



PERÚ

Ministerio de Salud



Investing in our future

The Global Fund

To Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

PLAN ESTRATÉGICO MULTISECTORIAL DE LA RESPUESTA NACIONAL A LA TUBERCULOSIS 2010 - 2019



Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en el Perú 2010 - 2019



2010

INDICE

1.- INTRODUCCIÓN

2.- FINALIDAD

3.- OBJETIVO

4.- BASE LEGAL

5.- ÁMBITO DE APLICACIÓN

6.- PLAN ESTRATÉGICO MULTISECTORIAL 2010-2019

I. DIAGNOSTICO

1. Capítulo 1: Análisis de la Situación de la TB en el Perú

- 1..1. Situación, magnitud y evolución de la endemia de TB y TB MDR en el Perú
- 1..2. Aproximación a las condiciones sociales relacionadas a la endemia
- 1..3. El impacto social y económico de la Tuberculosis

2. Capítulo 2: Análisis de la Respuesta Nacional

- 2..1. Actores y Respuesta del Estado a la Tuberculosis
- 2..2. La Respuesta Programática del MINSA
- 2..3. La Sociedad Civil; Organizaciones no Gubernamentales y Organizaciones de Afectados
- 2..4. Hacia una Respuesta Multisectorial Efectiva

3. Capítulo 3: Recursos de la Respuesta Nacional

- 3..1. Inversión del Sector Público
- 3..2. Inversión del Fondo Mundial en la lucha contra la TB en el Perú
- 3..3. Perspectivas de financiamiento

4. Capítulo 4: Principales Retos y Brechas de la Respuesta Nacional

- 4.1. La lucha contra la TB a la luz de los compromisos y acuerdos Internacionales
- 4.2. Principales Brechas de la lucha contra la Tuberculosis en el Perú

II. VISION Y ESTRATEGIAS PARA RESPONDER A LA TB EN EL PERU

5. Capítulo 5: Visión y Estrategias para Responder a la TB en el Perú

- 5.1. La Visión y Situación Objetivo al 2019
- 5.2. Objetivos Generales y Objetivos Específicos

III. PRESUPUESTO

6. Capítulo 6: Presupuesto 2010-2019 por Objetivos Específicos

IV. GESTION DEL PLAN

7. Capítulo 7: Gestión del Plan

- 7.1 Contexto de la gestión y financiamiento del PEM TB
 - Aseguramiento Universal en salud – AUS
 - Presupuesto por resultados. PPR
 - Responsabilidades y Funciones del estado Descentralizado

V. ANEXOS

- Anexo 1 : Glosario
- Anexo 2 : Relación de Objetivos Estratégicos , Objetivos Específicos , Indicadores, Actividades y Productos.
- Anexo 3 : Plan esencial de aseguramiento en salud – PEAS
- Anexo 4 : Información Estadística actualizada a noviembre 2009

1. INTRODUCCION

El presente documento constituye el **Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en el Perú**, para los siguientes 10 años, desarrollado en procesos participativos que incorporaron de manera sistémica a los sectores públicos, la sociedad civil con énfasis en las organizaciones de afectados y organizaciones no gubernamentales, así como organismos de cooperación técnica internacional

En el primer capítulo se expone en términos epidemiológicos, económicos y sociales el análisis de la situación de la endemia de Tuberculosis en el Perú.

En el segundo se expone los actores sociales y políticos y sus acciones que dan actualmente respuesta a la endemia.

En el tercer capítulo se examinan los recursos financieros actuales y potenciales que se incluyen en la respuesta actual de la endemia.

En el capítulo cuarto se hace una síntesis de las brechas encontradas a la luz de los compromisos internacionales adoptados por el país.

En el quinto y sexto capítulo del documento se presentan la Visión, Objetivos Generales, Objetivos Específicos, Actividades y Recursos necesarios Presupuestados para su ejecución. En el séptimo capítulo se exponen las recomendaciones para la implementación del PEM.

2. FINALIDAD

La presente Documento Técnico esta diseñado para orientar e incorporar de manera sistémica a los sectores públicos, la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales, así como organismos de cooperación técnica internacional, en la prevención y control de la tuberculosis en el Perú.

3. OBJETIVO

Disminuir progresiva y sostenidamente la incidencia y morbimortalidad por tuberculosis así como sus repercusiones sociales y económicas, de manera que para el año 2019 alcancemos una incidencia de TBP-FP menor de 40 casos por 100,000 hab.

4. BASE LEGAL

NORMA LEGAL	SUMILLA
2009	
Ley N° 29465 08/12/2009	Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2010
2007	
DS 004-2007-SA 17/03/2007	Establecen Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciban financiamiento del SIS.
RM 422-2007/MINSA 23/05/2007	Se aprueba la Directiva Administrativa N° 112-2007-MINSA/SIS-V.01 "Directiva administrativa que regula el proceso de pago para las prestaciones del Seguro Integral de Salud - SIS", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente resolución.
RM 315-2007/MINSA 16/04/2007	Aprueba la Directiva Administrativa N° 110-2007-MINSA/DGSP-V.01 para la Implementación de Flujogramas de Procesos de Atención de Afiliados del Seguro Integral de Salud en los establecimientos del Ministerio de Salud.
2006	
D.S.019-2006 TR 29/10/2006	Nuevo Reglamento del la Ley General de Inspección del Trabajo
DS 093-2006-EF 22 /06/2006	Actualizan lista de medicamentos e insumos para el tratamiento oncológico y VIH/SIDA libres de pago del IGV y derechos arancelarios.
DS 006-2006-SA 21/03/2006	Amplían prestaciones de salud del SIS para la población de la Amazonía y Alto Andina dispersa y excluida, las Víctimas de la Violencia Social y los Agentes Comunitarios de Salud
2005	
D.S. 009-2005 TR 28/09/2005	Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo
DS. 005-2005-SA 02/02/2005	Modifican artículo 3° del D.S. N° 007-2004-SA referente a la Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud. CONAMUSA.
RM 725-2005/MINSA 29/09/2005	Amplían vigencia y aprueban Tarifas del Seguro Integral de Salud (SIS).
RM 367-2005/MINSA 16/05/2005	Se resuelve sustituir el texto de los numerales 7.1.4,7.2.1, 7.3.1, 7.4.2, 7.4.10, 7.5.2, 7.5.5,7.5.14, 7.5.17, 7.5.19, 7.5.20, 7.6.1,7.7.1, 7.9.2 y 7.9.7, y numeral 04 del Anexo N°12 de la Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos - SIMMED, aprobada por Resolución Ministerial N° 1753-2002-SA/DM.
RM 218-2005/MINSA 18/03/2005	Aprobar el Reglamento de Funcionamiento de la Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud, CONAMUSA, que como anexo forma parte integrante de la presente resolución
2004	
DS 130-2004-EF 10/09/2004	Establecen criterios y mecanismos para mejorar la equidad y calidad en el gasto social, la prioridad de atención de grupos beneficiarios, a través de la focalización
DS 007-2004-SA 23/05/2004	Constituyen la Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud – CONAMUSA
RM1069-2004/MINSA 15/11/2004	Aprueban documento técnico "Servicios Incluidos en la Provisión Básica de Salud"

RM 771-2004/MINSA 02/08/2004	Establecen las Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerios y sus respectivos órganos responsables
RM 769-2004-MINSA 02/08/2004	Aprueban la Norma Técnica N°021-MINSA/DGSP/V.01: "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"
RM 110-2004/MINSA 10/02/2004	Aprueban listado de medicamentos estratégicos y de soporte utilizados en intervenciones sanitarias definidas por la Dirección General de Salud de las Personas
2003	
Ley 28056 08/08/2003	Ley marco del presupuesto participativo
DS 171-2003-EF 26/11/2003	Reglamento de la Ley marco del presupuesto participativo
RM 1239-2003-SA/SG-DM 13/12/2003	Conforman Comisión encargada de revisar y evaluar el marco legal que regula el Programa de Administración Compartida, creado por D.S. N° 01-94-SA
2002	
Ley 27812 13/08/2002	Ley que determina las fuentes de financiamiento del Seguro Integral de Salud
Ley 27657 28/01/2002	Ley del Ministerio de Salud
DS 009-2002-SA 15/08/2002	Aprueban el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud (SIS)
1997	
Ley N° 26842 15/07/1997	Ley General de Salud

5.- AMBITO DE APLICACION

El presente Documento Técnico es de aplicación y alcance del sector público con carácter multisectorial a nivel nacional

6.- PLAN ESTRATEGICO MULTISECTORIAL

I.-DIAGNOSTICO

Capítulo 1

Análisis de la Situación de la Tuberculosis en el Perú

En el presente capítulo se sintetiza y analiza la situación de la Tuberculosis (TB) en el Perú complementando los enfoques de daño, riesgo y vulnerabilidad. Es así que se plantea la magnitud y evolución de la endemia en sus distintas formas: sensible, resistente y extremadamente resistente; así mismo la situación de los grupos poblacionales de mayor exposición al riesgo y por último se analizan las condiciones sociales, económicas y culturales que constituyen los determinantes sociales de la enfermedad, incluido el propio proceso social de estigmatización.

1.1 Situación, magnitud y evolución de la endemia de TB y TB MDR en el Perú

El Perú fue calificado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la década de los años 1980 como un país con severa endemia de Tuberculosis (TB). Durante los años 1990 el programa de control de TB de Perú accedió a recursos económicos que le permitió brindar tratamientos gratuitos para TB sensible, tener recursos para laboratorio y diagnóstico así como para capacitar al personal e impulsar el tratamiento supervisado en primera y segunda fase como estándar nacional. El acceso a diagnóstico y tratamiento gratuito permitió detectar por lo menos al 70% de los casos y curar por lo menos al 85% de los casos de TB sensible, con lo que las tasas de morbilidad e incidencia fueron disminuyendo sostenidamente, a tal punto que Perú salió de la lista de OMS de los 23 países con mayor prevalencia de TB en el mundo.

Sin embargo, una proporción de pacientes con antecedentes de tratamientos previos desarrollaron resistencia a los medicamentos y transmitieron a sus contactos la misma resistencia¹, no obstante recibieron esquemas que estaban indicados para pacientes enfermos por primera vez, según normas nacionales del Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PNCT), situación que contribuyó al incremento acelerado de casos de TB resistente a los antibióticos (TBDR). A partir de mediados de los años 1990 Perú fue considerado como uno de los 10 países con mayor número de casos de TB multirresistente (TBMDR), la forma más grave de TB debido a la resistencia microbiana a los antibióticos. En la década actual continúa siendo, después de Haití, el segundo país en América con la mayor tasa de morbilidad e incidencia de TB.

En números absolutos el año 2007 fueron diagnosticados 34,860 enfermos de TB (en todas sus formas). La distribución de estos casos de TB no es homogénea en el territorio nacional, observándose concentraciones significativas, asociadas a las características de desarrollo urbano en donde conviven los sectores de mayor concentración de pobreza cercanos a los de mayor desarrollo económico.

La mayor morbilidad e incidencia de TB se da en la periferia de las ciudades capitales de departamentos del litoral del país, donde se asienta el 52% de la población nacional. El gráfico 1 muestra la gran correlación positiva entre la proporción de desarrollo urbano de cada Región de Perú y su correspondiente tasa de incidencia anual de Tuberculosis pulmonar frotis positivo (TBPFP). Lima y Callao representan en términos epidemiológicos el 58% aproximadamente de la morbilidad por TB y el 83% de la morbilidad por TBMDR del país. En la costa peruana se asienta el 90% de los casos de TB.

¹ (Asencios Luis, Sanabria Hernán, Vásquez Lucy, Qneyda, Diaz Susana. INS. Resistencia inicial de M. tuberculosis a drogas anti tuberculosis. V Congreso Panamericano de Infectología, II Congreso Peruano de Enf. Infecc y Tropicales)

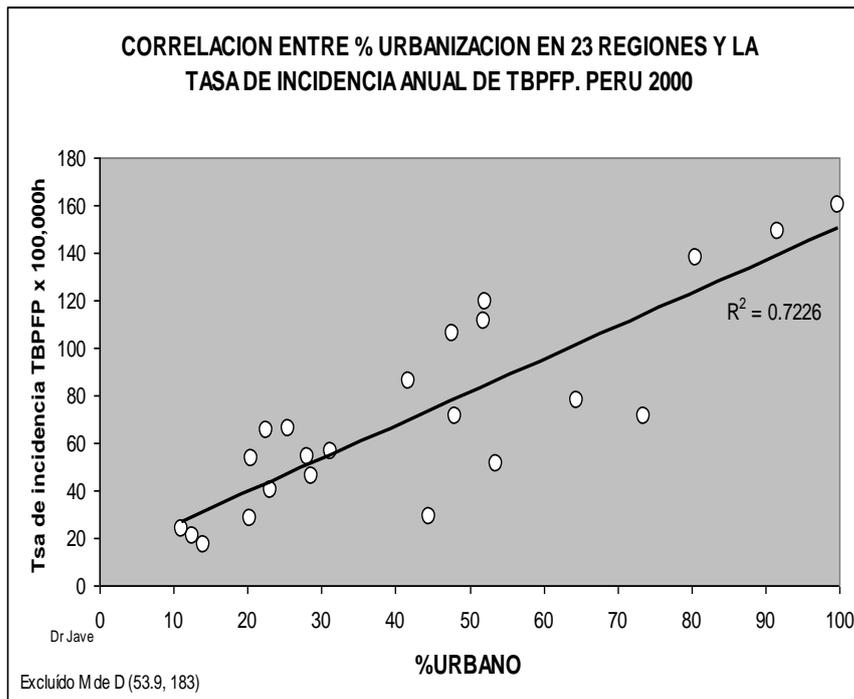


Gráfico 1. Correlación entre Proporción Urbana en Regiones de Salud y Tasa de Incidencia Anual TBP-FP correspondiente. Perú 2000.

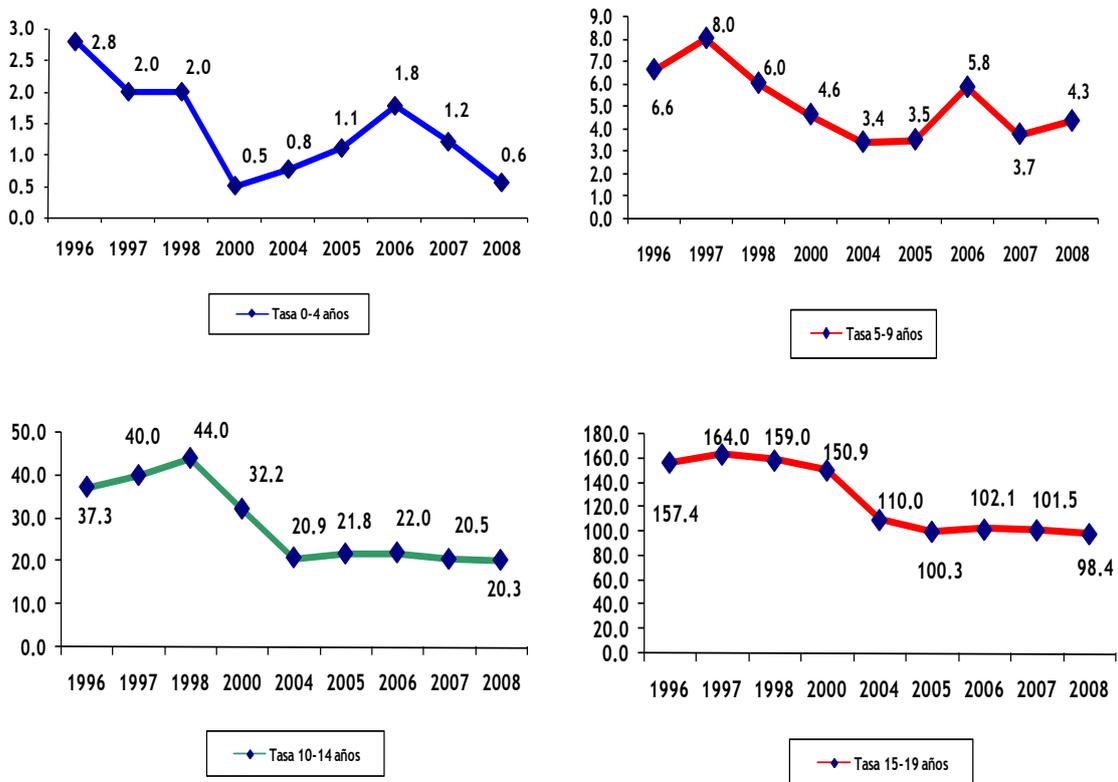
Fuente: PNCT e INEI, 2000.

EVOLUCIÓN DE LA ENDEMIAS DE TB

El **gráfico 2** muestra que en los últimos años la tasa de TB pulmonar frotis positivo (TBPFP) en niños menores de 10 años se incrementó de manera sostenida. Usualmente es poco frecuente la TBPFP en niños de esa edad, de manera que es posible que se trate de niños en estado avanzado de la enfermedad, pero además revela una creciente transmisión reciente de infección de TB, principalmente en los hogares de casos índices (menores de 10 años) ya que el ser infectado por el bacilo, progresa a enfermedad con mayor frecuencia que en los adultos. Es posible que las tasas de incidencia de TB en los niños en general (no sólo pulmonar FP) sean mayores que lo que logra detectar la Estrategia de TB, siguiendo las afirmaciones de algunos investigadores que estiman que por cada caso frotis positivo existen otros dos casos frotis negativo².

² Murray et al.

Gráfico 2. Tasas de Incidencia Anual de TBFPF según grupo de edad y año. Perú 1996-2008



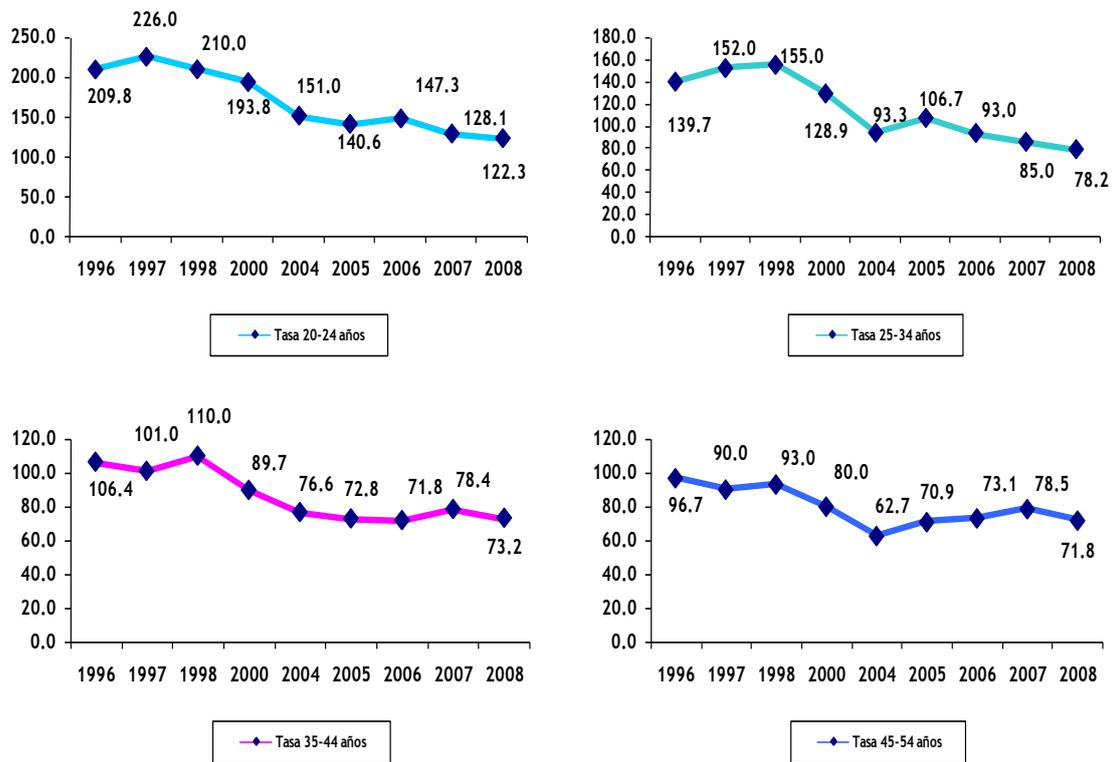
Fuente: ESNPCT, enero 2008.

Nunca se ha realizado en Perú una investigación operacional para determinar las causas por las cuales una proporción importante de niños con TB resultan FP, a diferencia de lo que se reporta en la literatura internacional (escasa proporción de TBFPF). Esta es una característica endémica de Perú, aunque hay que mencionar que el ex programa de TB siempre ha insistido en realizar examen bacteriológico de TB en todas las edades, por lo que implica una mayor confirmación bacteriológica en los niños pero potencialmente puede significar también falta de acceso al tratamiento de niños con formas severas pero con bacteriología negativa. Contra esta última posibilidad está el hecho de que los casos de TB meníngea infantil han disminuido.

Por otra parte, en la misma gráfica se observa que en los grupos de adolescentes las tasas de incidencia permanecieron estacionarias. Un programa de TB eficiente debe lograr un decrecimiento sostenido de las tasas de TB en los grupos más afectados (aproximadamente una disminución de 6% cada año, según estimaciones de OMS y otros). Debemos recordar que la TB afecta sobretodo a los grupos de edad entre 15 y 40 años.

El **gráfico 3** muestra las tasas de incidencia anual de TBFPF correspondiente a los adultos jóvenes y adultos maduros. En el grupo de 20-24 años de edad se observa no sólo un aplanamiento sino un incremento de las tasas. Lo mismo sucede con las tasas correspondientes al grupo de 45-54 años, mientras que en los otros grupos de edad no se observa descenso sino aplanamiento de las curvas. Todo ello sugiere un serio deterioro de las actividades de control de TB en el Perú en años previos, lo que resulta más grave aún para fines del control de la endemia de TBMDR presente en el país.

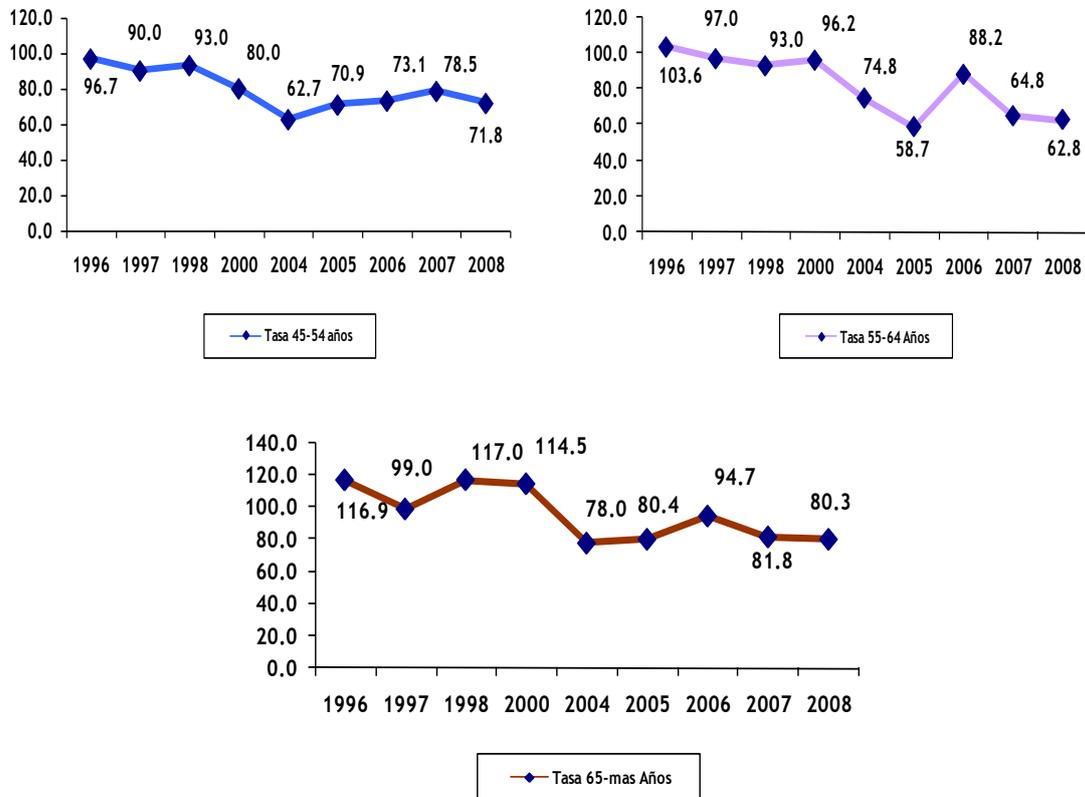
Gráfico 3. Tasa de incidencia anual de TBPF por grupos de edad y año. Perú 1996-2008.



Fuente: ESNPCT, enero 2008.

El **gráfico 4** presenta las tasas anuales de incidencia de TBPF en los grupos de adultos y adultos mayores. En los tres grupos se observa un incremento sostenido y reciente de las tasas de incidencia. En general se espera que, en un escenario exitoso de control de TB las tasas de incidencia se desplacen a los grupos de mayor edad pero todos con tendencia a disminuir, más lentamente en los adultos mayores por representar ellos una cohorte de antecedentes epidemiológicos de décadas anteriores. Sin embargo es de mencionar que aún en adultos mayores y aún en países desarrollados, contra lo que se creía, se produce en ellos también enfermedad como consecuencia de contagio reciente, aunque la mayoría se debería a reactivación de infecciones antiguas.

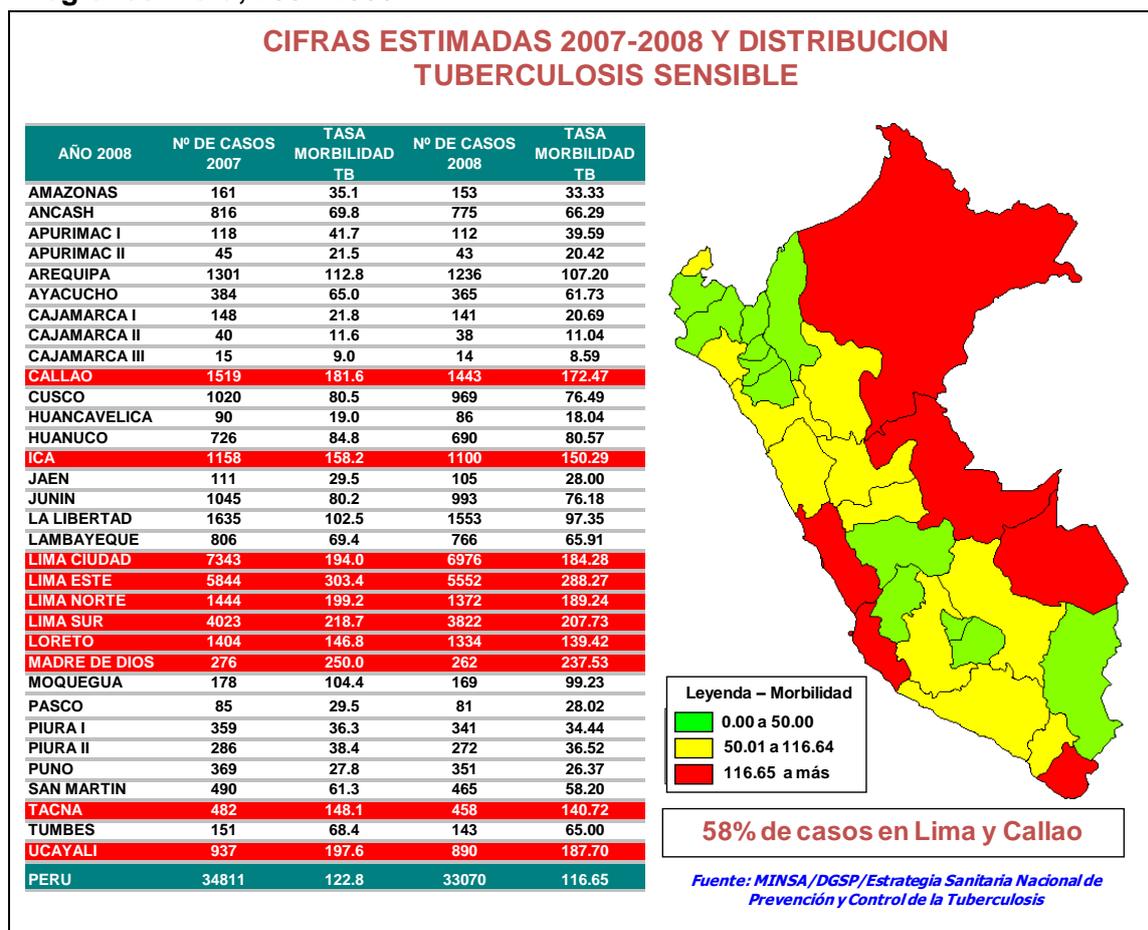
Gráfico 4. Tasas Anuales de Incidencia de TBFPF en grupos de edad de adultos y adultos mayores. Perú 1996-2008.



Fuente: ESNPCT, enero 2008.

El **cuadro 1** muestra el número de casos y las tasas anuales de morbilidad estimadas para los años 2007 y 2008. En color rojo se encuentran las regiones con mayor morbilidad anual (tasas superiores a 116,64 x 100,000 habitantes). Entre las regiones en zona roja se encuentran los departamentos de Tacna, Madre de Dios y Ucayali, aunque debemos indicar que en cuanto a número absoluto de casos Tacna y Madre de Dios aportan juntos menos de 800 casos. Los departamentos o regiones del litoral aportarían 27,345 casos de TB en todas sus formas (**78.5%** de la morbilidad total estimada para el año 2007), los de la sierra y ceja de selva aportan 4,849 casos (**13.9%**) y los de la selva aportan 2617 casos (**7.51%**), totalizando 34,811 casos estimados para 2007, con una tasa de morbilidad anual estimada de 122 x 100,000 habitantes. Según esta información, Lima, Ica y Tacna en la costa y todas las regiones de la selva tienen elevadas tasas de morbilidad.

Estas cifras y porcentajes ratifican que los casos de TB se concentran principalmente en las regiones del litoral, desconociéndose las tasas para las ciudades del litoral, donde se concentra la población y los casos de TB pero es de asumir que en ellas las tasas deben superar la tasa nacional y la del litoral. Sin embargo, otra probable explicación parcial para esta diferencia entre las denominadas “regiones geográficas naturales” (costa, sierra, selva) se puede deber a una probable menor intensidad de búsqueda de casos de TB en los servicios de salud o a un menor acceso geográfico y cultural, aún dentro de las ciudades de la sierra y más aún de la selva.

Cuadro 1. N° de Casos y Tasa de Morbilidad Anual estimada de TB sensible, por Regiones. Perú, 2007-2008.

Basado en el cuadro anterior elaboramos una estratificación de regiones en cuartiles basada en la morbilidad anual estimada para el 2007 (Ver cuadro 2). Los cuartiles 3 y 4 tienen las tasas de morbilidad anual de TB por encima de 50 x 100,000 habitantes. El cuartil cuatro está formado por ocho regiones, de las cuales cinco se encuentran en el litoral del país y dos en la zona amazónica (estas últimas reciben migración proveniente del litoral), tienen tasas de morbilidad promedio de 212.4 (rango 158-303) constituyendo la zona de más severa endemia de TB. El porcentaje promedio de fracasos al esquema UNO (año 2006) fue de 3.5%. Sin embargo, al comparar los cuartiles 2 y 3 vs. el cuartil 1 no se observa diferencia significativa en cuanto a tasas de fracaso, por lo que parecería no ser apropiada esta clasificación.

Las regiones ubicadas en el cuartil 4 representan el **64.7%** de la morbilidad total (22,534/34,811). Comparadas con el cuartil 1, tienen un significativo riesgo de fracasar al tratamiento con esquema UNO (2RHZE/4(RH)2) ($p=0.002$). El cuartil 3 representa el **22.4%** de la morbilidad del país. De manera que las regiones ubicadas en los cuartiles 3 y 4 concentran el **87%** del total de la morbilidad y tienen mayores porcentajes de fracaso al tratamiento, comparadas con el cuartil 1. De ellas, 9 regiones están ubicadas en el litoral, cuatro en la sierra o andes y dos en la selva. Todas ellas deberían recibir prioritaria intervención. Los cuartiles 1 y 2 concentran el 9.8% y 3.0% de la morbilidad nacional del 2007, respectivamente (once de ellas ubicadas en la sierra, cinco en el litoral y una en la selva) y reportan menos de 0.5% de fracasos al tratamiento con esquema UNO (cohorte del año 2006).

Cuadro 2. Morbilidad TB 2008 y cohorte de tratamiento 2007 de TBP-FP con esquema 2RHZE/4(RH)2. Perú.

CUAR TIL	Región	MORBILIDAD 2008				COHORTE ESQ. 1 (2007)					
		Tasa Morbilidad 2008	Tasa Morbilidad Promedio	Nro Casos Morbilidad TR	Nro Total Morbilidad TR	Region Natural	%Free	%Free Promedio	OR Free	IC 95%	P
Q1	CALUMARCA II	7.4		22		SIERRA	0.00				
	CALUMARCA III	7.8		13		SIERRA	0.00				
	CALUMARCA I	11.0		70		SIERRA	0.00				
	APURIMAC II	15.9		31		SIERRA	0.00				
	HUANCAVELICA	23.7	19.9	113	708	SIERRA	0.00	0.44	-	-	-
	APURIMAC I	27.4		67		SIERRA	1.96				
	PASCO	28.5		81		SIERRA	0.00				
	PIURA II	28.6		217		COSTA	1.96				
	JINEN	28.7		94		SIERRA	0.00				
Q2	PIURA	29.3		280		COSTA	1.09				
	PUNO	32.2		420		SIERRA	0.00				
	AMAZONAS	36.4		153		SELVA	0.00				
	SAN MARTIN	53.5	49.9	380	3374	SIERRA	0.00	0.71	1.019	0.37 - 3.05	0.9682434
	HUANUCO	58.8		450		SIERRA	0.00				
	TUMBES	59.4		125		COSTA	3.30				
	CUSCO	62.9		773		SIERRA	0.22				
	LAMBAYEQUE	66.9		769		COSTA	1.08				
Q3	AYAUCUCHO	70.3		477		SIERRA	0.60				
	ANCASH	71.6		780		COSTA	2.31				
	JUNIN	73.0		867		SIERRA	1.32				
	AREQUIPA	74.8	83.8	905	6208	COSTA	0.94	1.49	4.908	1.51 - 19.33	0.0026047
	LA LIBERTAD	81.9		1327		COSTA	2.15				
	LORETO	86.4		833		SELVA	2.01				
	MOQUEGUA	91.4		150		COSTA	0.00				
	ICA	120.7		866		COSTA	2.56				
	Q4	LIMA	132.6		1137		COSTA	2.99			
TACNA		133.7		408		COSTA	0.96				
LIMA SUR		161.6		3106		COSTA	2.34				
CALLAO		167.4	174.8	1432	17887	COSTA	3.53	2.04	4.885	1.52 - 19.1	0.0024494
UCAYALI		167.9		740		SELVA	1.23				
LIMA CIUDAD		170.7		3955		COSTA	3.62				
MADRE DE DIOS		225.1		244		SELVA	0.00				
LIMA ESTE		229.5		4870		COSTA	1.69				

Fuente: ESNPCT, enero 2007..

A fines de los años 1990 y principios de los años 2000 las actividades de búsqueda de casos de TB (medido por los indicadores: Sintomáticos respiratorios examinados y número de baciloscopías diagnósticas) se deterioraron por reformas del sistema de salud. A partir del año 2004 se volvió a impulsar el uso masivo de las herramientas diagnósticas de laboratorio, incrementándose los indicadores mencionados. Se estima que entre el 2001 y el 2003 se dejaron de diagnosticar 12500 casos nuevos de TBPFP. (Ver gráfico 5).

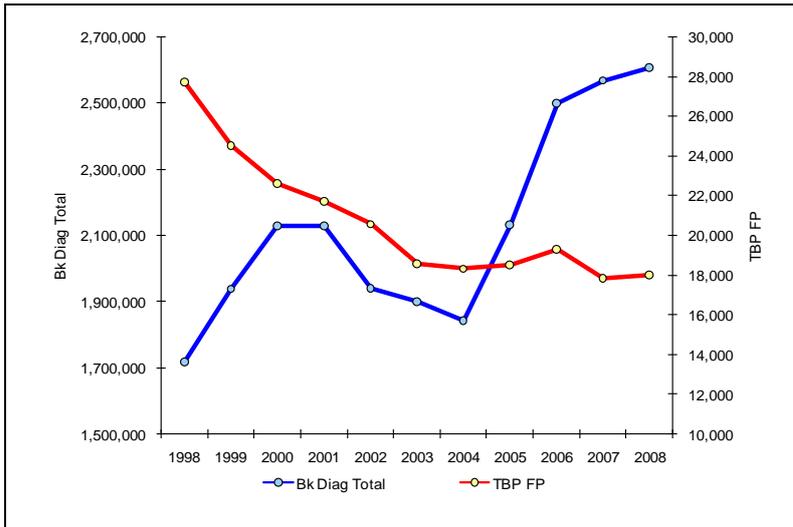


Gráfico 5. Búsqueda de casos de TB medido a través del No. de baciloscopías diagnósticas y No. de casos nuevos de TBPFP detectados. Perú 1998-2008.

Fuente: ESN-PCT.

Es notable la recuperación de los esfuerzos de búsqueda de casos de TB en los servicios de salud en los últimos años. Sin embargo, este esfuerzo nacional encubre casos de regiones del litoral que han disminuido la búsqueda de casos por lo que es conveniente que la ESN-PCT realice una estratificación por regiones o macro-regiones, especialmente aquellas pertenecientes a Lima y al litoral.

El **gráfico 6** muestra la tendencia anual de la morbilidad total por TB y de la incidencia anual de TBPFP desde 1990 hasta el año 2007 (este último, estimado). La ESN-PCT espera que en el año 2007 empiecen a disminuir ambas tasas, después de tres años consecutivos de aumento de la morbilidad. La credibilidad de esta disminución estará condicionada a la intensidad de búsqueda de casos de TB en los servicios de salud³.

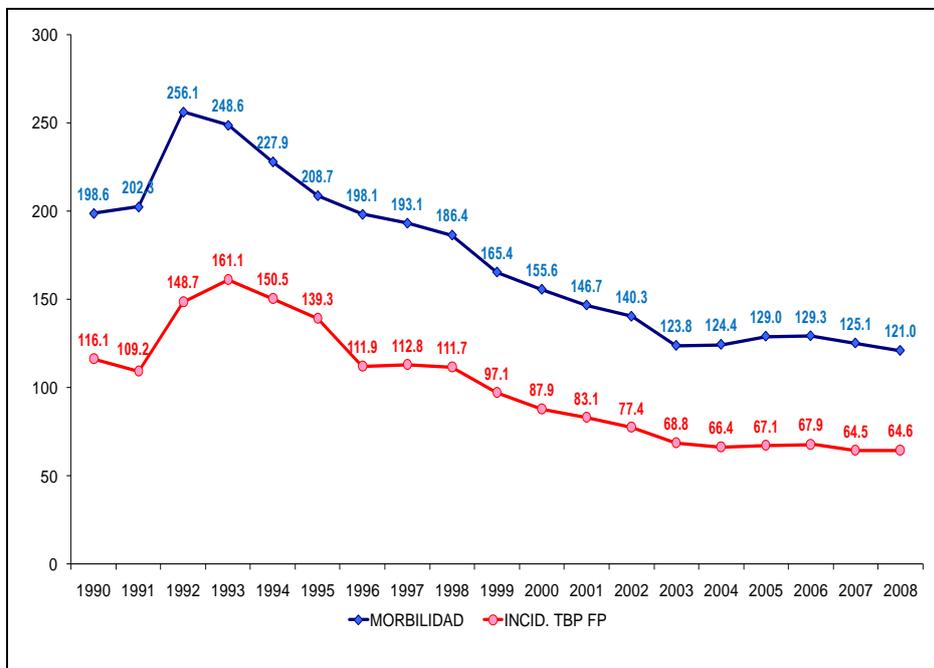


Gráfico 6. Tasas anuales de morbilidad TB e incidencia de TBPFP x 100,000h. Perú, 1990-2008.

*: Cifra estimada.
Nota: línea roja: morbilidad; línea azul (inferior): incidencia de TBPFP.

Fuente: MINSA, Enero 2007.

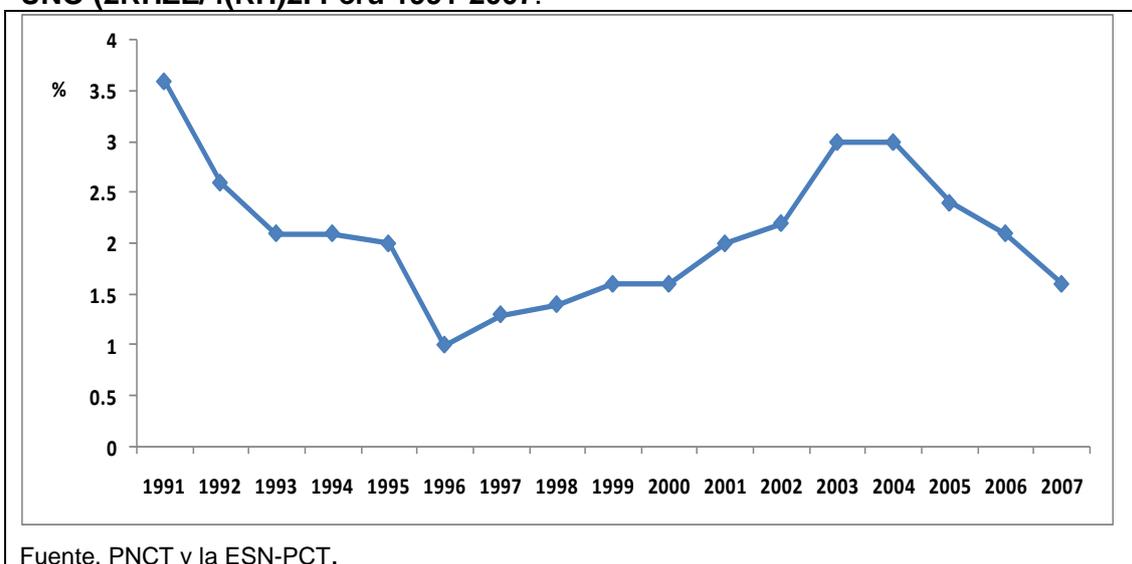
³ Al momento de la preparación del análisis situacional no se contaba con la información total correspondiente al año 2007, por lo que fue necesario proyectarla.

En resumen, los datos epidemiológicos evidencian el deterioro de las actividades de control de TB en los primeros años de la década del 2000 probablemente relacionado a la implementación de la reforma de la salud sobre los programas de enfermedades transmisibles en general. A partir del 2004 ha ocurrido una reactivación del esfuerzo por controlar la TB en todo el país, habiendo mejorado búsqueda de casos de TB. Ese número importante de casos sin detectar deben haber transmitido la enfermedad entre sus contactos, lo que explicaría la elevación de las tasas de morbilidad e incidencia en todos los grupos de edad, principalmente en niños, tan pronto se recuperó y aumentó la intensidad de búsqueda de casos. En conclusión, actualmente el Perú continúa padeciendo una severa endemia de TB.

Estado de la TB Multirresistente

El Perú padece una severa endemia de TBMDR⁴. El **gráfico 7** muestra la tendencia de la proporción de fracasos al tratamiento con esquema primario (esquema UNO) desde 1991 hasta el año 2006. Se observa por lo menos tres fases de evolución consecutiva: una primera fase en que los fracasos disminuyen, para luego, a partir del 1996 ir incrementándose sostenidamente hasta el año 2004 en que se detiene y tiende a aplanarse o con discreta disminución. La primera fase corresponde al tratamiento de una prevalencia acumulada, embalsada, en el marco de un fortalecimiento del programa de TB, brindando tratamiento gratuito al 100% de casos de TB sensible. La segunda fase corresponde con cambios en las normas nacionales, con introducción del esquema DOS para los fracasos al esquema UNO, inicio de esquemas de tratamiento estandarizado para TBMDR ineficaces y con debilitamiento del programa de TB en los finales de dicha fase. La tercera fase se corresponde con actividades de recuperación y fortalecimiento de las actividades de control de TB, con el incremento real de casos de TBMDR en el país y con la introducción de un esquema de tratamiento para TBMDR más agresivo y eficaz.

