

Para uso de los Comités de los CENTROS DE EXCELENCIA TB



Cerrando Brechas: Hacia el logro
de los objetivos del milenio
en TB y VIH en el Perú

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE CENTROS DE EXCELENCIA EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA ALTO A LA TUBERCULOSIS EN EL PERU

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE CENTROS DE EXCELENCIA EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA ALTO A LA TUBERCULOSIS EN EL PERU

Índice

Capitulo	Descripción	Página
1	INTRODUCCION	3
2	FINALIDAD	8
3	OBJETIVOS	8
4	BASE LEGAL	8
5	AMBITO DE APLICACIÓN	9
6	CONTENIDO	12
6.1	JUSTIFICACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN LOS CENTROS DE EXCELENCIA	12
6.2	DEFINICION DE CE PCT	14
6.3	CRITERIOS DE CALIFICACION	15
6.4	OBJETIVOS ESPECIFICOS Y ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACION DE CE PCT. SOSTENIBILIDAD DE LOS CE PCT.	18
6.5	ACTIVIDADES POR OBJETIVOS Y NIVELES	21
6.6	INDICADORES	24
6.7	CERTIFICACION	24
7	ANEXOS	25
8	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	38

GLOSARIO

Por orden de aparición

MINS	Ministerio de Salud de Perú.	Pag
TB	Tuberculosis.	
TB MDR	Tuberculosis Multidrogoresistente.	
TB/VIH-SIDA	Comorbilidad, asociación o coinfección de tuberculosis con infección por virus de inmunodeficiencia humana y/o síndrome de inmunodeficiencia adquirida.	
CE PCT	Centro de excelencia y prevención de Tuberculosis.	
OMS	Organización Mundial de la Salud.	
DOTS	Siglas en Ingles de Directly Observed Treatment-Short Course (se refiere a la estrategia propuesta por la OMS cuyo eje central es el tratamiento directamente observado con esquema acortado).	
PALH	Siglas en inglés de Practical Approach to Lung Health (Enfoque Practico para la Salud Pulmonar)	
ESN PCT	Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del Ministerio de Salud de Perú.	
OMS	Organización Mundial de la Salud	5
STBA	Alianza Alto a la Tuberculosis (Stop TB Alliance)	
DOTS PLUS	Estrategia que amplía la estrategia DOTS a administrar tratamiento con fármacos antituberculosis de segunda línea en países de bajos recursos.	
ESNITS	Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA	6
PVV	Persona Viviendo con VIH.	
INH	Isoniazida.	
BAAR	Bacilo Ácido-Alcohol Resistente.	
UT TBMDR	Unidad Técnica de Tuberculosis Multidrogoresistente.	
CER	Centro de Excelencia Rector.	
CEH	Centro de Excelencia Hospitalario.	
CCC	Centro de Excelencia Comunitario.	
DISA	Dirección de Salud.	
DIRESA	Dirección Regional de Salud.	
TARGA	Tratamiento Anti – Retroviral de Gran Actividad.	
CERI	Comité de Retratamiento Intermedio.	
CERN	Comité de Retratamiento Nacional.	
UPS	Unidad Productora de Servicios.	15
CAH	Cambios de Aire por Hora.	
RAFA	Reacción Adversa a Fármacos Antituberculosis.	19
SISCAP	Sistema de Capacitación	
AERT	Área de Elevado Riesgo de Transmisión	
TBP FP	Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo	
TB XDR	Tuberculosis Extremadamente Resistente	

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE CENTROS DE EXCELENCIA EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA ALTO A LA TUBERCULOSIS EN EL PERU

INTRODUCCIÓN

En el Perú el Ministerio de Salud ha hecho considerables progresos en Prevención y Control de la Tuberculosis (TB), no obstante, la Tuberculosis Multidrogorresistente (TB MDR), la comorbilidad TB/VIH-SIDA, el estigma, la discriminación y lo complicado de las intervenciones técnicas, socioeconómicas y culturales, significan un reto para el mejoramiento. En ese contexto, un instrumento que permitirá fortalecer su abordaje, es el promover la implementación y desarrollo de Centros de Excelencia para su atención.

Los Centros de Excelencia para la Prevención y Control de la Tuberculosis (CE PCT), son un modelo de intervención orientada a obtener resultados sanitarios óptimos, con normas técnicas basadas en los estándares internacionales para las buenas practicas en el cuidado de las personas afectadas por TB, mediante acciones costo-efectivas en el marco de la Estrategia y la Alianza Alto a la Tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En los Centros de Excelencia los equipos técnicos y de gestión mantienen altos estándares de calidad en las dimensiones técnica, interpersonal y de entorno, logrando niveles excelentes de cobertura y competencia, así como alta motivación del personal para la detección, diagnóstico y tratamiento de la TB, TB MDR y la comorbilidad TB/VIH-SIDA con manejo sistematizado de la información, para la evaluación permanente, mejoramiento continuo de la calidad y promoción de nexos entre estado, sociedad civil y sector privado en entornos favorables y de defensa al derecho a la salud de las personas, empoderando a las personas afectadas con TB y las comunidades, en un contexto de ciudadanía en salud, expresado en la Carta Nacional de Derechos y Responsabilidades de la persona afectada de TB.

Los Centros de Excelencia para su desarrollo requieren continuar la expansión y mejoramiento de un DOTS de alta calidad (DOTS-siglas en Ingles de Directly Observed Treatment-Short Course), que incluye *compromiso político* traducido en financiamiento incrementado y sostenido; *detección precoz de casos*, mediante pruebas bacteriológicas con aseguramiento de la calidad; *tratamiento* normatizado, apropiado, oportuno, *estrictamente supervisado* y con soporte técnico, social, psicológico y financiero al paciente; un *sistema* altamente efectivo de *gestión y provisión de medicamentos*; todo ello acompañado del *monitoreo y evaluación constantes*, a través de indicadores de infraestructura, proceso, resultado e impacto.

Mas aún, el enfrentar la TB en áreas de alta vulnerabilidad con alto riesgo de transmisión de TB (Personas privadas de su libertad, población indígena, población urbana con inaccesibilidad a los servicios de salud y otras situaciones especiales), requiere el desarrollo de Centros de Excelencia donde se implementen tanto el Enfoque Práctico para la Salud Pulmonar (PALH-siglas en inglés de Practical Approach to Lung Health), las

actividades colaborativas TB/VIH-SIDA, así como de prevención y control de la TB MDR, para su óptimo manejo individualizado con universalización estratificada y progresiva del diagnóstico bacteriológico y el tratamiento.

En este sentido, los CE PCT, son un hito muy importante en el desarrollo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN PCT), porque van a contribuir directamente al *fortalecimiento del sistema de salud* con un manejo moderno de la gestión, que incorpora aspectos epidemiológicos, operativos, financiamiento, mejoramiento de los recursos humanos, capacitación, control de infección tuberculosa en establecimientos de salud, Bioseguridad y sistemas de información y evaluación para la toma de decisiones. Finalmente la *investigación científica*, generara la evidencia clínica y de salud pública que contribuya a dirigir y maximizar las intervenciones, reduciendo dramáticamente la carga de TB, alineados con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de la Alianza Alto a la TB (STBA-Stop TB Alliance).

1.1 ESTADO Y DIAGNOSTICO SITUACIONAL

1.1.1 Situación de Tuberculosis en Perú en el contexto mundial

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ubica al Perú en el Escenario 3, que son los países que presentan incidencia estimada de TB superior a 50 por 100.000 habitantes y cobertura DOTS mayor del 90%¹.

En el contexto de la Región de las Américas, Perú se encuentra entre los diez países con mayor carga de TB, los mismos que aportan el 75% del total de casos; representando el 25% del total de casos reportados en la Región para el 2003 y de 13 % para el 2006².

1.1.2 Situación de Tuberculosis en Perú

Al inicio de la implementación de la estrategia DOTS (1991), el 25% de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSA) de Perú, desarrollaban acciones de diagnóstico y tratamiento para TB y desde el año 2005 el 100% (6,812) garantizaban acceso al diagnóstico y tratamiento gratuito. Producto del esfuerzo de control y ejecutando exitosamente la estrategia DOTS, Perú consigue una disminución de la incidencia desde el año 1993 (año en el que se registro la mayor tasa de TB), en un promedio de 6% anual.

En el año 2007, se diagnosticaron 34,811 casos de TB en todas sus formas, 60% de los casos se concentran en Lima y Callao. Algunos departamentos del interior del país, Madre de Dios, Ucayali, Tacna, Loreto e Ica, son las regiones con mayor carga de incidencia de TB. La Dirección de Salud Lima Este, tuvo la mayor tasa de morbilidad de TB, registrada 231 x 100,000 Habitantes³. Otro aspecto importante a señalar es el relacionado a la participación de la comunidad organizada con la que se desarrollo un sistema de vigilancia comunal, la misma que contribuyo al control de la TB y a la captación y derivación de casos para su

respectivo tratamiento en los establecimientos de salud. Este sistema de vigilancia comunal pretende ser mejorado y replicado con mayor soporte en el marco de la Estrategia Alto a la TB en el Perú.

Con respecto a TB MDR en el Perú, se presenta un 5,3 % de TB MDR primaria ⁴ y sus mayores tasas de incidencia se estima se encuentren principalmente en las grandes ciudades, siendo Lima y Callao las que reportan el 85 % de casos en retratamiento por presentar TB MDR a nivel nacional. Para enfrentar la TB MDR y desde 1997, el Ministerio de Salud de Perú fue el pionero en el mundo en desarrollar la estrategia DOTS PLUS en los establecimientos de salud. En este esfuerzo se suma el apoyo de la comunidad organizada a través de sus promotores de salud.

Se espera, con la implementación y desarrollo de los CE PCT, que la incidencia de TB MDR se reduzca en muchas de las ciudades con alta carga de esta complicada forma de TB, con la experiencia adquirida en su manejo con la participación organizada de la comunidad y el apoyo del sector privado y público.

Respecto a la infección VIH/SIDA, en el Perú, esta tiene un patrón de epidemia concentrada, es decir que la prevalencia del VIH en la población general es menor al 1% y en la población con conductas de riesgo es mayor a 5% ⁵. La asociación VIH/SIDA-TB notificada en el año 2007 representa el 2,2 % de la morbilidad por TB en general y una tasa de incidencia de 1,9 x 100 000 habitantes. La letalidad es alta en los pacientes coinfectados probablemente debido a complicaciones asociadas con el SIDA o un diagnóstico tardío de TB ⁵, por lo que el trabajo coordinado entre los equipos de la Estrategia Nacional de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA (ESNITS) y de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (ESN PCT) será muy importante para los CE PCT.

