

INFORME TÉCNICO EPIDEMIOLÓGICO N° 008-2026-GRA/GRS/GR-DEPI

A : Gerente Regional de Salud de Arequipa
DE : Dra. María de Los Angeles CHOQUE HUACO
DIRECCIÓN DE Epidemiología
LUGAR Y FECHA : Md. F. Luz SANTILLANA CUENTAS
Arequipa, 17 de julio de 2026
ASUNTO : ANÁLISIS DEL BROTE DE SARAMPIÓN EN LA REGIÓN
AREQUIPA CON LA DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS
CONFIRMADOS A LA SE 28-2026, PLANTEAMIENTO DE
NUDOS CRÍTICOS, AVANCES Y EL PRONÓSTICO DE
NUEVOS CASOS.
ATENCIÓN : Comité Técnico de Enfermedades Inmunoprevenibles

I. INTRODUCCIÓN Y MARCO LEGAL REGULATORIO

El presente informe técnico evalúa la situación epidemiológica del brote de sarampión en la región Arequipa tras el análisis consolidado al corte de la S.E. 28 del 2026. Este análisis integra las directrices de la Alerta Epidemiológica AE – CDC- N°006, que determina la existencia de un escenario de transmisión activa del virus de sarampión a nivel país, y el Decreto Supremo N.º 008-2026-SA, mediante el cual el Poder Ejecutivo declaró la Emergencia Sanitaria Nacional por un periodo de 90 días en determinadas regiones vinculadas, debido al brote centralizado en Puno y elevado riesgo de dispersión a otras regiones, con énfasis en la región Arequipa por su alto flujo migratorio debido a la gran oferta educativa, cultural, deportiva, turística y comercial, que entre otros, ofrece a sus visitantes.

Otro factor que es responsable del avance de nuevos casos de sarampión es la acumulación histórica de "bolsones" de niños susceptibles debido a coberturas de vacunación con la vacuna regular (SPR1 y SPR2) inferiores al umbral de seguridad epidemiológica del 95%.. A nivel nacional en el 2025 se cerró con un 90.5% para la primera dosis (SPR1) y un alarmante 82.1% para la segunda dosis (SPR2). Al avance 2026 (Corte al primer semestre): Se registra aproximadamente un 31.8% para SPR1 y 27.0% para SPR2. Esto demuestra una acumulación crítica de susceptibles a nivel país. A nivel de región Arequipa para bloquear la transmisión del virus del sarampión (que posee un ritmo reproductivo básico R0 estimado entre 12 y 18), la inmunidad de rebaño exige coberturas homogéneas mayores del 95%.

II. ANÁLISIS SITUACIONAL DE LA CASUÍSTICA ACTUAL**2.1 Situación Nacional.**

El brote mantiene un patrón de transmisión comunitaria sostenida, y una clara concentración geográfica en el sur andino y expansión secundaria hacia las regiones colindantes. Como referencia mencionamos que a la S.E. 22 (corte al 04 de junio del 2026), se tenía 501 casos confirmados a nivel nacional, en 41 distritos de 8 regiones (Puno, Arequipa, Lambayeque, Cusco, Moquegua, Madre de Dios, Tacna y Lima Metropolitana).

Doc. N°: 9818950

Exp. N°: 5905174

Folios : 11

Tabla 01. CASOS NOTIFICADOS Y CONFIRMADOS DE SARAMPIÓN COMPARATIVO ENTRE EL NIVEL NACIONAL, AREQUIPA Y PUNO (CORTE A LA SE 28-2026), PERU

2026	Mayo 25 (SE 17)		Junio 23 (SE 24)		Julio 02 (SE 26)		Julio 11 (SE 27)		Julio 18 (SE 28)	
	Notificad.	Confirmad.	Notificad.	Confirmad.	Notificad.	Confirmad.	Notificad.	Confirmad.	Notificad.	Confirmad.
Nacional*	1045	216	2707	830	2906	868	3187	945	3456	1072
Region Puno*	465	211	1389	644	1524	794	1635	837	1725	943
Región AQP**	29	6	223	32	245	40	292	68	323	73

FUENTE: * Situación Epidemiológica del Sarampión CDC-MINSA (OSIRIS)

** Reporte Brote Sarampión AQP (OSIRIS)

GRAFICO 01. CASOS CONFIRMADOS DE SARAMPIÓN EN REGIONES AQP Y PUNO (A LA SE 28-2026), PERU



El acumulado nacional actual, probablemente supera ya los 1072 confirmados, casos de los que la región Puno tiene el 88 % (943), luego nuestra región en segundo lugar con el 7% (73) del total, Lima (18 casos), Cusco (15 casos), Madre de Dios (7), Moquegua (6), Tacna (5), Huánuco y Lambayeque (con 3 casos cada uno), Junín y Huancavelica (con 1 caso cada uno). Considerando el incremento que se observa en muchas más regiones, Arequipa va mostrando un crecimiento persistente, y evidencia de inicio de transmisión comunitaria en la zona del litoral, más específicamente en la provincia de Camaná, distrito de Mariano Nicolás Valcárcel, donde a fines de la SE 26 al 2 de julio) evidencia casos confirmados provenientes de Secocha, poblado que por su idiosincrasia reúne factores de riesgo para la transmisión de sarampión, como es el desplazamiento permanente de individuos de Puno y Cusco, jóvenes y adultos, para laborar en actividades mineras no formalizadas, viviendas con hacinamiento, falta de servicios básicos permanentes, cortes de fluido eléctrico, una IPRESS de 12 horas de atención con infraestructura deficiente, distribución poco apropiada de ambientes para