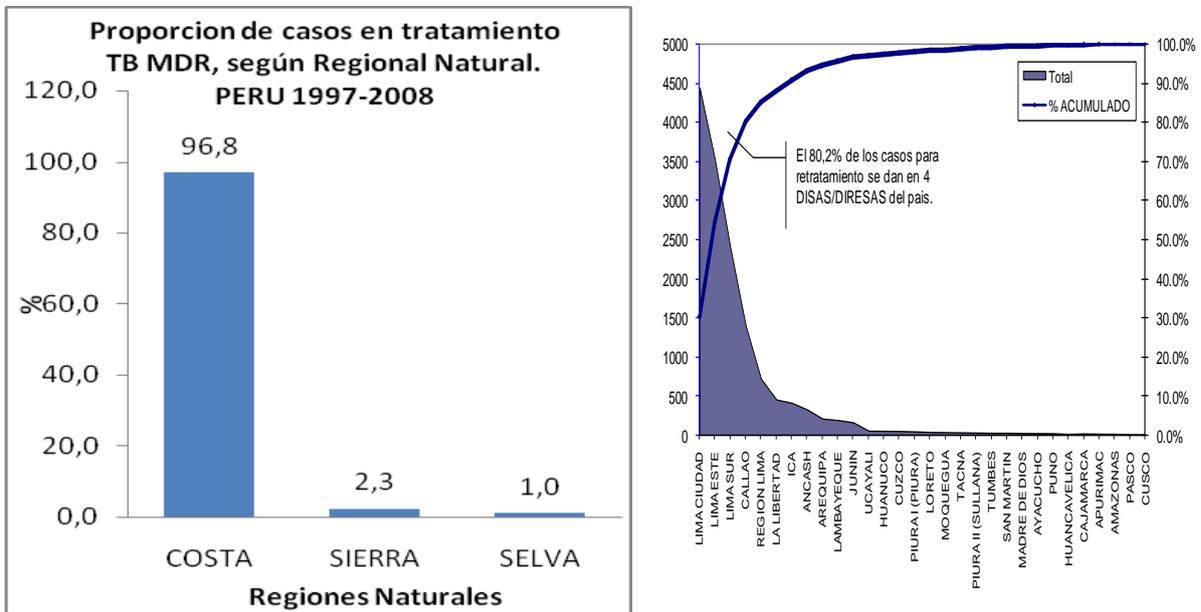
Gráfico 7. Evolución de la proporción de fracasos al tratamiento con esquema UNO (2RHZE/4(RH)2. Perú 1991-2007.



⁴ Definimos endemia de TBMDR, con fines operacionales, como aquella que presenta una proporción de TBMDR por encima de 2.5% en pacientes con TBP-FP mayores de 15 años de edad, durante un período de por lo menos cinco años, con tendencia creciente, extendida a por lo menos la mitad del país y que produce creciente y sostenida proporción anual de fracasos al tratamiento con esquema primario para casos nuevos. La cifra de 2.5% es la hallada en el año 1996, año del primer estudio nacional de resistencia a medicamentos anti TB.

La mayor proporción de casos en retratamiento para TBMDR se encuentra en la costa peruana (96.7%). En general es aceptado entre los expertos de Perú que el litoral o costa concentra el mayor número de casos, especialmente Lima-Callao que concentra el 83% de los casos, aproximadamente. (Ver gráficos 8 y 9). Una muestra de la gravedad de la situación de TBMDR que afronta Perú es el incrementado número de casos de adolescentes y menores de 18 años ingresados a tratamiento para TBMDR entre el 2000 y 2003, afortunadamente con tendencia a aplanarse, muy probablemente relacionado al mayor acceso a diagnóstico y tratamiento oportunos de los casos índices adultos, como consecuencia del soporte financiero de la cooperación externa (a fines del año 1999 la organización no gubernamental Socios En Salud obtuvo una importante donación para la adquisición de medicamentos para TBMDR y en el año 2004, el Perú accedió a recursos proporcionados por el Fondo Mundial, lo que permitió adquirir medicamentos de segunda línea a gran escala y a mucho menor precio que en el mercado comercial de medicamentos) (Ver gráfico 10).

Gráficos 8 y 9. Distribución de los Pacientes en Tratamiento para TBMDR en Perú, según Región Geográfica y Regiones de Salud.



Fuente: ESN-PCT, MINSA.

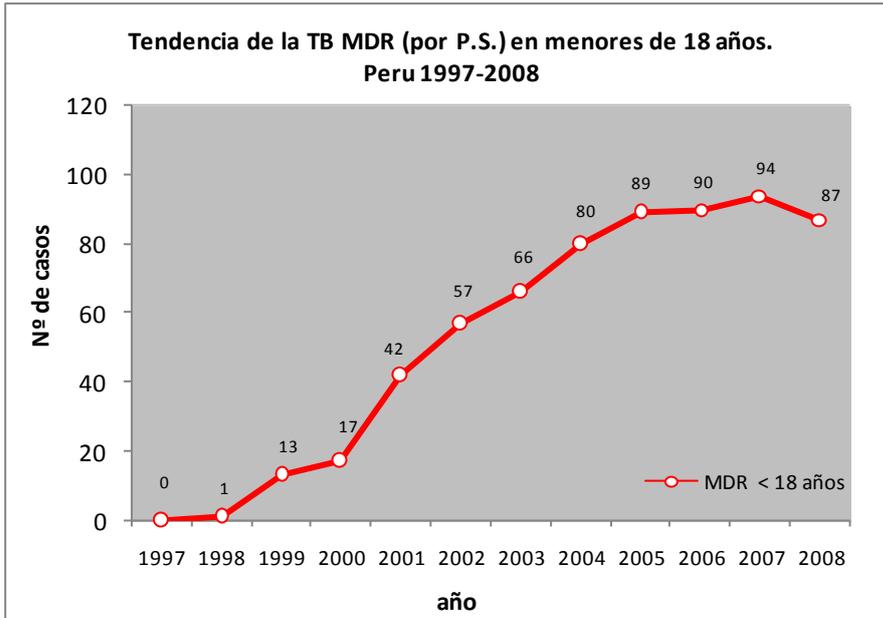


Gráfico 10.
Tendencia de la TBMDR en menores de 18 años de edad.

Fuente:
UTTBMDR,
MINSA, Perú.

La mayor proporción de casos de TBMDR son varones, especialmente en el grupo de edad de 20-40 años (razón de 1.53 varones por mujer). Se requiere aún desarrollar la generación de datos y análisis de la influencia de las relaciones inequitativas de género en el desarrollo, acceso a tratamiento y cura de la enfermedad.

Estado de la TB Extremadamente Resistente (XDR)

Perú ha reportado un número acumulado de 202 casos de TBXDR⁵. El primer caso fue notificado en 1999. Sin embargo, es probable que la prevalencia acumulada real sea mayor que la registrada: La razón es que para detectar casos de TBXDR se requiere que la red de laboratorios que realizan Pruebas de Sensibilidad (PS) las desarrollen con medicamentos de segunda línea. El gráfico 11 muestra que recién desde el 2005 se ha incrementado significativamente el número de PS de segunda línea realizados. De manera que aquellos casos de TBXDR existentes en los años 1990 y principios del 2000 no fueron detectados como tales por no haber equipamiento apropiado en los laboratorios. Similar hecho es probable que haya ocurrido y ocurra en otros países. En el 2005 estas pruebas especiales se incrementaron en 100%, en el 2006 en 200% respecto a 2004 y el año 2007 en más de 500% respecto al 2004. De manera que Perú y la cooperación externa están realizando un gran esfuerzo por develar la verdadera prevalencia de casos de TBXDR.

⁵ La información actualizada del periodo 1999-Diciembre 2009 indica que son 202 casos acumulados.

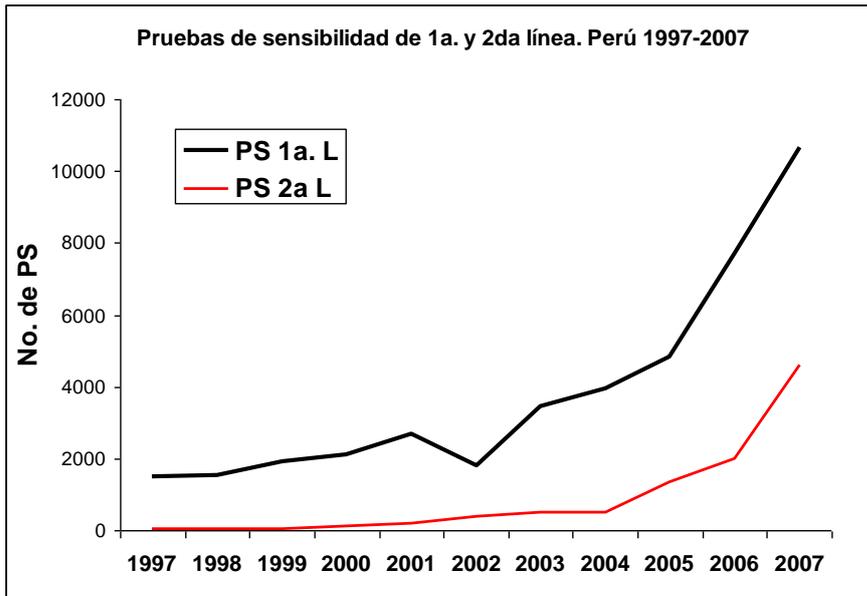


Gráfico 11. Intensidad de búsqueda de casos de TBMDR medido a través del No. de pruebas de sensibilidad para diagnosticar TBMDR y TBXDR. Perú, 1997-2007.

Fuente: INS, MINSA, Perú. 2008.

El gráfico 12 muestra que paralelamente a la intensificación de la búsqueda de casos de TBXDR se ha incrementado en los últimos años el número de casos detectados. Si bien la literatura médica ha reportado brotes epidémicos de TBXDR, esto ha ocurrido en lugares con elevada prevalencia de VIH/SIDA y en programas de TB con bajas tasas de detección TB, DOTS y curación. De manera que en el caso de Perú parecería más bien consecuencia de la mayor búsqueda de casos. Sin embargo, ciertamente estos casos índices están también transmitiendo a sus contactos. Si los casos hallados solo reflejan un incremento en la búsqueda de caso, ello significaría que, por ejemplo, los casos del 2005 y 2006 serían aproximadamente 100, con lo que en tres años (2005-2007) Perú tendría una prevalencia acumulada de 340 casos, sin contar los años anteriores.

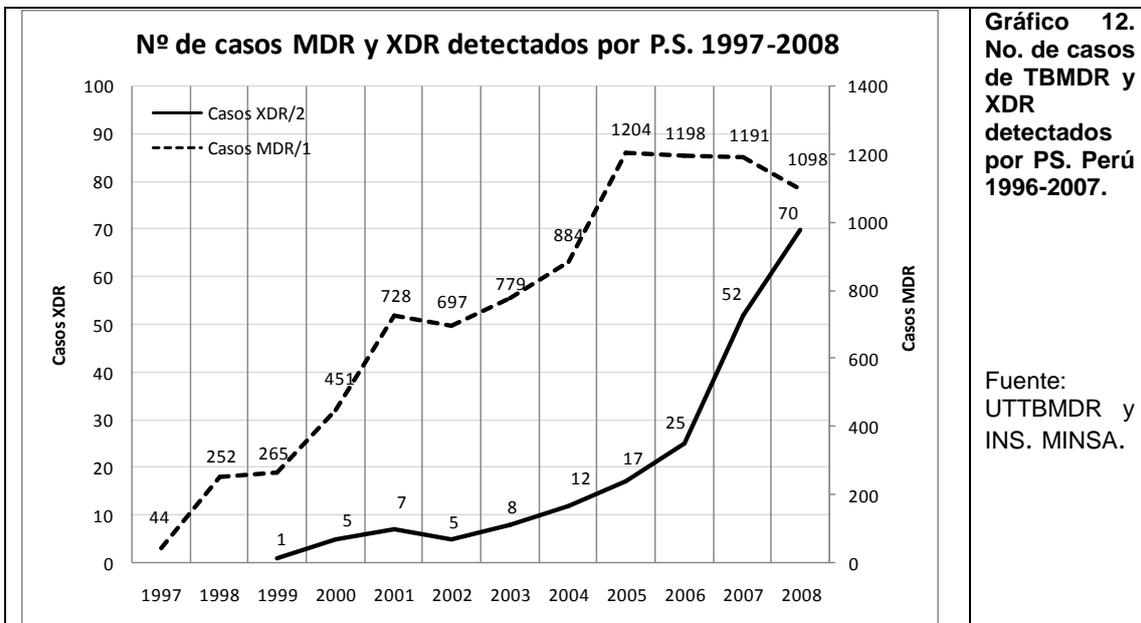


Gráfico 12. No. de casos de TBMDR y XDR detectados por PS. Perú 1996-2007.

Fuente: UTTBMDR y INS. MINSA.

Si, por el contrario, se asume que los casos hallados son de incidencia creciente, Perú tendría para dicho período de tres años 147 casos nuevos, con un incremento de 500% en

el último año. Probablemente sea una mezcla de ambos, incidencia reciente y casos acumulados, lo que se traduce en un incremento en número absoluto y relativo.

TBMDR en Poblaciones en Riesgo

TBMDR Y DIABETES

Es conocida la asociación entre Diabetes Mellitus (Diabetes M.) y TB. Algunos investigadores mencionan que el riesgo puede ser, en magnitud, similar a la TB/VIH⁶. El cuadro siguiente muestra que en el año 2006 apenas el 47% de los pacientes en tratamiento para TBMDR accedieron a un examen de laboratorio para descarte de Diabetes. De los que accedieron a dicho examen, el 9% fueron pacientes con Diabetes M. y para el año 2007 esta proporción llegó a 10.9%, pero con una cobertura de acceso al examen de descarte de 30%.

Cuadro 3. Cobertura de diagnóstico de Diabetes Mellitus en pacientes con TBMDR. Perú 2006-2007.

DIABETES	2006	%	2007	%	TOTAL
SI	88	9,1	28	10,9	116
NO	884	90,9	228	89,1	1112
S/I	1095	53,0	609	70,4	1704
TOTAL	2067		865		2932
Cobertura	47,0		29,6		41,9

No se conoce la prevalencia de Diabetes en personas afectadas de TB sensible en Perú. Expertos en Diabetes han hallado, en estudios de prevalencia en comunidad, que la prevalencia estaría entre 2-8%. Una prevalencia de Diabetes M. de 3% en Lima-Callao significaría la presencia de más de 250,000 diabéticos, únicamente en la capital. Por otro lado, información estadística de MINSA de fines de los años 1990 mostró que un 2% de los hospitalizados en Lima-Callao eran pacientes con Diabetes M. De manera que en el escenario de los Establecimientos de Salud donde atienden los especialistas en Diabetes M, el riesgo de adquirir TB y TBMDR es muy elevado, lo que explicaría la prevalencia de casi 10% de diabéticos entre los que reciben tratamiento para TBMDR. Si extrapoláramos una proporción similar en el caso de TB sensible, ello implicaría que 10% de los 35,000 enfermos de TB serían pacientes con comorbilidad por DM (3,500 pacientes con TB/DM).

TB y SIDA

La Dirección de Epidemiología de MINSA ha reportado que desde 1983 hasta el año 2007 se habían acumulado 20,610 casos de personas con SIDA y 30,389 con VIH. La prevalencia en HSH es de 13,8% (según vigilancia centinela de OGE/MINSA 2002) y en gestantes/puérperas es de 0.3%, por lo que se considera que en Perú la epidemia de SIDA es concentrada. Se estimó que habría 89,811 personas con VIH/SIDA para el año 2006. Desde el año 2004 los pacientes tienen acceso a tratamiento ARV gracias a proyectos financiados por el Fondo Mundial y crecientemente por recursos del tesoro público.

En Perú el examen para diagnóstico de VIH no es gratuito, tampoco entre los pacientes con TB sensible, de manera que sólo se conoce la prevalencia entre aquellos que accedieron al examen. Según ello, la prevalencia de la comorbilidad en casos de TB

⁶ Pablos-Mendez, Ariel; Blustein, Jan. El rol de la Diabetes M. en la mayor prevalencia de TB en hispanicos. Am Journ Public Health Apr1997;87(4):574-580

sensible llega a 1.5%, como cifra nacional, pero dado que la prevalencia de VIH/SIDA es mayor en Lima-Callao (aproximadamente el 76% de los casos), es probable también que la comorbilidad sea mayor en Lima-Callao. Un estudio operacional a mediados de los años 1990, publicado por el entonces programa de TB mostró que un 20% de los fallecidos en el curso del tratamiento anti TB en Lima-Callao, eran personas con infección VIH/SIDA.

El gráfico 13 muestra los resultados del tratamiento para TB/VIH comparando el esquema de seis (2RHZE/4(RH)2) vs. nueve meses (2RHZE/7(RH)2). Las tasas de curación y fracaso son similares. En ambos tipos de tratamiento se registró elevada proporción de fallecidos. Los dos estudios nacionales de fallecidos del año 1995 y 1996 mostró que casi todos los afectados de TB/VIH habían convertido a frotis negativo antes del deceso.

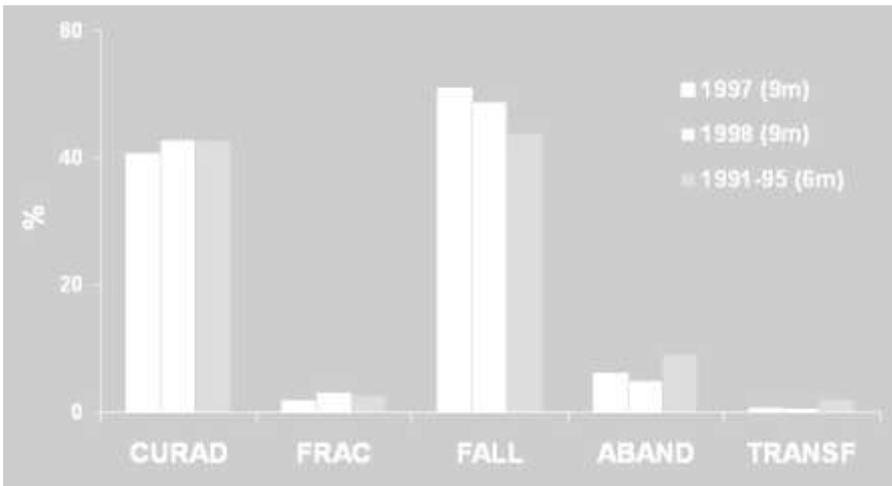


Gráfico 13.
Cohortes de tratamiento TB/VIH comparativas: 9m (1997 y 1998) vs. 6m (1991-1995). Lima Ciudad (1991-1995) y Perú (1997-1998).

Fuentes: PNCT.

El gráfico 14 muestra la cohorte de tratamiento de TBPFP/VIH del 2005 con esquema 2RHZE/7(RH)2. Ingresaron a la cohorte 145 pacientes. Se observa que la proporción de fracasos llega a 4% (vs. 3% en la cohorte nacional de Perú para el esquema de seis meses/dos fases 4 drogas para dicho año). Un 35% falleció durante el tratamiento.

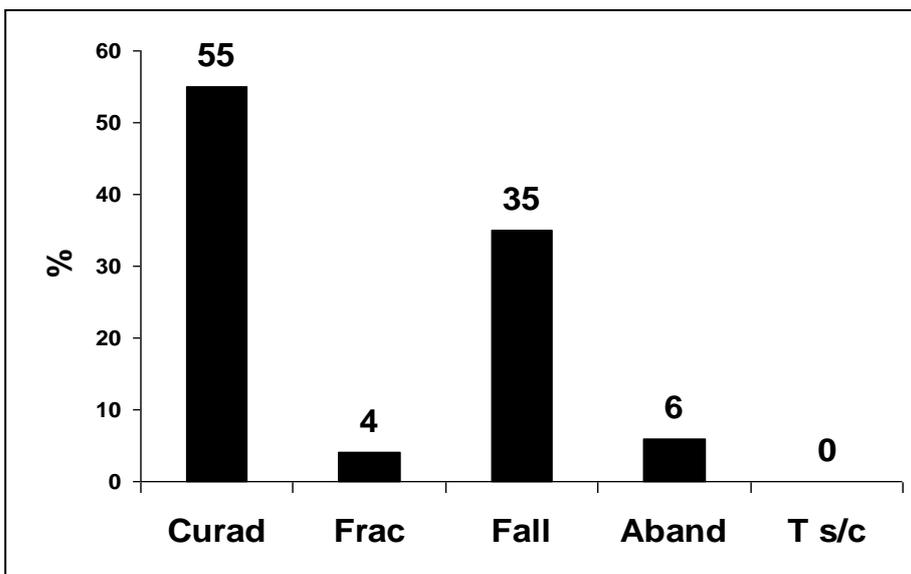


Gráfico 14.
Cohorte de tratamiento de personas con TBPFP/VIH con esquema 2RHZE/7(RH)2.

Fuente: ESN-PCT, MINSA.

Todos los pacientes con TB/VIH tienen derecho a una Prueba de Sensibilidad desde el inicio del tratamiento. Por otro lado hay bibliografía publicada en Perú que muestra la elevada transmisión nosocomial de TBMDR en los hospitales de MINSA. Dos investigaciones correspondiente a 1994 y 1999 utilizando pruebas de fingerprinting mostraron que la reinfección exógena con *Mycobacterium Tuberculosis* MDR nosocomial llegaba a más de 80% en pacientes con VIH/SIDA.

Las coberturas de quimioprofilaxis con INH, tan efectivas para proteger a estas personas, ha disminuido en los últimos años por lo que desde el 2005 la ESN-PCT ha incluido en sus capacitaciones nacionales el tema de quimioprofilaxis en VIH.

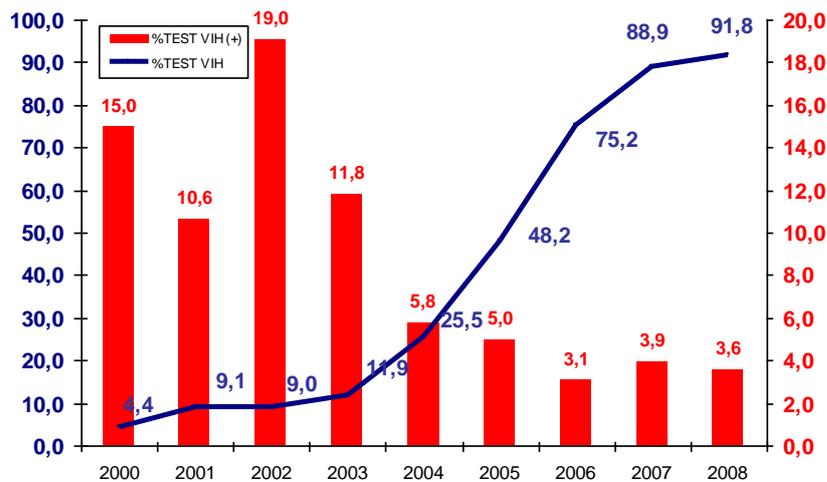


Gráfico 15. Cobertura de acceso a las pruebas para diagnóstico de infección por VIH en pacientes con TBMDR. Perú 1996-2008.

Fuente: UTTBMDR.

Hasta el año 2004 las coberturas de acceso a la prueba para detección de infección por VIH eran menores a 7% del total de personas en tratamiento para TBMDR. Durante el 2005 y 2006 se efectuó por parte de la UTTBMDR una intensa campaña para mejorar esta cobertura. Como consecuencia en el 2005 la cobertura se amplió hasta el 16% de los pacientes y el 2006 llegó hasta casi 50%. De manera que la prevalencia de TBMDR/VIH llega actualmente a 5% del total de pacientes con TBMDR. El 95% de los casos de TBMDR/VIH residen en Lima-Callao.

En conclusión, Perú es un país con una epidemia concentrada de infección por VIH, baja proporción notificada de TB/VIH, y sin diferencias significativas en los resultados de tratamiento de nueve vs. seis meses de duración, pero con elevada letalidad durante el tratamiento, probablemente relacionada a TBMDR y/o a condiciones asociadas a SIDA, siendo un factor importante para elevar la letalidad cuando más tardío es el diagnóstico de TB.

TB en Establecimientos de Salud

La red hospitalaria de MINSA está constituida por 137 hospitales, los cuales poseen 16,473 camas instaladas. Un 38% de la disponibilidad de camas se concentra en Lima-Callao. La información de fines de la década de los años 1990 de MINSA mostró que un 14% del total de pacientes hospitalizados en Lima, en los servicios de Medicina General, Medicina Interna y Neumología de aproximadamente 20 hospitales, mes tras mes, eran pacientes con TBPF, lo que sugiere un elevado riesgo de contacto y transmisión-

infección de casos de TB y TBMDR entre los distintos usuarios. Aproximadamente otro 10% son pacientes con otras enfermedades inmuno depresoras. (Ver gráfico 16). En dicho gráfico se observa además que, a diferencia de lo que ocurre en países desarrollados y los de baja prevalencia de TB, la TB nosocomial se presenta de forma endémica (por las elevadas tasas de prevalencia) y no epidémica. La proporción mencionada equivale a una morbilidad anual de 14000 x 100,000 habitantes en los servicios mencionados.

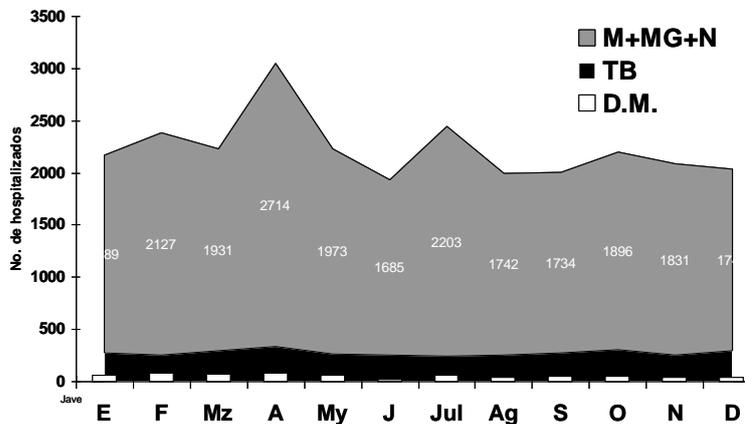


Gráfico 16. Prevalencia de pacientes con TBPF hospitalizados en los servicios de Medicina Interna, Medicina General y Neumología. Lima (20 hospitales).

Fuente: Web MINSa 1998 (información ya no disponible en Web).

Es en este escenario de severa endemia de TB en todas sus formas donde los servicios de salud durante 24 años han concentrado pacientes con VIH y otras enfermedades inmunosupresoras y han enfermado. La ESN-PCT decidió el año 2007, con información de la UTTBMDR sobre el número de trabajadores de salud que enfermaron de TBMDR, incluir en su informe operacional trimestral el reporte de trabajadores de salud que enferman de TB y de TBMDR y dentro del programa de actividades financiadas por el Fondo Mundial, se ha incluido la intervención en 19 hospitales que atienden la mayor morbilidad TB del país. Asumiendo, entonces, la transmisión nosocomial como problema importante del control de TB en el país.

TB en Poblaciones Privadas de su Libertad

La situación de salud de la población penitenciaria ha adolecido de invisibilidad durante los años noventas, inclusive para la comunidad de salud pública y autoridades que manejaban el tema de TB en el país. A inicios de los años 1990 el Instituto Nacional Penitenciario (INPE) adoptó el sistema de registro de casos y de laboratorio del MINSa. Ello permitió reiniciar los registros de la magnitud y distribución espacial del problema de la TB en penales de un país de medianos o bajos ingresos y con grave endemia de TB. El INPE sufrió directamente los embates de los cambios sucedidos en el nivel central de MINSa a inicios de los años 2000 (reforma de la salud, desactivación del PNCT reducción de fondos, etc.). De manera que, al igual que la ESN-PCT de MINSa, la búsqueda de casos de TB disminuyó, con lo que la reportada disminución de tasas de incidencia y morbilidad, obedecieron a una disminución de la búsqueda de casos. Ello contribuye a explicar porqué el año 2007 vuelve a subir la morbilidad anual por TB notificada en la red de establecimientos penales (ver cuadro 4): 1140.6 x 100,000h. La magnitud de la coinfección TB/VIH llega alrededor de 10% en algunos penales de Lima-Callao. Sin embargo, es preciso mencionar que las cifras mostradas por cada red de penales sugieren un esfuerzo heterogéneo por buscar y encontrar casos de TB. Ese parecería ser el caso de Puno que en dos años consecutivos reportó cero casos. De manera que es probable que la tasa de morbilidad estimada de TB aún se encuentre muy por encima de la notificada y que con mayor esfuerzo de búsqueda la tasa se eleve en los próximos dos años.

Cuadro. 4 N° de personas con TB, No. de personas en el penal (PP) y tasa de morbilidad anual x 100,000h. INPE 2005-2006-2007.

Penal	2005			2006			2007		
	TB	PP	TASA	TB	PP	Tasa	TB	PP	Tasa
Chiclay	3	273	1098.9	37	4451	831.27	53	5101	1039.01
Lima	320	16788	1906.12	295	17776	1659.54	711	20046	3546.84
Areq	3	1209	248.14	2	1409	141.94	8	1554	514.8
Hcayo	4	1898	210.75	5	2066	242	6	2267	264.66
Pucall	14	1907	734.14	12	2024	592.89	26	2226	1168.01
Cusco	6	1058	567.11	5	1242	402.58	4	1468	272.47
SnM	5	961	520.29	2	1170	170.94	17	1252	1357.82
Puno	0	532	0	0	549	0	5	520	961.53
TOTAL	355	24626	660.68	358	30687	505.15	830	34434	1140.64
Total sin PUNO	355	24094	755.06	358	30138	577.31	825	33914	1166.23

Es importante anotar que la prevalencia de la población penitenciaria es indicativa de la calidad de vida de las Personas Privadas de su Libertad PPL pero también es un grupo de alto riesgo en relación a la población general, ya que existe una gran movilidad de estas poblaciones y también porque el número de contactos por cada interno es de 3 a 4.

TB en Poblaciones Nativas

Aún cuando representan una minoría de casos del total notificado de afectados de TB, cuando la enfermedad llega a poblaciones no expuestas anteriormente a la TB, ésta se presenta en formas más agresivas, con elevado porcentaje de TB extrapulmonar y rápidamente las tasas de incidencia se elevan a valores por encima de los promedios nacionales, pareciéndose más bien a las tasas que se hayan en penales o en hospitales. La presentación clínica es similar a la de una enfermedad aguda como la fiebre tifoidea, con la cual se confunde. Como parte de la evolución del desarrollo económico de Perú, en las últimas décadas ha ocurrido migración desde las urbes del litoral hacia las zonas ubicadas en “ceja de selva”, cercanas a los andes peruanos. Es el caso del departamento de Ucayali. En esta región ha ocurrido una fuerte migración desde las ciudades del litoral hacia las zonas madereras formales e informales de la selva de Ucayali, sobre todo de población joven, habitando en áreas hacinadas de Pucallpa. Allí está penetrando la TB y la TBMDR. Estas zonas representan un desafío para el sistema de salud pública pues usualmente los recursos humanos están menos preparados, no manejan apropiadamente los eventos adversos secundarios a medicación anti TB, es sumamente difícil brindar tratamiento supervisado a pacientes dispersos en distantes zonas del Establecimiento de Salud EESS, además que no están preparados para atender TB multirresistente. Por ello, es un escenario potencial para la transmisión de TBMDR desde casos índices emigrados de las ciudades de la costa para que poco después aparezcan casos índices nativos debutando con TBMDR (San Martín, Apurímac, por ejemplo).

El gráfico 17 muestra estadísticas nacionales de la magnitud y distribución espacial de los casos de TB en poblaciones indígenas.

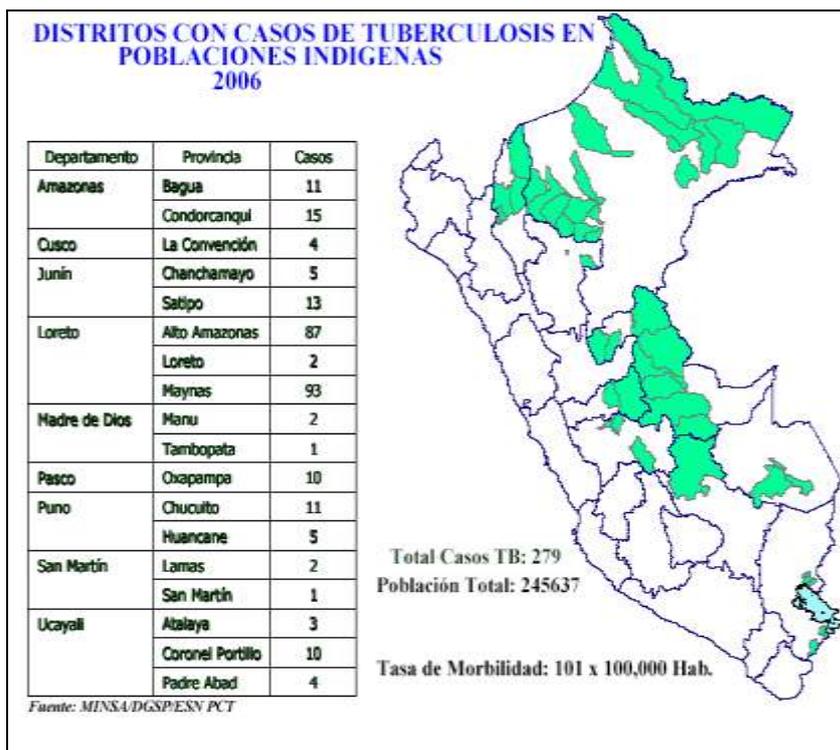


Gráfico 17. Mapa y N° de casos de TB en poblaciones indígenas y tasa de morbilidad. Perú, 2006.

Fuente: MINSA, 2007.
Web:
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/ESN-tuberculosis/Exposiciones/2007/>
Eval1ersem/PoliticasyControlTB.pdf

Por tanto, en torno a las poblaciones indígenas está pendiente tener de manera sistemática información actualizada y oportuna sobre TB, así mismo iniciar programas de intervención específicas para estas poblaciones reconociendo sus diferencias idiomáticas y culturales.

En resumen, los datos epidemiológicos evidencian el deterioro de las actividades de control de TB en los primeros años de la década del 2000 probablemente relacionado a la implementación de la reforma de la salud sobre los programas de enfermedades transmisibles en general. A partir del 2004 ha ocurrido una reactivación del esfuerzo por controlar la TB en todo el país, habiendo mejorado búsqueda de casos de TB. Ese número importante de casos sin detectar deben haber transmitido la enfermedad entre sus contactos, lo que explicaría la elevación de las tasas de morbilidad e incidencia en todos los grupos de edad, principalmente en niños, tan pronto se recuperó y aumentó la intensidad de búsqueda de casos.

Así mismo, el Perú padece una severa endemia de TBMDR⁷. La tendencia de la proporción de fracasos al tratamiento con esquema primario muestra tres fases de evolución consecutiva: Fase en que los fracasos disminuyen, fase de incremento sostenido a partir de 1996 hasta el año 2004 en que se detiene y tiende a aplanarse o con discreta disminución. A partir del 2004 comienzan a notificarse casos de XDR, hasta Diciembre 2008 se han notificado un acumulado de 202 afectados.

Se considera como poblaciones en alta exposición al riesgo de enfermar de TB a: Pacientes con Diabetes Mellitus, Población viviendo con VIH, Población Privada de su Libertad, Poblaciones Nativas, Usuarios de los Establecimientos de Salud y otras poblaciones en situación de inmunosupresión. Se hace necesario contar con información actualizada y pertinente para evaluar la magnitud de TB en estos grupos poblacionales de elevado riesgo.

⁷ Definimos endemia de TBMDR, con fines operacionales, como aquella que presenta una proporción de TBMDR por encima de 2.5% en pacientes con TBP-FP mayores de 15 años de edad, durante un período de por lo menos cinco años, con tendencia creciente, extendida a por lo menos la mitad del país y que produce creciente y sostenida proporción anual de fracasos al tratamiento con esquema primario para casos nuevos. La cifra de 2.5% es la hallada en el año 1996, año del primer estudio nacional de resistencia a medicamentos anti TB

1.2 Aproximación a las condiciones sociales relacionadas a la endemia

Son reconocidas por la comunidad de intervención en Tuberculosis las relaciones estrechas entre las condiciones sociales de vida y la vulnerabilidad y exposición al riesgo de infectarse y enfermar de TB. Por ello, toda planificación que intente una respuesta integral no sólo deberá considerar el análisis de la endemia como medición de los daños y riesgos, sino complementariamente, analizar las condiciones sociales que hacen posible la ocurrencia de la enfermedad y su propagación, así como las principales barreras para su tratamiento y cura.

Existe ya un sentido común que asocia tuberculosis a pobreza, sin embargo una aproximación más cuidadosa nos exige reconocer que es la pobreza fundamentalmente urbana, asociada a desnutrición, condiciones de vivienda inadecuadas, hacinamiento, entre otras, las condicionantes de infectarse y enfermar. Esto conlleva a reflexionar más profundamente sobre los procesos de acceso al empleo, condiciones de la vivienda, situación de pobreza y finalmente situaciones de desigualdad, entendiendo que estas condiciones de vida van conformando modos de vida cotidiana complejos, y en muchos casos de supervivencia, para amplios sectores de la población.

Una primera constatación es la ausencia de estudios e información sobre esta asociación entre las condiciones sociales y la tuberculosis, sin embargo, para efectos de planificación se revisan en este acápite la magnitud de las principales variables sociales y se plantea las situaciones que generan relacionadas a la tuberculosis.

Tamaño y distribución de la Población⁸

Los censos de población ejecutados en el país en las últimas décadas, muestran la evolución de la población a partir del año 1940. Según los resultados del Censo 2007, al 21 de octubre del año 2007, la población censada fue de 27 millones 419 mil 294 habitantes y la población total, es decir, la población censada más la omitida, **28 millones 220 mil 764 habitantes.**

Cuadro 5: Crecimiento Poblacional en el Perú

Año	Población	Incremento anual promedio	Tasa de crecimiento promedio anual %
1940	7 023 111		
1961	10 420 357	161 774	1,9
1972	14 121 564	336 473	2,8
1981	17 762 231	404 519	2,6
1993	22 639 443	406 434	2,0
2007	28 220 764	398 666	1,6

Fuente INEI, Censos de Población y Vivienda, 1940, 1961, 1972, 1981, 1993 y 2007

Mientras que en los últimos 50 años la población mundial se duplicó, en el Perú en 67 años se cuadruplicó.

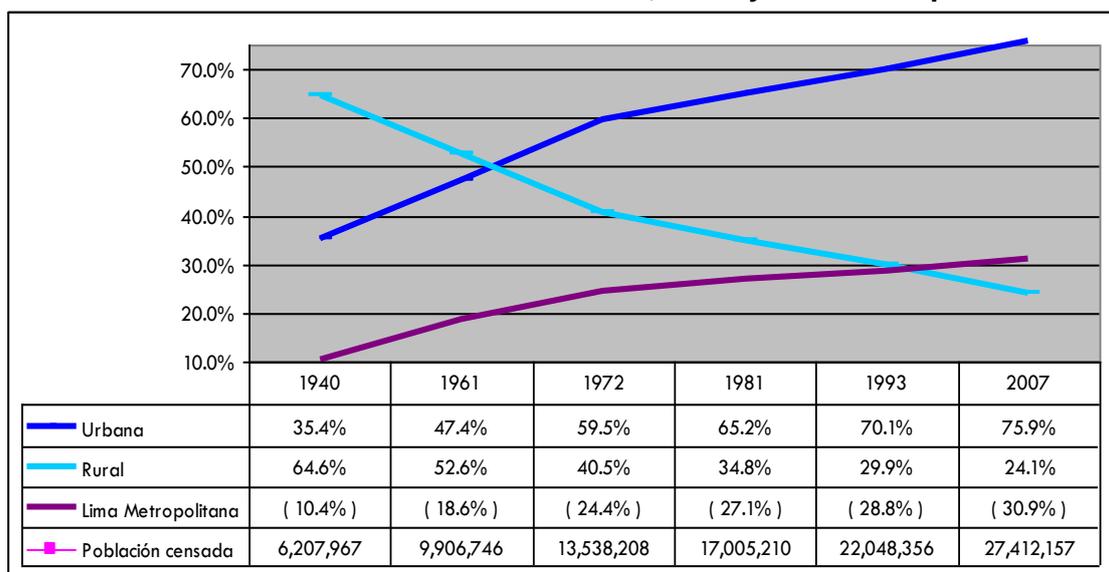
⁸ La información de población, pobreza y vivienda proviene del documento “*Perfil Sociodemográfico del Perú*”, que contiene los resultados de las principales características demográficas, sociales y económicas del país resultado del XI Censo de Población y VI de Vivienda del 21 de octubre del 2007, INEI.

Cuadro 6 - Población del Perú por Región Natural y Área de Residencia

Región natural	1940	1961	1972	1981	1993	2007
Costa	28.3%	39.0%	46.1%	49.8%	52.4%	54.6%
Lima metropolitana	(10.4%)	(18.6%)	(24.4%)	(27.1%)	(28.8%)	(30.9%)
Lima provincias	(4.3%)	(4.0%)	(3.6%)	(3.4%)	(3.1%)	(3.1%)
Resto Costa	(13.7%)	(16.3%)	(18.1%)	(19.2%)	(20.5%)	(20.6%)
Sierra	65.0%	52.3%	44.0%	39.7%	34.8%	32.0%
Selva	6.7%	8.7%	9.9%	10.6%	12.8%	13.4%
Área de residencia						
Urbana	35.4%	47.4%	59.5%	65.2%	70.1%	75.9%
Rural	64.6%	52.6%	40.5%	34.8%	29.9%	24.1%

Fuente INEI, Censos de Población y Vivienda, 1940, 1961, 1972, 1981, 1993 y 2007

Según los censos realizados en el Perú, de 1940 al 2007 el **porcentaje** de la población que radica en área urbano se duplicó (de 35.4% a 75.9%), mientras que el **porcentaje** de la población que radica en Lima Metropolitana se triplicó (10.4% a 30.9%)⁹.

Grafico 18 - % Población Zona Urbana, Rural y Lima Metropolitana

Fuente: Censo nacional de población 1940, 1961, 1972, 1981, 1993 y 2007.

Esta tendencia poblacional a un crecimiento importante de la zona urbana, fundamentalmente en Lima Metropolitana y las ciudades de la costa coincide con los lugares de mayor prevalencia de tuberculosis en el país, generando de un lado mayor población expuesta al riesgo de contraer la enfermedad y al mismo tiempo incrementando las condiciones de pobreza y desigualdad urbanas propicias para colocar a las poblaciones en mayores niveles de vulnerabilidad.

⁹ La información proviene del documento “*Perfil Sociodemográfico del Perú*”, que contiene los resultados de las principales características demográficas, sociales y económicas del país resultado del XI Censo de Población y VI de Vivienda del 21 de octubre del 2007, INEI.

Acceso a Empleo

La Población Económicamente Activa¹⁰ (PEA), según el Censo 2007, asciende a 10.6 millones de personas, de los cuales 6.9 millones son hombres y 3.8 millones son mujeres. La tasa de actividad es de 54.1%.¹¹

Cuadro 7: Población Económicamente Activa

PEA según grupo de edad	Censo 2003	Tasa de actividad *	Censo 2007	Tasa de actividad *
Total	7,159,228	49.8%	10,637,880	54.1%
De 14 a 29 años	2,897,385	42.7%	3,739,843	45.9%
De 30 a 39 años	1,806,077	63.5%	2,728,019	69.1%
De 40 a 49 años	1,187,476	61.9%	2,075,109	68.9%
De 50 a 59 años	705,015	54.6%	1,256,865	61.5%
De 60 y más años	563,275	36.5%	838,044	33.6%

(*) % corresponde a las personas de cada grupo etáreo

Del total de personas que conforman la PEA, 10.2 millones se encuentran en situación de ocupados y 474 mil como desocupados. En el área urbana, la fuerza laboral ocupada es 8.1 millones y en el área rural 2.7 millones.

El 35% de la PEA ocupada cuenta con seguro de salud: 3.5 millones de personas, 3.1 millones en el área urbana y en el 465 mil del área rural. El 65% de la PEA ocupada no cuenta con ningún tipo de seguro de salud, este es justamente el sector de mayor preocupación y limitación para una adecuada implementación de la estrategia para enfrentar la tuberculosis en el Perú.

El 20% de la PEA ocupada accede al seguro de ESSALUD, el 7,1% al seguro integral de salud (SIS), el 7,0% a otro seguro de salud (que incluye seguro privado, seguro de las fuerzas armadas y policiales, seguro universitario, entidad prestadora de salud y seguro escolar privado); mientras que el 0,8% tiene dos seguros (ESSALUD y otro seguro).

De acuerdo a lo señalado en el Plan Sectorial 2006-2011 del Ministerio de Trabajo, una característica del mercado laboral en el Perú es la presencia predominante de un porcentaje (77%) de la población ocupada que trabaja bajo una situación de informalidad, de acuerdo con los resultados de la ENAHO continua del 2005. Del total de la PEA informal el 55 por ciento trabaja en zonas urbanas, y esta compuesto principalmente por trabajadores de microempresas y por independientes no profesionales. El sector informal de zonas rurales está compuesto mayormente por trabajadores familiares no remunerados y por independientes no profesionales.

