



Guía de trabajo para el control de la tuberculosis en Municipios Prioritarios o Grandes Ciudades

(Incidir en el rompimiento de la cadena de transmisión)

I. Introducción

Es ampliamente reconocido que la carga de TB es mayor en las zonas urbanas que en las rurales, tanto en países desarrollados como en desarrollo, atribuible en gran parte a las condiciones de vida de las poblaciones que habitan los barrios marginales.

El crecimiento de las áreas urbanas se ha atribuido al postulado de que la industrialización atrae la migración de habitantes procedentes de áreas rurales y de ciudades pequeñas incluso traspasando fronteras, en la búsqueda de mejor calidad de vida, mayores posibilidades de trabajo y salario, así como acceso a diferentes servicios sociales.

Los barrios marginales son las áreas con mayor densidad de población de las grandes ciudades, la construcción de viviendas en general no sigue los estándares mínimos de construcción recomendados con altos riesgos de contaminación, deslizamientos y/o desplome. A este hecho se añade que en una vivienda habitan varias familias con importante hacinamiento, precarios servicios de agua, saneamiento básico y electricidad; Las condiciones de vivienda representan un indicador socio-económico de salud y bienestar, puesto que viviendas con bajos estándares de construcción y hacinamiento están asociados con la pobreza, con grupos étnicos específicos y con la mayor susceptibilidad a enfermedades entre ellas a la TB.

II. Objetivo general:

Proponer una metodología estratégica para el control de la TB con etapas y actividades que faciliten una atención de salud integral, con un enfoque inter-programático e intersectorial, coordinado con diferentes actores y sectores para el abordaje a los principales determinantes sociales.

III. Propósitos:

1. Llevar a cabo una evaluación epidemiológica completa, a partir de indicadores clave y sus criterios correspondientes de evaluación, principalmente de aquellos que nos ayudan a identificar si estamos cortando la cadena de transmisión, por ejemplo los señalados en el cuadro 1; con el propósito de identificar y comprender la distribución de la carga de la enfermedad, así como las áreas geográficas con una carga especialmente elevada de TB.

2. Realizar una evaluación los servicios de salud e identificar otros posibles aliados que pudieran tener disponibilidad de apoyos para las personas afectadas por TB, así como conocer las barreras socioculturales y económicas a las que se enfrentan las personas con TB, desde la aparición de los síntomas hasta completar el tratamiento de la TB.

3. Cotejar la evaluación epidemiológica con los servicios de salud disponibles, para identificar las acciones necesarias y priorizar las intervenciones con probabilidad de tener una mayor eficacia e impacto y con ello usar dicho análisis para asignar o reasignar los recursos disponibles o bien la posibilidad de movilizar nuevos recursos.

IV. Metodología

Para controlar la TB eficientemente en los municipios prioritarios (alta carga de tuberculosis), deben efectuarse actividades que permitan la inclusión de las diferentes autoridades de salud, los diversos sectores del gobierno central, local y municipal, todos los proveedores de salud y las comunidades de los municipios.

El modelo de trabajo contempla las siguientes etapas esenciales y secuenciales, que definen las actividades encaminadas al logro del objetivo general y que de manera esquemática intenta facilitar su abordaje conjunto, para el control de la TB en áreas focalizadas, partiendo desde el Compromiso Político y hasta el monitoreo y evaluación de los alcances.

Modelo adaptado para el abordaje multidisciplinario para el control de la Tuberculosis en Grandes Ciudades



Cuadro 1: Indicadores Clave para Romper la Cadena de Transmisión en TB

INDICADOR	BUENO	REGULAR	MALO
Porcentaje de casos diagnosticados en hospitalización	<10	10 -20	> 20
Diagnóstico tardío (casos con 3 o más cruces en la Bk)	<10	10 -25	> 25
Porcentaje de curación	>86	80-86	< 80
Porcentaje de abandono	<3	3 - 5	>5
Porcentaje de fracaso	<1	1-2	>2
Promedio de contactos estudiados por caso	≥5	>2 - <5	≤2
Porcentaje de casos encontrados entre los contactos estudiados	≥3	>1- <3	≤1

Cuadro 2. Resultado de indicadores clave en 26 Municipios Prioritarios (Grandes Ciudades)