El año 2006 el porcentaje de abandonos en el esquema primario fue de 3.2 % y en retratamiento para TB MDR 14 %, en ese contexto operacional, es necesario un enfoque integral de la atención, orientado a mejorar la calidad de los servicios que incluya el manejo adecuado y oportuno de las complicaciones, reacciones adversas a medicamentos, trastornos mentales y del comportamiento que constituyen amenazas para el éxito del tratamiento.

La situación de la TB en el Perú hace que este modelo de intervención este orientado desde un enfoque de desarrollo humano que permita articular las diferentes dimensiones de la ESN PCT.

BRECHAS OPERACIONALES Y DE GESTIÓN EN EL CONTROL DE TB EN PERÚ

La ESN PCT ha identificado situaciones operacionales, del año 2007, por mejorar. Se plantea que los CE PCT contribuyan fuertemente a cubrir y superar las siguientes brechas:

1.1.3 Brechas Operacionales:

Brechas Operacionales Seleccionadas			
Indicador	Valor Actual	Meta	Brecha
Captación de sintomáticos respiratorios (Indicador Trazador: proporción de Sintomáticos Respiratorios Identificados entre las atenciones)	3.8%	5 %	1.2%
% de abandonos al tratamiento primario.	3.2%	2%	1.2 %
Tasa de curación en TB MDR	72 %	85%	13%
Número y porcentaje de personas viviendo con VIH (PVV) bajo tratamiento profiláctico con isoniazida (INH)	60%	90 %	30 %

Fuente: ESN – PCT. Año 2007

Los CE PCT contribuirán en la disminución de estas brechas identificadas por la ESN PCT a nivel nacional, analizando, evaluando y dando soluciones, a sus respectivas problemáticas sanitarias, en su nivel, de manera que orienten la obtención de una disminución de la tasa de TB con Bacilo Ácido-Alcohol Resistente (BAAR) positivo en el Perú. Además, los CE PCT generaran investigación, información y conocimiento útil para disminuir brechas a nivel de la red sanitaria nacional.

1.1.4 Brechas de gestión:

Brechas de Gestión Seleccionadas			
Indicador	Valor Actual	Meta	Brecha
Personal de salud de los Centros de Excelencia con una actitud de aceptación hacia pacientes con TB.	50.8 % (94/185)	56%	5.2%
Personal de salud capacitado en control de infecciones.	10%	40%	30%
Profesionales de la salud que cumplen normas para el control de infecciones.	61.4%	80%	18.6%
Hospitales con ambientes con Bioseguridad.	36.3% (4/11)	55% (10/18)	18.7%
Casos de alta complejidad resueltos en los centros de excelencia.	0%	10%	10%
Personas afectadas con TB MDR con soporte para la intervención quirúrgica	5.1% (73/1,413)	10%	4.9%
Personas afectadas con TB MDR que reciben soporte para el manejo de reacciones adversas a fármacos antituberculosos.	0%	30%	30%

Fuente: ESN PCT. Año 2006

A pesar de considerar como prioritario el control de infección por TB, que se compone de medidas administrativas, ambientales y de protección respiratoria, los CE PCT hospitalarios y comunitarios, a desarrollar, no cuentan totalmente con ambientes, adecuados o contruidos, con diseño específico para control de infección por TB, situación que también se evalúa como brecha identificada en el control de TB.

Así mismo, se ha identificado una cobertura del 67% de información clínica y bacteriológica en los casos en Retratamiento por TB MDR, debiendo, con el desarrollo de los CE PCT, lograrse una cobertura al 100% de esta información.

2 FINALIDAD

Contribuir a disminuir progresiva y sostenidamente la incidencia de la TB mediante la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno gratuito y supervisado de las personas afectadas con TB en todos los establecimientos de salud del país con niveles de excelencia en la atención integral de salud, articulado con el sector privado, sector público y las redes sociales de nivel local, regional y nacional.

3 OBJETIVOS

General: Desarrollar y calificar una red de Establecimientos de Salud como Centros De Excelencia para la Prevención y Control de Tuberculosis, a fin de que los equipos de salud se desempeñen en el marco de una cultura de mejora continua de la calidad orientada hacia la excelencia y el bienestar de sus usuarios.

Específicos:

1. Propiciar la mejora de los niveles de desempeño de los prestadores en el manejo de la TB, TB MDR y coinfección VIH/TB, a través de la gestión de la calidad orientada a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en salud.
2. Mejorar el control de infecciones en TB que comprende medidas de control administrativo, control ambiental y de protección respiratoria.
3. Optimizar los Centros de Excelencia en capacitación e investigación para la Prevención y Control de la TB.
4. Fortalecer la infraestructura y el equipamiento de establecimientos de salud como Centro de Excelencia con criterios de mejoramiento continuo, para las diferentes actividades que se desarrollan.
5. Fortalecer las capacidades de gestión social en los Centros de Excelencia articulado a las redes sociales e instituciones públicas y privadas.
6. Fortalecer el sistema de información, monitoreo y evaluación con indicadores, que permita la toma de decisiones y retroalimentación en todos los niveles del proceso de planificación y ejecución de actividades para la Prevención y Control de la TB.

4 BASE LEGAL

- Constitución Política de 1993.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- Norma Técnica de Categorías de Establecimientos del Sector Salud. NT N° 02/DGSP V.01. aprobada por RM N° 769/MINSA.
- Reglamento de organización y funciones del Ministerio de Salud (Art. 71 literal b). aprobado por Decreto Supremo No 002-92-SA.
- Guía para la Categorización de Establecimientos de Salud del Sector Salud, aprobada por RM N° 1142-2004/MINSA.

- Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por DS N° 013-2006-SA.
- Documento Técnico. Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, aprobado por RM 519-2006/MINSA., que actualiza la RM N° 768-2001-SA/DM, que aprobó el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Documento Técnico. Plan Nacional Para la Seguridad del Paciente 2006-2008. aprobado por RM n° 676-2006/MINSA.
- Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, NTS N° 050.MINSA/DGSP-V.02, aprobada por RM 456-2007/MINSA.
- Resolución Ministerial N° 771-2004-SA que aprueba establecer la Estrategia Sanitaria Nacional Para La Prevención y Control de la Tuberculosis.
- Instrumento Normativo: “Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis” aprobado por R M No 383-2006/MINSA.
- Lineamientos de Política de Promoción para la Salud. MINSA.

5 AMBITO DE APLICACIÓN

El presente documento técnico es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos de salud del Ministerio de Salud que apliquen a calificarse como Centro de Excelencia para la Prevención y Control de Tuberculosis a nivel nacional de acuerdo a requerimiento de su demanda bajo la rectoría del Ministerio de Salud.

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT) a través de la Unidad Técnica de Tuberculosis Multidrogorresistente (UT TB MDR), mantendrá el acompañamiento, monitoreo y supervisión continúa de los CE PCT, según los siguientes niveles (Anexo N° 1):

5.1 Centro de Excelencia Rector (CER)

El **CER** es la UT TB MDR, bajo la conducción de la Coordinación Nacional de la ESN PCT, tiene un nivel funcional analítico, normativo y gerencial. Depende directamente de la ESN PCT, de la Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud, como órgano de línea de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud, en la línea de autoridad.

5.2 Centro de Excelencia Hospitalario (CEH)

Los CEH son hospitales o institutos que tienen un nivel funcional asistencial, analítico e informativo. Dependen directamente de las Direcciones de Salud (DISA) o Direcciones Regionales de Salud (DIRESA).

Los **CEH** conforman el nivel intermedio de la red de CE PCT para fortalecer la atención de personas afectadas por TB MDR. Incluidos los Institutos y Hospitales, son centros de referencia de historias clínicas, expedientes y personas afectadas con TB MDR, complicaciones por TB y coinfección VIH/TB, dependiendo de la necesidad.

5.3 Centro de Excelencia Comunitario (CEC)

Los CEC son Centros de Salud tienen un nivel funcional asistencial, analítico e informativo, dependen directamente de la microrred, red, Direcciones de Salud o Direcciones Regionales de Salud, en la línea de autoridad.

Los CEC conforman el nivel local de la organización para fortalecer la atención de personas afectadas por TB MDR y derivan a los Centros de Excelencia Hospitalario historias clínicas, expedientes y personas afectadas con TB MDR, complicaciones por TB y coinfección VIH/TB, dependiendo de la necesidad.

Los CEH y CEC, se organizan bajo la Conducción Central de la **UT TB MDR**, sus funciones y responsabilidades están diseñadas en la Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis ⁶, de atención de pacientes con TB MDR ⁷, en el Documento Técnico para la Consejería en TB, Coinfección TB/VIH y TB MDR ⁸. En la atención de la asociación TB/VIH es necesario seguir conductas ante la enfermedad tuberculosa en portador VIH, con criterios para su hospitalización y para el tratamiento antiretroviral de gran actividad (TARGA) en afectados con TB ⁹. El sistema de CE PCT, también deben conformar equipos de acuerdo a niveles (Anexo 2) y alineado con la Estrategia Alto a la Tuberculosis.

Flujo de atención

1. Un caso sospechoso de TB MDR es originalmente reportado por el médico tratante, habitualmente de un nivel periférico, el cual deriva al paciente para su evaluación por un Médico Consultor, quien habitualmente se encuentra en Hospitales o Centros de referencia de atención de TB MDR. Estos hospitales y Centros de Referencia corresponden a la jurisdicción de las DISAs y DIRESAs; en las instalaciones de éstas tienen su sede de reunión los *Comités de Evaluación de Retratamiento Intermedio (CERI)*. Los CERI elaboran Actas de Recomendación para determinar el inicio de tratamiento para TB MDR según lo estipulado en la Norma Técnica de Salud para el control de Tuberculosis.
2. Si el caso clínico fuera de mayor complejidad o requiere tomar medidas no contempladas en la Norma Técnica de Salud para el Control de Tuberculosis, entonces el Ceri elabora el Acta de Recomendación con lo cual el expediente, es derivado al *Comité de Evaluación de Retratamiento de Nivel Nacional (CERN)*, cuyos miembros se reúnen en la sede de la UT TB MDR.

3. Para el proceso de referencia y contrarreferencia de los casos de TB, el equipo de gestión y la ES-PCT de los CE deben coordinar previamente actividades al interior del establecimiento para una atención de calidad de la persona afectada, de acuerdo al Flujograma de atención en los CE PCT (Anexo 3). Por ejemplo, el establecimiento receptor deberá coordinar que se realice una interconsulta o procedimiento, con Médicos programados para su atención en los días y horas correspondientes al traslado, el establecimiento de origen coordinará el traslado del paciente con TB MDR con su historia clínica y/o expediente en el día y la hora de programación del Médico que realizara la interconsulta.

