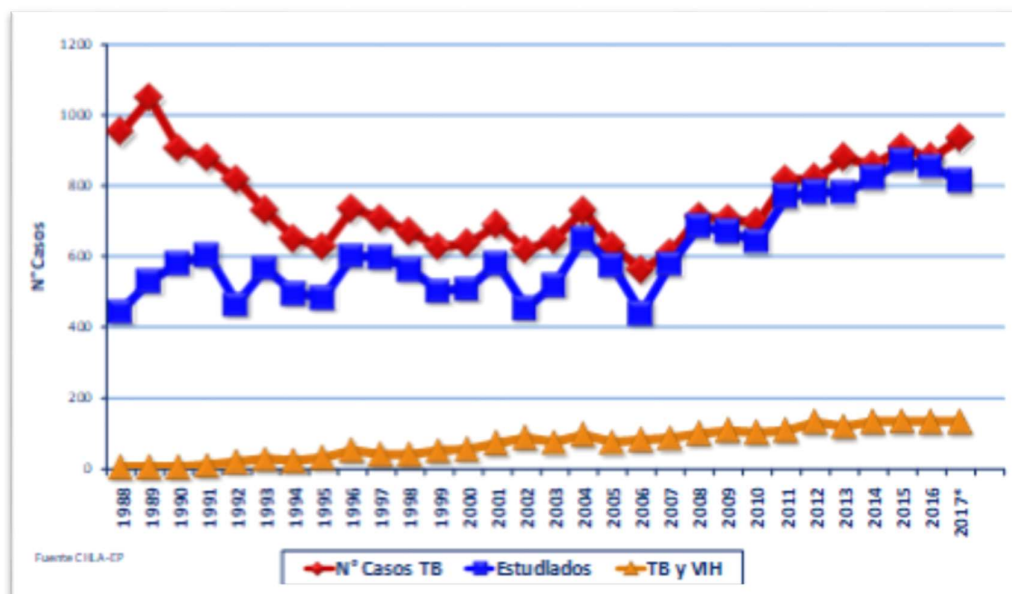
En cuanto a las cifras en la población en reclusión, si bien se observa que hubo un incremento en el último año (desde el 2016 al 2017), se debe tener cuidado al analizar la curva. El descenso que muestra (del 2013 al 2016) se relaciona en realidad a la no búsqueda de casos. Recién en octubre de 2016 se logró comenzar el *screening* radiológico cuyos resultados muestran esta realidad.

GRÁFICO 5: CASOS DE TB EN ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN URUGUAY 1997-2017 (CIFRAS PROVISORIAS). FUENTE: CHLA-EP



Como puede observarse respecto a coinfección TB-VIH, en los últimos años se registra un incremento sostenido de presencia de TB, así como de TB y VIH.

GRÁFICO 6: CO-INFECCIÓN TB – VIH 1988-2017 (CIFRAS PROVISORIAS). FUENTE: CHLA-EP



Por último, respecto a la evaluación del tratamiento antituberculoso en 2015 se registran, 76,6 % de casos exitosos, 7,3 % de abandonos y 10,9 % de personas fallecidas. Para el 2017, la tasa de mortalidad por TB es de 2,40 cada 100.000 habitantes según cifras de la CHLA-EP.

Este cambio epidemiológico de la TB en nuestro país requiere redireccionar las acciones para reducir la incidencia y prevalencia de la TBC, mejorar cifras de éxito en el tratamiento, de los abandonos, de mortalidad y letalidad. Para ello es necesario mejorar la detección oportuna de casos de TB en los grupos de riesgo, la detección de contactos y la Quimioprofilaxis, la accesibilidad y adherencia de la población al tratamiento antituberculoso, la intensificación de las acciones en la población pediátrica y la vigilancia y prevención del aumento de la resistencia microbiana.

La situación descrita impone algunos desafíos particulares a la institución, dentro de los que se encuentra la adecuación del PNC-TB a esta nueva situación, integrando a todos los niveles de atención con prioridad del primer nivel. Esta revisión y actualización abarcará, entre otros, aspectos teórico-conceptuales, procedimientos, estructura y personal, sistema de información y registro (por ejemplo: *software*), y formación.

Asimismo, requiere continuar avanzando en la descentralización e integración de las acciones del Programa en el primer nivel de atención de todos los efectores del Sistema Nacional Integrado de Salud, sensibilizando y capacitando al personal de la salud sobre la TB y profundizando la transferencia de algunas tareas como por ejemplo: diagnóstico, profilaxis y seguimiento de contactos.

La información y capacitación sobre TB deberá no solamente abarcar al personal de salud, sino también a educadores, a las personas que trabajan con grupos de riesgo (PPL, consumidores de drogas, personas en situación de calle) y a la población en general, de forma de aumentar la

visibilidad de la enfermedad y la trascendencia del problema por parte de la sociedad y del propio sistema de salud.

También es fundamental continuar avanzando en las coordinaciones con los Programas involucrados con la TB (VIH-SIDA, ASSE-PPL) y contar, sin dudas, con un mayor presupuesto, al menos, durante la fase de inicio de las actividades comprendidas en el proceso de descentralización.

2.5.2. Lepra

La Lepra es una enfermedad infecciosa crónica causada por el bacilo ácido alcohol resistente (BAAR) *Micobacterium Lepra*, o Bacilo de Hansen (en honor a su descubridor) que afecta principalmente la piel, las mucosas de las vías respiratorias superiores, los nervios periféricos y los ojos, además de otras estructuras anatómicas.

Es una enfermedad eventualmente discapacitante y que es curable actualmente con el tratamiento específico poliquimioterápico (PQT), siendo de notificación obligatoria al MS.

La OMS estima una prevalencia global de 23 por 100.000 habitantes y ha propuesto la «eliminación de la Lepra como problema de salud pública», intensificando las actividades en todos los países endémicos.

Según fuentes de OMS y OPS, la situación de la lepra en las Américas al 2013 es la siguiente:

- Durante el período 2006 a 2013 hubo una disminución progresiva de los casos nuevos de Lepra, de 47.612 en 2006 a 33.084 en 2013 (reducción de 30,5 %).
- En el mismo período la prevalencia disminuyó de 0,72 por 10.000 habitantes en 2006 a 0,33 en 2013 (reducción de 54,2 %).
- Se detectaron casos nuevos en 24 de los 35 países de las Américas.
- La mayor carga de enfermedad ocurre en Brasil, en donde se informaron 31.044 casos nuevos en 2013, 93,9 % del total. En 2013 la prevalencia en este país es 1,43 por 10.000 habitantes.
- De los 33.084 casos nuevos informados en la región, 2.168 (6,6 %) tenían discapacidad grado 2. Se carece de información confiable acerca de cuántos casos fueron evaluados para determinar el grado de discapacidad, lo cual dificulta la estimación de la proporción real de casos nuevos con discapacidad grado 2.

Uruguay eliminó la Lepra a nivel nacional como un problema de salud pública en 1988, logrando de forma anticipada la meta de reducción de la prevalencia a menos de 1 caso por cada 10.000 habitantes propuesta para el año 2000 por la OMS.

En el año 1998 logró la tasa de eliminación a nivel subnacional, es decir, en todos los departamentos, siendo el primer país en América Latina en alcanzar esta meta. El número de pacientes afectados experimentó una importante disminución luego de la masiva aplicación del tratamiento con la poliquimioterapia a partir del año 1997.

Actualmente, se considera un país de endemia baja, con menos de 10 casos nuevos detectados al año.

Afortunadamente no se han presentado casos de Lepra en niños, pero en estos últimos años ha ido aumentando el porcentaje de casos multibacilares dentro de los casos nuevos y con grado de discapacidad tipo 2.

La baja prevalencia de la enfermedad en el país ha redundado en la disminución de la experticia y capacitación de los recursos humanos y por lo tanto de la sospecha clínica. Esto, junto al escaso personal que se ocupa de la búsqueda activa de casos en terreno y la falta de campañas de información a la población contribuye a su detección tardía.

Por otra parte, se evidencia una falta de seguimiento de los pacientes al alta y dificultades para la detección, control y seguimiento de contactos por parte de los médicos tratantes. El desconocimiento de los fármacos y del procedimiento para solicitarlos es un problema adicional que requiere ser atendido.

La Lepra es una enfermedad rara, desatendida, de difícil abordaje con el paciente y la familia y no suele figurar en la agenda de prioridades de atención de la comunidad sanitaria en general. Es además una infección estigmatizante, negada y el acceso a los pacientes no es sencillo.

Si bien se podría afirmar que el desafío de Uruguay es mantener los logros alcanzados, las características del país en cuanto a su desarrollo y los avances en el SNIS, hacen posible plantearse una nueva meta: «cero caso nuevo para el 2020». Esto requerirá acuerdos y nuevas actividades en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.

En este marco, la vigilancia epidemiológica es un componente sustancial. Se considera imperioso realizar una actualización de la incidencia de la Lepra en el país, que permita establecer si la situación de actual en Uruguay se debe a *silencio epidemiológico*, *silencio operacional* o a una combinación de ambos.

Otro de los desafíos es fortalecer las capacidades de los servicios de atención primaria para abordar esta enfermedad, sobre todo reforzando la capacitación del personal sanitario involucrado.

También mejorar la información de la población es fundamental para disminuir el estigma y la discriminación que sufren los afectados por la Lepra.

2.5.3. Inmunizaciones

Dentro de los países de las Américas, Uruguay se encuentra a la vanguardia en la erradicación, eliminación y control de las enfermedades prevenibles por vacunas. A su vez, el país ha sido pionero en la implementación de un registro nominal de vacunados.

La vacunación obligatoria, universal y gratuita sumada a la confianza de la mayor parte de la población en la protección que brindan las vacunas, ha hecho que las coberturas en Uruguay sean ejemplo en la región y en el mundo.

TABLA 2: COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN URUGUAY

Edad	1 Año			12 a 24 Meses			24 a 36 Meses	5 a 6 Años		
	Coberturas de Vacunación (en porcentaje)									
Vacuna	BCG	DPT-HB-Hib 3	VPI 3	PnC13V 3	SRP 1	Varicela 1	HA 2	SRP 2	Varicela 2	DPT
Departamento										
Artigas	90	88	88	93	94	94	89	92	80	92
Canelones	98	92	92	92	93	93	88	90	87	90
Cerro Largo	99	95	95	97	97	97	95	97	68	96
Colonia	99	98	98	98	98	98	97	95	93	95
Durazno	100	97	97	97	98	98	92	95	92	94
Flores	95	95	95	87	88	88	86	84	63	84
Florida	99	95	95	94	95	95	90	90	90	89
Lavalleja	100	99	99	97	97	97	96	98	97	98
Maldonado	99	96	96	95	96	96	88	93	89	91
Montevideo	98	92	92	93	94	94	88	91	90	89
Paysandú	99	96	96	94	94	94	87	93	91	92
Río Negro	100	94	94	94	94	94	88	93	81	92
Rivera	95	90	90	94	95	95	89	94	69	93
Rocha	98	94	94	92	93	93	89	94	92	93
Salto	99	95	95	94	95	95	91	93	93	92
San José	100	97	97	96	97	97	93	93	93	93
Soriano	100	96	96	97	98	98	92	90	79	89
Tacuarembó	98	96	95	95	96	96	94	94	70	95
Treinta y Tres	99	96	96	98	98	98	95	92	70	92
Sin dato	100	92	92	89	90	90	89	82	82	82
Total País	98	94	94	94	95	95	90	92	87	91

Fuente: Departamento de Inmunizaciones CHLA-EP. Fecha: 30/3/2017

La CHLA-EP ocupa un lugar destacado en el desempeño del Programa Nacional de Vacunación a través de su Departamento Operativo de Inmunizaciones.