MUNICIPIO	% HOSPITALIZACIÓN			% DIAGNÓSTICO TARDÍO			% CURACIÓN			% ABANDONO			% FRACASO			PROMEDIO DE CONTACTOS ESTUDIADOS POR CASO			% DE CASOS ENCONTRADOS ENTRE CONTACTOS		
	2014	2015	2016*	2014	2015	2016*	2014	2015	2016*	2014	2015	2016*	2014	2015	2016*	2014	2015	2016*	2014	2015	2016*
Ensenada	15.9	19	22.0	41.7	26	51.0	50	47	68.5	9.4	12	6.5	0	0.7	0.0	3	3.1	4.0	4.5	3.1	2.5
Mexicali	11	11.2	13.4	31.8	31	36.7	43.2	47	37.6	25.3	19	11.8	0	3.5	2.4	3	3.1	2.5	4	3.5	6.7
Tijuana	22	23	23.0	46.2	45	42.5	42.5	35	26.0	16.3	22	10.4	0.9	1.9	0.0	2	2.9	2.3	1.1	0.6	1.9
Tapachula	13	7.5	8.6	38.1	33.5	33.2	86.7	73	68.1	5.1	6.6	4.4	2.6	0.8	1.8	3	3	2.6	0	0	1.9
Tuxtla Gutiérrez	16.2	13.5	13.0	48.1	38	47.5	80.4	67	69.0	8.2	2.3	3.4	3	0.8	0.0	3	3.4	3.5	1.8	0	0.0
Cd. Juárez	33.5	38	33.3	35.3	38	34.3	58.4	74	60.0	3.9	6.5	8.6	2.8	0.7	1.4	5	4.4	3.6	1.9	3.4	1.5
Chihuahua	37.7	38	38.4	26.5	35	16.4	71.6	91	90.7	9.9	3	4.7	0	0	2.3	5	4.3	4.2	1.9	5.8	1.0
Acapulco	5.2	9	9.1	28.3	28.2	28.0	82.3	81	66.7	3.1	3.2	3.0	2	3	4.4	2	2.5	3.2	0.4	0	0.5
Guadalajara	42.4	51	26.8	18.6	18	14.4	88.1	91	46.0	1.8	3.7	1.0	0	1.2	0.0	3	2.2	2.9	0.6	1	2.0
Puerto Vallarta	20.9	24	20.7	41.7	47	43.8	90.6	81	36.0	2.3	4.1	1.0	0	1.3	1.0	4	3.4	2.2	0	3.8	0.0
Zapopan	53.1	73.4	64.3	27.3	35.4	25.0	70.7	88	30.0	2.7	1.5	1.0	0	0	0.0	3	2.9	2.6	1.2	0	1.6
Guadalupe	0	30.6	23.0	30.2	27.2	29.9	70.5	79	46.8	3.8	3.2	11.4	8.3	0.8	3.8	4	3.1	2.4	1.6	0.5	1.3
Monterrey	29.8	20.3	23.7	32.5	11.4	29.7	65.6	66	59.0	4.4	5.6	6.5	4.9	4.0	5.0	4	3.4	3.5	3.1	0	2.6
Benito Juárez	46.2	45	33.2	36.2	30.2	30.9	61.8	63	59.4	5.9	5.3	10.9	2	5	0.0	3	3	2.8	0.9	0	1.2
Ahome	24.8	30	29.6	28.7	44	36.9	88.6	74	58.5	1.1	9.2	8.5	0	3.5	2.4	3	2	3.4	5	2	4.0
Culiacán	10.8	16	19.6	36	36	38.0	77	73.1	43.9	10	11.3	7.7	1.3	1.7	1.9	2	2.5	2.4	1.4	2.2	1.5
Mazatlán	17.4	26	27.9	41.1	48.2	41.4	87.8	85.3	56.3	1.5	2.6	4.6	3	1.7	1.1	3	3	3.0	0	2.2	0.8
Cajeme	33.1	26	21.5	30.9	42	30.9	79.7	75.6	57.0	10.5	8.7	11.0	1.5	2	1.0	3	3	3.0	0.7	0	2.3
Hermosillo	38.6	32	41.8	42.9	44	40.8	61.9	37	39.7	8.9	14	9.3	0.5	0.6	0.5	2	2.1	2.0	3.9	2.1	5.2
Centro	14.9	19.4	20.1	35.3	27	27.5	80.7	71	42.6	7.7	3.8	4.4	2.8	2.4	0.0	4	4.1	3.7	0	0.8	0.0
Matamoros	7	11	8.3	30.3	20	26.6	90.8	93	54.6	4.9	0	1.9	1.2	0.7	2.8	3	2.7	3.4	2.3	3.9	1.8
Nuevo Laredo	16.1	20	15.0	27.5	22	30.9	83.4	63	37.3	4	8	8.5	0.6	1	3.4	3	3.6	3.9	1.1	3.3	2.2
Reynosa	19.1	15	6.7	35.7	33	46.2	83.1	78	54.2	3.1	9.2	7.8	7.5	2.9	2.0	3	1.4	3.0	2.1	2.8	3.4
Tampico	10.7	10	12.1	12.9	12	15.2	80	88	58.9	1.7	1.3	5.4	0	0	0.0	3	1.1	3.6	1.4	3.3	0.0
Coahuila	25.4	22	26.5	41.7	42	49.2	82.7	64.9	56.8	4.8	7.9	6.3	1.8	0.9	1.1	3	3.3	2.9	3	0.8	0.0
Veracruz	16.8	22	22.7	32.3	27.4	32.4	73.8	68	39.3	4.6	3.9	8.9	4.6	3.2	0.6	2	2.2	2.5	0.4	0.7	1.0