Si bien las cifras de PEA ocupada señaladas por el Ministerio de Trabajo (13.1 millones) difieren de lo encontrado en el Censo 2007 (10.6 millones), es importante recalcar el alto porcentaje de informalidad del empleo de la economía, que supera los promedios en América Latina y que se encuentra al margen de la seguridad social.

¹⁰ Se considera Población Económicamente Activa (PEA), a aquella población de 14 y más años de edad que se encuentra participando en la actividad económica, ya sea teniendo un empleo o que se encuentra activamente buscando un empleo.

¹¹ Conceptualmente, la tasa de actividad está constituida por la población económicamente activa, que participa de una actividad económica o busca empleo. Este indicador y el *Porcentaje de la población en edad de trabajar con educación secundaria* son dos indicadores que por su naturaleza se encuentran asociados al bienestar económico de los hogares.

Cuadro 8: Distribución de la PEA ocupada por Ámbito Geográfico, según Sector Formal e Informal, 2005

Sectores	Urbano	Rural	Total	
Sector Formal 1/	31,5	9,1	23,0	
Sector Público	9,2	3,1	6,9	
Sector Privado	20,3	5,9	14,9	
Pequeña empresa	9,2	4,1	7,2	
Mediana y grande	11,2	1,8	7,6	
Independiente profesional	1,9	0,2	1,3	
Sector Informal 2/	68,5	90,9	77,0	
Microempresa	21,6	14,0	18,7	
Independiente no profesional	32,6	41,0	35,8	
Trabajadores familiares no remunerados	9,4	34,8	19,0	
Resto 3/	5,0	1,0	3,5	
Total relativo	100,0	100,0	100,0	
	PEA ocupada	8.144.462	4.975.263	13.119.725

Fuente: INEI - ENAHO 2005 (Enero - Diciembre). Elaboración: MTPE - Programa de Estadísticas y Estudios Laborales

(1) Comprende al sector público, la pequeña empresa de 10 a 49 trabajadores, la mediana y la empresa privada de 50 y más trabajadores y a los independientes profesionales.

(2) El sector informal constituye un conjunto de unidades económicas dedicadas a la producción de bienes o la prestación de servicios, cuyas principales características son la poca capitalización la baja productividad, con la finalidad primordial de crear empleos y generar ingresos para las personas participan en esta actividad. Los segmentos de mercado con empleo Informal son: la microempresa (de 2 a 9 trabajadores), el independiente no profesional, el trabajador familiar no remunerado y resto de trabajadores.

Fuente: Boletín de Economía Laboral N° 28- 29-MTPE

(3) Incluye trabajadores del hogar, practicantes y otros.

El empleo en el sector informal es mayoritariamente de baja productividad por lo cual es retribuido con remuneraciones bajas. Entre los trabajadores que integran este sector, se encuentran los trabajadores independientes (autoempleados) que no poseen educación o formación (no calificados), y los trabajadores que conducen o trabajan para las microempresas (particularmente las de menos de 4 trabajadores). Un análisis de la progresión de las cifras desde los años noventa permite concluir que en relación al porcentaje de la PEA, el primer grupo de trabajadores se ha mantenido constante, sin embargo, el porcentaje de trabajadores desempeñándose en microempresas ha aumentado. Así, en 1990 este grupo representaba el 17.8% de la PEA y en el 2005, el 21.4%.

Esta situación del empleo en el país es condicionante de la presencia de la enfermedad y de las formas en las cuales se responde a ella. Como se planteó líneas arriba sólo el 30% de la población ocupada tiene seguro, por lo general, las personas mejor insertadas en el mercado laboral. Sin embargo la estigmatización que conlleva la enfermedad hace que muchos afectados que podrían contar con atención de salud a través de sus seguros laborales o los propios proveedores de salud, posterguen o limiten su atención para que su diagnóstico no sea conocido en los centros de trabajo y de esta manera no hacerse acreedores de despido, en un contexto legal que prohíbe la discriminación pero que deja muchos vacíos legales para ejercerla gracias a una debilidad creciente de los derechos laborales.

En los sectores más deprimidos, el acceso al empleo en el sector informal en peores condiciones laborales es más frecuente y es allí donde la prevalencia de la enfermedad es elevada. En estos espacios las personas son obligadas a jornadas laborales muy intensas, a riesgos de salud directos como intoxicación, violencia, accidentes de tráfico, entre otros.

En los sectores más deprimidos, el acceso al sector informal en peores condiciones laborales es más frecuente y es allí donde la prevalencia de la enfermedad es elevada.

Sin contar que la propia experiencia de tener tuberculosis o haber enfermado de ella, relega a los afectados a insertarse o reinsertarse a la actividad laboral tanto por condiciones físicas como las secuelas, como por el proceso de auto estigmatización y discriminación del que son objeto.

Situación de la Vivienda y Hogares

La vivienda está asociada a las condiciones de vida de los hogares y la población en general. La información sobre el número de viviendas, su distribución en el territorio nacional, la condición de ocupación, régimen de tenencia, tipo de vivienda, los servicios con que cuentan y los materiales predominantes en pisos, paredes y techos de las viviendas, tiene una valiosa utilidad para el estudio de tales condiciones y las carencias básicas de la población.

Es importante el análisis de esta variable por cuanto las condiciones inadecuadas de vivienda pueden propiciar el desarrollo de la tuberculosis en la población que vive en viviendas con varios hogares (familias), muchas personas por vivienda y pocas habitaciones en la vivienda.

El Censo 2007 revela que en el país existen 7 millones 583 mil 140 **viviendas** y existen 6 millones 754 mil 74 **hogares** en las viviendas con ocupantes presentes censadas.

Del total de viviendas 7 millones 566 mil 142 son viviendas particulares y 16 mil 998 son viviendas colectivas, que a su vez incluye 1,817 lugares no destinados para habitación humana (en la calle, personas sin vivienda, garita, aeropuertos, puertos, etc.) pero que son utilizados como vivienda por algunas personas. Del total de viviendas 6 millones 400 mil 131 viviendas están en condición de ocupadas con ocupantes presentes. En 4.4% de las viviendas se albergan 2 o más hogares, según el cuadro siguiente:

Cuadro 9: Viviendas Particulares con Ocupantes Presentes, según Número de Hogares, 1993 y 2007

Número de Hogares	1993		2007	
	Abs.	%	Abs.	%
1	4,178,217	94,4	6,119,694	95,6
2	187,797	4,2	220,566	3,4
3	44,334	1,0	47,971	0,7
4	12,183	0,3	10,165	0,2
5 y más	4,986	0,1	1,735	0,0
Total	4,427,517	100,0	6,400,131	100,0

El 63.2% de las viviendas tienen 3 o menos habitaciones, lo cual interpretado conjuntamente con el dato de habitantes por vivienda, nos lleva a concluir que un porcentaje importante de la población peruana vive en condiciones de hacinamiento (Según Naciones Unidas, 3 o más personas por habitación), lo cual constituye un factor de riesgo, en el caso de viviendas que albergan hogares con un familiar con tuberculosis.

La Situación de Pobreza y la Desigualdad de Ingresos

De la observación de las variables de empleo, vivienda y hogares, se puede apreciar que las situaciones que pueden generar un riesgo de contraer tuberculosis tales como: Hacinamiento en las viviendas y baja cobertura de algún tipo de seguro están presentes en un amplio rango de la población peruana, en particular en las poblaciones de las urbes de mayor concentración poblacional relacionadas fuertemente a las condiciones de pobreza.

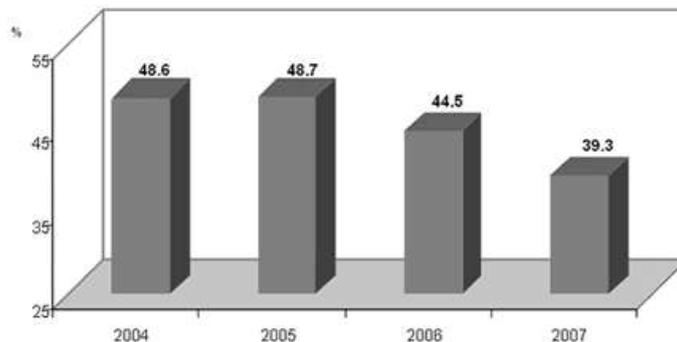
La pobreza¹² se traduce en severas insuficiencias en dimensiones básicas de la vida, tales como estados nutricionales adecuados, buenos estándares de salud y avances educativos. Estados nutricionales que afectan las capacidades de los individuos para enfermar de tuberculosis.

En los últimos años, las instituciones que han medido la pobreza en el Perú: El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y el Instituto Cuanto han utilizado el **método de medición de la línea de pobreza** método más utilizado internacionalmente, a pesar de sus limitaciones. Utiliza el ingreso o el gasto de consumo como medidas del bienestar, estableciéndose un valor per cápita de una canasta mínima de consumo necesario para la sobrevivencia, es decir, una canasta de satisfactores esenciales, el cual permite la diferenciación de los niveles de pobreza.

Gráfico 19

¹² La línea de **pobreza extrema** corresponde al valor per cápita de la canasta que contiene sólo rubros alimenticios. La línea de **pobreza total** comprende el valor per cápita de los rubros alimenticios y no alimenticios. Son considerados **pobres extremos** quienes tienen ingresos o gastos per cápita por debajo del valor de la canasta mínima alimentaria. **Pobres no extremos** quienes tienen ingresos o gastos per cápita por arriba de la línea de pobreza extrema, pero por debajo de la línea de pobreza total; es decir cuando pueden financiar el costo de una canasta mínima de alimentos pero no el costo de una canasta mínima total (que incluye rubros alimenticios y no alimenticios). Se considera **no pobres** a quienes tienen ingresos o gastos per cápita por arriba de la línea de pobreza total. Las líneas utilizadas por el INEI se estimaron teniendo en consideración el valor de tres Canastas de Consumo (para la Costa, Sierra y Selva), a partir de los datos de la ENAHO 1997-IV.

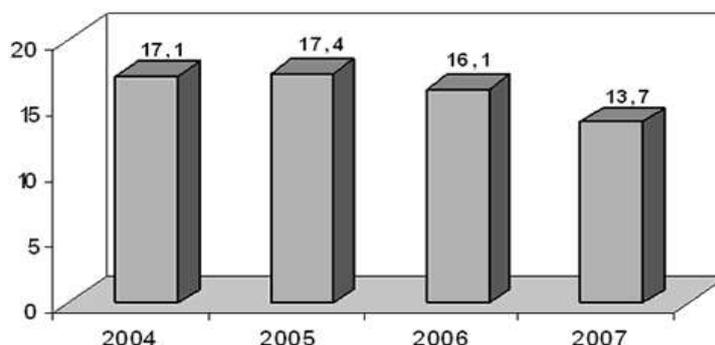
PERÚ: INCIDENCIA DE LA POBREZA TOTAL: 2004 - 2007 (%)



Fuente: INEI – Encuesta Nacional de Hogares Anual 2004 - 2007

En el año 2007 la incidencia de la pobreza total en el Perú alcanzó a 39.3%. Se puede apreciar que existe una tendencia al descenso en los últimos 4 años, al igual que en la evolución de la incidencia de la pobreza extrema en el Perú.

Gráfico 20 PERÚ: INCIDENCIA DE LA POBREZA EXTREMA: 2004 - 2007 (%)

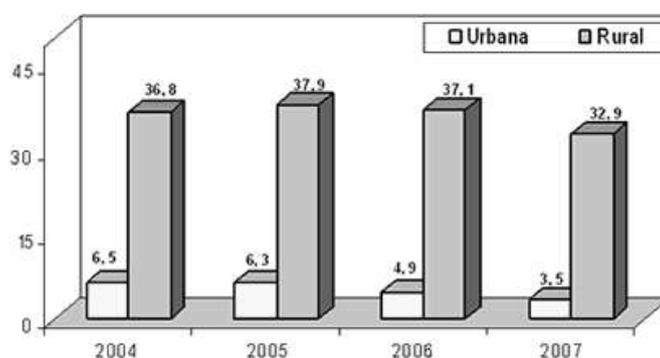


Fuente: INEI – Encuesta Nacional de Hogares Anual 2004 - 2007

Si bien existe un descenso tanto de la pobreza total como de la pobreza extrema, la incidencia de la pobreza es diferente según el área de residencia. En el caso de la pobreza extrema el INEI calcula que asciende a 3.5% en la población de área urbana y de 32.9% en la población de área rural.

Gráfico 21

PERÚ: INCIDENCIA DE LA POBREZA EXTREMA POR ÁREA DE RESIDENCIA: 2004 - 2007 (%)



Fuente: INEI – Encuesta Nacional de Hogares Anual 2004 - 2007

Si aplicamos estos porcentajes al número de hogares, resultado del Censo 2007, existen alrededor de 180 mil hogares de área urbana y medio millón de hogares rurales en situación de pobreza extrema.

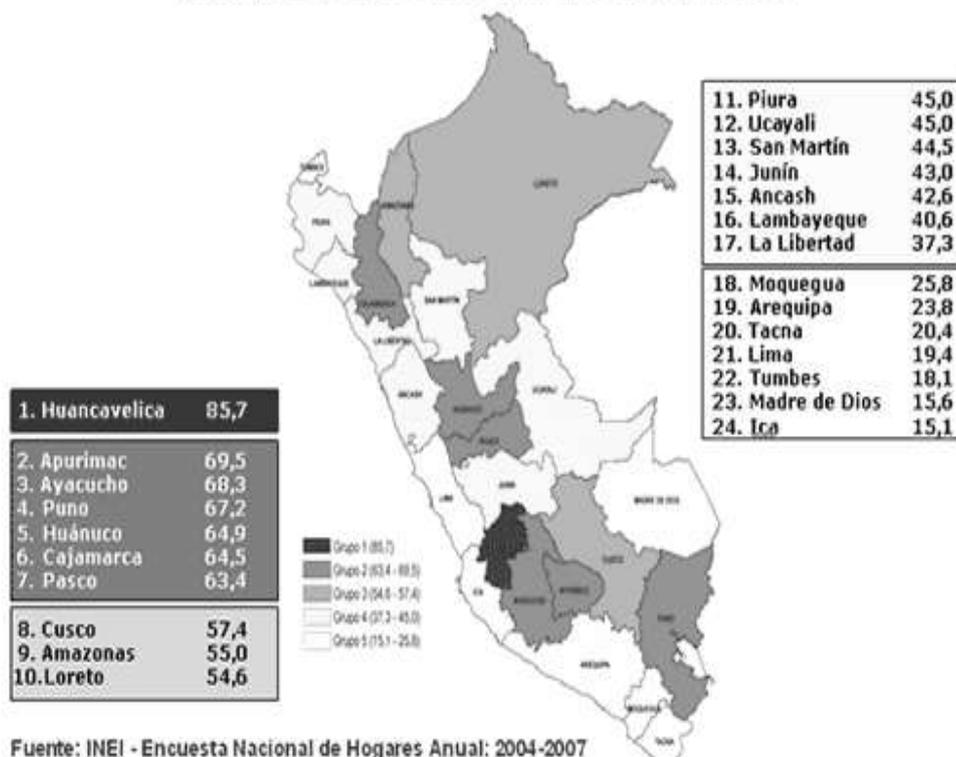
Cuadro 10: Situación de Pobreza Extrema según Área

Hogares	Nº	% En extrema pobreza	Hogares en extrema pobreza
Área Urbana	5,131,437	3.5%	179,600
Área Rural	1,623,924	32.90%	534,271
Total Hogares	6,755,361		

La situación de la pobreza por departamentos se presenta en el presente cuadro, en el que se puede apreciar 5 grupos de regiones agrupadas por rango de pobreza.

Gráfico 22

PERÚ: DEPARTAMENTOS AGRUPADOS POR SIMILAR RANGO DE POBREZA TOTAL, 2007



En la actualidad, aproximadamente el 59 % de los casos de Tuberculosis en todas sus formas y el 82% de TB MDR se concentran en Lima y Callao y en el interior del país las regiones con mayor tasa de incidencia son Madre de Dios, Ucayali, Tacna, Loreto e Ica. La mayoría de estas regiones se encuentran en el último grupo de rango de pobreza (a excepción de Loreto, Ucayali).

Cabe precisar que es justamente en las ciudades del grupo con menor incidencia de la pobreza donde se presenta el fenómeno de grandes desigualdades, con bolsones de pobreza extrema. Por lo cual una mejor explicación sobre la asociación de la tuberculosis con sectores de población con carencias se analiza en relación a la distribución de los ingresos y los niveles de desigualdad.

Distribución de los Ingresos¹³ y Desigualdad

La desigualdad en la distribución de los ingresos, más que los indicadores de pobreza, puede representar una explicación de la concentración de los casos de TB en regiones del Perú con determinadas características: un mayor desarrollo económico y una mayor desigualdad del ingreso (como Lima y Callao).

Según el BID: *“La desigualdad es una expresión de la polarización, o la disparidad en la distribución de bienes, oportunidades, consumos o recursos en una sociedad. El fenómeno*

¹³ Instituto Interamericano para el Desarrollo Social – BID- “Diseño y Gerencia de Políticas y Programas Sociales” – junio 2000. Según el BID América Latina es la región del mundo con los más altos índices de desigualdad en la distribución de ingresos. Esta infortunada característica la ha acompañado tanto durante períodos de alto crecimiento económico (1950-75) como también durante períodos de crisis y recesión. Un análisis histórico muestra cómo durante el siglo XX, a pesar de innegables logros en materia económica y social, la región no ha mejorado significativamente la situación de exclusión y desigualdad en que viven una proporción muy elevada de sus habitantes.

de la desigualdad encuentra su núcleo en las diferencias en los ingresos laborales, la educación, el lugar de residencia, el género, entre individuos y familias, ya que las personas enfrentan diferentes oportunidades y adoptan decisiones distintas de acuerdo a los valores de las sociedades en que viven”.

La relación entre TB, pobreza y desigualdad, es una tarea aún pendiente de reflexión y análisis. Si bien se accede a información sobre estas categorías, no se encuentran estudios que clarifiquen los tipos y niveles de asociación entre ellas.

En conclusión, en el país existen condiciones sociales que colocan a las personas en mayor vulnerabilidad de ser afectadas por la TB, tales como el hacinamiento, la desnutrición, el empleo informal y el desempleo. Condiciones que se amalgaman en las condiciones de vida ligadas a la pobreza, fundamentalmente urbana; por ello, un indicador fuertemente asociado a prevalencia de TB en todas sus formas es la distribución del ingreso. En las ciudades donde la inequidad en el ingreso es mayor.

1.3 El impacto social y económico de la Tuberculosis

Una de las principales ausencias en la data disponible en el país está referida al impacto social y económico de la tuberculosis, existiendo sólo algunas publicaciones de casos que en proyección proponen efectivamente un enorme impacto en la dinámica social, económica y cultural de los afectados por tuberculosis, además de las consecuencias en el cuerpo y la salud específicamente.

Con respecto al perfil del paciente con tuberculosis se realizó una encuesta a 450 enfermos¹⁴, encontrándose que cerca del 60 % de afectados son varones y un poco más de 40% mujeres, ésta diferencia pone en manifiesto y hace necesario un análisis de género de la epidemia, análisis aún ausente. Así mismo, el grado de instrucción encontrado, donde más del 85% de los enfermos tiene grado de instrucción secundaria a más, lo que pone en cuestión interpretaciones simplistas que asumen el enfermar a consecuencia de falta de conocimientos y que intenten soluciones sólo a nivel cognitivo. De otro lado, también es importante mencionar que aún el sistema de educación formal en el país no incorpora contenidos y metodologías apropiadas para generar comportamientos de prevención que coadyuven al control de la epidemia. Sin que eso signifique restar importancia a la transformación de las condiciones estructurales de pobreza y desigualdad necesaria para controlar y revertir la TB en el país.

Cuadro 11: Características de Sexo, Grado de Instrucción y Estado Civil de la Población de Enfermos (n =450)

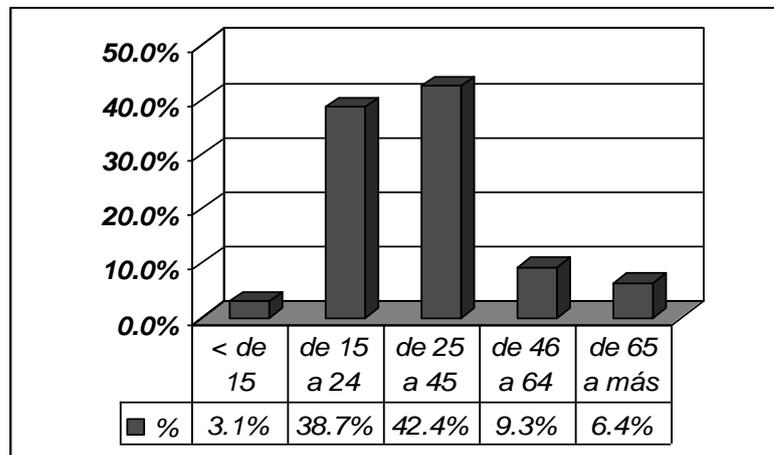
Sexo	CASOS	%
Varones	254	57.3
Mujeres	196	42.7
Total	450	100
Grado de instrucción	CASOS	%
Ninguno	7	1.6
Primaria	62	13.8
Secundaria	305	67.7
Técnica	50	11.1
Superior	26	5.8
Total	450	100

¹⁴ Línea de Base del Proyecto financiado por el Fondo Mundial de segunda ronda realizada en el 2005, CARE

Estado civil	CASOS	%
Soltero	254	56.4
Casado	73	16.2
Conviviente	94	20.9
Divorciado	7	1.6
Viudo	22	4.9
Total	450	100

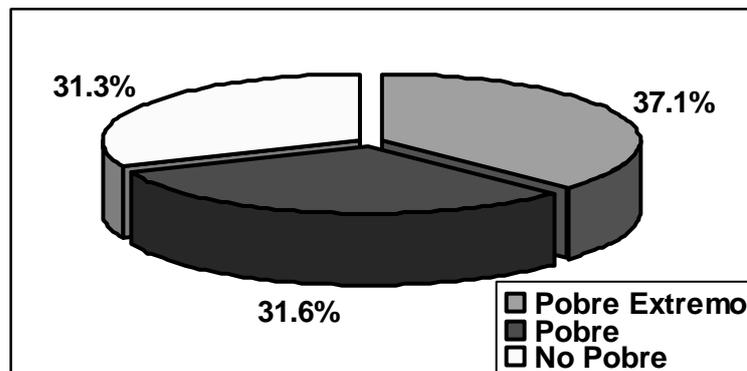
La distribución etárea de los enfermos con TB se aprecia en la gráfica y en ella se observa claramente que la mayor parte de la población tiene edades comprendidas entre 15 a 24 y 25 a 45 años de edad (39% y 42% respectivamente), por lo que es una población joven (jóvenes y adultos jóvenes) y en su mayoría conforman la PEA. Es decir, se focaliza en población en edad de trabajar y de tener personas dependientes de ello, lo que hace que la enfermedad se presente y reproduzca e incremente los niveles de pobreza de las familias afectadas.

Gráfico 23: Distribución Etárea de la Población de Enfermos de TB (n=450)



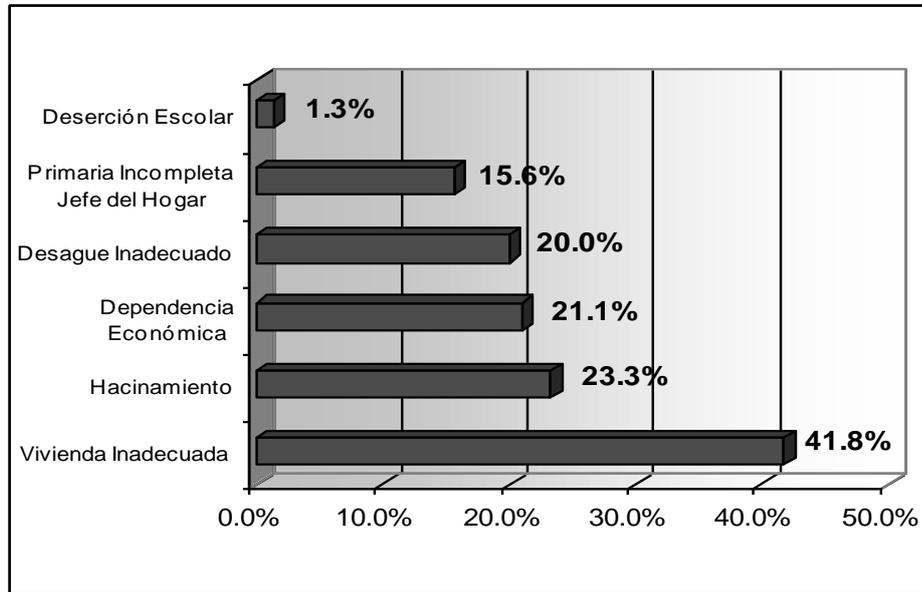
Los resultados de la encuesta permiten conocer cómo se encuentran los enfermos de TB respecto de su condición de pobreza medida por el coeficiente de Necesidades Básicas Insatisfechas. Siendo importante observar que 68% de los afectados son familias en situación de pobreza, porcentaje muy superior a la distribución en la población general y con una sobre representación de pobreza extrema.

Gráfico 24: Distribución de Enfermos y sus Familias según Pobreza (n=450)



La necesidad básica insatisfecha NBI con mayor presencia entre los afectados fue la vivienda con características físicas inadecuadas (41.8%), seguida no muy de cerca por el hacinamiento y la dependencia económica (23.3% y 21.1% respectivamente).

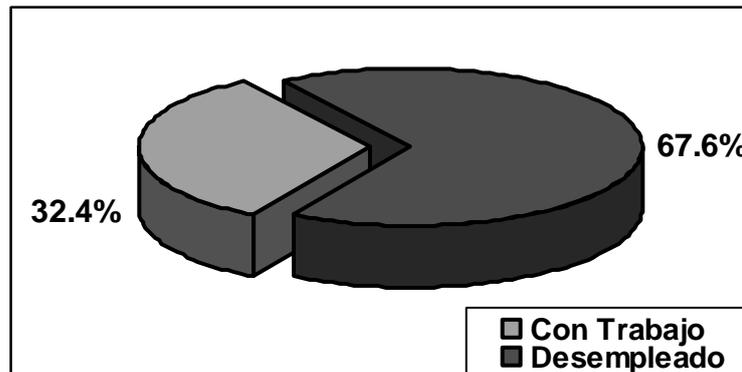
Gráfico 25: Prevalencia de NBI en Enfermos y sus Familias de TB (n=450)



22

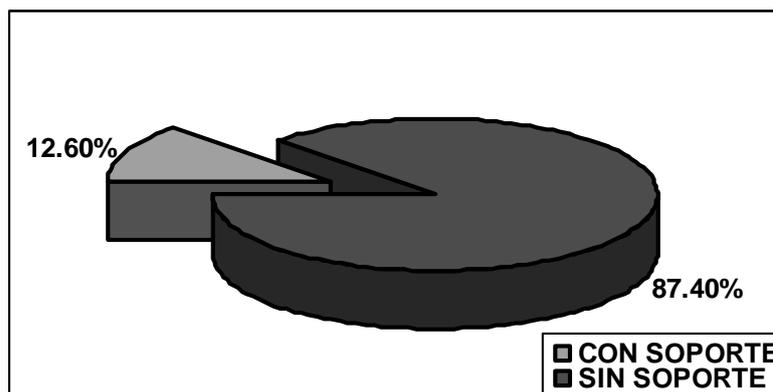
Es importante mencionar que casi un 29% de la población tuvo algún tipo de capacitación laboral, sin embargo en contraste a esto la proporción de desempleo fue muy alta (67.6%) tal como la muestra la gráfica.

Gráfico 26: Proporción de Enfermos de TB Desempleados (n=450)



La Encuesta también mostró que existe un 68.7% de enfermos y sus familias en pobreza. Por tanto un tercio no es pobre, sin embargo lo paradójico es que de la población pobre sólo el 12.6% recibe soporte nutricional.

Gráfico 27: Enfermos y sus Familias Pobres que reciben Soporte Nutricional (n=309)



En conclusión, los afectados son en su mayoría varones, en edades económicamente activas, y 2 de 3 están en condiciones de pobreza y 1 de cada 3 en extrema pobreza, duplicando y hasta triplicando los porcentajes de la población general.

Impacto Económico de la Tuberculosis

Para dar cuenta del impacto económico de la TB, se realizó un cálculo en base al 50% de los enfermos de TB que no reciben tratamiento fallecen en el curso de los cinco años siguientes al diagnóstico, permaneciendo infectante durante esos años. Por cada año de enfermedad activa se infectan en promedio 10-15 personas, contactos del caso índice (familiares, amigos, vecinos). De los infectados, a su vez, un 10% enfermará de TB. Lo mismo se puede decir de los casos de TBMDR, y el costo de un tratamiento para TBMDR: (promedio de costo en dólares americanos: costo de retratamiento estandarizado + costo de tratamiento individualizado)/2: $(US\$2000 + US\$4000)/2 = US\$3000$.

El cuadro siguiente muestra las estimaciones de los casos evitados. No incluye los casos de discapacidad y orfandad evitadas. Los cálculos fueron publicados también en el reporte oficial de la ESN-PCT (Construyendo Alianzas Estratégicas para detener la Tuberculosis: La Experiencia Peruana. MINSA, Julio-2006) pero hemos agregado una corrección: Solo consideramos las muertes evitadas en los cinco años de sobrevivida: 50% de los casos.

Cuadro 12. Morbi-mortalidad evitada como consecuencia de brindar acceso oportuno a diagnóstico y tratamiento para TBMDR. Perú 2002-2006.

	2002	2003	2004	2005	2006	TOTAL	TOTAL (US\$)
A No. total de personas en tratamiento TBMDR	1423	1679	1919	2365	846	8232	24.696.000,00
B No. de personas infectadas con TBMDR evitadas por año	14230	16790	19190	23650	8460	82320	
C No. de personas infectadas con TBMDR evitadas en 5 añ.	71150	83950	95950	118250	42300	411600	
D No. de enfermos de TBMDR evitados	7115	8395	9595	11825	4230	41160	123.480.000,00
E No. de muertes evitadas (A/2+D)	7827	9235	10555	13008	4653	45276	

Fuente: UTTBMDR.

Las cifras estimadas en el cuadro adjunto sugieren que con una inversión de US\$ 24,696,000.00 en tratamiento de TBMDR en Perú se evitó más de 400,000 nuevas infecciones en cinco años, asimismo se evitó más de 41,000 nuevos enfermos de TBMDR en los próximos cinco años y más de 45,000 muertes. De no haberse realizado dicha inversión, el Estado peruano y la cooperación internacional habrían tenido que invertir más de US\$ 123 millones en los siguientes años para evitar 41,000 nuevos casos de TBMDR.

En conclusión, **por cada dólar invertido en tratar pacientes con TBMDR se ahorró cinco nuevos dólares.**

Los ahorros para los enfermos y para sus familias así como para el Estado probablemente sean mucho mayores pues en el estimado no se consideró los ahorros por: discapacidad evitada, deserción escolar evitada, orfandad evitada, hospitalizaciones-exámenes-medicamentos evitados y otros gastos relacionados. Tampoco se ha considerado el sufrimiento físico y psicológico evitado pero parecería apropiado concluir que la inversión en tratamiento para TBMDR permite evitar más pobreza a miles de personas y sus familias que accedieron a ella.

Capítulo 2

Análisis de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis

2.1 Actores de la Respuesta Estatal a la Tuberculosis

La respuesta del Estado a la Tuberculosis está liderada por el Ministerio de Salud (MINSA), siendo la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, la instancia técnica encargada de determinar las acciones a seguir para el control de la endemia.

Mediante la Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA se establecen las Estrategias Sanitarias Nacionales entre ellas la de Prevención y Control de la Tuberculosis. La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT) forma parte de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud y está encargada de establecer la doctrina, normas y procedimientos para controlar la Tuberculosis (TB) en el Perú; la detección, diagnóstico y tratamiento gratuito y supervisado a todos los pacientes con tuberculosis. Sus actividades se integran a los servicios

generales de salud a nivel nacional y su cobertura alcanza a todos los establecimientos del sector y otras instituciones tales como EsSalud, Instituto Nacional Penitenciario, Sanidades de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional, Centros Médicos de las Universidades, de la Iglesia y del Sector Privado.

La Estrategia cuenta con un Comité Técnico Permanente, que incorpora las dependencias del MINSA involucradas con la implementación de las actividades de control y un Comité Consultivo en donde participan organizaciones de cooperación técnico-financiera, instituciones académicas, organizaciones de pacientes y organizaciones no gubernamentales.

Otros actores directamente involucrados en la respuesta dentro del Ministerio de Salud son la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID) que es la responsable de regular, conducir, articular, monitorear, supervisar, brindar asistencia técnica y evaluar el proceso de implementación y funcionamiento del SISMED, informar periódicamente al Despacho Vice Ministerial. La **Oficina General de Administración (OGA)** Es responsable de emitir directivas e instructivos y brindar asistencia técnica sobre los aspectos administrativos vinculados a la logística, contabilidad y ejecución presupuestal. La OGA brinda el soporte administrativo en el proceso de adquisición nacional de medicamentos e insumos médico-quirúrgicos del SISMED. La **Dirección General de Epidemiología (DGE)** es responsable de coordinar el desarrollo, la implementación, la asistencia técnica y mantenimiento de los sistemas informáticos del MINSA y del SISMED a nivel nacional. Las **Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud (DISAS y DIREAS), Hospitales e Institutos Especializados, Centros de Salud, Puestos de Salud y CLAS.** Ejecutan los lineamientos de la ESN en los procesos que les corresponden de acuerdo al nivel de complejidad.

Como **Organismos Públicos Ejecutores (OPE) adscritos al MINSA** se cuenta con el **Seguro Integral de Salud (SIS)** que es responsable de garantizar el financiamiento y reembolso oportuno por las prestaciones brindadas a los pacientes cubiertos, así como evaluar la calidad de atención brindada a sus beneficiarios. El **Instituto Nacional de Salud (INS)**, Organismo Técnico del Ministerio de Salud dedicado a la investigación de los problemas prioritarios de salud, la producción de biológicos, control de calidad de medicamentos, alimentos e insumos, diagnóstico referencial de laboratorio, salud ocupacional y salud intercultural.

Otros sectores del Estado que han iniciado acciones preventivas a partir de su incorporación en la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA) son: El Ministerio de Educación (MINEDU), el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE) y el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES); disponen de acciones dirigidas a la educación y protección del adolescente y del niño donde incluyen la promoción de estilos de vida saludable y de apoyo social en el caso del MIMDES.

El Instituto Nacional Penitenciario (INPE), entidad dependiente del Ministerio de Justicia, también realiza acciones de prevención de la TB en los establecimientos penales a nivel nacional y cuenta con un convenio con el Ministerio de Salud para la entrega del tratamiento a las personas privadas de su libertad (PPL). De acuerdo al Código de Ejecución Penal, el interno tiene derecho a alcanzar, mantener o recuperar el bienestar físico y mental. La administración penitenciaria, en este caso el INPE, proveerá lo necesario para el desarrollo de las acciones de prevención, promoción y recuperación de la salud de la población penal. Estos programas se desarrollan a través de los servicios médicos básicos de cada establecimiento penitenciario, y en los servicios médicos especializados que funcionan en algunos penales, los cuales están a cargo de un equipo de profesionales y personal técnico auxiliar adecuado.

Los Gobiernos Regionales y Locales como parte del proceso de descentralización y regionalización en curso en el país, se ha hecho evidente un mayor rol de los Gobiernos Regionales y los Consejos Regionales de Salud como actores que van adquiriendo cada vez mayor relevancia y capacidad de liderazgo para la respuesta social. De hecho gran parte de la gestión de la respuesta nacional, sobre todo relacionada a la provisión de servicios de salud está a cargo de los Gobiernos Regionales a través de las DIRESA y de sus redes de salud. Los Gobiernos locales han venido siendo convocados para que incorporen políticas de prevención de la Tuberculosis desde varias iniciativas y en particular en el marco de los Proyectos financiados por el Fondo Mundial para el control de la TB y el VIH.

2.2 La Respuesta Programática del MINSA

En este acápite se presentan las principales acciones, sus alcances y limitaciones realizadas por el Estado para responder a la TB.

El Control de la TB Sensible

Es conocida la distribución no homogénea de la endemia TB según patrones geográficos. El **gráfico 28** muestra una correlación elevada entre la búsqueda y examen de los sintomáticos respiratorios (SREx) y el número total de casos de TB detectados (morbilidad TB total), lo que sugiere una morbilidad que seguirá creciendo conforme se aumente la búsqueda de casos, tratándose probablemente de casos embalsados durante los años previos al caer la búsqueda de casos, pero también sugiere la necesidad de hacer un mayor esfuerzo de detección pues es de esperar que en algún momento de este proceso la morbilidad no continúe aumentando, a pesar de aumentar la búsqueda de casos.

Resulta interesante observar en dicho gráfico que Puno, habiendo realizado más de 56,000 exámenes de esputo, encuentra relativamente menos casos, comparado con Lima Sur que realiza el mismo esfuerzo pero reportó más morbilidad TB. Es pertinente recordar que la TB es principalmente un problema de las ciudades más que del campo, por tanto afecta más frecuentemente a los pobres de la ciudad que a los pobres del campo. Puno es una región principalmente rural y pobre, por lo que es posible que a pesar de haber buscado más sin embargo encontró menos casos. También es conocido que Puno muestra una fuerte emigración a regiones de la costa sur de Perú, donde se ha reportado una mayor incidencia de TB entre migrantes procedentes de Puno comparado con los nativos de la costa, de manera tal que probablemente Puno esta “exportando” casos que no son detectados en su jurisdicción o que los puneños migrantes se están situando en los anillos de pobreza urbana de las ciudades de la costa de Perú. La Estrategia de TB aún no reporta tasas de TB diferenciadas por ubicación geográfica intra-ciudad, lo que posibilitaría decidir escenarios prioritarios de intervención.

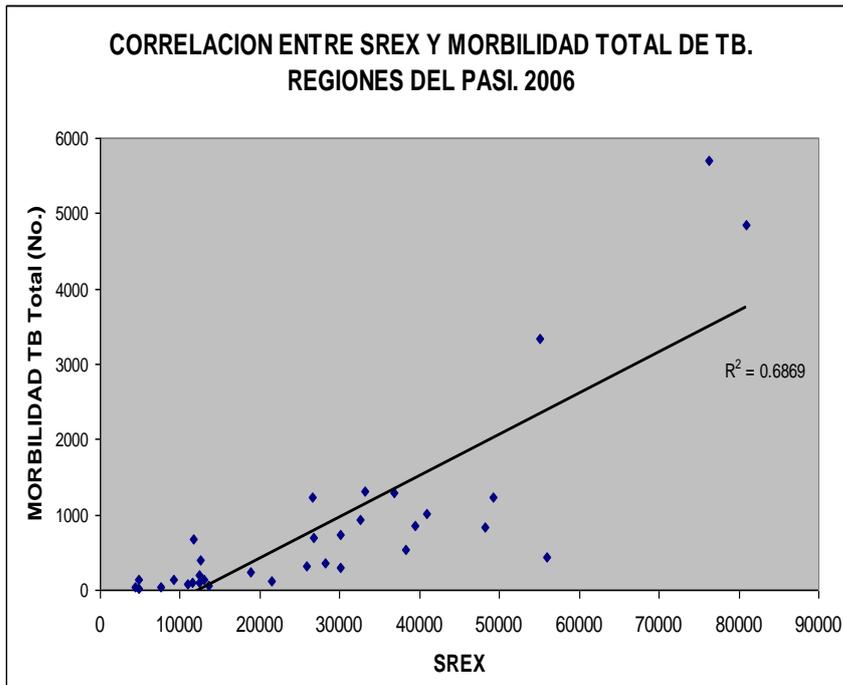


Gráfico 28. Correlación entre Sintomáticos Respiratorios Examinados y la Morbilidad total, según Regiones del País. Perú 2006.

Fuente: ESN-PCT.

El gráfico 29 muestra la correlación entre la búsqueda de casos de TB (SREx) y la tasa anual de incidencia de TBPFP correspondiente al año 2006. Se observa una débil correlación positiva, menor que con la tasa de morbilidad, lo que sugiere que la Estrategia de TB de MINSA está siendo relativamente más exitosa detectando casos de TB simple. Igualmente muestra que a mayor búsqueda de casos, mayor ha sido la incidencia.

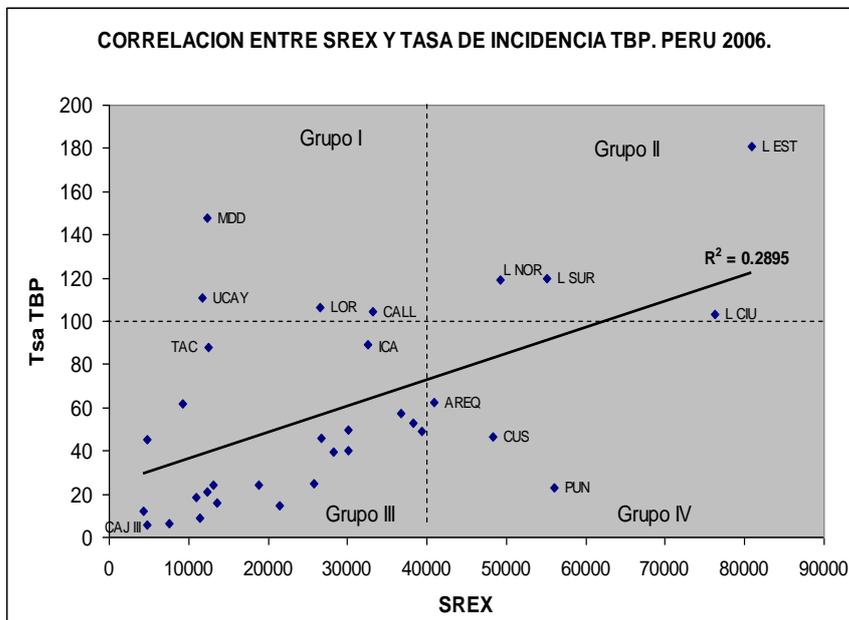


Gráfico 29. Correlación entre el Nº de SR examinados (SREx) y Tasa Anual de Incidencia de TB Pulmonar, por Regiones de Salud. Perú 2006.

Fuente: ESN-PCT.

Del gráfico 29 se observan cuatro escenarios epidemiológico-operacionales:

- En el grupo I (cuadrante superior izquierdo) se observan cuatro regiones de salud (todas ellas de la selva, excepto el Callao) que realizan una menor búsqueda de casos (menos de 40,000 SREx por año) y que, a pesar de este menor esfuerzo, detectan tasas de incidencia de TBP por encima de 100 x 100,000 (por encima de la línea de tendencia). Ello sugiere que tienen una prevalencia embalsada que no

está siendo detectada; de hacer mayor búsqueda probablemente sus tasas se incrementen aún más.

- En el grupo II se observa otras cuatro regiones, todas ellas de Lima capital. A pesar que realizan un mayor esfuerzo de búsqueda de casos TB (mayor de 40,000 SREx) siguen encontrando tasas de incidencia elevadas, constituyendo zonas o regiones hiperendémicas. Aquí el esfuerzo del MINSA es insuficiente para controlar la enfermedad, por lo que será necesario incluir a otras redes de salud y a otras instituciones de la sociedad. Hay que tener en cuenta que estas tasas de incidencia son sobre población general, si las tasas se presentaran sobre población mayor de 15 años (el grupo al que principalmente ataca la TB) estas con toda seguridad serían aún mayores, cercanas a las tasas de África.
- El grupo III esta formado por 22 regiones principalmente de predominio rural, de sierra y selva, con excepción de Ica y Ancash que son regiones hiperendémicas del litoral. Buscan menos y encuentran menos casos, con similar comportamiento durante la década pasada, de manera que esta formada en general por una mixtura de regiones, algunas que buscan poco y encuentran menos casos, pero también por algunas regiones de costa que no están buscando con la intensidad debida y que bien podrían corresponder a regiones cuyos casos migran a Lima por ser colindantes de esta y por tanto no reflejan su verdadera incidencia.
- El grupo IV está formado por tres regiones de predominio rural, una de ellas ubicada en el litoral. Al año realizan más de 40,000 exámenes de SR y a pesar de ello encuentran menos casos de TB. Las causas parecen ser diversas. En el caso de Arequipa tiene un programa de TB muy fuerte y experimentado, ha universalizado las pruebas de sensibilidad para diagnóstico de TBMDR, soporta una fuerte migración de Cusco y Puno, los tratamientos con esquemas primarios están obteniendo elevadas tasas de curación y la TBMDR aparentemente estaría disminuyendo. El Cusco, región principalmente rural, tiene un programa de TB débil, es probable que el fenómeno de migración hacia la costa esté encubriendo sus verdaderas tasas de incidencia de TB. Similar situación ocurre con Puno.