ubicar una zona correcta de triaje diferenciado, personal sanitario con estrés laboral, etc.

2.2 Situación Regional.

La Sala Situacional Regional muestra que los casos notificados e investigados en Arequipa han tenido un incremento sostenido. El virus llegó tanto al entorno urbano y periurbano de la provincia de Arequipa, catalogada como región de muy alto riesgo de diseminación del virus debido a su estrecha e incesante interconexión terrestre y comercial con Puno y Cusco. Se monitoriza los enlaces epidemiológicos asociados a la intensa movilización de personas en el sur del país y de acuerdo a los indicadores de vigilancia integrada de Sarampión-Rubéola (SR), se mantiene una búsqueda activa intensificada de Casos Febriles Eruptivos (CFE). Aquí es clave la velocidad de toma de muestra y procesamiento del suero para la IgM en el Laboratorio de Referencia Regional (LRR), así como el envío al Instituto Nacional de Salud (INS) para la PcR, en el actual escenario. El indicador de notificación oportuna (visita domiciliaria e investigación clínica antes de las 24 horas del reporte, el cumplimiento del bloqueo vacunal en las áreas donde se han identificado conglomerados de casos sospechosos y contactos directos), muestra un estrés operativo debido al volumen diario de CFE captados y personal insuficiente.

La Sala Situacional Regional al 30 de junio mostraba un franco incremento en la captación e investigación de casos sospechosos en las Micro Redes de Salud de la provincia de Arequipa (Red Arequipa-Caylloma). De los 39 casos confirmados, el 87% (34 casos) estaban distribuidos en los diferentes distritos de la provincia de Arequipa.

**FIGURA 01. REPORTE DE BROTE DE SARAMPION EN LA REGION AREQUIPA
A LA S.E. 26*-2026 (corte al 30 de junio)**

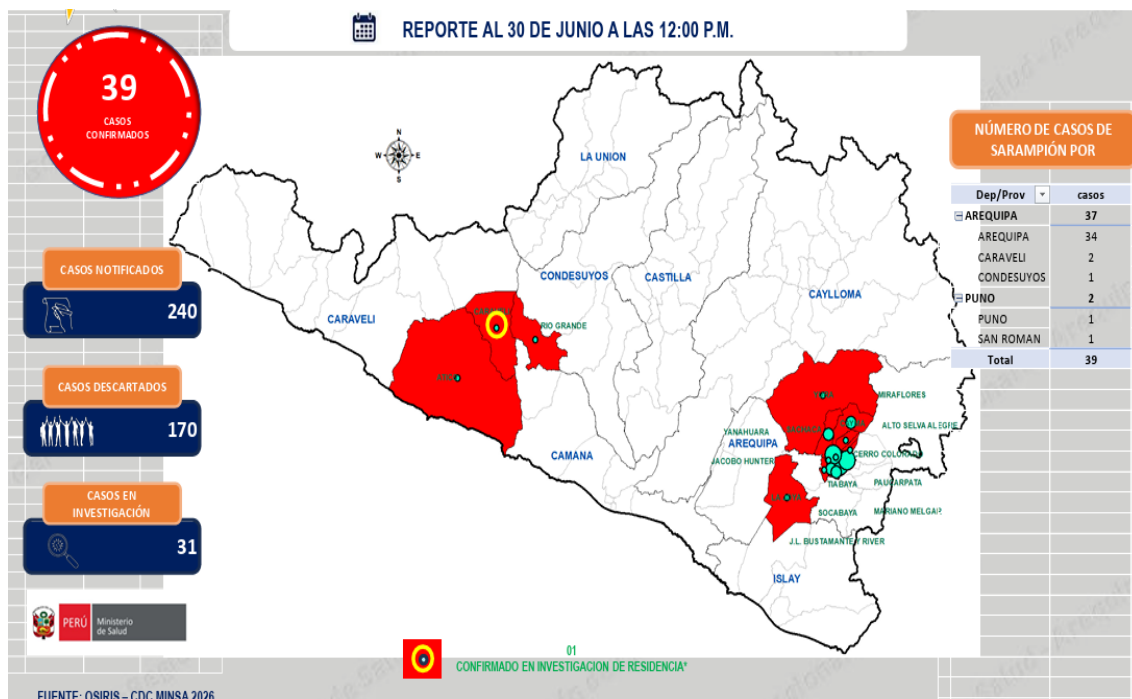


FIGURA 02. MAPA DE CASOS DE SARAMPION DE LA PROVINCIA DE AREQUIPA, GERESA AREQUIPA (S.E. 26*-2026)