6 CONTENIDO

6.1 JUSTIFICACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN LOS CENTROS DE EXCELENCIA ¹⁰

La calidad en la prestación es condición de eficacia de los esfuerzos e intervenciones desplegadas, de garantía de seguridad y trato humano para todos y cada uno de los usuarios.

El impulso de la auto evaluación como fase obligatoria para llegar a la acreditación así como la practica de guías clínicas, la preocupación por la medición de la satisfacción del usuario así como el desarrollo de proyectos de mejora y la aplicación de los indicadores propuestos para los centros de excelencia permitirá su monitoreo y sostenibilidad de los mismos.

Para llegar a convertirse en un CE PCT, el equipo multidisciplinario, representantes de personas afectadas, comunidad organizada y la institución requieren comprometerse con lograr tres elementos fundamentales: *alto volumen de diagnósticos, la cultura de mejoramiento continuo y una cultura profesional favorable.*

Alto Volúmen de un Diagnóstico

Aplicado a los CE PCT y para acelerar la curva de aprendizaje necesaria, se requieren altos volúmenes de diagnóstico de TB y TB MDR y procedimientos específicos para su evaluación.

La Curva de Aprendizaje

Es el tiempo y el número de procedimientos que un personal de salud necesita para ser capaz de realizar un procedimiento en forma independiente, con un resultado razonable. Esto presupone la

capacidad de identificar un “promedio”, por Ej. De tiempos de demora o de procesos.

Medición de la “curva de aprendizaje”

Se describen dos tipos de variables para evaluar el aprendizaje:

1. Medición de los resultados obtenidos en el paciente.
2. Medición del proceso clínico o eficiencia de la tarea.

Para nuestro caso se aplicaran en los indicadores para los CE PCT.

Las curvas de aprendizaje se aplican tanto al personal de salud como a la organización del CE PCT. Reconociendo y corrigiendo los errores, como una de las tareas básicas del CE PCT

Cultura de mejoramiento continuo

Es necesario propiciar un ambiente permanente de medición y mejoramiento continuo. Esto garantizara, en primer lugar, que el avance en la curva de aprendizaje se haga sobre la base de la evidencia y no sobre la base del ensayo-error. En segundo lugar, esto garantizara que los avances en la curva de aprendizaje queden muy bien documentados, de tal manera que no se pierdan fácilmente y los resultados puedan ser comparados internacionalmente.

La mejora continua implicara preparar a todos los miembros del CE PCT en una estrategia destinada a mejorar de manera sistemática los niveles de calidad y productividad, reduciendo los costos y tiempos de respuestas, mejorando los índices de satisfacción de los usuarios.

La Mejora Continua implicara tanto la implantación de un Sistema, como así también el aprendizaje continuo de la organización, el seguimiento de una filosofía de gestión, y la participación activa de todo el personal. Los CE PCT deben utilizar plenamente la capacidad intelectual, creativa y la experiencia de todo su personal. El personal deberá participar de equipos de trabajo tales como los Círculos de Calidad, los equipos de Benchmarking y los de Mejora de Procesos y Resolución de Problemas, en una cascada de mejoras graduales y constantes que surgen como parte de las actividades cotidianas en el lugar de trabajo, combatiendo y evitando la Indiferencia del líder organizacional, la resistencia al cambio, la falta de

paciencia, y la participación restringida de todo el equipo multidisciplinario, personal administrativo, representantes de las personas afectadas y de la comunidad organizada.

Cultura profesional favorable

El tercer pilar de calidad de los CE PCT será una cultura profesional dispuesta al trabajo en equipo que incluye la exposición periódica y sistemática de cada profesional al escrutinio de sus pares, y la presión entre ellos para mejorar el desempeño. Por lo tanto debe caracterizarse por: Trabajo en equipo (supervisado), Desarrollo de Protocolos/Guías Prácticas Clínicas: menos errores, menos complicaciones y mejores resultados, sometidos a la disciplina de la medicina basada en la evidencia como única guía válida para justificar las variaciones en la conducta médica, convirtiendo las discusiones y la evidencia científica en acciones concretas, incluyéndolas en los protocolos de manejo, probándolas con la evidencia propia, con disposición a la crítica y la autocrítica.

La Seguridad del Paciente, un concepto importante de la cultura profesional favorable, afianzará el conjunto de estructuras o procesos de los CE PCT que reduzcan la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de su diagnóstico y tratamiento, en lo que los fallos personales, serán considerados oportunidades para mejorar el sistema y evitar el daño.

En los CE PCT se dará garantía para la seguridad de los pacientes a través de:

- La educación continua de todo el personal del establecimiento de salud, que atiende a la población objetivo, y especialmente del personal que atiende a las personas afectadas por TB.
- La detección y seguimiento de factores de riesgos.
- El establecimiento de criterios rigurosos en el uso de nuevos fármacos antituberculosos.
- La revisión continua de la farmacovigilancia.
- La responsabilidad de los profesionales de la salud, en los diferentes procesos y actividades del manejo y tratamiento médico.

- La prevención y disminución de los riesgos por errores en estudios previos.

La Política de Seguridad del Paciente se reforzará en un conjunto de acciones y estrategias del presente documento.

6.2 DEFINICIÓN DE CENTROS DE EXCELENCIA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS.

Los CE PCT, son Unidades Productoras de Servicios (UPS) que se encuentran articuladas entre sí para el lograr acceso universal a un diagnóstico y tratamiento centrado en la persona afectada, reduciendo la carga de sufrimiento humano y socioeconómico asociado con TB, protegiendo de la TB, TB MDR y asociación TB/VIH SIDA a los pobres y a la población vulnerable, apoyando el desarrollo de nuevas herramientas y permitiendo su uso efectivo y oportuno con enfoque de atención integral, ética y calidad, en unión con el sector público y privado, y tomando decisiones basadas en evidencias clínicas y de salud pública que promueven el monitoreo participativo.

6.3 CRITERIOS DE CALIFICACIÓN

Los CEH y CEC serán calificados de acuerdo a criterios estructura, procesos y resultados, que conforman las bases de su implementación y desarrollo en estrecha concordancia con la ESN de PCT y la Estrategia de Alto a la TB ¹⁶.

6.3.1 CEH PCT es el establecimiento que cumple con los siguientes criterios:

6.3.1.1 Criterios de Estructura.

- 6.3.1.1.1 **Recursos humanos:** equipo multidisciplinario, redes sociales, instituciones públicas y privadas, personas afectadas organizadas y comunidad organizada, sensibilizados y capacitados por la ESN PCT, de acuerdo a su capacidad resolutive.
- 6.3.1.1.2 **Compromiso político:** la Dirección General del hospital debe incluir en sus planes institucionales componentes de apoyo a la gestión de la ESN PCT en su nivel.
- 6.3.1.1.3 **Infraestructura, material y equipamiento:** De ser necesario realizar proyectos de inversión pública, deben contar con documentos respectivos de Título de propiedad o terreno cedido en posesión, con saneamiento físico y legal. Los ambientes de los CE PCT, en su totalidad, deben cumplir los criterios de distribución y ventilación adecuadas, priorizando la mejora de la ventilación natural y un número de Cambios de Aire por Hora (CAH) mayor de doce, considerando un volumen óptimo estimado de 2 metros cúbicos por persona, llevando la ventilación por persona a 600 metros cúbicos por hora ^{11, 12, 13, 14}, y realizando la redistribución de ambientes, así como dando confidencialidad al paciente y cumpliendo el control de infección por tuberculosis. En este sentido los CE PCT, deben cumplir

con las “Consideraciones para el Fortalecimiento de la Infraestructura en los CE PCT” (Anexo 4). Todo esto con el fin de asegurar, finalmente, la calidad de la atención de personas para la detección y tratamiento de TB cumpliendo criterios de control de infecciones y Bioseguridad establecidos en Normas Técnicas, Documentos Técnicos y Guías emitidas por el Ministerio de Salud.

El CEH PCT debe evaluar su infraestructura y equipamiento y gestionar su implementación con los recursos y equipos para el correcto manejo del control de infecciones, actividades clínicas, confidencialidad, apoyo diagnóstico, capacitación, sistema de información, quirúrgicas, y otros procedimientos especializados que sean necesarios.

6.3.1.2 Criterios De Procesos.

- 6.3.1.2.1 **Ser centro diagnosticador de TB:** cuando presenta un número de sintomáticos respiratorios examinados con baciloscopía positiva mayor que el número de casos de TB Pulmonar con baciloscopía positiva registrados, y confirma TB con baciloscopía negativa por medios de procedimientos diagnósticos de alta complejidad.
- 6.3.1.2.2 **Alta tasa de derivaciones confirmadas:** confirma las derivaciones realizadas en el último año.
- 6.3.1.2.3 **Centro de referencia y contra referencia nacional o regional:** atiende, recibe, transfiere pacientes con TB, TB MDR y asociación TB/VIH, de regiones y localidades.
- 6.3.1.2.4 **Capacidad Resolutiva Operacional en TB:** cumplimiento satisfactorio de los procesos de alta complejidad en la atención de las personas afectadas con TB, TB MDR y asociación TB/VIH.
- 6.3.1.2.5 **Capacidad de actividades de capacitación e investigación:** diseña y ejecuta planes de capacitación e investigación y proyectos de mejora continua en TB, TB MDR.

6.3.1.3 Criterios De Resultados.

- 6.3.1.3.1 **Condiciones de egreso de personas afectadas atendidas en el CE PCT.** Alta proporción de curados y baja proporción de abandonos.

6.3.1.3.2 **Sistema de soporte social** implementado.

6.3.1.3.3 **Sistema de vigilancia comunal:** implementado que garantice alta proporción de familias saludables a nivel local.

6.3.1.3.4 **Trabajo en equipo.** Proyecto de mejora continua institucionalizado.

6.3.1.3.5 **Compromiso de la alta dirección.** Establecimiento de salud reconocido como CE PCT.

6.3.2 CEC PCT: es el establecimiento de salud que cumple con los siguientes criterios:

6.3.2.1 Criterios De Estructura

6.3.2.1.1 **Recursos humanos:** equipo multidisciplinario, redes sociales, instituciones públicas y privadas, personas afectadas organizadas, sensibilizados y capacitados por la ESN PCT, de acuerdo a capacidad resolutive.

6.3.2.1.2 **Compromiso político:** los equipos de gestión de las Direcciones de Salud o Direcciones Regionales de Salud, Redes y Microrredes de salud deben formular planes operativos incluyendo componentes de apoyo a la gestión de la ES PCT en su nivel debiendo estar articulados a la estructura social regional y local.

