



Informe

Taller Regional para la
Formulación de Planes
Integrados para la Prevención,
Control y Eliminación de las
Enfermedades Infecciosas
Desatendidas

San Salvador, El Salvador
16-18 Mayo 2011

Organización Panamericana de la Salud

Taller Regional para la Formulación de Planes Integrados para la Prevención, Control y Eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas

Organizado por el Programa Regional de Enfermedades Infecciosas Desatendidas con el auspicio de la Red Global de Enfermedades Tropicales Desatendidas y el Instituto de Vacunas Sabin.

Steven K. Ault, Rubén Santiago Nicholls, Martha Idalí Saboyá, Albis Gabrielli

Organización Panamericana de la Salud

Tabla de Contenido

RESUMEN EJECUTIVO	4
INTRODUCCION	11
1. OBJETIVOS DEL TALLER	13
2. METODOLOGIA	13
3. DESARROLLO DEL TALLER	14
4. CONCLUSIONES	40
5. RECOMENDACIONES	41
6. BIBLIOGRAFIA	42
ANEXO 1. AGENDA DEL TALLER	43
ANEXO 2. LISTA DE PARTICIPANTES	48
ANEXO 3. PRIMERA PROPUESTA DE PLAN INTEGRADO PARA EL CONTROL Y ELIMINACIÓN DE LAS EIDS, DE LOS PAÍSES PARTICIPANTES.	52
BRASIL.....	52
BOLIVIA.....	64
COLOMBIA.....	76
EL SALVADOR	89
GUATEMALA	99
HONDURAS.....	106
REPÚBLICA DOMINICANA.....	123

LISTA DE ACRONIMOS

AIEPI:	Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia.
BMGF:	Bill, Melinda Gates Foundation (Fundación Bill y Melinda Gates)
DSS:	Determinantes Sociales de Salud.
EIDs:	Enfermedades Infecciosas Desatendidas.
ETV:	Enfermedades transmitidas por vectores.
FUNASA:	Fundación Nacional de Salud.
GNNTD:	Global Network for Neglected Tropical Diseases. (Red Mundial de Enfermedades Desatendidas).
JICA:	Japanese International Cooperation Agency. (Agencia Japonesa de Cooperación).
LAC:	Latinoamérica y El Caribe
MDA:	Mass Drug Administration (Administración Masiva de Medicamentos).
OPS:	Organización Panamericana para la Salud.
ONG:	Organizaciones No Gubernamentales.
PAI:	Programa Ampliado de Inmunizaciones
TT:	Targeted Treatment (Tratamiento Dirigido)
SVI:	Sabin Vaccine Institute (Instituto Sabin de Vacunas)
USAID:	United States Agency for International Development (Agencia Interamericana del Desarrollo de los Estados Unidos).

RESUMEN EJECUTIVO

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que las enfermedades infecciosas desatendidas (EIDs) afectan a más de mil millones de personas en el mundo y que varios millones más están en riesgo de contraerlas. (1)

En América Latina y el Caribe cerca de 127 millones de personas viven en la pobreza y esta cifra tan alta contribuye a generar una mayor carga de enfermedad en algunos sectores marginados de la población, entre ellos las personas pobres, los trabajadores migratorios, las mujeres y los indígenas. La mayoría de las EIDs son afecciones crónicas que pueden reducir la capacidad de aprendizaje, la productividad y la capacidad para generar ingresos, por lo cual es necesario adoptar un método integral para abordar estas enfermedades, a fin de contar con los instrumentos actuales de diagnóstico, y tratamiento y establecer un programa multisectorial que pueda abordar los factores sociales determinantes. (2)

En octubre de 2009 el Consejo Directivo de la OPS aprobó la Resolución CD49.R19 sobre **“Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza”**. En ella se expresa el compromiso de los estados miembros de OPS con metas concretas de control o eliminación de enfermedades desatendidas, que pueden combatirse con instrumentos existentes e intervenciones en salud pública costo-efectivas, de manera que dejen de ser consideradas como problemas de salud pública en el año 2015. (3)

Es así como del 16 al 18 de mayo se realizó el **Taller Regional para la formulación de Planes Integrados para la Prevención, Control y Eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas**, en el cual participaron diferentes representantes encargados de diversos programas de salud en los países de Brasil, Bolivia, Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras, y República Dominicana, así como OPS brindó apoyo técnico a través de consultores nacionales e internacionales para discutir el panorama de las EIDs, dar a conocer la alianza OPS-Sabin /GNNTD-BID, e invitar a la implementación a nivel local de planes de acción integrados en la región. Se trabajó en conjunto en la guía propuesta por OPS para el abordaje integral de las EIDs, instrumento que fue explicado, discutido paso a paso y aplicado por cada país participante según su situación epidemiológica actual, con el fin de recolectar información que permita fortalecer el instrumento, e invitar a los países al trabajo conjunto para la elaboración de planes regionales integrados para el control y en otros casos la eliminación de las EIDs.

Objetivos

- 1- Formar facilitadores nacionales de Bolivia, Brasil, Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras y República Dominicana para usar e implementar la Guía para el Desarrollo de Planes Integrados para la Prevención, Control y Eliminación de las EIDs.
- 2- Obtener un esquema general de la posible estructura de los planes de acción integrados de Bolivia, Brasil, Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras y República Dominicana.

3- Estructurar una ruta de trabajo conjunto entre los 7 países participantes, la OPS/OMS y los socios estratégicos, que permita en 2011 y 2012 avanzar hacia el desarrollo e implementación de Planes Integrados para la Prevención, Control y Eliminación de las EIDs.

Desarrollo del taller

Durante el desarrollo del taller se hicieron presentaciones por los consultores de OPS Washington, SABIN-BID, los diferentes grupos de trabajo, y se realizaron discusiones plenarias de los temas abordados. Los temas abordados fueron los siguientes:

Panorama de las EIDs en Latino América y el Caribe. Oportunidades y retos.

Abordaje integral, interprogramático e intersectorial de las EIDs.

Se han considerado 3 enfoques para el abordaje integrado de las EIDs: 1) La co-implicación de actividades, principalmente la entrega de medicamentos 2) La integración como proceso por el cual las actividades de vigilancia y control son fusionadas o coordinadas fuertemente en el contexto de un sistema de atención en salud multifuncional o integral. 3) La acción intersectorial y la participación social.

Abogacía y Posicionamiento político para crear condiciones que permitan avanzar en la formulación de planes integrados para las EID.

Se expuso sobre la importancia de la abogacía y del posicionamiento político para crear condiciones que permitan avanzar en la formulación de planes integrados para las EIDs.

Coordinación de las intervenciones de quimioterapia preventiva.

Las estrategias de distribución de la quimioterapia preventiva son: a) MDA (*mass drug administration*) o Administración Masiva de Medicamentos. b) Tratamiento dirigido (*targeted treatment - TT*). La coordinación de estrategias de quimioterapia preventiva es muy costo-efectiva en áreas en donde hay superposición de dos o más de las enfermedades para las cuales esta constituye la principal estrategia de control.

Alianza para el control y eliminación de las EIDs en Latino América y el Caribe: Objetivos, perspectivas y rol de Sabin/GNNTD.

Uno de los principales objetivos de SABIN es integrar la prevención, control y eliminación de EIDs con otras iniciativas regionales, tales como: Atención primaria en salud, agua potable, programas de inmunización, iniciativas de mejoramiento de la vivienda y programas de educación.

Alianza para el control y eliminación de las EIDs en Latinoamérica y el Caribe: Objetivos, perspectivas y rol del Banco Interamericano de Desarrollo.

El BID es la fuente más grande de financiamiento externo para LAC, apoyando a las instituciones y organismos gubernamentales y no gubernamentales para focalizar los esfuerzos hacia la prevención, control y eliminación de EIDs.

Proyecto demostrativo en Chiapas, México: experiencia en la integración de acciones para las EIDs a nivel local y apoyo de la alianza OPS-Sabin/GNNTD-BID.

Un ejemplo de financiación del BID en relación a las EIDs, es “El Plan de Acción Integral para la eliminación y control de las enfermedades desatendidas en Chiapas, 2009-2011”, el cual considera tracoma, enfermedad de Chagas, lepra, leishmaniasis, oncocercosis y rabia. El objetivo general es eliminar el tracoma como problema de salud pública en el estado de Chiapas para el año 2012.