Fuente: Plataforma Única de Información, Módulo TB, años 2014-2015 cerrados, 2016 primer semestre

Breve descripción del modelo

IV.1 Compromiso político y definición del área a intervenir

Ante un problema tan serio de Salud Pública, es necesario primero que las autoridades de salud estén enteradas del mismo y por tanto convencidas de la necesidad de trabajar al respecto. La recomendación es presentar la intención de trabajar bajo este modelo focalizado en las áreas o área de mayor carga previa evaluación de la misma, mediante una exposición de la situación epidemiológica actual de la entidad o de la jurisdicción a trabajar, los alcances del programa de los últimos años, la tabla de indicadores clave con el semáforo que focalice los principales rezagos sobre los que habrá de trabajarse intencionadamente y complementar esto con la Matriz de Planeación incluida en este documento.

IV.2 Mapeo epidemiológico y Diagnóstico de los servicios de salud y otros proveedores

Durante este proceso se deberán identificar las características particulares de los municipios prioritarios, tales como la presencia de poblaciones vulnerables; factores de riesgo de TB: VIH/sida, diabetes mellitus, alcoholismo, drogadicción, tabaquismo, migrantes, entre otros, así como condiciones especiales de vida que predispongan al alto riesgo de TB, como las prisiones, albergues, habitantes de la calle (indigentes), etc. Esta información contribuirá a la formulación de intervenciones por prioridad de acuerdo a las características de las poblaciones y con base en los resultados de los indicadores clave evaluados (semáforo).

El Programa Estatal y/o Jurisdiccional deberá elaborar un plan de intervención mediante la **Matriz de Planeación y Seguimiento** (ejemplo adjunto) de acuerdo a la problemática epidemiológica y operacional identificada, y a las características de las poblaciones que las habitan y con base en los datos de la Tabla 1 de Indicadores clave priorizando aquellos en color rojo y en segundo lugar aquellos en color amarillo.

MATRIZ DE PLANEACIÓN Y SEGUIMIENTO (En concordancia con los indicadores clave seleccionados) (Ejemplo en amarillo)

Problemática detectada	Más de 20% de casos diagnosticados con 3 o más cruces en la Bk			
Propuesta o alternativa de solución o Acciones estratégicas	1. FOCALIZAR LA CAPACITACIÓN EN EL PROCESO DE DETECCIÓN. 2. INCREMENTAR LA PROMOCIÓN DE TB ENTRE MÉDICOS DE LOS CENTROS DE SALUD 3. BUSCAR ALIANZAS CON COSULTORIOS DE FARMACIAS.			
Objetivo de la propuesta	Mejorar la oportunidad de la detección de Tuberculosis entre personas con tos y flema de más de 15 días de evolución			
Actividad	Fecha de inicio	Persona(s) o unidad responsable	Apoyos requeridos (Estado y/o Jurisdicción)	Meta 2017 y temporalidad