La incorporación sucesiva de nuevas vacunas al Esquema de Vacunación en los últimos diez años ha generado algunos requerimientos específicos que la institución ha ido sorteando con distinto nivel de éxito: incremento del volumen físico necesario para almacenamiento de biológicos, mayor cantidad de unidades a ser distribuidas, aumento de las tareas de control y registro de vacunados, actualización y capacitación a vacunadores, mayor supervisión de los servicios de vacunación en todo el país.

Este aumento en la cantidad de vacunas que las personas (niños y adultos) deben recibir en forma obligatoria ha tornado necesaria la incorporación de algunos cambios en la gestión del Programa.

Respecto al registro de vacunados, se ha realizado un cambio de sistema informático utilizando actualmente el Sistema Informático Valencia (SIV). Se trata de un componente estratégico para el MS, por lo que se trabaja fuertemente para su implantación. Se ha utilizado con buenos resultados para el registro de la vacuna antigripal en la campaña 2017 y recientemente se ha implantado en todos los servicios con vacunatorios de la institución para el registro de todas las vacunas, habiéndose capacitado al personal para su uso.

No obstante, algunos usuarios del SIV aún se muestran reacios al cambio del sistema informático. El desafío es lograr que el SIV esté 100 % operativo y que otros efectores públicos y privados asuman más responsabilidades en esta actividad.

Este sistema —cuando esté totalmente operativo— evitará el uso de los registros en papel y su envío a la sede central de la CHLA-EP. Adicionalmente, permitirá incluir información que posibilitará un abordaje integral del proceso de vacunación, desde la planificación, la compra, el

seguimiento del *stock*, hasta la inoculación del biológico al usuario, con la trazabilidad de las vacunas como objetivo importante.

Sin embargo, aún persisten dificultades de acceso a los registros del SIV por parte de los responsables del Departamento Operativo de Inmunizaciones, lo que redundará en dificultades para planificar acciones, identificar niños sin vacunar y nichos de bajas coberturas, entre otras. Además, se deberá compatibilizar el SIV y el sistema que está operativo en el Laboratorio Calmette, evitando la pérdida de datos que actualmente son útiles para sus actividades (por ejemplo: *stock*, compra de medicamentos) y posibles perjuicios para disponer información de forma fácil y amigable.

En cuanto al modelo de gestión, se ha iniciado un proceso de descentralización de las actividades operativas de vacunación hacia otros prestadores públicos y privados⁹, que deberá ser profundizado. Para ello, habrá que enfrentar algunos obstáculos o desafíos. Uno de estos es lograr que los efectores a quienes se descentraliza la administración de las vacunas la realicen con la responsabilidad y el compromiso que aseguren —al menos— mantener las cifras de las coberturas actuales, sin aumento de los incidentes relacionados a la vacunación y con el máximo de rendimiento de los biológicos, sobre todo respetando la cadena de frío.

Se espera concretar acuerdos que motiven un mayor compromiso de los prestadores de salud públicos y privados para asumir esta descentralización, entendiendo que deben vacunar a todos los habitantes del Uruguay, en iguales condiciones, con personal capacitado, con horarios extendidos y en sitios amigables.

Para la CHLA-EP se presenta el desafío de fortalecer las actividades de capacitación o formación, y las tareas de monitoreo y supervisión de vacunatorios. Para potenciar su rol capacitador, deberá disponer de recursos suficientes para actividades formativas, de capacitación y actualización. Al mismo tiempo, deberá contar con personal capacitado para desarrollar las tareas de monitoreo y supervisión de todos los vacunatorios del país en lo referente a problemas de acopio de vacunas, *stock*, técnicas de vacunación, dudas sobre el sistema informático, acopio de información en óptimas condiciones y cambios en el Esquema de Vacunaciones.

Algunos funcionarios deberán reconvertirse para hacer frente a estas nuevas funciones. A nivel general, se vive un momento de incertidumbre ya que los cambios efectuados los llevan a pensar que sus puestos de trabajo corren riesgo.

El contar con el personal necesario es un tema crítico para la institución, considerando que los vacunadores de la CHLA-EP han ido disminuyendo progresivamente. Si bien el MS y ASSE están gestionando la búsqueda de estos recursos, actualmente no se dispone de suficiente cantidad de personas para enfrentar licencias, enfermedades y eventuales campañas.

Otro de los retos es que mientras se realiza la transición habrá que asegurar el correcto funcionamiento de la logística de almacenamiento y distribución de vacunas y complementar las prestaciones en sitios en los cuales se requiera.

⁹ Por ejemplo, el MS resolvió que a partir de marzo de 2018 la vacuna BCG, que en nuestro país se administra a todos los recién nacidos, pasara a ser administrada por personal de enfermería de todos los lugares (públicos y privados) en donde nacen los niños.

Por último, se visualiza la necesidad de mejorar los conocimientos de la población en cuanto a los beneficios de las vacunas, a través de estrategias de información, educación y comunicación.

2.5.4. Gestión institucional

Frente a la necesidad de mejorar la capacidad de respuesta de la institución y para cumplir con algunas directrices del MS, actualmente se encuentra impulsando un nuevo modelo de trabajo descentralizado. En este sentido, el mayor desafío es lograr la desconcentración exitosa de algunas tareas y responsabilidades (para el abordaje de la TB y en relación a la vacunación) a efectores públicos y privados del primer nivel de atención de salud.

De este modo, la institución poseedora de personal capacitado y experiente podrá dedicar mayores esfuerzos a funciones de capacitación, asesoramiento, monitoreo y supervisión de los nuevos actores que asuman responsabilidades.

Con miras a la implantación de este nuevo modelo de atención se observa a priori un bajo compromiso y resistencia de los efectores de salud públicos y privados.

Para lograr una transferencia responsable y sustentable se entiende que el proceso debe ser gradual y progresivo, basado en el apoyo al desarrollo de capacidades. Contar con socios convencidos, capacitados y responsables, es central para que la nueva forma de abordaje de la TB y de la vacunación sean exitosas.

El asumir el nuevo perfil, cometidos y encontrar una estructura adecuada a nivel país implicará un desafío importante que requerirá además de acuerdos externos, acciones de fortalecimiento institucional.

Actualmente, se observa dificultad para organizar los recursos humanos por falta de decisiones sobre la estructura final de la institución, dificultad para afrontar y avizorar el cumplimiento de las tareas que se proponen (capacitar, supervisar), así como también para aceptar los cambios por parte del funcionariado.

La cantidad, calidad, funciones y distribución de los recursos humanos es un aspecto clave en la institución, así como la optimización de los procedimientos técnicos y administrativos, la mejora de la comunicación interna y una mayor articulación entre áreas de la institución de forma de coordinar recursos, personal, traslados, entre otros.

2.5.4.1. Laboratorio Bacteriológico y Laboratorio Calmette

Respecto a la infraestructura y equipamiento, las carencias más críticas se observan en los laboratorios. En particular, resulta urgente la adecuación de la planta física del Laboratorio Bacteriológico, el mantenimiento de algunos equipos y el aumento del personal técnico. Otro conjunto de aspectos críticos que se identifican son la habilitación sanitaria del Laboratorio Calmette como operador logístico de especialidades farmacéuticas de acuerdo a la normativa vigente y el aumento del espacio físico de la Unidad de Fármacos (ex Banco de Drogas).

3. Componentes del Plan Estratégico

En este capítulo se presentan los principales componentes del Plan Estratégico. Como se ha señalado anteriormente, la misión constituye el propósito o razón de ser de la institución y refleja su identidad; la visión es la declaración del futuro deseado a mediano y largo plazo para la organización; los lineamientos estratégicos son los ejes o líneas de trabajo que indican las prioridades que guían la estrategia de la organización en sus distintos niveles de planificación; los objetivos estratégicos son expresiones cualitativas de los propósitos que se formulan para materializar los lineamientos estratégicos. A partir de estos últimos se formula el Plan de Acción, el que reúne un conjunto de acciones/actividades que concretizan el PE.

El Plan Estratégico se concibe como un instrumento que facilitará la reestructura de la CHLA-EP, orientando la descentralización de sus acciones y asegurando al mismo tiempo el logro de sus cometidos en relación al control de la TB y la Lepra, al mantenimiento de las coberturas de vacunación y al logro de una asistencia de calidad.

3.1. Misión

Es responsable de asesorar al Ministerio de Salud y desarrollar políticas y estrategias nacionales para la prevención de la transmisión de la Tuberculosis, reduciendo su incidencia, prevalencia y morbimortalidad.

Promueve la coordinación y cooperación interinstitucional e interdisciplinaria para brindar una atención integral y de calidad a toda la población, y para velar por el control de la Tuberculosis, la erradicación de la Lepra y el mantenimiento de una alta cobertura de vacunación.

Capacita, asesora y supervisa el accionar de los efectores de salud en lo relativo a la Tuberculosis y en las actividades relacionadas con el Programa Nacional de Vacunación.

Es responsable de la vigilancia laboratorial de la Tuberculosis, la Lepra y las vacunas.

3.2. Visión

Ser reconocida como una institución rectora, supervisora y capacitadora, referente en Tuberculosis, Lepra y en la operativa del Programa Nacional de Vacunación.