Proyecto demostrativo en Recife, Brasil: experiencia en la integración de acciones para las EIDs a nivel local.

Brasil expuso su amplia experiencia en el manejo de las EIDs y dio a conocer que en los últimos 30 años ha logrado disminuir las tasas de morbimortalidad causada por EIDs. Desde el año 2001 se coordinan planes para atender dos programas: Programa de Lepra y otro para atender las EIDs (División General de Enfermedades Transmisibles y Coordinación General de Lepra y EIDs). Brasil ha iniciado en el año 2011 un plan integrado para el manejo conjunto de las EIDs en Pernambuco.

Instrumentos para facilitar el abordaje integral para el control de las EIDs en LAC.

Se expuso que en la Resolución CD49.19 se incluyeron 12 EIDs para las cuales existen posibilidades de avanzar hacia su control o eliminación como problema de salud pública al 2015: Grupo 1: (potencial de eliminación), Grupo 2:(Reducir prevalencia).

Discusión general

- Algunas de las EIDs continúan siendo un problema de salud pública en sus países; es posible eliminarlas con un esfuerzo, coordinando la participación de los sectores público y privado.
- La formulación del plan fija las bases para definir las metas y objetivos luego evaluar los resultados, y así es posible realizar la coordinación intersectorial necesaria. En la formulación del plan el gobierno y el sector educación deben tomar un rol importante.

Aplicación de la “Guía para el desarrollo de planes integrados para el control y eliminación de las EID.”

Se trabajó siguiendo paso a paso la Guía para el desarrollo de planes integrados para el control y eliminación de las EID” y se recolectó la información correspondiente a cada uno de los pasos, por país, en el instrumento “Tablas de la guía”.

Primer Paso: Análisis de Situación. Cómo avanzar en el análisis de situación y forjar las bases para la formulación de un plan integral.

Para realizar el análisis de la situación actual, las causas, y los recursos con los que cuenta el país para enfrentar la carga de EIDs, se hará un diagnóstico situacional. Primeramente se conformará un grupo de trabajo que lidere el proceso de diagnóstico y de planificación, y que sea el encargado de conducir el proceso de recolección y análisis de la información.

Discusión:

-Los países identificaron la falta de información sobre la situación epidemiológica de las EIDs, se recomendó incluir las EIDs en el sistema de información de vigilancia epidemiológica.

-Se sugirió invertir el orden entre las tablas 1 y 2, agregar a la tabla 3 los siguientes ítems en porcentajes: Total de población, población urbana y rural, crecimiento demográfico, actividades

productivas. Incluir ítem “sector salud”, así como utilizar siglas y cambiar el orden de las columnas y celdas, en las tablas 7 y 8, incluir el ítem “otros”.

Segundo paso: Hacia donde queremos ir, definición de prioridades, objetivos y metas.

Para la priorización se tomará en cuenta el mapeo de sobreposición de enfermedades en el área, mapeo de determinantes sociales y ambientales, posibilidades de uso de recurso integrado en el área, e identificación de socios y aliados. Los propósitos, metas y objetivos deben ser realistas.

Discusión:

-Los países invitados reportaron superposición de enfermedades en áreas geográficas con características similares, se trazaron objetivos y metas encaminadas a la prevención, control y eliminación de las EIDs.

-Se consideró importante retomar la vigilancia y no que solamente se haga la notificación sino se notifique el diagnóstico de EIDs, por laboratorio y así poder documentarlo.

-Se identificaron determinantes sociales comunes como pobreza, la migración de personas, falta de acceso a salud y agua potable, deficiencia en el sistema de saneamiento básico, diferencias de género, educación, clima, y hacinamiento.

-En relación a las posibilidades de uso integrado de recurso sanitario se determinó la vigilancia epidemiológica y laboratorial, búsqueda, detección, tratamiento, y rehabilitación de las EIDs, control vectorial, promoción y educación en salud, participación comunitaria e investigación del impacto producido por las acciones de la atención y control de las EIDs.

Tercer paso: Definición de estrategias, ¿Cómo llegaremos?

Se han propuesto seis acciones recomendadas a nivel de los DSS para las EIDs; 1) Enfrentar factores relacionados con agua, saneamiento y condiciones de vivienda 2) Reducir los factores de riesgo ambientales; 3) Mejorar la salud de las poblaciones migrantes; 4) Reducir las inequidades causadas por factores socioculturales y de género; 5) Reducir la pobreza en poblaciones endémicas para las EIDs; 6) Implementar sistemas de vigilancia y evaluación de riesgo.

Discusión:

Los grupos de trabajo plantearon intervenciones específicas integradas por área geográfica como manejo integral de los casos, control de vectores, salud pública veterinaria, coimplementación de acciones con programas de salud ya existentes.

Se recomendó identificar alianzas estratégicas con organismos cooperantes, invitar a participar en la iniciativa para el control y eliminación de las EIDs a personal de salud, sector educación, comunidad, fuerzas armadas, municipalidades, iglesias, salud pública y veterinaria.

Se planificó recolectar la Información de las EIDs a partir de diferentes fuentes, como encuestas epidemiológicas, sistema nacional de información en salud, vigilancia entomológica, vigilancia en salud pública veterinaria, vigilancia laboratorial de rabia, etc...

Cuarto paso: Organización y gestión del plan.

Se recomienda la formación de un comité directivo, con participación de todos los actores y sectores involucrados, incluidos los representantes de la comunidad y designar un secretario(a) ejecutivo(a), habitualmente alguien del sector salud, quien será responsable de que el plan se ejecute dentro de lo programado y de elevar la toma de decisiones estratégicas al comité directivo.

Discusión:

Se sugirió que en la tabla 14 la parte que dice roles y responsabilidades por área geográfica, cambiar las palabras que detallen mejor lo solicitado, es decir las actividades y quien será el encargado de realizarlas. Se recomendó conveniente unificar los roles, y buscar al programa o funcionario más idóneo y responsable para el cargo.

Quinto paso: Monitoreo y evaluación del plan: ¿Cómo sabremos cuándo llegaremos?

Se definirá un set de indicadores que permitan monitorear el avance del programa en su totalidad, integrando la información de la salud animal y humana, con definiciones estandarizadas para cada uno de ellos. Estos indicadores tienen que dar cuenta tanto del proceso como del impacto del programa, es decir, morbilidad, mortalidad y discapacidad.

Discusión:

Se explicó que la resolución de la OPS para el control de las EIDs ya tiene metas e indicadores fijados. Se recomienda que sean tomados y adaptados a cada uno de los países según las tendencias de los indicadores en cada caso en particular.

Discusión general final: Oportunidades y necesidades para concretar la formulación de planes de acción integrados para el control y eliminación de las EIDs en Bolivia, Brasil, Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras y República Dominicana.

-Existen suficientes elementos y oportunidades para que antes de finalizar 2011 se tenga una propuesta que sea suficientemente buena para poder presentarla.

-OPS está en toda la disposición de apoyar con cooperación técnica a los países de la región, con el fin que en el próximo semestre se formalicen los planes estratégicos nacionales.

-Las problemáticas de las EIDs, en los países de la región son similares. Cada país debe hacer ajustes al instrumento para adecuarlo a sus necesidades y recursos.

-Como una herramienta para la región, parece muy válida para tener una normatización de algunos aspectos y facilitar sin duda el proceso de seguimiento y evaluación de impacto para la región.

-El instrumento dispone de un plan realista, porque aprovecha los agregados de las acciones ya existentes.

Conclusiones

Las EIDs no solamente aumentan la morbi-mortalidad en los sectores mas pobres y vulnerables de los países de la región sino también aquellos que las padecen o las padecieron en ocasiones presentan secuelas que reducen las destrezas para el aprendizaje, la productividad,

y la capacidad para generar ingresos, y por lo tanto para mejorar el desarrollo de los países, perpetuando el ciclo de pobreza en los países de la región.

Una interacción compleja entre factores ambientales, y humanos incluyendo factores ecológicos, genéticos, políticos y socioeconómicos son responsables de la emergencia y resurgencia de las EIDs, situación que en los últimos años ha despertado el interés de diversos sectores de la sociedad, haciendo posible la elaboración de planes integrados para el control y erradicación de las mismas.