Según OMS, la meta mínima de curación debe llegar por lo menos a 85%. Perú ha estado reportando desde mediados de los años 1990 proporciones de curación por encima del 85%. El **cuadro 13** muestra la cohorte de tratamiento de los casos Nuevos (nunca tratados), correspondiente al año 2006, estratificado por regiones o escenarios geográficos. Perú está reportando una tasa de curación promedio de 88.6% y una tasa de fracaso de 2.9%.

En general, utilizando el esquema de cuatro drogas/dos fases/6 meses que utiliza Perú se debería obtener no más de 3% de fracasos al tratamiento. Sin embargo, al estratificar la información de las cohortes obsérvese que Lima y Callao, donde se concentra un 58 de los casos de TB, es la que reporta la mayor proporción (“tasa”) de fracasos: 4.2%. Las ocho regiones con mayor número de casos (excepto Lima y Callao) tienen una tasa de curación cercana a 90%, con una tasa de fracasos de 1.5%. El grupo Resto PERÚ (resto de las regiones no comprendidas en las anteriores dos clasificaciones) y que reporta un menor número de casos (principalmente regiones rurales) muestra una tasa de curación cercana a 92% y una tasa de fracasos menor de 1%.

Cuadro 13. Cohortes Estratificadas de Tratamiento de Casos Nuevos de TBFPF, utilizando el Esquema UNO. Perú 2006.

%	N	CUR	ABAND	Ts/c	Frac	Fall
Lima Callao	8763	87.1	4.5	2.1	4.2	1.9
8 REGIONES	3966	89.7	4.8	1.1	1.5	3.0
Resto PERU	2600	91.8	4.0	0.7	0.9	2.7
PERU 2006	15329	88.6	4.5	1.6	2.9	2.4

Fuente: ESN-PCT, Mayo 2008. N: N° de casos. CUR: curados; ABAND: abandono de tratamiento; Ts/c: transferencia sin confirmar; FRAC: fracaso; Fall: fallecidos. Nota: "8 REGIONES": Arequipa, Ancash, Ica, Junín, Lambayeque, La Libertad, Cusco y Loreto.

- a) Como es de conocimiento en la comunidad nacional que trabaja en TB, Lima y Callao concentran el mayor número de casos de TBDR y TBMDR. Es probable que este factor este influyendo sobre la elevada tasa de fracasos al tratamiento que reporta Lima Callao. Otros factores que podrían estar influyendo sobre los resultados del tratamiento son: cambios anuales de los equipos de médicos y enfermeras, lo que provoca que médicos inexpertos diagnostiquen casos de fracaso, mala calificación de fracasos considerando únicamente criterios clínicos, utilización de métodos de laboratorio no validados ni aceptados por la Estrategia de TB, desconfianza de los resultados de laboratorio, lo que hace predominar el criterio clínico, entre otros.

Una medida operacional de la calidad del tratamiento que se brinda en los establecimientos de salud consiste en conocer la proporción de abandonos de tratamiento. Otro factor muy importante es conocer la magnitud de los fracasos al tratamiento. Usualmente un buen programa de TB no debe producir más de 3% de fracasos en esquemas para TB sensible y se espera que no haya relación entre abandonos de tratamiento y fracaso clínico al mismo.

El **gráfico 30** muestra que existe una correlación elevada entre el número de casos de fracaso al tratamiento y el número de abandonos al tratamiento en las 10 regiones de salud con mayor morbilidad por TB. Es posible que la calidad de la atención en dichos establecimientos no sea la más adecuada y esté estimulando el abandono del tratamiento.

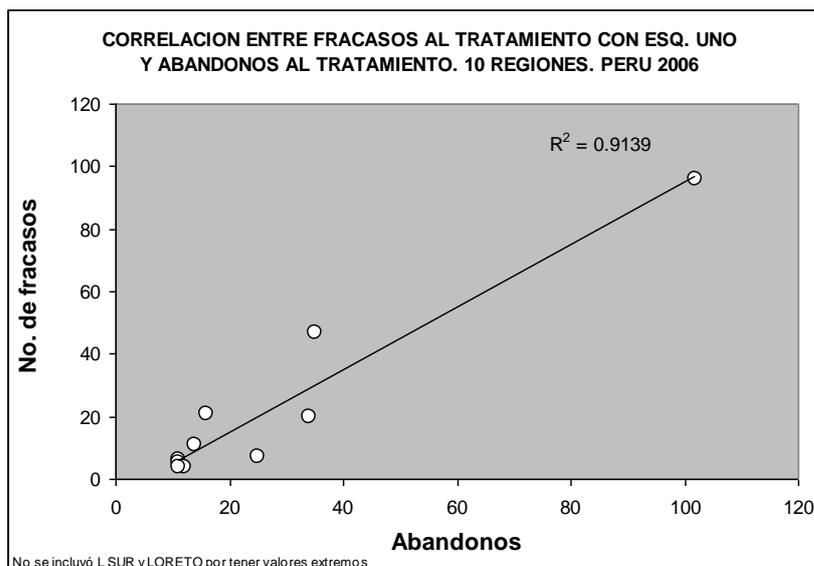


Gráfico 30.
Correlación entre Fracasos al Tratamiento con Esquema UNO y Abandonos al Tratamiento en 10 Regiones de Perú. 2006.

Fuente: ESN-PCT.

Tampoco debería haber correlación entre fracasos al tratamiento y transferencias sin confirmar (casos que son derivados de un establecimiento de salud a otro pero que se desconoce si finalmente llegaron al establecimiento derivado y culminó el tratamiento). Sin embargo, el **gráfico 30** muestra que existe una elevada correlación ($R^2=0.89$) entre el número de fracasos en las DISAS y los casos de transferencia sin confirmar (T s/c). La T s/c es un abandono de tratamiento encubierto, que sugiere una baja calidad de atención en algunas de las 10 regiones de salud con mayor número de fracasos al tratamiento.

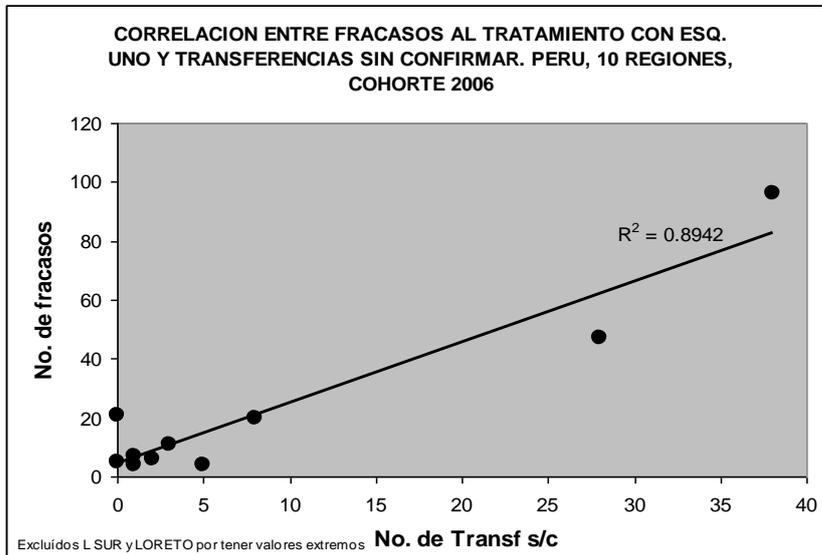


Gráfico 31. Correlación entre los Fracasos al Tratamiento con Esquema UNO y los Casos de Transferencia sin confirmar. Perú, 10 regiones. 2006.

Fuente: ESN-PCT.

Por último, es conocido que en los establecimientos de salud con programas de TB débiles, con mala calidad de atención, también coexiste la TB resistente a medicamentos (TBDR y TBMDR), lo que a su vez, debido a que no cura con los esquemas habituales, promueve el abandono de tratamiento. En estos establecimientos el médico puede no apegarse a los criterios de programa a la hora de diagnosticar fracaso, influyendo más el criterio clínico que el bacteriológico. En el **gráfico 32** se observa una correlación leve-moderada entre el número de pruebas de sensibilidad que diagnostican casos de TBMDR y el número de fracasos al tratamiento con esquema UNO en las regiones de Lima y Callao. Este hallazgo sugiere que existiría en algunas regiones un sobre-diagnóstico de fracasos al tratamiento o una sub-utilización de la prueba de sensibilidad, probablemente confiando más en criterios clínicos. El gráfico 33 muestra también una buena correlación en el caso de otras siete regiones (Ica, Ancash, Arequipa, Junín, Cusco, Loreto y Lambayeque) que tienen serios problemas de TBMDR. Cuando se incluye La Libertad, el R^2 baja a 0.62.

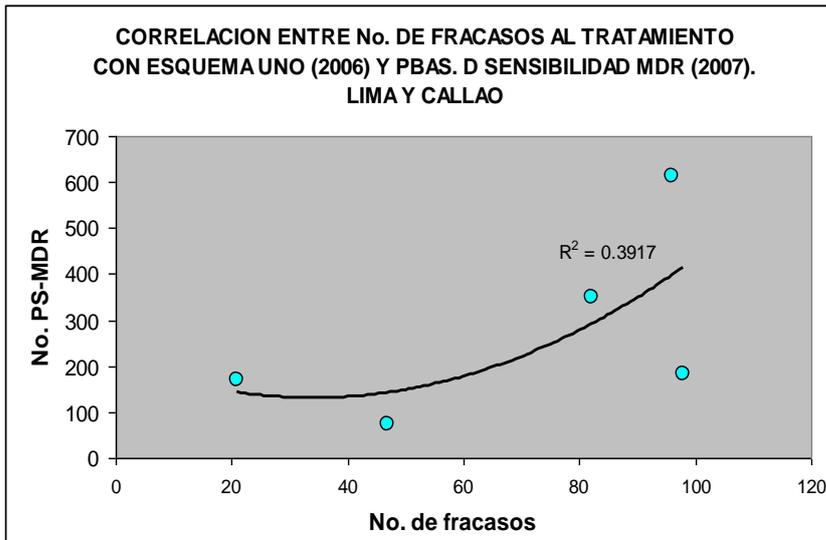


Gráfico 32. Correlación entre Fracaso al Tratamiento con Esquema UNO y No. de Pruebas de Sensibilidad reportando TBMDR. Lima-Callao. 2006.

Fuente: ESN-PCT.

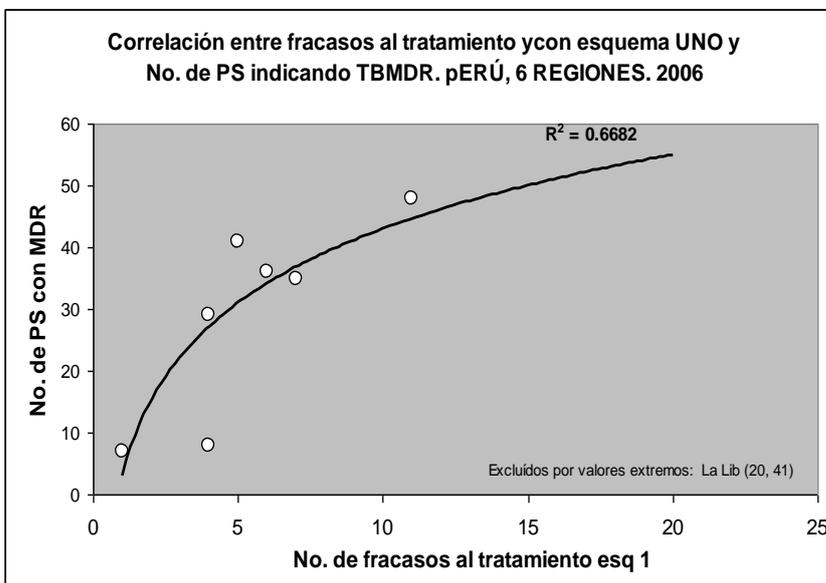


Gráfico 33. Correlación entre Fracaso al Tratamiento con Esquema UNO y No. de Pruebas de Sensibilidad reportando TBMDR. Lima-Callao. 2006.

Fuente: ESN-PCT.

En conclusión, aún cuando Perú soporta una severa epidemia de TBMDR, el esquema de tratamiento primario para casos de TB sensible está produciendo elevadas tasas de curación, todas por encima de 85%, en todas las regiones del país, aún cuando la tasa de fracaso es inaceptablemente alta en Lima Callao, probablemente relacionada a la presencia concentrada de TBMDR en la capital y la atención de deficiente calidad en los servicios de salud, o la probabilidad de casos de tratamiento auto-administrados no posibles de detectar.

Control de la TBMDR

El gráfico 34 muestra el espectacular incremento de las actividades de detección de TBMDR y TBXDR en los últimos tres años medido a través del No. de Pruebas de Sensibilidad (PS) para medicamentos de 1ª y 2ª línea (el primero detecta TBMDR y el segundo TBXDR). En ese período las PS se han incrementado en más de 150% respecto al año 2004 y en aproximadamente 500% comparado con los años 1990. La persistencia de la TBMDR en Perú durante tantos años puede explicarse por la coexistencia de por lo menos tres limitaciones en el control de la epidemia:

- Bajas cobertura de detección de TBMDR en los años 1990 y principios del 2000.
- Bajas coberturas de acceso al tratamiento para TBMDR hasta hace 4 años.
- Bajas tasas de curación con el tratamiento brindado para TBMDR durante el mismo período mencionado.

Precisamente el impacto favorable del soporte brindado por el Fondo Mundial para el control de la TBMDR en Perú puede ser medido directamente a través de estos tres indicadores exitosos mencionados líneas arriba. Al elevar el acceso a tratamiento gratuito para MDR se ha logrado:

- casos de enfermedad e infección evitados,
- muertes evitadas,
- huérfanos evitados.
- ahorro para el Estado y para la comunidad como consecuencia de haber curado más personas y evitado la muerte de los afectados
- mejoramiento de la calidad de atención médica.

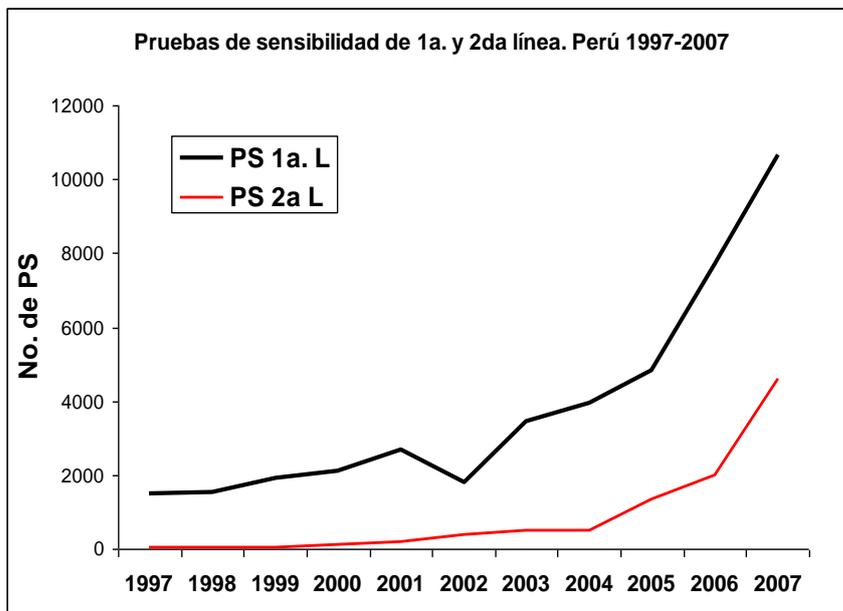


Gráfico 34.
Intensidad de búsqueda de Casos de TBMDR medido a través del No. de Pruebas de Sensibilidad para diagnosticar TBMDR y TBXDR. Perú, 1997-2007.

Fuente: INS, MINSA, Perú. 2008.

El Perú ha desarrollado un extraordinario esfuerzo por hacer transparente o visible la verdadera magnitud del problema de la TBMDR en el país, revelando una severa endemia en todos los grupos de edad. Ello implicó incrementar el número de laboratorios y personal dedicado a realizar estas pruebas de sensibilidad (de uno a seis laboratorios), con lo que se descongestionó la atención de la demanda y disminuyó el tiempo de espera. Esta actividad contó con el soporte económico del Fondo Mundial.

Así mismo, con apoyo del Fondo Mundial en marzo del 2005 la Estrategia Nacional de TB desarrolló su primera norma específica para control de TBMDR, haciendo más flexible el acceso a las pruebas de sensibilidad para un mayor número de indicaciones, cubriendo así los más conocidos factores de riesgo. Pero el incremento de la oferta no necesariamente asegura el incremento de la demanda por ello se capacitó para incentivar las buenas prácticas médicas en TBMDR, incluyendo el uso del método estándar de diagnóstico de TBMDR (el laboratorio). Ello se ha traducido en un incremento en las solicitudes de PS, disminuyendo el sufrimiento y estigma en aquellos enfermos que no eran casos reales de TBMDR.

El **gráfico 35** muestra, en columnas, el número estimado de casos de TBMDR (tanto casos nuevos como antes tratados) según los resultados de los tres estudios nacionales de resistencia a medicamentos anti TB. Según el estudio del año 2005, para dicho año habría unas 1546 personas afectadas de TBMDR. La línea azul muestra el No. de PS que han detectado TBMDR de manera rutinaria durante cada año la red de laboratorios que realizan PS (seis desde 2006). Según la UTTBMDR se habrían detectado 1732 personas con TBMDR en dicho año, por PS y según el INS serían 1570 los detectados por examen de rutina. Significaría que la detección de casos de TBMDR por parte de Perú llegaría a una cobertura de casi 100%. Los cultivos para *Mycobacterium Tuberculosis (M.TB)*. Usualmente detectan una proporción mayor de casos TB que la baciloscopía, llegando hasta 90% aproximadamente. Dicha cifra es mayor del 70% de detección que OMS recomienda para TB sensible. Es probable que, para el caso de TBMDR sea suficiente detectar entre 60-70% de los casos. Por lo tanto, en cuanto a detección de TBMDR, Perú habría superado la meta mínima necesaria.

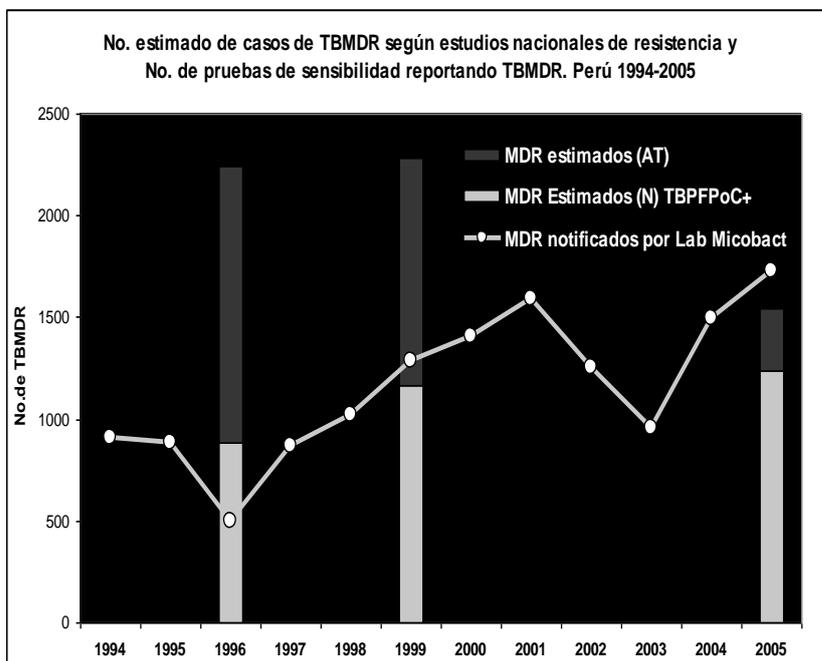


Gráfico 35. Nº estimado de casos TBMDR nuevos (N) y antes tratados (AT), según estudios nacionales de resistencia a antibióticos anti TB y No. de pruebas de laboratorio reportando TBMDR. Perú 1994-2005.

Fuente: UT-TBMDR/ESN-PCT/ MINSa y del Lab. Nacional de Micobacterias (INS).

A la cifra estimada de AT-TBMDR de 1999 se le ha agregado un factor de corrección de 30%.

Mientras la búsqueda de casos de TBMDR se incrementa de manera importante en el tiempo, los casos de TBMDR detectados han tendido a no aumentar, ampliándose la brecha entre la búsqueda intensa de casos y la detección de los mismos, lo cual sugiere que Perú habría llegado al cenit de su endemia y que esta estaría finalmente siendo controlada.

Cobertura de acceso a tratamiento de TBMDR

Respecto a la cobertura de acceso a tratamiento, basado en la información disponible en la UTTBMDR y en los archivos de la ESN-PCT y del INS, es posible estimar que la cobertura promedio de tratamientos alcanzó en los años 1990 un 18.7% de los pacientes, en el mejor de los casos (considerando todos los esquemas). En los años 2000, la cobertura de tratamientos se incrementó a más de 87%. Por tanto, el año 2005 la cobertura de acceso a tratamiento para TBMDR habría llegado a 100% de los detectados. Sin embargo, considérese los casos de pacientes que fallecieron mientras esperaban sus resultados de

PS o su aprobación de ingreso a tratamiento. Aún así, Perú habría logrado una amplia cobertura de acceso a tratamiento, cercana a 100%.

Eficacia del tratamiento de TBMDR

Las capacitaciones financiadas por el Fondo Mundial y realizadas por la UTTBMDR incluyeron el entrenamiento en la interpretación apropiada de las PS, así como las limitaciones de esta para el diseño de tratamientos. Ello permitió que el porcentaje de pacientes accediendo a una PS y con ello a un esquema individualizado haya ido creciendo y lograr que el año 2007 por primera vez en muchos años sea el principal esquema de tratamiento. Hasta el año 2003 los esquemas de tratamiento para TBMDR utilizados por la Estrategia de TB sólo lograban curar a menos del 50% de los enfermos. El año 2005 se decidió modificar el tratamiento para TBMDR, incrementándose el número de drogas y haciéndose más permisible el acceso a tratamiento con esquemas individualizados (aquellos tratamientos diseñados en función de las necesidades terapéuticas del paciente, basado en pruebas de sensibilidad) e incrementado las indicaciones de su uso.

En los estudios de cohorte la tasa de fracasos al tratamiento es seis veces mayor con el estandarizado que con el individualizado. Los abandonos de tratamiento con el esquema estandarizado representaron el doble de lo obtenido con el individualizado. Por ello Perú decidió en sus más recientes normas del 2006 considerar el esquema individualizado como el tratamiento definitivo a recomendar mientras que los esquemas estandarizado y empírico se consideran esquemas de tránsito hasta que llegue la PS y pueda con ella diseñarse un esquema individualizado. Asimismo, se modificó a partir de marzo del 2005 el esquema estandarizado, implementando un nuevo estandarizado con más drogas (incluyendo Cicloserina y PAS). A partir del año 2006 se observó un incremento en la proporción de pacientes que convertía sus cultivos de control, inicialmente positivos, a cultivos negativos, utilizando el nuevo esquema estandarizado con medicamentos adquiridos con financiamiento del Fondo Mundial pero también progresivamente adquiridos por el MINSA.

Algunas cohortes de tratamiento preliminares, más recientes, muestran que se está obteniendo una mejora en la tasa de curados, Gráfico 36 mejorando el soporte para la adherencia al tratamiento y la atención de los eventos adversos es posible disminuir los abandonos y fallecidos, con lo que puede alcanzarse curaciones por encima del 85%.

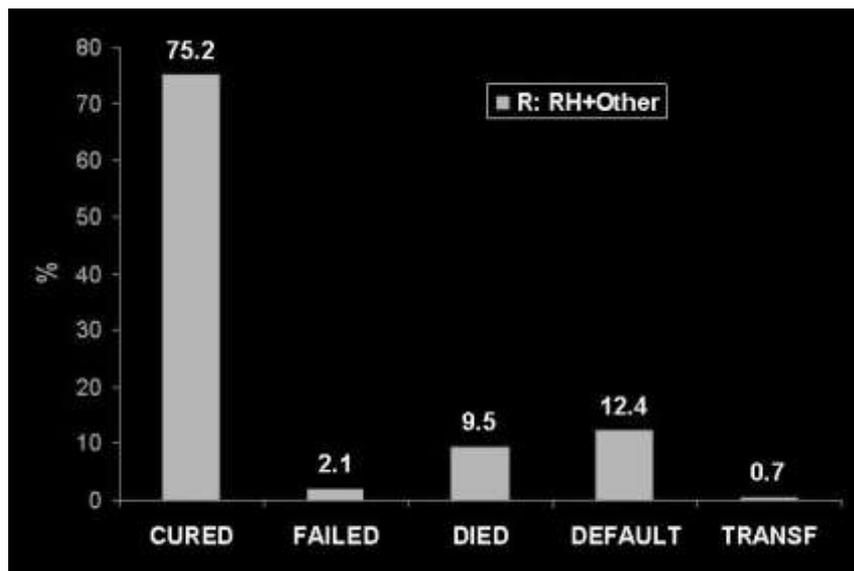


Gráfico 36. Cohorte de Tratamiento Individualizado de Pacientes con TBMDR.

Fuente: UTTBMDR, MINSA.

La aplicación de un mejor tratamiento (más número de pacientes ingresando a tratamiento individualizado o a un nuevo estandarizado más eficaz) puede estar explicando la disminución relativa de las resistencias a Ciprofloxacino en Lima-Callao.

En conclusión, Perú ha incrementado significativamente su capacidad y resultados de búsqueda de casos de TBMDR, los ingresa más prontamente a tratamiento, cada vez mayor proporción de pacientes están ingresando a tratamiento individualizado, la mayoría de los pacientes (más del 95%) logra negativizar su cultivo al sexto mes y las tasas de curación en algunas cohortes más recientes muestran un incremento en las tasas de curación, muy próximas a 80%.

2.3 La Sociedad Civil: Organizaciones No Gubernamentales y de Afectados

La Sociedad Civil conjuntamente con el Estado y el sector privado constituyen la respuesta nacional, siendo que la Sociedad Civil incluye entre sus actores a las Organizaciones No Gubernamentales, las Organizaciones de Afectados, las instituciones académicas, los organismos de cooperación y las asociaciones entre estos.

De la cantidad de actores y las vinculaciones entre ellos dependerá en gran medida la fortaleza de la sociedad civil y sus posibilidades de trabajo paritario con el Estado. En este aspecto Tuberculosis, a diferencia de otras patologías como VIH o los problemas asociados a la salud reproductiva, históricamente no ha contado con un contingente numeroso de organizaciones o actores comprometidos en la respuesta. Puede observarse dos momentos de participación antes y con los proyectos financiados por el Fondo Mundial. En el primer momento existen algunos actores de reconocida trayectoria y compromiso y en el segundo se observan nuevas organizaciones que vienen participando en el nuevo escenario desarrollado con los proyectos en segunda y quinta convocatoria.

Las Organizaciones No Gubernamentales (ONG)

Las ONG de mayor trayectoria son Socios En Salud y el Instituto de Salud MCS Cristóforis Deneke - ISDEN. **Socios En Salud (SES)** inicia sus labores en 1996 y ha colaborado en la expansión del tratamiento individualizado de TBMDR, apoyo integral a pacientes, atención emocional y de salud mental, capacitación técnica y gerencial a afectados para desarrollo de emprendimientos, formación de promotores comunitarios y profesionales de salud en aspectos clínicos y sociales. **ISDEN** es una organización civil con más de una

década de trabajo en el campo de TB, sus acciones se han focalizado en apoyar el desarrollo comunitario y el ejercicio de la vigilancia ciudadana, fortaleciendo las capacidades de diversos agentes comunitarios, promotores de salud y organizaciones de pacientes con tuberculosis.

CARE Perú es la ONG Receptor Principal de los dos primeros proyectos financiados por el Fondo Mundial, institución elegida por la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud CONAMUSA teniendo la responsabilidad desde el 2004 de administrar los programas aprobados por el Fondo Mundial, seleccionar a los entes ejecutores o Sub Receptores, monitorear el cumplimiento de las actividades y el logro de las metas, compra de medicamentos, insumos de laboratorio, equipos, etc.

Otras ONG y Asociaciones que han participado como subreceptores son: ADRA, Alternativa, EDUCA, GRESP, INCAFAM, INPET, PREDES, PRISMA, PROVIDA y TIPACOM.

Diferentes actores de la sociedad civil a niveles regionales y locales han conformado el **Comité Perú Alto a la Tuberculosis y Comités Regionales** como los de Arequipa, Loreto, Ica, Lambayeque, Piura, Junín, Tumbes, Provinciales como el de Trujillo y Distritales en Comas. Estas asociaciones constituyen importantes Alianzas Estratégicas que contribuyen a dar sostenibilidad a las acciones de Prevención y Control de la Tuberculosis en la presente década.

La participación de muchas de estas organizaciones de la Sociedad Civil ha sido más ampliamente visualizada con su participación en la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA) donde se toman las decisiones multisectoriales para favorecer la respuesta nacional.

Las Organizaciones de Afectados por Tuberculosis

Son organizaciones que nacen de la necesidad de responder a los problemas concretos de las personas directamente afectadas por tuberculosis, enfermos, promotores, familiares que se van organizando y desarrollando competencias constituyendo organizaciones interlocutoras del Estado y otras organizaciones, vigilantes del cuidado de la salud de los afectados y realizando abogacía por mejores condiciones sanitarias, sociales y económicas de los mismos.

En el transcurso de las últimas décadas se han podido distinguir dos tipos de agrupaciones, aquellas que han privilegiado la condición de estar o haber estado enfermo de tuberculosis para identificar a sus participantes quienes se denominan Organización de Afectados por Tuberculosis (OAT) y otras que han incorporado además de los afectados a otros actores, como familiares y promotores a quienes se denomina actualmente como organizaciones mixtas de afectados por TB.

La Asociación de Enfermos de Tuberculosis "Victoria Castillo de Canales" - ASET Comas es la OAT emblemática cuyos inicios se remontan a marzo de 1976 con el nombre de "Grupos de Salud". Actualmente se constituye de 26 bases y es una red distrital. Otras OAT se han desarrollado en el distrito de Rímac, en Lima Este, en la Provincia del Callao y en La Libertad y Arequipa, entre otras regiones.

La Red Solidaria de Enfermos de Tuberculosis se consolida a partir de las acciones de la actividad 4 del objetivo 1 del proyecto financiado por el Fondo Mundial, a partir del cual ASET Comas pudo expandir su experiencia de organización a otros distritos de Lima Metropolitana y a nivel nacional. Teniendo como pilares el empoderamiento de los

enfermos, el ejercicio de la ciudadanía, la concepción de la TB como enfermedad social y la importancia de superar el estigma y la discriminación a causa de la TB.

Si bien son importantes los avances desarrollados en torno a la organización y empoderamiento de los afectados, aún se hace necesario fortalecer sus capacidades organizativas, de gestión y de abogacía. Así mismo, expandir su número ya sean organizaciones sólo de enfermos o mixtas y fortalecer los vínculos a nivel local, regional y nacional.

Las Instituciones Académicas

En la Respuesta Nacional se han incorporado activamente la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, el Instituto de Medicina Tropical “Alexander Von Humboldt” de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y otras Facultades de Medicina y Enfermería de otras universidades. Sin embargo, es importante mencionar las limitadas experiencias de investigación en tuberculosis, así como programas de formación orientados al tema. Por ello se hace necesario reforzar el rol de la academia en la respuesta nacional a la TB.

Organismos de Cooperación Técnica y Financiera

El Estado, adicionalmente a los recursos proporcionados por el Tesoro Público, ha contado con acciones financiadas por el Fondo Mundial, USAID, VIGIA, OMS-OPS, CDC de Atlanta y Socios En Salud, así complementa el financiamiento de las necesidades de medicamentos y material de laboratorio a nivel nacional, para garantizar la gratuidad del diagnóstico y tratamiento antituberculosis de primera línea y para TB MDR, actividades de asistencia técnica, monitoreo, evaluación y capacitación a los equipos multidisciplinares de los establecimientos de salud, además apoyo social a pacientes con TB MDR y actividades de intervención en áreas de elevado riesgo de transmisión como los establecimientos penitenciarios y zonas de incrementada vulnerabilidad urbano marginales.

Las siguientes son las instituciones con sede en el Perú que realizan asistencia técnica al Ministerio de Salud y otras entidades del sector público

1. Organización Panamericana de la Salud –OPS
2. Socios En Salud (Partners in Health) - SES
3. Iniciativas de Políticas en Salud financiado por USAID
4. Proyecto Vigía financiado por USAID
5. Programa Mundial de Alimentos – PMA
6. Organización Internacional del Trabajo - OIT
7. Programa de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF
8. Fondo de Población de las Naciones Unidas- UNFPA
9. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA – ONUSIDA
10. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)
11. Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue

Sólo las cuatro primeras contribuyen con su financiamiento y asistencia técnica con las acciones realizadas por el Ministerio de Salud.

El INS en coordinación con la ESN-PCT, SES, PRISMA y el Imperial College of London durante los años 2007-2008 desarrollaron un proyecto de implementación de pruebas rápidas de sensibilidad, en 8 DISAs/DIRESAs (Metodo Mods en Lima Sur, Callao, Loreto, Arequipa e Ica y Método Griess en Ucayali Lambayeque y Junín Las DISAs Lima Este y Lima Ciudad en la actualidad ya han implementado el GRIESS. Haciendo un total de 10 laboratorios de referencia ejecutando estos métodos de sensibilidad.

El Fondo Mundial de lucha contra el VIH/SIDA, la Tuberculosis y la Malaria es una fundación sin fines de lucro con sede en Ginebra, Suiza. Creada en el año 2001 en el marco de la Asamblea Extraordinaria de las Naciones Unidas contra el SIDA (UNGASS). El Fondo Mundial ha aprobado al Perú 2 proyectos en TB presentados en 2da. y 5ta. Ronda y sus aportes se detallan en el capítulo 3. En la actualidad se viene desarrollando una etapa de preimplementación del proyecto financiado y aprobado en la Octava Ronda del Fondo Mundial

2.4 Hacia una Respuesta Multisectorial efectiva

Desde el 8 de agosto de 2002, a raíz de la necesidad de aplicar al Fondo Mundial, se formó el mecanismo de Coordinación del País (requisito primordial del Fondo Mundial) y que en nuestro país adopta el nombre de Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA).

La Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud es un organismo de coordinación constituido por representantes del gobierno, la cooperación internacional bilateral y multilateral, la sociedad civil y las organizaciones de personas directamente afectadas por el VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria en el país; reconocida con el Decreto Supremo N° 007-2007-SA

La **CONAMUSA** intenta promover y construir consensos, desarrollar mensajes y conceptos compartidos entre todos los sectores, cerrar la brecha entre lo público y lo privado y complementar y fortalecer lo que desde los gobiernos se trabaja en torno a la prevención de VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria.

Hasta el momento se ha presentado a 4 convocatorias del Fondo Mundial con propuestas para TB y VIH, han sido aprobados 6 propuestas (3 para el Componente VIH y 3 para el Componente TB) por el Fondo Mundial. Se elaboró el Plan Estratégico Multisectorial de ITS, VIH y Sida (2007-2011) aprobado con el Decreto Supremo N° 005-2007-SA y se ha acreditado el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA).

La conforman 27 representantes de los siguientes sectores sector público, ONGs, grupos religiosos, personas afectadas, instituciones académicas, agencias cooperantes multilaterales

Capítulo 3

Recursos de la Respuesta Nacional

3.1 Inversión del Sector Público

El Presupuesto del Sector Salud¹⁵ para el año 2008 asciende a 4,938.9 millones de nuevos soles. Este presupuesto incluye el presupuesto total de los Pliegos del Gobierno Nacional: *Ministerio de Salud, Seguro Integral de Salud, Instituto Nacional de Salud, la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, Instituto de Enfermedades Neoplásicas* y el presupuesto de los Gobiernos Regionales.¹⁶

Para el año 2008, el presupuesto del sector salud representa el 7% del Presupuesto total del sector público, siendo este porcentaje el promedio del año 1999 al 2007. Como puede apreciarse en el cuadro siguiente el Presupuesto de los Gobiernos Regionales se ha incrementado como resultado del proceso de descentralización iniciado desde el año 2002.

Cuadro 14 – Presupuesto* Sector Salud – Sector Público 1999-2008
(En millones de nuevos soles)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
GN	1,622.9	1,826.9	1,858.0	2,241.8	2,170.9	2,041.3	2,407.5	2,428.1	2,622.9	3,436.4
MINSA	1,484.3	1,665.2	1,698.1	1,891.0	1,910.1	1,730.8	1,996.2	2,003.3	2,089.3	2,756.1
SIS	-	-	-	-	164.3	164.3	264.7	270.9	267.6	471.1
INS	128.8	142.7	145.0	337.8	86.0	86.0	86.2	81.4	89.6	90.2
SEPS	7.2	14.8	9.5	8.3	7.6	7.5	8.3	8.2	8.3	9.4
INEN	-	-	-	-	-	-	-	-	99.5	109.6
IDREH	1.4	2.1	2.1	2.3	2.9	52.7	52.1	64.3	68.6	-
INMT	1.2	2.1	3.3	2.4	-	-	-	-	-	-
GR	445.2	504.8	549.9	672.3	756.3	766.8	849.5	1,046.6	1,204.8	1,502.5
Total (1)	2,068.1	2,331.7	2,407.9	2,914.1	2,927.2	2,808.1	3,257.0	3,474.7	3,827.7	4,938.9

Sector Público (2)	31,947	34,046	36,127	35,772	44,516	39,678	44,729	45,579	57,956	70,795
% (1 / 2)	6.5%	6.8%	6.7%	8.1%	6.6%	7.1%	7.3%	7.6%	6.6%	7.0%

Fuente: Sistema Integrado de Administración Financiera – SIAF. GN: Gobierno Nacional MINSA: Ministerio de Salud. Son Organismos Públicos Descentralizados del Sector Salud:

- SIS: Seguro Integral de Salud
- INS: Instituto Nacional de Salud
- SEPS: Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud
- INEN: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
- IDREH: Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos
- INMT: Instituto Nacional de Medicina Tropical

GR: Gobiernos Regionales, Hasta el año 2002, es el presupuesto de los Consejos Transitorios de Administración: CTAR

- **Nota:** Se ha utilizado el Presupuesto Institucional de Apertura- PIA, pues hasta el 2003, no se cuenta con el dato del Presupuesto Institucional Modificado – PIM para todos los pliegos, sino con el presupuesto devengado.

¹⁵ Presupuesto Institucional de Apertura – PIA del sector público

¹⁶ Para los pliegos del Gobierno Nacional incluye todo el presupuesto, para los Gobiernos Regionales incluye los Programas de Salud Colectiva, Salud Individual, Nutrición Infantil y Salud Materno Neonatal.

El siguiente cuadro muestra la evolución del presupuesto del Ministerio de salud desde 1999 hasta el presente año.

Cuadro 15 - Presupuesto del Ministerio de Salud 1999-2008

Gastos corrientes- Gastos de Capital

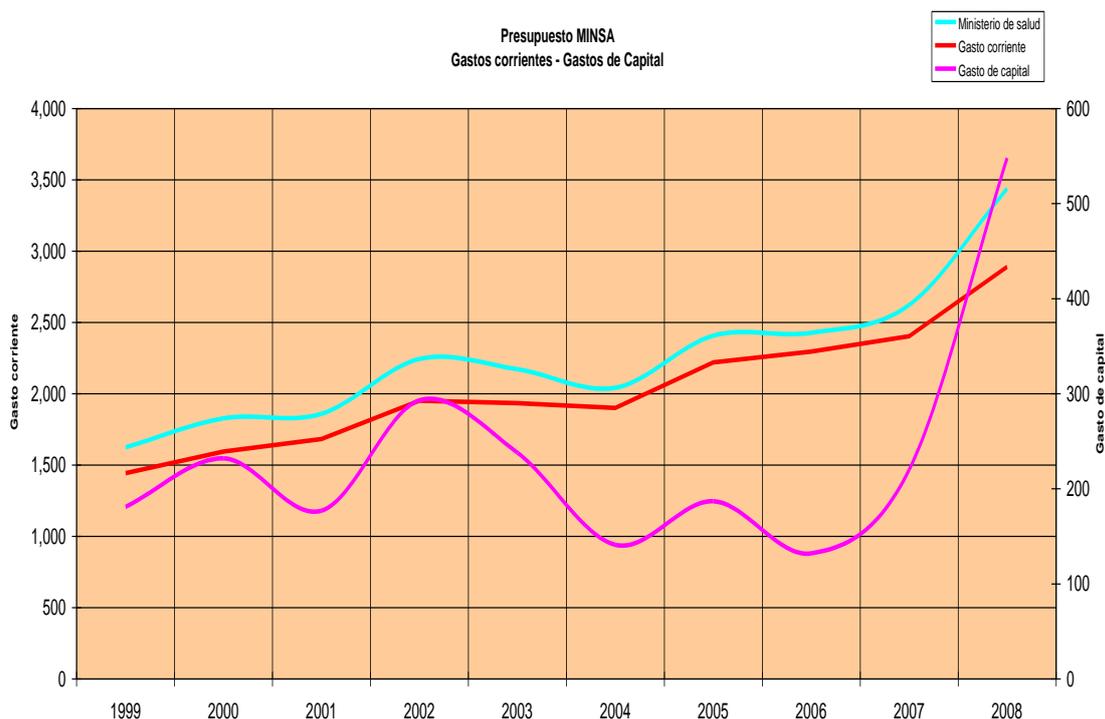
(En millones de nuevos soles)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Presupuesto MINSA *	1,624	1,827	1,859	2,244	2,172	2,041	2,407	2,427	2,623	3,438
Gasto corriente	1,443	1,595	1,682	1,951	1,934	1,900	2,220	2,295	2,403	2,890
Gasto de capital	181	232	177	293	238	141	187	132	220	548

* Presupuesto comprometido hasta el año 2003, a partir del 2004 PIM – Presupuesto Institucional Modificado

El presupuesto del Ministerio de Salud muestra una tendencia creciente a pesar de las transferencias de funciones a los Gobiernos Regionales. Sin embargo el presupuesto para el Gasto de Capital (inversiones y equipamiento) no muestran la misma tendencia. Cabe precisar que en el presupuesto del Ministerio de Salud, se encuentran la totalidad de Institutos Nacionales, Hospitales, Centros de Salud y Puestos de Salud de Lima Metropolitana y provincias de Lima.

Gráfico 37: Presupuesto MINSA



Fuente: MINSA 2008

Presupuesto en Tuberculosis

Para determinar la inversión realizada por el sector público durante los últimos años para el control de la tuberculosis se consultó el SEACE – Sistema Electrónico de Adquisiciones y Contrataciones Electrónicas de uso de las entidades del Sector Público.

Cabe precisar que en este Sistema sólo se registran las adquisiciones que se realizan para la adquisición de bienes y servicios por las diferentes fuentes de financiamiento del Sector Público, sin embargo no incluye las adquisiciones realizadas con fondos públicos realizados mediante el mecanismo de Convenios de Administración de Recursos con organismos o instituciones internacionales, por lo cual los resultados obtenidos deben considerarse referenciales a los gastos totales realizados por el sector público.

Se revisaron 1,360 procesos registrados en el SEACE, que nos permiten estimar que del monto total invertido en tuberculosis el 91% corresponde a gasto en tratamiento.

Cuadro 16 – Inversión del Sector Público por Clasificación Programática En nuevos soles

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%

Elaboración propia según registros SEACE 2005 al 2007

A continuación se presentan los sectores del sector público que han realizado adquisiciones y compras para la prevención y control de la tuberculosis. En primer lugar se encuentra el Gobierno Nacional, liderado por el Ministerio de Salud fundamentalmente por la compra de medicamentos, en segundo lugar se encuentra el Seguro Social del Perú.

Cuadro 17 – Inversión del Sector Público por Ejecutor del Gasto En nuevos soles

Fuente financiamiento	2,005	2,006	2,007	Total general	%
GN	22,185,713	2,510,364	7,388,143	32,084,220	70.1%
GR	26,141	107,771	217,174	351,085	0.8%
GL	29,289	379,548	1,678,654	2,087,490	4.6%
ESSALUD	8,749,459	1,668,376	796,231	11,214,066	24.5%
Total general	30,990,601	4,666,059	10,080,201	45,736,861	100.0%

GN: Gobierno nacional (incluye Ministerios, Fuerzas Armadas y Policiales, INPE y Universidades)

GR: Gobierno Regional

GL: Gobierno Local

ESSALUD: Seguro Social del Perú

GR: Gobierno Regional. *Elaboración propia según registros SEACE 2005 al 2007*

Según la información de la ESN de tuberculosis el promedio gastado entre los años 1991 hasta 2005 ascendió a 3 millones de dólares, mientras que en el 2005 se realizó un gasto superior a 9 millones de dólares.

