



Resolución Ministerial

Lima, 8 de ENERO del 2015



A. Velásquez

Visto, el Expediente N° 15-001318-001, que contiene el Informe Técnico N° 001-2015-LRL-COE-DG-OGDN/MINSA, de la Oficina General de Defensa Nacional del Ministerio de Salud;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial N° 517-2004/MINSA se aprobó la Directiva N° 036-2004/MINSA-V.01, "Declaratoria de Alertas en Situaciones de Emergencias y Desastres", cuyo objeto es establecer los lineamientos y procedimientos para la aplicación de la Declaratoria de Alertas ante emergencias y desastres a nivel nacional;

Que, la precitada Directiva dispone que la Alerta Amarilla es la situación que se establece cuando se recibe información sobre el inminente o alta probabilidad de ocurrencia de un evento adverso o destructivo, lo cual determina que las dependencias de salud efectúen las acciones de preparación para la posible ejecución de tareas específicas de autoprotección y de auxilio;

Que, el artículo 24 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA, establece que la Oficina General de Defensa Nacional es el órgano encargado de prestar el asesoramiento en el planeamiento, programación, ejecución y supervisión de las acciones de defensa nacional que requiera la Alta Dirección, los órganos del Ministerio de Salud, órganos desconcentrados y organismos públicos descentralizados;

Que, con Resolución Ministerial N° 695-2014/MINSA, se declaró Alerta Verde en todos los establecimientos de salud a nivel nacional, ante el riesgo de la transmisión autóctona del virus Chikungunya (CHIKV) y hasta que el Ministerio de Salud, previo pronunciamiento de la Oficina General de Defensa Nacional, se pronuncie oficialmente para informar que tal situación ha dejado de ser una amenaza para nuestra población;



P. MONTES



J. Zavala S.

Que, mediante el informe del visto, la Oficina General de Defensa Nacional del Ministerio de Salud, señala que, existen determinantes para la transmisión de la Fiebre Chikungunya en el país, dado que existe una gran dispersión aérea, índices de elevado riesgo y elevada migración de los países vecinos, especialmente de Venezuela y Colombia hacia el Perú y viceversa, por lo que, corresponde tomar medidas necesarias para reducir el riesgo de daños a la salud, señalando además que las regiones con elevada migración, elevados índices aéreos y zonas fronterizas, constituyen zonas de alto riesgo para la transmisión del virus de chikungunya, entre las que se encuentran Tumbes, Piura, Lambayeque, Cajamarca, Loreto, Ucayali, Lima Metropolitana y Callao;

Que, en ese sentido, la Oficina General de Defensa Nacional ha propuesto a la Alta Dirección del Ministerio de Salud declarar la Alerta Amarilla en los establecimientos de salud de Lima Metropolitana, así como de las Direcciones Regionales de Salud Callao, Tumbes, Piura, Lambayeque, Cajamarca, Loreto y Ucayali;

Que, a efecto de atender en forma oportuna a las personas que pudieran resultar afectadas, resulta necesario adecuar la capacidad de respuesta de los establecimientos de salud pertinentes;

Estando a lo propuesto por la Oficina General de Defensa Nacional;

Con las visaciones del Director General de la Oficina General de Defensa Nacional, la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, del Viceministro de Salud Pública y de la Viceministra de Prestaciones y Aseguramiento en Salud;

De conformidad con lo dispuesto en Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud;

*** SE RESUELVE:**

Artículo 1.- Declarar la **ALERTA AMARILLA** en los establecimientos de salud ubicados en Lima Metropolitana, así como de las Direcciones Regionales de Salud Callao, Tumbes, Piura, Lambayeque, Cajamarca, Loreto y Ucayali, ante el riesgo de la transmisión del Virus Chikungunya (CHIKV), a partir de la publicación de la presente Resolución Ministerial y hasta que el Ministerio de Salud, previo pronunciamiento de la Oficina General de Defensa Nacional, informe oficialmente que tal situación ha dejado de ser una amenaza para la población de las referidas jurisdicciones.

Artículo 2.- Disponer que el Instituto de Gestión de Servicios de Salud, las Direcciones de Salud, así como las Direcciones Regionales de Salud Callao, Tumbes, Piura, Lambayeque, Cajamarca, Loreto y Ucayali, de conformidad a lo establecido en la Directiva N° 036-2004-OGDN/MINSA-V.01, "Declaratoria de Alertas en Situaciones de Emergencias y Desastres", aprobada con Resolución Ministerial N° 517-2004/MINSA, puedan incrementar la alerta al nivel que corresponda, siempre que el área comprometida se encuentre en el ámbito de su jurisdicción.