Las EIDs representan un problema de salud creciente tanto en medicina humana como veterinaria.

Las EIDs pueden presentar superposición geográfica, es por ello que la OMS hace un llamado a dar respuestas integrales para mejorar las condiciones de vida en general, y de salud en particular de las poblaciones afectadas. A pesar de que los países de la región comparten similares situaciones geográficas ambientales, culturales y religiosas, la prevalencia de las EIDs es diferente.

Existen áreas fronterizas en la región con alta carga de algunas EIDs, algunas ya se tienen mapeadas y ahora deberá implementarse en coordinación con el país vecino estrategias enfocadas a esta problemática. La pobreza, falta de agua potable y saneamiento ambiental, dificultad de acceso a servicios de salud, educación y control vectorial son determinantes sociales comunes en los países de la región.

Los países de la región deben actualizar la información sobre la prevalencia de la carga parasitaria que permita orientar las intervenciones en las poblaciones de riesgo.

La Información que se tiene sobre diagnóstico, tratamiento, poblaciones afectadas según sexo, edad, de las diferentes EIDs servirá de base para iniciar la elaboración del plan integrado.

La problemática de las EIDs, es similar en los países de la región. Sin embargo cada país debe hacer ajustes al instrumento para adecuarlo a sus necesidades y recursos. Es evidente la necesidad del compromiso político en la eliminación de las EIDs, se necesitan estrategias basadas en evidencia, que promuevan acciones intersectoriales e interprogramáticas, para llevar a la realidad los planes integrados a corto plazo, para que dentro de poco tiempo dejemos de llamar desatendidas a este grupo de enfermedades.

El taller permitió la formación de facilitadores de los países de la región para la realización de planes integrados en las EIDs.

El desarrollo del taller facilitó que cada país participante realizara un bosquejo de la situación actual de las EIDs y formulara de manera preliminar las bases de un plan integrado para el control o eliminación de las enfermedades desatendidas en cada uno de los países participantes, permitiendo el trabajo conjunto, colaborativo en la formulación de planes. La experiencia de todos los participantes enriqueció el taller, y el enfoque multisectorial, integral, e interprogramático, amplió el panorama en el control de las EIDs.

La guía y sus tablas anexas constituyen un instrumento de ayuda para la formulación de los planes integrados nacionales o subnacionales para el control o eliminación de las enfermedades desatendidas, que puede ser adaptado según las circunstancias y necesidades de cada país o incluso en regiones geográficas o políticas diferentes dentro de cada país.

Recomendaciones

Debemos ser conscientes de nuestra responsabilidad y nuestro rol en el control y la eliminación de las EIDs.

Se recomienda cambiar el orden de las tablas 1 y 2 de la guía, con el fin de facilitar el llenado del instrumento. Utilizar siglas para la información al llenar en las tablas para compactar la información.

Identificar la sobreposición de las EIDs, con el fin de crear planes integrados para su control o eliminación. Incluir en el sistema de vigilancia epidemiológica y laboratorial la lista de las EIDs a las que cada país dará prioridad. Plantear objetivos y metas realistas, con el fin de concretar el plan.

Realizar estudios de investigación sobre carga parasitaria, y prevalencia de EIDs.

Mejorar el control prenatal como estrategia para el control de sífilis congénita, asegurar que a los casos positivos realmente sean informados y reciban tratamiento.

Evaluar capacitar al mismo personaje encargado de otros programas para la realización del trabajo de campo en la comunidad.

Las unidades móviles de salud, el modelo ECOS, pastoras de crianza, madres comunitarias son modelos de intervenciones que acercan la salud a la comunidad y que pueden favorecer la realización de los objetivos del plan.

Los niños de las comunidades tratadas pueden ser los voceros de la iniciativa de eliminación de las EIDs.

Se recomienda la creación de protocolos de tratamiento integrado en la región para las EIDs.

Unificar los roles por área geográfica (Tabla 14) y buscar al programa o funcionario mas idóneo y responsable para el cargo, se recomienda escribir el cargo y no el nombre de la persona pues los gobiernos y nombramientos cambian pero no los cargos, y así asegurar que siempre habrá un responsable.

INFORME DEL TALLER

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que las enfermedades infecciosas desatendidas (EIDs) afectan a más de mil millones de personas en el mundo y que varios millones más están en riesgo de contraerlas. (1) En América Latina y el Caribe cerca de 127 millones de personas viven en la pobreza y esta cifra tan alta contribuye a generar una mayor carga de enfermedad en algunos sectores marginados de la población, entre ellos las personas pobres que viven en el campo los habitantes de los barrios pobres, los trabajadores migratorios, las mujeres y los indígenas. La mayoría de las EIDs son afecciones crónicas que pueden reducir la capacidad de aprendizaje, la productividad y la capacidad para generar ingresos, por lo cual es necesario adoptar un método integral para abordar estas enfermedades, a fin de contar con los instrumentos actuales de diagnóstico, y tratamiento y establecer un programa multisectorial que pueda abordar los factores sociales determinantes. (2)

Es en este contexto que hace algunos años surge lo que se ha denominado el cambio de paradigma en la lucha contra las EIDs, pasando de un enfoque centrado en las enfermedades a otro centrado en las necesidades de las poblaciones marginalizadas. La prioridad entonces es traducir el nuevo enfoque en una estrategia que permita proporcionar una solución eficaz y global a las poblaciones pobres; un enfoque integrado, que incorpore acciones para mejorar tanto el estado de salud, como las condiciones de vida de las poblaciones afectadas a través **del trabajo multidisciplinario e intersectorial**, en los determinantes sociales, sin dejar de lado las intervenciones propias del sector salud. (1)

En octubre de 2009 el Consejo Directivo de la OPS aprobó la Resolución CD49.R19 sobre **“Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza”**. En ella se expresa el compromiso de los estados miembros de OPS con metas concretas de control o eliminación de enfermedades desatendidas, que pueden combatirse con instrumentos existentes e intervenciones en salud pública costo-efectivas, de manera que dejen de ser consideradas como problemas de salud pública en el año 2015. La resolución enfatiza la importancia del enfoque integral que incluya estrategias interprogramáticas con programas de salud existentes, como el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), los programas de control de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), etc., y acciones intersectoriales, con educación, vivienda, desarrollo, agua y saneamiento básico, medio ambiente, agricultura y ganadería, necesarias para el abordaje integral sostenible de los factores determinantes sociales de la salud. (1) Actualmente la OPS hace un gran esfuerzo al brindar ayuda técnica a los países de la región de Latino América y el Caribe con el propósito de contribuir al desarrollo de los planes de acción integrados para la prevención, control y eliminación de las EIDs con el fin de avanzar hacia el logro de las metas establecidas en la Resolución CD49.R19 del consejo directivo de OPS al 2015. (3).

Es así como del 16 al 18 de mayo se realizó el **Taller Regional para la formulación de Planes Integrados para la Prevención, Control y Eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas**, en el cual participaron diferentes representantes encargados de diversos programas de salud en los países de Brasil, Bolivia, Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras, y República Dominicana, así como OPS brindó apoyo técnico a través de

consultores nacionales e internacionales para discutir el panorama de las EIDs, dar a conocer la alianza OPS-Sabin /GNNTD-BID, e invitar a la implementación a nivel local de planes de acción integrados en la región, así como se trabajó en conjunto en la guía propuesta por OPS para el abordaje integral de las EIDs, instrumento que fue explicado, discutido paso a paso y aplicado por cada país participante según su situación epidemiológica actual, con el fin de recolectar información que permita fortalecer el instrumento, e invitar a los países al trabajo conjunto para la elaboración de planes regionales que permitan el control y en otros casos la eliminación de las EIDs.

El presente documento compila y expone las principales conclusiones y recomendaciones al documento formulación de planes integrados para la prevención, Control y Eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas durante el Taller Regional para la Formulación de Planes Integrados para la Prevención, Control y Eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas, llevado a cabo en El Salvador.

1. OBJETIVOS DEL TALLER

Los objetivos específicos del taller fueron:

- Formar facilitadores nacionales de Bolivia, Brasil, Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras y República Dominicana para usar e implementar la Guía para el Desarrollo de Planes Integrados para la Prevención, Control y Eliminación de las EIDs.
- Obtener un esquema general de la posible estructura de los planes de acción integrados de Bolivia, Brasil, Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras y República Dominicana.
- Estructurar una ruta de trabajo conjunto entre los 7 países participantes, la OPS/OMS y los socios estratégicos, que permita en 2011 y 2012 avanzar hacia el desarrollo e implementación de Planes Integrados para la Prevención, Control y Eliminación de las EIDs.