6.3.2.1.3 **Infraestructura, material y equipamiento:** De ser necesario realizar proyectos de inversión pública, deben contar con documentos respectivos de Título de propiedad o terreno cedido en posesión, con saneamiento físico y legal. Los ambientes de los CE PCT, en su totalidad, deben cumplir los criterios de distribución y ventilación adecuadas, priorizando la mejora de la ventilación natural y un numero de Cambios de Aire por Hora (CPH) mayor de doce, considerando un volumen optimo estimado de 2 metros cúbicos por persona, llevando la ventilación por persona a 600 metros cúbicos por hora ^{11, 12, 13, 14}, y realizando la redistribución de ambientes, así como dando confidencialidad al paciente y cumpliendo el control de infección por tuberculosis. En este sentido los CE PCT, deben cumplir con las “Consideraciones para el Fortalecimiento de la Infraestructura en los CE PCT” (Anexo 4). Todo esto con el fin de asegurar, finalmente, la calidad de la atención de personas para la detección y tratamiento de TB cumpliendo criterios de control de infecciones y Bioseguridad establecidos en Normas

Técnicas, Documentos Técnicos y Guías emitidas por el Ministerio de Salud.

El CE PCT debe evaluar su infraestructura y equipamiento y gestionar la implementación con los recursos y equipos para el correcto manejo del control de infecciones, actividades clínicas, confidencialidad, apoyo diagnóstico, capacitación, sistema de información, quirúrgicas, y otros que sean necesarios.

CEL con capacidad de gestión que asegure materiales y equipamiento y soporte social para los afectados, todo esto con el fin de asegurar la calidad de la atención de personas para la detección y tratamiento de TB.

6.3.2.2 Criterios De Procesos.

- 6.3.2.2.1 **Ser centro diagnosticador de TB:** lo cual significa que presenta un número de sintomáticos respiratorios examinados con baciloscopia positiva mayor que el numero de casos de TB Pulmonar con baciloscopia positiva registrados.
- 6.3.2.2.2 **Alta tasa de derivaciones confirmadas:** confirma las derivaciones realizadas en el último año.
- 6.3.2.2.3 **Centro de referencia nacional o regional:** transfiere pacientes de regiones, distritos, diferentes a la jurisdicción del establecimiento.
- 6.3.2.2.4 **Capacidad Resolutiva Operacional en TB:** cumplimiento satisfactorio de los procesos en la atención de las personas afectadas con TB, TBMDR y asociación VIH/TB.

6.3.2.3 Criterios De Resultados.

- 6.3.2.3.1 **Condiciones de egreso de personas afectadas atendidas en el CE PCT.** Alta proporción de curados y baja proporción de abandonos. Alta proporción de control de contactos.
- 6.3.2.3.2 **Sistema de soporte social** implementado.
- 6.3.2.3.3 **Sistema de vigilancia comunal:** implementado que garantice alta proporción de familias saludables a nivel local.
- 6.3.2.3.4 **Trabajo en equipo.** Proyecto de mejora continua institucionalizado.

6.3.2.3.5 **Compromiso de la alta dirección.** Establecimiento de salud reconocido como CE PCT.

6.4 OBJETIVOS ESPECIFICOS Y ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACION DE CE PCT

Los CE PCT desarrollan las siguientes estrategias en relación a los objetivos específicos:

Objetivo Especifico 01. Propiciar la mejora de los niveles de desempeño de los prestadores en el manejo de la TB, TB MDR y asociación TB/VIH, a través de la gestión de la calidad orientada a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en salud:

Estrategias:

1. Desarrollar e implementar el mejoramiento de procesos de prestación de salud.
2. Diseñar, revisar y mejorar los procesos para la atención de salud mental en las personas afectadas con TB, TB MDR y asociación TB/VIH.
3. Diseñar, revisar y mejorar los procesos para la gestión en relación a la atención integral de pacientes con TB, TB MDR y coinfección TB/VIH.
4. Desarrollar los estándares e indicadores, en prestación de salud, para el monitoreo, supervisión y evaluación del CE PCT.

Objetivo Especifico 02. Mejorar el control de infecciones en TB que comprende medidas de control administrativo, control ambiental y de protección respiratoria:

Estrategias:

1. Promover y fortalecer la detección, tratamiento y seguimiento de las personas enfermas de TB.
2. Expandir las coberturas de tratamiento para pacientes con TB MDR y TB en pacientes con VIH y mejora de adhesión al tratamiento
3. Desarrollar el Plan para el Control de Infección por Tuberculosis, en el Establecimiento de Salud, a partir del Diagnóstico Situacional, que incluya medidas de control administrativo, control ambiental y de protección respiratoria, teniendo en cuenta la “Política de Control de Tuberculosis en los Establecimientos de Salud” (Anexo 5).
4. Diseñar, revisar y mejorar los procesos para la atención de pacientes con TB y TB MDR, complicaciones como Reacciones Adversas a Fármacos Antituberculosos (RAFA), y asociación VIH/TB.
5. Desarrollar los estándares e indicadores, en control de infecciones por TB, para el monitoreo, supervisión y evaluación del CE PCT.

Objetivo Especifico 03. Optimizar los Centros de Excelencia en capacitación, docencia e investigación para la Prevención y Control de la Tuberculosis.

Estrategias:

1. Desarrollar planes de capacitación y/o docencia, propiciando la formación y el desarrollo de competencias del personal de salud, para la adquisición y transferencia de conocimientos, así como para el intercambio de experiencias y

habilidades multidisciplinarias, de acuerdo a niveles y al Sistema de capacitación (SISCAP) para los CE PCT (Anexo 6).

2. Desarrollar planes de información, capacitación y educación, propiciando la participación de los afectados y de la ciudadanía, para el ejercicio de sus derechos y deberes.
3. Desarrollar investigación operacional, epidemiológica y de salud pública, priorizando áreas problema como son TB MDR, asociación TB/VIH-SIDA, Áreas de Elevado Riesgo de TB (AERT) y poblaciones vulnerables, como Personas Privadas de su Libertad y comunidades indígenas.
4. Gestionar el financiamiento, la viabilidad de proyectos de investigación y su respectiva asistencia técnica.
5. Desarrollar los estándares e indicadores de capacitación, docencia e investigación para la Prevención y Control de la Tuberculosis.

Objetivo Específico 04. Fortalecer la infraestructura y el equipamiento de establecimientos de salud como Centro de Excelencia con criterios de mejoramiento continuo, para las diferentes actividades que se desarrollan para la Prevención y Control de la Tuberculosis.

1. Realizar el diagnostico situacional de infraestructura y equipamiento para realizar actividades de prestación y gestión de los CE PCT.
2. Realizar el Redimensionamiento de la infraestructura y equipamiento, siendo necesaria la implementación de redes electrónicas.
3. Elaboración y ejecutar plan de mantenimiento preventivo y correctivo de infraestructura y equipamiento.
4. Mantener un archivo de evaluación de Tecnología Biomédica aplicable al diagnostico y tratamiento de la TB, TB MDR y Coinfección TB-VIH.
5. Desarrollar los estándares e indicadores de infraestructura y equipamiento para la Prevención y Control de la Tuberculosis.

Objetivo Específico 05. Fortalecer las capacidades de los CE para la gestión social articulada a las redes sociales e instituciones públicas y privadas.

Estrategias:

1. Formular un plan de desarrollo de capacidades en gestión social dirigido al personal de salud y a los agentes comunitarios de los CE.
2. Articular y consolidar el interés de las redes sociales hacia la atención social de las personas afectadas con TB y TBMDR.
3. Sistematizar la información del sistema de vigilancia comunitaria en TB y TB MDR para ser usada en la gestión social.
4. Promover y fortalecer los procesos de incidencia política en los diferentes niveles.
5. Integrar a las personas en la gestión social en una perspectiva de ciudadanía en salud.

Objetivo Específico 06. Fortalecer el sistema de información, monitoreo y evaluación que permita la toma de decisiones y retroalimentación en todos los niveles del proceso de planificación y ejecución de actividades.

Estrategias:

1. Fortalecer y mantener el sistema de información de la ESN PCT y desarrollar sistemas informáticos de información de acuerdo a las necesidades.
2. Mantener el registro de la vigilancia de eventos adversos y farmacovigilancia.
3. Desarrollar los estándares e indicadores de procesos, resultados e impacto para los CE PCT.

Sostenibilidad de los CE PCT:

Los Establecimientos de Salud a calificar como CE PCT deben agilizar el proceso de acreditación como parte del compromiso en el desarrollo de la calidad como centro de excelencia.

Con fines de sostenibilidad, las actividades de los CE PCT deben estar incorporadas en los instrumentos de gestión, como los Planes Estratégicos, Planes Operativos Institucionales de las Unidades Ejecutoras correspondientes así como en los Planes de Desarrollo de los Gobiernos Regionales y en los planes participativos locales.

Considerando prioritaria la implementación de los CE PCT, la ESN PCT establece los aspectos técnicos normativos en concordancia con sus fines y objetivos. Además la ESN PCT desarrollara acciones de monitoreo y evaluación respectivas.

Es responsabilidad de los Directores de las DIRESAs y DISAs, Redes de Salud, Directores de Hospitales y jefes de Centros de Salud, garantizar las adecuadas condiciones de funcionamiento de los CE PCT de acuerdo a lo establecido en el presente documento, en una política nacional de descentralización.

6.5 ACTIVIDADES POR OBJETIVOS Y NIVEL DE COMPLEJIDAD

Las actividades para la prevención y control de tuberculosis en el Perú, están establecidas en las normas técnicas de TB y TB MDR de la ESN PCT respectivas ^{6, 7}. Los CE PCT, a fin de cumplir con los objetivos del presente documento, realizarán las mismas actividades, con énfasis en lo que se determina a continuación:

6.5.1 Actividades en el CER PCT

6.5.1.1 Actividades prestacionales.

- 6.5.1.1.1 Consultoría técnica funcional a través del CERN.
- 6.5.1.1.2 Califica el caso de TB y emite las recomendaciones pertinentes.

6.5.1.2 En Control de Infecciones

- 6.5.1.2.1 Norma, supervisa y monitorea el control de infecciones en los CEH y CEC.

6.5.1.3 En docencia, capacitación e investigación

- 6.5.1.3.1 Elabora y ejecuta planes de capacitación.
- 6.5.1.3.2 Da asistencia técnica a los CEH y CEC.
- 6.5.1.3.3 Desarrolla investigación clínica, epidemiológica, operacional, económica, tecnológica y social a nivel nacional.
- 6.5.1.3.4 Participa en investigaciones internacionales.