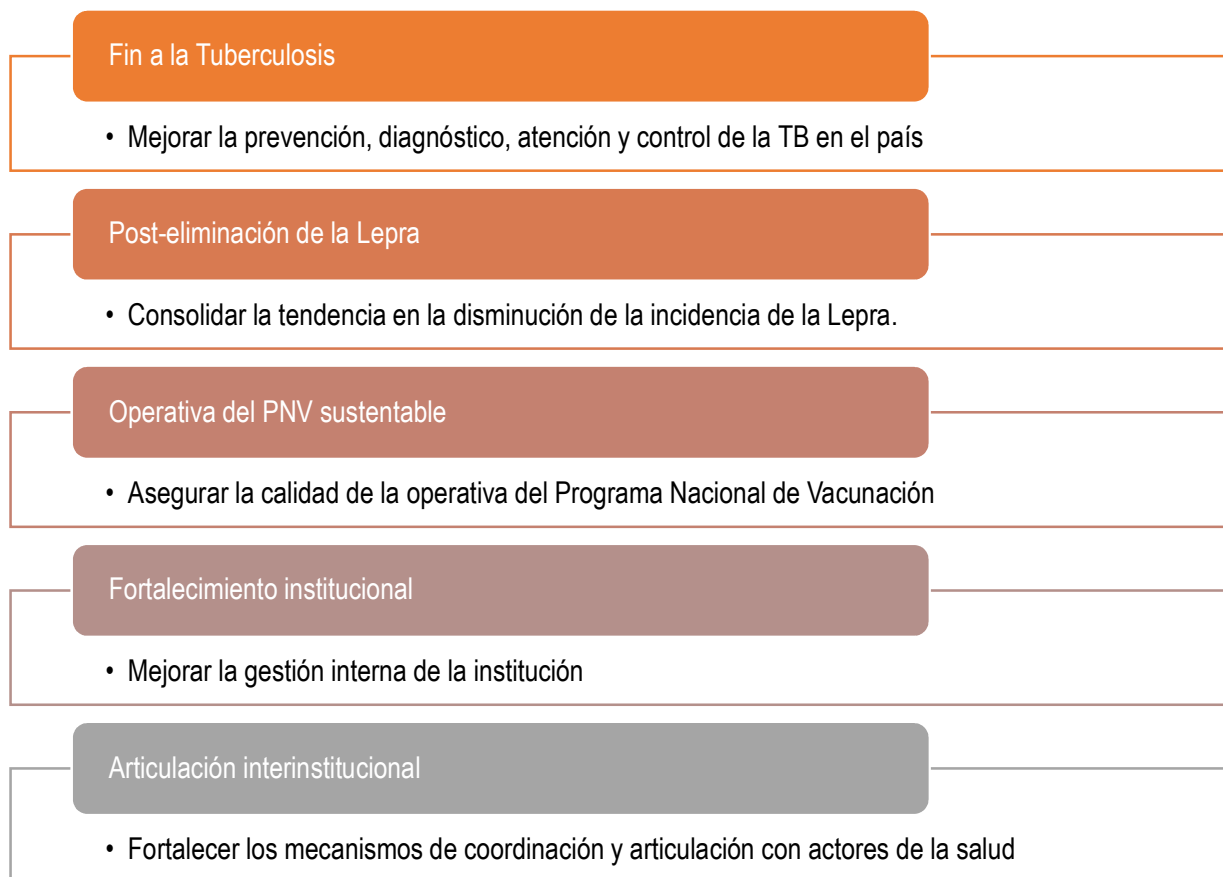
Haber implementado en forma progresiva, responsable y sustentable un modelo de atención integral y descentralizado, basado en el trabajo articulado de los efectores del SNIS.

Contar con un equipo humano experto, proactivo y comprometido con la salud de la población.

3.3. Lineamientos y objetivos estratégicos

Considerando la misión y visión definida para el período, y teniendo en cuenta el conjunto de problemas y temas críticos priorizados, se establecen los siguientes cinco ejes estratégicos o lineamientos de trabajo.

FIGURA 5: LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS 2019-2021



A continuación se detallan los objetivos estratégicos definidos para cada lineamiento de trabajo.

FIGURA 6: LINEAMIENTOS Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

FIN A LA TUBERCULOSIS	Mejorar la prevención, diagnóstico, atención y control de la TB en el país.			
	Fortalecer el rol asesor y supervisor para la atención integral de la TB.	Realizar acciones de apoyo y contingencia para la transferencia progresiva de la atención de la TB a los prestadores de salud.	Sensibilizar y fortalecer las capacidades de los efectores de salud para el abordaje integral de la TB.	Consolidar el rol de Laboratorio Nacional de Referencia en TB.
POST-ELIMINACIÓN DE LA LEPROA	Consolidar la tendencia en la disminución de la incidencia de la Lepra.			
	Fortalecer el sistema de vigilancia e información.	Reforzar la sensibilización e información de la población sobre Lepra.	Fortalecer el Programa post-eliminación de la Lepra.	
OPERATIVA DEL PNV SUSTENTABLE	Asegurar la calidad de la operativa del Programa Nacional de Vacunación.			
	Fortalecer las capacidades de los efectores de salud pública y privada para asumir las acciones de vacunación.	Consolidar el rol asesor y supervisor sobre las actividades de vacunación del país.	Regularizar, de acuerdo a las normas vigentes, el almacenamiento y la distribución de las vacunas (Laboratorio Calmette).	Reducir bolsones de baja cobertura de vacunación.
FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	Mejorar la gestión interna de la institución.			
	Fortalecer los recursos humanos.	Optimizar la infraestructura edilicia y el equipamiento técnico.	Mejorar la comunicación y los procesos internos de trabajo.	Adecuar la estructura organizacional a las nuevas funciones.
ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL	Fortalecer los mecanismos de coordinación y trabajo articulado con actores de la salud.			
	Generar espacios formales de intercambio, reflexión y coordinación.	Propiciar espacios de diálogo con organismos internacionales.	Instalar espacios de intercambio de saberes y buenas prácticas institucionales.	

3.4. Plan de Acción

En esta sección se detallan para cada objetivo estratégico las acciones o actividades previstas para el período.

Línea Estratégica 1: Mejorar la prevención, diagnóstico, atención y control de la TB en el país.

Objetivo 1.1: Fortalecer el rol asesor y supervisor para la atención integral de la TB.

- 1.1.1. Creación de un plan de trabajo global (PNT central) para el seguimiento y apoyo de las tareas de detección precoz, diagnóstico, tratamiento y control de los contactos que realicen los prestadores.
- 1.1.2. Adaptar el plan de trabajo a cada departamento.
- 1.1.3. Monitoreo de la implementación del plan de trabajo por CP por parte del PNT e incorporación de ajustes.
- 1.1.4. Capacitación en supervisión para los médicos supervisores y encargados de los CP.
- 1.1.5. Elaboración de una guía para el desempeño del rol de consultante y supervisor.
- 1.1.6. Creación de un comité intersectorial local en las zonas de mayor incidencia y vulnerabilidad para el abordaje frente a casos complejos y de abandono de tratamiento.
- 1.1.7. Promover la creación de un comité de auditoría de las historias clínicas ante casos de defunciones. Supuesto: Decretos dictados por parte del MS.
- 1.1.8. Monitoreo de la distribución de medicamentos antituberculosos para la población con VIH.
- 1.1.9. Analizar los factores que inciden en la morbilidad por TB en conjunto con el programa VIH-SIDA y proponer acciones.
- 1.1.10. Creación de un grupo de trabajo transversal a la interna de la CHLA-EP para intensificar las tareas de farmacovigilancia sobre TB.
- 1.1.11. Capacitación al grupo de trabajo en farmacovigilancia.

Objetivo 1.2: Realizar acciones de apoyo y contingencia para la transferencia progresiva de la atención de la TB a los prestadores de salud.

- 1.2.1. Promover la designación de referentes departamentales e institucionales (de cada prestador) para el abordaje de la TB.
- 1.2.2. Realización de un mapeo de referentes departamentales e institucionales.
- 1.2.3. Intensificar el trabajo en red a nivel departamental y local.
- 1.2.4. Implantar el sistema informático para el registro de información sobre TB.

- 1.2.5. Monitorear y analizar datos a nivel departamental e institucional (por prestador) vinculados a la atención de TB.
- 1.2.6. Identificar las dificultades de los prestadores para la ejecución de funciones y sistematizarlas.
- 1.2.7. Dimensionar las tareas que la CHLA-EP deba asumir para la continuidad del programa de TB en las situaciones que los prestadores no las realicen y estimar el presupuesto.

Objetivo 1.3: Sensibilizar y fortalecer las capacidades de los efectores de salud para el abordaje integral de la TB

- 1.3.1. Realización de talleres de sensibilización sobre la importancia de la búsqueda de sintomáticos respiratorios dirigidos al personal de salud en general.
- 1.3.2. Capacitación al personal de salud objetivo para el diagnóstico precoz de TB.
- 1.3.3. Promover y monitorear el control de los contactos de los casos por parte de los prestadores.
- 1.3.4. Estimular el uso de las guías para el manejo de pacientes con TB.

Objetivo 1.4: Consolidar el rol de Laboratorio Nacional de Referencia en TB.

- 1.4.1. Continuar con el relevamiento de la red de laboratorios y el diagnóstico de su situación (condiciones edilicias, recursos humanos, otros).
- 1.4.2. Promover la utilización de la plataforma GenXpertR MTB/RIF para el diagnóstico por parte de los prestadores.
- 1.4.3. Impulsar la firma de un acuerdo que estipule plazos para que el LNR deje de realizar baciloscopías y GeneXpert MTB/RIF.
- 1.4.4. Estandarizar los informes de las técnicas analíticas según normas nacionales e internacionales. Supuesto: que los laboratorios ingresen la información en el TBsoft.
- 1.4.5. Promover el uso del TBsoft por parte de los prestadores para el ingreso de los resultados de las muestras. Supuesto: usuarios creados en las instituciones prestadoras.
- 1.4.6. Difundir y estimular el uso de protocolos de procedimientos de las técnicas de laboratorio y los algoritmos nacionales.
- 1.4.7. Elaborar manual nacional de baciloscopía, GeneXpert MTB/RIF y procedimientos de control de calidad y difundirlo.
- 1.4.8. Realizar la supervisión técnica del cumplimiento de las normas y procedimientos de diagnóstico para generar recomendaciones de acciones correctivas en caso necesario.
- 1.4.9. Realizar el control de calidad anual externo de las pruebas diagnósticas de los prestadores.
- 1.4.10. Monitorear el cumplimiento del recorrido de las muestras para que se garantice el cultivo a nivel central. Observaciones: prestador-CP-sistema de transporte-laboratorio.

- 1.4.11. Continuar con la vigilancia universal de las pruebas de sensibilidad a los fármacos (PSD).
- 1.4.12. Monitoreo de cepas circulantes y brotes con estudio de epidemiología molecular tales como: Miru-VNTR y secuenciación. Muestreo estadístico para conocer familias prevalentes y circulantes y 100% de los brotes reportados.
- 1.4.13. Asegurar las condiciones de bioseguridad del laboratorio.
- 1.4.14. Obtención de la habilitación del laboratorio.

Línea Estratégica 2: Consolidar la tendencia en la disminución de la incidencia en la Lepra

Objetivo 2.1: Fortalecer el sistema de vigilancia e información.

- 2.1.1. Realizar detección temprana mediante el aumento de la búsqueda activa de casos. Detección de casos enfocado en el control de contactos convivientes en los últimos 5 años.
- 2.1.2. Supervisar el diagnóstico y el alta de cada caso nuevo. Observaciones: examen clínico para verificar.
- 2.1.3. Modernizar sistema de registro (online, sistema mixto).
- 2.1.4. Georreferenciación de los casos de Lepra en el país.
- 2.1.5. Aplicación de encuesta para valorar conocimientos sobre la EH al personal del primer nivel de atención de salud de las zonas con mayor número de casos: medicina general, familiar y comunitaria, personal de enfermería.
- 2.1.6. Capacitar al personal de la CHLA-EP y del primer nivel de atención de salud para el manejo de la Lepra.
- 2.1.7. Sensibilizar a los responsables de formación de las cátedras de dermatología, neurología, otras.

Objetivo 2.2: Reforzar la sensibilización e información de la población sobre Lepra.

- 2.2.1. Elaboración y difusión de materiales informativos sobre Lepra (cartelería, video, otros).
- 2.2.2. Realización de charlas de sensibilización e información en centros asistenciales de las comunidades seleccionadas.
- 2.2.3. Actualizar la página web institucional de la CHLA-EP con información dirigida a la población general y al personal de salud sobre Lepra.