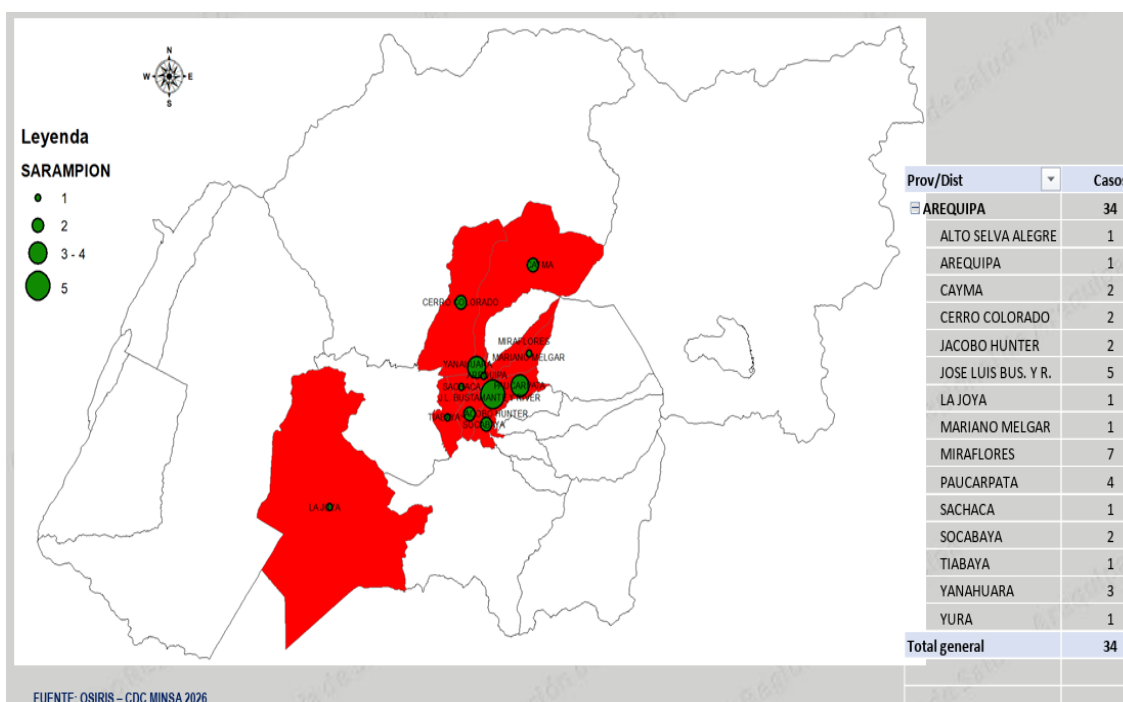
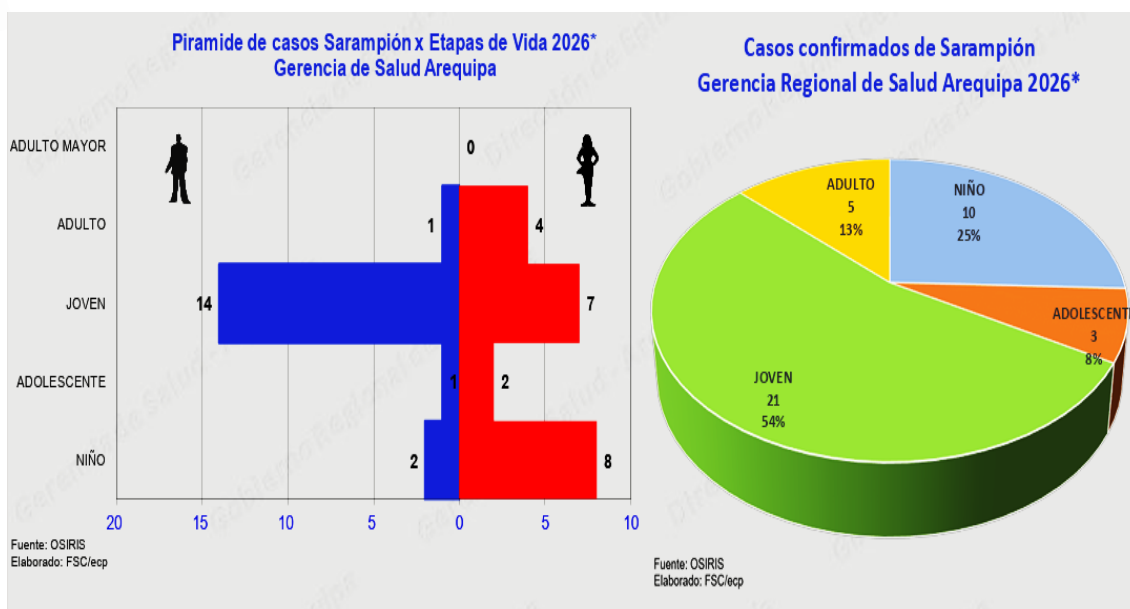


