

# GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO

## ORDENANZA REGIONAL N° 000007

Callao, 20 de marzo del 2012

**EL PRESIDENTE DEL GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO:**

**POR CUANTO:**

El Consejo Regional del Callao en sesión del 20 de marzo de 2012;

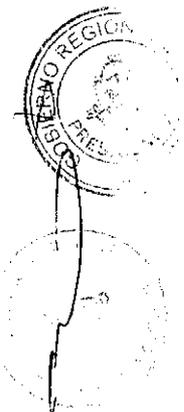
**CONSIDERANDO:**

Que, el Artículo 192º de la Constitución Política del Perú establece que los gobiernos regionales promueven el desarrollo y la economía regional, fomentan las inversiones, actividades y servicios públicos de su responsabilidad, en armonía con las políticas y planes nacionales y locales de desarrollo;

Que, el Artículo 2º de la Ley N°27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, establece que los Gobiernos Regionales emanan de la voluntad popular y son personas Jurídica de derecho público, con autonomía política, económica y administrativa que tienen como finalidad esencial fomentar el desarrollo regional sostenible, promoviendo la inversión pública y privada en el empleo y garantizar el ejercicio pleno de los derechos y la igualdad de oportunidades de sus habitantes, de acuerdo con los planes y programas nacionales, regionales y locales d desarrollo;

Que, es misión de los Gobiernos Regionales organizar y conducir la gestión pública regional de acuerdo a sus competencias exclusivas, compartidas y delegadas en el marco de la política nacional y sectorial en el propósito de contribuir con el desarrollo integral y sostenible de la región, por lo cual deberá mantener relaciones de coordinación, cooperación y de apoyo mutuo y permanente con el gobierno nacional y los gobiernos locales, articulando el interés nacional con los de las regiones y localidades, conforme se ha señalado en el artículo 4º de la Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales , en concordancia con lo señalado en el artículo 49º de la Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 003-2009/MINSA publicada el 10 de enero de 2009 en el Diario Oficial "El Peruano" se declaro que el Gobierno Regional delo Callao ha culminado el proceso de transferencia de las funciones sectoriales en materia de salud contenidas en el Plan Anual de Transferencia de Competencias Sectorial a los Gobiernos Regionales y Locales del año 2007, aprobado por Decreto Supremo N° 036-2007-PCM, las cuales se precisan en el "Acta de Entrega y Recepción de Funciones Sectoriales y Recursos del Ministerio de Salud al Gobierno Regional del Callao," en tal virtud el Gobierno Regional del Callao es competente



para el ejercicio de la totalidad de funciones en materia de salud, que dispone el artículo 49º de la Ley Nº 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales;

Que, el Artículo 7º de la Constitución Política del Perú, consagra que todos los peruanos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deberá contribuir a su promoción y defensa;

Que, en el mismo sentido el Artículo I del Título Preliminar de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; asimismo,. El Artículo IV del Título Preliminar de la norma citada establece la salud pública es responsabilidad primaria del Estado, La responsabilidad en materia de salud individual en compartida por el individuo, la sociedad y el Estado;

Que, el Estado Peruano se comprometió a lograr los "Objetivos del Desarrollo del Milenio," acuerdo celebrado en setiembre del año 2000, el cual compromete el esfuerzo Nacional, Regional y Local, para lograr metas en materia combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades;

Que, es política de Estado la reducción de la pobreza y la reducción de la desigualdad social, para lo cual se debe aplicar políticas integrales y mecanismos orientados a garantizar la igualdad de oportunidades económicas, sociales y políticas, debiendo el Estado asignar recursos para inversión social en educación y salud para maximizar la eficiencia de los programas, orientándolos hacia las personas de mayor pobreza, así como establecer un sistema local de identificación, atención y promoción del empleo a personas sin sustento;

Que, el Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en el Perú 2010-2019, aprobado por Decreto Supremo Nº 010-2010-SA, tiene por finalidad orientar e incorporar de manera sistemática a los sectores públicos, sociedad civil, organizaciones no gubernamentales y que establece como objetivo general disminuir progresivamente la incidencia y morbilidad por tuberculosis así como sus recuperaciones sociales y económicas;