2. METODOLOGIA

OPS plantea que puede entenderse por integración la implementación de diversas acciones de apoyo a la lucha contra cada enfermedad, o grupo de enfermedades desatendidas según las necesidades específicas de cada país y población en riesgo. Esto consiste tanto en acciones de apoyo dentro del sector salud como acciones de aquellos aliados y socios que normalmente no forman parte del sector salud.

Previo a la realización del taller se solicitó a los participantes recolectar información de la realidad de su país de origen respecto a las EIDs:

- a) Información sobre situación epidemiológica y de carga de enfermedades por las EIDs en el país.
- b) Programas de control de EIDs actualmente en desarrollo en el país.
- c) Sistemas de registro de información, vigilancia epidemiológica y monitoreo de EIDs.
- d) Factores determinantes de las EIDs.
- e) Integración Inter programática e intersectorial para el control integrado de las EIDs.
- f) Participación comunitaria y movilización social para el control integrado de las EIDs.
- g) Información adicional que se considerase necesaria.

Durante el desarrollo del taller se hicieron presentaciones por los consultores de OPS Washington, SABIN y BID, los diferentes grupos de trabajo, y se realizaron discusiones plenarias de los temas abordados. En estas discusiones plenarias se recopilaron las recomendaciones presentadas por los grupos, cada país participante trabajó en el instrumento "Tablas de la Guía para el control, y eliminación de las EIDs" el cual se completó con la información solicitada, y pueden consultarse en el apartado de anexos.

3. DESARROLLO DEL TALLER

El taller dio inicio con las palabras de bienvenida por el Dr. Miguel Aragón (en sustitución del representante OPS, El Salvador) quien agradeció al gobierno de El Salvador por el apoyo en la realización del taller, enfatizó la necesidad de dar prioridad e importancia a nivel local e internacional al control, prevención y atención de las EIDs, destinando recursos humanos, técnicos y económicos para ello, puntualizando que a través de la atención integral e intersectorial podremos alcanzar la meta esperada de aquí a tres ó cinco años de poder llamar a las EIDs, como enfermedades que antes eran desatendidas.

Luego tuvo lugar la participación de Licda. Mirian Yolanda Paz, Subsecretaria de Riesgos Poblacionales, Secretaría de Salud de Honduras, quien expresó que las EIDs en nuestros países significan un reto para concluir la agenda inconclusa que existe en el sector salud, y que el desarrollar este taller permitirá direccionar el camino para garantizar el abordaje integrador e interprogramático necesario, iniciando un proceso de identificación de oportunidades para la integración de acciones que faciliten avanzar en la prevención, control y eliminación de las enfermedades desatendidas en los países de la Región de las Américas.

Continuó el Dr. Eduardo Suárez del Ministerio de Salud, El Salvador, quien motivó a los países de la región a unir esfuerzos en el manejo en conjunto de la atención prevención control y eliminación de las EIDs, posterior a lo cual dio por inaugurado el evento.

Sesión 1: Panorama de las EIDs en Latino América y el Caribe. Oportunidades y retos. Dr. Steven Ault

Las EIDs afectan principalmente a las poblaciones que viven en condiciones socioeconómicas pobres, con bajos ingresos, bajo nivel educativo, vivienda precaria, carencia de acceso a servicios básicos como agua potable y saneamiento básico, en zonas de conflicto o en condiciones ambientales deterioradas, y con barreras en el acceso a los servicios de salud. Más de mil millones de personas en el mundo sufren, al menos, de una enfermedad tropical desatendida, todas ellas son enfermedades crónicas cuyos efectos en la salud son perdurables, y discapacitantes. Algunas ocasionan en los niños desnutrición, anemia, trastornos en su crecimiento, desarrollo, menor capacidad de aprendizaje y ausentismo escolar, que determinan que en su vida adulta se vea mermada su productividad y, por tanto, su capacidad de generar ingresos adecuados para ellos y sus familias. En las mujeres embarazadas son causa de anemia y desnutrición intrauterina. En algunos casos generan incapacidad laboral y reducción de ingresos.

En América Latina y el Caribe ha habido avances importantes en el control o en la eliminación de varias de estas enfermedades, como la interrupción de la transmisión vectorial, y la prevención de su transmisión.

En octubre de 2009 el Consejo Directivo de la OPS aprobó la Resolución CD49.R19 sobre “Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza”. En ella se expresa el compromiso de los estados miembros de OPS con metas concretas de control o eliminación de enfermedades desatendidas, que pueden combatirse con instrumentos existentes e intervenciones en salud pública costo-efectivas, de manera que dejen de ser consideradas como problemas de salud pública en el año 2015. La Resolución CD49.R19, clasifica a las EID en 3 grupos:

- Grupo 1: Enfermedades con meta de eliminación.

- Grupo 2: Enfermedades cuya carga de enfermedad puede ser reducida drásticamente con las herramientas disponibles.
- Otras: Enfermedades para las cuales se requiere evaluación de la carga (mapeo), y desarrollar herramientas, métodos y estrategias para lograr el control.

Se dio a conocer la alianza OPS-Instituto Sabin de Vacunas (Red Global de ETDs)-BID, instituciones que trabajan en conjunto con el fin de lograr el control y la eliminación de las EIDs, y quienes proponen a los países de la región:

1. Impulsar la formulación e implementación de planes integrales.
2. Promover la ampliación de cobertura y regularización de acceso a medicamentos
3. Impulsar el mapeo y re-mapeo en los niveles nacionales y subnacionales
4. Monitorear y evaluar las metas regionales
5. Coordinar las acciones intersectoriales e interprogramáticas.
6. Abogacía ante otros Ministerios, instituciones y otros sectores: enfoque en los determinantes sociales de las EIDs.
7. Mantener y fortalecer la cooperación y las alianzas
8. Fortalecer la investigación y la innovación para desarrollo de herramientas diagnósticas, alternativas terapéuticas y fortalecimiento de los sistemas de vigilancia.
9. Canalizar y movilizar recursos financieros
10. Promover la participación comunitaria.

Finalmente se expuso que enfermedades como oncocercosis, filariasis linfática, malaria, tracoma y enfermedad de Chagas se pueden eliminar en las Américas en corto tiempo si se unen esfuerzos y se destinan los recursos necesarios. Es así que para estas y las otras EIDs en América Latina y el Caribe es urgente integrar y potenciar acciones, recursos y alianzas para alcanzar ese objetivo.

Sesión 2. Abordaje integral, interprogramático e intersectorial de las EIDs. Dr. Santiago Nicholls

Son enfermedades infecciosas llamadas desatendidas por diferentes razones. Entre estas podemos mencionar que los estados suelen dar poca prioridad a su prevención, vigilancia y control, por su naturaleza crónica y silenciosa, por afectar a comunidades con voz política débil, el sector privado limita la investigación y el desarrollo de nuevos y mejores medicamentos y métodos de diagnóstico pues no encuentra un mercado capaz de generar utilidades que compensen las inversiones realizadas.

La OMS estima que más de mil millones de personas sufren una o más de estas enfermedades, un sexto de la población mundial, y que hay varios millones en riesgo de contraerlas, y la carga de morbi-mortalidad es de gran impacto en los países de la región.

Existe un listado consensuado de EIDs que se espera poder controlar o eliminar de la Región en los próximos tres años.

La OMS hace un llamado a dar respuestas integrales para mejorar las condiciones de vida, en general, y de salud en particular de las poblaciones afectadas.

Se han considerado 3 enfoques para el abordaje integrado de las EIDs: 1) La co-Implementación de actividades, principalmente la entrega de medicamentos en regiones donde se da la co-existencia de patologías para las cuales hay evidencia de la efectividad y de la ausencia de efectos colaterales en la administración de medicamentos combinados. 2) La

integración como proceso por el cual las actividades de vigilancia y control son fusionadas o coordinadas fuertemente en el contexto de un sistema de atención en salud multifuncional o integral. 3) La acción intersectorial y la participación social. Los enfoques mencionados no son excluyentes y pueden ser complementarios simultáneamente o secuencialmente, por ejemplo, desparasitación masiva de niños en edad escolar (AMM), complementada posteriormente con estrategia de mejoría de condiciones ambientales y de vida. El impacto es mayor si a la repartición de medicamentos se agregan, educación, saneamiento, uso de calzado, etc. Reduciendo las inequidades sociales y económicas se fortalecerá el sector salud y el desarrollo del país.