FIGURA 03. CASOS CONFIRMADOS DE SARAMPION POR SEXO Y GRUPO ETAREO EN LA GERESA AREQUIPA (S.E. 26*-2026)



Desde el 8 de mayo en que Arequipa tuvo el primer contacto con un paciente positivo procedente de San Román, se cumplieron actividades de V. epidemiológica (cerco epidemiológico, bloqueo vacunal, construcción de la Línea de Tiempo, bloqueo vacunal, seguimiento de contactos). Así mismo a nivel de inmunizaciones se inició el

bloqueo vacunal en más de 380 alumnos de una conocida universidad nacional, lo que se continuó, previas coordinaciones con las instancias correspondientes, también a nivel de instituciones académicas privadas, conforme se observaron casos positivos del modo importado, procedentes de la región Puno, hasta la detección de cadenas de transmisión. En 54 días a la SE 26* se tuvo 39 confirmados, ahora, a la SE 28 con corte al 17 de julio (en solo 16 días), los casos a nivel de la región se incrementaron en un 187%, llegando a 73 confirmados. De estos 34 nuevos casos, se observa a 18 de ellos procedentes del distrito Mariano Nicolás Valcárcel, de la provincia de Camaná, en el sector de Secocha.

FIGURA 04. MAPA DE CASOS DE SARAMPION DE LA PROVINCIA DE AREQUIPA, GERESA AREQUIPA (S.E. 28*-2026)

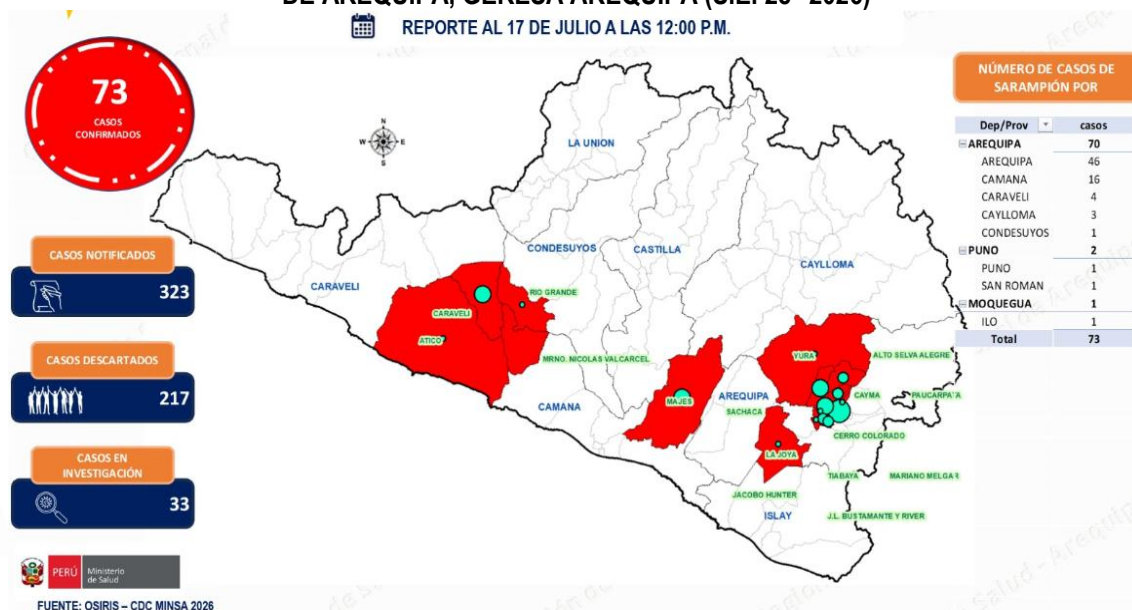
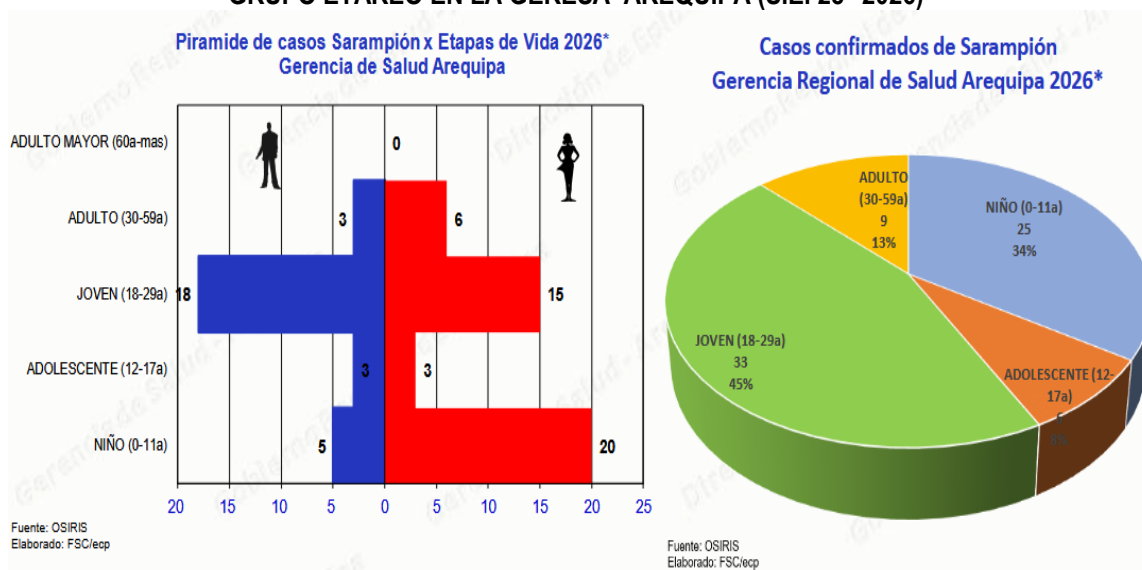