Objetivo 2.3: Fortalecer el Programa post-eliminación de la Lepra

- 2.3.1. Rediseñar el Programa post-eliminación de la Lepra según situación epidemiológica.
- 2.3.2. Establecer mecanismos de coordinación formales entre el personal de la salud y el Programa.
- 2.3.3. Incorporación de nuevos técnicos al Programa.

Línea Estratégica 3: Asegurar la calidad de la operativa del Programa Nacional de Vacunación

Objetivo 3.1: Fortalecer las capacidades de los efectores de salud pública y privada para asumir las acciones de vacunación.

- 3.1.1 Realización de talleres de sensibilización regionales destinados a efectores de salud.
- 3.1.2 Realización de talleres de capacitación.
- 3.1.3 Diseño de un Plan de formación, capacitación y actualización para vacunadores que incluya capacitación sobre Cadena de Frío.
- 3.1.4 Realización de cursos de formación de vacunadores para personal de la CHLA-EP.
- 3.1.5 Participación en el Curso de Vacunador de la Facultad de Enfermería de la UdelaR.
- 3.1.6 Actualización del manual para el vacunador.
- 3.1.7 Distribución y promoción del uso de la guía para cadena de frío y del manual del vacunador.

Objetivo 3.2: Consolidar el rol asesor y supervisor sobre las actividades de vacunación del país.

- 3.2.1 Capacitar al personal de los CP en supervisión.
- 3.2.2 Actualización del diseño de planillas para supervisores: cadena de frío y actividades de vacunación
- 3.2.3 Generación de un plan de trabajo por CP para el seguimiento, control y apoyo a las tareas de vacunación.
- 3.2.4 Monitoreo del cumplimiento del plan de trabajo de cada CP por parte del Programa Operativo de Inmunizaciones de la CHLA-EP.
- 3.2.5 Mantener las tareas de supervisión en vacunas.
- 3.2.6 Lograr que el 100% del personal de los PV y utilicen el SIV.

Objetivo 3.3: Regularizar, de acuerdo a las normas vigentes, el almacenamiento y la distribución de las vacunas (Laboratorio Calmette).

- 3.3.1 Mejoramiento de los procesos de supervisión de la cadena de frío y de las heladeras en los PV.
- 3.3.2 Evaluar la posibilidad de incorporar un software para medir en forma automática la temperatura de las heladeras en los centros de la CHLA-EP.
- 3.3.3 Obtención de habilitación del Laboratorio Calmette.

Objetivo 3.4: Reducir bolsones de baja cobertura de vacunación.

- 3.4.1 Articular con el MS para acceder a la información sobre coberturas de vacunación.
- 3.4.2 Identificación de los nichos de baja cobertura de vacunación.
- 3.4.3 Coordinación de jornadas de vacunación en zonas de baja cobertura involucrando a los prestadores del territorio.

Línea Estratégica 4: Mejorar la gestión interna de la institución.

Objetivo 4.1: Fortalecer los recursos humanos.

- 4.1.1 Evaluación de las competencias técnicas requeridas del funcionariado de la CHLA-EP.
- 4.1.2 Realización de un plan de capacitación: desempeño de tareas administrativas, mandos medios y competencias técnicas.
- 4.1.3 Capacitación al personal para implementar los planes de trabajo.

Objetivo 4.2: Optimizar la infraestructura edilicia y el equipamiento técnico.

- 4.2.1 Evaluación y mejora del equipamiento técnico (mantenimiento y adquisiciones).

Objetivo 4.3: Mejorar la comunicación y los procesos internos de trabajo.

- 4.3.1 Desarrollo de un ámbito interno de coordinación entre programas.
- 4.3.2 Incorporación de las nuevas tecnologías a las funciones.
- 4.3.3 Realización de manuales para el uso de los sistemas y registros.
- 4.3.4 Iniciar un proceso de certificación de calidad de la institución.

Objetivo 4.4: Adecuar la estructura organizacional a las nuevas funciones.

- 4.4.1 Redimensión de la plantilla de recursos humanos.
- 4.4.2 Descripción y adecuación de cargos a tareas (por ejemplo: médicos supervisores).

Objetivo 4.5: Obtener retroalimentación de las contrapartes y usuarios.

- 4.5.1 Creación de un buzón ciudadano digital que recoja las opiniones, sugerencias, consultas y demandas de la población.
- 4.5.2 Diseño e implementación de un estudio de percepción y satisfacción de los usuarios y contrapartes.

Objetivo 4.6: Propiciar la generación de conocimiento en las áreas de su expertise.

4.6.1 Incremento de las líneas de investigación e innovación (por ejemplo: resistencia antimicrobiana).

4.6.2 Participación en congresos, seminarios o jornadas.

Objetivo 4.7: Incrementar los recursos económicos.

4.7.1 Elaborar proyectos para obtener financiación extrapresupuestal.

4.7.2 Estudio sobre el impacto de la forma de asignación presupuestal en el presupuesto institucional en el período.

Línea Estratégica 5: Fortalecer los mecanismos de coordinación y trabajo articulado con actores de la salud.

Objetivo 5.1: Generar espacios formales de intercambio, reflexión y coordinación.

5.1.1 Definición de instancias de interrelación con actores priorizados: PPL, SIDA/VIH, otros.

5.1.2 Mantenimiento de un diálogo fluido con el Frente Parlamentario Tuberculosis Uruguay

5.1.3 Construcción de una red de los prestadores de salud en torno al PNV.

Objetivo 5.2: Propiciar espacios de diálogo con organismos internacionales.

5.2.1 Participación en instancias de intercambio con OPS.

5.2.2 Presentación de proyectos a «Stop TB» para la obtención de fondos.

5.2.3 Participación activa en la plataforma de colaboración de GLI (Global Laboratory Initial).

5.2.4 Realización de acciones para recibir asistencia técnica y adoptar herramientas innovadoras de la GDF (Global Drug Facility).

Objetivo 5.3: Instalar espacios de intercambio de saberes y buenas prácticas institucionales

5.3.1 Creación de foros interactivos temáticos.

5.3.2 Instrumentación de espacios de cowork en líneas específicas de trabajo.

4. Plan de Monitoreo del Plan Estratégico

La comparación entre lo planificado y ejecutado requiere de instrumentos que midan el grado de coincidencia entre lo priorizado en la fase de planificación y su realización posterior. La concordancia o no, será la evaluación tanto de la gestión como de la propia planificación.

Una vez definidos los objetivos estratégicos y las acciones/actividades para cada lineamiento, se establecen un conjunto de indicadores y metas asociadas a las actividades/acciones, a través de las cuales se podrá evaluar su grado de cumplimiento.

Un *indicador* es una variable cuantitativa o cualitativa cuya finalidad es brindar información acerca del grado de cumplimiento de una meta. Al medir el progreso hacia el logro de estas metas, funciona como una «señal de alerta» que muestra si se está trabajando en la senda correcta de acuerdo con los resultados que se espera alcanzar. En este sentido, sirve para detectar posibles desvíos y corregirlos. También podría definirse como hechos, acontecimientos o fenómenos empíricos que pueden ser medidos en forma de existencia, frecuencia, porcentaje y que reflejan la situación o evolución de una variable. Un indicador debería cumplir con los siguientes parámetros que responden a la siguiente sigla en inglés: SMART (específico, medible, alcanzable y acordado, realista y limitado en el tiempo).

Es importante señalar que el desempeño global de un servicio público es el resultado de la interacción de factores tales como: eficacia, eficiencia, calidad, desempeño presupuestario y recursos humanos.

Por su parte, la *meta* es el valor esperado del indicador para cierto período de tiempo. Una meta debe incluir la siguiente información: cuánto se quiere lograr (cantidad), qué tipo de cambio (calidad), cuándo (tiempo/plazo), dónde (ubicación) y para quién (grupo beneficiario/objetivo).

Para permitir el monitoreo del Plan pueden proporcionarse metas para diferentes momentos: finales (al finalizar todo el período del plan estratégico) o intermedias (en períodos intermedios al plan, por ejemplo: anuales). La CHLA-EP, se propone medir el cumplimiento de las acciones/actividades con una frecuencia anual (a diciembre de cada año).

Otro aspecto importante a describir al formular un indicador y su meta es la fuente de información, es decir, de dónde se obtiene la evidencia del logro de las metas. Nos dice si la información es accesible y están asociadas al valor de transparencia.

En síntesis, todo plan debe ser monitoreado con el fin de evaluar sus logros, además de poder tomar medidas correctivas durante su ejecución. Carecería de sentido elaborar herramientas de planificación que no admitan el control y su evaluación posterior.

En el presente PE se presenta un número reducido de metas e indicadores más relevantes que cumplen con el objetivo de medir y monitorear el plan durante todo el período.

Se procura establecer metas e indicadores que den cuenta de los cambios generados en la población objetivo como consecuencia del accionar institucional, así como de los principales productos, servicios y prestaciones brindadas.

4.1. Metas e indicadores

A continuación se incluye una tabla por cada lineamiento estratégico con los objetivos, actividades/acciones, metas e indicadores.

Línea Estratégica 1			
Fin a la Tuberculosis: Mejorar la prevención, diagnóstico, atención y control de la TB en el país.			
Objetivos estratégicos	Acciones/actividades	Metas	Indicadores
1.1. Fortalecer el rol asesor y supervisor para la atención integral de la TB.	1.1.1 Creación de un plan de trabajo global (PNT central) para el seguimiento y apoyo de las tareas de detección precoz, diagnóstico, tratamiento y control de los contactos que realicen los prestadores.	1.1.1.1 Plan de trabajo global creado al 30/11/2019.	1.1.1.1 Elaboración de un plan de trabajo global.
	1.1.2 Adaptar el plan de trabajo a cada departamento.	1.1.2.1 Plan de trabajo adaptado al 30/04/2020.	1.1.2.1 Adaptación de plan de trabajo a cada departamento.
	1.1.3 Monitoreo de la implementación del plan de trabajo por CP por parte del PNT e incorporación de ajustes.	1.1.3.1 Elaboración de informe semestral de avance en la implementación del plan por CP. Primer informe presentado al Departamento de TB al 30/11/2020.	1.1.3.1 N° de informes por CP presentados al Departamento de TB por año.
	1.1.4 Capacitación en supervisión para los médicos supervisores y encargados de los CP.	1.1.4.1 100% de los encargados de los CP capacitados al 30/11/2019. 1.1.4.2 75% de los médicos supervisores capacitados al 30/11/2019.	1.1.4.1 Porcentaje de encargados de los CP capacitados. 1.1.4.2 Porcentaje de médicos supervisores capacitados.
	1.1.5 Elaboración de una guía para el desempeño del rol de consultante y supervisor.	1.1.5.1 Guía para el desempeño del rol del consultante y supervisor elaborada al 30/11/2019.	1.1.5.1 Guía para el desempeño del rol del consultante y supervisor elaborada.
	1.1.6 Creación de un comité intersectorial local en las zonas de mayor incidencia y vulnerabilidad para el abordaje frente a casos complejos y de abandono de tratamiento.	1.1.6.1 Al menos 3 comités intersectoriales creados al 30/11/2021.	1.1.6.1 N° de comités intersectoriales locales creados en zonas de mayor incidencia y vulnerabilidad.
	1.1.7 Promover la creación de un comité de auditoría de las historias clínicas ante casos de defunciones. <i>Supuesto: Decretos dictados por parte del MS.</i>	1.1.7.1 Comité de auditoría de las historias clínicas ante casos de defunciones creado al 30/11/2021.	1.1.7.1 Creación de un comité de auditoría de las historias clínicas ante casos de defunciones.