Los programas de salud deben entregar paquetes que entreguen salud integral, se busca tener programas nacionales que estimen y contemplen lo relacionado la individualización de cada comunidad según idiosincrasia y la localidad apoyando la iniciativa del control y eliminación de las EIDs.

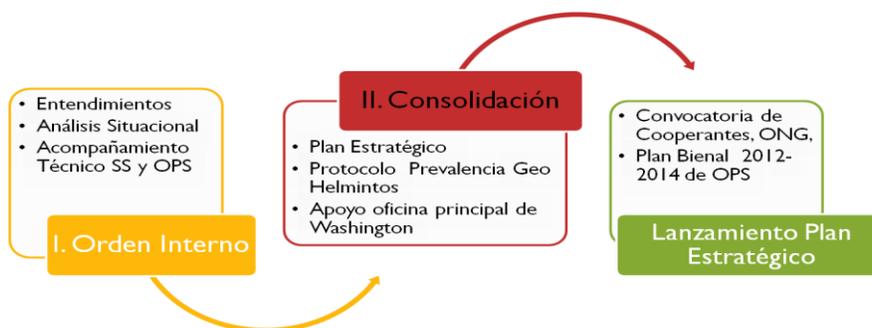
Sesión 3. Abogacía y posicionamiento político para crear condiciones que permitan avanzar en la formulación de planes integrados para las EID Licda. Mirian Yolanda Paz

¿Que implica la Abogacía y posicionamiento político para crear condiciones que permitan avanzar en la formulación de planes integrados para las EIDs?

- **Abogacía** acompañado con el desarrollo del Liderazgo
- **Posicionamiento** acompañado de empoderamiento con responsabilidad social
- **Político** desde la perspectiva de dar respuesta y no promesas
- **Formulación** considerando la estrategias para lograr nuestra misión y visión de país
- **Planes Integrados** buscando las aliados estratégicos y la direccionalidad de la gestión
- Enfermedades desatendidas con un abordaje integrador, interprogramático e intersectorial

En Honduras la Subsecretaría de Riesgos Poblacionales a través de la dirección General de Promoción y Vigilancia de la Salud ha hecho la convocatoria a los jefes de los departamentos, Jefes de Programas, Sistema de Naciones Unidas, Agencias cooperantes, BID, ONGs, otras Secretarías de Estado, Educación Secretaría de asistencia Social, Despacho de la Primera Dama, y otros grupos organizados, ha dado lugar a la creación de un plan interprogramático e intersectorial que atenderá las EIDs.

Etapas del Plan: (Figura 1)



Sesión 4. Coordinación de las intervenciones de quimioterapia preventiva. Dr. Albis Gabrielli

La quimioterapia preventiva es la *distribución* a gran escala de fármacos antihelmínticos a toda la población en área endémica (o a grupos con alto riesgo), con intervalos regulares y sin diagnóstico individual.

Los fármacos utilizados en la quimioterapia preventiva son: albendazol, mebendazol, dietilcarbamazina, ivermectina, praziquantel, fármacos que tienen las características de ser seguros y de fácil administración, y pueden administrarse solos o en combinación. Es así que un fármaco o varios fármacos se pueden administrar para tratamiento de una o varias enfermedades (ver algoritmo anexos). El objetivo es reducir el número de parásitos que infectan a una persona hasta llegar al umbral asociado con morbilidad y transmisión.

Las estrategias de **distribución** de la quimioterapia preventiva son:

- MDA (mass drug administration) o Administración Masiva de Medicamentos: El fármaco/los fármacos se administran a toda la población en la unidad de implementación, como es el caso de Filariasis Linfática y oncocercosis.
- TT (targeted treatment) o tratamiento dirigido: El fármaco/los fármacos se administran a grupos definidos de población, como es el caso de esquistosomiasis y geohelmintiasis.

Los fármacos a administrar son determinados en función de la co-endemicidad. El plan operativo de quimioterapia dependerá de cada caso en particular. Se recomienda su administración hasta que mejoren las condiciones ambientales y se tenga agua potable, y ambientes saludables. Se debe mapear el país e identificar zonas de mayor pobreza y por tanto de mayor riesgo de enfermedad parasitaria, así como mapear agua y vivienda y así identificar zonas de alto riesgo.

La distribución puede llevarse a cabo en los planes integrados, con la participación de diferentes sectores de la sociedad, como el sector salud, educación, u otros, así como pueden ofrecerse paquetes quimioterápicos. Un ejemplo de esto es la distribución de mebendazole y la vacunación en los preescolares, o también la administración de mebendazol y la suplementación de micronutrientes como vitaminas. A, hierro, etc. Un ejemplo de coordinación e integración es el programa contra geohelmintiasis en Cambodia. (4)

Discusión:

Es importante señalar que la mayoría de los fármacos son donados o de muy bajo costo, que la cobertura puede ser amplia con utilidades mínimas, el costo albendazol/mebendazol es entre US \$ 0.02 y \$0.03 por comprimido, praziquantel US \$ 0.08 por comprimido (se necesitan 2.5 tabletas por tratamiento), ivermectina usada en oncocercosis y filariasis es donada por laboratorios Merck. La dietilcarbamazina tiene programas de donación; distribución depende de otras intervenciones con las que se implementan en escuelas, en conclusión el costo es de alrededor de 30-35 mil dólares por millón de niños tratados.

En Honduras el sistema de salud en coordinación con el sector educación llevan a cabo la administración dos veces al año de quimioterapia preventiva, y para el próximo año se realizará la administración conjunta de vacunación y quimioterapia preventiva.

Bolivia cree necesario convocar e invitar al sector educación para la próxima reunión regional y así concientizarles de la necesidad de ser parte de esta iniciativa.

Se discutió que no hay hasta la fecha evidencia de desarrollo de resistencia de los parásitos a los medicamentos usados en la quimioterapia preventiva de las EIDs.

Sesión 5: Alianza para el control y eliminación de las EIDs en Latino América y el Caribe: Objetivos, perspectivas y rol de Sabin/GNNTD. Karen Palacio

El Instituto Sabin de Vacunas a través de la Red Mundial de Enfermedades Tropicales Desatendidas, BID y OPS, conforman una iniciativa para la abogacía y gestión de recursos que trabaja con organizaciones internacionales, gobiernos, agencias técnicas, y donantes para aumentar la colaboración y coordinación necesaria para controlar y eliminar las enfermedades desatendidas.

El Instituto Sabin de Vacunas está dedicado a reducir el sufrimiento humano innecesario causado por las enfermedades infecciosas desatendidas, a través de la abogacía y movilización de fondos de diferentes donantes, entre estos la subvención de la Fundación Bill y Mellinda Gates, quienes han donado US\$ 34 millones de dólares para promover acciones nuevas para el control de las EIDs, y la Iniciativa del Presidente de los Estados “Unidos para el control de las enfermedades tropicales desatendidas”, en el 2008, US\$ 350 millones.

El BID se encarga de la Administración de fondos, Administración de proyectos y de la abogacía y recaudación de fondos, para el control de las EIDs.

OPS se encarga de brindar cooperación técnica para el mapeo de prevalencia y desarrollo de Planes Integrados y Abogacía para el control de las EIDs.

Uno de los principales objetivos de SABIN es integrar la prevención, control y eliminación de EIDs con otras iniciativas regionales, tales como:

- Salud primaria
- Agua potable
- Programas de inmunización
- Iniciativas de mejoramiento de la vivienda
- Programas de Educación.