**Cuadro 18 – Inversión del Sector Público por Programas
En nuevos soles**

	GN	GR	GL	ESSALUD	Total
Tratamiento	30,081,437	181,119	59,604	10,926,931	41,249,092
Apoyo nutricional	325,501		2,027,391		2,352,892
Diagnóstico	1,350,043	128,173	495	277,669	1,756,381
Prevención	327,238	41,793		9,465	378,496
Total general	32,084,220	351,085	2,087,490	11,214,066	45,736,861

Cabe precisar que en la actualidad el estado garantiza la gratuidad de lo siguiente:

- Diagnóstico a través de examen de esputo (baciloscopía), cultivo y prueba de sensibilidad rápida y convencional
- Tratamiento con medicinas para tuberculosis sensible y tuberculosis multidrogorresistente.
- Seguimiento y control mensual con prueba de esputo (baciloscopía), cultivo y prueba de sensibilidad según necesidad.
- Control de contactos con pruebas de esputo (baciloscopías) para las personas que viven en la misma casa y otros que son contactos cercanos.
- Quimioprofilaxis para personas contactos directos hasta los 19 años.
- Canasta de víveres mensual para la Persona Afectada de Tuberculosis con financiamiento de MIMDES y de los gobiernos locales.
- Información de forma continua clara, sencilla, suficiente, comprensible de su condición de salud y del proceso de recuperación.
- Acceso gratuito a línea telefónica INFOSALUD 0-800-10828 para resolver consultas, dudas así como presentar quejas, denuncias sobre servicios y atención de salud deficientes.
- Consultas profesionales gratuitas al inicio de su tratamiento, al cambio de fase, al termino de su tratamiento y cuando se considere necesario según la norma técnica
- Apoyo social en casos especiales de necesidad.
- Derecho a solicitar su Historia Clínica y su epicrisis haciendo la gestión respectiva.

Sin embargo, una de las principales limitaciones para un acceso oportuno, es el desabastecimiento ocasional de medicamentos e insumos en los establecimientos de salud lo cual genera que si bien se establece la gratuidad, en determinadas ocasiones no existe disponibilidad para pruebas y medicamentos, lo que obliga a los pacientes a realizar gastos de bolsillo que representa un costo prohibitivo para muchas familias desalentándose la continuación del tratamiento en algunos casos, con los consecuentes efectos en la resistencia al tratamiento que lleva a que cada vez se tenga que prescribir medicamentos que corresponden a esquemas que tienen mayor costo.

Programas Sociales del Estado Peruano

Según el inventario de programas sociales elaborado en febrero del 2007 por la Secretaria Técnica de la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales CIAS los criterios que definen a un Programa Social son:

- El Estado enfrenta un problema social específico creando una unidad operativa especial (con un importante grado de autonomía).
- Intervención focalizada en segmentos de la población pobre con alto grado de vulnerabilidad (individual y colectiva).
- La intervención realiza alguna prestación o servicio social
- Tiene una asignación presupuestal identificable en el SIAF

Según el inventario, existen 82 programas reportados por los Ministerios, las cuales se presentan agrupadas por objetivos:

Cuadro 19
Numero de Programas Social agrupados por objetivo

Objetivos de Programas	Total
Oportunidad empresariales no agropecuarias	12
Oportunidad empresariales agropecuarias	9
Capacitación e inserción laboral	3
Infraestructura de acceso a servicios básicos	11
Salud preventiva y asistencial	2
Acceso y mejoramiento de la calidad educativa	6
Apoyo alimentario 1/	14
Asistencia nutricional	5
Protección a poblaciones vulnerables	8
Acceso a la vivienda y saneamiento	6
Programas multipropósito	3
Identificación de ciudadanos	3
Total	82

1/Incluye el PAN TBC reportado por el MIMDES y el programa de vaso de leche reportado por el MEF

Fuente: Inventario de programas social - CIAS

Las principales conclusiones del inventario realizado por el CIAS es que los programas han intervenido de manera desarticulada, no sólo en relación a programas de otros sectores, sino en relación a los de su propio sector y la acción de estos programas ha guardado poca relación con los criterios objetivos, generando duplicidades, sub-cobertura en localidad de altos índices de vulnerabilidad, problemas de filtración y elevada dosis de discrecionalidad. Uno de los caminos que se ha seguido para eliminar estas deficiencias es el proceso de presupuesto por resultados que se encuentra actualmente en proceso.

Los programas sociales que involucran directamente e indirectamente a afectados con tuberculosis son los siguientes:

Programa de alimentación y nutrición para el paciente ambulatorio con tuberculosis y familia – PAN TBC

Cabe precisar que a partir del 2005 se inició la transferencia de los Programas de complementación alimentaria a cargo del PRONAA¹⁷ a los municipios provinciales habiéndose concretado hasta la fecha la transferencia a 195 gobiernos locales. Uno de los programas transferidos es el Programa PAN TBC que apoya con canasta de víveres a los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar o extrapulmonar con tratamiento ambulatorio en el programa de control de tuberculosis y a dos miembros de su familia según normatividad de 1996.

En el siguiente cuadro se puede apreciar los montos informados por el PRONAA para el programa PAN TBC desde el 2003 al 2006 y lo ejecutado por los Municipios a partir de la información de compras realizadas en el SEACE.

¹⁷ OPD del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, que previamente había recibido los recursos del Instituto Nacional de Salud – INS, este programa tenía la finalidad de asegurar la adherencia al tratamiento, sin embargo en la transferencia al PRONAA, solo se operativizó la transferencia de recursos, dejándose de lado el objetivo principal del programa.

Cuadro 20 - Ejecución de Gastos del PAN TBC
En nuevos soles

	2003	2004	2005	2006	2007	Total
<i>Según información del PRONAA (de Planificación y presupuesto)</i>						
Programa Nacional de Asistencia Alimentaria ¹⁸	4.243.37	5.323.50	8.933.27	4.855.35		
	2	1	0	4		
<i>Según registros de CONSUCODE (SEACE)</i>						
Total ejecutado por:						1,653,65
			237,043	455,759	960,853	4
VIIMDES~PRONAA			207,754	76,211		283,965
Municipalidades			29,289	379,548	960,853	1,369,68
						9

Fuente: Memorias PRONAA - Base de datos SEACE

Se puede observar que si bien el PRONAA ha venido realizando las transferencias, el monto registrado (ejecutado dentro del sistema de compras estatales) se encuentra muy por debajo de lo ejecutado en años anteriores, lo cual puede deberse al **retraso en la transferencia del Ministerio de Economía y Finanzas -MEF a los gobiernos locales** o retraso en las compras por parte de los gobiernos locales.

Es así que durante el año 2005 y 2006 el PRONAA informaba un presupuesto de 8.9 y 4.8 millones de nuevos soles respectivamente, en el año 2007 en los registros de adquisiciones de SEACE, sólo se registran gastos de aproximadamente 1 millón de nuevos soles.

De acuerdo a los resultados observados se sugiere realizar acciones de vigilancia que permitan realizar las verificaciones sobre la cobertura de las canastas a los pacientes con TB.

- **Programa de Vaso de Leche**

Mediante el Decreto de Urgencia N° 039- 2008 del 29 de agosto del 2008 se aprobaron medidas para la determinación del presupuesto del año fiscal 2009 del Programa del Vaso de Leche, asegurando el mismo presupuesto que el asignado durante el 2008.

Por otro lado en el mismo dispositivo legal, se establece la obligación del Registro Único de Beneficiarios del Programa del Vaso de Leche (RUBPVL) a cargo de las Municipalidades y los Comités de vaso de leche, así como establece que la población beneficiaria, corresponde a la población en pobreza y en extrema pobreza.

Esto es con la finalidad de determinar la cantidad de beneficiarios, información que a la fecha se desconoce, así como la cantidad de beneficiarios del programa afectados con tuberculosis.

Cabe precisar que según el artículo 6° de la Ley N° 27470, Ley que Establece Normas Complementarias para la Ejecución del Programa del Vaso de Leche, las municipalidades dan cobertura a los beneficiarios del Programa del Vaso de Leche: niños de cero (0) a seis (6) años, madres gestantes y en período de lactancia; priorizando entre ellos la atención a quienes presenten un estado de desnutrición o se encuentren afectados por **tuberculosis**; y, en la medida en que se cumpla con la atención a la

¹⁸ Fuente: Inversión presupuestal 2003, 2004 y 2005-2006 realizada para el Proyecto del Fondo Mundial de la Segunda convocatoria del Fondo Mundial

población antes mencionada, se mantendrá la atención a los niños de siete (7) a trece (13) años, ancianos y afectados por **tuberculosis**.

3.2 *Inversión del Fondo Mundial en la lucha contra la TB en el Perú*

Desde el 2004 a mayo 2008 se han ejecutado 25.8 millones de US dólares, de los cuales 23.6 millones de US dólares corresponden al proyecto de segunda ronda y 2.2 millones al proyecto de quinta ronda.

Los siguientes son los Objetivos relacionados a Tuberculosis, que se desarrollan en la segunda y en la quinta ronda.

Cuadro 21 – Objetivo Proyectos Financiados por el Fondo Mundial

2 Ronda	1	Promover y fortalecer la participación y organización social de los enfermos con TB y de las poblaciones distritales, para disminuir la Tuberculosis bacilos cópica en los AERT-TB.
	2	Disminuir la tasa de incidencia de casos positivos de Tuberculosis bacilos cópica en los 9 más grandes penales del país.
	3	Extender la cobertura del DOTs Plus y mejorar la tasa de curación de pacientes TBC MDR en el país.
5 Ronda	1	Fortalecer en las regiones priorizadas la promoción de entornos favorables y la defensa al derecho a la salud de las personas afectadas por la Tuberculosis.
	2	Fortalecer la prevención de riesgos de infección por Tuberculosis en hospitales.
	3	Fortalecer la atención y tratamiento de los afectados por TB MDR con participación de los servicios, la comunidad y los afectados.
	4	Fortalecer el soporte y la rehabilitación social de los afectados por la Tuberculosis.

Fuente: www.care.org.pe

El presupuesto por cada uno de los Objetivos en que se encuentra organizado los proyectos financiados por el Fondo Mundial, se presenta en el siguiente cuadro.

El mayor presupuesto ha sido asignado al Objetivo TB3 de segunda ronda con un presupuesto ejecutado de 11.5 millones de US dólares, entre la primera y la segunda fase de ejecución y que corresponde a extender la cobertura del DOTs PLUS y mejorar la tasa de curación de pacientes TBMDR en el país.

Cuadro 22 - Desembolsos Realizados por Objetivos – Proyectos Fondo Mundial (US dólares)

	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Prev. & Control -2 Ronda						
Objetivo 1	628,347	1,134,159	201,398	-	-	1,963,904
Objetivo 2	302,617	3,197,761	1,914,663	48,404	5,279	5,468,724
Objetivo 3	2,329,032	6,672,554	2,589,504	-2,732	-	11,588,358
Objetivo 1 - II FASE	-	-	187,369	337,251	92,590	617,210
Objetivo 2 - II FASE	-	-	363,160	474,157	133,485	970,802
Objetivo 3 - II FASE	-	-	1,400,783	787,109	115	2,188,007
IGV TB 3	-	-	-	655,549	88,180	743,729
IGV TB 2	-	-	-	478	77,336	77,814
Total 2 Ronda	3,259,996	11,004,474	6,656,876	2,300,215	396,983	23,618,546
Closing Gap – 5 Ronda						
Objetivo 1	-	-	1,002	361,751	199,252	562,006
Objetivo 2	-	-	1,002	143,302	298,871	443,175
Objetivo 3	-	-	1,002	441,044	476,474	918,520
Objetivo 4	-	-	1,002	219,197	105,680	325,880
Total 5 Ronda	-	-	4,010	1,165,294	1,080,276	2,249,581
Total general	3,259,996	11,004,474	6,660,886	3,465,510	1,477,260	25,868,127

Fuente: CARE Perú

3.3 Perspectivas de financiamiento

Entre las principales fuentes de financiamiento que se identifican para el financiamiento de las acciones requeridas para la prevención y control de la tuberculosis se identifican el Seguro Integral de Salud.

Seguro Integral de Salud

Siendo sus objetivos funcionales del SIS: Construir un sistema de aseguramiento público sostenible que financie servicios de calidad para la mejora del estado de salud de las personas a través de la disminución de la tasa de morbilidad; Promover el acceso con equidad de la población no asegurada a prestaciones de salud de calidad, dándole prioridad a los grupos vulnerables y en situación de pobreza y extrema pobreza e implementar políticas que generen una cultura de aseguramiento en la población.

En el sistema de salud público, la función del prestador la tiene el establecimiento de salud y la función de financiador el Seguro Integral de Salud. Como financiador, el SIS tiene capacidad legal y operativa para asegurar la pertinencia del financiamiento de las prestaciones. En los establecimientos y en las DIRESA se implementa el SIS en el nivel operativo para las funciones de afiliación y atención de salud.

El SIS valoriza los servicios prestados de acuerdo a las evaluaciones efectuadas por las ODSIS (Oficinas Desconcentradas del SIS), con aceptación de la Unidad de Seguros de las DIRESA y DISA. En las Unidades de Seguros se concentra la información de los hospitales, centros y puestos de salud que solicitan reembolsos a la sede central del SIS.

Estas oficinas regionales son las encargadas de supervisar la ejecución por parte de los establecimientos de salud de los Fondos reembolsados de acuerdo a lo establecido en la Resolución Jefatural N° 020-2006/SIS.

A continuación se presenta el monto aprobado por el SIS para ser reembolsado a los establecimientos de salud, según la clasificación de Tuberculosis y TB MDR.

Cuadro 23 - SIS: Prestaciones financiadas en relación a los diagnósticos de TB/TBMDR. Seguro subsidiado (En nuevos soles)

Año	Valor de Producción tarifada (neto) con un diagnóstico TB (no presuntivo)*
	TBC-TB-MDR
2005	61,546
2006	92,136
2007	628,744
2008 (ene-ago)	764,677

* Los diagnósticos considerados son: TB: A15-A19 Z201 B90 K930;

Diagnósticos no presuntivos

Fuente: Base de Datos SIS-OIE, GF

Si bien el presupuesto del SIS se ha incrementado, los mayores recursos están destinados a programas estratégicos en el marco del presupuesto por resultados, el programa de control de la tuberculosis no se encuentra incluido como un programa estratégico.

El Seguro Integral de Salud y otros programas sociales a nivel local y regional deberán considerar el financiamiento de la cobertura diagnóstica y tratamiento de la tuberculosis de acuerdo a los estándares nacionales e internacionales vigentes.

Aseguramiento Universal

La Resolución Ministerial N° 316-2007/MINSA aprobó la Norma Técnica 056-MINSA/SIS-DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias en el marco del Plan de Aseguramiento Universal en Salud en los establecimientos del Ministerio de Salud a nivel nacional", sin embargo a la fecha falta implementar el financiamiento para "Diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmisibles". Según la citada norma la fuente de financiamiento de la aplicación del Plan de Aseguramiento Universal será la OGA MINSA.

La ESN de Tuberculosis ha realizado la propuesta para el Plan de Aseguramiento Universal para el control de la tuberculosis para los siguientes:

- Condición: Tuberculosis extrapulmonar - tuberculosis pleural
- Condición: Tuberculosis extrapulmonar - tuberculosis ganglionar
- Condición: Tuberculosis complicada - pericarditis con taponamiento cardiaco
- Condición: Tuberculosis complicada - peritonitis tuberculosa
- Condición: Tuberculosis complicada – multidrogorresistente
- Condición: Tuberculosis y Reacciones Adversas a Fármaco Antituberculosis – RAFA

Seguro complementario de riesgo y enfermedades profesionales

El Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo otorga cobertura adicional por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a los afiliados regulares del Seguro Social de Salud. Es obligatorio y por cuenta de las entidades empleadoras que desarrollan las actividades de alto riesgo. Están comprendidas en esta obligación las entidades

empleadoras constituidas bajo la modalidad de cooperativas de trabajadores, empresas de servicios temporales o cualquier otra de intermediación laboral. Comprende las siguientes coberturas:

- a) La cobertura de salud por trabajo de riesgo.
- b) La cobertura de invalidez y sepelio por trabajo de riesgo

La protección a los Trabajadores de Salud que tienen la categoría de nombrados está asegurada con las disposiciones del SCTR sin embargo la protección a los trabajadores actualmente contratados por Contrato de Administración de Servicios (CAS) no es totalmente clara.

Si bien el Decreto Legislativo 1057 establece el Régimen Especial de **Contratación Administrativa de Servicios CAS** aplicable a toda entidad pública sujeta al Decreto Legislativo 276 y las entidades públicas sujetas al régimen laboral de la actividad privada, con excepción de las empresas del Estado y establece que el contrato comprende la afiliación al régimen contributivo que administra EsSALUD, **no se ha dispuesto explícitamente si el personal del régimen especial CAS, específicamente del Sector Salud, estaría dentro del ámbito de aplicación del SCTR.**

Presupuesto participativo

El Presupuesto participativo, es el espacio de concertación, en el cual las autoridades regionales, locales y representantes de la sociedad civil definen en conjunto como y a que se orientan sus actividades de promoción y los recursos de inversión teniendo en cuenta la visión del desarrollo de los Planes de Desarrollo Concertado y los objetivos estratégicos.

Varios factores han influido en la incorporación de la participación ciudadana en el marco de las políticas públicas. El primero de ellos está relacionado con el proceso de descentralización del país y con el interés, por parte del gobierno central, de racionalizar el gasto evitando poner en riesgo la disciplina fiscal. El segundo tiene que ver con una tendencia en la comunidad internacional de promover procesos de democratización de los Estados acercando la ciudadanía a los asuntos públicos. Finalmente, un tercero tiene que ver con experiencias locales de participación en la gestión del territorio que han demostrado un relativo éxito y que incorporan en sus actividades la planificación concertada y la programación participativa del presupuesto público.

En el instructivo del presupuesto participativo se señala que los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales, en coordinación con los Consejo de Coordinación Regional y Consejo Coordinación Local preparan y emiten disposiciones que deben desarrollar como mínimo estrategias con el fin de lograr la representatividad de la población.

Asimismo se establece que los Gobiernos Regionales y los Gobiernos Locales deberán disponer de formas de registro de los Agentes Participantes, que complementen las formas de participación ya existentes, asegurando y promoviendo la mayor presencia de grupos humanos representativos de espacios territoriales, de organizaciones temáticas y funcionales articuladas a los ejes de desarrollo del Plan de Desarrollo Concertado, de jóvenes, empresarios, partidos políticos así como representantes de la población de extrema pobreza, personas con discapacidad, afectados por la violencia política y otros en situación de riesgo y vulnerabilidad sea por razones de pobreza, etnicidad y género.

De los recursos que conforman los programas y Proyectos de Lucha contra la pobreza se encuentran considerados en el Presupuesto Participativo los recursos para Proyectos de Infraestructura Social y Productiva a cargo del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Estos recursos, por constituir transferencias programáticas destinadas exclusivamente al financiamiento de Programas y Proyectos de Lucha contra la Pobreza, están condicionados al cumplimiento de las políticas, objetivos y metas del Plan Nacional para la

Superación de la Pobreza 2004-2006, así como al monitoreo y evaluación de los resultados contenidos en los Convenios de Gestión a suscribirse.

En este sentido constituyen oportunidades de financiamiento para las ONGs y asociaciones de la sociedad civil, debido a que este mecanismo está institucionalizado, pero requiere que estas asociaciones cumplan con los requisitos establecidos por las instituciones que los convocan.

Capítulo 4:

Principales Retos y Brechas de la Respuesta Nacional

4.1 La lucha contra la TB a la luz de los compromisos y acuerdos internacionales

Existen dos movimientos y acuerdos internacionales que direccionan la lucha contra la tuberculosis a nivel internacional: Los objetivos de Desarrollo del Milenio y el Movimiento Stop TB. A continuación se resume sus objetivos y alcances.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio

El 8 de septiembre del año 2000 en la Cumbre del Milenio llevada a cabo en el marco de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 189 representantes de los estados, entre ellos, el representante del país, firmaron la Declaración del Milenio. El compromiso fue crear un entorno propicio al desarrollo y a la eliminación de la pobreza, y se fijaron objetivos y metas a cumplir hasta el año 2015 sobre Tuberculosis y otras endemias. Estas metas cuantificables, pretenden ser una agenda integral para el desarrollo hacia el año 2015. Se establecieron 8 objetivos, 18 metas y 48 indicadores tomando como punto de partida referencial el año 1990. El **Objetivo 6** es Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. Las Metas de este Objetivo son las siguientes:

Meta 8 Haber comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves

23. Tasa de prevalencia y mortalidad de la tuberculosis (OMS)

24. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa (OMS)

Los indicadores relacionados a la Meta 8 y a la Tuberculosis son los siguientes

Metas del Milenio	Indicadores adicionales
3B Disminuir a los casos de tuberculosis por 100 mil habitantes y reducir la mortalidad por este padecimiento.	Incidencia de tuberculosis (todas las formas) por 100 mil habitantes en un año
	Mortalidad por tuberculosis (todas las formas) por 100 mil habitantes
	Incidencia de tuberculosis pulmonar por 100 mil habitantes
	Mortalidad por tuberculosis pulmonar por 100 mil habitantes de 15 años y más

Stop TB

La Alianza Alto a la Tuberculosis (Stop TB, por sus siglas en inglés) surgió en marzo de 1998, posterior a la primera reunión sobre el tema que se realizó en Londres.

Como parte de su trabajo, crea en el 2000 la Declaración de Ámsterdam para detener la TB, “momento decisivo en la reestructuración de los esfuerzos mundiales para controlar la TB, que pedía la adopción de medidas de delegaciones ministeriales de 20 países con la más alta carga de tuberculosis”.

En ese mismo año, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la creación de una Asociación Mundial para detener la TB, así como dos objetivos para el 2005 diagnosticar al 70 por ciento de todas las personas con tuberculosis infecciosa y para curar al 85 por ciento de los diagnosticados.

La primera reunión de la Stop TB Partners Forum, se realizó en Washington en 2001 donde se puso en marcha el Plan Mundial para detener la TB y la segunda reunión fue llevada a cabo tres años más tarde, en 2004.

Abarca una red de más de 500 organizaciones internacionales, países, donantes del sector público y privado, organizaciones de pacientes, y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que han expresado su interés en trabajar para alcanzar ese objetivo.

La OMS es la institución anfitriona de la Secretaría de la Alianza «Alto a la Tuberculosis» y permite que ésta se beneficie de los mecanismos de la Organización.

La Estrategia Alto a la Tuberculosis

Para detener la TB, la Organización Mundial de la Salud - OMS ha formulado una nueva estrategia de seis puntos que aprovecha los éxitos del enfoque DOTS y aborda expresamente los principales problemas que plantea la enfermedad. El objetivo es reducir radicalmente la carga mundial de TB para 2015, garantizando que todos los pacientes, entre ellos los coinfectados por el VIH y los que padecen TB resistente, se beneficien del acceso universal a un diagnóstico de gran calidad y a un tratamiento centrado en el paciente. La estrategia también apoya el desarrollo de nuevos instrumentos eficaces para prevenir, detectar y tratar la enfermedad. La estrategia Alto a la TB es la base sobre la que asienta el Plan Mundial para Detener la TB 2006-2015, elaborado por la Alianza Alto a la TB

Objetivos

1. Proseguir la expansión de un DOTS de calidad y mejorarlo

- Compromiso político para garantizar una financiación aumentada y sostenida
- Detección de casos mediante pruebas bacteriológicas de calidad garantizada
- Tratamiento normalizado, con supervisión y apoyo al paciente
- Sistema eficaz de suministro y gestión de los medicamentos
- Sistema de vigilancia, evaluación y medición del impacto

2. Hacer frente a la Tuberculosis/VIH, la tuberculosis y otros problemas

- Implementar actividades en colaboración en materia de tuberculosis/VIH
- Prevención y control de la tuberculosis multirresistente
- Abordar el caso de los presos, los refugiados y otros grupos de riesgo o en situaciones especiales

3. Contribuir a fortalecer el sistema de salud

- Participar activamente en los esfuerzos encaminados a mejorar las políticas sistémicas, los recursos humanos, la financiación, la gestión, la prestación de servicios y los sistemas de información
 - Compartir las novedades que refuercen los sistemas, en particular el enfoque práctico de la salud pulmonar
 - Adaptar las novedades surgidas en otras áreas
- 4. Involucrar a todo el personal de salud**
- Fórmulas de colaboración dentro del sector público y entre éste y el sector privado
 - Normas internacionales para la atención a los enfermos de tuberculosis
- 5. Empoderar a los afectados por la tuberculosis y a las comunidades**
- Promoción, comunicación y movilización social
 - Participación de la comunidad en la atención antituberculosa
 - Estatutos del paciente para la atención antituberculosa
- 6. Posibilitar y promover la realización de investigaciones**
- Investigación operacional basada en los programas
 - Investigaciones de desarrollo de nuevos medios de diagnóstico, medicamentos y vacunas

4.2 Principales brechas en la Lucha contra la Tuberculosis en el Perú

En base al análisis situacional previo y a la construcción de consensos desarrollados con los actores de la Respuesta Multisectorial durante el taller de planificación estratégica multisectorial para enfrentar la TB, llevado a cabo el mes de mayo de 2008 en Chosica, se identificó una serie de brechas entre lo que se viene dando en la lucha contra la TB y lo que debería hacerse y lograrse para conseguir la respuesta nacional integral, eficaz y sinérgica a la que se aspira.

Si bien los niveles de captación de pacientes de Sintomáticos Respiratorios ha incrementado así como los diagnósticos de TB, sensible, MDR y XDR; hay evidencias que el diagnóstico no está siendo lo oportuno que debería, especialmente para los casos de TB MDR, que pueden estar siendo tratados como sensible y generando riesgos y daños evitables. En tal sentido se hace necesario mejorar los sistemas de captación, y las capacidades de diagnóstico oportuno y de calidad, innovando estrategias de captación de sintomáticos respiratorios, diagnosticando a poblaciones altamente vulnerables y universalizando las pruebas de sensibilidad, así como aminorando los tiempos de entrega de resultados.

Se ha incrementado el acceso de las personas afectadas a esquemas farmacológicos adecuados y gratuitos y se ha incrementado la atención a pacientes con TB MDR, se considera que la atención sigue siendo predominantemente neumológica, y que se brinda poca atención a otros aspectos médicos y sobre todo a los aspectos psico-sociales de la enfermedad. Se reconoce que si bien hay experiencias de atención integral estas no están siendo generalizadas para todos los afectados. Es necesario que las personas afectadas tengan acceso a tecnologías y recursos de diagnóstico, recursos y estrategias de tratamiento e intervenciones y recursos de rehabilitación de secuelas, efectos adversos, comorbilidades y otras condiciones que incrementen el riesgo o reduzca las posibilidades de recuperación. También se considera necesario atender las condiciones emocionales, familiares y socioeconómicas de las personas afectadas, tratando de minimizar los efectos de crisis y posibilitar su recuperación.

Se evidencian avances significativos en las estrategias de promoción de la salud y prevención, se considera que existen amplios sectores de población que estando en riesgo de infección o siendo vulnerables al desarrollar la enfermedad no acceden a suficientes intervenciones para cambiar esta situación. Se sabe que cada persona que enferma puede

transmitir la infección a 15 o más personas. Sabemos que esto depende fundamentalmente tiempo de enfermedad sin tratamiento adecuado, de la calidad de espacios de encuentro y convivencia, y de los niveles de hacinamiento. La mayor parte de las familias de personas afectadas viven en espacios reducidos, poco ventilados y en situación de hacinamiento, siendo las personas de mayor riesgo. Estas condiciones de alto riesgo se encuentran también en los penales, y últimamente se ha puesto de manifiesto que los establecimientos de salud también son espacios donde se contrae la infección. De otro lado sabemos que si bien muchas personas tenemos la infección son algunas las que desarrollan la enfermedad. Sabemos también que algunas personas o poblaciones son más vulnerables para desarrollar la enfermedad como la población con alguna forma de inmunodeficiencia, principalmente personas infectadas por VIH, pero también personas con diabetes y otras enfermedades crónicas incluyendo la desnutrición y la depresión. Esta situación de poblaciones en alto riesgo y vulnerabilidad se hace más crítico cuando los contactos son personas afectadas de TB MDR o XDR, donde si bien el riesgo de infectarse y desarrollar la enfermedad puede ser similar, el costo, efectos adversos, riesgo social y letalidad pueden ser significativamente mayores. Frente a esta situación de alto riesgo y vulnerabilidad las intervenciones son realmente escasas. En el taller se consideró la necesidad de una calificación sistemática del riesgo y una intervención eficaz en las viviendas, condiciones nutricionales, estilos de vida, que podría impactar en la reducción de las incidencias de la enfermedad.

Se han desarrollado algunas campañas en los medios de comunicación y la información sobre la TB es cada vez más accesible, los participantes reconocen que la población en general está prácticamente desinformada y entiende la TB como una enfermedad catastrófica, altamente contagiosa y aún manejan un conjunto de mitos asociados a la enfermedad. Así mismo se asocia la TB con pobreza no sólo material sino con estilos de vida de descuido y hasta abandono personal (producto de la mala vida se dice). Estas ideas prevalentes se asocian a actitudes de rechazo y discriminación que alcanza no sólo a las personas afectadas sino también a sus familiares. Son innumerables las historias, de maltrato, despidos, expulsiones de domicilio, desprestigio en el mercado, etc. Esta situación de desinformación, miedo extremo, discriminación, también se encuentra en los sectores supuestamente más informados, como los servicios de salud, los ámbitos políticos y de gestión e incluso los ámbitos académicos. Evidentemente estas formas de pensar y sentir la TB en Perú, que incluye a líderes de opinión, decisores y operadores en la problemática, sesga y limita las intervenciones por lo que es muy importante considerar una prioridad estratégica en la lucha contra el estigma de la TB, usando las mejores tecnologías de comunicación, educación e incidencia política.

Si bien en los últimos años se ha fortalecido la organización y participación de las personas afectadas en algunos aspectos de la gestión, esto es insuficiente. Se considera que las personas afectadas debieran cumplir un rol protagónico tanto en su proceso recuperativo como en la lucha con esta enfermedad y sus expresiones sociales y culturales. Las personas afectadas podrían asumir la conducción de su proceso recuperativo, para lo cual es necesario que mejoren sus autoestimas, superen y confronten los efectos de la discriminación, por lo cual es necesario que los servicios de salud y otros actores respeten y refuercen sus derechos y autonomía. Es necesario pasar de los enfoques de adherencia a enfoques de concordancia. De otro las personas afectadas curadas podrían convertirse en promotores solidarios, educadores y líderes en la lucha contra el estigma a nivel familiar, laboral, comunitario y social; para lo cual es necesario que los servicios y otros actores promuevan y empoderen a las organizaciones de afectados, incluyendo a personas curadas y contactos.

En la actualidad, se viene consolidando el proceso de transición entre una organización vertical de la respuesta sectorial a la TB a una forma transversal, descentralizada y

participativa, esta todavía no se consolida y tiene muchos problemas operativos, de tal manera que las acciones finales de la estrategia tienen grandes variaciones de región a región y de unos establecimientos a otros. Estos procesos en el sector salud se suman a una transición de un enfoque sectorial hacia un enfoque multisectorial de la respuesta, por ello se considera indispensable fortalecer los sistemas de información clínica, de laboratorio, epidemiológica y social, así como los sistemas de gestión y toma de decisiones -articulando apropiadamente los niveles central, regional, local e institucional- en los distintos sectores públicos involucrados en la respuesta integral a la TB.

Existe participación de la sociedad civil en la lucha contra la TB en el Perú, sin embargo, esta es aún escasa, episódica, puntual y aun poco articulada con el Estado y en particular con los servicios de salud. Dado el carácter principalmente social de la enfermedad que involucra a la sociedad en su conjunto, que tiene fuertes dimensiones culturales, económicas, políticas, comunicacionales, y que involucra a sectores como Vivienda, Trabajo, Educación, Agricultura, Producción, Ambiente, Desarrollo, y otros, es fundamental la acción intersectorial, que debe pasar por la concertación, planificación participativa, la cooperación y la ejecución de acciones conjuntas.

**II.-VISION Y ESTRATEGIAS
PARA RESPONDER A LA TB
EN EL PERU**

Capítulo 5

Visión y Estrategias para Responder a la TB en el Perú

5.1 La Visión y Situación objetivo al 2019

En el año 2019, el Estado y la Sociedad Civil han logrado enfrentar a la TB y sus determinantes sociales con enfoque de derechos humanos, género, equidad e interculturalidad en forma integrada y eficaz. La incidencia de TB sensible, TB MDR/XDR, muestra tendencias decrecientes siendo que las personas en riesgo y vulnerables están más protegidas y las personas afectadas son atendidas y tratadas de modo integral en pleno ejercicio de su ciudadanía y con el compromiso de familias y comunidades. Asimismo, el estigma asociado a la enfermedad se ha reducido significativamente, predominando un entorno social respetuoso y solidario.

5.2 Objetivos

Habiéndose superado en nuestro país el abordaje eminentemente biomédico de la enfermedad y estando comprometidos en la superación de las determinantes sociales del daño, hoy más que nunca nos ratificamos en el esfuerzo conjunto y multisectorial para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y contribuir con el Plan Mundial para Salvar Vidas. Aspiramos con los objetivos que a continuación se detallan, disminuir progresiva y sostenidamente la incidencia y morbilidad por tuberculosis así como sus repercusiones sociales y económicas, de manera que para el año 2019 alcancemos una incidencia de TBP-FP menor de 40 casos por 100,000 hab.

- Objetivo 1. Todas las **personas afectadas de TB**, reciben una atención de salud integral, tratamiento gratuito y apoyo socioeconómico que les permite completar el tratamiento, recuperar su salud, y reducir la vulnerabilidad a abandono y recaídas
- Objetivo 2. Las **poblaciones más vulnerables y de mayor exposición** tienen condiciones de vida que reducen las posibilidades de contagio y desarrollo de la enfermedad
- Objetivo 3: La **población en general** está debidamente informada, libre de conductas discriminatorias y en mejores condiciones económicas, ambientales y culturales para eliminar progresivamente la TB en el Perú.
- Objetivo 4. Las personas afectadas de TB **participan organizada y activamente en su recuperación integral y en la respuesta nacional a la TB en su conjunto**, fortaleciendo el ejercicio de su ciudadanía, ampliando su desarrollo humano y social
- Objetivo 5. **Los programas sociales y el sistema de servicios de salud** se encuentran fortalecidos y tiene la capacidad para brindar servicios de atención de salud y apoyo social y económico a las poblaciones vulnerables y personas afectadas por TB, en forma oportuna, eficaz, gratuita y con calidad.
- Objetivo 6. El sector público en sus niveles: nacional, regional y local; el sector privado y la sociedad civil tienen una **respuesta multisectorial**, concertada, integrada y eficaz para enfrentar y erradicar la TB en el País

Objetivos Específicos, Indicadores y Metas¹⁹

Objetivo 1. Todas las **personas afectadas de TB**, reciben una atención de salud integral, tratamiento gratuito y apoyo socioeconómico que les permite completar el tratamiento, recuperar su salud, y reducir su vulnerabilidad a abandono y recaídas

Para lograr el Objetivo 1 se identifican como objetivos específicos: Diagnosticar precozmente TB sensible y TB MDR- XDR, brindar a todas las personas afectadas un tratamiento eficaz completo y gratuito para el control y curación de la enfermedad, prevenir, diagnosticar y tratar condiciones médicas concomitantes y adversas, brindar a las personas afectadas el apoyo emocional, social y económico necesario para indicar, sostener y completar el tratamiento, brindar al paciente y su familia apoyo social y económico, superar los determinantes sociales de la enfermedad, brindar tratamiento y soporte integral permanente a pacientes TB MDR/ XDR y prevenir, diagnosticar oportunamente y tratar las recaídas

En la siguiente tabla se observan los objetivos específicos, sus indicadores y metas hacia el 2014 y hacia el 2019.

Objetivos Específicos para el logro del Objetivo 1	Responsables	Situación actual	Metas al 2012	Metas al 2014	Metas al 2019
Diagnosticar precozmente TB sensible y TB MDR- XDR					
<i>Porcentaje de pacientes sin sospecha de MDR con tiempo entre la solicitud y el resultado de la baciloscopía, menor a 48 horas</i>	<i>MINSA, ESSALUD, FFAA, FFPP, INPE</i>	<i>En construcción (EC)</i>	<i>90%</i>	<i>95%</i>	<i>98%</i>
<i>Porcentaje de pacientes con sospecha de MDR con tiempo entre la solicitud y el resultado de prueba rápida, menor a 21 días</i>	<i>MINSA, ESSALUD, FFAA, FFPP, INPE</i>	<i>EC</i>	<i>90%</i>	<i>95%</i>	<i>98%</i>
<i>Porcentaje de pacientes con prueba de sensibilidad</i>	<i>MINSA, ESSALUD, FFAA, FFPP, INPE</i>	<i>EC</i>	<i>25%</i>	<i>50%</i>	<i>98%</i>
Brindar a todas las personas afectadas un tratamiento eficaz completo y gratuito para el control y curación de la enfermedad					
<i>Incremento de tasa de curación en TB sensible en Lima y Callao*</i>	<i>MINSA, ESSALUD, FFAA, FFPP, INPE Estrategia: Fortalecimiento INS, laboratorios</i>	<i>86.3% Año 2007</i>	<i>87%</i>	<i>92%</i>	<i>94%</i>

¹⁹ En el proceso de construcción del PEM TB, se identificaron también las actividades principales y los productos de las mismas, esta información aparece en el anexo 3.

* Se trabajará en la optimización de las tasas de curación de las DISA y DIRESA de Lima Metropolitana y Callao por tener tasas de curación inferiores al promedio nacional.

Objetivos Específicos para el logro del Objetivo 1	Responsables	Situación actual	Metas al 2012	Metas al 2014	Metas al 2019
	<i>regionales</i>				
<i>Incremento de tasa de curación en TB MDR en Lima y Callao*</i>	MINSA, ESSALUD, FFAA, FFPP, INPE Estrategia: Fortalecimiento INS, laboratorios regionales	69% (Cohorte 2005)	72%	80%	85%
<i>Incremento de tasa de curación en TB XDR en Lima y Callao*</i>	MINSA, ESSALUD, FFAA, FFPP, INPE Estrategia: Fortalecimiento INS, laboratorios regionales	58% (1999- 2006)	62%	66%	70%
Prevenir, diagnosticar y tratar las condiciones médicas concomitantes: Comorbilidades y Reacciones Adversas que afecten la salud del paciente					
<i>Porcentaje de reporte de las reacciones adversas moderadas y severas a fármacos antituberculosis (rafas esperadas de los casos tratados)</i>	MINSA, ESSALUD, FFAA, FFPP, INPE Estrategia: Capacitación y monitoreo	1% de los casos tratados	30%	50%	80%
<i>Número de RAFAS tratadas</i>	MINSA, ESSALUD, FFAA, FFPP, INPE	EC	%	100%	100%
<i>Número de RAFAS tratadas gratuitas</i>	MINSA, ESSALUD, FFAA, FFPP, INPE	EC	25%	50%	75%
<i>Incremento de reporte de discapacidad por TB</i>	MINSA, ESSALUD, FFAA, FFPP, INPE	0	Registr o creado y funcion ando	50% con respec to al 2012	75%
<i>Porcentaje de Pacientes TB que tienen acceso a consejería y exámenes de VIH</i>	MINSA, ESSALUD, FFAA, FFPP, INPE	No disponible	50%	90%	100%
<i>Porcentaje de Pacientes con TB y Diabetes Mellitus que reciben tratamiento gratuito para esta comorbilidad</i>	MINSA, ESSALUD, FFAA, FFPP, INPE	0	25%	50%	80%

Objetivos Específicos para el logro del Objetivo 1	Responsables	Situación actual	Metas al 2012	Metas al 2014	Metas al 2019
Porcentaje de Pacientes de TB con enfermedades concomitantes (asma, EPOC y neumonía adquirida en la comunidad) que reciben tratamiento gratuito para estas comorbilidades	MINSA, ESSALUD, FFAA, FFPP, INPE	0	25%	50%	80%
Brindar a las personas afectadas el apoyo emocional, social y económico necesario para indicar, sostener y completar el tratamiento, incluyendo las situaciones de emergencia.					
Tasa de abandono al tratamiento TB sensible	MINSA, ESSALUD, FFAA, FFPP, INPE	3.7%	3%	2%	2%
Porcentaje de pacientes que reciben número de dosis completa para TB sensible en el tiempo previsto	MINSA, ESSALUD, FFAA, FFPP, INPE, MTPE	EC	+ 20% LB	+ 30% LB	+ 50% LB
Tasa de abandono al tratamiento TB MDR	MINSA, ESSALUD, FFAA, FFPP, INPE	16%	13%	8%	6%
Porcentaje de pacientes que reciben número de dosis completa para TB MDR en el tiempo previsto	MINSA, ESSALUD, FFAA, FFPP, INPE, MTPE	EC	+ 20% LB	+ 30% LB	+ 50% LB
Brindar al paciente y su familia apoyo social y económico superar los determinantes sociales de la enfermedad					
Reducción de la deserción en instituciones educativas de afectados (escuela, universidad, otros)	MINEDU, MIMDES, ONG	No disponible	Registro creado y funcionando. LB	- 50% LB	- 75% LB
Reducción de la deserción/ despido laboral en afectados y familiares	MIMDES, MTPE, Municipalidades, ONG, Cooperantes	No disponible	Registro creado y funcionando. LB	- 50% LB	- 75% LB
Reducción del porcentaje de afectados en condiciones de hacinamiento en Lima y Callao	MINVI, MINSA, Municipalidades	No disponible	Registro creado y funcionando. LB	- 20% LB	- 35% LB
Porcentaje de pacientes con	MINSA,	EC	90%	100%	100%

Objetivos Específicos para el logro del Objetivo 1	Responsables	Situación actual	Metas al 2012	Metas al 2014	Metas al 2019
<i>TB que reciben alimentación complementaria PAN TBC</i>	<i>MIMDES, PRONAA, Municipalidades</i>				
Brindar tratamiento y soporte integral permanente a pacientes TB XDR					
<i>Porcentaje de pacientes TB XDR cuyos hijos menores de edad reciben soporte nutricional hasta los 18 años</i>	<i>MIMDES, MTPE, Municipalidades, ONG, Cooperantes</i>	<i>EC</i>	<i>30%</i>	<i>60%</i>	<i>100%</i>
<i>Porcentaje de pacientes cuyos hijos menores de edad reciben soporte educativo hasta los 18 años</i>	<i>MIMDES, MTPE, Municipalidades, ONG, Cooperantes</i>	<i>0</i>	<i>30%</i>	<i>60%</i>	<i>100%</i>
<i>Porcentaje de Pacientes de TB XDR que habitan en viviendas con buena ventilación (dormitorios y cocina con ventana, sin hacinamiento)</i>	<i>MINSA, ESSALUD, FFAA, FFPP, INPE</i>	<i>No disponible</i>	<i>30%</i>	<i>60%</i>	<i>100%</i>
Prevenir, diagnosticar oportunamente y tratar las recaídas y abandonos recuperados					
<i>Tasa de curación en recaídas y abandonos recuperados</i>	<i>MINSA, ESSALUD, FFAA, FFPP, INPE</i>	<i>84,2% (Rec) y 69,2% (Ab)</i>	<i>+ 5% LB</i>	<i>+ 7% LB</i>	<i>+ 10% LB</i>

Objetivo 2. Las poblaciones más vulnerables y de mayor exposición tienen condiciones de vida, que reducen las posibilidades de contagio y desarrollo de la enfermedad.