	1.1.8	Monitoreo de la distribución de medicamentos antituberculosos para la población con VIH.	1.1.8.1 Elaboración de informes semestrales sobre distribución de medicamentos antituberculosos. Primer informe presentado al 30/06/2019.	1.1.8.1 N° de informes sobre distribución de medicamentos antituberculosos elaborados al año.
	1.1.9	Analizar los factores que inciden en la morbimortalidad por TB en conjunto con el programa VIH-SIDA y proponer acciones.	1.1.9.1. Un informe sobre análisis de la morbimortalidad por TB en conjunto con el programa VIH-SIDA realizado al 30/09/2020.	1.1.9.1 N° de informes de análisis de la morbimortalidad por TB realizados en conjunto con el programa VIH-SIDA.
	1.1.10	Creación de un grupo de trabajo transversal a la interna de la CHLA-EP para intensificar las tareas de farmacovigilancia sobre TB.	1.1.10.1 Grupo de trabajo creado al 30/04/2019.	1.1.10.1 Creación de un grupo de trabajo transversal para intensificar las tareas de farmacovigilancia sobre TB.
	1.1.11	Capacitación al grupo de trabajo en farmacovigilancia.	1.1.11.1 Al menos 2 instancias de capacitación al 30/11/2019.	1.1.11.1 N° de instancias de capacitación realizadas al grupo de trabajo.
1.2. Realizar acciones de apoyo y contingencia para la transferencia progresiva de la atención de la TB a los prestadores de salud.	1.2.1	Promover la designación de referentes departamentales e institucionales (de cada prestador) para el abordaje de la TB.	1.2.1.1 19 referentes departamentales designados al 30/06/2019. 1.2.1.2 75% de los prestadores departamentales con referente en TB nombrados al 30/06/2019.	1.2.1.1 N° de referentes departamentales designados. 1.2.1.2 Porcentaje de prestadores departamentales con referente en TB nombrados.
	1.2.2	Realización de un mapeo de referentes departamentales e institucionales.	1.2.2.1 Mapeo de referentes departamentales e institucionales realizado al 30/11/2019.	1.2.2.1 Creación de mapeo de referentes departamentales e institucionales.
	1.2.3	Intensificar el trabajo en red a nivel departamental y local.	1.2.3.1 Al menos 3 instancias de trabajo en red realizadas al año. Primera medición 30/11/2019.	1.2.3.1 N° de instancias de trabajo en red realizadas al año.
	1.2.4	Implantar el sistema informático para el registro de información sobre TB.	1.2.4.1 100% de los servicios de la CHLA-EP utilizan el nuevo software al 30/09/2019.	1.2.4.1 Porcentaje de servicios de la CHLA-EP que utilizan el sistema informático de tuberculosis.
	1.2.5	Monitorear y analizar datos a nivel departamental e institucional (por prestador) vinculados a la atención de TB.	1.2.5.1 Elaboración de informes semestrales de análisis de datos a nivel departamental e institucional. Primer informe presentado al 30/11/2019.	1.2.5.1 N° de informes de análisis de datos a nivel departamental e institucional elaborados al año.
	1.2.6	Identificar las dificultades de los prestadores para la ejecución de funciones y sistematizarlas.	1.2.6.1 Elaboración de informes anuales sobre dificultades de los prestadores para la ejecución de funciones. Primer informe elaborado al 30/11/2019.	1.2.6.1 N° de informes sobre dificultades de los prestadores para ejecución de funciones elaborados al año.

	1.2.7	Dimensionar las tareas que la CHLA-EP deba asumir para la continuidad del programa de TB en las situaciones que los prestadores no las realicen y estimar el presupuesto.	1.2.7.1 Elaboración de informes anuales. Primer informe elaborado al 30/11/2019.	1.2.7.1 N° de informes con tareas y presupuesto elaborados al año.
1.3 Sensibilizar y fortalecer las capacidades de los efectores de salud para el abordaje integral de la TB.	1.3.1	Realización de talleres de sensibilización sobre la importancia de la búsqueda de sintomáticos respiratorios dirigidos al personal de salud en general.	1.3.1.1 Al menos un taller realizado por departamento al 30/11/2020.	1.3.1.1 N° de talleres de sensibilización realizados por departamento.
	1.3.2	Capacitación al personal de salud objetivo para el diagnóstico precoz de TB.	1.3.2.1 80% del personal de salud objetivo capacitado al 30/06/2020.	1.3.2.1 Porcentaje del personal de salud capacitado en el diagnóstico precoz de TB.
	1.3.3	Promover y monitorear el control de los contactos de los casos por parte de los prestadores.	1.3.3.1 Al menos 5 actividades de promoción realizadas al 30/06/2020.	1.3.3.1 N° de actividades de promoción para el control de los contactos por parte de los prestadores realizadas.
			1.3.3.2 El 100% de los CP monitorean a los prestadores respecto al control de contactos al 30/11/2021.	1.3.3.2 Porcentaje de CP que monitorean a los prestadores respecto al control de contactos.
1.3.4	Estimular el uso de las guías para el manejo de pacientes con TB.	1.3.4.1. Al menos 8 actividades de promoción para el uso de las guías realizadas en los depts de mayor incidencia de TB al 30/11/2019.	1.3.4.1 N° de actividades de promoción para el uso de las guías realizadas.	
1.4. Consolidar el rol de Laboratorio Nacional de Referencia en TB.	1.4.1	Continuar con el relevamiento de la red de laboratorios y el diagnóstico de su situación (condiciones edilicias, recursos humanos, otros).	1.4.1.1 100% de los laboratorios relevados al 30/11/2021.	1.4.1.1 Porcentaje de avance en el relevamiento de la red de laboratorios y diagnóstico de su situación.
	1.4.2	Promover la utilización de la plataforma GenXpert para el diagnóstico por parte de los prestadores.	1.4.2.1 Al menos una acción de promoción por departamento realizada al 30/11/2020.	1.4.2.1 N° de acciones de promoción realizadas por departamento.
	1.4.3	Impulsar la firma de un acuerdo que estipule plazos para que el LNR deje de realizar baciloscopías y GeneXpert MTB/RIF.	1.4.3.1 Petitorio de acuerdo presentado al 30/03/2019.	1.4.3.1 Presentación de petitorio solicitando firma de acuerdo a las autoridades del MS.
	1.4.4	Estandarizar los informes de las técnicas analíticas según normas nacionales e internacionales. <i>Supuesto: que los laboratorios ingresen la información en el TBsoft.</i>	1.4.4.1 100% de los laboratorios que realizan baciloscopías y GeneXpert MTB/RIF utilizan informes estandarizados al 30/11/2019.	1.4.4.1 Porcentaje de laboratorios que realizan baciloscopías y GeneXpert MTB/RIF que utilizan informes estandarizados.
	1.4.5	Promover el uso del TBsoft por parte de los prestadores para el ingreso de los resultados de las muestras. <i>Supuesto: usuarios creados en las instituciones prestadoras.</i>	1.4.5.1 100% de las muestras de los prestadores ingresadas al TBsoft a partir del 30/09/2019.	1.4.5.1 Porcentaje de las muestras de los prestadores ingresadas al TBsoft.

1.4.6	Difundir y estimular el uso de protocolos de procedimientos de las técnicas de laboratorio y los algoritmos nacionales.	1.4.6.1 100% de los laboratorios utilizan los protocolos al 30/11/2020.	1.4.6.1 Porcentaje de laboratorios que utilizan los protocolos.
1.4.7	Elaborar manual nacional de baciloscopia, GeneXpert MTB/RIF y procedimientos de control de calidad y difundirlo.	1.4.7.1 100% de los laboratorios poseen manual al 30/11/2020.	1.4.7.1 Porcentaje de laboratorios que poseen manual.
1.4.8	Realizar la supervisión técnica del cumplimiento de las normas y procedimientos de diagnóstico para generar recomendaciones de acciones correctivas en caso necesario.	1.4.8.1 Elaborar un informe anual de supervisión técnica en donde se registren: incidentes, no conformidades y acciones correctivas. Primer informe elaborado al 30/06/2020.	1.4.8.1 N° de informes de supervisión técnica realizados al año.
1.4.9	Realizar el control de calidad anual externo de las pruebas diagnósticas de los prestadores.	1.4.9.1 Alcanzar el 95% de concordancia en los controles de calidad realizados a partir del 30/11/2019.	1.4.9.1 Porcentaje de concordancia alcanzado en los controles de calidad.
1.4.10	Monitorear el cumplimiento del recorrido de las muestras para que se garantice el cultivo a nivel central. Observaciones: prestador-CP-sistema de transporte-laboratorio.	1.4.10.1 Elaborar un informe trimestral de monitoreo del recorrido de las muestras. Primer informe elaborado al 30/09/2019.	1.4.10.1 N° de informes de monitoreo elaborados al año.
1.4.11	Continuar con la vigilancia universal de las pruebas de sensibilidad a los fármacos (PSD).	1.4.11.1 100% de los aislamientos de TB con PSD a partir del 30/06/2019.	1.4.11.1 Porcentaje de aislamientos de TB con PSD.
1.4.12	Monitoreo de cepas circulantes y brotes con estudio de epidemiología molecular tales como: Miru-VNTR y secuenciación. Muestreo estadístico para conocer familias prevalentes y circulantes y 100% de los brotes reportados.	1.4.12.1 Elaborar un informe anual de monitoreo. Primer informe elaborado al 30/11/2020.	1.4.12.1 N° de informes de monitoreo elaborados al año.
1.4.13	Asegurar las condiciones de bioseguridad del laboratorio.	1.4.13.1 40% de avance en las obras al 30/11/2019; 60% al 2021.	1.4.13.1 Porcentaje de avance en las obras de infraestructura del laboratorio.
1.4.14	Obtención de la habilitación del laboratorio.	1.4.14.1 50% de avance en la habilitación del laboratorio al 30/06/2021.	1.4.14.1 Porcentaje de avance en la habilitación del laboratorio.