A través de la constitución de un fondo fiduciario se tiene el objetivo de apoyar a los países y su capacidad para hacer frente a la carga de enfermedades desatendidas, Este apoyo puede ser brindado a los siguientes beneficiarios:

- Gobiernos
- Programas nacionales
- ONGs

SABIN destaca que la aprobación de los donantes depende en gran manera de la oferta de planes o proyectos piloto bien estructurados. (Figura 2)



Sesión 6: Alianza para el control y eliminación de las EIDs en Latino América y el Caribe: Objetivos, perspectivas y rol del Banco Interamericano de Desarrollo. Dra. Elsa Sarti

El Banco Interamericano de Desarrollo es la fuente más grande de financiamiento externo para LAC, apoya a las instituciones y organismos gubernamentales y no gubernamentales para focalizar los esfuerzos hacia la prevención, control y eliminación de ETDs, a través de:

- Inversiones multisectoriales en educación, nutrición, mejoramiento de la vivienda, agua y saneamiento, etc. para promover el enfoque de integración para el control de las ETDs
- Apoyando y promoviendo la creación de asociaciones público-privadas para pasar de intervenciones verticales a las horizontales en el control de la ETDs (Fondo Fiduciario de Multi Donadores)
- Abogacia para lograr que ETDs entren como un área prioritaria de inversión en salud durante los programas del país con el BID
- Proveer asistencia técnica (ejemplo: Desarrollo de Guías, herramientas de desarrollo para el mapeo de ETDs, experiencia en la programación y planeación)

Todos los proyectos de ETDs que se desarrollen en el marco de la iniciativa con el BID, deben cumplir los siguientes lineamientos:

- Planeación Nacional para apoyar la coordinación inter e intra sectorial para el control de ETDs.
- Mapeo y asistencia técnica para fortalecer los sistemas de vigilancia e información de las ETDs.
- Movilización comunitaria y educación
- Tratamientos preventivos y curativos para las ETDs, con herramientas para su implementación.
- Monitoreo, estandarización y evaluación.

Alrededor de 56 personas trabajan en el BID en las áreas de salud y protección social. Ellos se encuentran ubicados en sus países de origen, lo cual facilita el acceso a las oficinas del BID en los países de la Región.

Para solicitar ayuda financiera al BID, existe un formato escrito que recopila información de diferentes variables del plan, información que muchas veces no ha sido enviada con la solicitud de financiamiento. Su llenado implica más tiempo, y por lo tanto mayor espera de una respuesta favorable, por lo cual recomienda seguir los siguientes pasos a la hora de solicitar ayuda al BID:

- Llenado de formato de solicitud brindado por el BID, por el país solicitante. Como banco se necesita tener los objetivos principales, los componentes, las actividades, el cronograma de actividades, el presupuesto detallado, y focalizar las acciones. Es necesario presentar la solicitud de financiamiento completa y luego el BID coordinará si la ayuda es de un solo donador o de varios donadores.
- El ministro o secretario de salud debe hacer llegar al BID una solicitud de recursos para apoyo del plan nacional de control de EIDs, luego viene el proceso de análisis para la respuesta oficial. La decisión definitiva tarda alrededor de 6 meses.

Sesión 7. Proyecto demostrativo en Chiapas, México: experiencia en la integración de acciones para las EIDs a nivel local y apoyo de la alianza OPS-Sabin/GNNTD-BID. Dra. Sarti

Un ejemplo de financiación del BID en relación a las EIDs, es “El Plan de Acción Integral para la eliminación y control de las enfermedades desatendidas en Chiapas, 2009-2011, el cual considera tracoma, enfermedad de Chagas, Lepra, Leishmaniasis, oncocercosis y rabia. El objetivo general es eliminar el tracoma como problema de salud pública en el estado de Chiapas para el año 2012, fortaleciendo la vigilancia epidemiológica, brindando atención médica oportuna, integral y de calidad, incrementando las acciones de promoción de la salud para la prevención del Tracoma y el saneamiento básico de las viviendas, apoyando las iniciativas para mejorar la accesibilidad del agua.

Se identificaron problemas de: calidad de agua y falta de saneamiento básico, con respecto a área geográfica, usos y costumbres, se identifico dispersión poblacional y situación geográfica que dificulta el acceso a servicios básicos, diferencias políticas, culturales, religiosas, y la barrera del idioma (Tzotzil, Tzetzal), casos pendientes de realizar cirugía, falta de recurso humano y financiero.

Proyectos propuestos: Abatir el rezago quirúrgico, formar red estatal de tracoma, sistema especial de vigilancia epidemiológica, proyecto hídrico y letrinización, estudio de prevalencia.

Operaciones a realizar: a) Fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica y entomológica a través de estudios de prevalencia, encuestas para identificar magnitud de la transmisión activa,

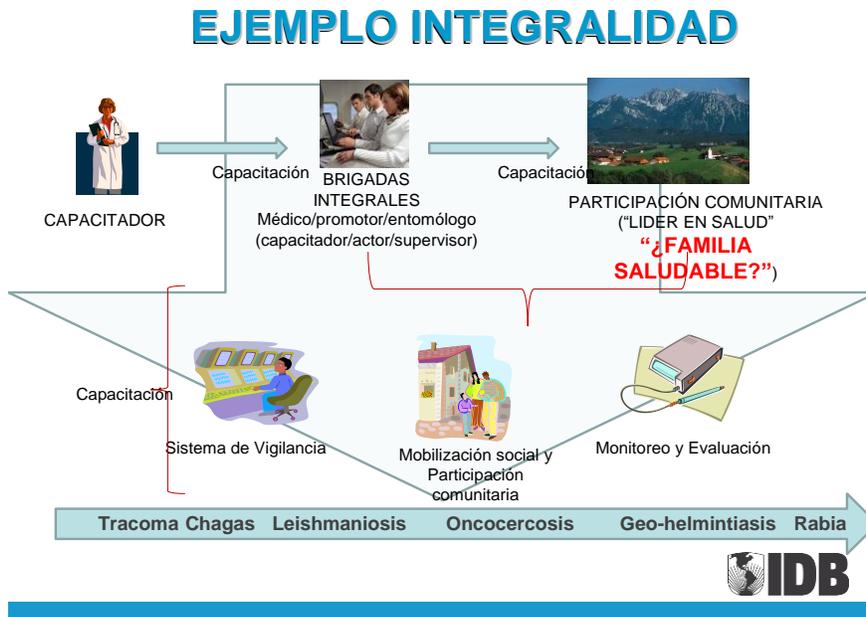
etc; b) Se realizó capacitación para la búsqueda, identificación y atención de los casos; c) Se organizó la movilización social y comunitaria, logrando el cambio de comportamiento y actitudes de la población por medio de estrategias interculturales como enseñanza a través de juegos, participación de líderes indígenas; d) Enfoque inter e intra institucional/gubernamental en áreas de agua y saneamiento ambiental, mejora en las viviendas; e) Auditoría, supervisión, monitoreo y evaluación de objetivos e indicadores establecidos.

Se identificaron las poblaciones más marginadas y pobres y en ellas se intervino, a través del modelo de familia saludable: (Figura 3 y 4)

Figura 3:



Figura 4:



Sesión 8. Proyecto demostrativo en Recife, Brasil: experiencia en la integración de acciones para las EIDs a nivel local (Dra. Rosa Castalia Soares)

Brasil cuenta con planes para atender, controlar y eliminar cada una de las EIDs por separado, cuenta con una amplia experiencia en su manejo y en los últimos 30 años ha logrado disminuir las tasas de morbilidad causada por EIDs.

En Brasil en el año 1945 las EIDs representaron el 45% de las muertes, en el 2005 representan un 5%, sin embargo son la quinta causa de ingreso hospitalario desde el año 2000.

Brasil ha unido esfuerzos para alcanzar las metas propuestas de disminuir la carga o erradicar las EID propuesta por OMS para el 2015, (Resolución CD49.R19), son enfermedades que pueden ser prevenidas, o tratarse efectivamente con quimioterapia a muy bajo costo, y de no hacerlo pueden llegar a causar incapacidades graves y permanentes. Debido a la extensión de nuestro territorio uno de los obstáculos que encontramos es la dificultad de acceso a las poblaciones, por lo cual hemos priorizado las comunidades más necesitadas y afectadas.

Desde el año 2001 se coordinan planes para atender dos programas: Programa de Lepra y otro para atender las EID (División General de Enfermedades Transmisibles, y Coordinación General de Lepra y EIDs)

Entre los años 2003 al 2010 se ha administrado quimioterapia masiva para control de Filariasis linfática en el estado de Pernambuco, en tres ciudades (Recife, Olinda, Jaboatao), obteniendo resultados exitosos actualmente con tan solo 0,03% del índice de positividad.

El área con mayor carga de Oncocercosis ya se ha mapeado y se encuentra fronteriza con Venezuela, en una zona de difícil acceso. Se tienen mapeadas las áreas de prevalencia de Rabia humana y canina.

La esquistosomiasis causa una alta mortalidad, afecta a gran extensión del país (19 estados federales y 9 de estos son áreas endémicas), sin embargo posterior a las intervenciones realizadas se ha logrado disminuir un 60% la tasa de mortalidad, y un 80% la tasa de ingresos hospitalarios por la enfermedad.

Se creía que el tracoma estaba erradicado pero del 2002 al 2008 se realizó una encuesta nacional y se encontraron 8,400 casos nuevos con prevalencia de 5.7%.

La prevalencia de geohelmintiasis es del 2 al 36% en población de bajos ingresos, y de estos el 70% lo padecen los escolares. Aun no hay experiencia en Brasil en la administración de quimioterapia masiva para control de geohelmintiasis.

Lepra: Brasil tiene áreas de hiperendemicidad, por lo cual tenemos estrategias para detección de casos en menores de 15 años, y de esta manera interrumpir la transmisión, se ha logrado disminuir la prevalencia a nivel nacional a menos de 1 caso por 10,000 habitantes, y la meta es eliminarla como problema de salud pública para el año 2015.

Proyecto Pernambuco: En mayo de 2011 se inició el plan integrado para el manejo conjunto de EIDs bajo una sola coordinación, el plan se ha iniciado en el Estado de Pernambuco. Se priorizaron tres ciudades que tienen la mayor carga de EIDs (Recife, Olinda, Jaboatao), y se estableció el objetivo de eliminar o controlar las EIDs, se definieron estrategias e indicadores para cada una de las EIDs.

Conclusiones y retos: Es evidente la necesidad del compromiso político en la eliminación de las EIDs. Se necesitan estrategias especiales, basadas en evidencia, que promuevan acciones intersectoriales e inter programáticas, para su eliminación.

Sesión 9: Instrumentos para facilitar el abordaje integral para el control de las EIDs en LAC. Dra. Marta Saboyá

Las EIDs son enfermedades que causan enorme impacto en el desarrollo de los individuos, las familias y las comunidades por carga de enfermedad, calidad de vida, pérdida de productividad y agravamiento de la pobreza. En la actualidad persisten exclusivamente en las comunidades más pobres y postergadas del mundo, y las padecen los trabajadores migratorios, las mujeres y los indígenas, frecuentemente se agrupan y sobreponen y producen un alto impacto en morbilidad y mortalidad, Pueden ser controladas, prevenidas y posiblemente eliminadas con soluciones efectivas y factibles.

Las EIDs poseen características comunes entre sí. Los pobres padecen una carga mayor de las enfermedades parasitarias y de otro tipo de infecciones que tiene su origen en el acceso insuficiente al agua potable, al saneamiento básico, a la vivienda adecuada, a la educación y a los servicios de salud; para ellos, las enfermedades desatendidas son tanto una causa como una consecuencia de la pobreza.

OMS considera un listado de 17 EIDs, todas infecciones crónicas, de carácter discapacitante, a veces mortales y frecuentemente deformantes, que prevalecen en poblaciones de Asia, África y en las zonas tropicales de América.

El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó en octubre de 2009 la Resolución CD49.19 por la cual los Estados Miembros adquirieron el compromiso de controlar o eliminar estas enfermedades con intervenciones de salud pública adecuada y costo efectivas para el año 2015. En esta resolución se incluyeron 12 EIDs para las cuales existen posibilidades de avanzar hacia su control o eliminación como problema de salud pública al 2015: Grupo 1: (potencial de eliminación) Enfermedad de Chagas, Filariasis linfática, Malaria, Oncocercosis, Lepra, Sífilis congénita, Tétanos neonatal, Peste, Tracoma y Rabia humana transmitida por perros. Grupo 2:(Reducir prevalencia) Esquistosomiasis y Geohelminiasis.

En este contexto se preparó una Guía para el Desarrollo de Planes Integrados para el Control, y Eliminación de las EIDs, la cual reúne cinco estrategias para combatir las EIDs, (1) la quimioterapia preventiva, (2) el manejo intensivo de los casos, (3) el control de vectores, (4) el suministro de agua potable, el saneamiento y la higiene, y (5) la salud pública veterinaria. Estas estrategias deben ser contempladas en un plan integral a través del análisis y el diseño de intervenciones multidisciplinarias y multifactoriales.

Se pueden distinguir tres enfoques distintos en la aplicación de planes integrados para el combate de las EIDs:

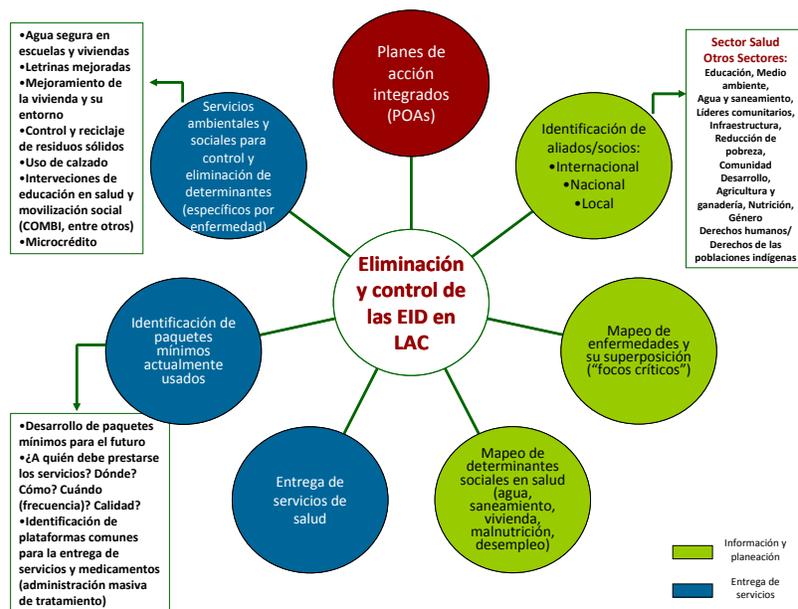
El primer enfoque considera básicamente la co-implementación de actividades, principalmente la entrega de medicamentos en regiones donde se da la co-existencia de patologías para las cuales hay evidencia de su efectividad y de la ausencia de efectos colaterales en la administración de medicamentos combinados. Esta actividad además se puede vincular a acciones educativas. Los autores que apoyan este enfoque postulan que los programas verticales deben tomar ventaja de las sinergias y economías de escala que significa abordar en una sola estrategia a una población que sufre la co-existencia de múltiples enfermedades parasitarias.

Un segundo enfoque define la integración como el proceso por el cual las actividades de control de las enfermedades son fusionadas o coordinadas fuertemente dentro del contexto de un sistema de atención de salud multifuncional o integral. La integración de estas actividades dentro de los sistemas ya existentes debe ser intentada al máximo posible y debiera empezar por fortalecer los sistemas de salud, que servirán de sostén o de base para la entrega de medicamentos, así como de otros servicios preventivos y curativos. Un ejemplo de este tipo de enfoque es la integración de intervenciones específicas para el control de algunas EIDs dentro de otros programas existentes en los mismos países. (1)

Un tercer enfoque, hace énfasis en la acción intersectorial y la participación social. La integración, así entendida, debe incluir el trabajo de otros sectores, como por ejemplo obras públicas, para el programa de suministro de agua, vivienda, educación y agricultura. Asimismo es necesario un enfoque preventivo ambiental liderado por la comunidad. Esta última estrategia plantea la combinación de todos los programas de prevención y la incorporación de los sectores relacionados con los determinantes de las enfermedades. Este tipo de abordaje tiene la gran ventaja de que actúa sobre varias enfermedades simultáneamente y que son enfoques de efectividad comprobada. Esta fue la estrategia utilizada en los países industrializados, como USA y Japón, para eliminar las EIDs que alguna vez constituyeron ahí problemas de salud pública. (1)

OPS plantea que puede entenderse por integración la implementación de diversas acciones de apoyo a la lucha contra cada enfermedad, o grupo de enfermedades desatendidas según las necesidades específicas de cada país y población en riesgo. Esto consiste tanto en acciones de apoyo dentro del sector salud como en acciones conjuntas con aliados y socios que normalmente no forman parte del sector salud. (Figura 5)

Abordaje intersectorial e interprogramático de control y eliminación de EID en LAC



OMS establece que los determinantes sociales de la salud (Circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud) explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y

entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. OMS recomiendan 6 acciones a nivel de los DSS para el control y erradicación de las EIDs: 1) Enfrentar factores relacionados con agua, saneamiento y condiciones de vivienda (paquete preventivo), 2) Reducir los factores de riesgo ambientales, 3) Mejorar la salud de poblaciones migrantes, 4) Reducir las inequidades causadas por factores socioculturales y de género, 5) Reducir la pobreza en población endémica para las EIDs, 6) Implementar sistemas de vigilancia y evaluación de riesgo.