1. Fortalecer la capacitación entre el personal médico y paramédico para pensar en TB ante cualquier persona con tos y flema de más de 15 días.	1 de Marzo de 2017	Enf. Conchita Jiménez, Encargada de la Red TAES jurisdiccional Dr. Juan Carlos Gómez Pérez, encargado del programa TB jurisdiccional	Apoyos para programar y realizar un evento de capacitación focalizado solamente en la “Detección de Tuberculosis”	Capacitar al 90% del personal médico y paramédico de las Unidades de Salud de la Jurisdicción 18 de diciembre de 2017
2. Buscar financiamiento interno o externo para colocar un mediano cartel en cada consultorio que diga “Sr. Doctor, si su paciente tiene tos con flemas.. Primero piense en Tuberculosis” RECUERDE “Tos con flema de más de 15 días es TB hasta no demostrar lo contrario”	15 de marzo de 2017	Enf. Conchita Jiménez, Dr. Juan Carlos Gómez Pérez,	Solicitar al área de Promoción de la Salud el diseño del mediano cartel para el 100% de consultorios médicos de las unidades de la jurisdicción Otra alternativa para la producción de los carteles puede ser solicitarlos al municipio o a instituciones educativas	Que por lo menos 90% de los consultorios médicos de las unidades de la Jurisdicción tengan colocado el cartel 15 de mayo de 2017
3. Acudir a las farmacias de la demarcación jurisdiccional para solicitar que todo aquel que acuda con tos y flema llene la Encuesta de Tuberculosis y referirlo en caso de alcanzar un puntaje igual o mayor a 10, para realizarle un estudio de la flema en el Centro de Salud más cercano.	30 de marzo de 2017	Enfermeras aliadas a la red TAES de las Unidades de salud de la jurisdicción	1. Realizar un censo de las farmacias de la demarcación 2. Reproducir la Encuesta de Tuberculosis *** (anexo) y solicitar a las personas que tengan tos con flema de más de 15 días llenarla y acudir en su caso con ella por un examen gratuito de su flema para descartar TB.	Incrementar en 50% la detección de Tuberculosis con solicitudes o encuestas de Tb llenadas o referidas de las farmacias de la demarcación** 15 de diciembre de 2017

- *Si no conoce la Encuesta de Tuberculosis solicitarla al programa estatal o nacional
- ** Realizar un registro de las detecciones referidas por las farmacias de la demarcación
- ***El ejemplo de Encuesta de Tuberculosis la encontrará al final de este documento

Análisis de proveedores de salud existentes.

Este análisis permitirá conocer el número y tipo de los diferentes proveedores de salud (hospitales, consultorios médicos, farmacias, clínicas, Organizaciones de la Sociedad Civil, u Organizaciones basadas en la fe), que se encuentren en la demarcación y aglutinan gran parte de las consultas médicas o apoyos sociales a las poblaciones vulnerables en las grandes ciudades.

Una vez realizado el mapeo de proveedores se deberá conocer la coordinación entre ellos, el funcionamiento y vinculación de las redes de servicios del municipio y de los servicios de salud, incluyendo los servicios de otras Instituciones como salud penitenciaria (prisiones) y la medicina privada, los mecanismos de referencia y contra-referencia entre los diferentes sectores. Para este fin deberán desarrollarse actividades como:

1. Elaborar un inventario y ubicación de los proveedores de salud, extra e intra institucional, e identificar las redes de salud existentes o nexos entre las mismas.
2. Analizar la cobertura del sector público y privado en áreas marginales e identificar poblaciones sin o con poco acceso a la atención de salud.

3. Realizar una revisión y evaluación de las prácticas de diagnóstico y tratamiento de la TB que desarrollan los diferentes sectores de salud, con el fin de identificar necesidades de capacitación o difusión de las normas nacionales.
4. Efectuar un monitoreo de los grandes hospitales especialmente públicos, a fin de conocer las actividades de control de la TB, las medidas de control de infección, el manejo de determinantes sociales de salud vinculados a TB como TB/VIH, diabetes mellitus, alcoholismo, tabaquismo, desnutrición, etc. e identificar acciones para la incorporación y capacitación del personal, en el uso de las guías nacionales de control de la TB, protocolos operativos para el trabajo inter-programático, etc.