6.5.1.4 En infraestructura y equipamiento

- 6.5.1.4.1 Recomienda y propone requerimientos sobre infraestructura y equipamiento necesarios para la prevención y control de la TB en los CE.

6.5.1.5 En Gestión

- 6.5.1.5.1 Analiza y difunde la situación nacional y regional.
- 6.5.1.5.2 Elabora y desarrolla planes nacionales.
- 6.5.1.5.3 Norma, supervisa y monitorea en TB Drogoresistente, en especial la TB MDR nacional y regional.
- 6.5.1.5.4 Monitorea, evalúa y supervisa las actividades de TB en los CE PCT.
- 6.5.1.5.5 Vigilancia y fortalecimiento operacional, epidemiológico y social de los niveles de CEH y CEC.
- 6.5.1.5.6 Mejoramiento continuo y gestión de la calidad.
- 6.5.1.5.7 Desarrollo e implementación de sistemas de información electrónicos.
- 6.5.1.5.8 Desarrollo de abogacía y políticas públicas.
- 6.5.1.5.9 Fortalecimiento de la Intersectorialidad y desarrollo de alianzas estratégicas.

6.5.2 Actividades de los CEH PCT

6.5.2.1 Actividades prestacionales.

- 6.5.2.1.1 Prestación de salud de alta complejidad a población en riesgo y afectados, considerando niveles óptimos de control de infecciones.
- 6.5.2.1.2 Consultoría técnica, en la evaluación de casos de TB de alta complejidad.
- 6.5.2.1.3 Diagnóstico operacional, clínico, de laboratorio y de imágenes de casos de TB y asociación TB/VIH.

6.5.2.1.4 Tratamiento medico y quirúrgico, con el seguimiento correspondiente.

6.5.2.1.5 Consejería de pares realizada por personas afectadas integradas al equipo de salud.

6.5.2.2 En Control de Infecciones

6.5.2.2.1 Elabora, ejecuta, monitorea y evalúa su plan de control de infecciones.

6.5.2.3 En docencia, capacitación e investigación

6.5.2.3.1 Elabora, ejecuta, monitorea y evalúa sus planes de capacitación de acuerdo a la priorización problematizadora de su establecimiento y al SISCAP.

6.5.2.3.2 Da asistencia técnica a los CEC.

6.5.2.3.3 Desarrolla investigación clínica, epidemiológica, operacional, económica, tecnológica y social en su nivel.

6.5.2.3.4 Participa en investigaciones nacionales e internacionales.

6.5.2.4 En infraestructura y equipamiento

6.5.2.4.1 Implementa infraestructura y equipamiento necesarios para los CE PCT, de acuerdo a los perfiles desarrollados en los niveles de competencia.

6.5.2.5 En Gestión

6.5.2.5.1 Evalúa, ratifica y presenta expedientes clínicos para consultoría técnica regional al CERI respectivo.

6.5.2.5.2 Elabora planes de prevención y control de TB.

6.5.2.5.3 Procesa, analiza e informa sobre sus actividades, al nivel superior de CE PCT.

6.5.2.5.4 Gerencia de recursos humanos y financieros.

6.5.2.5.5 Gerencia social para el apoyo, la prevención, el tratamiento, recuperación y rehabilitación de población en riesgo y afectados.

6.5.2.5.6 Monitorea, evalúa y supervisa las actividades de TB en los CEC

6.5.2.5.7 Vigilancia operacional, epidemiológica y social.

6.5.2.5.8 Mejoramiento continuo y gestión de la calidad.

6.5.2.5.9 Implementación de sistemas de información electrónicos.

6.5.2.5.10 Desarrollo de abogacía y políticas publicas en su nivel.

6.5.2.5.11 Fortalecimiento de la Intersectorialidad y desarrollo de alianzas estratégicas en su nivel.

6.5.3 Nivel Comunitario

6.5.3.1 Actividades prestacionales.

6.5.3.1.1 Prestación de salud a la población en riesgo y afectados, considerando niveles óptimos de control de infecciones en su jurisdicción.

6.5.3.1.2 Diagnostico operacional, clínico, de laboratorio e imágenes, en su nivel.

6.5.3.1.3 Solicita evaluación al consultor local en casos de TB de alta complejidad.

6.5.3.1.4 Presentación de expedientes al CERI.

6.5.3.1.5 Tratamiento medico, con el seguimiento correspondiente, con participación de agentes comunitarios.

- 6.5.3.1.6 Consejería de pares realizada por personas afectadas integradas al equipo de salud.
- 6.5.3.2 En Control de Infecciones**
 - 6.5.3.2.1 Ejecuta y monitorea el control de infecciones en su jurisdicción.
- 6.5.3.3 En docencia, capacitación e investigación**
 - 6.5.3.3.1 Elabora y ejecuta planes de capacitación.
 - 6.5.3.3.2 Da asistencia técnica a otros establecimientos locales.
 - 6.5.3.3.3 Identifica, selecciona y capacita promotores de salud y pares de personas afectadas.
 - 6.5.3.3.4 Desarrolla investigación clínica, epidemiológica, operacional, económica, tecnológica y social a nivel local.
 - 6.5.3.3.5 Participa en investigaciones nacionales e internacionales.
- 6.5.3.4 En infraestructura y equipamiento**
 - 6.5.3.4.1 Recomienda y establece normas sobre infraestructura y equipamiento necesarios para los CE PCT.
- 6.5.3.5 En Gestión**
 - 6.5.3.5.1 Análisis y difusión de la situación local.
 - 6.5.3.5.2 Elabora, desarrolla planes locales.
 - 6.5.3.5.3 Monitorea, evalúa y supervisa las actividades de TB en su jurisdicción.
 - 6.5.3.5.4 Realiza vigilancia operacional, epidemiológica y social.
 - 6.5.3.5.5 Realiza planes de mejoramiento continuo y gestión de la calidad.
 - 6.5.3.5.6 Implementa sistemas de información electrónicos.
 - 6.5.3.5.7 Desarrolla abogacía y políticas públicas.
 - 6.5.3.5.8 Fortalece la Intersectorialidad y desarrolla alianzas estratégicas en su jurisdicción.
 - 6.5.3.5.9 Gerencia social para el apoyo, la prevención, el tratamiento, recuperación y rehabilitación de población en riesgo y afectados en su jurisdicción.
 - 6.5.3.5.10 Integración de representantes de afectados en la gestión de su jurisdicción.
 - 6.5.3.5.11 Actualización y mapeo de inventarios sociales y aliados estratégicos.
 - 6.5.3.5.12 Formulación de proyectos de gestión social para la prevención, el tratamiento, recuperación y rehabilitación del afectado en su jurisdicción.
 - 6.5.3.5.13 Implementación de un plan de vigilancia comunitario desde una perspectiva de familias y entornos saludables en coordinación con los responsables de promoción de la salud.
 - 6.5.3.5.14 Facilitar la organización de las personas afectadas y la implementación de la estrategia de ayuda mutua (consejería de pares)
 - 6.5.3.5.15 Implementación de actividades de capacitación que aseguren el desarrollo de capacidades de gestión social en el personal de salud y agentes comunitarios.
 - 6.5.3.5.16 Fortalecimiento de capacidades, monitoreo y seguimiento del agente comunitario para la atención DOTS PLUS, como parte de una organización comunitaria.

6.6 INDICADORES

Los indicadores se construyen en base a los criterios de calificación; estos contribuyen al desarrollo inicial de los CE PCT, y se establecen para estructura, procesos y resultados (Anexo 7).

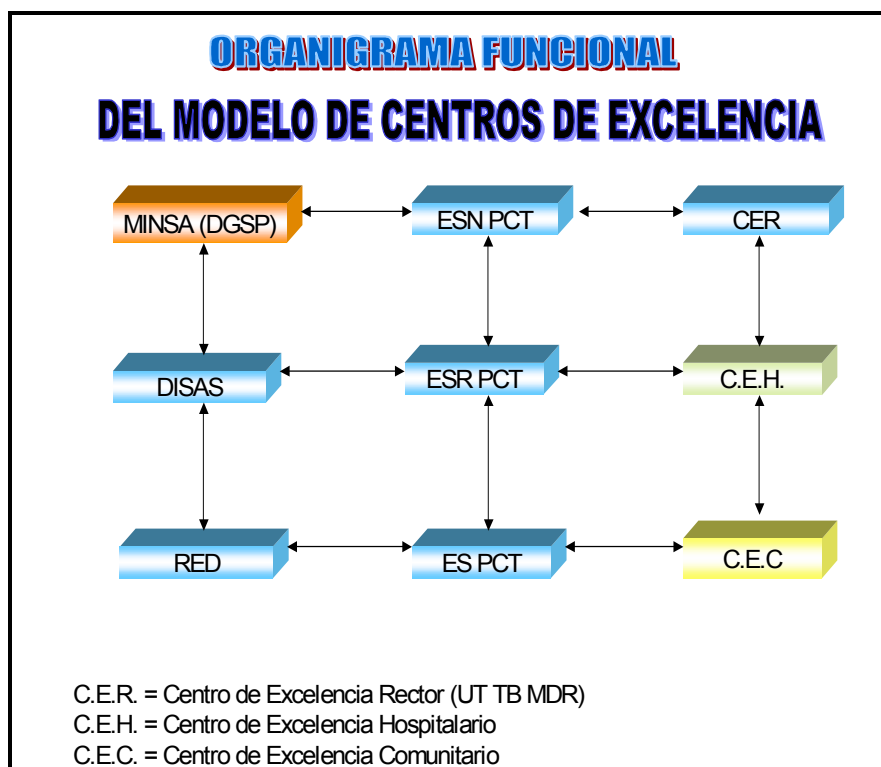
6.7 CERTIFICACION

La ESN PCT es la encargada de la certificación de los CE PCT, para lo cual coordinara con la Dirección Ejecutiva de Calidad la elaboración de la guía de certificación.

El mínimo de puntaje para ser **calificado** como CE PCT es de 85% (37 puntos). Se considera en **proceso** cuando el establecimiento alcanza entre 70 y 84% y **no califica** cuando el establecimiento alcanza menos de 70%. Los establecimientos **en proceso** tendrán un plazo no mayor de 3 meses, y los considerados **no aceptable** 6 meses para la absolución de las observaciones.

7 ANEXOS

Anexo N° 1



ANEXO 2

EQUIPOS TÉCNICOS DE LOS CE PCT.

El equipo de salud de los Centros de Excelencia, dependiendo del nivel de complejidad, lo conducen los equipos de gestión del nivel nacional, regional y local respectivos.