Línea Estratégica 2

Post-eliminación de la Lepra: Consolidar la tendencia en la disminución de la incidencia en la Lepra

Objetivos estratégicos	Acciones/actividades	Metas	Indicadores
2.1 Fortalecer el sistema de vigilancia e información.	2.1.1 Realizar detección temprana mediante el aumento de la búsqueda activa de casos. Detección de casos enfocado en el control de contactos convivientes en los últimos 5 años.	2.1.1.1 Al menos un 85% de los contactos de casos nuevos controlados a 2021.	2.1.1.1 Porcentaje de contactos de casos nuevos sometidos a control entre el total de contactos registrados en el año de referencia.
	2.1.2 Supervisar el diagnóstico y el alta de cada caso nuevo. Observaciones: examen clínico para verificar.	2.1.2.1 Dos instancias de supervisión realizadas (en el momento de diagnóstico y en el alta) por cada caso nuevo a partir del 31/12/2019.	2.1.2.1 N° de instancias de supervisión por caso nuevo.
	2.1.3 Modernizar sistema de registro (online, sistema mixto).	2.1.3.1 Sistema de registro modernizado al 31/12/2019. Obs: Registro de contactos con nombre completo y cédula. 2.1.3.2 100% de los registros ingresados al sistema a partir del 31/07/2020.	2.1.3.1 Sistema de registro online en funcionamiento. 2.1.3.2 Porcentaje de registros ingresados al sistema.
	2.1.4 Georreferenciación de los casos de Lepra en el país.	2.1.4.1 100% de los casos georreferenciados al 2021.	2.1.4.1 Porcentaje de casos georreferenciados.
	2.1.5 Aplicación de encuesta para valorar conocimientos sobre la EH al personal del primer nivel de atención de salud de las zonas con mayor número de casos: medicina general, familiar y comunitaria, personal de enfermería.	2.1.5.1 Dos informes de resultados de las encuestas realizados en 2019 y 2021.	2.1.5.1 N° de informes de resultados de las encuestas.
	2.1.6 Capacitar al personal de la CHLA-EP y del primer nivel de atención de salud para el manejo de la Lepra.	2.1.6.1 100% del personal de la CHLA-EP capacitado en Lepra al 31/12/2019. 2.1.6.2 70% del personal capacitado en Lepra en las zonas mayor incidencia en 2019 (50% del personal del resto de las zonas en 2021).	2.1.6.1 Porcentaje del personal de la CHLA_EP capacitado. 2.1.6.2 Porcentaje de personal de salud capacitado.
	2.1.7 Sensibilizar a los responsables de formación de las cátedras de dermatología, neurología, otras.	2.1.7.1. Al menos una instancia con cada cátedra al 2021.	2.1.7.1 N° de instancias de capacitación por cátedra.
2.2 Reforzar la sensibilización e información de la población sobre Lepra.	2.2.1 Elaboración y difusión de materiales informativos sobre Lepra (cartelería, video, otros).	2.2.1.1 100% de los centros asistenciales de las comunidades seleccionadas cuentan con el material informativo al 31/12/2020.	2.2.1.1 Porcentaje de centros asistenciales de las comunidades seleccionadas que cuentan con el material informativo.
	2.2.2 Realización de charlas de sensibilización e información en	2.2.2.1 Al menos una actividad de sensibilización e información	2.2.2.1 N° de actividades realizadas en cada

	centros asistenciales de las comunidades seleccionadas.	realizada en cada comunidad seleccionada en 2021.	comunidad.
	2.2.3 Actualizar la página web institucional de la CHLA-EP con información dirigida a la población general y al personal de salud sobre Lepra.	2.2.3.1 Página web institucional de la CHLA-EP con información sobre Lepra dirigida a la población en general y al personal de salud actualizada semestralmente al 30/12/2019.	2.2.3.1. N° de actualizaciones de la información sobre Lepra que se realizan en la página web institucional al año.
2.3 Fortalecer el Programa post-eliminación de la Lepra	2.3.1 Rediseñar el Programa post-eliminación de la Lepra según situación epidemiológica.	2.3.1.1 Programa nacional elaborado y presupuestado para las actividades post eliminación de la Lepra en 2021.	2.3.1.1 Programa post-eliminación de la Lepra rediseñado.
	2.3.2 Establecer mecanismos de coordinación formales entre el personal de la salud y el Programa.	2.3.2.1 El referente del Programa considera que existen mecanismos de coordinación y tiene una valoración positiva sobre ellos en 2021.	2.3.2.1 Opinión del referente del Programa sobre los mecanismos existentes y su valoración.
	2.3.3 Incorporación de nuevos técnicos al Programa.	2.3.3.1 Equipo conformado en 2021.	2.3.3.1 RRHH asignados al Programa.

Línea Estratégica 3

Operativa del PNV sustentable: Asegurar la calidad de la operativa del Programa Nacional de Vacunación

Objetivos estratégicos	Acciones/actividades	Metas	Indicadores	
3.1 Fortalecer las capacidades de los efectores de salud pública y privada para asumir las acciones de vacunación.	3.1.1 Realización de talleres de sensibilización regionales destinados a efectores de salud (liderados por los CP).	3.1.1.1 Cuatro talleres de sensibilización regionales realizados al 30/11/2019.	3.1.1.1 N° de talleres de sensibilización regionales realizados.	
	3.1.2 Realización de talleres de capacitación.	3.1.2.1 80% de los encargados de los CP capacitados al 30/11/2019 y 100% al 30/11/2020.	3.1.2.1 Porcentaje de encargados de los CP capacitados.	
		3.1.2.2 Cuatro talleres de capacitación regionales para efectores realizados al año (2020 y 2021).	3.1.2.2 N° de talleres de capacitación regionales al año.	
	3.1.3 Diseño de un Plan de formación, capacitación y actualización para vacunadores que incluya capacitación sobre Cadena de Frío.	3.1.3.1 Plan de formación, capacitación y actualización elaborado al 30/11/2019.	3.1.3.1 Plan de capacitación y actualización.	
	3.1.4 Realización de un curso de formación de vacunadores para personal de la CHLA-EP.	3.1.4.1 Realizar un curso de formación de vacunadores cada dos años. Primer curso al 30/11/2019.	3.1.4.1 N° de cursos de formación de vacunadores realizados cada dos años.	
	3.1.5 Participación en el Curso de Vacunador de la Facultad de Enfermería de la UdelaR.	3.1.5.1 Participar en el 100% de las instancias formativas en vacunas y cadena de frío solicitadas al 30/11/2021.	3.1.5.1 Porcentaje de instancias formativas en vacunas y cadena de frío en que se participa.	
	3.1.6 Actualización del manual para el vacunador.	3.1.6.1 Manual para el vacunador actualizado al 30/09/2019.	3.1.6.1 Manual para el vacunador actualizado.	
3.2 Consolidar el rol asesor y supervisor sobre las actividades de vacunación del país.	3.1.7 Distribución y promoción del uso de la guía para cadena de frío y del manual del vacunador.	3.1.7.1 100% de PV que cuentan con la guía para la cadena de frío y el manual del vacunador al 30/11/2019.	3.1.7.1 Porcentaje de PV que cuentan con la guía para la cadena de frío y el manual del vacunador.	
	3.2.1 Capacitar al personal de los CP en supervisión.	3.2.1.1 100% del personal de los CP capacitado en supervisión al 30/11/2021.	3.2.1.1 Porcentaje de personal de los CP capacitado en supervisión.	
		3.2.2 Actualización del diseño de planillas para supervisores: cadena de frío y actividades de vacunación.	3.2.2.1 Dos planillas actualizadas y estandarizadas para supervisores al 30/11/2019.	3.2.2.1 Planilla (cadena de frío y actividades de vacunación) actualizada y estandarizada para supervisores.
	3.2.2.2 100% de los supervisores utilizan las planillas al 30/11/2019.		3.2.2.2 Porcentaje de supervisores que utilizan las planillas.	
	3.2.3 Generación de un plan de trabajo por CP para el seguimiento, control y apoyo a las tareas de vacunación.	3.2.3.1 100% de los CP cuentan con plan de trabajo al 30/06/2020.	3.2.3.1 Porcentaje de CP que cuentan con plan de trabajo.	
	3.2.4 Monitoreo del cumplimiento del plan de trabajo de cada CP por	3.2.4.1 Dos instancias de monitoreo del cumplimiento del		3.2.4.1 N° de instancias de monitoreo del

	parte del Programa Operativo de Inmunizaciones de la CHLA-EP.	plan de trabajo en cada CP al 30/11/2021.	cumplimiento del plan de trabajo de cada CP.
	3.2.5 Mantener las tareas de supervisión en vacunas.	3.2.5.1 10% de instancias de supervisión más que el valor base cada año. Primera medición al 30/11/2019.	3.2.5.1 Porcentaje de incremento de las instancias de supervisión en vacunas.
	3.2.6 Lograr que el 100% del personal de los PV y utilicen el SIV.	3.2.6.1 100% del personal de los PV y CP utilizan el SIV al 30/11/2021.	3.2.6.1 Porcentaje del personal de los PV y CP que utilizan el SIV.
3.3 Regularizar, de acuerdo a las normas vigentes, el almacenamiento y la distribución de las vacunas (Laboratorio Calmette).	3.3.1 Mejoramiento de los procesos de supervisión de la cadena de frío y de las heladeras en los PV.	3.3.1.1 10% más de supervisiones de la cadena de frío y de las heladeras que la línea de base cada año. Primera medición al 30/11/2019.	3.3.1.1 Porcentaje de incremento de las supervisiones de la cadena de frío y de las heladeras en el período según protocolo.
	3.3.2 Evaluar la posibilidad de incorporar un software para medir en forma automática la temperatura de las heladeras en los centros de la CHLA-EP.	3.3.2.1 Al menos 3 propuestas evaluadas al 30/11/2020.	3.3.2.1 N° de propuestas evaluadas.
	3.3.3. Obtención de habilitación del Laboratorio Calmette.	3.3.3.1 50% de avance en el proceso de habilitación del Laboratorio Calmette al 30/11/2021.	3.3.3.1 Porcentaje de avance en el proceso de habilitación del Laboratorio Calmette.
3.4 Reducir bolsones de baja cobertura de vacunación.	3.4.1 Articular con el MS para acceder a la información sobre coberturas de vacunación.	3.4.1.1 Un acuerdo de acceso a los registros formalizado con el MS al 30/09/2019.	3.4.1.1. Acuerdo de acceso a los registros formalizado con el MS.
	3.4.2 Identificación de los nichos de baja cobertura de vacunación.	3.4.2.1 Un mapeo de los nichos de baja cobertura de vacunación realizado al año. Primer mapeo realizado al 30/11/2019.	3.4.2.1 Mapeos de los nichos de baja cobertura de vacunación realizados al año.
	3.4.3 Coordinación de jornadas de vacunación en zonas de baja cobertura involucrando a los prestadores del territorio.	3.4.3.1 Cinco jornadas de vacunación en zonas de baja cobertura realizadas al año. Primera medición al 30/11/2019.	3.4.3.1 N° de jornadas de vacunación en zonas de baja cobertura realizadas al año.

Línea Estratégica 4

Fortalecimiento institucional: Mejorar la gestión interna de la institución.