Que, la tuberculosis es una enfermedad 100% curable y prevenible, sin embargo se ha convertido en la infección transmitible más importante en los seres humanos. Desde el 19 de noviembre del 2009 mediante Resolución Directoral Nº 068-2009-DGSP-MINSA, el Perú ha declarado en Emergencia Sanitaria, "...a nivel nacional la situación de control de tuberculosis, tuberculosis multi-resistente y extremadamente resistente" y dentro de las regiones de riesgo elevado junto a Lima, se encuentra la Región Callao. Esta declaratoria se debe – entre otras razones – a que "el Perú es el segundo país en América con el mayor número de personas afectadas de Tuberculosis y actualmente tiene el mayor número de personas afectadas de Tuberculosis y actualmente con el mayor número de personas afectadas con tuberculosis multiresistente (TB - MR) en la región de las Américas" y además, "desde el año 1996 se ha detectado en nuestro país una forma de TB ultra-resistente o extremadamente resistente (TB-XDR), caso incurable, que desafía la capacidad de respuesta nacional y pone en peligro todo el sistema de salud;"



Que, sin embargo, esta declaración tampoco ha podido sacar de la situación de "invisibilidad" a la TB entre líderes políticos, sociales y decisores y teniendo en cuenta que esta enfermedad es prevenible, curable y afecta especialmente a la población económicamente productiva, es imprescindible que este tema sea una prioridad en la agenda de trabajo de los gobiernos y de la sociedad civil;

Que, la Región Callao se caracteriza por tener porcentajes significativos de personas en condición de pobreza (52.1%) y pobreza extrema (mayor 20.7), alcanzando una mayor incidencia en las zonas rurales y urbano marginales;

Que, las condiciones antes descritas están determinadas por un numeroso grupo de ciudadanos de Callao, afectados en el ejercicio pleno de sus derechos fundamentales, como son: acceso a la salud, a la alimentación, a la educación, a la identidad, a un medio ambiente saludable, viviendas dignas y saludables, acceso trabajo, con los consiguientes efectos negativos para la Región.

Que, de acuerdo al artículo 49º incisos a), b) y c) de la Ley Nº 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, son funciones de los Gobiernos Regionales en materia de salud d la región en concordancia con las políticas nacionales y los planes sectoriales; formular, aprobar, ejecutar, evaluar, dirigir, controlar y administrar las política de salud de la región en concordancia con las políticas nacionales y los planes de Desarrollo Regional de Salud; y, coordinar las acciones de salud integral en el ámbito regional, respectivamente;

Que, a fin de cumplir con los objetivos y políticas regionales en materia de salud conforme a los considerandos que anteceden. El Consejo Regional del Gobierno Regional del Callao estima por conveniente aprobar la Ordenanza Regional propuesta con la finalidad d beneficiar a la población de la Provincia Constitucional del Callao.

Estando a lo expuesto y de conformidad con lo establecido en la Ley Nº 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, el Consejo Regional ha aprobado la siguiente:

## **ORDENANZA QUE DECLARA DE INTERES Y NECESIDAD PUBLICA A LA LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS EN LA REGION CALLAO;**

**Artículo 1º.-** Declarar de Interés y Necesidad Publica la Lucha contra la tuberculosis en la Región Callao y aprobar el plan de acción inmediato, anexo a la presente ordenanza para el año 2012.

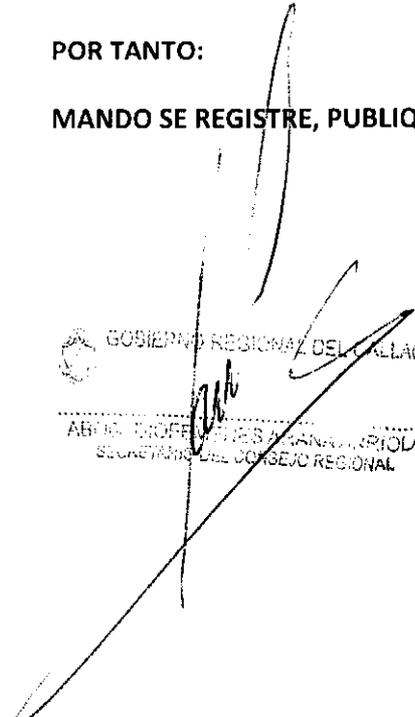
**Artículo 2º.-** Encargar a la Gerencia Regional de Salud la implementación de un plan de acción inmediato en las áreas de mayor impacto para la detección y el control de la tuberculosis en el ámbito de la Región.