De acuerdo a nivel de complejidad, los Equipos Técnicos de Salud se podrán conformar como sigue, de acuerdo a necesidad y disponibilidad:

- ***Equipo Técnico del Centro de Excelencia Rector:*** Equipo conducido por la ESN PCT y conformado por Médicos Neumólogos; Infectólogo; Epidemiólogo; Enfermeras de campo; Estadístico; Trabajadora Social, Digitadores; Secretaria, y otros.
- ***Comité de Evaluación de Retratamientos Nacional:*** esta conformado oficialmente por un representante de la ESN PCT; Médicos consultores acreditados por la ESN PCT; representante del Instituto Nacional de Salud; Coordinadores y profesionales de salud invitados por la ESN PCT: Sanidad de la Policía Nacional; EsSalud; Fuerzas Armadas; Instituto Nacional Penitenciario (INPE) y otros.
- ***Equipo Técnico del Centro de Excelencia Hospitalario.*** Será conformado, mediante Resolución Directoral, por el Coordinador de la Estrategia Sanitaria de PCT, Enfermera y Técnicos de Enfermería e incorpora a Médicos tratantes Neumólogos, Pediatras, Infectólogos y Cirujanos de Tórax, así como Patólogos Clínicos, Radiólogos, Psiquiatras; Médicos consultores acreditados; profesionales responsables del Laboratorio de Tuberculosis, Técnicos de laboratorio, Profesionales en Trabajo Social, Psicología, y Nutrición, así como a otros especialistas médicos y profesionales de salud de otras áreas.
- ***Nivel Centro de Excelencia Comunitario:***

Equipo conformado mediante Resolución Directoral de acuerdo al nivel correspondiente por: Médico; Enfermera; Trabajadora Social, Laboratorista, Psicólogo y Técnicas de Enfermería, del Establecimiento de Salud respectivo, de acuerdo a necesidad y disponibilidad.

En este nivel, de acuerdo a la disponibilidad se pueden integrar otros Profesionales de la Salud: Nutricionista, Psicólogo, Tecnólogos Médicos en Laboratorio Clínico o Biólogo, Tecnólogo Médico en Radiología y otros.

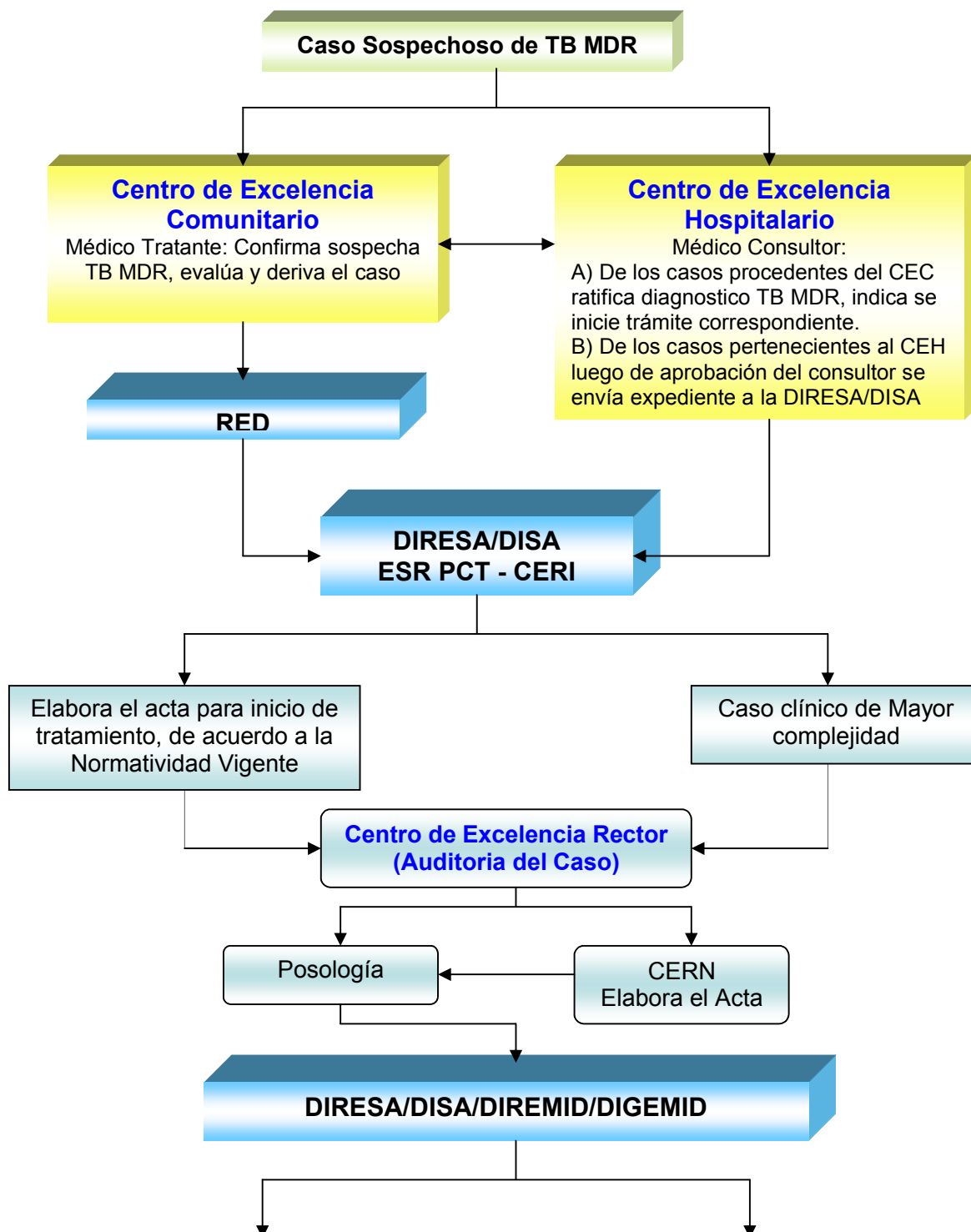
El equipo de gestión de la DISA O DIRESA respectiva es responsable del apoyo técnico, administrativo y operativo, especialmente a través de las oficinas de: Logística, Economía, Recursos Humanos y Capacitación, Estadística e Informática, Calidad, Unidad de Mantenimiento y otros de ser necesario y estar disponibles, para el aseguramiento y garantía de la calidad necesarios para el desarrollo de los CE PCT.

Se debe tener en cuenta la incorporación de representantes del gobierno local, de organizaciones de base comunitaria, religiosas, académicas, gubernamentales y no

gubernamentales, personas afectadas por TB organizadas, promotores comunitarios y otros.

Anexo 3

DINAMICA DE ATENCION EN LOS CENTROS DE EXCELENCIA





**Centro de Excelencia
Comunitario**

Inicio de tratamiento
supervisado



**Centro de Excelencia
Hospitalario**

Inicio de tratamiento
supervisado

Anexo 4

Consideraciones para Fortalecer la Infraestructura de CE PCT

1 Lo más importante es tener ambientes con buena ventilación y conservación de la confidencialidad de la persona afectada por TB.

Buena Ventilación: es cuando el área tiene más de 12 cambios de aire hora (CAH), y un volumen de 600 metros cúbicos de aire por hora de ventilación por persona. La ventilación natural se aprovecha abriendo ventanas, puertas y tragaluces en el techo. Mejor si las ventanas son muy amplias y altas, además que conservan la confidencialidad.

Conservación de la confidencialidad: es cuando el área impide que otras personas puedan observar e identificar a la persona afectada.

2 Otras consideraciones de ventilación:

Dimensiones de la infraestructura: se recomienda que tenga 2 metros cúbicos por persona ocupante (incluido el personal de salud) ¹⁴, el techo por encima de tres metros (denominado techo alto), que permita una mejor ventilación total ¹⁵, especialmente en las áreas de personas afectada con TB, donde debe considerar la mejor ventilación por persona. Para esto se debe priorizar la disminución del número de personas que se atienden en ambientes pequeños; dejando como ultima alternativa el incremento mecánico de CAH. De no tener techo alto, lógicamente, debe cumplir los criterios de mas de doce CAH y 600 (o mas) metros cúbicos de aire por hora por persona.

Delimitación de Areas con riesgo de transmisión de TB. Para la adecuación, o implementación de infraestructura el CE PCT debe delimitar las áreas de riesgo de transmisión de TB, identificándolas, rotulándolas y estableciéndolas. La delimitación también consiste en establecer que la persona afectada con TB no podrá circular por otras áreas sin medidas de bioseguridad y el personal de salud deberá cumplir los manuales de procedimientos.

Norma de bioseguridad en TB. Es una norma general que debe considerar la buena ventilación, y el aislamiento físico de TB en todo el establecimiento de salud.

Manuales de Procedimientos. Son específicos para el ejercicio de las funciones del personal de salud, en relación a uso de los ambientes, por ejemplo uso de respirador en áreas de personas afectadas con TB.

Aislamiento para pacientes con TB. Es física y normativa basada en la delimitación de áreas de riesgo, normas de bioseguridad y los manuales de procedimientos, inmediatamente a la identificación de una persona afectada por TB.

3 Áreas de atención. Considerando pacientes con diferente riesgo de TB. Se presentan cuatro áreas.

- A. **Áreas de Consulta Externa de personas afectadas con TB.** Su presencia determina el área como de riesgo de transmisión de TB. El CE PCT deberá delimitar estas áreas de transmisión. Esto quiere decir que son áreas físicamente identificadas, rotuladas y establecidas, y a su vez la persona afectada con TB, no podrá circular por otras áreas sin normas de bioseguridad adecuadas (por ejemplo, el traslado de un paciente BK positivo, al servicio sin TB, usando mascarilla quirúrgica).

Estas áreas incluyen, en primer lugar ***el ambiente para la administración de tratamiento antituberculosis directamente observado ambulatorio***. Este ambiente debe cumplir con la ventilación mayor de doce CAH, para dos metros cúbicos por persona, con más de 600 metros cúbicos de aire por hora como ventilación total por persona, aprovechando el aire prevalente del área geográfica, abriendo ventanas altas y amplias, puertas y claraboyas.

De acuerdo a la experiencia de cada CE PCT, los servicios de mayor afluencia de pacientes con TB son el servicio de emergencia, la ES PCT, y consultorios externos donde acude con alguna frecuencia el paciente con TB y especialmente con TB MDR o Coinfección TB VIH (como Otorrinolaringología, Psicología, Psiquiatría, Dermatología, Cardiología, Infectología, Servicio de Rayos X y Patología Clínica).

- B. **Áreas de consultorio Externo sin personas afectadas con TB.** Determinadas por cada CE PCT, por ejemplo, Oftalmología, Banco de Sangre, Neurocirugía, Neonatología, Gineco-Obstetricia, Traumatología y Medicina física y Rehabilitación; pudiendo también establecer incorporar en estas áreas, de atención externa que usualmente atienden pacientes en control de tratamiento que se sabe que no tienen TB.
 - C. **Áreas de Hospitalización de personas afectadas con TB.** Deben establecer salas de aislamiento exclusivo (especialmente Medicina, UCI, Cirugía, Sala de Recuperación de Cirugía, Sala de Exámenes Especiales de Neumología) con más de 12 CAH, dando prioridad a la ventilación natural y la ventilación total por persona (mayor de 600 metros cúbicos de aire por hora por persona), aprovechando el aire prevalente (aire que tiene, en forma natural, el área geográfica) que ingresa por ventanas, puertas, claraboyas (por ejemplo) y estableciendo una antesala de ingreso, para que el aire contaminado del interior no salga a los pasadizos.
 - D. **Áreas de Hospitalización de personas no afectadas de TB.** En estas áreas se deberán hospitalizar casos demostrados de no TB. Deben cumplir criterios de buena ventilación, con ambientes de máximo dos personas, con 1 metro y medio mínimo de distancia entre las dos camas.
- 4 **Salas de Espera.** No se deben usar los pasadizos como salas de espera. Las salas de espera también deben cumplir criterios de buena ventilación y de la mejor ventilación por persona.

ANEXO N° 5

Política de Control de Tuberculosis en Trabajadores de Salud

Se considera “trabajador de salud” a todo personal nombrado, contratado o jubilado, practicante o profesional, realizando actividades, laborando o estudiando en el establecimiento de salud.

Las actividades que deben ser fortalecidas en los establecimientos de salud son las siguientes:

Plan anual de despistaje de TB en trabajadores de salud. Se realizará en trabajadores sanos con prueba de diagnóstico de infección latente (Prueba de tuberculina u otras con la debida valoración) y foto-radiografía. En trabajadores con sospecha de TB, se debe realizar la correspondiente evaluación clínica incluyendo Investigación Bacteriológica en TB principalmente en los Sintomáticos Respiratorios. Finalmente el equipo de la ES PCT, al diagnosticar Infección o Enfermedad TB, deberá decidir por quimioprofilaxis o tratamiento de la enfermedad según el caso.

Al momento de iniciar como “trabajador de salud” deberá pedírsele completar el cuestionario para detección de factores de riesgo para TB-MDR de la ESN-PCT.

En los centros de salud y hospitales no se recomienda:

1. Hospitalizar en una misma sala a pacientes a:
 - a. sintomáticos respiratorios con pacientes que no lo son.
 - b. pacientes con Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo (TBP-FP) con aquellos con frotis negativo.
 - c. pacientes con TBP-FP junto con pacientes con TB-MDR.
 - d. pacientes con infección VIH y sin TB, junto con paciente con comorbilidad TB/VIH,
 - e. pacientes con VIH y TBP-FP junto con pacientes con VIH y TB-MDR o TBXDR.
2. Utilizar biombos en las salas de hospitalización.
3. Los Trabajadores de salud con enfermedad inmunológica o crónica (infección VIH, Diabetes, con corticoterapia prolongada u otros), laboren en áreas de atención de pacientes con tuberculosis.
4. Trabajador de salud con diagnostico de TBP FP labore o se reincorpore antes de la conversión bacteriológica.

Anexo 6

Sistema de Capacitación en los CE PCT

Para asegurar que el personal de los CE PCT fortalezca y desarrolle las competencias necesarias, implementará el Sistema de Capacitación (SISCAP). Mediante el SISCAP el coordinador, con el equipo multidisciplinario de la ES PCT y el equipo de gestión del CE PCT diseña, ejecuta y evalúa las actividades de capacitación que permitan desarrollar competencias y lograr objetivos de capacitación en el personal asistencial y administrativo, así como en los promotores de salud y personas afectadas por la enfermedad.

a. Objetivos específicos del SISCAP:

1. Mantener un registro de problemas y de actividades de problematización de CE PCT, como experiencias previas base para la interacción de los participantes de la capacitación con su realidad y realizar aprendizajes significativos.
2. Definir y priorizar las actividades de capacitación para el desarrollo, fortalecimiento y sostenibilidad del CE PCT en coordinación con la Unidad de Capacitación del Hospital, Dirección de Salud o Dirección Regional de salud respectiva.
3. Organizar las actividades de capacitación con un enfoque pedagógico orientado al análisis crítico de la práctica y la solución de problemas en forma científica, técnica, operacional, original y creativa, al desarrollar competencias y capacidades significativas y útiles para el desempeño personal, trabajo en equipo y el mejoramiento de procesos del CE PCT.
4. Fortalecer las capacidades del personal según niveles de complejidad y de acuerdo a las necesidades de cada Centro de Excelencia y la jurisdicción a la que pertenece. Esto quiere decir que las actividades deben manejar un enfoque de diseño y lenguaje apropiado al nivel profesional, no profesional o comunitario de la audiencia de los eventos de capacitación.
5. Capacitar de acuerdo a los niveles básico, intermedio y avanzado, en relación al cargo y funciones. Así mismo la capacitación tendrá como fines la inducción, formación, complementación, actualización, y/o especialización. También el SISCAP debe proponer acciones ante situaciones recurrentes en las organizaciones como la capacitación preventiva y la capacitación correctiva.
6. Priorizar la metodología pedagógica constructivista de problematización o análisis crítico de la realidad y modelo didáctico operativo, conformado por los momentos didácticos: experiencias vivenciales, reflexión o conceptualización, documentación y finalmente la ampliación y la aplicación del conocimiento adquirido. De esta manera deberán utilizar herramientas didácticas adecuadas o seleccionadas para cada momento didáctico.

b. Contenidos de las capacitaciones:

De acuerdo a la prioridad sanitaria de cada CE PCT, considerar entre los contenidos referidos a: tiempos de procesos estigma y discriminación, control de infecciones, manejo

de TB sensible, manejo de TB MDR, manejo de morbilidad TB/VIH, cultura organizacional y gestión del cambio, calidad de atención, relaciones humanas, mejoramiento del clima laboral, nutrición, indicadores epidemiológicos, gestión organizativa, supervisión y capacitación, abogacía y derechos humanos.

c. Recursos humanos del SISCAP.

Conformado por facilitadores capacitados y especializados por temas, estos pueden ser integrantes del equipo local, regional, nacional o invitados de otros países de acuerdo a disponibilidad y necesidad.

d. Recursos materiales del SISCAP.

Considerar que los ambientes sean adecuados e implementados con equipos audiovisuales, documentos técnicos, material educativo y de escritorio necesarios.

e. Financiamiento de la capacitación:

Para la implementación del SISCAP se pueden utilizar recursos financieros procedentes de la Unidad Ejecutora respectiva y/o de cooperación nacional o externa de acuerdo a necesidades y disponibilidad.

f. Gestión de la capacitación

La gerencia de capacitación es conducida por el CE Rector que realiza el seguimiento de las actividades de capacitación en los CE hospitalarios y comunitarios, los que a su vez elaboran planes de capacitación que deben estar incluidos en los planes operativos institucionales respectivos. El coordinador de la ES PCT de cada CE es el responsable de capacitación que implementará el SISCAP y elabora el informe de evaluación anual en su respectivo CE PCT.

Para la implementación del SISCAP cada coordinador realiza el análisis situacional de las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas para la capacitación en su respectivo CE PCT. Así mismo identifica facilitadores, tutores, docentes acreditados por la ESN PCT.

El coordinador con el equipo del CE evalúa el SISCAP semestral y anualmente.

Para la sostenibilidad del SISCAP:

- Los CE PCT deben mantener informada a la comunidad sobre sus actividades, avances y logros, recibiendo observaciones, sugerencias y apreciaciones, generando compromisos para su mantenimiento y consolidación.
- Los CE PCT deben promover la realización de convenios con diferentes instituciones civiles y educativas locales, regionales, nacionales e internacionales para el apoyo mutuo que permita darle continuidad a los programas de capacitación.

Anexo 7

Indicadores de Calificación, Monitoreo y Supervisión de los Centros de Excelencia para la Prevención

y Control de Tuberculosis

Se considera "Cumple parcialmente" cuando el verificador está en proceso.

Indicadores de Estructura

Criterios	Indicador	Descripción	FORMULA DE CALCULO	Verificador	CEH PCT	CEC PCT	Valor
6.3.1.1.1. y 6.3.2.1.1	1. CE para la prevención y control de TB que cuentan con equipos multidisciplinarios formalmente establecidos	Es el establecimiento que asigna formalmente al equipo multidisciplinario y capacitado, de acuerdo a nivel incluyendo a la comunidad organizada y representante de personas afectadas.	Indicador cualitativo	Resolución Directoral	SI	SI	0= No cumple; 1= Cumple parcialmente(en proceso); 2= Cumple
6.3.1.1.2. y 6.3.2.1.2	2. Compromiso Político. CE que incluyen en los POI y planes estratégicos actividades de los componente de la ESN-PCT según nivel	Establecimientos de Salud considerados C.E que incorporan en el POI y PE actividades de los componente de la ESN-PCT.	Indicador cualitativo	Plan Operativo Institucional aprobado con RD.	SI	SI	0= No cumple; 1= Cumple parcialmente; 2= Cumple
6.3.1.1.3. y 6.3.2.1.3	3. Estudio Flujos de aire. CE que cuenta con el estudio de flujo de aire relacionado a TB.	El establecimiento de salud realiza el estudio de flujos de aire en relación al control de infección por TB en el establecimientos de salud.	Indicador cualitativo	Informe Técnico	SI	SI	0= No cumple; 1= Cumple parcialmente; 2= Cumple
6.3.1.1.3. y 6.3.2.1.3	4. Ventilación adecuada. CE que adecuen los flujos de aire en los ambientes de atención.	El establecimiento de salud realiza la adecuación de flujos de aire en los ambientes sugeridos en el informe técnico para la prevención y control de infección por TB.	Indicador cualitativo	Informe Técnico de la adecuación ejecutada (Observación directa)	SI	SI	0= No cumple; 1= Cumple parcialmente; 2= Cumple
6.3.1.1.3. y 6.3.2.1.3	5. Licencia IPEN. Departamentos o servicios de radiografías de los CE que aplican las normas de mantenimiento preventivo y del IPEN	El departamento o servicio de radiografías del establecimiento de salud cumple con la norma de mantenimiento preventivo y del Instituto Peruano de Energía Nuclear.	Indicador cualitativo	Cronograma anual de mantenimiento e informe respectivo.	SI	SI	0= No cumple; 1= Cumple parcialmente; 2= Cumple
6.3.1.1.3. y 6.3.2.1.3	6. Bioseguridad en el Laboratorio TB. Laboratorios que cumplen los criterios de bioseguridad de acuerdo al respectivo nivel.	Los laboratorios de los centro de excelencia, reúnen con los criterios de bioseguridad según nivel de complejidad.	Indicador cualitativo	Informe	SI	SI	0= No cumple; 1= Cumple parcialmente; 2= Cumple
6.3.1.1.3. y 6.3.2.1.3	7. Comunicación Virtual. Centro de excelencia cuenta con sistema de información operativo en red.	El establecimiento de salud, Centro de Excelencia, cuenta con un sistema de información operativo en red.	Indicador cualitativo	Informe de Supervisión	SI	SI	0= No cumple; 1= Cumple parcialmente; 2= Cumple

Indicadores de Procesos

Criterios	Indicador	Descripción	Indicador	Verificador	CEH PCT	CEC PCT	Valor
6.3.1.2.1. y 6.3.2.2.1	8. S.R.Esperados son examinados.	Al finalizar un periodo el EE.SS logra examinar al 100% de los Sintomáticos Respiratorios Esperados (S.R.E)	$\frac{S.R.Ex}{S.R.E} \times 100$	Informe Operacional	SI	SI	0= No cumple; 2= Cumple
	9. Mayor proporción de Casos TBP solo cultivo positivo en relación los casos TBP diagnosticados.	Centro de Excelencia Hospitalario que presenta mayor proporción de Casos TBP solo cultivo positivo en relación a los casos Nuevos de TBP diagnosticados	$\frac{TBP \text{ solo cultivo positivo}}{TBP} \times 100$	Informe Operacional	SI		0= No cumple; 2= Cumple
	10. Proporción de casos de TB confirmados.	Centro de Excelencia Hospitalario que realiza procedimientos de alta complejidad para lograr confirmar el diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar.	$\frac{N^{\circ} \text{ casos TB extrapulmonar confirmados}}{N^{\circ} \text{ total de casos TB Extrapulmonar}} \times 100$	Informe Operacional	SI		0= No cumple; 2= Cumple
	11. Alrededor, o mas de 97% de SER BK positivos son ingresados como casos de TBP Nuevos con FP.	Centro de Excelencia Comunitario que presenta 97% de SER con BK positiva son ingresados como casos de TBP FP en el establecimiento de salud.	$\frac{N^{\circ} \text{ casos Nuevos TBP FP}}{SER \text{ BK positivos}} \times 100$	Informe Operacional		SI	0= No cumple; 2= Cumple

**Indicadores de Calificación, Monitoreo y Supervisión de los Centros de Excelencia para la Prevención
y Control de Tuberculosis**

Indicadores de Procesos (continua)

Criterios	Indicador	Descripción	Indicador	Verificador	CEH	CEC	Valor
6.3.1.2.4. y 6.3.2.2.4	19. Centros de excelencia que realizan supervisiones a los CE de menor complejidad	Los centros de excelencia realizan supervisiones por niveles a los centros de excelencia de menor complejidad	Nº de supervisiones realizadas a los centros de excelencia de su jurisdicción.	Informes	SI	SI	0= No cumple; 1= Cumple parcialmente; 2= Cumple
6.3.1.2.4. y 6.3.2.2.4	20. Pacientes con TB con detección de infección VIH	El Centro de excelencia realiza examen de laboratorio para la detección de infección VIH a las personas afectadas por TB.	$\frac{\text{Nº de PATs con exámenes de VIH}}{\text{Nº de PATs diagnosticados}} \times 100$	Informes	SI	SI	2= No cumple; 2= Cumple
6.3.1.2.4. y 6.3.2.2.4	21. Personas viviendo con VIH (PVV) con descarte de TB.	El Centro de excelencia realiza Investigación Bacteriológica de TB a las PVV.	$\frac{\text{Nº de PVV con exámenes bacteriológicos realizados}}{\text{Nº de PVV diagnosticados}} \times 100$	Informes	SI	SI	2= No cumple; 2= Cumple
6.3.1.2.4. y 6.3.2.2.4	22. Personas con TB y en TARGA	El Centro de excelencia administra Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad para infección VIH en personas afectadas por TB.	$\frac{\text{Nº de Afectados con TB en TARGA}}{\text{Nº de afectados con TB}} \times 100$	Informes	SI	SI	2= No cumple; 2= Cumple
6.3.1.2.4. y 6.3.2.2.4	23. Exámenes radiológicos a pacientes con TB	El Centro de excelencia realiza estudios radiológicos a las personas afectadas por TB.	$\frac{\text{Nº de PATs con exámenes radiológicos realizados}}{\text{Nº de PATs con indicación examen radiológico}} \times 100$	Historia clínica	SI	SI	2= No cumple; 2= Cumple
6.3.1.2.5. y 6.3.2.2.5	24. Centro de excelencia cuenta con Plan de Capacitación	Centro de excelencia cuenta con un plan de capacitación específico en TB basado en el SISCAP.	Indicador cualitativo	Plan de capacitación e Informe de lo ejecutado	SI	SI	0= No cumple; 1= Cumple parcialmente; 2= Cumple
6.3.1.2.5. y 6.3.2.2.5	25. Centro de excelencia incorporado en el Plan Mejora continua.	Centro de excelencia elabora e implementa proyectos de mejora continua para fortalecer los procesos de la atención integral en su población objetivo y en personas afectadas de TB.	Indicador cualitativo	Proyecto implementado	SI	SI	0= No cumple; 1= Cumple parcialmente; 2= Cumple
6.3.1.2.5. y 6.3.2.2.5	26. Centro de excelencia realiza acciones de IEC dirigidas a la Población objetivo y PATs.	El establecimiento de salud mantiene informada de TB a su población objetivo a las personas afectadas con enfoque de interculturalidad.	Indicador cualitativo	Informes	SI	SI	0= No cumple; 1= Cumple parcialmente; 2= Cumple

Indicadores de Resultados

Criterios	Indicador	Descripción	Indicador	Verificador	CEH	CEC	Valor
6.3.1.3.1. y 6.3.2.3.1	27. Proporción de casos de TBP FP curados que recibieron esquema UNO	Centro de Excelencia que logra curar a pacientes con TBP FP con esquema UNO en un % mayor del último periodo evaluado.	$\frac{\text{Nº de casos de TBP FP curados que recibieron Esq. UNO}}{\text{Nº Total de casos TBP FP que recibieron Esq. UNO y que ingresaron a la Cohorte}} \times 100$	Estudios de cohorte semestral	SI	SI	0= No cumple 2= Cumple
6.3.1.3.1. y 6.3.2.3.1	28. Proporción de casos de TBP FP que recibieron esquema UNO y que abandonan el tratamiento	Centro de excelencia que disminuye la tasa de abandonos por debajo del último periodo evaluado	$\frac{\text{Nº de casos de TBP FP que recibieron Esq. UNO y que abandonan tratamiento}}{\text{Nº Total de casos TBP FP que recibieron Esq. UNO y que ingresaron a la Cohorte}} \times 100$	Estudios de cohorte semestral	SI	SI	0= No cumple 2= Cumple
6.3.1.3.1. y 6.3.2.3.1	29. Pacientes TB MDR con conversión bacteriológica	El establecimiento de salud logra conversión bacteriológica al sexto mes de tratamiento en el 75% de pacientes en tratamiento por TB MDR.	$\frac{\text{Nº de casos de TB MDR que convierten a baciloscopia negativa en Tratamiento con Esq. Estandarizado}}{\text{Nº de casos de TB MDR en Tratamiento con Esq. Estandarizado}} \times 100$	Estudios de cohorte de Retratamiento por TB MDR	SI	SI	0= No cumple 2= Cumple

8. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

1. Plan Regional de Tuberculosis 2006 – 2015. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. ISBN 92 7 532673 8. Organización Panamericana de la Salud, 2005.
2. Global tuberculosis control. Surveillance, planning, financing. WHO report 2008. WHO/HTM/TB/2008.393.
3. Informe de Gestión Año 2006. Tuberculosis en el Perú. Estrategia Sanitaria Nacional de prevención y Control de la Tuberculosis. Dirección General de Salud de las Personas. Ministerio de Salud. Perú.
4. Antituberculosis drug resistance in the world. Fourth Global Report. The WHO/IUATLD Global Project on Anti-tuberculosis Drug Resistance. 2002-2007. WH/HTM/TB/2008.394
5. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Modulo I-VIH “Atención integral de las PPL con VIH-SIDA: Profilaxis y manejo de la coinfección VIH-TB y otras enfermedades oportunistas”. 2007. Página 21.
6. Instrumento Normativo: “Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis”. R M No 383-2006/MINSA.
7. Norma Técnica “Actualización de la Atención de Pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente (TB MDR). RM 162-2005.
8. Consejería en TB, Coinfección TB/VIH y TB MDR. Documento Normativo N° 1148-2006. MINSA.
9. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. “Manual de atención de Tuberculosis, Tuberculosis Multidrogoresistente y VIH en Establecimientos Penitenciarios”. 2006. Páginas 71-75.
10. Castaño Yépez, Ramón Abel. Centros de Excelencia: Calidad, Eficiencia y competitividad para la exportación de servicios. Facultad de Economía. Universidad del Rosario. Documento original.
11. Menzies R, et al. *Measuring ventilation of patient care areas in hospitals. Description of a new protocol*. Am J Respir Crit Care Med, 1995. 152 (6Pt 1):p. 1992-9.
12. Jensen PA, et al. *Guidelines for preventing the transmisión of Mycobacterium tuberculosis in health-care settings*, 2005. MMWR Recomm Rep, 2005. 54(17):p 1-141.
13. *Guidelines for preventing the transmisión of Mycobacterium tuberculosis in health care facilities, 1994. Centres for Disease Control and Prevention*. MMWR. Recomm Rep, 1994. 43(RR-13):p. 1-132.

14. Nardell, EA, et al. *Airborne infection. Theoretical limits of protection achievable by building ventilation*. M Rev Rspir Dis. 1991. 144(2): p. 302-6.
15. Beggs CB, et al. *The transmisión of tuberculosis in confined spaces: an analytical review of alternative epidemiological models*. Int J Tuberc Lung Dis, 2003. 7(11):p. 1015-26
16. http://www.who.int/tb/strategy/stop_tb_strategy/en/index.html, accesado el 29 de Abril del 2008.