Para lograr el Objetivo 2 en poblaciones vulnerables y de mayor exposición será necesario: Vigilar permanente para la identificación de nuevas poblaciones y la expansión de las ya identificadas: Reducir el riesgo de infección y desarrollo de la enfermedad en contactos (domiciliarios, laborales o comunitarios) y grupos vulnerables (VIH, desnutrición, diabetes y otros); En población de penales, en población escolar, en los establecimientos de salud y en las instituciones con regímenes de internamiento y otras que involucren alta concentración poblacional por períodos prolongados

En la siguiente tabla se observan los objetivos específicos, sus indicadores y metas hacia el 2014 y hacia el 2019

Objetivos específicos para el logro del Objetivo 2	Responsables	Situación actual	Metas al 2012	Metas al 2014	Metas al 2019
Reducir la enfermedad tuberculosa en poblaciones vulnerables (Diabetes Mellitus y VIH)					
<i>Tasa de Comorbilidad TB/Diabetes Mellitas</i>	<i>ESN-PCT, ESN No transmisibles</i>	<i>4% (referencia nacional)</i>	<i>5%</i>	<i>4%</i>	<i>4%</i>

Objetivos específicos para el logro del Objetivo 2	Responsables	Situación actual	Metas al 2012	Metas al 2014	Metas al 2019
Tasa de Comorbilidad TB/VIH	ESN-PCT, ESN ITS VIH/SIDA	2.46% (año 2008)	3%	5%	3%
Reducir el riesgo de desarrollo de la enfermedad en contactos (domiciliarios, laborales o comunitarios) y grupos vulnerables (VIH, desnutrición, diabetes y otros)					
Incremento de contactos examinados en TB sensible y TB MDR	MINSA, ESSALUD, MTP E, FFAA, FFPP, INPE	80%	80%	85%	90%
Incremento de PVVS con despistaje de TB	MINSA, ESSALUD, FFAA, FFPP, INPE	Fuente: ESN VIH	85%	95%	98%
Pacientes con diabetes mellitus con despistaje de TB	MINSA, ESSALUD, FFAA, FFPP, INPE	Fuente: E no transmisibles	25%	50%	70%
Contactos ingresados a quimioprofilaxis	MINSA, ESSALUD, FFAA, FFPP, INPE	Ojo	80%	95%	100%
IPVVS ingresados a quimioprofilaxis	MINSA, ESSALUD, FFAA, FFPP, INPE	79.2% Año 2008	80%	95%	100%
Pacientes con diabetes mellitus ingresados a quimioprofilaxis	MINSA, ESSALUD, FFAA, FFPP, INPE	Ojo	80%	95%	100%
Reducir el riesgo de infección y desarrollo de la enfermedad en población de penales					
Disminución de la tasa de incidencia TBP-FP en PPL	MINJUS, INPE, MINSA	No disponible	- 5% LB	- 7 % LB	- 9 % LB
Porcentaje de PPL sin sospecha de MDR con tiempo entre la solicitud y el ingreso a tratamiento, menor a 48 horas	MINJUS, INPE, MINSA	No disponible	60%	70%	75%
Porcentaje de PPL con sospecha de MDR con tiempo entre la solicitud de prueba rápida y el ingreso al tratamiento, menor a 21 días	MINJUS, INPE, MINSA	No disponible	50%	55%	60%
Porcentaje de PPL diagnosticados TB BK + que son aislados hasta negativizar	MINJUS, INPE, MINSA	No disponible	50%	70%	80%
Reducción del índice de hacinamiento en los penales	MINJUS, INPE, MINSA	No disponible	- 3% LB	- 4 % LB	- 5 % LB
Reducir el riesgo de infección y desarrollo de la enfermedad en población escolar					

Objetivos específicos para el logro del Objetivo 2	Responsables	Situación actual	Metas al 2012	Metas al 2014	Metas al 2019
Disminución de la tasa de incidencia de infección en población escolar	<i>MINEDU en coordinación con MINSA</i>				
Disminución de la tasa de incidencia de enfermedad en población escolar	<i>MINSA en coordinación con MINEDU</i>		- 0.06	- 0.06 (en relación al periodo anterior)	- 0.06 (en relación al periodo anterior)
Reducir el riesgo de transmisión de la enfermedad en los establecimientos de salud					
<i>Disminución de la tasa de incidencia de enfermedad en trabajadores de salud en hospitales con planes de control institucional de tuberculosis (control de infecciones) implementados</i>	<i>MINSA, MTPE, ESSALUD, FFAA, FFPP, INPE</i>	No disponible	- 10% LB	- 15 % LB	-50% LB
<i>Número de hospitales con planes de control institucional de tuberculosis implementados</i>	<i>MINSA, MTPE, ESSALUD, FFAA, FFPP, INPE</i>	19	35	55	110
Reducir el riesgo de transmisión de la enfermedad en las instituciones con regímenes de internamiento que involucren alta concentración poblacional por periodos prolongados					
<i>Porcentaje de instituciones con regímenes de internamiento que cuentan con tamizaje periódico para la Tuberculosis</i>	<i>MINSA, MTPE, ESSALUD, FFAA, FFPP, MIMDES: INABIF, Beneficencias</i>	No disponible	20%	25%	30%

Objetivo 3: La población en general está debidamente informada, libre de conductas discriminatorias y en mejores condiciones económicas, sociales; ambientales y culturales para erradicar progresivamente la TB en el Perú.

Para alcanzar el tercer objetivo será necesario: Confrontar eficazmente el estigma y la discriminación por TB en el Perú; promover en la sociedad una cultura de autocuidado y responsabilidad social en salud respiratoria; Mejorar la calidad del aire mediante estrategias medioambientales: Ventilación e iluminación adecuada de viviendas, instituciones, locales comerciales y otros espacios de concentración humana; Promover y apoyar programas de mejoramiento nutricional y acceso a la vivienda biosegura, reducción del hacinamiento y acceso a empleo.

En la siguiente tabla se observan los objetivos específicos, sus indicadores y metas hacia el 2014 y hacia el 2019

Objetivos específicos para el logro del Objetivo 3	Responsables	Situación actual	Metas al 2012	Metas al 2014	Metas al 2019
Confrontar eficazmente el estigma y la discriminación y falta de información en relación a TB en el Perú					
Porcentaje de población con NBI que es ingresada al programa	MINSA, ESSALUD, FFAA, FFPP FP: Libro de registro SR y la HC	No disponible	- 30 % LB	- 50 % LB	- 70 % LB
Disminución de los actos de discriminación en los servicios de salud y programas sociales	MINSA, MINEDU, MIMDES, MTPE, ONG, Cooperantes, Organización de Afectados, Defensoría del Pueblo, Programas sociales	No disponible	Creación sistema integral vigilancia. LB	- 30 % LB	- 50 % LB
Promover en la sociedad una cultura de autocuidado y responsabilidad social en salud respiratoria					
Porcentajes de personas con buenas prácticas preventivas en salud respiratoria	MINSA, MINEDU, INEI, MTPE	No disponible	+ 10 % LB	+ 30 % LB	+ 50 % LB
Porcentaje de personas con conocimientos adecuados sobre riesgo y prevención de Tuberculosis	MINSA, MINEDU, INEI, MTPE	No disponible	+ 10 % LB	+ 30 % LB	+ 50 % LB
Mejorar la calidad del aire mediante estrategias medioambientales: ventilación e iluminación adecuada de viviendas, instituciones, locales comerciales, y otros espacios de concentración humana principalmente en Lima y Callao					
Porcentaje de locales de instituciones públicas libres de contaminantes y adecuadamente ventilados en Lima y Callao (lugares de trabajo, colegios, mercados y otros)	MTPE, Gobiernos Regionales y Locales	No disponible	2%	10%	20%
Promover y apoyar programas de mejoramiento nutricional y acceso a la vivienda biosegura, reducción del hacinamiento y acceso a empleo que involucren a pacientes con tuberculosis					
Incremento del número de beneficiarios de programas sociales para la reducción de los niveles de hacinamiento y mejore la calidad del aire en la vivienda	MIMDES, MTPE Municipalidades	No disponible	Más 5%	Más 10%	Más 20%

Objetivos específicos para el logro del Objetivo 3	Responsables	Situación actual	Metas al 2012	Metas al 2014	Metas al 2019
<i>Porcentaje de personas vulnerables y en riesgo de contraer TB incluidos en programas sociales de reducción de pobreza</i>	<i>MINSA,, MINDES, MTPE,Programa a Crecer, Programa Juntos, Gobiernos Regionales</i>	No disponible	10%	20%	30%

Objetivo 4. Las personas afectadas de TB participan individual y/o organizadamente en su recuperación integral y en la respuesta nacional a la TB en su conjunto, fortaleciendo el ejercicio de su ciudadanía, ampliando su desarrollo humano y social.

Para lograr el objetivo 4 será necesario: Promover y respetar la autonomía de las personas afectadas de TB y Fortalecer la participación organizada de las personas involucradas directamente en la problemática de la TB

En la siguiente tabla se observan los objetivos específicos, sus indicadores y metas hacia el 2014 y hacia el 2019.

Objetivos específicos para el logro del Resultado 4	Responsables	Situación actual	Metas al 2012	Metas al 2014	Metas al 2019
<i>Promover y respetar el ejercicio pleno de los derechos de las personas afectadas por TB.</i>					
<i>Número de personas que acceden a los mecanismos de defensa de sus derechos como ciudadanos y usuarios de los servicios</i>	<i>Defensoría del Pueblo - Defensoría de la Salud, organizaciones de afectados, MTPE</i>	No disponible	+ 10 % LB	+ 25 % LB	+ 30 % LB
<i>Fortalecer la participación organizada de las personas involucradas directamente en la problemática de la TB</i>					
<i>Número de OATs involucradas en espacios multisectoriales locales y regionales trabajando directamente en actividades de lucha contra la TB</i>	<i>Gobiernos locales y regionales</i>	<i>Registro de organizaciones</i>	10	15	30

Objetivo 5. Los programas sociales y el sistema de servicios de salud se encuentran fortalecidos y tiene la capacidad para brindar servicios de atención de salud y apoyo social y económico a las poblaciones vulnerables y personas afectadas por TB, en forma oportuna, eficaz, gratuita y con calidad.

Será necesario para el logro del Objetivo 5: Garantizar recursos humanos en los servicios y programas sociales comprometidos y capacitados para una atención de calidad en todos los niveles de atención y protegidos para el control de infecciones; Garantizar la

disponibilidad y uso de tecnología necesaria y adecuada para diagnóstico en todos los niveles; Garantizar la disponibilidad en todos los puntos de dispensación de medicamentos; Garantizar la atención de calidad a las personas afectadas en los servicios y programas sociales; Contar con un sistema integrado de información epidemiológica, clínica, social y administrativa actualizada, organizada, y fácilmente accesible en todas las instancias que participan en toma de decisiones y Sistematizar y crear conocimiento para mejorar las intervenciones y compartir experiencias en el mundo.

En la siguiente tabla se observan los objetivos específicos, sus indicadores y metas hacia el 2014 y hacia el 2019

Objetivos específicos para el logro del Resultado 5	Responsables	Situación actual	Metas al 2012	Metas al 2014	Metas al 2019
Garantizar recursos humanos capacitados para una atención de calidad en todos los niveles de atención y protegidos por el control de infecciones.					
Porcentaje de recurso humano en zonas hiperendémicas capacitado en tuberculosis en relación al número de prestadores de salud de la ESN-PCT	MINSA, ESSALUD, FFAA, FFPP, INPE.	EC	40%	60%	100%
Usuarios satisfechos con la atención y trato en servicios de salud	MINSA, ESSALUD, FFAA, FFPP, INPE	No disponible	40 %	60 %	80 %
Usuarios internos satisfechos con el control de infecciones en sus servicios de salud	MINSA, ESSALUD, FFAA, FFPP, INPE	No disponible	+ 10 % LB	+ 20 % LB	+ 50 % LB
Garantizar la disponibilidad y uso de tecnología necesaria y adecuada para diagnóstico en todos los niveles					
Porcentaje de sintomáticos respiratorios examinados en relación al número sintomáticos esperados	MINSA, ESSALUD, FFAA, FFPP, INPE Base: 2008	73.8% Año 2008	75%	80%	90%
Incremento del Indicador trazador (Sintomáticos Respiratorios Identificados/Atenciones en Mayores de 15 años)	MINSA, ESSALUD, FFAA, FFPP, INPE	3,9%	5%	5%	5%
Número de DISAs y DIRESAs que cuentan con universalización de pruebas rápidas de sensibilidad	INS, laboratorios	2	13	20	29
Porcentaje de pacientes que ingresaron a tratamiento de segunda línea y cuentan con el resultado de prueba sensibilidad	INS, laboratorios	74%	80%	85%	90%
Disponibilidad de medicamentos en todos los puntos de dispensación					
Porcentaje de establecimientos con disponibilidad de	DIGEMID y establecimientos	No disponible	90%	95%	98%

Objetivos específicos para el logro del Resultado 5	Responsables	Situación actual	Metas al 2012	Metas al 2014	Metas al 2019
<i>medicamentos completos para TB simple en los puntos de atención al usuario</i>	<i>de salud, Sistema de vigilancia ciudadana, Organizaciones de afectados</i>				
Contar con un sistema integrado de información y toma de decisiones con información epidemiológica, clínica, social y administrativa actualizada, organizada, y fácilmente accesible en todas las instancias que participan en toma de decisiones					
<i>Incremento de DISA/DIRESA con registro electrónico de eventos clínicos y vitales a tiempo real en TB MDR</i>	<i>MINSA (DISAs y DIRESAs)</i>	<i>0</i>	<i>+ 20 % LB</i>	<i>+ 50 % LB</i>	<i>+ 90 % LB</i>
<i>Información confiable y adecuada disponible en la Web para decisores de diversos niveles (regionales y locales)</i>	<i>MINSA</i>	<i>Sistema en la Web</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>
Sistematizar y crear conocimiento para mejorar las intervenciones y compartir experiencias en el mundo					
<i>Formulación de guías nacionales de tuberculosis basadas en evidencia nacional e internacional</i>	<i>MINSA</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>5</i>	<i>7</i>

Objetivo 6. El sector público en sus niveles: nacional, regional y local; el sector privado y la sociedad civil tienen una respuesta multisectorial, concertada, integrada y eficaz para enfrentar y erradicar la TB en el País

Será necesario para el logro del Objetivo 6: Posicionar la problemática de la TB en las agendas políticas de los gobiernos locales, regionales ministerios, instituciones públicas y organizaciones de la sociedad civil, como un asunto de Interés Nacional;

Lograr la articulación de los diversos actores sociales y los múltiples sectores del Estado, en el enfrentamiento multisectorial e interdisciplinario de la TB y sus determinantes sociales y fortalecer las relaciones internacionales y la participación nacional en acuerdos y convenciones a fin de maximizar la cooperación técnica y financiera.

En la siguiente tabla se observan los objetivos específicos, sus indicadores y metas hacia el 2014 y hacia el 2019

Objetivos específicos para el logro del Objetivo 6	Responsables	Situación actual	Metas al 2012	Metas al 2014	Metas al 2019
Posicionar la problemática de la TB en las agendas políticas de los gobiernos locales, regionales y de nivel nacional, instituciones públicas y organizaciones de la sociedad civil, como un asunto de Interés Nacional					
<i>Incremento o inclusión en el presupuesto institucional de actividades dirigidas al control de la TB.</i>	CONAMUSA, COREMUSA, MINSA, MINEDU, MIMDES, MTPE, MINJUS, MINREX, MININTER, Gobiernos Regionales y Locales	EC	+ 10 % LB	+ 40 % LB	+ 50 % LB
Lograr la articulación de los diversos actores sociales y los múltiples sectores del Estado, en el enfrentamiento multisectorial e interdisciplinario de la TB y sus determinantes sociales.					
<i>Incremento del número y niveles de participación de actores de lucha contra la TB, en espacios de encuentro locales, regionales y sociales</i>	CONAMUSA, COREMUSA, Gobiernos Regionales, Municipalidades	No disponible	+ 10 % LB	+ 40 % LB	% LB
<i>Incremento en el número de planes locales y regionales multisectoriales de enfrentamiento de TB</i>	COREMUSA, Gobiernos Regionales, Municipalidades	No disponible	+ 10 % LB	+ 40 % LB	+ 50 % LB
Maximizar la cooperación técnica y financiera fortaleciendo las relaciones internacionales y la participación nacional en acuerdos y convenciones.					
<i>Recursos financieros de cooperación técnica y financiera disponible</i>	Ministerios, Cooperantes Internacionales y Nacionales (gobiernos regionales, locales y proyectos de inversión)	EC	+ 10 % LB	+ 20 % LB	+ 40 % LB

III.-PRESUPUESTO

**Capítulo 6:
Presupuesto 2010-2019**

**Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en el Perú
2010 – 2019**

**Presupuesto requerido
(Base: Año 2008)**

Visión	En nuevos soles	En US dólares
Objetivo 1. Todas las personas afectadas de TB, reciben una atención de salud integral, tratamiento y apoyo socioeconómico que les permite recuperar su salud, mejorar su calidad de vida y reducir su vulnerabilidad a recaídas	108,060,523	34,304,928
Objetivo 2. Las poblaciones más vulnerables y de mayor exposición tienen condiciones de vida que reducen las posibilidades de contagio y desarrollo de la enfermedad	11,953,194	3,794,665
Objetivo 3: La población en general está debidamente informada, libre de conductas discriminatorias y en mejores condiciones económicas, ambientales y culturales para erradicar progresivamente la TB en el Perú.	8,771,400	2,784,571
Objetivo 4. Las personas afectadas de TB participan organizada y activamente en su recuperación integral y en la respuesta nacional a la TB en su conjunto, fortaleciendo el ejercicio de su ciudadanía, ampliando y consolidando redes y desarrollando procesos de incidencia pública y política.	4,889,025	1,552,071
Objetivo 5. Los programas sociales y el sistema de servicios de salud se encuentran fortalecidos y tiene la capacidad para brindar servicios de atención de salud y apoyo social y económico a las poblaciones vulnerables y personas afectadas por TB, en forma oportuna, eficaz, gratuita y con calidad.	40,769,178	12,942,596
Objetivo 6. El estado: el gobierno nacional, los gobiernos regionales, los gobiernos locales, y la sociedad civil tienen una respuesta multisectorial, concertada, integrada y eficaz para enfrentar la TB, acorde con la realidad epidemiológica y los contextos socioeconómicos del país.	1,403,040	445,410
Presupuesto total	175,846,360	55,824,241

6.1 Presupuesto requerido para la implementación del PEM Tuberculosis

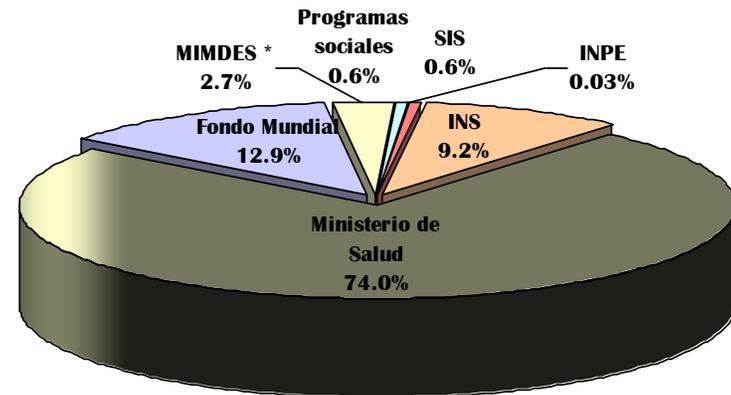
El presupuesto requerido para la prevención y el control de la Tuberculosis de acuerdo a los datos epidemiológicos y la estructura de costos actual, asciende a 55,8 millones de US dólares (Base: 2008). Se proyectaron los recursos necesarios para la promoción, prevención, diagnóstico, atención y tratamiento, apoyo social y propiciar un entorno favorable.

Cabe precisar que durante el año 2008 el financiamiento de la lucha contra la Tuberculosis ha sido asumido principalmente por el Sector Salud: el Ministerio de Salud (74%), el Instituto Nacional de Salud (9.2%) y el Seguro Integral de Salud 0.6%. Desde el año 2004 se han recibido recursos del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, Tuberculosis y Malaria, 12.9% en el 2008, sin embargo la participación fue mayor en los años anteriores.

Presupuesto requerido PEM 2010-2019

Años	En nuevos soles		En US dólares	
	Requerido	Escalamiento presupuestal *	Requerido	Escalamiento presupuestal *
2,008	175,846,360	106,341,536	55,824,241	33,759,218
2,009	179,542,401	111,658,613	56,997,588	35,447,179
2,010	183,316,127	133,990,336	58,195,596	42,536,615
2,011	187,169,172	158,108,596	59,418,785	50,193,205
2,012	191,103,203	183,405,971	60,667,683	58,224,118
2,013	205,414,688	205,414,688	65,211,012	65,211,012
2,014	207,468,834	207,468,835	65,863,122	65,863,122
2,015	205,394,147	205,394,147	65,204,491	65,204,491
2,016	202,313,236	202,313,235	64,226,424	64,226,424
2,017	198,266,969	198,266,970	62,941,895	62,941,895
2,018	194,301,630	194,301,631	61,683,057	61,683,057

Estructura del Presupuesto por Fuentes de Financiamiento 2008

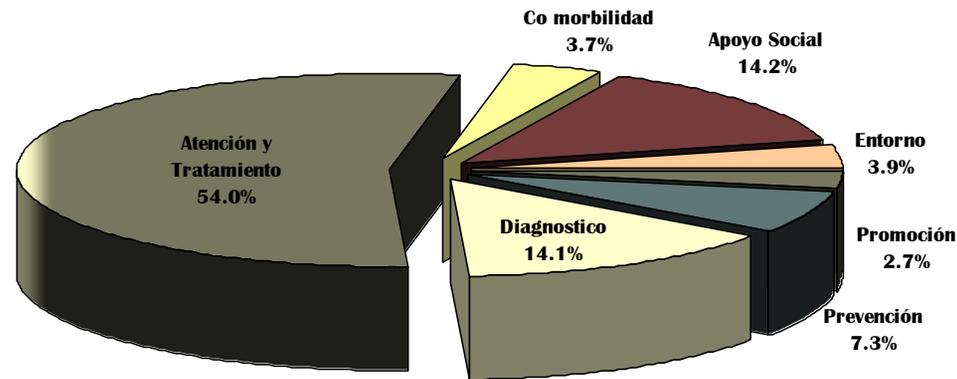


*El escalamiento presupuestal está referido al incremento sugerido en el presupuesto multisectorial para alcanzar de forma progresiva las metas del PEM de Tuberculosis.

6.2 Estructura del Presupuesto por componente programático

Por componente programática, la atención y tratamiento es el componente que más recursos requiere (54%), seguidos por el diagnóstico (14.1%) y el apoyo social (14.2%), componentes indispensables para un programa integrado. A partir del año 2016 disminuye progresivamente el gasto en tratamiento como resultado de los esfuerzos en prevención y promoción que deberán realizar todos los sectores involucrados.

Estructura del Presupuesto por Componente Programático - Base: Año 2008



Presupuesto Requerido PEM 2010-2019 – Por componente Programático
(En nuevos soles)

Años	Promoción	Prevención	Diagnostico	Atención y Tratamiento	Co morbilidad	Apoyo Social	Entorno	Total S/.	US \$
2008	4,807,420	12,894,260	24,801,609	94,981,862	6,457,539	25,047,680	6,855,990	175,846,360	55,824,241
2009	4,908,465	13,165,279	25,322,903	96,978,247	6,593,267	25,574,147	7,000,093	179,542,401	56,997,588
2010	5,011,634	13,441,994	25,855,154	99,016,593	6,731,848	26,111,679	7,147,225	183,316,127	58,195,596
2011	5,116,971	13,724,526	26,398,593	101,097,781	6,873,342	26,660,509	7,297,450	187,169,172	59,418,785
2012	5,224,522	14,012,996	26,953,454	103,222,714	7,017,810	27,220,875	7,450,832	191,103,203	60,667,683
2013	5,615,780	15,062,412	28,971,965	110,952,937	7,543,365	29,259,413	8,008,816	205,414,688	65,211,012
2014	5,671,938	15,213,036	29,261,685	112,062,465	7,618,799	29,552,007	8,088,904	207,468,834	65,863,122
2015	5,615,219	15,060,906	28,969,068	110,941,841	7,542,611	29,256,487	8,008,015	205,394,147	65,204,491
2016	5,618,027	15,068,436	28,983,553	107,813,704	7,546,382	29,271,115	8,012,019	202,313,236	64,226,424
2017	5,620,836	15,075,971	28,998,044	103,720,187	7,550,155	29,285,751	8,016,025	198,266,969	62,941,895
2018	5,623,646	15,083,509	29,012,543	99,707,575	7,553,931	29,300,394	8,020,033	194,301,630	61,683,057

En los siguientes cuadros se presenta el presupuesto requerido, financiado y las brechas de financiamiento. Se puede apreciar que la brecha en el componente de atención y el tratamiento y el diagnóstico, principalmente a cargo del Ministerio de Salud, es el que menos brecha tiene una brecha de 22% fundamentalmente debido a que se requiere equipamiento e infraestructura y recursos humanos capacitados a nivel nacional para el la universalización de las pruebas de sensibilidad fundamentalmente en la red de laboratorios y para el tratamiento de TB sensible, TB MDR y TB XDR en los establecimientos de salud acreditados de acuerdo a su nivel de competencia.

6.3 Presupuesto por Componente Programático. Base: Año 2008

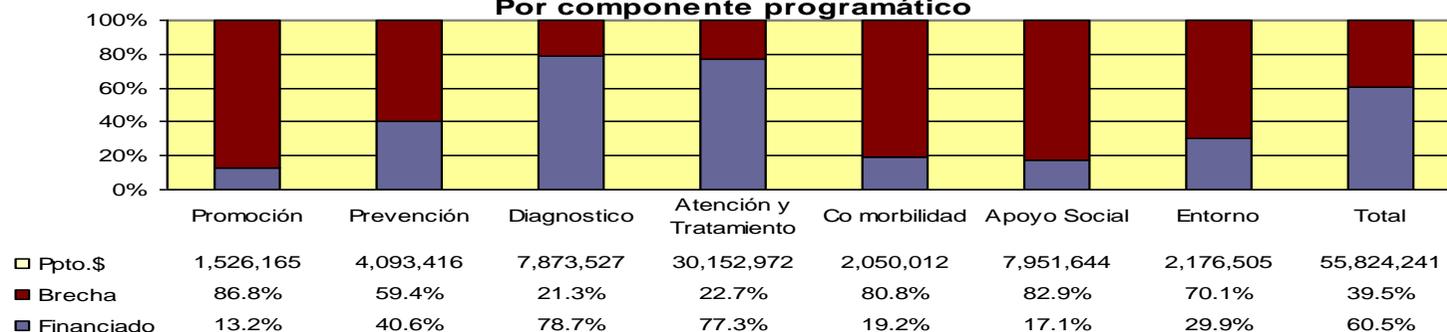
Recursos requeridos (En nuevos soles)

Por programa	Objetivo 1	Objetivo 2	Objetivo 3	Objetivo 4	Objetivo 5	Objetivo 6	Total S/.	US \$	%
Promoción		1,485,020	2,363,600	958,800			4,807,420	1,526,165	2.7%
Prevención	5,049,450	4,983,970	1,489,000		1,371,840		12,894,260	4,093,416	7.3%
Diagnóstico	16,901,888	245,020	3,600,000		4,054,700		24,801,609	7,873,527	14.1%
Atención y Tratamiento	59,696,400	20,000		268,325	34,997,138		94,981,863	30,152,972	54.0%
Co morbilidad	6,394,539	63,000					6,457,539	2,050,012	3.7%
Apoyo Social	19,891,496	5,156,184					25,047,680	7,951,644	14.2%
Entorno mejorado	126,750		1,318,800	3,661,900	345,500	1,403,040	6,855,990	2,176,505	3.9%
Total	108,060,523	11,953,194	8,771,400	4,889,025	40,769,178	1,403,040	175,846,360	55,824,241	100%

Presupuesto financiado (En nuevos soles)

Por programa	Objetivo 1	Objetivo 2	Objetivo 3	Objetivo 4	Objetivo 5	Objetivo 6	Total S/.	US \$	%
Promoción		236,250	-	398,500			634,750	201,508	0.6%
Prevención	3,195,675	1,659,450	283,500		96,750		5,235,375	1,662,024	4.9%
Diagnóstico	13,634,995	137,571	2,880,000		2,866,205		19,518,771	6,196,435	18.4%
Atención y Tratamiento	43,528,712	5,000		240,000	29,610,824		73,384,536	23,296,678	69.0%
Co morbilidad	1,239,791	-					1,239,791	393,584	1.2%
Apoyo Social	3,709,263	567,000					4,276,263	1,357,544	4.0%
Entorno mejorado	-		415,800	1,000,000	220,000	416,250	2,052,050	651,444	1.9%
Total	65,308,436	2,605,271	3,579,300	1,638,500	32,793,779	416,250	106,341,536	33,759,218	100%

**Brechas de financiamiento
Por componente programático**



6.4 Presupuesto por Población Beneficiaria. Base: Año 2

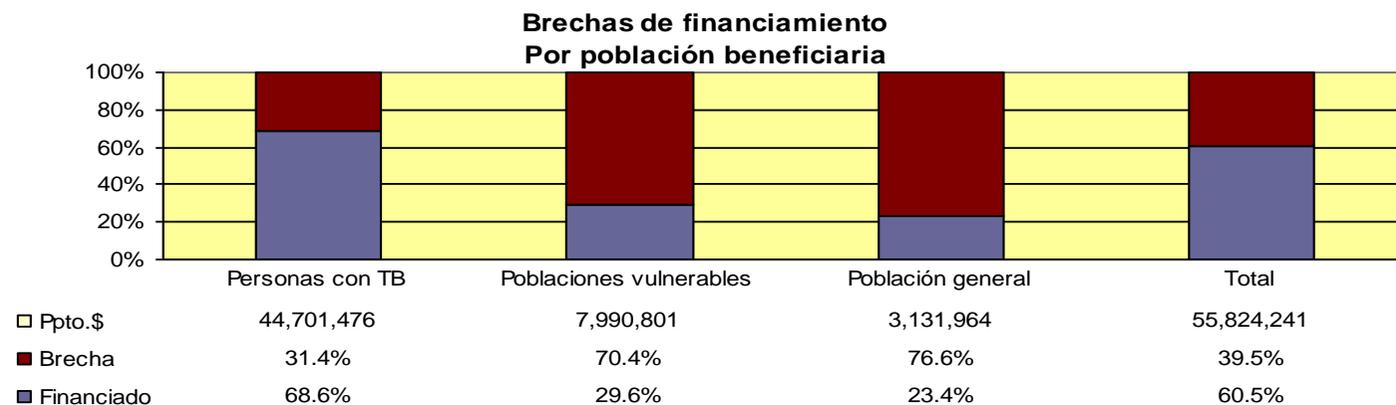
El control de la Tuberculosis debe ser afrontado de forma integral y multisectorial, debido a que los determinantes de riesgo se encuentran asociados al hacinamiento y la desnutrición, por lo cual se han estimado las necesidades de recursos, teniendo en cuenta el riesgo por tipo de población, por ejemplo la población vulnerable está constituida por los contactos de las personas con tuberculosis, las personas en estado de internamiento (personas privadas de la libertad y otros). Debe considerarse que la mayor parte del presupuesto destinada a personas con tuberculosis, lo constituye el gasto en tratamiento (medicinas, atención médica y exámenes) sin embargo este presupuesto también incluye el apoyo adicional para nutrición, mejora de condiciones de vivienda y apoyo en condiciones de trabajo y subvenciones directas.

Recursos requeridos (En nuevos soles)

Por tipo de población	Objetivo 1	Objetivo 2	Objetivo 3	Objetivo 4	Objetivo 5	Objetivo 6	Total S/.	US \$	%
Personas con tuberculosis	95,709,447	1,128,990	3,600,000	1,347,125	38,929,588	94,500	140,809,650	44,701,476	80.1%
Poblaciones vulnerables	9,402,330	10,376,904	90,300	3,541,900	1,759,590		25,171,024	7,990,801	14.3%
Población general	2,948,746	447,300	5,081,100		80,000	1,308,540	9,865,686	3,131,964	5.6%
Total	108,060,523	11,953,194	8,771,400	4,889,025	40,769,178	1,403,040	175,846,360	55,824,241	100%

Presupuesto financiado (En nuevos soles)

Por tipo de población	Objetivo 1	Objetivo 2	Objetivo 3	Objetivo 4	Objetivo 5	Objetivo 6	Total S/.	US \$	%
Personas con tuberculosis	61,247,606	11,571	2,880,000	638,500	31,750,029	63,000	96,590,706	30,663,716	90.8%
Poblaciones vulnerables	2,820,600	2,593,700	-	1,000,000	1,023,750		7,438,050	2,361,286	7.0%
Población general	1,240,230	-	699,300		20,000	353,250	2,312,780	734,216	2.2%
Total	65,308,436	2,605,271	3,579,300	1,638,500	32,793,779	416,250	106,341,536	33,759,218	100%



*Base: año 2008

6.5 Presupuesto por Instituciones. Base: Año 2008

El control de la Tuberculosis debe ser asumido por la totalidad de sectores cuyas acciones influyen directamente en los determinantes de la Tuberculosis. En los siguientes cuadros se presenta la estimación del presupuesto con base en el año 2008. El presupuesto del Ministerio de Salud incluye la totalidad de recursos humanos a nivel nacional. Los programas sociales incluyen al MINEDU.

Recursos requeridos (En nuevos soles)

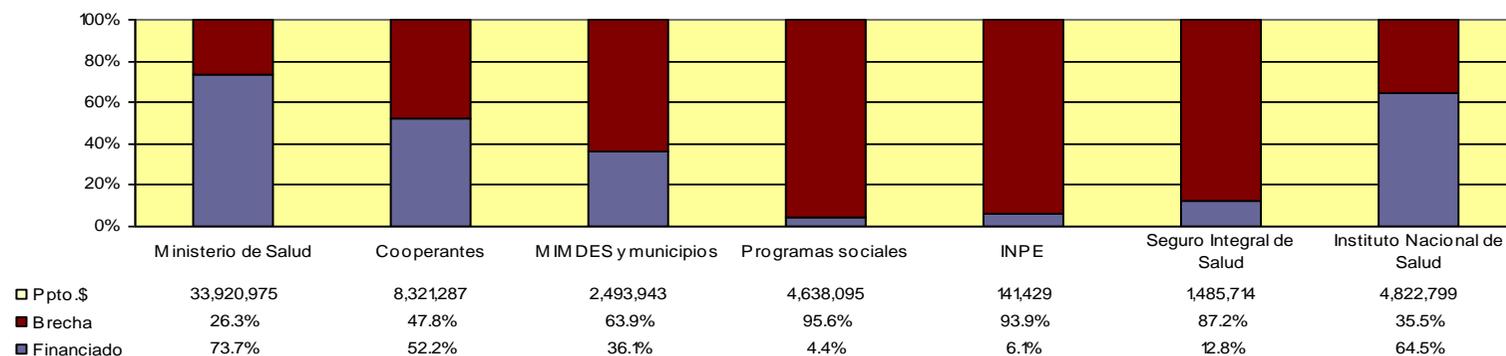
Por institución	Objetivo 1	Objetivo 2	Objetivo 3	Objetivo 4	Objetivo 5	Objetivo 6	Total S/.	US \$	%
Ministerio de Salud	55,781,679	4,176,910	6,057,100	2,730,225	36,702,118	1,403,040	106,851,071	33,920,975	60.8%
Fondo Mundial u otros cooperantes	17,154,053	3,039,464	2,714,300	2,158,800	1,145,435		26,212,053	8,321,287	14.9%
MIMDES y municipios	6,204,600	1,651,320					7,855,920	2,493,943	4.5%
Programas sociales *	11,970,000	2,640,000					14,610,000	4,638,095	8.3%
INPE		445,500					445,500	141,429	0.3%
Seguro Integral de Salud	4,680,000						4,680,000	1,485,714	2.7%
Instituto Nacional de Salud	12,270,191				2,921,625		15,191,816	4,822,799	8.6%
Total	108,060,523	11,953,194	8,771,400	4,889,025	40,769,178	1,403,040	175,846,360	55,824,241	100%

Presupuesto financiado (En nuevos soles)

Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en el Perú 2010 - 2019

Por institución	Objetivo 1	Objetivo 2	Objetivo 3	Objetivo 4	Objetivo 5	Objetivo 6	Total S/.	US \$	%
Ministerio de Salud	42,049,256	1,732,071	3,516,300	940,000	30,086,394	416,250	78,740,271	24,996,911	74.0%
Fondo Mundial	11,119,199	846,050	63,000	698,500	965,435		13,692,184	4,346,725	12.9%
MIMDES y municipios	2,834,513	-					2,834,513	899,845	2.7%
Programas sociales *	650,000	-					650,000	206,349	0.6%
INPE		27,150					27,150	8,619	0.0%
Seguro Integral de Salud	600,000						600,000	190,476	0.6%
Instituto Nacional de Salud	8,055,468				1,741,950		9,797,418	3,110,291	9.2%
Total	65,308,436	2,605,271	3,579,300	1,638,500	32,793,779	416,250	106,341,536	33,759,218	100%

Brechas de financiamiento
Por categoría del gasto



6.6 Presupuesto por categoría de gasto. Base: Año 2008

Por categorías de gasto, se puede apreciar que los recursos humanos y los medicamentos son esenciales para la atención y tratamiento (asumidos por el Ministerio de Salud). El rubro de recursos humanos incluye no solo personal de salud, sino promotores de salud y personal de laboratorios. En los últimos años la capacitación, material de difusión, el funcionamiento de OATS (organizaciones de afectados) y las acciones de sensibilización han sido desarrolladas en el contexto de los proyectos financiados por el Fondo Mundial, estas acciones se han orientado fundamentalmente a las personas afectadas y sus contactos, quedando pendiente el trabajo con la población general (en centros de trabajo, colegios, universidades).

Recursos requeridos (En nuevos soles)

Categoría de gastos	Objetivo 1	Objetivo 2	Objetivo 3	Objetivo 4	Objetivo 5	Objetivo 6	Total S/.	US \$	%
Recursos humanos	14,601,091	1,730,400	3,600,000	216,300	29,478,000		49,625,791	15,754,219	28.2%
Asistencia técnica	2,570,843	1,260,550	63,000	536,300	595,390	141,040	5,167,123	1,640,357	2.9%
Capacitación	3,907,520	264,600		1,001,125	2,445,188	60,000	7,678,433	2,437,598	4.4%
Insumos y materiales	6,187,462	30,210					6,217,672	1,973,864	3.5%
Medicamentos	38,808,438	124,450			162,500		39,095,388	12,411,234	22.2%
Gestión de adquisiciones					2,400,000		2,400,000	761,905	1.4%
Infraestructura y equipos	13,604,229	2,572,550	380,200	291,300	5,351,940	950,000	23,150,219	7,349,276	13.2%
Material de comunicación	499,181	816,000	4,425,800		153,000	252,000	6,145,981	1,951,105	3.5%
Monitoreo y evaluación	572,000	45,500	302,400	444,000	103,160		1,467,060	465,733	0.8%
Apoyo social	26,520,100	5,108,934		1,200,000			32,829,034	10,421,916	18.7%
Planificación /administración	789,660			1,200,000	80,000		2,069,660	657,035	1.2%
Total	108,060,523	11,953,194	8,771,400	4,889,025	40,769,178	1,403,040	175,846,360	55,824,241	100%

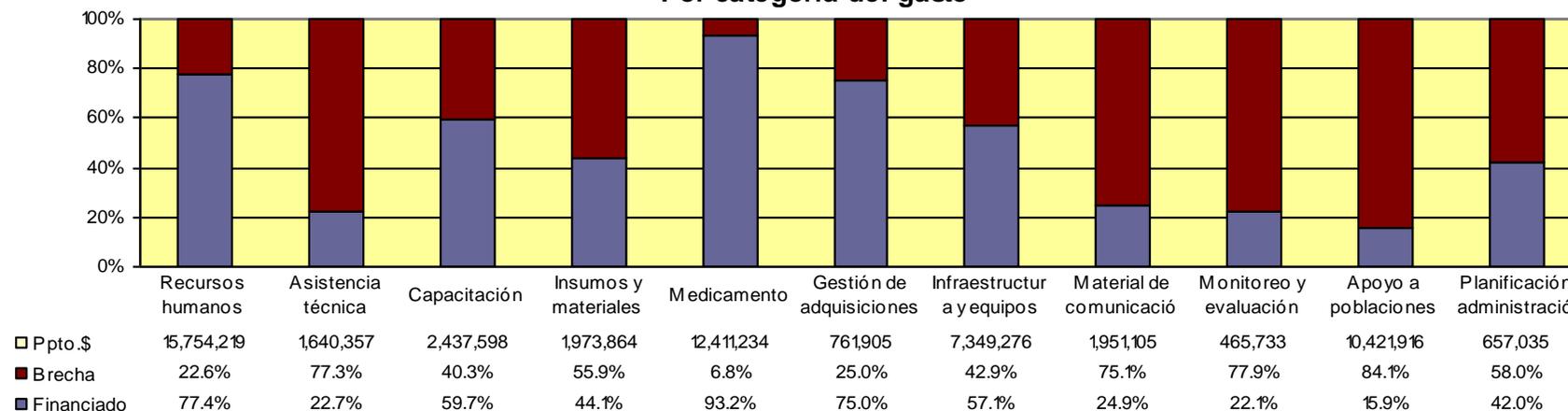
Presupuesto financiado (En nuevos soles)

Categoría de gastos	Objetivo 1	Objetivo 2	Objetivo 3	Objetivo 4	Objetivo 5	Objetivo 6	Total S/.	US \$	%
Recursos humanos	8,532,150	1,200,000	2,880,000	6,000	25,803,000		38,421,150	12,197,190	36.1%
Asistencia técnica	773,785	-	-	150,000	203,270	47,250	1,174,305	372,795	1.1%
Capacitación	1,747,080	151,200		872,500	1,790,224	20,000	4,581,004	1,454,287	4.3%
Insumos y materiales	2,733,238	11,571					2,744,809	871,368	2.6%
Medicamentos	36,390,145	40,500			-		36,430,645	11,565,284	34.3%
Gestión de adquisiciones					1,800,000		1,800,000	571,429	1.7%
Infraestructura y equipos	9,806,145	257,000	-	10,000	2,994,285	160,000	13,227,430	4,199,184	12.4%
Material de comunicación	340,200	378,000	472,500		153,000	189,000	1,532,700	486,571	1.4%

Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en el Perú 2010 - 2019

Monitoreo y evaluación	87,920	-	226,800	-	10,000		324,720	103,086	0.3%
Apoyo social	4,367,913	567,000		300,000			5,234,913	1,661,877	4.9%
Planificación /administración	529,860			300,000	40,000		869,860	276,146	0.8%
Total	65,308,436	2,605,271	3,579,300	1,638,500	32,793,779	416,250	106,341,536	33,759,218	100%

**Brechas de financiamiento
Por categoría del gasto**



***Base: año 2008**

Nota: Se ha consignado como financiado aquellos recursos previstos por los recursos de los Proyectos del Fondo Mundial actualmente en ejecución. Asimismo para la proyección se ha tomado en cuenta los conceptos de gasto que serán financiados por los recursos del proyecto presentado al Fondo Mundial por el Ministerio de Salud en la 8va. Convocatoria, que involucra recursos para prevención en el Ministerio de Educación y el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social.

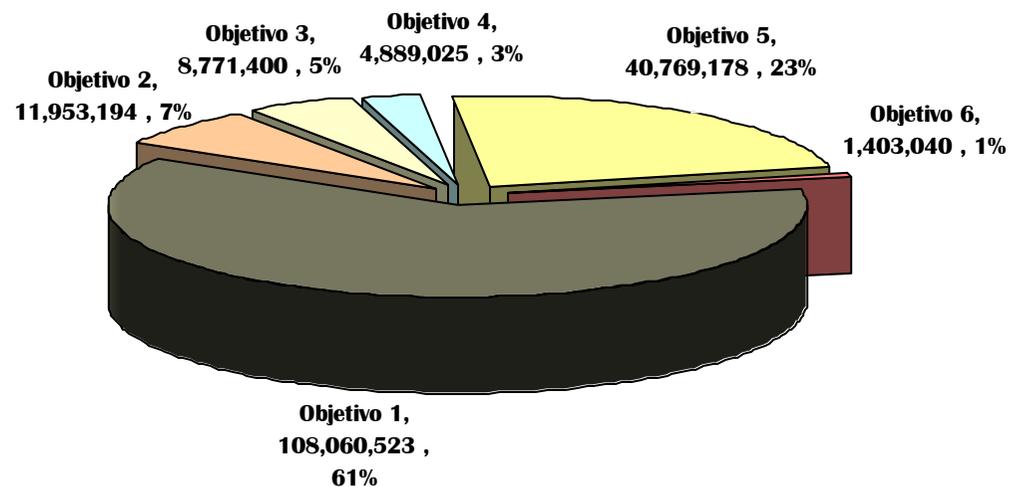
6.7 Presupuesto por Objetivos Generales y Específicos. Base: Año 2008

El siguiente cuadro presenta los recursos requeridos y el presupuesto por cada uno de los Objetivos Generales del Plan Estratégico de Tuberculosis y la brecha por cada Objetivo.