Tabla 02. CASOS CONFIRMADOS DE SARAMPION CON IgM POSITIVO DE LA PROVINCIA DE CAMANÁ POR DISTRITOS, GERESA AREQUIPA, SE 28*-2026 (al 15 de julio)

PROVINCIA DE CAMANÁ	
DISTRITOS :	CASOS
CAMANÁ	0
JOSE MARIA QUIMPER	0
MARIANO NICOLÁS VALCARCEL	18
MARISCAL CACERES	0
NICOLAS DE PIEROLA	0
OCOÑA	0
QUILCA	0
SAMUEL PASTOR	0
TOTAL	18

FUENTE: NotiWeb (SE 28*-2026) a Julio 15

FIGURA 05. CASOS CONFIRMADOS DE SARAMPION POR SEXO Y GRUPO ETAREO EN LA GERESA AREQUIPA (S.E. 28*-2026)



De estos casos confirmados, dos procedentes de Secocha han cursado con hospitalización, una niña de 1 año y 9 meses por cuadro de neumonía complicada ingresada el 12 de julio a clínica privada y un segundo caso referido desde el hospital de Camaná e ingresada al Hospital de EeSalud (CASE) el 13 de julio con insuficiencia respiratoria aguda, neumonía y encefalitis por sarampión complicado. El primer caso fue dado de alta el día 16, y el segundo caso, aun en UCI del CASE pero ya al 5to día con evolución favorable y en espera de autorización para procedimientos.

III. AVANCES LOGRADOS PARA EL CONTROL EN LA REGIÓN AREQUIPA

Ante este complejo escenario, la vigilancia, las intervenciones de campo y las estrategias sanitarias locales han continuado, encaminados a contener la velocidad de transmisión del virus del sarampión:

3.1 Implementación Activa de la "Dosis Cero": Siguiendo las directrices sanitarias urgentes, Arequipa ha logrado desplegar con éxito la administración de una dosis extraordinaria de vacuna SPR para lactantes de 6 a 11 meses y 29 días, protegiendo temporalmente al grupo etario con mayor tasa de complicaciones graves.

3.2 Campaña "Ponle el Pare al Sarampión" en Instituciones Educativas: Se registra un despliegue de brigadas de salud en decenas de instituciones educativas priorizadas de la región, con una meta de protección focalizada para cortar de forma abrupta la propagación en entornos escolares de educación inicial y primaria.

3.3 Fortalecimiento del Cerco Epidemiológico / Bloqueo Vacunal: Ante cada caso sospechoso captado en los establecimientos de salud (IPRESS). Se iniciaron campañas de inmunizaciones en universidades e institutos de estudios superiores públicos y privados, donde se presentaron los primeros casos denominados importados, al ser muchos de esos estudiantes jóvenes que cada fin de semana retornaban a sus hogares en San Roman (Puno). También se activaron los barridos de vacunación "vacunando casa por casa" en las manzanas colindantes, tal como se ha dispuesto en las normativa vigente.

3.4 Los equipos de Epidemiología vienen cumpliendo con la investigación de los casos para lograr una completa Línea de Tiempo que permita conocer al caso índice

o la cadena de transmisión, realizan el censo de contactos y seguimiento de los mismos hasta treinta días después de iniciada la investigación; con la (BAI) búsqueda activa institucional, revisando los registros hasta treinta días antes de la fecha del caso notificado (HIS, Registros de Emergencia, etc.) en los EESS de atención del caso; con la (BAC) búsqueda activa comunitaria donde además del cerco epidemiológico se intenta seguir el trayecto que haya realizado el caso antes de ser captado, teniendo en cuenta que es muy diferente seguir a un niño que se encuentra en su hogar o la escuela pero siempre cerca a padres o tutores, que seguir a jóvenes quien muchas veces viven solos, son independientes y realizan actividades (estudio, trabajo, deporte, recreación, etc.) por las que se desplazan por diferentes medios y muchas veces no cumplen el aislamiento recomendado durante todo su proceso de enfermedad, por no perder el empleo a medio tiempo con el que auto sostienen.