IV.3 Adaptar la atención de salud y mejorar las condiciones de vida de las poblaciones en riesgo.

El principal objetivo de cualquier intervención en tuberculosis, es brindar una pronta atención con calidad a todo paciente con la enfermedad o sospecha de ésta. Con este fin debemos identificar a las poblaciones más vulnerables y las barreras de acceso a los establecimientos de salud a las que están expuestas. Entre las principales barreras están: 1) las económicas, como el costo de la consulta, compra de medicamentos, gastos de visitas reiterativas con pérdida de horas laborables, inseguridad urbana; 2) inexistencia de establecimientos de salud fundamentalmente en los barrios marginales; horarios de consulta inadecuados para las necesidades de la población; 3) fragmentación y segmentación de los servicios: como la pobre organización de las actividades de diagnóstico (transporte de muestras de esputo a la red de laboratorio, emisión oportuna de resultados al trabajador de salud y al paciente) y del tratamiento de la TB (inexistencia de medicamentos anti-TB para el inicio o continuación del tratamiento), procesos de referencia y contra-referencia deficientes; 4) inadecuación cultural y lingüísticas a las diversidades y etnias y de estas especialmente en mujeres y niños (inequidad de género) entre otras.

Una vez identificadas las barreras de acceso y de haber caracterizado las poblaciones que habitan los barrios marginales se deberá proceder a la coordinación y adecuación de la atención de salud.

IV.3.1 Abordaje interprogramático: mover a proveedores de salud:

Más de la mitad de las personas afectadas por TB viven además con otras comorbilidades, por lo cual es indispensable el abordaje interprogramático, es decir debemos hacer trabajo conjunto con las áreas respectivas, por ejemplo los programas de diabetes o VIH-Sida, adicciones, nutrición entre otros. Todo ello con la intención de hacer diagnósticos de estos u otros padecimientos, o bien para el tratamiento simultaneo en caso de padecer aparte de la TB otra enfermedad y que esta tenga atención en la unidad de salud u otras unidades de salud de la red de servicios identificada en el mapeo de proveedores de salud.

Para estos fines se recomienda realizar las siguientes actividades:

1. Análisis de las principales barreras de acceso a la atención en las poblaciones de intervención, tomando en cuenta las diversidades étnicas y de género.
2. Adecuar la atención de salud a las necesidades de la población como: los horarios de atención, preferencias de atención de acuerdo a los patrones culturales de la población, idioma, etc. así como acordar la atención simultánea con otros programas ejemplo Diabetes o VIH.
3. Desarrollar acciones de abogacía, comunicación y movilización social dirigidas a la educación de la comunidad, la consulta temprana ante síntomas respiratorios y mejoras de la atención en salud.

IV.3.2 Trabajo intersectorial y Programas de protección social

En México contamos con actividades bien definidas de control de la TB destinadas a diagnosticar y tratar a los pacientes bajo el enfoque de la “Atención Centrada en la Persona” y de acuerdo a la normatividad internacional, sin embargo se reconoce que evitar la transmisión del *M Tuberculosis*, va más allá de las competencias del sector de salud. Por lo tanto, los factores organizacionales y estructurales de los municipios prioritarios podrán ser abordados a través de la participación y coordinación del Programa Estatal con otras Secretarías como la de Desarrollo Social, Vivienda, Educación, Medio ambiente, Trabajo, Justicia, etc. y otras dependencias que proveen saneamiento ambiental, dotación de agua potable, seguridad vial, limpieza urbana y recolección de residuos, desarrollo y cuidado de áreas verdes y otras destinadas a la mejora de la calidad de vida de la población.

En este marco de trabajo se abordará el componente de TB en la protección social referida a los programas de transferencias condicionadas de ingresos, acceso a servicios sociales desde una perspectiva intersectorial y mejoramiento de vivienda a través de programas específicos.