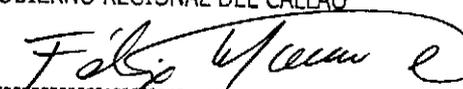
**Artículo 3º.**-Encargar a la Oficina de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, la publicación de la presente Ordenanza Regional en el Portal WEB del Gobierno Regional del Callao [www.regioncallao.gob.pe](http://www.regioncallao.gob.pe) , en el Portal del Estado Peruano [www.peru.gob.pe](http://www.peru.gob.pe) y en el Portal del Ministerio de Justicia.

**POR TANTO:**

**MANDO SE REGISTRE, PUBLIQUE Y CUMPLA.**



 GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO  
ABG. PROFESORES MANUEL CRISTÓBAL  
SECRETARIO DEL CONSEJO REGIONAL

 GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO  
  
DR. FELIX MORENO CABALLERO  
PRESIDENTE



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO



# PLAN DE INTERVENCIÓN EN LA CAPTACION DE SINTOMATICOS RESPIRATORIOS

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE SALUD DE LAS PERSONAS  
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y CALIDAD EN SALUD  
ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS



**AÑO 2,012**



## INTRODUCCION

La resistencia a drogas antituberculosas es para el Perú y para el mundo una de las principales amenazas para el control de la tuberculosis y para el progreso de la humanidad. A pesar de los 17 años de la aplicación de la estrategia DOTS propuesta por la OMS en el Perú, no se ha logrado controlar la tuberculosis (TB), en cambio han emergido en el país los casos de TB multidrogo-resistente (TB MDR) y de TB extremadamente – resistente (TB XDR), convirtiendo al país en el segundo del continente americano en tener la mayor carga de enfermedad producida por la tuberculosis inmediatamente después de Haití y en el primero con TB MDR y TB XDR. Definitivamente algo no se hizo bien durante todos estos años. La pregunta es: ¿estamos aún a tiempo de poder revertirlo? Creemos que la respuesta es sí.

La alta resistencia a drogas por el M. tuberculosis en el Perú, además de ser una penosa realidad nacional, ya que actualmente es un problema tangible para la población pobre y extremadamente pobre del país, se ha constituido en una permanente amenaza para las otras clases sociales que cada vez se ven más comprometidas, y más aún es un riesgo para la economía nacional al afectar, principalmente, a la población económicamente productiva.

De acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud y de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT), Lima es la primera ciudad en toda América que alberga el mayor número de personas con tuberculosis, tuberculosis resistente y tuberculosis extremadamente resistente, la forma virtualmente incurable de la tuberculosis, pues, los tratamientos actualmente disponibles no son efectivos para las personas con TB XDR. Según la estratificación presentada por la Oficina Panamericana de la Salud sobre pacientes con TB MDR y TB XDR en la región, Perú es el único país en el continente perteneciente al Grupo 1 al cual pertenecen países con elevada TBMDR incidente y prevalente, transmisión activa de TB-MDR y presencia de casos TB-XDR.

La presencia de TB XDR en un país indica claramente la existencia de serios problemas en los aspectos básicos del control de la tuberculosis como son: el diagnóstico tardío, tratamientos inadecuados, desabastecimiento de medicamentos, circulación de medicamentos anti TB en farmacias públicas y privadas sin control de la estrategia de TB local o regional, abandonos del tratamiento, la inexistencia de medidas de prevención de la transmisión y contagio, insuficientes medidas de bioseguridad en los establecimientos de salud donde se hace diagnóstico y tratamiento, no ser considerada la TB una enfermedad de notificación obligatoria a la autoridad de salud, la subsistencia de diversos sistemas de prestación de salud no incorporados obligatoriamente a la gestión de la ESN-PCT por lo que sus pacientes están fuera de las estadísticas nacionales, como: ESSALUD, Los Municipios, el Sector Privado, entre otros; y finalmente, las persistentes y deplorables condiciones económico, sociales y culturales en las que subsiste la mayor parte de los afectados por esta grave enfermedad.

El motivo del presente **PLAN DE CAPTACION DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS**, es conseguir monitorizar semanalmente la captación de sintomáticos respiratorios en todos nuestros establecimientos de salud, de tal manera que la notificación de esta captación permita alertar a los Jefes de Establecimientos y encargados de las Estrategias el tomar acciones que reviertan esta situación, ya que la captación oportuna nos permitirá iniciar el



tratamiento de forma precoz cortando la cadena de transmisión y evitando la presentación de droga resistencia. De igual manera, el plan pretende conseguir que el sintomático respiratorio cumpla con la entrega de las dos baciloscopias, lo que incrementa sustancialmente la posibilidad de diagnosticar los casos de baciloscopia positiva, que a la larga son los que mantienen la contagiosidad y la presencia de la enfermedad dentro de la población.

En la línea de la OMS de promover la **ESTRATEGIA ALTO A LA TUBERCULOSIS** fijada desde el año 2006 que incluye la Estrategia DOTS y DOTS PLUS, se diseña el presente plan de trabajo, en el marco lógico de la problemática planteada.

### SITUACIÓN DE LA CAPTACIÓN DE SR EN EL CALLAO

La captación de SR en los últimos años en la Región Callao, se encuentra por debajo del porcentaje a alcanzar (5%):

2005:	3.5%
2006:	3.1%
2007:	3.2%
2008:	2.9%
2009:	2.5%
2010:	2.9%
2011:	2.5%

Esta cifra no refleja el incremento en la captación de sintomáticos respiratorios por qué no va a la par con el gran incremento de las atenciones en mayores de 15 años (1,283,165 atenciones en el 2009 versus 1,385,016 atenciones en el 2010 y 31,637 SRI en el 2009 versus 39,480 en el 2010 y 46,489 en el 2011).

En el periodo comprendido entre el 2001 y el 2003 se estima se dejaron de diagnosticar alrededor de **13,000 casos de tuberculosis pulmonar frotis positivo (TBP FP)**, producto de una progresiva disminución de las actividades de detección y diagnóstico, además de evidente debilidad en otros indicadores operacionales, como son el control de contactos, el incremento de la proporción de abandonos al esquema primario y el incremento de casos de TB MDR, con baja eficacia del esquema estandarizado de tratamiento.

Las **Direcciones de Salud-DISAS y Direcciones Regionales de Salud-DIRESAS**, han realizado alianzas estratégicas, que están permitiendo realizar **Pruebas Rápidas de diagnóstico de TB MDR en las DISAS: Lima Ciudad y Lima Este** (Método **GRIESS** con el apoyo del CDC de Atlanta USA), **Lima Sur y Callao** (Método **MODS** con el apoyo de la Universidad Cayetano Heredia y el Imperial College of London, estando en proceso de validación 3 laboratorios más en las DIRESAS: Ica, Arequipa y Loreto). La **Región Lima** ha informado a la ESN PCT que con apoyo financiero externo (FIND) esta validando el Método **MGIT**, el reporte preliminar muestra alta correlación con el método convencional, se ha solicitado al INS opinión técnica sobre el particular.

Se ha incrementado la capacidad diagnóstica de TB MDR, lo que permite mayor búsqueda y contribuye a evidenciar que los casos han disminuido el año 2007 a **1,785** comparado con los **2,436** casos que se notificaron el año 2005 y estamos curando alrededor del **70 %** de estos, lo cual nos ha permitido disminuir la letalidad por esta forma severa de tuberculosis.



El Perú desde el año 2001 para el manejo de la TB MDR, cuenta con la autorización del Comité de Luz Verde (CLV), entidad promovida por la Organización Mundial de la Salud y conformada por representantes de instituciones académicas, científicas y expertos en el manejo de la TB MDR. Este comité, fue creado en primera instancia para conseguir el abaratamiento de los esquemas terapéuticos para TB MDR, que en la década de los 90, ascendían en promedio a 30,000 dólares, siendo inaccesibles para los países de bajos y medianos recursos. Entre sus funciones más importantes tiene: La vigilancia a los países autorizados, para que utilicen fármacos con los mayores estándares de calidad, con la finalidad de evitar que la falta de calidad de los medicamentos, contribuya a la amplificación de la resistencia. Así mismo, el Comité de Luz Verde, aboga porque la industria farmacéutica baje los costos de los medicamentos sin merma de la calidad, de tal manera que un esquema para TB MDR cuesta en la actualidad en promedio 5,000 dólares y por último promueve la investigación de nuevos fármacos.

Desde el año 2004 con recursos del Fondo Mundial, los medicamentos para TB MDR se adquieren según las recomendaciones del Comité de Luz Verde, siendo las principales dificultades, que los laboratorios farmacéuticos acreditados según el estándar de calidad OMS, no producen en cantidad suficiente y la demanda de los países se ha incrementado, lo que ocasiona dificultades para la adquisición de los medicamentos y su entrega oportuna, lo cual estamos solucionando realizando los requerimientos con la debida antelación.

Hasta el año 2006 los medicamentos se entregaban directamente al establecimiento de salud, la ventaja era la oportunidad en la entrega, sin embargo el MINSA no conocía el stock real de medicamentos, por no haber sido registrados en el Sistema Integrado de Suministros de Medicamentos e Insumos (SISMED), lo que ocasionaba una logística inadecuada y la utilización de esquemas de tratamiento para TB MDR no acordes con la normatividad vigente. En la actualidad, estos medicamentos son registrados en el SISMED, pero con la consabida limitación para la distribución oportuna en algunos puntos del país, hecho que ha sido superado por la DIRESA CALLAO que en los últimos años ha logrado proveer oportunamente a los servicios de salud en la gran mayoría de casos.

La paradoja en relación a la tuberculosis, es que es una enfermedad 100% curable y prevenible, sin embargo se ha convertido en la infección transmisible más importante en los seres humanos. Múltiples factores explican esta situación, sobre todo factores demográficos y socioeconómicos que favorecen las migraciones, la presencia de determinantes sociales y estilos de vida inadecuados, la escasa atención prestada al control de la tuberculosis en muchos países y la peligrosa co-morbilidad con la epidemia del VIH, además que algunas de las fuentes de contagio con frecuencia quedan sin ser diagnosticadas y sin recibir tratamiento, pero lo más grave aún es el hecho que cuando lo reciben, la prescripción inadecuada y la falta de adherencia al tratamiento, favorece un aumento de la tuberculosis (TB) y la tuberculosis multidrogorresistente (TB MDR).

En orden de importancia, la Red Bonilla la Punta constituye la principal preocupación desde el punto de vista de salud pública, con una tasa de incidencia de 180 por 100000 habitantes, una de las mayores cifras por jurisdicción en el país, que representa un alto riesgo epidemiológico. La frecuencia de casos TB-MDR detectados en la DIRESA Callao ha aumentado en los años 2006 y 2007 fueron de 170 y 168 respectivamente, 289 en el 2008 y 195 el 2009, para en el año 2010 terminar con 239 casos y en el año 2011 con 235 casos.



Debido a la clara asociación entre pobreza y tuberculosis, la disminución de todas las formas de tuberculosis en el Perú y sus regiones, debe ser considerada como un indicador de la eficacia de las acciones de lucha contra la pobreza que el estado peruano y las Instituciones involucradas se han propuesto lograr.

La respuesta gubernamental sin duda alguna, no puede ser fragmentada. La experiencia en nuestro país y en el mundo, muestra que cuando la respuesta es coyuntural, no sistémica, además de articulada a planes de mediano y largo plazo, a espaldas de lo que es la realidad sanitaria del país, no permite un impacto real y la sostenibilidad de las actividades de los programas de control de las enfermedades que son problema de salud pública, debido a que en países como el nuestro, siempre surgirá una prioridad sanitaria que reemplace en la atención de los tomadores de decisiones a la precedente.

La alternativa debe ser holística ya que no vamos a poder solucionar el problema de la TB sino mejoramos la situación del sistema de salud en las condiciones actuales y abordemos los otros factores sociales, económicos y políticos (determinantes sociales).

Ante la situación descrita del sistema de salud la ESN PCT ha conceptualizado la creación de **Centros de Excelencia**, como un modelo de intervención orientado a obtener resultados sanitarios óptimos mediante acciones costo-efectivas, en la detección, diagnóstico y tratamiento de la TB, TB MDR y comorbilidad TB VIH. En el Callao funcionan dos centros de excelencia a saber: Centro de Salud Santa Fé y en el Hospital de Ventanilla.

## DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El problema que planteamos prioritario mejorar con la puesta en marcha de este plan es: **“INCREMENTAR LA CAPTACION DE SINTOMATICOS RESPIRATORIOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEBIDO A LA DEFICIENTE BUSQUEDA”**.

Las causas identificadas frente a este problema son:

- 1) Baja captación de Sintomático Respiratorio.
- 2) Inicio tardío de tratamiento.
- 3) Inadecuada aplicación del DOTS y DOTS PLUS.
- 4) Incremento del contagio entre contactos.

## DETERMINANTES CAUSALES

Frente a ello los causales secundarios que lo determinan son:

### 1. Baja captación de Sintomáticos Respiratorios

- 1.1 Oferta del servicio insuficiente debido a la multifuncionalidad del personal de salud en los establecimientos.
- 1.2 Insuficiente capacidad en recursos materiales y humanos de la red de laboratorios que responde a una alta demanda.
- 1.3 Limitada supervisión.



## **2. Inicio Tardío del Tratamiento**

- 2.1 Falta de compromiso y sensibilización del personal involucrado en la atención directa al paciente.
- 2.2 El no diagnosticar oportunamente, retrasa inicio de tratamiento
- 2.3 Complicación del caso por retraso en tratamiento.

## **3. Inadecuada Aplicación del DOTS y DOTS PLUS**

- 3.1 Insuficiente recurso humano dedicado a la atención directa del paciente (multifuncionalidad).
- 3.2 Infraestructura inadecuada de los servicios de Tuberculosis de los establecimientos de salud y hospitales.
- 3.3 Insuficiente capacitación y sensibilización del personal responsable de la administración de los medicamentos.
- 3.4 Insuficientes promotores de salud responsables de la administración domiciliaria, es decir la aplicación del DOTS en pacientes que lo requieran.

## **4. Incremento del contagio entre contactos**

- 4.1 Mayor tiempo de exposición al bacilo por la demora en el diagnóstico del caso.
- 4.2 Deficiente evaluación del contacto, quien no cuenta con las baciloscopias necesarias.
- 4.3 No hay un censo adecuado de los contactos, lo que hace que no se capte a todos los potenciales portadores de la enfermedad.
- 4.4 Inadecuado seguimiento de los contactos.

## **FINALIDAD**

Lograr incrementar la Captación de Sintomáticos Respiratorios en todos los Establecimientos de Salud, para así diagnosticar de manera oportuna los casos de tuberculosis, iniciar su tratamiento precozmente y de esa forma cortar la cadena de transmisión. Con todo esto contribuiremos a mediano y largo plazo a disminuir la incidencia y prevalencia de esta enfermedad.

Hay que resaltar, que la intervención busca sus posterior sostenibilidad para lograr indicadores de impacto regionales.

## **OBJETIVO GENERAL**

Lograr una Captación de Sintomáticos Respiratorios sostenida en todos los Establecimientos de Salud, de tal manera que nos permita detectar precozmente los casos de tuberculosis pulmonar frotis positivo, ya que son las formas más contagiantes de dicha enfermedad. Para este fin se consolidara semanalmente la información dada por las Redes.



## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Incrementar la captación de sintomáticos respiratorios en todo nivel.
2. Asegurar el inicio precoz del tratamiento en todos los pacientes de la jurisdicción.
3. Proseguir la expansión de un DOTS y DOTS Plus de calidad
4. Lograr la evaluación del total de contactos captados en los EE SS y Hospitales
5. Disminuir los casos de abandonos y recaídas de los pacientes tratados por TB en los establecimientos y hospitales de la jurisdicción.
6. Impulsar políticas regionales sostenidas que permitan cortar la transmisión y diseminación de la TB XDR, propiciando actividades según las recomendaciones internacionales.

## POBLACION EN RIESGO

DISTRITOS	Niños 0 a 9a.	Adolescentes 10 a 17a.	Adulto Joven 18 a 29a.	Adulto 30 a 59a.	Adulto Mayor mas de 60 años
Callao cercado	73870	59486	93957	172596	42045
Bellavista	13486	10860	17152	31507	7677
La Punta	1532	1229	1951	3581	871
La Perla	11070	8913	14081	25865	6300
Carmen de la Lengua	7510	6048	9554	17549	4276
Ventanilla	44856	40144	63423	121496	28383



## ESTRUCTURA ORGANIZATIVA Y DE GESTION

### ORGANIZACIÓN GENERAL

a. Gobierno Regional del Callao

**Dr. FELIX MORENO CABALLERO**

Presidente Regional del Callao

b. Gerente Regional de Salud del Callao

**Dr. LUIS RUBIO IDROGO**

c. Director General de la Dirección Regional de Salud

**Dr. RICARDO ALDO LAMA MORALES**

d. Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas

**Dra. MARIA ELENA AGUILAR DEL AGUILA**

e. Dirección de Atención Integral y Calidad en Salud

**Dr. EDUARDO NICOLETTI ALBORNOZ**

f. Coordinador de la ESRP y Control de la Tuberculosis

**Dr. JAVIER E. MORA QUIROZ**

### DIRECCIONES Y OFICINAS DE APOYO:

- Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud.
- Dirección de Laboratorio.
- Direcciones Ejecutivas de Redes de Salud



## ACTIVIDADES PRIORIZADAS A 1 AÑO DE INTERVENCION

El presente plan tiene planificado se pueda ejecutar de ABRIL 2012 a DICIEMBRE 2012, luego de lo cual serán medidos los resultados según indicador específico.

Se plantea la intervención en una línea de acción:

1.- INCREMENTAR LA CAPTACION DE SINTOMATICOS RESPIRATORIOS, HACIENDO PARTICIPE DE ESTA BUSQUEDA EN EL INCREMENTO, A TODO EL PERSONAL DE LOS SERVICIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ASI COMO AL CUERPO REGIONAL DE SALUD; Y CONSEGUIR EL REPORTE SEMANAL DE LA CAPTACION A LA DIRECCION DE RED, PARA QUE ESTA A SU VEZ ELEVE LA INFORMACION A LA DIRECCION DE RED, ESPECIFICAMENTE A LA ESTRATEGIA DE PREVENCION Y CONTROL DE TUBERCULOSIS.

### FUNDAMENTO TECNICO:

Esta "cascada" en el flujo de información, permitirá tener conocimiento por parte del jefe de establecimiento y del Director de la RED de cómo se está llevando a cabo la captación de SR, actividad que es de vital importancia para realizar un diagnóstico oportuno de casos, consecuentemente el inicio temprano de tratamiento con la consabida limitación del contagio entre los contactos y la población en general para así lograr disminuir la incidencia y morbilidad en un mediano plazo.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA

- ✓ Incrementar la captación de sintomáticos respiratorios en todo nivel.
- ✓ Lograr la toma de la Segunda muestra a todo sintomático respiratorio.
- ✓ Lograr que el 100% de pacientes en tratamiento por TBC en todas sus presentaciones, reciba su medicación cumpliendo las normas del DOTS y DOTS PLUS.
- ✓ Asegurar que los contactos de los pacientes con TB en todas sus formas sean evaluados oportuna y completamente según la norma.

### INDICADOR DE MEDICION

- % Captación de sintomáticos Respiratorios.
- Indicador Trazador (número de SRI/total de atenciones en mayores de 15 años).
- % de pacientes con TB en todas sus formas que reciben su tratamiento cumpliendo las normas del DOT'S y DOT'S PLUS.
- % de casos de abandono al tratamiento en pacientes TB.
- % de acciones de monitoreo, supervisión y de apoyo técnico por niveles.



## REQUERIMIENTO PARA EJECUCIÓN DEL PLAN

- 100 promotoras para captación de sintomáticos respiratorios intramuros y en las AERT, las que a su vez nos permitirán lograr el recojo de la segunda muestra del sintomático respiratorio (SRI que no completa la segunda muestra). y realizar el Seguimiento de contactos de pacientes con Tuberculosis que no acuden a la evaluación.

## PRESUPUESTO

Costos asumidos por la estrategia (Capacitación, Captación, seguimiento).