IV. PRONÓSTICO DE DISTRITOS CON MAYOR PROBABILIDAD DE NUEVOS CASOS CONFIRMADOS EN LA REGION AREQUIPA

La región Arequipa abarca una geografía sumamente heterogénea distribuida en 109 distritos a lo largo de sus 8 provincias (Arequipa, Camaná, Caravelí, Castilla, Caylloma, Condesuyos, Islay y La Unión). El control definitivo de la transmisión enfrenta severas dificultades estructurales y operativas diferenciadas por regiones geográficas. Considerando la densidad poblacional, accesibilidad geográfica, tipo de actividad laboral, idiosincrasia de la población, la presencia de casos en investigación (a la SE 28 son 33 casos), las aun bajas coberturas de inmunización acumuladas de esquemas regulares y los ejes de movilización urbana, se formula un pronóstico de alta probabilidad de confirmación de nuevos casos como sigue:

4.1 Provincias Periféricas y Rurales (La Unión, Condesuyos, Castilla Alta):

4.1.1 Se presenta una brecha de accesibilidad geográfica: Muchos distritos son rurales, con poblaciones dispersas y las brigadas de vacunación "casa por casa" requiere tiempos prolongados para desplazarse y por ende el uso de recursos logísticos elevados para cubrir pocos niños.

4.1.2 Riesgo de ruptura de la cadena de frío: En distritos alejados de La Unión o Condesuyos, mantener la estabilidad térmica de la vacuna SPR ante cortes de energía intermitentes o la falta de una infraestructura adecuada representa un desafío crítico.

4.2 Provincias del Eje Costero (Islay, Camaná, Caravelí):

4.2.1 Población flotante y estacional: El flujo constante de trabajadores agrarios e informales que migran temporalmente entre valles (por ejemplo, en Islay o en Camaná) dificulta el seguimiento epidemiológico de contactos y puede romper la continuidad en la aplicación de la segunda dosis (SPR2).

4.2.2 Labores mineras de alta demanda de operarios: Aquí esta actividad es considerada muy rentable, es creciente en Camaná y Caravelí, incrementa el tránsito de parejas jóvenes que visitan a sus cónyuges quienes laboran en mineras formales y otras artesanales. Muchos de ellos son trabajadores jóvenes y adultos en labores eventuales, provenientes de las regiones de Cusco y Puno.

4.2.3 Distritos de Camaná como es Urasqui y su sector de Secocha, o el de Ocoña con su sector en La Eugenia, ambos vinculados también a minería poco formal, muestran un alto riesgo de ingresar a una transmisión comunitaria, como parece estar enfrentando ya Secocha.

4.3 Distritos del nivel Metropolitano (Provincia de Arequipa) y productivo:

4.3.1 Distrito de Cerro Colorado: Es el distrito más poblado de la región, con alta tasa de migración de la macrorregión sur, con centros de comercio formal e informal (Plataforma Comercial Río Seco) y sectores periurbanos con brechas de vacunación persistentes, es foco principal de riesgo de transmisión comunitaria intra-distrital.

4.3.2 Distritos Eje Sur-Oriental (Socabaya/Bustamante y Rivero): Albergan la gran plataforma comercial Andrés Avelino Cáceres, los Terminales Terrestres formales e informales, otro gran centro comercial de Tiendas por departamentos (V.gr Mall Aventura), etc., que actúan como un imán epidemiológico donde confluyen miles de personas a diario, facilitando la transmisión por gotitas de un virus con un R0 tan elevado.

4.3.3 Distrito de Paucarpata: Caracterizado por su alta densidad de población infantil, unidades multifamiliares y un flujo de transporte masivo que conecta con el centro de la ciudad. Estadísticamente muestra susceptibilidad para albergar conglomerados familiares y a la presencia latente de susceptibles escolares cuyos padres o tutores aún no firman consentimiento para su vacunación.

4.3.4 Distritos de Cercado de Arequipa y Miraflores: Zonas de confluencia alta de personas debido a actividades institucionales, bancarias y académicas de nivel superior, así como existencia de complejos habitacionales residenciales donde residen gran número de familias, con riesgo de hacinamiento, lo que amplifica la probabilidad de contagio en espacios cerrados públicos.

4.3.4 Distrito de Yura / Cono Norte: Punto de entrada terrestre obligado de los pasajeros y transportistas provenientes de las regiones altiplánicas. Su ubicación y conectividad geográfica directa lo posiciona como un área de introducción continua de virus.

4.3.5 Distrito de Majes (Prov. Caylloma): Es un gran núcleo económico y de asentamiento agrícola, el más dinámico e importante fuera de la capital de la provincia, con constante intercambio comercial y poblacional con las regiones vecinas, se proyecta como el próximo gran foco extra-metropolitano si no se consolidan los barridos a ese nivel.

V. NUDOS CRITICOS

5.1 Población flotante y estacional: El flujo constante de trabajadores agrarios e informales que migran temporalmente entre valles (por ejemplo, en Islay o Camaná) dificulta el seguimiento epidemiológico de los contactos y rompe la continuidad en la aplicación de la SPR2. Muchos de los notificados como sospechosos, no colaboran con la entrevista epidemiológica, y no reconocen sus desplazamientos, esto rompe la Línea de Tiempo y retrasa el cerco epidemiológico.

5.2 A nivel Metropolitano se evidencian barreras socioculturales y rechazo vacunal, con un incremento de la renuencia en los padres de familia urbanos, influenciada por antivacunas, desinformación o mitos contra las vacunas, obstaculizado la obtención del consentimiento informado en las escuelas y la postergación del barrido, que según lo acordado en la reunión del SECCOR a mediados de junio, debió cumplirse antes de llegar al periodo vacacional de medio año.

5.3 Concentración de casos en población escolar y de 10-30 años sin tener un bloqueo vacunal completo. Aproximadamente un tercio de los casos corresponde a menores en edad escolar. Esto coincide con brechas históricas de cobertura en cohortes que superaron la edad de vacunación de rutina pero no alcanzaron refuerzos. Esta brecha temporal persistente de no protegidos, deja una ventana amplia de susceptibles.

5.4 Falta presupuestal del nivel central (MEF) o del GORE, para la contratación de personal exclusivo de brigadistas de vacunación para avanzar con el barrido vacunal en vísperas de inicio de periodo vacacional a nivel escolar, institutos y universidades.

5.5 La cercanía del calendario de aglomeraciones (Fiestas Patrias y de Arequipa) con actividades como desfiles escolares, corsos alegóricos, conciertos, ferias artesanales, conciertos y demás, añade un factor de riesgo de super diseminación en un momento en que la cobertura vacunal aún no cierra la brecha, ante la concentración y un gran movimiento de turistas nacionales y extranjeros.

5.6. Dispersión geográfica en expansión ante el brote que ya no está circunscrito a la capital, y ahora la enfermedad se incrementa en las provincias de Camaná y Caravelí, con casos de severidad clínica y complicaciones asociadas al virus, ampliándose así el número de redes de salud que deben sostener vigilancia simultánea

5.7 Aparentes limitaciones logísticas para contar con los biológicos suficientes como la SR para cumplir con el barrido de los mayores de 11 años, y de jóvenes y adultos, a nivel de las provincias de nuestro litoral.

5.8 Áreas de triage y atención diferenciada para casos febriles eruptivos (CFE) en las diferentes IPRESS **no implementadas**, o sin personal por falta de RRHH, o con un acceso poco funcional para el fin planteado (disminuir transmisión del caso captado a otros pacientes concurrentes) como es el evitar riesgos a gestantes, pacientes CRED, otros con comorbilidades, etc.

5.9 Las autoridades locales no comparten ni conciben la magnitud del problema, un ejemplo de ello es que a pesar del incremento de casos en poblaciones localizadas como es el distrito de Mariano Nicolás Valcárcel (Urasqui) en Camaná, a pesar de lo sustentado y solicitado por los equipos de Promoción de la Salud, no se suspendería la participación escolar en el desfile cívico por Fiestas Patrias en Camaná, donde participarán delegaciones de todos los distritos, entre ellos de Secocha.

5.10 Se carece del censo del personal de salud vacunado y no vacunado, de los EESS detallando el motivo de los que no accedieron a la vacunación.

5.11 No se dispone de vacuna SR en todas las redes que garantice la vacunación al personal de salud expuesto dentro de las 72 horas posteriores de conocido el caso, a fin de interrumpir la cadena de transmisión, evitar brotes en EESS y ausentismo del personal de primera línea.

5.12 . Sobrecarga operativa por despliegue masivo de brigadas cuyos integrantes también **cumplen multifunciones** y labores de cerco epidemiológicos, censo de contactos, seguimiento de los mismos, actividades de BAI y de BAC.

5.13 Falta de normativa de RRHH que garantice el cumplimiento del aislamiento por los días necesarios, luego del inicio del exantema, y que justifique la ausencia a centro laboral sin perjuicio del trabajador.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EPIDEMIOLÓGICAS

La mitigación del impacto del pronóstico antes mencionado solo se lograría en forma exitosa con una campaña de barrido vacunal a todo nivel y en todas las provincias, hasta sobrepasar la cobertura del 95%, alternativa específica para lograr detener el avance del escenario Tipo 1 en que ya estamos inmersos y el logro de una inmunidad colectiva o de rebaño.