Para poder incorporar TB dentro los programas de protección social y plantear la multisectorialidad dentro del control de la TB se debe considerar:

1. Hacer un listado de los programas de protección social existentes en el municipio, sus dependencias y requisitos de afiliación.
2. Involucrar a la comunidad y los afectados con TB a desarrollar en coordinación con el Programa, actividades de abogacía para la inclusión de los enfermos con TB y sus familias en programas de protección social.
3. Identificar instancias de coordinación con otros sectores del gobierno Estatal y local (reuniones o mesas intersectoriales), donde los encargados de TB y los líderes comunitarios puedan participar para introducir en la agenda de discusión a la tuberculosis como una enfermedad social.
4. Incorporar el control de la TB en los planes de desarrollo de diferentes sectores.
5. Establecer un comité multisectorial que aborde específicamente la TB con el apoyo de redes regionales o municipales que estén trabajando en vivienda, transporte, empleo, educación y otros.

IV.3.3 Participación de la Sociedad Civil y Municipal

La Tuberculosis es una enfermedad desconocida para gran parte de la sociedad, incluyendo la población general, algunas organizaciones de la sociedad civil y autoridades municipales. La experiencia que se tiene en muchas regiones del mundo entre ellas México, es que en la medida que se dé a conocer la magnitud y trascendencia del problema de la tuberculosis, será la medida en que se involucren y participen.

Por otro lado existen organizaciones de la sociedad civil que en general desconocemos y conocemos hasta que realizamos el mapeo de proveedores, amén del municipio que en general cuenta con un Presidente y un Regidor de Salud y que ellos deberían siempre de estar informados de los principales problemas de salud de la población, entre ellos el de la Tuberculosis con cifras de casos nuevos, prevalentes y muertes por año en el municipio además de las estrategias o posibilidades de intervención.

En muchos municipios basta con que les presentemos la situación de la TB local, para que nos apoyen con despensas, transporte de pacientes, pintura y brochas para pinta de bardas y mantas etc.

Por otro lado existen Organizaciones de la Sociedad Civil que apoyan con alimentos y ropa y cobijas para los pacientes y sus familias. En este sentido siempre se recomienda expresar de transparencia con la que se manejaran los apoyos que nos proporcionen, para ganarnos la confianza de los donantes.

V. Sistema de Monitoreo, Evaluación y Temporalidad

Se dice que lo que no se mide no se puede mejorar, con este principio siempre es importante mantener el control de las actividades realizadas en cualquier intervención, para ello la recomendación es establecer en el Plan mismo un cronograma de actividades, mismo que deberá ser llenado en la medida de su cumplimiento y que nos sirva para presentar los alcances en las sesiones de evaluación que se programen al respecto (matriz de planeación).

Para lo anterior será necesario establecer un antes y un después (temporalidad) con base en los indicadores clave seleccionados a intervenir y estableciendo un tiempo razonable para la medición de los alcances.

EJEMPLO Situación 2015

MUNICIPIO	% de casos Dx en Hospitalización	% de casos con Diagnóstico tardío	% de curación	% de abandonos	% de fracasos	Promedio de casos Dx entre contactos estudiados
Tijuana	22.0	46.2	42.5	16.3	0.9	1.1

EJEMPLO Situación 2016

MUNICIPIO	% de casos Dx en Hospitalización	% de casos con Diagnóstico tardío	% de curación	% de abandonos	% de fracasos	Promedio de casos Dx entre contactos estudiados
Tijuana	20	25	86	16.3	0.9	3

Además de la anterior evaluación y monitoreo de los alcances en la operación, también deberá ser necesario el registro de las actividades realizadas, aquí un ejemplo de matriz de monitoreo del Plan de acción:

Ficha de la estrategia de trabajo para el control de la tuberculosis en Municipios Prioritarios

Identificación

Estado: _____ Municipio Prioritario _____
 Población _____ Hab. Casos de TB Pulmonar en el último año _____

Coordinadores Estatales Programa y Red TAES (nombre y correo)

Coordinadores Jurisdiccionales Programa y Red TAES (nombre y correo)

Evaluación y seguimiento (Ejemplo de llenado de la Cédula de monitoreo)

Aspecto	Si	No	Observaciones
Cuenta con plan de trabajo	✓		Solo para el CS "Peñitas"
Colaboró el coordinador(a) estatal (Programa)		✓	Se realizó solo por el nivel Jurisdiccional y solo se informó al responsable estatal
Colaboró el coordinador(a) estatal (Red TAES)		✓	No hay Líder de la red TAES
Focalizaron el indicador o indicadores clave	✓		Se incluyó un indicador con alcance bajo (casos con Bk con más de 3 cruces)