Objetivos estratégicos	Acciones/actividades	Metas	Indicadores
4.1 Fortalecer los recursos humanos.	4.1.1 Evaluación de las competencias técnicas requeridas del funcionariado de la CHLA-EP.	4.1.1.1 Un informe de relevamiento de competencias técnicas requeridas del funcionariado elaborado al 30/11/2019.	4.1.1.1 Informe de competencias técnicas requeridas del funcionariado.
	4.1.2. Realización de un plan de capacitación: desempeño de tareas administrativas, mandos medios y competencias técnicas.	4.1.2.1 Un plan de capacitación diseñado al 30/06/2020.	4.1.2.1 Plan de capacitación diseñado.
	4.1.3. Capacitación al personal para implementar los planes de trabajo.	4.1.3.1 50% del personal del área administrativa capacitado al 30/11/2020; 50% del personal del área técnico-profesional capacitado al 30/06/2021. 4.1.3.2 100% del funcionariado de los CP capacitados al 30/06/2020.	4.1.3.1 Porcentaje de funcionarios de cada área capacitados. 4.1.3.2 Porcentaje de funcionarios de los CP capacitados.
4.2 Optimizar la infraestructura edilicia y el equipamiento técnico.	4.2.1 Evaluación y mejora del equipamiento técnico (mantenimiento y adquisiciones).	4.2.1.1 Relevamiento de las necesidades de mantenimiento o incorporación de equipamiento tecnológico realizado al 31/5/2019. 4.2.1.2 50% del equipamiento técnico con mantenimiento realizado al 30/11/2021. 4.2.1.3 50% del equipamiento técnico identificado como necesario adquirido al 30/11/2021.	4.2.1.1 Relevamiento de las necesidades de mantenimiento/incorporación de equipamiento tecnológico realizado. 4.2.1.2 Porcentaje de equipamiento técnico con mantenimiento realizado. 4.2.1.3 Porcentaje de equipamiento técnico identificado como necesario adquirido.
4.3 Mejorar la comunicación y los procesos internos de trabajo.	4.3.1 Desarrollo de un ámbito interno de coordinación entre programas.	4.3.1.1 Realizar al menos seis reuniones al año. Primera medición al 31/12/2019.	4.3.1.1 N° de reuniones del ámbito de coordinación entre programas realizadas al año.
	4.3.2 Incorporación de las nuevas tecnologías a las funciones.	4.3.2.1 50% de los funcionarios utilizan correo institucional al 30/11/2019; 75% al 30/11/2020 y 100% al 30/11/2021. 4.3.2.2 El 70% de las consultas que se reciben por la web se responden en menos de 7 días al 30/11/2020.	4.3.2.1 Porcentaje de funcionarios que usan casilla de correo institucional. 4.3.2.2 Porcentaje de consultas web que se responden en menos de 7 días.
	4.3.3 Realización de manuales para el uso de los sistemas y registros.	4.3.3.1 Elaboración de primera versión de cada uno de los manuales que se requieren al 30/11/2019. 4.3.3.2 Actualización del 100% de los manuales al 30/11/2021.	4.3.3.1 N° de manuales informáticos realizados y disponibles en la web. 4.3.3.2 Porcentaje de manuales actualizados.

	4.3.4	Iniciar un proceso de certificación de calidad de la institución.	4.3.4.1 30% de avance en el proceso de certificación de calidad en algún área de la institución al 30/12/2021.	4.3.4.1 Porcentaje de avance en el proceso de certificación de calidad de algún área de la institución.
4.4 Adecuar la estructura organizacional a las nuevas funciones.	4.4.1	Redimensión de la plantilla de recursos humanos.	4.4.1.1 Plantilla de recursos humanos del área administrativa redimensionada al 30/06/2019; plantilla de recursos humanos del área técnico y profesional redimensionada al 31/12/2020.	4.4.1.1 Redimensionado de la plantilla de RR.HH. de cada área elaborado.
	4.4.2	Descripción y adecuación de cargos a tareas (por ejemplo: médicos supervisores).	4.4.2.1 100% de los cargos descriptos y adecuados a las tareas al 30/11/2020.	4.4.2.1 Porcentaje de cargos descriptos y adecuados a las tareas.
4.5 Obtener retroalimentación de las contrapartes y usuarios.	4.5.1	Creación de un buzón ciudadano digital que recoja las opiniones, sugerencias, consultas y demandas de la población.	4.5.1.1 Buzón ciudadano creado en la web institucional al 30/11/2019.	4.5.1.1 N° de "entradas" registradas en el buzón ciudadano digital.
	4.5.2	Diseño e implementación de un estudio de percepción y satisfacción de los usuarios y contrapartes.	4.5.2.1 Un estudio realizado al 30/09/2020.	4.5.2.1 Informe del estudio de percepción y satisfacción de los usuarios y contrapartes.
4.6 Propiciar la generación de conocimiento en las áreas de su <i>expertise</i> .	4.6.1	Incremento de las líneas de investigación e innovación (por ejemplo: resistencia antimicrobiana).	4.6.1.1 Dos líneas de investigación e innovación desarrolladas al 31/12/2021.	4.6.1.1 N° de líneas de investigación e innovación desarrolladas.
	4.6.2	Participación en congresos, seminarios o jornadas.	4.6.2.1 Seis exposiciones técnicas en congresos, seminarios o jornadas al año a partir del 2019.	4.6.2.1 N° de exposiciones técnicas en congresos, seminarios o jornadas al año.
4.7 Incrementar los recursos económicos.	4.7.1	Elaborar proyectos para obtener financiación extrapresupuestal.	4.7.1.1 Un proyecto elaborado y presentado al año a partir del 2020.	4.7.1.1 N° de proyectos elaborados y presentados al año.
	4.7.2	Estudio sobre el impacto de la forma de asignación presupuestal en el presupuesto institucional en el período.	4.7.2.1 Proyecto presentado para incorporar cambio en la forma de asignación presupuestal al 30/06/2020.	4.7.2.1 Presentación de proyecto para incorporar cambio en la forma de asignación presupuestal.

Línea Estratégica 5			
Articulación interinstitucional: Fortalecer los mecanismos de coordinación y trabajo articulado con actores de la salud.			
Objetivos estratégicos	Acciones/actividades	Metas	Indicadores
5.1 Generar espacios formales de intercambio, reflexión y coordinación.	5.1.1 Definición de instancias de interrelación con actores priorizados: PPL, SIDA/VIH, otros.	5.1.1.1 Mantener al menos una reunión de coordinación formal con cada uno de los grupos priorizados al 30/11/2021.	5.1.1.1 N° de reuniones de coordinación formales mantenidas.
	5.1.2 Mantenimiento de un diálogo fluido con el Frente Parlamentario Tuberculosis Uruguay.	5.1.2.1 Mantener al menos 1 instancia consultiva anual con el FPTB Uy a partir del 2019.	5.1.2.1 N° de instancias consultivas con el FPTB Uy mantenidas al año.
	5.1.3 Construcción de una red de los prestadores de salud en torno al PNV.	5.1.3.1 Red de prestadores de salud creada en torno al PNV al 31/12/2019.	5.1.3.1 Creación de una red de prestadores de salud en torno al PNV.
5.2 Propiciar espacios de diálogo con organismos internacionales.	5.2.1 Participación en instancias de intercambio con OPS.	5.2.1.1 Participación en al menos una instancia anual de intercambio con OPS a partir del 2019.	5.2.1.1 N° de instancias de intercambio con OPS en las que se participa al año.
	5.2.2 Presentación de proyectos a «Stop TB» para la obtención de fondos.	5.2.2.1 Al menos un proyecto presentado a «Stop TB» para obtención de fondos al 30/06/2020.	5.2.2.1 N° de proyectos presentados a «Stop TB» para la obtención de fondos.
	5.2.3 Participación activa en la plataforma de colaboración de GLI (Global Laboratory Initial).	5.2.3.1 Participación en al menos dos instancias al año a partir de 2019.	5.2.3.1 N° de instancias en las que se participa.
	5.2.4 Realización de acciones para recibir asistencia técnica y adoptar herramientas innovadoras de la GDF (Global Drug Facility).	5.2.4.1 Al menos dos solicitudes de asistencias técnicas al 30/08/2021.	5.2.4.1 N° de asistencias técnicas solicitadas.
5.3 Instalar espacios de intercambio de saberes y buenas prácticas institucionales.	5.3.1 Creación de foros interactivos temáticos.	5.3.1.1. Tener al menos 2 foros interactivos temáticos al 30/11/2021.	5.3.1.1 N° de foros interactivos temáticos.
	5.3.2 Instrumentación de espacios de cowork en líneas específicas de trabajo.	5.3.2.1 Establecer al menos una línea específica de trabajo en espacios de cowork al 30/06/2021.	5.3.2.1 N° de espacios de cowork en alguna línea de trabajo específica.

4.2. Calendarización de las metas al año

A continuación se detalla la calendarización de las metas para cada año.

Metas 2019	Meses												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1.1.1.1 Plan de trabajo global creado al 30/11/2019													
1.1.4.1 100% de los encargados capacitados al 30/11/2019													
1.1.4.2 75% de los médicos supervisores capacitados al 30/11/2019													
1.1.5.1 Guía para el desempeño del rol del consultante y supervisor elaborada y presentada al 30/11/2019													
1.1.8.1 Elaboración de informes semestrales sobre distribución de medicamentos antituberculosos. Primer informe presentado al 30/06/2019; segundo informe presentado al 30/12/2019.													
1.1.10.1 Grupo de trabajo transversal a la interna de la CHLA-EP creado al 30/04/2019.													
1.1.11.1 Al menos 2 instancias de capacitación al grupo de trabajo de farmacovigilancia al 30/11/2019.													
1.2.1.1. 19 referentes departamentales designados al 30/06/2019.													
1.2.1.2 75% de los prestadores departamentales con referente en TB nombrados al 30/06/2019.													
1.2.2.1 Mapeo realizado al 30/11/2019.													
1.2.3.1 Al menos 3 instancias de trabajo en red realizadas al año. Primera medición 30/11/2019.													
1.2.4.1 100% de los servicios de la CHLA-EP utilizando el nuevo software al 30/09/2019.													
1.2.5.1 Elaboración de informes semestrales de análisis de datos a nivel departamental e institucional. Primer informe presentado al 30/11/2019.													
1.2.6.1 Elaboración de informes anuales sobre dificultades de los prestadores para la ejecución de funciones. Primer informe elaborado al 30/11/2019.													

4.6.2.1. Seis exposiciones técnicas en congresos, seminarios o jornadas al año a partir del 31/12/2019.													
5.1.2.1 Mantener al menos 1 instancia consultiva anual con el FPTB Uy a partir del 2019.													
5.1.3.1 Red con prestadores de salud creada en torno al PNV al 31/12/2019.													
5.2.1.1 Participación en al menos una instancia anual de intercambio con OPS a partir del 31/12/2019.													
5.2.3.1 Participación en al menos dos instancias al año a partir de 2019.													

Metas 2020	Meses												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1.1.2.1 Plan de trabajo adaptado al 30/04/2020													
1.1.3.1 Elaboración de informe semestral de avance en la implementación del plan por CP. Primer informe presentado al Departamento de TB al 30/11/2020.													
1.1.8.1 Elaboración de informes semestrales sobre distribución de medicamentos antituberculosos. Tercer y cuarto informe presentado al 30/06/2020 y 31/12/2020.													
1.1.9.1. Un informe sobre análisis de la morbilidad por TB en conjunto con el programa VIH-SIDA realizado al 30/09/2020													
1.2.3.1 Al menos 3 instancias de trabajo en red realizadas al año. Segunda medición 30/11/2020.													
1.2.5.1 Elaboración de informes semestrales de análisis de datos a nivel departamental e institucional. Segundo informe presentado al 30/11/2020.													
1.2.6.1 Elaboración de informes anuales sobre dificultades de los prestadores para la ejecución de funciones. Segundo informe elaborado al 30/11/2020.													
1.2.7.1 Elaboración de informes anuales. Segundo informe elaborado al 30/11/2020.													
1.3.1.1 Al menos un taller realizado por departamento al 30/11/2020.													
1.3.2.1 80% del personal de salud objetivo capacitado al 30/06/2020.													