Se debe dar importancia a la heterogeneidad geográfica, porque aunque la cobertura regional promedio se acerque al 95%, bolsones locales de baja cobertura (como colegios o localidades mineras con alta movilidad) actúan como reservorios que sostienen la cadena, incluso si el resto de la región ya alcanzó el umbral — por eso el

MRV (Monitoreo Rápido de Vacunación) que exige el Plan de Acción es clave al medir la cobertura por distrito, no solo el agregado regional.

El actual escenario Tipo I se inició desde mediados del mes de junio, y motivó que en reunión plenaria conjunta del SECCOR con presencia del Vice Ministro de Salud, se declarara el inicio del barrido a nivel de Arequipa, acuerdo que no se ha podido cumplir por diversos motivos, expuestos en parte a través de los nudos identificados. Por ello de lo expuesto se debe intensificar las siguientes acciones:

6.1 Bloqueo Vacunal Ultrarrápido: Vacunación de contactos directos e indirectos dentro de las primeras 48 horas de detectado el CFE.

6.2 Aislamiento Estricto e Inmediato: No esperar el resultado de laboratorio (IgM [+]) para iniciar el aislamiento respiratorio de todo caso sospechoso para cortar la tasa de ataque secundario intracomunitario. Ante pacientes con régimen laboral debemos recordar que el propio MINSA establece que la persona con sarampión no debe asistir a clases ni a trabajar y debe permanecer en una habitación exclusiva y bien ventilada por al menos 4 días después de la aparición del exantema. Esto le da al aislamiento un respaldo de política sanitaria oficial, no solo una recomendación médica individual — es el mismo estándar que el trabajador puede invocar ante su empleador (fue el criterio usado para COVID-19 bajo RM N° 018-2022-MINSA, y aplica por analogía a cualquier enfermedad de notificación obligatoria en el contexto de alerta/emergencia sanitaria)

6.3 Garantizar la Oportunidad y Calidad del Diagnóstico: Reducir los tiempos de transporte de muestras de suero desde las Micro redes y Redes de salud de Arequipa hacia el LRR. Así como mantener un flujo tal en los EESS de periferie, sobre todo los más alejados, que no cuentan con personal ni laboratorio en el mismo centro, que garantice la calidad de la toma de muestras, su procesamiento inicial y correcto embalado y traslado, para evitar muestras deterioradas y lograr resultados válidos.

6.4 Promoción de la Salud debe exigir y fiscalizar la firma de consentimientos informados en las escuelas para acelerar el avance de las brigadas de vacunación. Establecer un canal de comunicación de crisis agresivo enfocado en desmitificar los temores de la vacuna SPR, instando a los directores de colegios a exigir el carné de vacunación de forma obligatoria.

6.5 El área de Comunicaciones, debe continuar con **campañas de difusión** que informen a la población sobre la importancia de la vacunación y los riesgos del sarampión y contrarrestar así técnicamente a los anti vacunas.

6.6 Gestionar con el área de RRHH de las diferentes Redes la **redistribución intensiva de personal**, desde sus funciones habituales hacia actividades de la investigación del caso, el seguimiento de contactos, el bloqueo vacunal, el BAC y el BAI.

6.7 Exhortar a los gestores y personal de salud de las Redes y Micro redes, sobre todo del primer nivel de atención, a su participación activa en el control del brote de sarampión que afecta a la Salud Pública, y que no es únicamente problema del profesional de Epidemiología y de Inmunizaciones, sino de todo el sector salud y es su obligación participar de modo espontáneo, responsable y con iniciativa en las tareas que se requieran en cada caso, evitando así un incremento de estrés laboral y agotamiento en determinado sector de primera línea.

6.8 Se debe protocolizar y exigir el uso obligatorio de mascarilla tanto a pacientes como a personal sanitario antes del ingreso a los EESS, e **implementar el triaje diferenciado y ambientes de aislamiento** para casos sospechosos, cambios operativos que añaden carga logística y de protocolo al personal asistencial.

6.9 Gestionar ante el MEF, GORE, un mayor presupuesto de la Emergencia Sanitaria para la contratación y desplazamiento exclusivo de brigadistas de vacunación que puedan cubrir un mayor número de distritos de Arequipa Metropolitana y las demás provincias de la región.

6.10 Gestionar ante el MEF, GORE, un mayor presupuesto de la Emergencia Sanitaria para la contratación de profesionales de enfermería y para movilidad local que permita iniciar el **MRV** (monitoreo rápido de vacunación) en todos los distritos con presencia de casos confirmados de sarampión de Arequipa Metropolitana y las demás provincias de la región.

Sin otro particular es todo lo que informo a usted, haciendo propicia la ocasión para expresarle mi especial consideración y estima personal.

Atentamente



GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
DIRECCION DE EPIDEMIOLOGIA
DRA. FRANCISCA DE SANTIDIANA CUENTAS
DIRECTORA DE OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA
CMP. 21164

FLSC/map
C.c.: Archivo