Recursos requeridos vs. Presupuesto financiado por Objetivos del PEM (En nuevos soles)

Actividad	Objetivo 1	Objetivo 2	Objetivo 3	Objetivo 4	Objetivo 5	Objetivo 6	Total S/.	US \$
Requerido	108,060,523	11,953,194	8,771,400	4,889,025	40,769,178	1,403,040	175,846,360	55,824,241
Financiado	65,308,436	2,605,271	3,579,300	1,638,500	32,793,779	416,250	106,341,536	33,759,218
Brecha financiera	42,752,088	9,347,923	5,192,100	3,250,525	7,975,399	986,790	69,504,824	22,065,024
Brecha (%)	39.6%	78.2%	59.2%	66.5%	19.6%	70.3%	39.5%	

**Estructura del Presupuesto Requerido del PEM de Tuberculosis por Objetivos
Base: Año 2008**



6.8 Recursos Requeridos por Objetivo Generales y Específicos - Base: Año 2008 (En nuevos soles y US dólares)

OE	Objetivos Generales / Objetivos Específicos	Presupuesto	
		Nuevos S/.	US dólares
Objetivo 1			
1.1	Diagnosticar precozmente TB sensible y TB MDR- XDR	16,901,888	5,365,679
1.2	Brindar a todas las personas afectadas un tratamiento eficaz completo y gratuito para el control y curación de la enfermedad	41,797,353	13,269,001
1.3	Prevenir, diagnosticar y tratar condiciones médicas concomitantes o adversas que afecten la salud del afectado	21,941,237	6,965,472
1.4	Brindar a las personas afectadas el apoyo emocional, social y económico necesario para indicar, sostener y completar el tratamiento	8,891,450	2,822,683
1.5	Brindar al paciente y su familia apoyo social y económico superar los determinantes sociales de la enfermedad	12,099,500	3,841,111
1.6	Brindar tratamiento y soporte integral permanente a pacientes TB XDR	5,008,346	1,589,951
1.7	Prevenir, diagnosticar oportunamente y tratar las recaídas	1,420,750	451,032
Total Objetivo 1		108,060,523	34,304,928
Objetivo 2			
2.1	Reducir la expansión y crecimiento de las poblaciones vulnerables	2,418,220	767,689
2.2	Reducir el riesgo de infección y desarrollo de la enfermedad en contactos (domiciliarios, laborales o comunitarios) y grupos mas vulnerables (VIH, desnutrición, diabetes y otros)	3,516,600	1,116,381
2.3	Reducir el riesgo de infección y desarrollo de la enfermedad en población de penales	3,953,684	1,255,138
2.4	Reducir el riesgo de infección y desarrollo de la enfermedad en población escolar	698,850	221,857
2.5	Reducir el riesgo de transmisión de la enfermedad en los establecimientos de salud	415,520	131,911
2.6	Reducir el riesgo de transmisión de la enfermedad en las instituciones con regímenes de internamiento y otras que involucren alta concentración poblacional por periodos prolongados	950,320	301,689
Total Objetivo 2		11,953,194	3,794,665
Objetivo 3			
3.1	Confrontar eficazmente el estigma y la discriminación por TB en el Perú	6,910,700	2,193,873
3.2	Promover en la sociedad una cultura de autocuidado y responsabilidad social en salud respiratoria	1,489,000	472,698
3.3	Mejorar la calidad del aire mediante estrategias medioambientales: ventilación e iluminación adecuada de viviendas, instituciones, locales comerciales, y otros espacios de concentración humana.	138,600	44,000

OE	Objetivos Generales / Objetivos Específicos	Presupuesto	
		Nuevos S/.	US dólares
3.4	Promover y apoyar programas de reducción de la pobreza y acceso a la vivienda biosegura, reducción del hacinamiento y acceso a empleo	233,100	74,000
Total Objetivo 3		8,771,400	2,784,571
Objetivo 4			
4.1	Promover y respetar el ejercicio de los derechos de las personas afectadas de TB	1,227,125	389,563
4.2	Fortalecer la participación organizada de las personas involucradas directamente en la problemática de la TB	3,661,900	1,162,508
Total Objetivo 4		4,889,025	1,552,071
Objetivo 5			
5.1	Contar con recursos humanos comprometidos y capacitados para una atención de calidad en todos los niveles	31,232,390	9,915,044
5.2	Garantizar la disponibilidad y uso de tecnología necesaria y adecuada para diagnóstico en todos los niveles	4,074,388	1,293,456
5.3	Garantizar la disponibilidad de medicamentos en todos los puntos de dispensación	3,047,000	967,302
5.4	Garantizar la atención de salud integral y de calidad a las personas afectadas	1,771,150	562,270
5.5	Contar con un sistema integrado de información y toma de decisiones con información epidemiológica, clínica, social y administrativa actualizada, organizada, y fácilmente accesible en todas las instancias que participan en toma de decisiones	221,800	70,413
5.6	Sistematizar y crear conocimiento para mejorar las intervenciones y compartir experiencias en el mundo	422,450	134,111
Total Objetivo 5		40,769,178	12,942,596
Objetivo 6			
6.1	Posicionar la problemática de la TB en las agendas políticas de los gobiernos locales, regionales Ministerios, instituciones públicas y organizaciones de la sociedad civil, como un asunto de Interés Nacional	628,660	199,575
6.2	Lograr la articulación de los diversos actores sociales y los múltiples sectores del Estado, en el enfrentamiento multisectorial e interdisciplinario de la TB y sus determinantes sociales.	414,380	131,549
6.3	Fortalecer las relaciones internacionales y la participación nacional en acuerdos y convenciones a fin de maximizar la cooperación técnica y financiera	360,000	114,286
Total Objetivo 6		1,403,040	445,410
Total presupuesto		175,846,360	55,824,241

IV.-GESTION DEL PLAN

Capítulo 7 Gestión del Plan

7.1 Contexto de la gestión y financiamiento del PEM TB

En la actualidad existen procesos avanzados de formulación de normas que están próximos a culminar, por lo que se hace necesario incluir referencia de estas.

Aseguramiento Universal en Salud-AUS: Es importante considerar que el Plan incorpora los contenidos relacionados con la Ley 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud y el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud-PEAS, estando incluida en el ítem V del listado de condiciones asegurables, como Condiciones Transmisibles, las relacionadas a 4 diagnósticos de morbilidad por TB: Tuberculosis pulmonar; Tuberculosis extrapulmonar; Tuberculosis con complicaciones; Tuberculosis multidrogorresistente. En cada una de ellas se describen: la definición del problema, el código del CIE 10, el manejo clínico descrito en la Norma técnica y las prestaciones a financiar por las instituciones administradoras de fondos de seguro (público o privado), según el tipo (Preventivas, Diagnóstico, Tratamiento y/o Seguimiento). Asimismo, es importante considerar que siendo el PEM a 10 años, es un proceso de mediano plazo y que es probable que en el futuro se den incorporaciones para la atención de la TB en el proceso esperado de la expansión del PEAS, que buscaría cerrar la actual brecha de cobertura de la carga de enfermedad del país. Estas incorporaciones deberán insertarse en su momento. (Se anexan las condiciones asegurables para los problemas de TB definidos en el PEAS).

Presupuesto por Resultados y la Respuesta a la Tuberculosis: A partir del periodo 2006, el Estado difundió la modalidad de Presupuesto por Resultados-PpR en el sector público, a través de la incorporación de instrumentos de Programación Presupuestaria Estratégica, que permiten la asignación de recursos a las actividades sectoriales que se han identificado como prioritarias, así de este modo se definen los montos presupuestales asignados a los Pliegos Nacionales y Regionales, para atender los planes de cada programa. Esta modalidad, busca como objetivo lograr que el proceso presupuestario favorezca e impulse el desarrollo progresivo de una gestión orientada a resultados en toda la administración pública y señala como propósito el querer fortalecer la eficacia y equidad del gasto público, para contribuir a la mejora del desempeño del Estado respecto del bienestar de la población, en particular, de los mas pobres.

En el Sector Salud, el MINSA viene desarrollando esta modalidad, a través del Programa Estratégico de “Salud Materno y Neonatal” y co-participa con otros sectores en el Programa Estratégico “Programa Articulado Nutricional”. El MEF, quien conduce la implementación del PpR, ha tenido en cuenta la posibilidad de la incorporación de nuevos programas estratégicos para los ejercicios fiscales sucesivos, siendo el caso que el Sector Salud, está culminando el diseño de nuevos programas para su inclusión en los próximos periodos, como es el caso del Programa Estratégico de “Control y reducción de las enfermedades transmisibles por VIH/SIDA y Tuberculosis”, que se está presentando ante el MEF, para su inclusión a partir del periodo fiscal del 2011. De este modo bajo la conducción del MINSA, se espera que para los próximos periodos, el presupuesto y las acciones dirigidas a lograr los resultados esperados en el control y prevención de la TB, deben estar incorporadas bajo la modalidad de Programa Estratégico, lo que facilitará su gestión adecuada, con participación de los diferentes niveles de gobierno y sectores comprometidos críticamente con la presencia del problema de la TB.

Responsabilidades y Funciones del Estado Descentralizado

Comprende los procesos gerenciales que brindan un soporte a la provisión y organización de las acciones de prevención y control de la Tuberculosis para el logro de los resultados sanitarios. Formarán parte de este componente la planificación y la programación, la asistencia técnica, el monitoreo y evaluación de acciones a desarrollar dirigidas a la organización de los establecimientos de salud.

NIVEL / ORGANIZACIÓN	FUNCIONES
<p style="text-align: center;"><u>NIVEL NACIONAL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • MINISTERIO DE SALUD • COORDINADORA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD-CONAMUSA: Asamblea General; Comité de Seguimiento y Evaluación del PEM TB con el liderazgo técnico de la ESN PyC de TB • MINISTERIO DE EDUCACIÓN • MINISTERIO DE TRABAJO • MINISTERIO DEL INTERIOR • MINISTERIO DE DEFENSA • MINISTERIO DE JUSTICIA • MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES • MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL • MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS 	<ul style="list-style-type: none"> • Ente Rector del Sector Salud. Define las Políticas Sanitarias en el país. • Coordinación multisectorial de la Respuesta de TB a nivel país. • Coordinación de la evaluación multisectorial del PEM TB: Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación de la TB. • En cada Ministerio: Despacho Ministerial / Viceministerial, son responsables de la Conducción política y regulación; Gestión y/o Movilización de fondos
<ul style="list-style-type: none"> • DIRECCIONES/PROGRAMAS/ESTRATEGIAS 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento y actualización de normas y procedimientos • Planificación y Conducción Técnica • Planeamiento operativo anual • Seguimiento, Monitoreo y Evaluación garantizando el funcionamiento del sistema

	<p>de información</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover y apoyar la capacitación técnica, operativa y gerencial del personal profesional y técnico comprometido con las actividades del PEM en los niveles conductores regionales. • Supervisar, monitorear y asesorar al nivel conductor regional en la ejecución de las actividades del PEM TB • Evaluar los indicadores del PEM a nivel nacional, en coordinación con los niveles conductores regionales de acuerdo a sector. • Propiciar la gestión del conocimiento respecto a la TB en el sector de su competencia • Publicar y difundir información nacional correspondiente al sector, documentos técnicos normativos, investigaciones y otros a través de diferentes medios (Impresos, Internet, CDs). • Coordinación con contrapartes sectoriales, organizaciones de Sociedad Civil y Cooperantes a nivel nacional
<p style="text-align: center;"><u>NIVEL REGIONAL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • GOBIERNOS REGIONALES • COREMUSAS 	<ul style="list-style-type: none"> • Planeamiento operativo anual. • Procuramiento de fondos y gestión del gasto • Coordinación con contrapartes regionales, actores de sociedad civil y cooperantes del nivel regional y local para el desarrollo de las intervenciones. • Gestiona la asistencia técnica, la capacitación y los recursos para la implementación del plan en su jurisdicción. • Coordina las acciones multisectoriales a nivel regional • Participa de la evaluación de avances del PEM a nivel multisectorial en las regiones
	<ul style="list-style-type: none"> • Planeamiento operativo local

<p style="text-align: center;"><u>NIVEL LOCAL</u></p> <ul style="list-style-type: none">• GOBIERNOS E INSTANCIAS LOCALES	<ul style="list-style-type: none">• Procuramiento de fondos y gestión del gasto• Conducir y gerenciar las acciones del PEM TB en el ámbito de su responsabilidad.• Implementar, monitorear, supervisar y evaluar el cumplimiento de las acciones del PEM TB de su jurisdicción• Participar en la formulación de los planes operativos relacionados a la respuesta a la TB.• Consolidar, analizar y retroalimentar la información de su jurisdicción y remitir al nivel inmediato superior.
--	--

V-ANEXOS

Anexo 1**Glosario**

BID	Banco Interamericano del Desarrollo
DGPM	Dirección General de Programación Multi-anual del Ministerio de Economía y Finanzas
DNPP	Dirección Nacional de Presupuesto Público del Ministerio de Economía y Finanzas
Censo 2007	Censos Nacionales 2007: XI Censo de Población y VI de Vivienda del 21 de octubre del 2007
ESSALUD	Seguro Social del Perú
INPE	Instituto Nacional Penitenciario
INS	Instituto Nacional de Salud
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MIMDES	Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social
MINEDU	Ministerio de Educación
MININTER	Ministerio de Interior
MINJUS	Ministerio de Justicia
MINSA	Ministerio de Salud
OPD	Organismos Públicos Descentralizados
PAAG	Programa de Administración de Acuerdos de Gestión
PEI	Planeamiento Estratégico Institucional
PESEM	Plan Estratégico Sectorial Multianual
POI	Plan Operativo Institucional
PRONAA	Programa Nacional de Asistencia Alimentaria – UE del MIMDES
SIS	Seguro Integral de Salud
TB	Tuberculosis
TB MDR	Tuberculosis Multidrogo Resistente
TB XDR	Tuberculosis Extremadamente Resistente
PS	Prueba de sensibilidad, puede ser de primera y segunda línea. Es una prueba de laboratorio para diagnosticar TB MDR y TB XDR.
OAT	Organización de Afectados por Tuberculosis
OAT-M	Organización Mixta de Afectados por Tuberculosis

Anexo 2

Relación de Actividades y Productos de la respuesta nacional a la TB según Objetivos Específicos del PEM

OBJETIVO 1. TODAS LAS **PERSONAS AFECTADAS DE TB**, RECIBEN UNA ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL, TRATAMIENTO GRATUITO Y APOYO SOCIOECONÓMICO QUE LES PERMITE COMPLETAR EL TRATAMIENTO, RECUPERAR SU SALUD, Y REDUCIR SU VULNERABILIDAD A ABANDONO Y RECAÍDAS

Objetivos Específicos/	Actividades	Productos
1.1 Diagnosticar precozmente TB sensible y TB MDR-XDR	Fortalecer la demanda de las personas por pruebas de diagnóstico temprano de TB y de TB MDR	Campañas intramurales y extramurales de sensibilización e información sobre TB Campañas de información sobre TB MDR y pruebas de sensibilidad Incorporación de la Estrategia PAL en los servicios de salud
	Detección intensiva de Sintomáticos Respiratorios y educación en la comunidad	Campañas periódicas de captación de SR Redes comunitarias de los servicios de salud para la referencia y diagnóstico precoz
	Fortalecer el sistema de información para acceder a los resultados de las pruebas de sensibilidad de primera y segunda línea	Sistema de manipulación y traslado de muestras con bioseguridad y eficiente Sistema informático de resultados de las pruebas diagnósticas.
	Garantizar el acceso desde cualquier establecimiento de salud, a los recursos y tecnologías necesarias para el diagnóstico oportuno y adecuado: baciloscopia, cultivos, estudios de sensibilidad, radiología	Sistema integrado de diagnóstico TB, con puertas de acceso en todos los establecimientos de salud
1.2 Brindar a todas las	Brindar a todos los pacientes con TB sensible el esquema terapéutico correspondiente	Esquemas administrados ininterrumpidos

Objetivos Específicos/	Actividades	Productos
personas afectadas un tratamiento eficaz completo y gratuito para el Control y curación de la enfermedad	Brindar a todas las personas afectadas de TB MDR y XDR los esquemas terapéuticos correspondientes acorde a su situación clínica y epidemiológica en tiempo oportuno	Esquemas administrados ininterrumpidos Descentralización de la Evaluación del CER /para pase a pacientes a tratamiento individualizado.
	Monitoreo clínico, microbiológico y por imágenes de la evolución de la enfermedad	Consultas neumológicas Exámenes de laboratorio Estudios Radiológicos de control Exámenes especiales
	Brindar a las personas afectadas que clínicamente lo requieran las intervenciones quirúrgicas necesarias	Exámenes pre quirúrgicos Intervenciones quirúrgicas Seguimientos y control post operatorio Rehabilitación de secuelas
	Brindar atención integral en situaciones críticas y de urgencia	Atención medica domiciliaria Transporte a hospital Tratamientos de urgencia Hospitalizaciones en situaciones medicas de urgencia (hemoptisis, insuficiencia respiratoria aguda, etc,
1.3 Prevenir, diagnosticar y tratar condiciones médicas concomitantes o adversas que afecten la salud del afectado	Prevenir, controlar y tratar efectos colaterales ocasionados por el tratamiento o intervenciones en la enfermedad	Consultas medicas especializadas Exámenes auxiliares Medicamentos complementarios Exámenes y tratamientos especiales
	Prevenir, controlar y tratar enfermedades concomitantes, durante el periodo de recuperación. En los casos de VIH SIDA, Diabetes Mellitas y otros.	Consultas medicas especializadas Exámenes auxiliares Medicamentos complementarios Exámenes y tratamientos especiales
	Detectar precozmente y manejar adecuadamente problemas psiquiátricos y de salud mental concomitantes o colaterales	Evaluación psicológica de inicio, durante y después del tratamiento

Objetivos Específicos/	Actividades	Productos
		Detección y manejo precoz de síntomas psiquiátricos Terapia grupal para afectados en riesgo psicosocial
	Brindar apoyo nutricional básico para el afectado y su familia	Nutrición complementaria Canastas familiares Subsidios para alimentos
	Brindar atención y apoyo para atenuar, compensar o corregir las secuelas asociadas al tratamiento o la enfermedad	Subsidios para la adquisición de audífonos
1.4 Brindar a las personas afectadas el apoyo emocional, social y económico necesario para indicar, sostener y completar el tratamiento, incluyendo las situaciones de emergencia.	Brindar a las personas afectadas un servicio de salud con calidad y calidez, libre de prácticas y actitudes de discriminación.	Reuniones interdisciplinarias de análisis de la calidad de atención, con participación de OAT Sensibilización de personal de salud Quejas atendidas Encuestas de satisfacción de usuarios
	Establecer compromisos y brindar supervisión y acompañamiento a personas afectadas a fin de detectar problemas, evitar errores y prevenir el abandono del tratamiento	Firma de compromisos terapéuticos basados en la concordancia Acompañamiento y orientación por promotores o pares Visitas domiciliarias de promotores
	Brindar a los pacientes y familiares soporte emocional para continuar el tratamiento	Grupos de autoayuda Consejería especializada Consejería de pares Psico-educación Programa especial para poblaciones con adicciones.
	Brindar a los pacientes oportunidades de recreación y reducción de estrés	Paseos de relajación e integración Terapias alternativas y complementarias
	Brindar a afectados y acompañante facilidades para acceder a servicios de salud	Apoyo con transporte

Objetivos Específicos/	Actividades	Productos
		Refrigerios y viáticos
	Brindar a las personas afectadas alternativas de alojamiento cuando así lo requieran	Hospedajes y pensionados Casas Hogar de medio camino
	Brindar el apoyo a las familias y personas afectadas para compensar otros gastos y necesidades que se suscitan por la enfermedad y el tratamiento, incluyendo las situaciones de emergencia	Apoyos económicos directos
	Motivar y capacitar al afectado y familia para afrontar proactivamente la crisis de la enfermedad, atenuando y compensando las amenazas y aprovechando las oportunidades de desarrollo	Consejerías laboral o académica Capacitaciones laborales en convenio con instituciones Becas y créditos de estudio para PATs
1.5 Brindar al paciente y su familia apoyo social y económico superar los determinantes sociales de la enfermedad	Apoyar a afectados y sus familias en el acondicionamiento de la vivienda para evitar la transmisión	Viviendas acondicionadas
	Brindar al paciente y su familia apoyo social y económico y oportunidades para mejorar sus condiciones de empleo, nutrición y vivienda.	Microcrédito para los afectados y/o familia Bolsas de trabajo auto-sostenido y rotativo para los afectados. Fondo Semilla y apoyo en la conformación microempresas por PATs
	Proteger de la discriminación laboral y académica a las personas afectadas con TB y sus familiares y facilitar la reinserción laboral o académica, temprana y adecuada	Visitas a empresas e instituciones para evitar el despido a las personas afectadas Consejería legal para garantizar el descanso temporal de los afectados hasta la integración laboral o educativa Incidencia política para incluir en la ley de trabajo, la problemática de los afectados con TB. Convenios de inclusión laboral con empresas públicas y privadas
	Promover el acceso a seguros de salud y vida de las personas afectadas y sus familias	Personas afectadas incluidas en el SIS

Objetivos Específicos/	Actividades	Productos
	Promover programas de apoyo para la independización de parejas o familias anidadas, especialmente cuando las condiciones de hacinamiento y riesgo de transmisión de enfermedades respiratorias son altas	Familias desagregadas
1.6 Brindar tratamiento y soporte integral permanente a pacientes TB XDR	Atención médica integral, paliativa y recuperativa Apoyo económico y social continuo y suficiente	Programa especial XDR Opción de internamiento en Albergues para XDR Estudio de XDR Necesidades y alternativas Población de adolescentes Transferencias condicionadas
1.7 Prevenir, diagnosticar oportunamente y tratar las recaídas	Hacer seguimiento a las personas tratadas con controles periódicos y gratuitos, acompañados de reforzamiento de conductas preventivas y estilos vida saludables Involucrar a personas de alta en actividades de consejería y apoyo a pares Reincorporación temprana a personas por recaída a los programas correspondientes	Controles periódicos en establecimientos de salud Visitas domiciliarias post alta Reuniones de pares Captación de pacientes tratados Organización de redes o encuentros de personas tratadas Acceso rápido a exámenes necesarios Acceso rápido a esquemas correspondientes

OBJETIVO 2. LAS POBLACIONES MÁS VULNERABLES Y DE MAYOR EXPOSICIÓN TIENEN CONDICIONES DE VIDA, QUE REDUCEN LAS POSIBILIDADES DE CONTAGIO Y DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD

Objetivos Específicos/ Indicadores	Actividades	Productos
2.1 Reducir la expansión y crecimiento de las poblaciones vulnerables <ul style="list-style-type: none"> • <i>Incremento de poblaciones vulnerables y en riesgo, identificadas y/o empadronadas</i> • <i>Incremento de población protegida</i> 	Detectar permanentemente poblaciones o grupos con riesgos altos o crecientes de infección y desarrollo de la enfermedad	Sistema de investigación y/vigilancia epidemiológica activa del riesgo y vulnerabilidad TB Estudios de la situación de la TB y los riesgos y vulnerabilidades asociados al sexo y al género. Estudios sobre vulnerabilidades y riesgos asociados a la edad Estudios sobre vulnerabilidades y riesgos asociados al consumo de drogas Estudios clínicos, epidemiológicos y sociales de vulnerabilidades y factores de riesgo con criterios éticos y respeto de los derechos de los participantes. Difusión de los estudios a la Red de vigilancia social sobre riesgos y vulnerabilidades donde participan OATs, Promotores de salud, servicios de salud y otros actores comunitarios
	Intervenir tempranamente en las poblaciones de alto riesgo o vulnerabilidad identificados	Campañas de captación de sintomáticos respiratorios, identificación de contactos. Baciloscopía y estudios radiológicos periódicos gratuitos Oferta de tratamiento de profiláctico (TB y TB MDR)
2.2 Reducir el riesgo de infección y desarrollo de la enfermedad en contactos (domiciliarios, laborales o comunitarios) y grupos vulnerables (VIH, desnutrición,	Desarrollar acciones rápidas de mejoramiento de las condiciones de empleo, vivienda, alimentación y salud a personas en alto riesgo o vulnerabilidad, en situación de pobreza	Diagnósticos de mejoramiento Proyectos de acondicionamiento de viviendas con perspectiva de concordancia e interculturalidad Canastas de alimentos a contactos y poblaciones en alto riesgo Actualización de la directiva de PAN TB Subsidios económicos directos a contactos y poblaciones

<p>diabetes y otros)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Disminución de la tasa de incidencia de infección y enfermedad en contactos y grupos vulnerables (VIH, diabetes)</i> • <i>Reducción de número de casos por caso índice de TB MDR-XDR</i> • <i>Número de personas en riesgo y vulnerables diagnosticados tempranamente (antes de síntomas mayores)</i> 	<p>Fortalecer conductas preventivas, pautas de autocuidado y estilos de vida saludable en contactos y otras poblaciones vulnerables</p> <hr/> <p>Despistaje continuo en contactos y grupos vulnerables y quimioprofilaxis según necesidades</p>	<p>en alto riesgo</p> <p>Material de información para autocuidado del contacto de TB y de la personas en Alto Riesgo contando con la revisión de materiales previos y que sean adaptados interculturalmente.</p> <p>Programa de educación y comunicación preventiva de acuerdo a los diferentes espacios de convivencia y condiciones de los grupos vulnerables y en riesgo.</p> <p>Programa de visitas y consejería de voluntarios en espacios laborales y comunitarios de alto riesgo.</p> <hr/> <p>Acuerdos de vigilancia comunitaria y familiar de signos de alarma</p> <p>Baciloscopía y estudios radiológicos periódicos</p> <p>Vigilancia de viraje de PPD</p> <p>Quimioprofilaxis en casos que los requieran</p>
<p>2.3 Reducir el riesgo de infección y desarrollo de la enfermedad en población de penales</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Disminución de la tasa de incidencia de infección y enfermedad en PPL y sus familiares y visitas</i> • <i>Número de PPL o familiares diagnosticados tempranamente (antes de síntomas mayores)</i> • <i>Reducción de número</i> 	<p>Sensibilizar a personas responsables, interesadas y afectadas en la problemática de la TB en los penales</p> <hr/> <p>Promover condiciones de control de infecciones en los establecimientos penales</p> <hr/> <p>Despistaje continuo, diagnóstico precoz y tratamiento inmediato</p>	<p>Campañas internas de comunicación y sensibilización sobre el problema de la TB en los penales.</p> <p>Alianzas estratégicas con diferentes actores que intervienen en los penales, como iglesias, ONG, grupos evangélicos, PNP, etc.</p> <p>Programa de Promotores con cambio de días por pena</p> <hr/> <p>Establecimiento de normas y pautas básicas de bioseguridad orientadas a personal, internos, familiares y visitantes.</p> <p>Espacios físicos acondicionados según las normas mínimas de bioseguridad</p> <hr/> <p>Campañas de captación de sintomáticos respiratorios, identificación de contactos.</p> <p>Baciloscopía y estudios radiológicos periódicos</p> <p>Oferta de tratamiento de la TB en todos los penales.</p>

<p><i>de casos por caso índice de TB MDR-XDR</i></p>	<p>Mejorar las condiciones nutricionales de la población penal, en particular de los afectados por TB y sus contactos</p>	<p>Abogacía para el incremento de presupuesto de alimentación en penales Canasta de alimentos para afectados por TB y sus familiares Canasta de alimentos para promotores y personal de salud</p>
<p>2.4 Reducir el riesgo de infección y desarrollo de la enfermedad en población escolar</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Disminución de la tasa de incidencia de infección y enfermedad población escolar</i> 	<p>Sensibilizar a los escolares de diversos niveles para la vigilancia y promoción de salud respiratoria en sus hogares</p>	<p>Alianzas estratégicas con Ministerio de Educación para fortalecen el trabajo de promoción continuo en información y lucha contra el estigma por TB Programa de Promotores Escolares de Salud Respiratoria</p>
	<p>Promover condiciones de bioseguridad y ambientes saludables en los instituciones educativas</p>	<p>Establecimiento de normas y pautas básicas de control de infecciones en instituciones educativas Espacios físicos acondicionados según las normas mínimas de bioseguridad</p>
	<p>Fortalecer conductas preventivas, pautas de autocuidado de la salud respiratoria y estilos de vida saludable en la población escolar</p>	<p>Campañas internas de comunicación y sensibilización sobre el problema de la TB las instituciones educativas Material de información para autocuidado de la salud respiratoria y ambiental Inclusión de contenidos de Salud Respiratoria y ambiental en los programas educativos y capacitación a docentes</p>
<p>2.5 Reducir el riesgo de transmisión de la enfermedad en los establecimientos de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Disminución de la tasa de incidencia de infección y enfermedad en</i> 	<p>Brindar condiciones de control de infecciones en establecimientos y servicios de salud</p>	<p>Proyectos de construcción y acondicionamiento de los espacios físicos de acuerdo a las normas de bioseguridad en los Servicios de Salud (control de transmisión de la TB) Proyectos de remodelación y equipamiento de salas de espera, consultorios y áreas de hospitalización de servicios directos y complementarios de personas afectadas de TBTB (programa TB, neumología, salud mental, TARGA, laboratorios, etc.,)</p>

<p><i>personal de salud y estudiantes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Numero de pacientes o personal diagnosticados tempranamente (antes de síntomas mayores)</i> • <i>Reducción de numero de casos por caso índice de TB MDR-XDR</i> 	<p>Fortalecer conductas preventivas y adopción pautas de bioseguridad sin incurrir en discriminación y maltrato</p>	<p>Programa de capacitaciones a los equipos multidisciplinares para el trabajo con poblaciones afectadas de TB: Bioseguridad sin discriminación Campañas internas de comunicación y sensibilización sobre el problema la transmisión de la TB en los servicios de salud Establecimiento de normas y pautas básicas de bioseguridad orientadas a personal, pacientes, familiares y visitantes</p>
	<p>Despistaje continuo y quimioprofilaxis según necesidades en pacientes de diversos servicios, personal, estudiantes y otros usuarios de los servicios de salud</p>	<p>Acuerdos de vigilancia comunitaria y familiar de síntomas de alarma Baciloscopía y estudios radiológicos periódicos Vigilancia de viraje de PPD Quimioprofilaxis en casos que los requiera</p>
<p>2.6 Reducir el riesgo de transmisión de la enfermedad en las instituciones con regímenes de internamiento y otras que involucren alta concentración poblacional por períodos prolongados</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Numero de personas en situación de internamiento diagnosticados tempranamente (antes de síntomas mayores)</i> 	<p>Sensibilizar a personas responsables, interesadas y afectadas en la problemática de la TB en instituciones militares y policiales con regímenes de internamiento (hospitales mentales, centros de rehabilitación, albergues,</p>	<p>Campañas internas de comunicación y sensibilización sobre el problema de la TB en Instituciones con Regímenes de Internamiento. (IRI) Programa de Vigilancia de TB en IRI</p>
	<p>Promover condiciones de control de infecciones en los establecimientos con regímenes de internamiento</p>	<p>Establecimiento de normas y pautas básicas de bioseguridad orientadas a personal, internos, familiares y visitantes. Espacios físicos acondicionados según las normas mínimas de bioseguridad</p>
	<p>Despistaje continuo, diagnostico precoz y tratamiento inmediato</p>	<p>Campañas de captación de sintomáticos respiratorios, identificación de contactos. Baciloscopía y estudios radiológicos periódicos Oferta de tratamiento de la TB en IRIs.</p>
	<p>Mejorar las condiciones nutricionales en las IRIs, en particular de los afectados por TB y sus contactos</p>	<p>Abogacía para el incremento de presupuesto de alimentación en IRIs</p>

		Canasta de alimentos para afectados por TB y sus familiares
--	--	---

OBJETIVO 3: LA POBLACIÓN EN GENERAL ESTÁ DEBIDAMENTE INFORMADA, LIBRE DE CONDUCTAS DISCRIMINATORIAS Y EN MEJORES CONDICIONES ECONÓMICAS, SOCIALES; AMBIÉNTALES Y CULTURALES PARA ERRADICAR PROGRESIVAMENTE LA TB EN EL PERÚ.

Objetivos Específicos/ Indicadores	Actividades	Productos
<p>3.1 Confrontar eficazmente el estigma y la discriminación por TB en el Perú.</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Disminución de los actos de discriminación por la enfermedad en ámbitos, comunitarios, laborales y familiares</i> <i>Reducción de conductas autoexcluyentes por estigma, como deserción escolar, académica, laboral por PATs</i> <i>Disminución de la proporción de personas afectadas que necesitan ocultar sus diagnóstico</i> 	<p>Promover el acceso de la población general al “conocimiento científico” sobre los aspectos biológicos, económicos, culturales y sociales de la TB.</p>	<p>Sistematizar el conocimiento previo a partir de investigaciones e intervenciones sobre los procesos de estigmatización y la lucha contra el estigma</p> <p>Centros de información pública sobre la TB, virtuales, comunitarios e institucionales, para el acceso de poblaciones de diversos sectores sociales y etéreos.</p> <p>Línea editorial de material breve y adaptado a diversos públicos y sectores sociales, para la difusión de conocimiento científico sobre TB y confrontación de mensajes erróneos y mitos</p> <p>Incorporación de contenidos de salud respiratoria y prevención de la TB en la educación básica regular.</p> <p>Incorporación de contenidos de salud respiratoria y prevención de la TB en la educación superior con énfasis en los programas técnicos y profesionales orientados a la salud y desarrollo social.</p>
	<p>Hacer vigilancia y confrontación de conocimientos erróneos, mitos y conductas discriminatorias</p>	<p>Redes de personas tratadas y voluntarios que hacen visitas domiciliarias, laborales y comunitarias para educar y confrontar conductas discriminatorias.</p> <p>Fortalecer la línea telefónica INFOSALUD para información, consejería y denuncia de la discriminación por TB, incorporando el acceso a una línea exclusiva para TB</p> <p>Inclusión de la problemática TB, en grupos y movimientos activistas contra la discriminación.</p>
	<p>Promover permanente y</p>	<p>Estrategias de comunicación a través de medios de difusión masiva contra</p>

	activamente un cambio de actitud general de las personas sobre la TB	el estigma y rechazo con el involucramiento de actores políticos y sociales y líderes de opinión Campañas en buses publicitarios, paneles publicitarios, cuñas radiales, acceso a sitios Web Uso de franja cultural en los medios de comunicación como parte de su responsabilidad social.
	Promover conocimientos adecuados sobre riesgo, signos de alarma y prevención de la TB en funcionarios, profesionales y técnicos que trabajan con grandes grupos poblacionales en programas de asistencia social	Trabajadores y funcionarios públicos capacitados en Tuberculosis, con enfoque de derechos humanos y lucha contra el estigma asociado a la TB Inclusión de las temáticas de la TB en los programas de asistencia social de programas sociales
3.2 Promover en la sociedad una cultura de autocuidado y responsabilidad social en salud respiratoria. • <i>Incremento de buenas practicas preventivas en salud respiratoria</i> • <i>Reducción de mitos y creencias sobre enfermedades respiratorias</i>	Fomentar el uso común de respiradores y mascarillas según corresponda	Identificar las necesidades de uso de respiradores y mascarillas según situaciones y oficios Estrategias de comunicación masivas en medios para fomentar el uso común de protectores Abogacía con la comisión de salud del congreso para aprobar norma que obligue al uso de protectores respiratorios en las actividades laborales que así lo requieran
	Promover buenas prácticas de salud respiratoria	Campañas escolares, institucionales y comunitarias de promoción de la salud respiratoria Concurso de valoración y difusión de acciones orientadas a difundir y fortalecer las buenas prácticas de salud respiratoria a nivel interescolar
3.3 Mejorar la calidad del aire mediante estrategias medioambientales: ventilación e iluminación adecuada de viviendas, instituciones,	Fortalecer la normatividad y regulaciones para la protección de medio ambiente a nivel macro y microsocioal	Propuesta técnica dirigida al ministerio de vivienda, ministerios del ambiente y gobiernos municipales para normar la implementación de la seguridad respiratoria en las edificaciones y transporte público Abogacía para incorporar criterios de Vigilancia de control de infecciones en los sistemas de control del transporte interprovincial

<p>locales comerciales, y otros espacios de concentración humana.</p> <ul style="list-style-type: none"> Existencia de normatividad que vigile y sancione las acciones contrarias a mantener la calidad del aire <i>Incremento de espacios institucionales y sociales libres de contaminantes y adecuadamente ventilados</i> 	<p>Promover la participación activa y creativa de los ciudadanos e instituciones para mejorar la calidad de sus ambientes.</p>	<p>Abogacía para incorporar criterios de control de infecciones en el sistema de control de edificaciones</p> <p>Desarrollar un banco de iniciativas y proyectos para mejorar la calidad del aire (aire limpio para todos), en los ámbitos urbanos, laborales, comerciales y familiares</p>
<p>3.4 Promover y apoyar programas de mejoramiento nutricional y acceso a la vivienda biosegura, reducción del hacinamiento y acceso a empleo</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Reducción de los niveles de hacinamiento</i> <i>Reducción de las tasas de desnutrición aguda</i> <i>Reducción de los niveles de deterioro de la calidad de vida</i> 	<p>Incidencia política y pública, teniendo como base la epidemiología de la TB, a favor del mejoramiento e incremento de programas sociales</p> <p>Reestructurar Programas Sociales y promover la adjudicación prioritaria de programas y beneficios sociales a personas afectadas de TB</p>	<p>Propuesta técnica y norma para la implementación de banco de iniciativas sobre programas y proyectos de inclusión social orientados a reducción del hacinamiento y del riesgo de transmisión de enfermedades respiratorias a nivel regional. Asimismo, para programas de compensación por situaciones de crisis familiar profunda (por fallecimiento, abandono, desempleo, siniestros, etc.)</p> <p>Propuesta técnica para inclusión de Indicadores de TB en indicadores de Desarrollo Humano</p> <p>Propuesta técnica y norma del uso de indicadores de riesgo y vulnerabilidad a la TB, como criterios para focalizar o priorizar al interior de los programas sociales</p>

OBJETIVO 4. LAS PERSONAS AFECTADAS DE TB PARTICIPAN INDIVIDUAL Y/O ORGANIZADAMENTE EN SU RECUPERACION INTEGRAL Y EN LA RESPUESTA NACIONAL A LA TB EN SU CONJUNTO, FORTALECIENDO EL EJERCICIO DE SU CIUDADANÍA, AMPLIANDO SU DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL

Objetivos Específicos/ indicadores	Actividades	Productos
<p>4.1 Promover y respetar la autonomía de las personas afectadas de TB</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Numero de personas en actitud de autocuidado</i> • <i>Numero de personas que ejercen sus derechos como ciudadanos y usuarios de los servicios</i> 	<p>Promover la autoestima, auto cuidado y autonomía de la persona afectada, como base del ejercicio de sus derechos en su proceso recuperativo</p> <hr/> <p>Promover la actitud responsable de las personas afectadas en el diagnostico y tratamiento,</p> <hr/> <p>Garantizar el derecho a la información adecuada, la confidencialidad y el consentimiento informado de las personas afectadas</p>	<p>Programa de información sobre derechos y obligaciones de los afectados por TB. Sistema de autocontrol de los afectados ficha Personas afectadas y sus familias participando en grupos de autoayuda Manual de auto cuidado de PAT</p> <hr/> <p>Firmas de acuerdos de corresponsabilidad en el tratamiento</p> <hr/> <p>Programas de capacitación sobre derechos como personas y usuarios de servicios de salud Normatividad de petición otorgamiento de consentimiento informado para toda intervención medica o quirúrgica que suponga algún riesgo para el afectado</p>
<p>4.2 Fortalecer la participación organizada de las personas involucradas directamente en la problemática de la TB</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Intervenciones terapéuticas y sociales frente a TB, mas afines a los</i> 	<p>Fortalecer las organizaciones de afectados para participar como un actor protagónico en la lucha contra la enfermedad y el estigma y por el desarrollo humano de los sectores afectados.</p> <hr/> <p>Desarrollar capacidades en las OATs para que:</p>	<p>Reglamento de organización y funciones de las OATs consensuado y aprobado OATs institucionales, locales y regionales participando en diferentes niveles de gestión. Dotar de recursos básicos a las OATs (local, viáticos y movilidad) con un reconocimiento formal y presupuestal básico</p> <hr/> <p>- Plan de desarrollo de capacidades</p>

<i>intereses y necesidades de las personas afectadas.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - vigilen el cumplimiento de las políticas y compromisos asumidos por las diferentes instancias de gobierno: nacional, regional, local - formulen propuestas de políticas que se incorporen en los planes de salud, en los diferentes niveles de gobierno (INCIDENCIA) - 	para el ejercicio ciudadano, la incidencia y vigilancia <ul style="list-style-type: none"> - Organización de Comités de vigilancia - Propuestas de políticas que favorezcan a los afectados, inclusive de iniciativas legislativas
	Capacitar a las personas que conforman las OATs para elaborar y gestionar proyectos y presentarlos al gobierno.	Programa de capacitación a OATs en elaboración y gestión de proyectos

OBJETIVO 5. LOS PROGRAMAS SOCIALES Y EL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD SE ENCUENTRAN FORTALECIDOS Y TIENE LA CAPACIDAD PARA BRINDAR SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD Y APOYO SOCIAL Y ECONÓMICO A LAS POBLACIONES VULNERABLES Y PERSONAS AFECTADAS POR TB, EN FORMA OPORTUNA, EFICAZ, GRATUITA Y CON CALIDAD.

Objetivos Específicos/ Indicadores	Actividades	Productos
5.1 Garantizar recursos humanos en los servicios y programas sociales comprometidos y capacitados para una atención de calidad en todos los niveles de atención y protegidos para el control de infecciones. <ul style="list-style-type: none"> • <i>Mayores niveles de satisfacción de usuarios con la</i> 	Vigilar y proteger la salud física y mental de promotores y agentes comunitarios que participan en la atención a personas afectadas	Controles de PPD, microbiológico y radiológico periódicos Talleres de mejoramiento de estilos de vida Talleres de relajación y fortalecimiento de salud emocional Reuniones de comunicación e integración Apoyo nutricional en grupos mas vulnerables
	Vigilar y proteger la salud física y mental del personal de servicios de salud que participan en la atención a personas afectadas	Controles de PPD, microbiológico y radiológico periódicos Talleres de mejoramiento de estilos de vida Talleres de relajación y fortalecimiento de salud emocional Reuniones de comunicación e integración
	Dotar de profesionales en numero suficiente para la estrategia de TB(medico, enfermera, psicólogo, asistenta social, técnico) para la atención al afectado y su familia	Contratación o nombramiento de personal para trabajar en la estrategia TB Campaña interna para cambiar la imagen y reducir estigma de los programas de control de TB.