Metas 2021	Meses												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1.1.3.1 Elaboración de informe semestral de avance en la implementación del plan por CP. Informes presentados al Departamento de TB al 30/05/2021 y 30/11/2021.													
1.1.6.1 Al menos 3 comités intersectoriales creados al 30/11/2021.													
1.1.7.1 Comité de auditoría de las historias clínicas ante casos de defunciones creado al 30/11/2021.													
1.1.8.1 Elaboración de informes semestrales sobre distribución de medicamentos antituberculosos. Informes presentados al 30/06/2021 y 30/12/2021.													
1.2.3.1 Al menos 3 instancias de trabajo en red realizadas al año. Tercera medición 30/11/2021.													
1.2.5.1 Elaboración de informes semestrales de análisis de datos a nivel departamental e institucional. Informes presentados al 31/05/2021 y 30/11/2021.													
1.2.6.1 Elaboración de informes anuales sobre dificultades de los prestadores para la ejecución de funciones. Tercer informe elaborado al 30/11/2021.													
1.2.7.1 Elaboración de informes anuales. Tercer informe elaborado al 30/11/2021.													
1.3.3.2 El 100% de los CP monitorean a los prestadores respecto al control de contactos al 30/11/2021.													
1.4.1.1 100% de los laboratorios relevados al 30/11/2021.													
1.4.8.1 Elaborar un informe anual de supervisión técnica en donde se registren: incidentes, no conformidades y acciones correctivas. Segundo informe elaborado al 30/06/2021.													
1.4.9.1 Alcanzar el 95% de concordancia en los controles de calidad realizados al 30/11/2021.													
1.4.10.1 Elaborar un informe trimestral de monitoreo del recorrido de las muestras: Informes elaborados al 30/03/2021; 30/06/2021; 30/09/2021 y 31/12/2021.													
1.4.12.1 Elaborar un informe anual de monitoreo. Segundo informe elaborado al 30/11/2021.													
1.4.13.1 60% de avance en las obras de bioseguridad del laboratorio al 30/11/2021.													

5. Planificación presupuestal

En el actual período de gobierno, la CHLA-EP tiene asignado un presupuesto anual de \$ 192:000.000 (pesos uruguayos ciento noventa y dos millones), y cada año recibe asistencia financiera por parte del MEF para cubrir sus obligaciones.

TABLA 3: ASISTENCIA FINANCIERA RECIBIDA DEL MEF 2015-2017

2015	2016	2017
\$ 56:000.000	\$ 37:339.348	\$ 55:236.645

Fuente: Dirección Ejecutiva Administrativa CHLA-EP. Fecha: 22/8/2018

La asistencia financiera que recibe anualmente es un monto desconocido a priori por la institución, lo cual hace incierto el cumplimiento de sus objetivos. Para mantener sus objetivos principales y sus obligaciones emergentes, habitualmente ha reducido los recursos aplicables a inversiones y mantenimiento de inmuebles (cuya propiedad es del MS).

TABLA 4: ESTRUCTURA DE GASTOS DE LA CHLA-EP 2015-2017

	2015	2016	2017
Remuneraciones	81%	78%	78%
Gastos y Servicios	18%	21%	21%
Inversiones	1%	1%	1%

Fuente: Dirección Ejecutiva Administrativa CHLA-EP. Fecha: 22/8/2018

Para el año 2018 el presupuesto real de la CHLA-EP rondará los \$ 300:000.000 (pesos uruguayos trescientos millones). Dicho presupuesto permite una renovación parcial del equipamiento necesario del Laboratorio Bacteriológico, pero es claramente insuficiente para realizar las reformas indispensables que vienen siendo fuertemente recomendadas por la OPS a través de los asesores internacionales que han visitado el laboratorio.

Para contemplar la inversión básica necesaria del Laboratorio Bacteriológico (sin el planteo de reforma sustancial ya sea en la sede central o su traslado a otro laboratorio), más las inversiones postergadas de mantenimiento del Laboratorio Calmette, el apoyo a todas las actividades de descentralización planteadas en el presente PE y considerando un IPC anual del 8% según las expectativas publicadas por el Banco Central del Uruguay, el presupuesto anual proyectado para los próximos años sería el siguiente:

TABLA 5: PRESUPUESTO ANUAL PROYECTADO CHLA-EP 2019-2021(PARTIDAS ORDINARIAS)

	2019	2020	2021
1. Presupuesto Histórico + 8% anual de IPC esperado	\$ 324:000.000	\$ 349:920.000	\$ 377:913.600
2. Descentralización TB-Inmunizaciones	\$ 637.500	\$ 637.500	\$ 637.500
3. Inversiones en laboratorios	\$ 3:000.000	\$ 3:000.000	\$ 3:000.000
4. Presupuesto Ajustado	\$ 327:637.500	\$ 353:557.500	\$ 381:551.100

Fuente: Dirección Ejecutiva Administrativa CHLA-EP. Fecha: 22/8/2018

Los objetivos que se plantea la institución respecto al tema presupuestal son:

En las partidas ordinarias.

1. Contar con un presupuesto que se actualice año a año con un criterio cierto (IPC del año anterior), a los efectos de poder prever y planificar los gastos e inversiones con mayor veracidad. (Punto 1 de la TABLA 5)
2. Tener una partida presupuestal asignada para la capacitación prevista en la descentralización (para capacitadores y capacitados), para el monitoreo y seguimiento de los controles que deberá mantener la CHLA-EP. Se estima para ello un monto que contempla 24 capacitaciones anuales. (Punto 2 de la TABLA 5)
3. Disponer de una partida que permita todos los años renovar o reparar el equipamiento técnico de los laboratorios, y el mantenimiento de los edificios. (Punto 3 de la TABLA 5)

En partidas extraordinarias.

- Obtener el apoyo del MS para financiar junto al MEF la reforma del Laboratorio Bacteriológico de acuerdo a las recomendaciones de la OPS, cuidando las medidas de bioseguridad necesarias y cumpliendo con los estándares propios de un laboratorio de referencia nacional. La reforma así recomendada tiene un costo aproximado de \$ 29:000.000 (U\$S 900.000).

Fuente: Presupuesto elaborado por asesores externos.

- Con el fin de mejorar el tiempo de diagnóstico de la infección —recomendación principal de OPS para eliminar la TB— se necesita la adquisición de 4 equipos X-pert, que serán distribuidos atendiendo el plan de descentralización y cuyo costo es de aproximadamente \$ 4.500.000 (Precio total U\$S 140.000. Precio unitario U\$S 35.000).

Fuente: Última adquisición realizada a través de OPS.

6. Bibliografía

- Arias, Sergio y Ainelen Radosevich (2016). Informe de visita sobre Tuberculosis. Argentina, Universidad Nacional del Litoral.
- Armijo, Marianela (2011). *Manual de Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público (Versión preliminar)*. Área de Políticas Presupuestarias y Gestión Pública, Santiago, de Chile, Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (ILPES) y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Arrieta, Fernando y Mariela Contrera (2017). Tuberculosis en Uruguay cifras provisorias 2016. Montevideo, CHLA-EP.
- Arrieta, Fernando y Mariela Contrera (2018). Abordaje de la Tuberculosis en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Descentralización de acciones de la CHLA-EP para el control de la Tuberculosis, Departamento de Tuberculosis, Día Mundial de la Tuberculosis, <<http://www.chlaep.org.uy/institucional.php>>
- Barrera, Lucía (2017). Recomendaciones y sugerencias al LRN en visita técnica a Uruguay.
- Berreta, Nora y Jorge Kaufmann (2011). *Gestión para resultados en el desarrollo en gobiernos subnacionales. Módulo 2: La planificación orientada a resultados*. Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- CHLA-EP (2017). Memoria anual 2017. Montevideo, CHLA-EP.
- Contreras, Mariela (2016). Proyecto Tuberculosis. Montevideo, CHLA-EP.
- Del Granado, Mirtha (2016). Misión de apoyo técnico al control de la TB del Uruguay. Montevideo, OPS/OMS.
- Facultad de enfermería de la UdelaR (2018). Curso de expertos en vacunación. Montevideo, UdelaR, Facultad de Enfermería, Centro de Posgrado, Departamento de Enfermería Comunitaria.
- Good Storage and Distribution Practices Chapter* (2012). Kansas, EE.UU. <<https://pharmacy.ks.gov/docs/default-source/default-document-library/ups-36-good-storage-and-shipping-practices.pdf>>
- Leiva, Tamara (2017). *Informe de visita de asistencia técnica a Uruguay*. Santiago de Chile, Subvención Regional del Fondo Mundial para el Fortalecimiento de los Laboratorios de Tuberculosis de la Región de las Américas. Chile, Ministerio de Salud de Chile.
- Medina Echavarría, José (1972). *Discurso sobre política y planeación*. México, Siglo XXI editores.
- Ministerio de Salud (2015). *Objetivos sanitarios nacionales 2020*. Uruguay, MS.
- Ministerio de Salud (2017). Dirección General de la Salud, División Epidemiología, Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa y Enfermedades prevalentes. Propuesta de descentralización supervisada del diagnóstico, tratamiento profilaxis de Tuberculosis. Montevideo, MS.

- Ministerio de Salud (2017). *Compromisos de Gestión de la CHLA-EP*. Montevideo, MS.
- Ministerio de Salud (2018). *Plan nacional de control y prevención de la tuberculosis*. Uruguay, MS.
- Montano, Alicia y Cecilia Coitinho (2017). Proyecto de descentralización del diagnóstico microbiológico de la enfermedad tuberculosa. Montevideo, CHLA-EP.
- Nuesch, Elizabeth e Isis Burguez (2017). Análisis institucional y planificación del sector público. Montevideo, Facultad de Ciencias Económicas y de Administración, UdelaR.
- Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) (2005). *Guía metodológica de Planificación Estratégica*. Montevideo, Presidencia de la República Oriental del Uruguay.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Estrategia mundial para la Lepra 2016-2020*. Guía de monitoreo y evaluación.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2006). Curso de gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) Módulo III Cadena de frío.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2013). *Lepra en la región de las Américas, 2013. El reto de sostener los retos alcanzados y avanzar hacia la eliminación*. EE.UU., OPS/OMS.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2014). Informe Reunión de Laboratorios Supranacionales de Tuberculosis y Reunión Regional de Laboratorios de Referencia Nacional de Tuberculosis. Ciudad de México, México.
- World Health Organization (1998). *Safe vaccine handling, cold chain and immunizations. A manual for the Newly Independent States. Global Programme for Vaccines and Immunization expanded programme on immunization*. Geneva.
- World Health Organization (2011). Annex 9 - Model guidance for the storage and transport of time- and temperature-sensitive pharmaceutical products. WHO Technical Report Series, N.º 961, http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/quality_assurance/ModelGuidanceForStorageTransportTRS961Annex9.pdf

7. Anexos

7.1. Personal de la CHLA-EP por escalafón y régimen de contratación

Escalafón	Presupuesto	Contratado	Subtotal	Comisión o sin sueldo	Total
A- Profesional	26	9	35	1	36
B- Técnico	0	0	0	0	0
C- Administrativo	59	0	59	0	59
D-Especializado	177	4	181	2	183
E- Oficios	5	0	5	0	5
F- Auxiliar de Servicio	24	0	24	0	24
Total	291	13	304	3	307

Fuente: Departamento de Recursos Humanos de la CHLA-EP, 31 de mayo de 2018.