Artículo 3.- Disponer que la Oficina General de Defensa Nacional a través del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, las Direcciones de Salud, así como las Direcciones Regionales de Salud Callao, Tumbes, Piura, Lambayeque, Cajamarca, Loreto y Ucayali se encarguen de difundir, supervisar y evaluar la aplicación de la presente Resolución Ministerial.



A. Velásquez



P. GIUSTI



P. MINAYA



S. RUIZ Z.



P. MONTES



J. Zavala S.



Resolución Ministerial

Lima, ..8... de... ENERO..... del... 2015

Artículo 4.- Las acciones que se deriven de la aplicación de la presente Resolución Ministerial se sujetarán a las normas legales vigentes.

Artículo 5.- Encargar a la Oficina General de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución Ministerial en el portal institucional del Ministerio de Salud, en la dirección electrónica: http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp.

Regístrese, comuníquese y publíquese.



P. GIUSTI



P. MINAYA



S. RUIZ Z.



P. MONTES



J. Zavala S.

Anibal Velásquez
ANÍBAL VELÁSQUEZ VALDIVIA
Ministro de Salud





Ficha de investigación clínico epidemiológico de Chikungunya (CIE 10: A92.0)

Sem. Epid. N°

I. DATOS GENERALES:

1. Fecha de notificación:

2. Fecha de investigación:

3. DIRESA/GERESA:

4. Red/ Micro Red/ Clas

5. Institución de salud: MINSA EsSALUD SANIDAD PNP SANIDAD FUERZAS ARMADAS PRIVADOS OTROS

6. Establecimiento de salud notificante

II. DATOS DEL PACIENTE

7. H.Clinica N°

8. Telefono/celular del paciente o familiar

9. A. Paterno A. Materno Nombres

10. DNI/PASAPORTE 11. Fecha de Nacim.

12. Edad 13. Sexo M F

Residencia habitual

14. País 15. Departamento 16. Provincia 17. Distrito 18. Localidad (Urb. Resid, AH, etc) 19. Dirección

20. Ocupación

III. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

¿En qué lugar estuvo en los últimos 14 días? (Establecer el lugar probable de infección)

1.- 2.-

21. País 22. Departamento 23. Provincia 24. Distrito 25. Localidad (Urb. Resid, AH, etc) 26. Dirección

27. Antecedentes de previos de comorbilidad: Si No 28. ¿Cuál comorbilidad?: 29. Gestante Si No

30. Conoce otras personas que presentaron fiebre y dolores articulares en los últimos 14 días? Si No 31. ¿Dónde?

IV. DATOS CLINICOS

32. Fecha de Inicio de Síntomas:

33. Fecha de Toma de Muestra:

34. Signos y síntomas (Marque con un "X" los síntomas y signos que presenta el paciente)

		Si	No			Si	No		
1. Fiebre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Cefalea		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Otros:(Especificar) <input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/>	
2. Dolor de articulaciones (poliartralgias)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Mialgias		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Artritis localizada en:				6. Dolor de espalda difuso		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Manos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Náuseas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pies		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Vómitos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tobillos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Rash		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

V. EXAMENES DE LABORATORIO

Serología	Fecha Toma de Muestra	35.IgM (Titulo)	36. IgG (Titulo)	Resultado	Fecha de Resultado
1era. Muestra	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
2da. Muestra	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>

37. PCR Fecha Toma de Muestra Positivo No Fecha de Resultado

VI. EVOLUCION

38 Fecha de hospitalización 39. Evolución del paciente: Alta Referido Fallecido

VII. CLASIFICACION FINAL

40 Caso Probable 41 Caso Confirmado 42. Caso descartado 43 Especificar la causa de descarte

VIII. PROCEDENCIA DEL CASO

44. Autóctono 45. Importado nacional 46. Importado internacional

IX. OBSERVACIONES

VIII. DATOS DE LA PERSONA QUE REALIZA LA INVESTIGACIÓN

Nombre del Investigador
 Cargo:
 Teléfono:
 Correo electrónico:

Firma y Sello _____