Objetivos Específicos/ Indicadores	Actividades	Productos
<p><i>atención y trato</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Mayores niveles de satisfacción de usuarios internos</i> • <i>Reducción de tasas de infección y enfermedad en personal que atiende directamente a personas afectadas.</i> 	<p>Fortalecer las competencias y motivación del personal profesional y técnico para brindar una atención de calidad todos los servicios</p>	<p>Propuesta técnica para Incluir en la currícula de pregrado cursos específicos sobre TB para profesionales de la salud, que incluya los aspectos biomédicos y sociales de la epidemia.</p> <p>Banco de iniciativas para la creación de diplomados y otros cursos de postgrado sobre manejo integral de la TB, que incluya los aspectos biomédicos y sociales de la epidemia.</p> <p>Premio nacional al desempeño de la gestión institucional y el desempeño personal de los trabajadores públicos que sirvan a las personas afectadas por TB.</p> <p>Programa de reforzamiento continuo de habilidades comunicacionales dirigido al personal y funcionarios públicos que atiende directamente a afectados.</p>

Objetivos Específicos/ Indicadores	Actividades	Productos
<p>5.2 Garantizar la disponibilidad y uso de tecnología necesaria y adecuada para diagnóstico en todos los niveles</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Aumento en la captación de sintomáticos respiratorios</i> • <i>Aumento en tasas de baciloscopía</i> • <i>Aumento en tasas de pruebas de cultivo y sensibilidad</i> • <i>Reducción de tiempo de diagnóstico TB MDR XDR</i> 	<p>Implementar un sistema integrado de diagnóstico rápido y adecuado de TB sensible TB MDR y TBXDR</p>	<p>Laboratorios en todos los centros de salud con capacidad de realizar baciloscopías Laboratorios en todas las redes de servicios de salud con capacidad de realizar pruebas rápidas de sensibilidad Laboratorios centrales adecuadamente implementados Sistema eficiente de derivación y flujos de muestras Sistema de información de laboratorio integrada Monitoreo de aplicación de las Normas de Bioseguridad en los laboratorios Acreditación de los Establecimientos de salud según su complejidad Sistema de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos y de eliminación de equipos en desuso</p>
<p>5.3 Garantizar la disponibilidad en todos los puntos de dispensación de medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Mejores tasas de disponibilidad y stock de tratamientos</i> • <i>Reducción del tiempo</i> 	<p>Implementar y actualizar periódicamente los protocolos de tratamiento adecuados a las diferentes situaciones clínicas epidemiológicas y sociales de la enfermedad.</p> <p>Implementar y fortalecer un sistema integrado y participativo de gestión de Medicamentos para el tratamiento de personas afectadas por TB sensible, MDR y XDR</p>	<p>Aplicación de guías de tratamiento para los diferentes niveles</p> <p>Comité de planificación y gestión de la adquisición Comité de gestión financiera Red de almacenamiento y distribución</p>

Objetivos Específicos/ Indicadores	Actividades	Productos
<p><i>adquisición almacenamiento distribución</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Reducción de costos de medicamentos</i> 	<p>Establecer mecanismos e instrumentos para generar acuerdos con personas afectadas, familiares y organizaciones de la comunidad para garantizar la adherencia al tratamiento y pautas de autocuidado</p>	<p>Sistema participativo y eficaz de administración de medicamentos a los afectados (DOTS) Contingente de promotores de salud, y voluntarios capacitados y motivados</p>
<p>5.4 Garantizar la atención de calidad a las personas afectadas en los servicios y programas sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Reducción de los tiempos de espera para procedimientos diagnósticos y terapéuticos y otros programas sociales</i> • <i>Incremento la tasa de cobertura de servicios y medicamentos complementarios al tratamiento de TB</i> 	<p>Implementar sistemas participativos de mejoramiento continuo de la calidad y prevención de la discriminación en la atención a personas afectadas de TB, con participación ciudadana</p>	<p>Círculos de calidad de la atención Encuestas periódicas de satisfacción de usuarios Sistemas directos de quejas y reclamos Auditorías médicas periódicas Sistema de Estándares de Calidad que orienten la inversión en infraestructura, tecnología y recursos humanos (competencias necesarias para operación de servicios)</p>
	<p>Involucrar y fortalecer los servicios u recursos de psiquiatría y salud mental para brindar servicios apropiados a las personas afectadas y sus familias</p>	<p>Protocolos e instrumentos para atención psiquiátrica y psicológica del paciente afectado Red de psiquiatras y psicólogos comprometidos y capacitados para el abordaje de problemas de salud mental específicos en personas afectadas Disponibilidad de psicofármacos gratuitos o subsidiados Red de promotores voluntarios y pares para la vigilancia y fortalecimiento de la salud emocional de los personas afectadas</p>
	<p>Involucrar y fortalecer servicios y recursos de rehabilitación para que brinden atención a personas afectadas con secuelas respiratorias, neurológicas, auditivas, etc.</p>	<p>Protocolos de rehabilitación de secuelas en paciente afectado Red de profesionales, personal técnico de medicina física y rehabilitación comprometidos y capacitados para la atención a personas afectadas</p>

Objetivos Específicos/ Indicadores	Actividades	Productos
	Implementar y fortalecer un sistema integral y participativo de la Bioseguridad en todos los niveles y ámbitos de atención y procesamiento de materiales biológicos.	Actualización y difusión de normas de Bioseguridad Proyectos de construcción de nuevos ambiente o remodelación de los existentes con enfoque de bioseguridad respiratoria Equipamiento de los ambientes de mayor riesgo de contaminación con tecnología apropiada Programa de capacitación y sensibilización usuarios internos y externos en la prácticas obligatorias de bioseguridad
	Lograr que el SIS cobertura al paciente y su familia	Incidir en las autoridades para la inclusión subsidiada de las personas afectadas en el Seguro Integral de Salud.
5.5 Contar con un sistema integrado de información epidemiológica, clínica, social y administrativa actualizada, organizada, y fácilmente accesible en todos las instancias que participan en toma de decisiones • <i>Incremento del registro electrónico de eventos clínicos y vitales a tiempo real</i> • <i>Incremento en la disponibilidad de información confiable</i>	Implementar y mantener un sistema integrado (nivel institucional, local, regional y nacional) y participativo de monitoreo y toma de decisiones de pacientes y situaciones críticas (Comités técnicos)	Comités técnicos para el manejo de la TB MDR y XDR, en los niveles locales y regionales, e integrarlos en una red.
	Implementar un sistema de información con soporte de Internet, que progresivamente integre datos clínicos, microbiológicos, terapéuticos y sociales de las personas afectadas	Sistema de información de laboratorio Historias clínica electrónicas con soporte en Internet Base de datos socio epidemiológica Base de datos de personas tratadas Sistema de información de medicamentos
	Implementar un sistema descentralizado participativo e integrado de gestión de recursos y actividades para el control de la TB en el Perú.	Sistema de información sobre el gasto presupuestal en TB, integrando los sistemas de información existentes: SIGA, SIAF, SISMET, SIS y otros del Estado Planificar, y evaluar las actividades de la estrategia n ámbitos regionales y macrorregionales
	Fortalecer el nivel de autoridad y responsabilidad	Creación de un organismo de tipo OPD/DG con mayor

Objetivos Específicos/ Indicadores	Actividades	Productos
<p><i>y adecuada para decisores de diversos niveles</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Aumento en los niveles de participación</i> <i>reducción de tiempo en la toma de decisiones</i> <i>Reducción del tiempo de implementación de las decisiones</i> 	<p>de la Estrategia Sanitaria Nacional,</p>	<p>capacidad ejecutiva y resolutive</p>
<p>5.6 Sistematizar y crear conocimiento para mejorar las intervenciones y compartir experiencias en el mundo</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Incremento en el numero de</i> 	<p>Fortalecer la Investigación clínica, epidemiológica, social y operativa para mejorar las intervenciones en todos los niveles</p> <p>Participar activamente en reuniones técnicas, congresos y convenciones nacionales e internacionales</p>	<p>Premio nacional de investigación sobre TB con un enfoque biomédico, social u holístico. Fondo para la investigación clínica, epidemiológica y social Programa de capacitación en diseño de proyectos, métodos cualitativos, métodos cuantitativos, etc.</p> <p>Organización de eventos Auspicios para la participación en eventos</p>

Objetivos Específicos/ Indicadores	Actividades	Productos
<p><i>publicaciones relevantes sobre TB en el Perú</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Incremento en el nivel de participación actores de lucha contra la TB en eventos de capacitación, difusión o consensos, en niveles locales a internacionales</i> 	Promover la publicación de experiencia e investigaciones	<p>Secciones y artículos relacionados a TB en revistas nacionales e internacionales</p> <p>Revista nacional</p>

OBJETIVO 6. EL SECTOR PUBLICO EN SUS NIVELES: NACIONAL, REGIONAL Y LOCAL; EL SECTOR PRIVADO Y LA SOCIEDAD CIVIL TIENEN UNA RESPUESTA MULTISECTORIAL, CONCERTADA, INTEGRADA Y EFICAZ PARA ENFRENTAR Y ERRADICAR LA TB EN EL PAIS

Objetivos Específicos/ Indicadores	Actividades	Productos
<p>6.1 Posicionar la problemática de la TB en las agendas políticas de los gobiernos locales, regionales Ministerios, instituciones públicas y organizaciones de la sociedad civil, como un asunto de Interés Nacional</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Incremento en número de instituciones públicas y organizaciones que participan en actividades</i> 	Fomentar la participación de la sociedad civil en la lucha contra la TB y sus causas	<p>Medios de comunicación comprometidos en la lucha contra la TB y la discriminación</p> <p>Redes sociales o comités de vigilancia conformadas por afectados, parroquias, vasos de leche, comedores, promotores de salud, otras organizaciones sociales de la comunidad a nivel local, con participación protagónica de los afectados</p>
	Impulsar una normatividad de alta jerarquía, que priorice y regule acciones que favorezcan o limiten el control de la TB en el Perú	<p>Declaración de problemática TB como emergencia nacional</p> <p>Beneficios o compensaciones para las personas afectadas en base a la Ley de Discapacidad Ley TB Perú y/o Leyes inclusivas</p>
	Considerar a personas	Abogacía y movilizaciones para priorizar el enfrentamiento de la TB como

<p><i>frente a la TB</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Incremento en la cantidad y número de aportantes de recursos para enfrentar la TB</i> 	<p>afectadas como beneficiarios de programas de compensación social y de desarrollo.</p>	<p>una política de de reducción de la inequidad e inclusión. Propuesta técnica para tomar en cuenta la prevalencia de TB como criterio de focalización de la pobreza.</p>
	<p>Incidir en las diferentes instancias de gestión financiera y presupuestal, para el incremento de recursos para el control de la TB</p>	<p>Presupuesto por resultados que articule todas las actividades sobre TB Incluir en el plan de beneficios del SIS el paquete integral de TB en todas sus formas, garantizando su presupuesto. Incidencia política en gobiernos locales, regionales, ministerios e instituciones públicas para incluyan en sus planes y presupuestos acciones de lucha contra la TB y sus determinantes sociales.</p>
<p>6.2 Lograr la articulación de los diversos actores sociales y los múltiples sectores del Estado, en el enfrentamiento multisectorial e interdisciplinario de la TB y sus determinantes sociales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Incremento en el número y niveles de participación en espacios de encuentro locales, regionales y sociales</i> <i>Incremento de actividades colaborativas entre diversos actores</i> <i>Incremento en el número de planes locales y regionales multisectoriales de enfrentamiento de TB</i> 	<p>Articular las política y acciones del Estado a nivel central, regional y local para el enfrentamiento estratégico de la TB</p>	<p>Comités o mesas multisectoriales (MINEDU, MINSA, MINTRA, MINDES, MINJUS, MINAM, MINVI) a nivel nacional, regional o local, para dirigir la lucha contra la TB en el Perú. Rol rector del Ministerios de Salud</p>
	<p>Fortalecer los espacios de planificación, concertación y acción en el enfrentamiento multisectorial de la TB</p>	<p>Proceso continuo de planificación estratégica multisectorial de enfrentamiento de la TB y sus determinantes sociales.</p>
	<p>Compartir el conocimiento generado y transparentar información clave entre el Estado y sociedad civil.</p>	<p>Encuentros locales, regionales y macrorregionales Espacios virtuales de participación e intercambio de experiencias Talleres de capacitación con participación multisectorial</p>
	<p>Desarrollar programas multisectoriales, nacionales regionales y locales para la inclusión de personas y familias afectadas</p>	<p>Programas de mejoramiento de viviendas Programas de inclusión laboral Programas de formación de microempresas Programas de capacitación laboral</p>

<p>6.3 Fortalecer las relaciones internacionales y la participación nacional en acuerdos y convenciones a fin de maximizar la cooperación técnica y financiera</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Incremento en volúmenes de cooperación técnica y financiera</i> • <i>Incremento de los niveles de autosostenibilidad de proyectos basados en la cooperación internacional</i> 	<p>Convocar, atraer y sostener la cooperación internacional en TB</p>	<p>Fortalecimiento de relación con movimiento social Stop TB Fortalecimiento de relación con el Fondo Mundial Fortalecimiento de la cooperación OMS OPS Fortalecimiento de vínculos con ONG internacionales como SES Fortalecimiento de ONGs nacionales</p>
	<p>Participación activa en convenciones y acuerdos internacionales</p>	<p>Vigilancia de cumplimiento de acuerdos o compromisos internacionales Propuestas de nuevos acuerdos para el abordaje internacional de la TB</p>

Anexo 3

“PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD-PEAS”

Página 42

V. Condiciones Transmisibles

1. Neumonía extrahospitalaria

1. Definición: La neumonía adquirida en la Comunidad (NAC) es la inflamación aguda del parénquima pulmonar producida por microorganismos y manifestada por signos de infección sistémica y cambios radiológicos que se inician en el ambiente extrahospitalario.

2. Diagnósticos CIE 10 comprendidos:

J15.9 Neumonía bacteriana

J18.0 Bronconeumonía.

J18.1 Neumonía lobar.

J18.9 Neumonía.

3. Manejo clínico específico: según guías de práctica clínica vigente.

4. Prestaciones a financiar: Las instituciones administradoras de fondos de seguro (público o privado) cubrirán financieramente las siguientes intervenciones:

1. Diagnóstico

2. Tratamiento

3. Seguimiento

2. Tuberculosis pulmonar

1. Definición: Es una enfermedad infecto-contagiosa producida por agentes del grupo Mycobacterium tuberculosis complex especialmente por el bacilo de Koch (BK). La localización más frecuente es en el aparato respiratorio.

2. Diagnósticos CIE 10 comprendidos:

A15.0 Tuberculosis del pulmón, confirmada por hallazgo microscópico del bacilo tuberculoso en esputo.

A15.7 Tuberculosis respiratoria primaria confirmada bacteriológica e histologicamente.

A15.9 Tuberculosis respiratoria, confirmada bacteriológica e histológicamente.

A16.0 Tuberculosis del pulmón, con examen bacteriológico e histológico negativos.

3. Manejo clínico específico: según guías de manejo clínico. de práctica clínica para las

patologías más frecuentes y cuidados esenciales en la niña y el niño, aprobado mediante R.M. 291-2006/MINSA.

4. Prestaciones a financiar: Las instituciones administradoras de fondos de seguro (público o privado) cubrirán financieramente las siguientes intervenciones:

1. Preventivas

2. Diagnóstico

3. Tratamiento

4. Seguimiento

3. Tuberculosis extrapulmonar

1. Definición: Es el caso a quien se diagnostica tuberculosis en otro(s) órgano(s) que no

sean los pulmones La formas extrapulmonares más frecuentes en el país son la pleural, ganglionar e intestinal.

“PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD-PEAS”

43

2. Diagnósticos CIE 10 comprendidos:

A15.6 Pleuresía tuberculosa, confirmada bacteriológica e histologicamente

A16.3 Tuberculosis de ganglios linfáticos intratorácicos, sin confirmación bacteriológica o histológica

A18.2 Linfadenopatía periférica tuberculosa

A18.2 Adenitis tuberculosa

I32.0 Pericarditis tuberculosa

K67.3 Peritonitis tuberculosa

A17 TBC del Sistema nervioso

A18 TBC de otros órganos

A19 TBC miliar

3. Manejo clínico específico: según la Norma Técnica de Salud para el control de la Tuberculosis, aprobado mediante R.M. 383-2006/MINSA.

4. Prestaciones a financiar: Las instituciones administradoras de fondos de seguro (público o privado) cubrirán financieramente las siguientes intervenciones:

1. Preventivas
2. Diagnóstico
3. Tratamiento
4. Seguimiento

4. Tuberculosis con complicaciones

1. Definición: Son las complicaciones de la enfermedad tuberculosa

2. Diagnósticos CIE 10 comprendidos:

J47 Bronquiectasias

J93 Neumotórax

J96.0 Insuficiencia respiratoria

3. Manejo clínico específico: según la Norma Técnica de Salud para el control de la Tuberculosis, aprobado mediante R.M. 383-2006/MINSA.

4. Prestaciones a financiar: Las instituciones administradoras de fondos de seguro (público o privado) cubrirán financieramente las siguientes intervenciones:

1. Diagnóstico
2. Tratamiento
3. Seguimiento

5. Tuberculosis multidrogorresistente

1. Definición: Es aquella Tuberculosis ocasionada por bacilos mutidrogorresistentes.

2. Diagnósticos CIE 10 comprendidos:

A15. 8 Otras Tuberculosis respiratoria confirmadas bacteriológica e histológicamente

3. Manejo clínico específico: según la Norma Técnica de Salud para el control de la Tuberculosis, aprobado mediante R.M. 383-2006/MINSA.

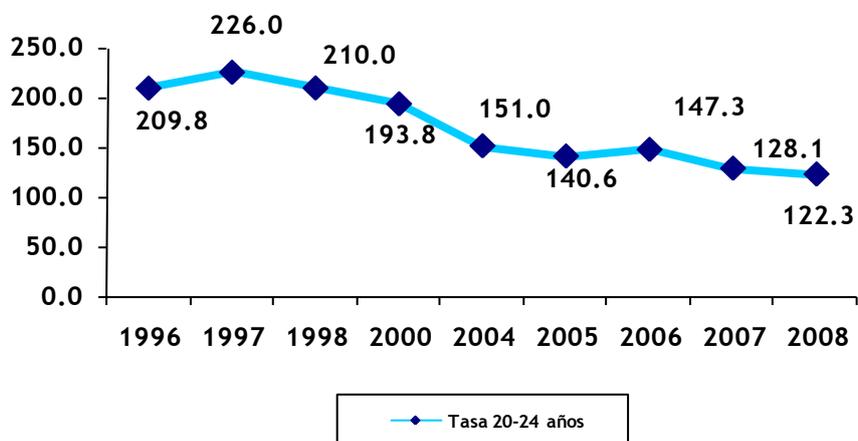
4. Prestaciones a financiar: Las instituciones administradoras de fondos de seguro (público o privado) cubrirán financieramente las siguientes intervenciones:

1. Preventivas
2. Diagnóstico
3. Tratamiento
4. Seguimiento

Anexo 4

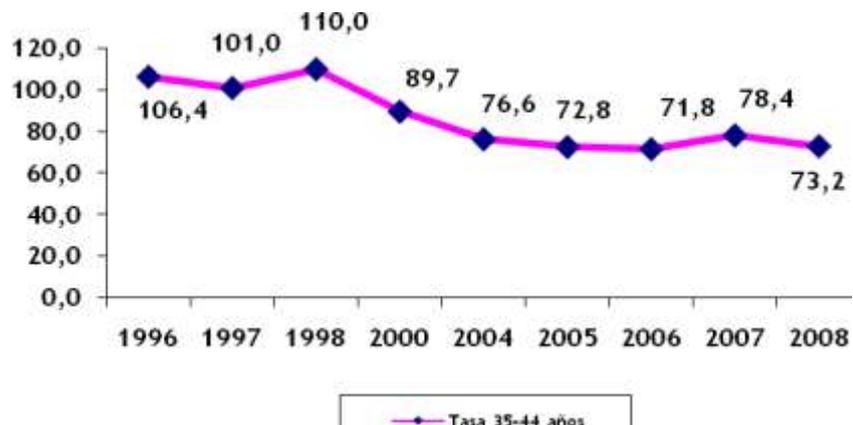
Actualización Estadística a Noviembre de 2009

Grafico N° 3: Tasa Incidencia TBP FP en el grupo de 20-24 años



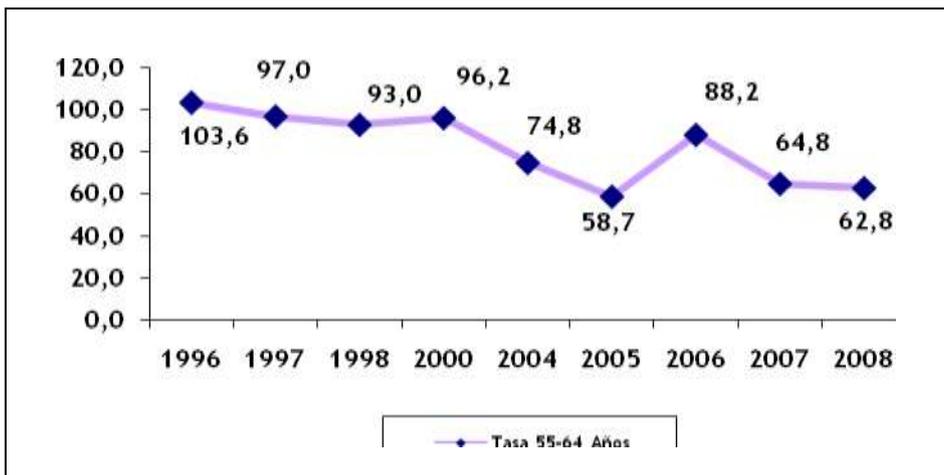
Fuente: ESN PCT

Grafico N° 4: Tasa Incidencia TBP FP en el grupo de 35-44 años



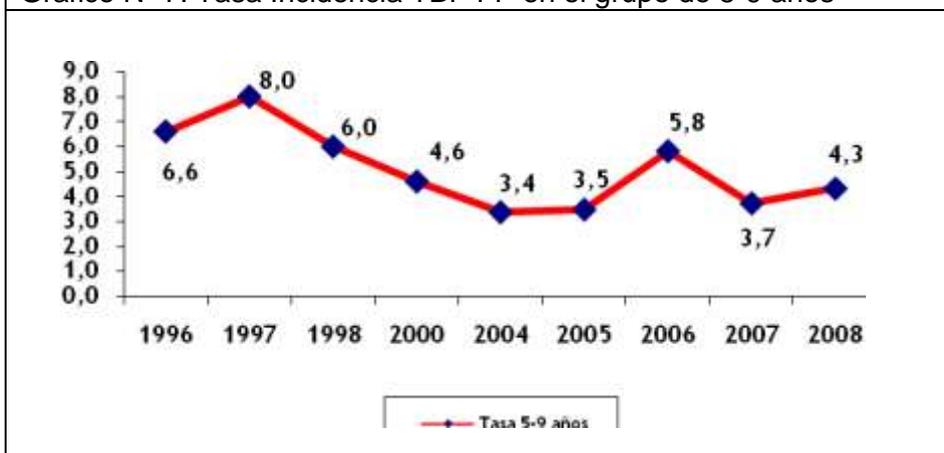
Fuente: ESN PCT

Grafico N° 5: Tasa Incidencia TBP FP en el grupo de 55-64 Años



Fuente: ESN PCT

Grafico N° 7: Tasa Incidencia TBP FP en el grupo de 5-9 años



Fuente: ESN PCT

Grafico N° 6: Tasa Incidencia TBP FP en el grupo de 15-19 años



Fuente: ESN PCT

Grafico N° 8: Tasa Incidencia TBP FP en el grupo de 25-34 años

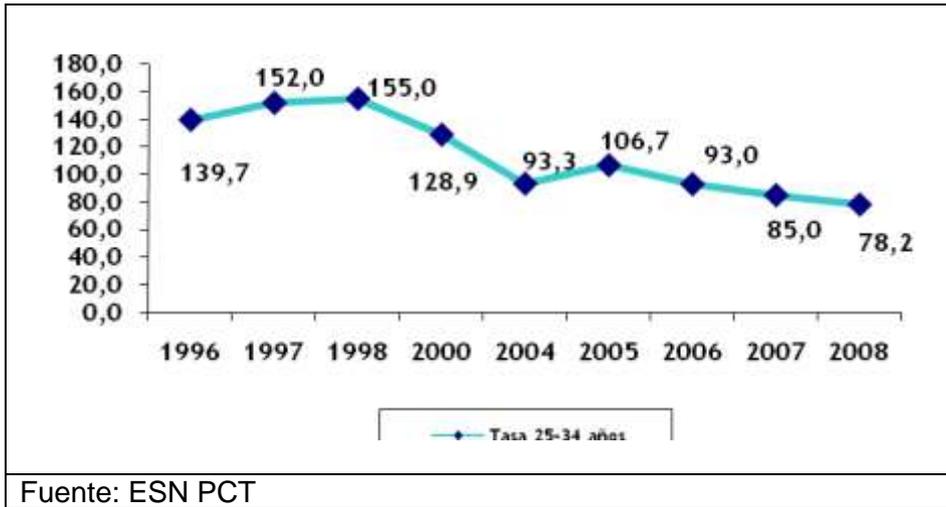


Grafico N° 9: Tasa Incidencia TBP FP en el grupo de 45-54 años

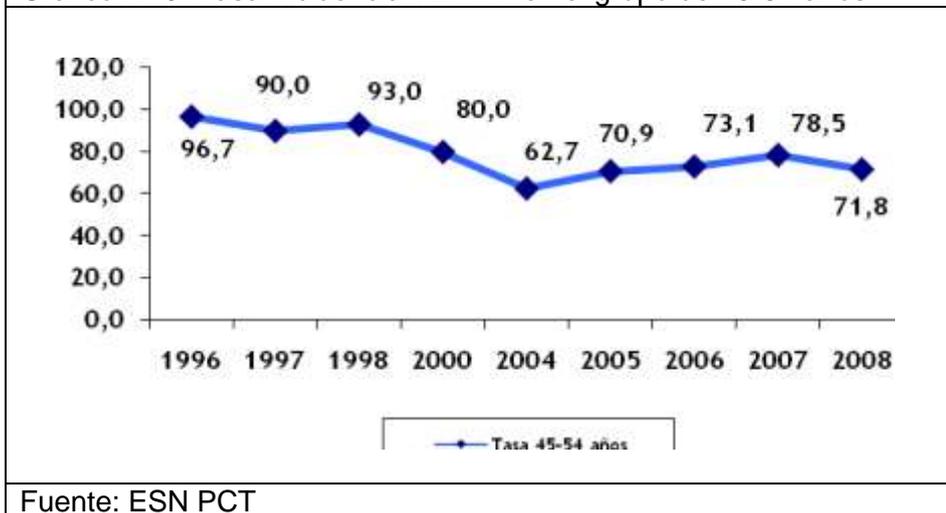


Grafico N° 10: Tasa Incidencia TBP FP en el grupo de 65-mas Años

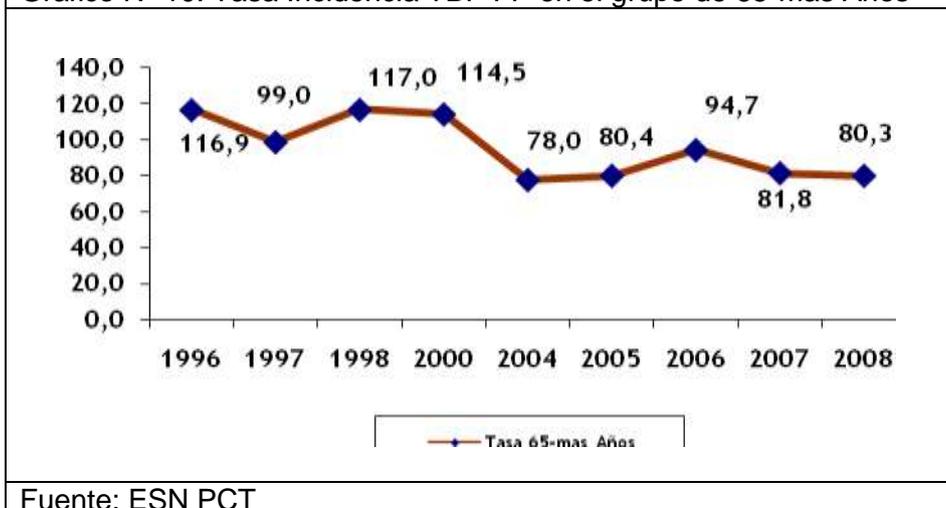
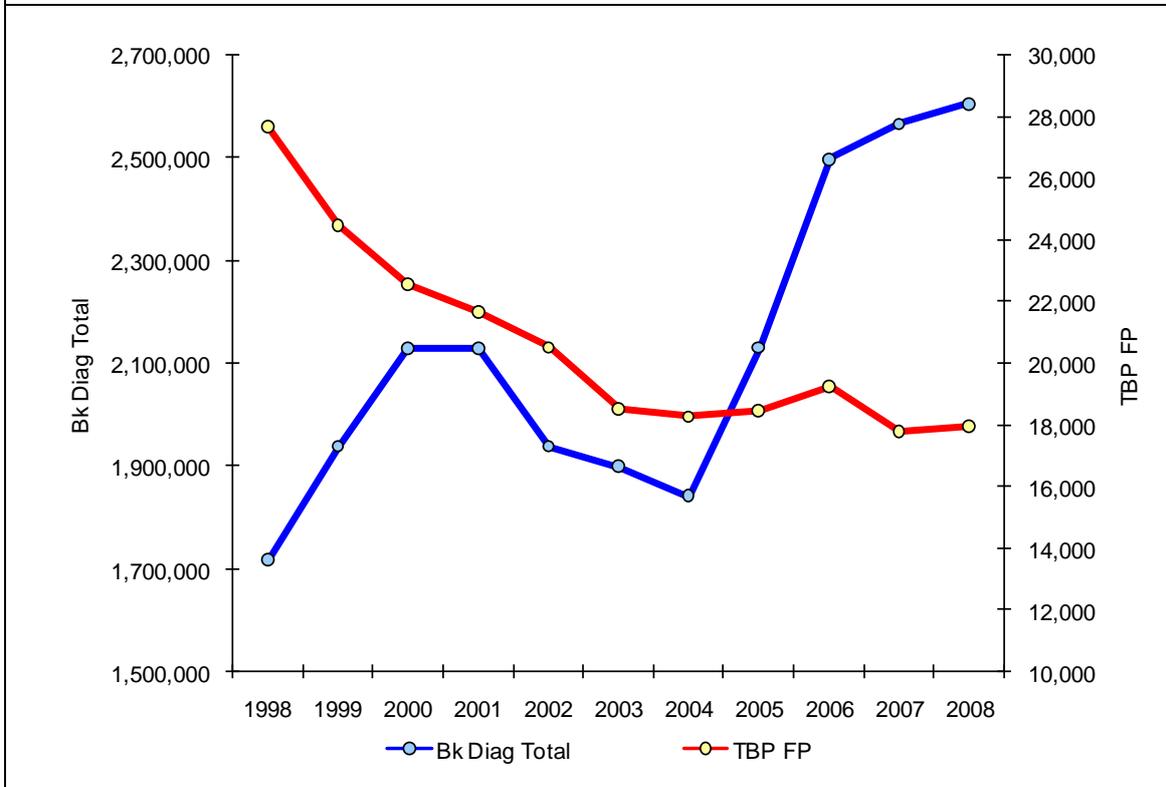


Grafico N° 11: Bacilos copia de Diagnostico Total y Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo



Fuente: ESN PCT

Grafico N° 12: TASA DE MORBILIDAD E INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS PERU 1990 – 2007

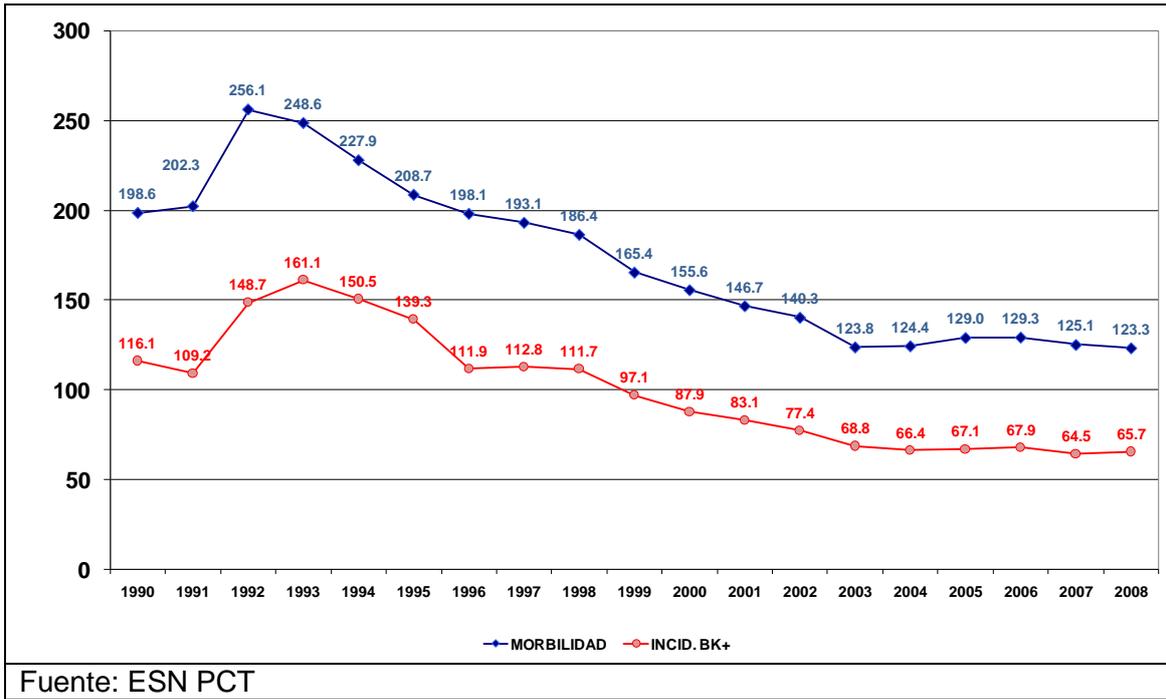
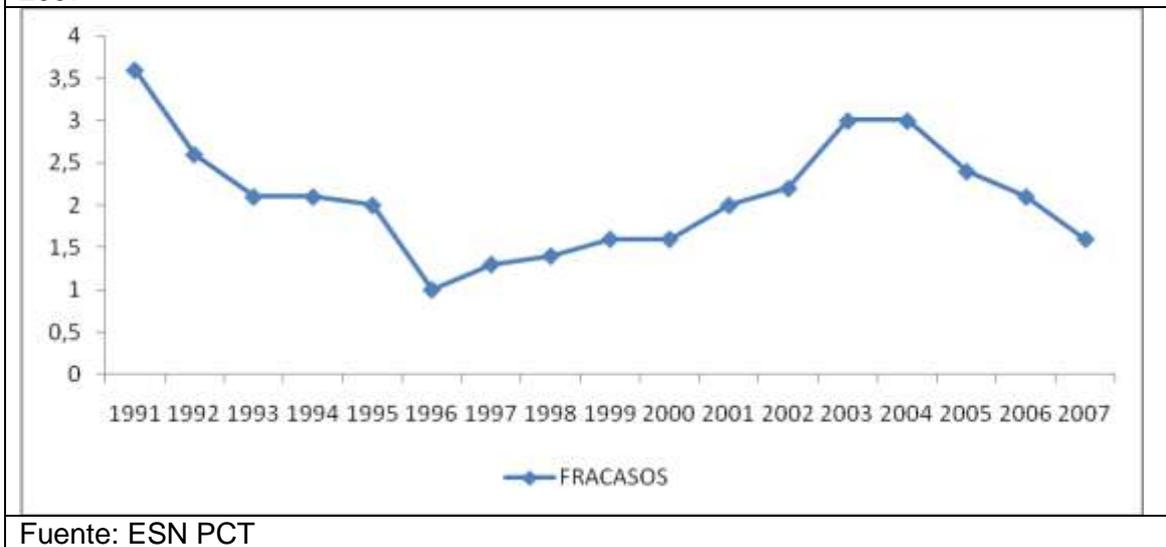


Grafico N° 12: Porcentaje de Fracaso a Esquema 1. Casos TB PFP. PERU 1991-2007

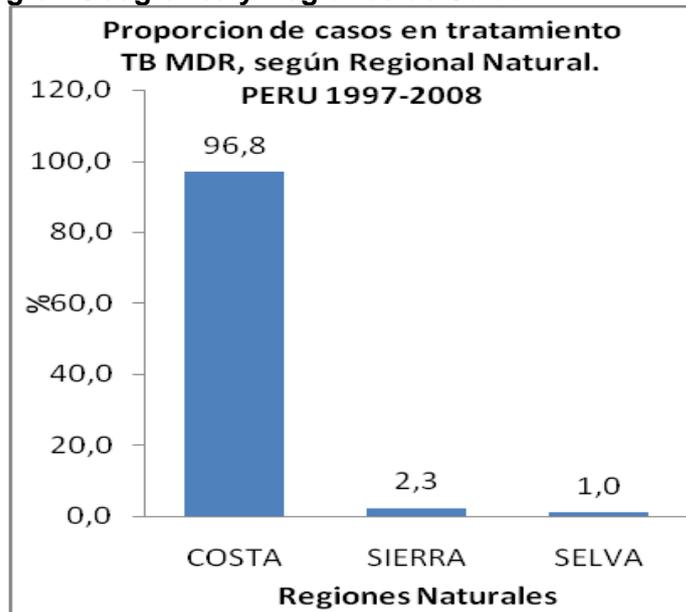


Morbilidad TB NOTIFICADA 2008 (MINSA) y cohorte de tratamiento 2007 de TBP-FP con esquema 2RHZE/4(RH)2. Perú.

CUARTIL	Región	MORBILIDAD 2008					COHORTE E			
		Tasa Morbilidad 2008	Tasa Morbilidad Promedio	Nro Casos Morbilidad TB	Nro Total Morbilidad TB	Región Natural	%Frac	%Frac Promedio	OR Frac	
Q1	CAJAMARCA II	7.4	19.9	22	708	SIERRA	0.00	0.44	-	
	CAJAMARCA III	7.8		13		SIERRA	0.00			
	CAJAMARCA I	11.0		70		SIERRA	0.00			
	APURIMAC II	15.9		31		SIERRA	0.00			
	HUANCAVELICA	23.7		113		SIERRA	0.00			
	APURIMAC I	27.4		67		SIERRA	1.96			
	PASCO	28.5		81		SIERRA	0.00			
	PIURA II	28.6		217		COSTA	1.96			
	JAEN	28.7		94		SIERRA	0.00			
Q2	PIURA	29.3	49.9	286	3374	COSTA	1.09	0.71	1.019	
	PUNO	32.2		426		SIERRA	0.00			
	AMAZONAS	36.4		153		SELVA	0.00			
	SAN MARTIN	53.5		386		SIERRA	0.00			
	HUANUCO	58.8		456		SIERRA	0.00			
	TUMBES	59.4		125		COSTA	3.30			
	CUSCO	62.9		773		SIERRA	0.22			
	LAMBAYEQUE	66.9		769		COSTA	1.08			
Q3	AYACUCHO	70.3	83.8	477	6208	SIERRA	0.60	1.49	4.908	
	ANCASH	71.6		780		COSTA	2.31			
	JUNIN	73.0		867		SIERRA	1.32			
	AREQUIPA	74.8		905		COSTA	0.94			
	LA LIBERTAD	81.9		1327		COSTA	2.15			
	LORETO	86.4		833		SELVA	2.01			
	MOQUEGUA	91.4		156		COSTA	0.00			
	ICA	120.7		863		COSTA	2.56			
	Q4	LIMA		132.6		174.8	1137			17887
TACNA		133.7	403	COSTA	0.96					
LIMA SUR		161.6	3106	COSTA	2.34					
CALLAO		167.4	1432	COSTA	3.53					
UCAYALI		167.9	740	SELVA	1.23					
LIMA CIUDAD		170.7	5955	COSTA	3.62					
MADRE DE DIOS		225.1	244	SELVA	0.00					
LIMA ESTE		239.5	4870	COSTA	1.69					

Fuente: ESN PCT

Gráficos 8 y 9. Distribución de los Pacientes en Tratamiento para TBMDR en Perú, según Región Geográfica y Regiones de Salud.



Fuente: UTTBMDR, MINSA, Perú.

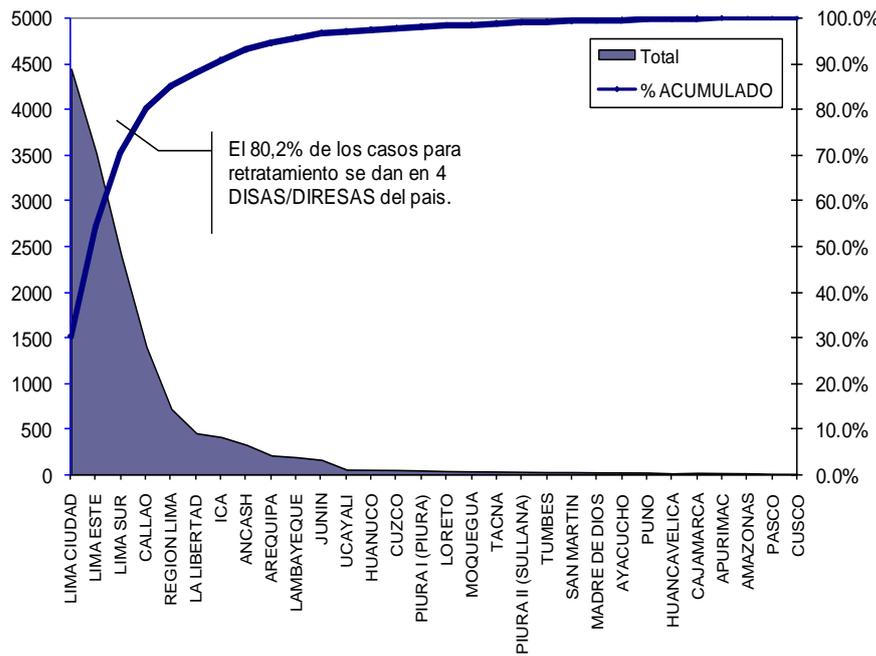


Grafico de Pareto de DISAS/D con mayor cantidad d 1997-2008

Fuente: UTTBMDR, Perú.

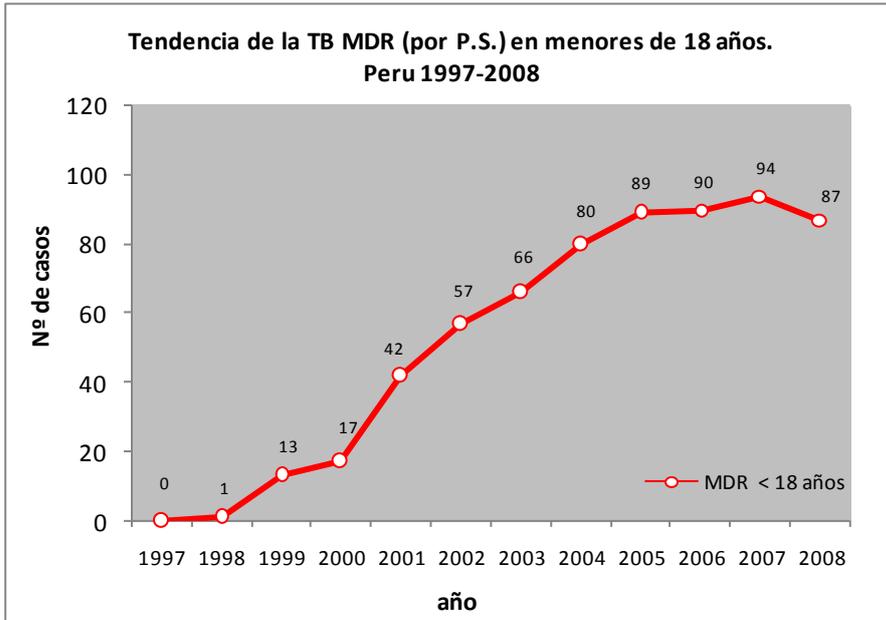


Gráfico 10.
Tendencia de la TBMDR en menores de 18 años de edad.

Fuente: UTTBMDR, MINSA, Perú.

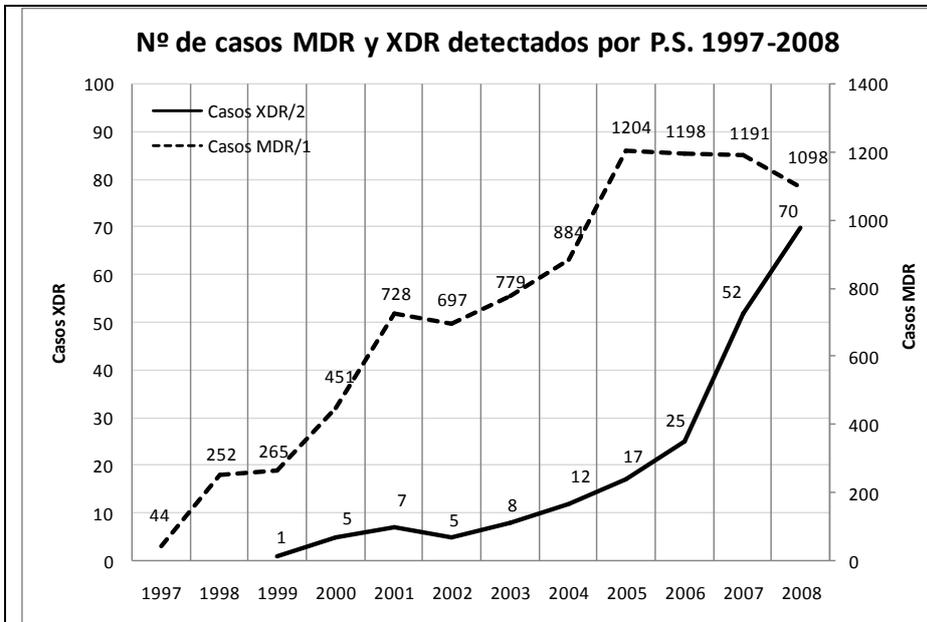


Gráfico 12.
No. de casos de TBMDR y XDR detectados por PS. Perú 1996-2008.

Fuente: UTTBMDR y INS. MINSA.

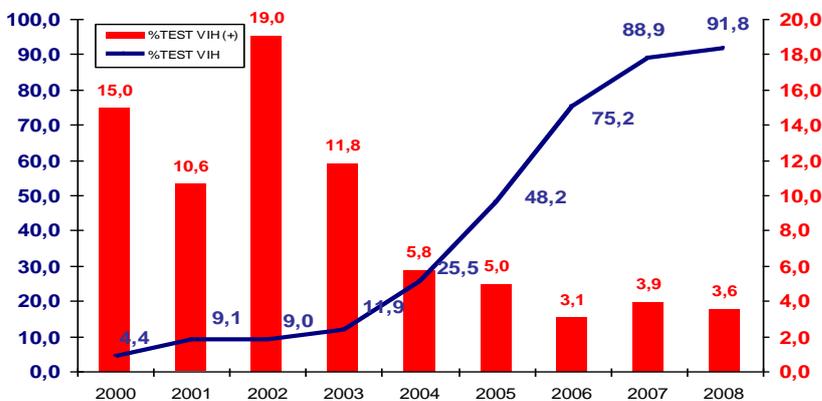


Gráfico 15. Cobertura de acceso a las pruebas para diagnóstico de infección por VIH en pacientes con TBMDR. Perú 1996-2008.

Fuente: UTTBMDR.