Tiene abordaje interprogramático (DM,VIH)		✓	Aun no se involucra a otros programas, se espera hacerlo en una siguiente fase
Realizó mapeo epidemiológico de TB	✓		Adjunto
Participan todas las Instituciones de Salud	✓		Solo en las estrategias 1 y 2
Participa la autoridad Municipal	✓		Apoyará con la producción de los carteles para los consultorios
El Municipio provee algún servicio especial o apoyo a pacientes con TB	✓		Despensas y transporte para la detección
Los pacientes están cubiertos por algún programa social municipal*	✓		PROSPERA otorga apoyo económico a 7 familias que lo requieren de acuerdo al criterio de SEDESOL
Hay colaboración de las Organizaciones de la Sociedad Civil		✓	Por desconocimiento de Cómo hacerlo
Los SR referidos están registrados	✓		Cada CS lleva un registro a partir del arranque de la estrategia

*vivienda, transporte, alimentos, empleo, educación, otros

Número de aliados participantes (proveedores)	Tipo de aliados (proveedores)
H Ayuntamiento ó municipio	Gubernamental
Farmacias	Privado

Si la problemática identificada está relacionada con la detección, deberá registrar los SR detectados y casos confirmados, si fuese otro indicador se deberá registrar con una fecha de arranque y periodos de corte para evidenciar el avance del mismo.

Número de SR referidos por los aliados	Aliados involucrados	Número de casos confirmados
50	6	4

Se da retroalimentación al Proveedor/Proveedores SI NO Explique: Se les informa el número de casos que han sido diagnosticados con TB a partir de sus referencias y se entrega reconocimiento o constancia por su participación firmado por el Presidente Municipal o Regidor de salud

Cuadro 2. Resultado de indicadores clave en 26 Municipios Prioritarios (Grandes Ciudades)

Anexo:

Encuesta de TB: puede ser reproducida a media carta o cuarto de carta

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



LA TUBERCULOSIS

SIGUE SIENDO UN RIESGO PARA TODOS

ENCUESTA DE TUBERCULOSIS

DESCUBRE SI ESTAS EN RIESGO DE TENER TUBERCULOSIS, CONTESTA ESTA SENCILLA ENCUESTA Y AUTOEVALÚATE

Instrucciones

Encierra en un círculo tus respuestas y suma el total de puntos acumulados y escríbelo en el recuadro

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> TIENES TOS CON FLEMA DE MÁS DE 15 DÍAS | 3 |
| <input type="checkbox"/> LAS FLEMAS SON AMARILLAS O VERDOSAS | 2 |
| <input type="checkbox"/> TIENES FLEMAS CON SANGRE | 4 |
| <input type="checkbox"/> PRESENTAS FIEBRE POR LAS TARDES O NOCHES | 3 |
| <input type="checkbox"/> HAS PERDIDO PESO (SIN DIETA ESPECIAL) | 1 |
| <input type="checkbox"/> TIENES MUCHA SUDORACIÓN POR LA NOCHE | 2 |
| <input type="checkbox"/> TIENES CANSANCIO CONSTANTE | 1 |
| <input type="checkbox"/> CONVIVES O HAS CONVIVIDO CON ALGUIEN QUE PADRECE O PADECIÓ TUBERCULOSIS | 3 |

TOTAL DE PUNTOS

¡CUIDATE Y CUIDA A TU FAMILIA!

- *SI ACUMULASTE POR LO MENOS 10 PUNTOS ESTAS EN ALTO RIESGO DE PADRECER TUBERCULOSIS
- *ACUDE CON TU ENCUESTA COMPLETADA A TU CENTRO DE SALUD MÁS CERCANO
- *SI TIENES TOS CON FLEMAS DE MÁS DE 2 SEMANAS DE DURACIÓN, PIDE AL PERSONAL DE SALUD UN EXAMEN DE TUBERCULOSIS. ES GRATUITO
- *PREGUNTA CUÁNDO TE ENTREGARÁN TU RESULTADO, Y EN CASO DE SER POSITIVO, EL TRATAMIENTO TAMBIÉN TE LO PROPORCIONARÁN ALLÍ MISMO Y ES GRATUITO

Trabajemos Unidos para ponerle FIN a la Tuberculosis

CENAPRECE

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades