

LINEAMIENTOS GENERALES DE UN PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LIMA METROPOLITANA



Comité para el Control de la Tuberculosis en Lima
2011



COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ
CONSEJO REGIONAL III
LIMA



“Por una Lima libre de tuberculosis”

**LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA PREVENCIÓN Y
CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LIMA
METROPOLITANA**

2011

PRESENTACIÓN

El Consejo Regional III – Lima del Colegio Médico del Perú (CR III – Lima) asume la responsabilidad de velar por la salud de la población de Lima Metropolitana, para ello inició en el mes de enero del presente año la discusión y elaboración de una propuesta integral para la prevención y control de la tuberculosis en Lima. Se inició esta tarea al tomar conocimiento de este serio problema de salud que se iba incrementando de una manera exponencial sin el adecuado control por parte de la autoridad sanitaria.

Para desarrollar esta propuesta, en el CR III - Lima se conformó el **Comité para el Control de la Tuberculosis en Lima**, convocando a destacados profesionales expertos en este complejo problema sanitario con profundo contenido social.

Fruto de este arduo trabajo presentamos a ustedes los: “LINEAMIENTOS GENERALES DE UN PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LIMA”, que esperamos se constituya en un documento base para que los organismos responsables de la salud en Lima, los Municipios, las organizaciones sociales y todos los que se interesen en resolver este problema de salud lo consideren.

V. Alberto Gayoso Villafior

*Decano del CR III – Lima
Colegio Médico del Perú*

*“El aire es para la persona sana un alimento,
mas para la persona enferma es un medicamento”*

LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LIMA METROPOLITANA

Documento elaborado por el "Comité para el Control de la Tuberculosis en Lima" del Consejo Regional III – Colegio Médico del Perú, conformado por:

Dr. V. Alberto Gayoso Villafior (Coordinador del Comité)

Decano del Consejo Regional III
Colegio Médico del Perú

Lic. Edith Alarcón Arrascue

Magíster en Salud Pública
Consultora de la Región América Latina y el Caribe
International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union)

Dr. Javier Alva Gambini

Consultor Independiente
Miembro Comité de Salud Pública – Consejo Regional III

Dr. José Best Romero

Sub Director de Salud - INPE

Dr. Gerardo Chu Yong

Miembro Comité de Salud Pública – Consejo Regional III

Dr. Hernán Del Castillo Barrientos

Asistente Servicio de Neumología y Consulta Nacional de TBC-INSN

Dr. Javier Díaz Urteaga

Presidente Sociedad Peruana de Neumología.
Jefe Servicio Neumología del Hospital Cayetano Heredia

Dr. Luis Alberto Fuentes Tafur

Director Ejecutivo de Salud de las Personas-DISA V. LIMA CIUDAD
Miembro Comité de Salud Pública – Consejo Regional III

Dr. Alberto Mendoza Ticona

Médico del Instituto Nacional de Salud

Dr. Eduardo Ticona Chávez

Presidente Sociedad Peruana de Enfermedades Infecciosas y Tropicales
Jefe de Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Comité Editor:

Dr. Alberto Mendoza Ticona
Dr. V. Alberto Gayoso Villafior
Dr. Luis Alberto Fuentes Tafur
Dr. Leonardo Rojas Mezarina
Dr. Hugo Juro Córdova

INDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. DEFINICIONES Y DATOS IMPORTANTES
3. LA TUBERCULOSIS EN PERÚ Y AMÉRICA
4. LA TUBERCULOSIS EN LIMA Y CALLAO
5. DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS
6. LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LIMA METROPOLITANA
7. REFERENCIAS
8. ANEXO: UN ENFOQUE INNOVADOR: EL PLAN TBCERO - LA VICTORIA

1. INTRODUCCIÓN

En el Perú, especialmente en Lima, la tuberculosis es el primer problema de salud pública de origen infeccioso, asociado a una profunda base social de pobreza e inequidad.⁽¹⁾ Los esfuerzos del sector salud para su control no han conseguido reducir la magnitud de las personas afectadas; por lo que es necesario establecer un nuevo enfoque que supere el actual paradigma biomédico, incluya la intervención sobre los determinantes sociales y fortalezca e integre los actuales servicios de salud públicos y privados.^(2,3)

En el escenario de la transferencia del sistema de salud a los gobiernos locales, la propuesta “Lineamientos Generales para la Prevención y Control de la Tuberculosis en Lima Metropolitana” desarrollada por el Comité para el Control de la Tuberculosis en Lima, del Consejo Regional III – Colegio Médico del Perú, constituye una contribución técnica al Gobierno Metropolitano de Lima para lograr el objetivo de una “Lima, ciudad sana y libre de tuberculosis”.

2. DEFINICIONES Y DATOS IMPORTANTES

Tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR):

Tuberculosis producida por una bacteria que ha desarrollado resistencia a dos de los fármacos anti-TBC más potentes: isoniacida y rifampicina. El tratamiento dura dos años y logra curar entre 60 a 80% de los casos.

Tuberculosis extremadamente resistente (TB-XDR):

Tuberculosis multidrogorresistente que ha ampliado su resistencia a los fármacos anti TB-MDR más potentes: fluoroquinolonas y aminoglucósidos. El tratamiento puede durar más de dos años y logra curar el 40% de los casos.

Modo de transmisión:

La TBC se transmite de persona a persona por vía aérea, a través de aerosoles eliminados por la persona enferma al toser. Estos aerosoles pueden permanecer hasta dos días suspendidos en el aire en ambientes sin ventilación.

Infeciosidad de la tuberculosis:

En ciudades con alta incidencia como Lima, cada persona con cualquier forma de TBC pulmonar activa (sensibles o resistentes a fármacos) puede infectar entre 15 a 20 personas cada año, de los cuales, dos desarrollarán la enfermedad a lo largo de su vida.

Indicadores epidemiológicos de la TBC:

- *Tasa de incidencia:* Número de casos de tuberculosis nuevos por cada 100 mil habitantes por año.
- *Tasa de incidencia de TBC pulmonar frotis positivo:* Número de casos nuevos de TBC pulmonar con baciloscopia de esputo positiva por 100 mil habitantes por año.
- *Tasa de prevalencia:* Número de casos de tuberculosis nuevos y antes tratados por cada 100 mil habitantes por año.
- *Tasa de mortalidad:* Número de muertes atribuidas a tuberculosis por cada 100 mil habitantes por año.

Incidencia de tuberculosis en el Perú:

De acuerdo al número de casos reportados en el 2009, en el Perú se produjeron un total de 33169 notificados como morbilidad, más 1856 casos de TB-MDR, haciendo un total de 35025 casos reportados por año. Lo que significa que se detectan 96 casos por día y 4 casos por hora. No se conoce con exactitud la mortalidad atribuida a tuberculosis.

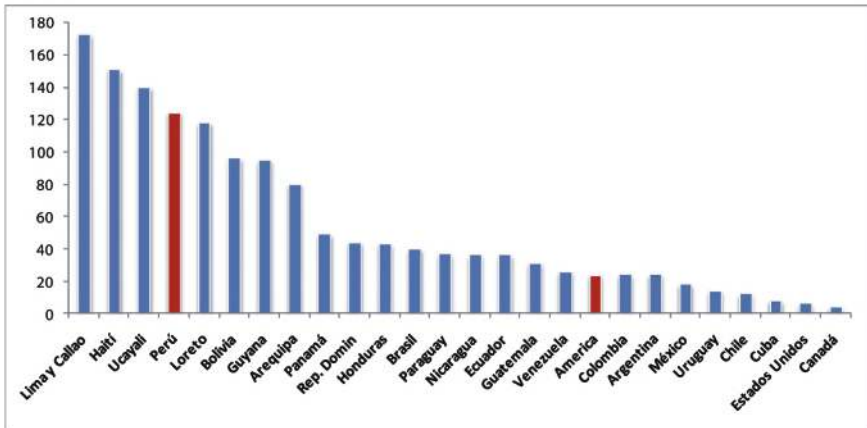
Distribución de la tuberculosis en Lima y Callao:^(4,5)

- El 56% de los casos de TBC se reportan en Lima y Callao, aproximadamente 20 mil casos por año.
- El 82% de los casos TB-MDR se reportan en Lima y Callao, aproximadamente 2000 casos nuevos de TB-MDR estimados por año.
- El 93% de casos TB-XDR se reportan en Lima y Callao, aproximadamente 150 casos nuevos de TB-XDR estimados por año.
- En el Perú entre el 40 y 50% de personas que viven con VIH desarrollan enfermedad tuberculosa.
- El 73% de personas viviendo con VIH, residen en Lima y Callao.
- EL 66,5% de las personas afectadas con tuberculosis en el Perú son población económicamente activa.

3. LA TUBERCULOSIS EN PERU Y AMERICA

Perú, Haití y Bolivia tienen la mayor incidencia de tuberculosis en América. En el otro extremo, Uruguay, Chile y Cuba están en proceso de erradicación de la tuberculosis como un problema de salud pública. La tasa de incidencia de casos de TBC reportada en Lima y Callao y otras regiones del país superan a la incidencia de países vecinos como Colombia, Ecuador, Argentina o Chile, (Figura 1).^(6,7)

Figura 1. Tasa de tuberculosis notificada por países de América y algunas regiones de Perú. *



* Tasa número de casos de tuberculosis por 100 000 habitantes.

Fuente: Adaptado de WHO. *Multidrug and extensively drug-resistant TB (M/XDR-TB): 2010 Global Report on Surveillance and Response.*⁽⁷⁾

Con respecto a Chile, Perú tiene indicadores epidemiológicos que reflejan una mayor carga de enfermedad tuberculosa y mayor mortalidad debida a esta enfermedad. En la tabla 1, adaptada del artículo: "Tuberculosis en inmigrantes; situación Chile - Perú" publicado en la Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias (Febrero de 2010),⁽⁸⁾ se muestra la diferencia en el número de casos, incidencia, prevalencia y mortalidad entre ambos países andinos.

Tabla 1. Situación de la tuberculosis en Chile y Perú, 2007.

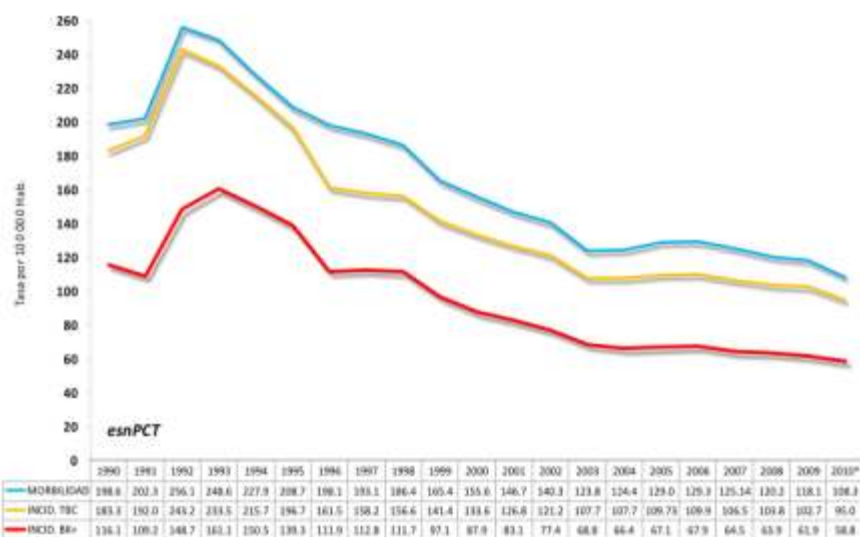
País	Chile	Perú
Población	16 635 000	27 903 000
Número de casos nuevos (incidencia)	2 009	35 126
Tasa de incidencia*	12	125
Número total de casos (prevalencia)	2 038	37 922
Tasa de prevalencia*	12	136
Muertes por TBC	170	4 378
Tasas de mortalidad*	1	16

* Tasas por 100,000 habitantes.

Fuente: Yañez et al. "Tuberculosis en inmigrantes; situación Chile - Perú"⁽⁹⁾ y WHO Report tuberculosis Control 2009 (datos del año 2007).

Antes de los años noventa, no había un registro apropiado de los casos de tuberculosis. A partir del año 1991, el Perú adopta la estrategia DOTS de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en los siguientes años se produce un aumento en la detección de casos de TBC con un correspondiente incremento de los indicadores epidemiológicos entre 1992 y 1993. A partir de 1994 empieza un descenso de la carga de tuberculosis en el Perú, como resultado del trabajo del entonces Programa de Control de la TBC (PCT).⁽⁹⁾ Sin embargo, a partir de 2002 se produce una desaceleración de la reducción de los casos de TBC y posteriormente se ingresa a un periodo de meseta en la curva de las tasas de incidencia y prevalencia del país, según se puede apreciar en la Figura 2. Esta tendencia refleja la ineficacia de las actuales intervenciones sanitarias para la prevención y control de la TBC que vienen ejecutándose en el país, a pesar de disponer de mayor recurso financiero del Estado y de cooperantes externos como el Fondo Mundial (Rondas 2, 5 y 8).⁽¹⁰⁾

Figura 2. Tendencia de la morbilidad, incidencia global e incidencia TBC pulmonar frotis positivo, Perú 1990–2010.

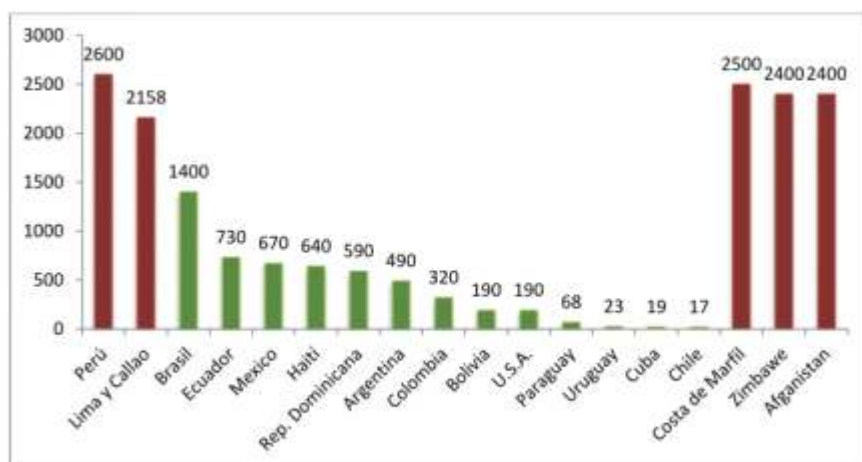


Fuente: MINSA - ESNPCT, Evaluación año 2011

Tuberculosis resistente a fármacos

Las formas de TBC resistente a fármacos se producen por un inadecuado programa de tratamiento y control de la TBC sensible. Según cifras de la Organización Panamericana de la Salud (OPS),⁽⁶⁾ Perú ocupa el primer lugar entre los países de América que reportan casos de tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR) o extremadamente resistente (TB-XDR). Solamente en el área metropolitana de Lima y Callao se producen cada año más casos de TB-MDR que en todo el territorio de Brasil o cualquier otro país de América. Estas cifras de Perú son comparables con algunos países de África subsahariana o de Asia, (Figura 3).⁽⁷⁾

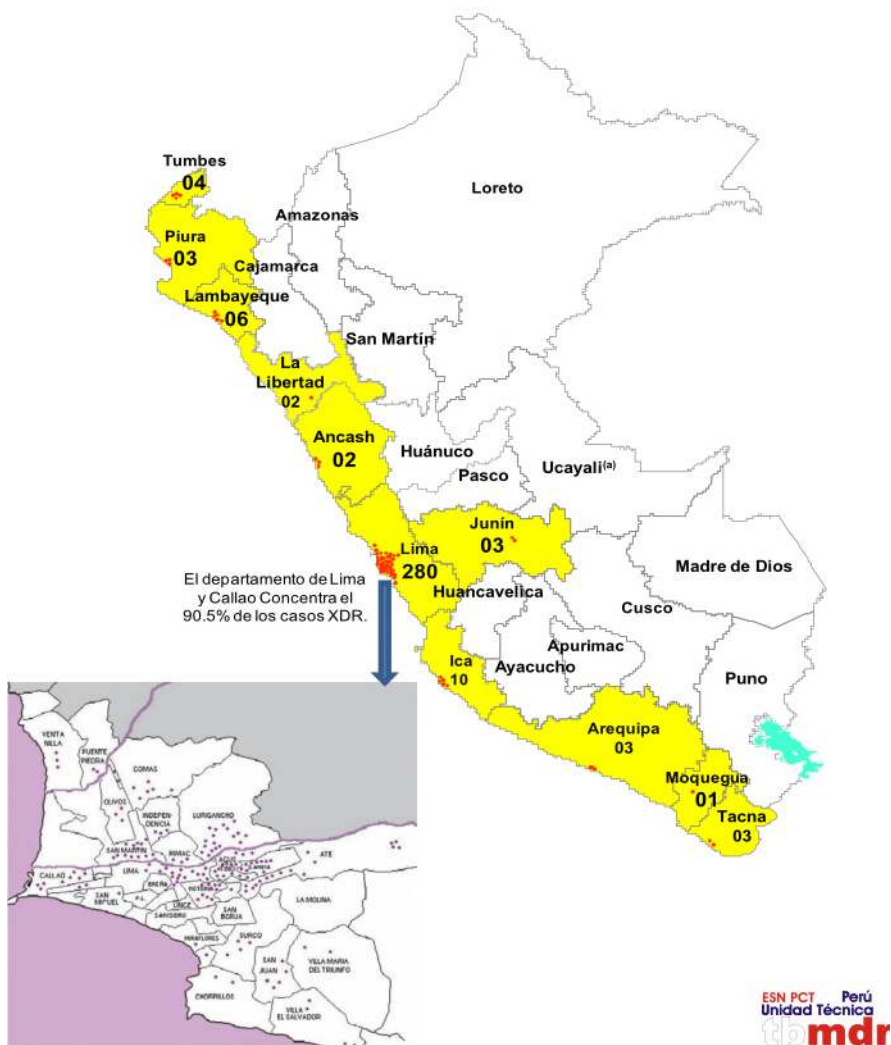
Figura 3. Número absoluto de casos de TB-MDR por año estimados en Perú y otros países.



Fuente: Adaptado de: WHO. Estimates of MDR-TB, by WHO region, 2008 in Multidrug and extensively drug-resistant TB (M/XDR-TB) in 2010 global report on surveillance and response. ⁽¹⁾

Según la ESNPCT/MINSA, hasta abril de 2011 se han reportado 334 casos de TB-XDR, colocando al Perú como el país con mayor número de casos reportados en América. El 93% de las personas con TB-XDR viven o vivían en Lima y Callao. La letalidad de esta forma de tuberculosis es de aproximadamente el 60% al cabo de 3,5 años de enfermedad. El problema que representa esta forma de TBC es que si no se toman las medidas necesarias para su control, con el tiempo y por selección natural, va a desplazar a las formas sensibles de TBC, convirtiéndose en poco tiempo como la más frecuente en el país. Muchos de ellos a pesar de tener baciloscopias y cultivos positivos, siguen compartiendo la vivienda, lugar de trabajo, de recreación y de transporte con personas vulnerables, contribuyendo a su diseminación. Actualmente las personas con TB-XDR son tratadas en sus puestos o centros de salud y la ESNPCT aún no ha considerado el uso de nuevas drogas indicadas para su manejo, posiblemente porque su costo supera los 100 mil dólares por paciente. En la Figura 4, presentamos la distribución de los casos de TB-XDR en Perú y en Lima Metropolitana.

Figura 4. Distribución en Perú de los 334 casos de TB-XDR reportados, 1999 – 2011 (abril)

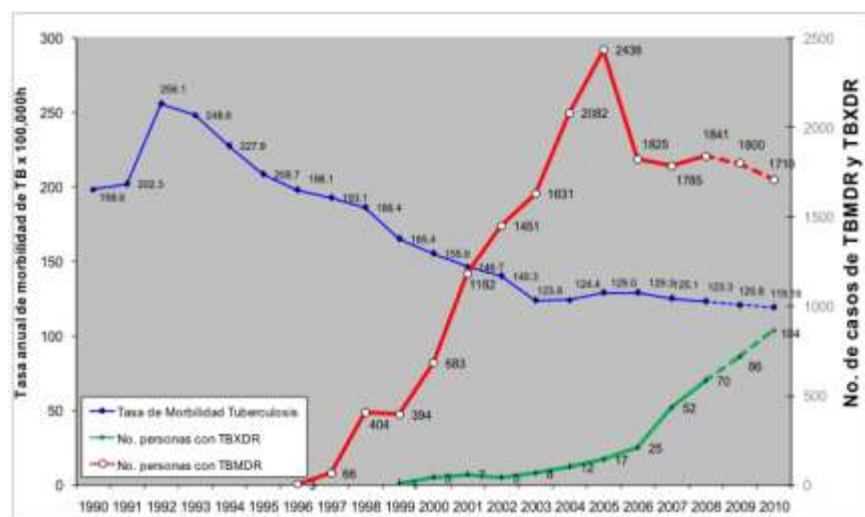


Fuente. Situación de la TBC en el Perú. Reunión de Evaluación Nacional de la ESNPCT/MINSA, 2011.

Panorama actual de la TBC y TBC resistente en Perú.

En la Figura 5 se resume la tendencia de las formas de TBC en el país. En la línea azul se presenta la tasa de morbilidad de TBC (número de casos totales por año por cada 100 mil habitantes), se observa la desaceleración en su descenso y la meseta en los últimos 8 años. En rojo se representa el número absoluto de personas con TB-MDR, con un pico en el año 2005 y en verde las personas con TB-XDR, en ambos casos la tendencia global es al incremento a través de los años a partir de mediados de los años noventa.

Figura 5. Tendencia de la TBC sensible y TBC resistente en el Perú, 1990–2010.

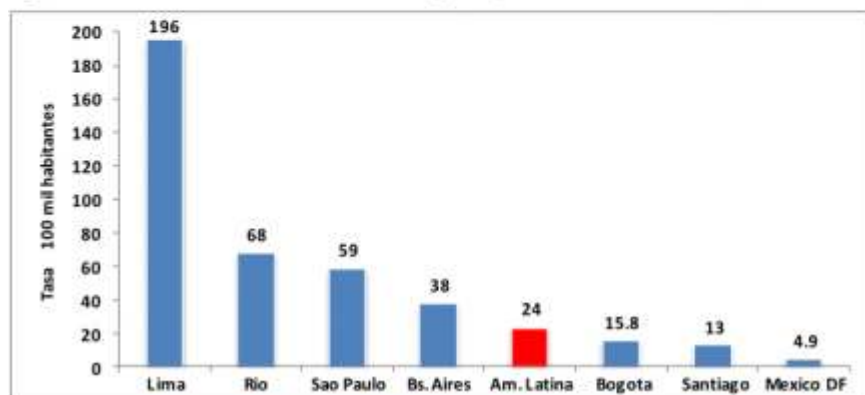


Fuente. Situación de la TBC en el Perú. Reunión de Evaluación Nacional de la ESNPCT/MINSA, 2011.

4. LA TUBERCULOSIS EN LIMA Y CALLAO

La región metropolitana de Lima y Callao constituye la ciudad con mayor tasa de incidencia de casos nuevos de tuberculosis entre las principales ciudades del continente (Figura 6).

Figura 6. Tasa de incidencia de TBC en las principales ciudades de América Latina.



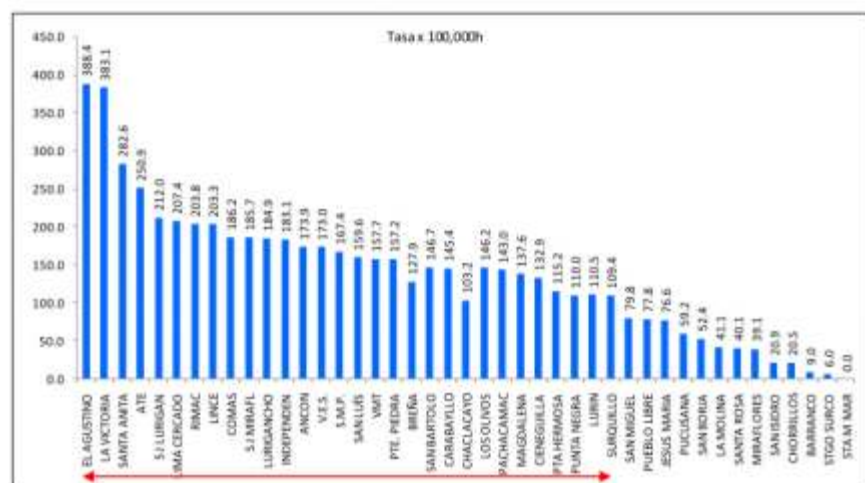
Fuente: Situación de la TBC en el Perú. Reunión de Evaluación Nacional de la ESNPCT/MINSA, 2011.

En Lima y Callao se concentra el 56% de casos de tuberculosis que se producen cada año en el Perú. Treinta distritos de Lima tienen una tasa de morbilidad por encima de 100 casos por 100 mil habitantes, siendo los distritos de El Agustino, La Victoria, Santa Anita, Ate, San Juan de Lurigancho, Lima Cercado, Rimac, Lince, Comas y San Juan de Miraflores los 10 distritos con mayor tasa de prevalencia de tuberculosis en la capital. (Figura 7).

La región metropolitana de Lima y Callao concentra el 82% de los casos de TB-MDR y el 93% de los casos de TB-XDR que cada año se producen en el Perú. Los distritos que presentan mayor número de tuberculosis sensible, también presentan el mayor número de casos TB-MDR y TB-XDR. En la Figura 8 se presenta la cantidad de personas afectadas por TB-MDR que la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT) ha detectado y se encuentra en tratamiento en los distritos de Lima y Callao.

De acuerdo al estudio de vigilancia de la resistencia a drogas anti-tuberculosis del año 2006, realizado por el instituto Nacional de Salud de Perú, (11) ocho de cada 100 personas que tienen TBC en Lima por primera vez (casos nuevos) tienen TB-MDR, en cambio en el resto del país el número es 2 de cada 100 personas. Sin embargo, si la persona ya ha tenido TBC previamente, 26 de cada 100 personas tendrán TB-MDR, independiente si procede de Lima o de provincias. De todos los casos con TB-MDR, 6% son TB-XDR. En la tabla 2, se presenta los casos de TB-XDR detectados por el INS, según región de salud.

Figura 7. Tasa de morbilidad de tuberculosis, según distritos de Lima Metropolitana.



Fuente: Situación de la TBC en el Perú. Reunión de Evaluación Nacional de la ESNPCT/MINSA, 2011.

Tabla 2. Casos reportados de TB-XDR según región de salud, 1997 – 2010

DISA	Activos		No Activos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Lima Ciudad	26	33.3	93	36.0	119	35.4
Lima Este	19	24.4	83	32.2	102	30.4
Lima Sur	10	12.8	33	12.8	43	12.8
Lima Callao	11	14.1	23	8.9	34	10.1
Ica	3	3.8	7	2.7	10	3.0
Lambayeque	2	2.6	4	1.6	6	1.8
Tumbes	2	2.6	2	0.8	4	1.2
Arequipa	1	1.3	2	0.8	3	0.9
Lima Norte	0	0.0	2	0.8	2	0.6
Ancash	0	0.0	2	0.8	2	0.6
Junin	2	2.6	1	0.4	3	0.9
Tacna	2	2.6	0	0.0	2	0.6
Piura	0	0.0	2	0.8	2	0.6
Moquegua	0	0.0	1	0.4	1	0.3
La Libertad	0	0.0	2	0.8	2	0.6
Ucayali	0	0.0	1	0.4	1	0.3
Total general	78	100.0	258	100.0	336	100.0

Fuente: Situación de la TBC en el Perú. Reunión de Evaluación Nacional de la ESNPCT/MINSA, 2011.

5. DETERMINANTES SOCIO-ECONOMICOS DE LA TUBERCULOSIS

La TBC es una enfermedad social estrechamente vinculada con la pobreza, con las malas condiciones de trabajo y de vida; con la inequidad y la injusticia social y con todos aquellos factores que deterioran la respuesta de nuestro sistema inmunológico para evitar la infección y el subsecuente desarrollo de enfermedad como son: la malnutrición, la infección por el VIH, la diabetes, el alcoholismo, tabaquismo y la polución.⁽¹⁾ Consecuentemente, la TBC como una enfermedad social requiere intervenciones económicas, sociales y ambientales para su control, y no sólo el paradigma biomédico de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno impulsado en las últimas décadas.^(1,2)

Han pasado más de 15 años de haber sido declarada la TBC como una emergencia sanitaria mundial por la OMS y en el Perú la situación no ha mejorado, a pesar del desarrollo de nuestra macro-economía; lo que refleja una indudable inequidad. Al punto que la prevalencia de la tuberculosis debería ser considerado un indicador de inclusión social.

A continuación detallamos algunos de los determinantes que han contribuido o contribuyen a la alta prevalencia de TBC en el Perú:

- La migración a zonas marginales o urbanas antiguas (cercado de Lima, Barrios Altos, Rímac, etc.) de las grandes ciudades, con acentuada pobreza e inevitable hacinamiento.
- Desconocimiento del problema y su real magnitud por la población en general.
- La epidemia de VIH y su comorbilidad con el bacilo tuberculoso.
- La aparición de cepas de *M. tuberculosis* con resistencia múltiple a diferentes drogas.
- La subestimación o desconocimiento del problema y la débil respuesta biomédica del sector salud (MINSU), asociado a la nula intervención de otros sectores del Estado.
- Estigma y discriminación de las personas afectadas con TBC que limita su capacidad de organización y demanda de derechos.
- La falta de abogacía e información a los políticos de turno para tomar decisiones competentes y oportunas.

La pobreza constituye un terreno fértil para el desarrollo de la enfermedad TBC; sin embargo, por la posibilidad de compartir el mismo ambiente comunitario, el riesgo de desarrollar TBC se traslada a otros estratos sociales, donde cada vez es más frecuente detectar personas afectadas por TBC, que no encuentran

explicaciones sobre como adquieren la enfermedad, algo que aún no se ha esclarecido suficientemente. Sin embargo, existen reportes del incremento del riesgo para desarrollar TBC si se utiliza transporte público de tipo minibuses (combis) en Lima ^(14,15) o se trabaja en el transporte público.

Sin embargo, desde la misma Organización Mundial de La Salud, se viene adoptando nuevas estrategias con base en los determinantes sociales, debido a que no es suficiente el enfoque biomédico, como claramente lo muestra la gráfica de la tendencia de la TBC en Perú. En el anexo 1 se desarrolla la experiencia del Plan TBZero desarrollada por las autoridades sanitarias de la DISA V - Lima Ciudad, la Municipalidad Distrital de La Victoria y el personal del Centro de Salud “San Cosme” en una de las zonas calientes de Lima Metropolitana con tasas de prevalencia de 1200 casos de TBC por 100 mil habitantes, quizá una de las más altas en todo el continente americano. Por otro lado, la respuesta financiera del Estado, representada por el presupuesto por resultado (PpR) han incrementado enormemente la disponibilidad de recursos para las regiones de salud, sin embargo, según la página de transparencia del Ministerio de Economía a julio de 2011, sólo se ha ejecutado el 20% del presupuesto asignado al control de la tuberculosis, que asciende a alrededor de 45 millones de soles.

En este contexto de descentralización del sector salud a los gobiernos locales y regionales, mayor disponibilidad presupuesto y el nuevo enfoque basado en determinantes sociales, es oportuno considerar una respuesta multisectorial del Estado Peruano, con carácter de emergencia para detener la TBC en el país haciendo frente a la exclusión social, la pobreza y la desinformación de la población.

La mayoría de intervenciones previas no han considerado el abordaje de los determinantes socioeconómicos para la TB. Como ejemplo tenemos que en Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis la inversión del sector público en TB en los últimos años ha sido menor al 1%.

Clasificación programática	2005	2006	2007	Total general	%
Tratamiento	30,386,233	3,606,578	7,256,282	41,249,092	91.6%
Diagnóstico	341,709	467,915	946,756	1,756,381	3.9%
Apoyo nutricional	206,870	442,454	985,767	1,635,091	3.6%
Prevención	55,790	149,111	173,595	378,496	0.8%
Total general	30,990,601	4,666,059	9,362,400	45,019,060	100.0%

6. PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LIMA METROPOLITANA

Objetivo:

Disminuir la incidencia de la tuberculosis a través de acciones eficaces de prevención y control en la ciudad de Lima por el gobierno local contribuyendo a crear una ciudad saludable.

Metas:

Disminuir la incidencia general de TBC en LM en 30% en los 4 años de gestión Municipal.

Disminuir la incidencia de TB-MDR en LM en 40% en los 4 años de gestión Municipal.

Disminuir la incidencia de TB-XDR en 40% en los 4 años de gestión Municipal.

Estrategias

1. Implementar una estrategia de salud y desarrollo social denominado “**VIVES LIMA**” que reduzca progresivamente y de manera sostenida la transmisión de la TBC favoreciendo el desarrollo social e inclusivo de nuestra comunidad.

“**VIVES LIMA**” es el acrónimo de cinco intervenciones que proponemos seguir para detener la TBC en la capital.

Vivienda: mejorar la vivienda convirtiendo al hogar en un lugar seguro, ya que es el ambiente de mayor transmisión de TBC en nuestra sociedad.

Inclusión: interviniendo en grupos excluidos (pobres extremos, alcohólicos, drogadictos, nativos inmigrantes, penales, persona viviendo con VIH, etc), pues la transmisión en ellos se transporta a la comunidad y a otras regiones.

Ventilación: garantizando la ventilación de ambientes comunitarios (medio de transporte, lugar de trabajo, discotecas, mercados, centros laborales, salas

de espera de entidades públicas o privadas, vehículos de transporte público, etc.), pues la concentración de gotitas infecciosas con TBC, en el aire permanece transmitiendo por varias horas.

Educación e información: buscando el desarrollo social y económico de los miembros de la comunidad, así como facilitar la mejor aplicación de las medidas preventivas, de diagnóstico y tratamiento.

Servicios de salud fortalecidos: logrando dotar de personal calificado, capacitar al existente, mejorar las condiciones laborales de los trabajadores de salud, equipar laboratorios, disponer de recursos para gastos operativos y de gestión, para efectos de incrementar la detección de casos de tuberculosis, tratándolos lo más rápido posible con los regímenes más adecuados. Desarrollo del enfoque de Atención Primaria de Salud y fortalecimiento del primer nivel de atención.

1. Atender a la declaratoria de tuberculosis como emergencia sanitaria nacional que la Dirección General de Salud de las Personas hizo en el año 2009.
2. Implementar un programa municipal de control de la tuberculosis y sus formas resistentes en Lima Metropolitana con un enfoque multi-sectorial, que asuma las actuales funciones de la ESNPCT en el ámbito de Lima metropolitana.

LINEAMIENTOS GENERALES

I. GARANTÍA DE VIVIENDA SEGURA Y VENTILADA

- Programa de reducción del hacinamiento domiciliario:
 - Proporción número de personas/área de vivienda.
- Programa de Vivienda en Lima Metropolitana, que garantice:
 - Adecuada ventilación de habitaciones, pasadizos, ascensores, etc.
 - Proporción Número de departamentos/área de terreno.
- Reubicación y proyectos de vivienda de áreas hacinadas de Lima.
- Educación sobre vivienda segura, en agrupaciones comunales.

II. FAVORECIENDO LA INCLUSION DE GRUPOS VULNERABLES

- Programa para manejo integral de los daños psicosociales:
 - alcoholismo,
 - drogadicción,
 - nativos inmigrantes,
 - personas sin hogar, etc.
- Coordinación con el sistema penitenciario para la derivación de casos de TB.
- Garantizar la salud ocupacional D.S. 009 (riesgo laboral y evaluación médica anual).
- Garantizar el derecho a la salud de los trabajadores de salud.
- Garantizar la empleabilidad y la reinserción laboral de los afectados.
- Mejorar el actual apoyo alimentario y extenderlo al núcleo familiar.
- Subsidio a personas afectadas con TB MDR y XDR con carga familiar.
- Contribuir a la formalización laboral.

III. GARANTIZANDO LA VENTILACIÓN DE AMBIENTES COMUNITARIOS

- Transporte urbano saludable (buena ventilación)
- Espacios públicos saludables
 - discotecas, cines
 - centros de trabajo y estudio,
 - salas de espera de instituciones públicas y privadas.

IV. MEJORANDO LA EDUCACIÓN PARA UNA VIDA SANA

- Programa de capacitación de la comunidad educativa en control de infecciones en TBC en la comunidad.
- Creación del curso de salud pública a nivel primario para educar a niños y madres simultáneamente.
- Programa de comunicación permanente en medios masivos.
- Programa de educación en centros de trabajo, en prevención y control de TBC.
- Empoderamiento de la sociedad civil.
- Lucha frontal contra el estigma y la discriminación mediante la educación.
- Cartilla de educativa mínima de salud aprobada para licencias, y otros.

V. FORTALECIENDO LOS SERVICIOS DE SALUD PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TBC

- Fortalecimiento del DOTS a través de la implementación del Plan TBCero en las AERT-TB.
- Incrementar la detección de casos.
- Fortalecer el sistema de diagnóstico de TB mediante la baciloscopia y cultivo.
- Acceso universal a las pruebas rápidas para detectar TB-MDR antes de iniciar tratamiento.
- Disponibilidad de pruebas de diagnóstico rápido para TBC en hospitales y centros maternos infantiles.
- Implementar regímenes terapéuticos basados en pruebas de susceptibilidad rápida.
- Incorporar al sector privado, EsSalud, ONGs en una respuesta integrada y unificada para el diagnóstico y tratamiento de los casos, liderado por el gobierno municipal correspondiente.
- La tuberculosis en prisiones y su relación con la comunidad es un problema de salud pública.
- Incorporar rayos X de tórax en todo examen de despistaje para sanidad municipal, y/o despistajes para renovación de licencias en otros sectores.
- Albergues transitorios para la atención diferenciada y especializada de TB XDR y terapia a domicilio para pacientes con TB MDR asociado a mejorar el control de infección en la vivienda.
- Integrar la respuesta TB/VIH en la prevención, diagnóstico y tratamiento.
- Incrementar la red de consultores con médicos de diferentes especialidades incluyendo infectólogos, internistas, otros.
- Incorporar en los hospitales nacionales a infectólogos a la estrategia de control de TBC.
- Consolidar en cada red de salud equipos multidisciplinarios para la atención integral del paciente con formas resistentes de TBC: médicos generales, neumólogo, infectólogo, cirujanos de tórax y cardiovasculares, psiquiatría, oftalmólogo, otorrinolaringólogo, radiólogos intervencionistas, enfermeras, técnicas de enfermería, promotoras de salud, personal administrativo, farmacólogos, tecnólogos médicos, chofer, etc.
- Construir facilidades adecuadas de control de infecciones en hospitales para la admisión de personas con TBC con baciloscopia positiva cuando requieran internamiento.

- Elaboración o adaptación de guías clínicas bajo revisiones sistemáticas.

VI. ASEGURANDO LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA E INVESTIGACION

- Vigilancia epidemiológica de los determinantes sociales en salud relacionados a TBC, basados en sistema de información.
- Red de información basada en tecnologías de información y comunicación (TIC) en todo el sistema.
- Garantizar la supervisión y monitoreo a todo nivel de intervención.
- Programa de apoyo a la investigación epidemiológica, clínica, social y operacional que busque la incorporación de sus resultados a las políticas nacionales de prevención y control de la TBC.

7. REFERENCIAS

1. Lönnroth K, Jaramillo E, Williams BG, Dye C and Raviglione M. Drivers of tuberculosis epidemics: The role of risk factors and social determinants. *Social Science & Medicine*. 2009; 68:2240-2246
2. Ticona, E. Tuberculosis: ¿Se agotó el enfoque biomédico? *Rev. Peru Med. Exp. Salud Pública*. 2009; 26: 273-75.2
3. Fuentes-Tafur, LA. Enfoque sociopolítico para el control de la tuberculosis en el Perú. *Rev. Peru Med. Exp. Salud Pública*. 2009; 26: 370-379.
4. MINSA- UT-TBMDR. Sala Situacional Octubre 2010. Disponible en www.tbperu.pe
5. MINSA- informe Operacional de la ESNCP T año 2009. Disponible en www.tbperu.pe
6. OPS/OMS Tuberculosis en las Américas. Reporte Regional 2009. HSD/CD/T/002-10.
7. W.H.O. Multidrug and extensively drug-resistant TB (M/XDR-TB): 2010 global report on surveillance and response. WHO/HTM/TB/2010.3
8. Yañez del A. Tuberculosis en inmigrantes. Situación Chile - Peru *Rev. Chil Enf Respir* 2010; 26: 161-164
9. Suárez PG, Watt CJ, Alarcón E, et al. The dynamics of tuberculosis in response to 10 years of intensive control effort in Peru. *J Infect Dis*. 2001; 184:473-8.
10. Del Castillo H; Mendoza-Ticona A, Saravia JC, Somocurcio JG. Epidemia de tuberculosis multidrogo resistente y extensivamente resistente a drogas (TB MDR/XDR) en el Perú: situación y propuestas para su control. *Rev Peru Med Exp. Salud Pública*. 2009; 26:380-386
11. Ascencios Luis, Quispe Neyda, Mendoza -Ticona Alberto, et al. Vigilancia Nacional de la Resistencia a Medicamentos Antituberculosos, Perú 2005-2006 *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2009; 26: 278-87.
12. Lönnroth, K., & Raviglione, M. Global tuberculosis epidemiology - prospects for control. *Seminars in Respiratory & Critical Care Medicine*. 2008; 29: 481-491.
13. Horna-Campos OJ, Sanchez-Perez HJ, Sanchez I, Bedoya A, Miguel M. Public Transportation and Pulmonary Tuberculosis, Lima, Peru. *Emerg Inf Dis*. 2007; 13(10): 1491-3.
14. Horna-Campos OJ, Bedoya-Lama A, Romero-Sandoval NC, Martin-Mateo M. Risk of tuberculosis in public transport sector workers, Lima, Peru. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2010; 14(6): 714-719.
15. Horna-Campos OJ, Consiglio E, Sanchez-Perez HJ, et al. Pulmonary tuberculosis infection among workers in the informal public transport sector in Lima, Peru. *Occup Environ Med*. 2010; doi:10.1136/oem.2009.051128.

8. ANEXOS

UN ENFOQUE INNOVADOR: EL PLAN TBCERO- LA VICTORIA

Introducción

Desde abril del año 2009 en la jurisdicción del Centro de Salud de San Cosme del distrito de La Victoria, Lima-Perú, se viene ejecutando un plan para el control de la tuberculosis con un modelo de abordaje sistémico, integral, complementario y humanizado basado en los determinantes sociales de la salud, denominado Plan TBCero.

En esta zona el empleo informal y precario, el hacinamiento y tugurización, la alta contaminación ambiental, la delincuencia, prostitución, drogadicción y alcoholismo se sinergian con la pobreza, exclusión social y discriminación. A lado de esto los servicios de salud presentaban limitaciones para una atención con calidad a los usuarios y a las personas afectadas.

La jurisdicción que tiene su responsabilidad sobre territorios de los distritos de La Victoria y el Cercado de Lima presentaba para el año 2008 una tasa de Incidencia de 1028 por 100,000 habitantes, la mayor del país; siendo Lima Metropolitana una mega urbe que concentra más del 60% de la TBC sensible, 83% de la TB-MDR y 90% de la TB-XDR del Perú.

Un enfoque exclusivamente biomédico se mostraba insuficiente para obtener éxitos en el control de la TBC (a pesar de los esfuerzos del estado y la sociedad civil) y además venía comprometiendo crecientemente la salud del personal de salud. Todo esto llevó a proponer un modelo de abordaje socio político basado en los principios de la Atención Primaria de Salud y la Promoción de la salud.

Plan TBCero implementado en C.S. San Cosme

Los enfoques son los siguientes: determinantes sociales de la salud, la salud como derecho humano, gobernanza y gobernabilidad y descentralización local.

El objetivo: disminuir la incidencia de la TBC en un 30% en un periodo de 5 años con enfoque de ciudadanía en la jurisdicción del Centro de Salud de San Cosme, La Victoria.

Las líneas estratégicas son las siguientes: Incidencia política, manejo clínico de las personas / familias / comunidades afectadas por la tuberculosis. Manejo de los factores psicosociales, nutricionales, de co-infección TBC-VIH y otras comorbilidades (diabetes, cáncer, etc.) en los afectados, Salud y seguridad de los servidores de salud, Promoción de la salud y comunicación; y Gestión del Plan TBZero. La conducción del plan está a cargo de la DISA V Lima Ciudad, de la Municipalidad Distrital de La Victoria y de las personas afectadas por TBC.

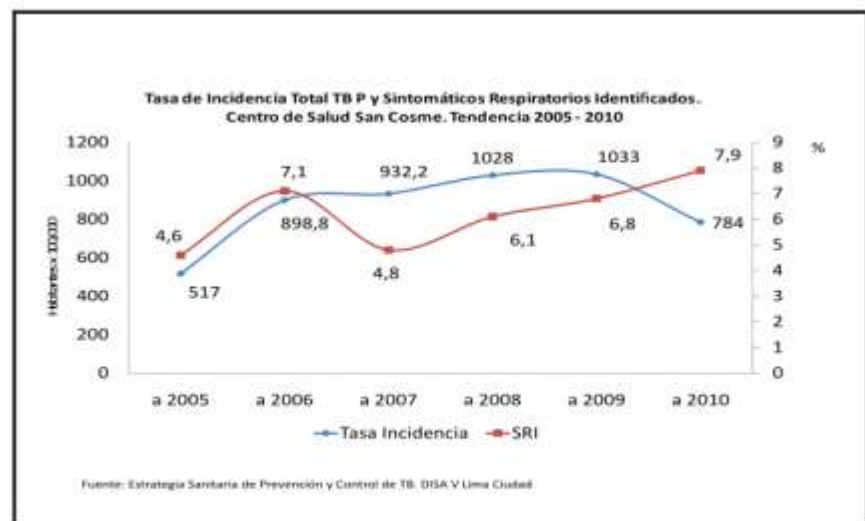
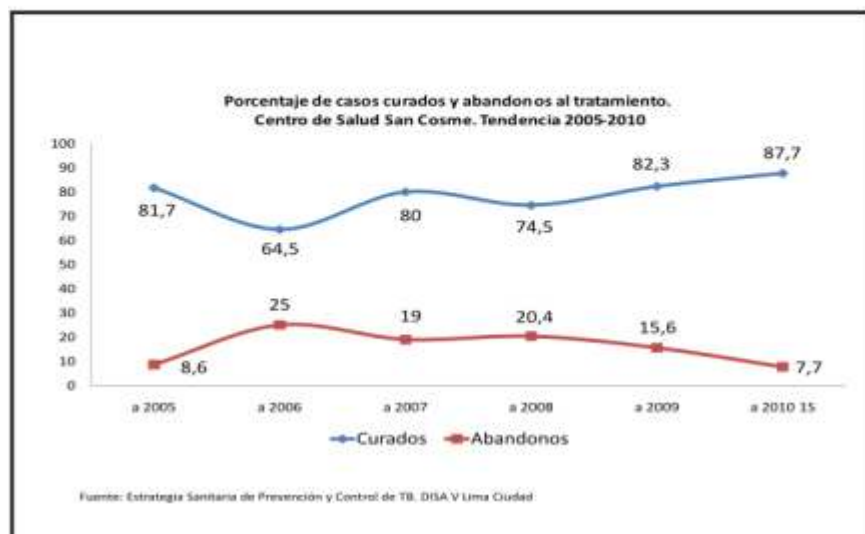
Una de las estrategias lo constituye DATOS (Detección, Análisis y Tratamiento Observado Socialmente), que permite fortalecer el DOTS en las AERT-TBC. Dentro de esto la atención diferenciada por niveles considera a la persona / familia / comunidad como participantes del proceso salud / enfermedad / atención desde una perspectiva de Atención Primaria de la Salud. Nuestro manejo es integral: físico, emocional y social. Los Médicos de Familia de San Cosme, los promotores comunitarios y la Casa de Alivio (un lugar de atención diferenciada) forman parte de las tácticas operacionales. El financiamiento es a través de la Municipalidad de La Victoria (Presupuesto participativo) y recursos de la DISA V Lima Ciudad.

Resultados

Entre los logros más importantes podemos citar: la participación activa del gobierno local a través de la implementación de políticas públicas afirmativas, la participación activa de las personas afectadas y la humanización de la atención de los afectados a nivel individual/familiar/comunitario. En el momento actual la gestión municipal viene mejorando las condiciones de salubridad y ordenamiento territorial de zona.

Desde el punto de vista de los indicadores operacionales hemos conseguido para el 2010 en comparación al 2008: el incremento en la detección de sintomáticos respiratorios de 6.1 a 7.9%, la disminución de la tasa de abandonos de 20.4% a 7.7%, el incremento de la tasa de curación de 74.6% a 87.7% y la disminución de la Tasa de incidencia de 1028 por 100, 000 habitantes en el año 2008 a 784 por 100.000 habitantes para el año 2010. (Ver gráficos).

Por su efectividad consideramos que este modelo debería ser replicado en otras zonas adaptándolo a la realidad local.



PLANT B Cero

JUNTA DIRECTIVA 2010 - 2011

Dr. V. Alberto Gayoso Villaflores
Decano

Dr. Julio Cesar Medina Verastegui
Secretario

Dra. Rosa María García Málaga
Tesorera

Dra. Raquel Josefa Garcés Ghilardi
Vocal

Dr. Carlos Alberto Galarza Manyari
Vocal

Dr. Guillermo Raúl Vásquez Gómez
Vocal

Dr. Christian J. Guerrero Sánchez
Vocal

Dra. Doris Sonia Guzmán Chavez
Accesitaria

Dr. Eliseo Humberto Barrón Velis
Accesitario



CONSEJO REGIONAL III
LIMA