En la guía se proponen 5 pasos para el desarrollo de Planes integrados de control y eliminación de EIDs: 1) Análisis de la situación, 2) Definición de prioridades, objetivos y metas, 3) Definición de las estrategias, 4) Organización y gestión del plan, 5) Monitoreo y evaluación del plan.

Discusión:

Bolivia: La educación de la población a nivel de todos los sectores y estratos sociales es fundamental, debemos tener planes de acción continuos, con bases sólidas y que a pesar de cambios en el gobierno o en nombramientos se continúen.

Honduras: La coordinación entre el sector salud gubernamental con las ONGs en Honduras es difícil, pues en ocasiones no sabemos que ONG están actuando en nuestros países, por que son financiadas directamente desde el extranjero. En Honduras la secretaria de educación es la encargada del Programa de desparasitación.

República Dominicana: En nuestro país la geohelmintiasis aún es un problema de salud. Nuestro plan para el control por separado de algunas EIDs por funciona desde hace 10 años. Esquistosomiasis: Tenemos mapeado un foco en una sola provincia, tétano neonatal se reporta esporádicamente un caso por año, otras como la Malaria y Filariasis linfática son problemas que se localizan en ciertas áreas de nuestro país y creemos que con esfuerzo es posible eliminarlas.

Dr. Steven Ault (OPS): En la formulación de un plan el gobierno y el sector educación deben tomar un rol importante. Por ejemplo en Argentina a través de las escuelas se educa a los niños de algunas poblaciones indígenas en la prevención y control de la enfermedad de Chagas, enseñándoles a eliminar las chinches de sus casas y alrededores, a notificar a las instituciones de salud y los sistemas de vigilancia en salud los focos y así la población hace vigilancia comunitaria en esas zonas.

Dr. Rolando Figueroa (OPS): Mencionó el impacto de la promoción del plan “Niños caza mosquitos” en Honduras.

Dr. Ault (OPS): Las ONGs deben formar parte del plan para el control de las EIDs. Por ejemplo en Colombia un buen número de niños han sido desparasitados a través de ONGs

Dr. Miguel Aragón (OPS): La formulación del plan fija las bases para definir las metas y objetivos luego evaluar los resultados, y así es posible realizar la coordinación intersectorial necesaria.

Sesión 10: Ruta para la formulación de planes de acción integrados para las EIDs: Primer paso. Dr. Ault.

Para realizar el análisis de la situación actual, las causas, y los recursos con los que cuenta el país para enfrentar la carga de EIDs, se hará un diagnóstico situacional. Primeramente se conformará un grupo de trabajo que lidere el proceso de diagnóstico y de planificación, y que sea el encargado de conducir el proceso de recolección y análisis de la información. La forma

de organización de cada grupo será decisión de sus integrantes. Este grupo idealmente debe ser pequeño, no más de 6 personas, para que sea operativo, pero debe incluir, al menos, a representantes del equipo de salud, de la comunidad, del municipio (o gobernación, alcaldía, etc.) y representantes de otro (s) sector (es) involucrados en la problemática que se quiere abordar; Inter-programático: PAI, AIEPI, nutrición, escuelas saludables, zoonosis; Inter-sectorial: Ministerio de Educación, Ministerio de Agricultura, Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo, Reducción de Pobreza, ONGs que hacen presencia en el país, otros. Este equipo podrá invitar a otros actores para analizar aspectos específicos o conformar subgrupos de trabajo según necesidad.

En el análisis de la situación se incluirá información sobre el área geográfica, las características de la población de esta área, indicadores generales de salud, EIDs. Para determinar la carga que ocasionan las EIDs en el país se recopilará información sobre registros de morbilidad (egresos hospitalarios) y de mortalidad, registros de vigilancia epidemiológica, entomológica, estudios, informes y otras investigaciones, publicadas, entrevistas a informantes calificados.

En busca de las causas se recopilará información en anuarios y publicaciones de otros sectores: estadísticas, educación, obras públicas, medio ambiente, vivienda, interior, gobernaciones, municipalidades, examen de los determinantes de salud (Pobreza; nivel educacional; factores socioculturales y género; actividades productivas de la comunidad; migración, desastres y conflictos; condiciones ambientales; vivienda; agua y saneamiento) etc.

Para el análisis de los recursos con que se cuenta se caracterizará la oferta y accesibilidad a los servicios de salud: programas existentes; número y ubicación de los centros de salud y de las escuelas; número de profesionales de salud/profesores; Cobertura alcanzada en las actividades del PAI y en rondas de tratamiento masivo.

Discusión: (Trabajo en grupos; Tablas 1- 7).

Grupo1: (El Salvador, Guatemala y Honduras)

Bolivia: En el país sí se tiene la información que piden las tablas y sólo requiere tiempo y esfuerzo para recopilarla.

Brasil: Encontró dificultad de comprender en la tabla 5 el ítem factores intermediarios. Se aclaró que precisamente en la Guía y en la Revisión Bibliográfica de soporte para su elaboración se definen los conceptos de factores estructurales. Se recomienda seguir estas definiciones.

El Salvador: Se identificó la falta de información sobre la situación epidemiológica de Leishmania y Toxoplasmosis. Respecto a otras EIDs se tiene poca información. El sistema de información de la vigilancia epidemiológica del país incluye a todas las instituciones del sector salud, e incluye el reporte de la mayoría de eventos clasificados como desatendidos, se recomendó que a nivel regional se tome el ejemplo a seguir.

Guatemala: En nuestro país ya tenemos la experiencia de haber trabajado en un plan integral e intersectorial para el control de algunas EID, con cobertura en dos departamentos de nuestro país, financiado por el BID. Hoy tenemos el reto de elaborar un plan a nivel nacional.

Honduras: Sugerimos agregar a la tabla 3 los siguientes ítems en porcentajes: Total de población, población urbana y rural, crecimiento demográfico, actividades productivas.

República Dominicana)

Se sugiere invertir el orden entre las tablas 1 y 2 lo cual facilita su comprensión, y así determinar primero los problemas y luego con base a ellos, definir la conformación del grupo de trabajo.

Tabla 3: Incluir ítem: "Sector salud".

Tabla 7: Se sugiere el uso de siglas ya conocidas, creemos que se solicita mucha información en las tablas y el espacio es pequeño no permite una recolección disgregada, es necesario agregar el ítem "otros" en factores determinantes.

Dr. Figueroa (OPS): Recomienda invitar al sector militar a participar en los planes de la región, enfatizando la necesidad de control y vigilancia en las áreas fronterizas.

Dra. Elsa Sarti (BID): Propone cambiar el orden de las columnas y celdas, en las tablas 7 y 8 por ejemplo:

Celda (Determinante): Agua y saneamiento.

Columna (Área): Geohelminetos.

Dr. Santiago Nicholls (OPS): Se enfatiza que cada tabla puede ser modificada de acuerdo a como se estime conveniente. Estas tablas son una guía, no una camisa de fuerza. Las tablas complementan la guía pero el plan no debe incluir solamente las tablas diligenciadas. Las tablas son un complemento del texto del plan, que debe ser redactado.

Sesión 11: Segundo Paso: Hacia dónde queremos ir: definición de prioridades, objetivos y metas. (Dr. Albis Gabrielli)

Finalizado al análisis de situación y priorización de problemas, se conocerán los recursos humanos disponibles, los establecimientos con que se cuenta, equipos y suministros, así como las barreras que se tendrán que superar. El plan debe tener un horizonte de tiempo definido por el comité, habitualmente no deberá ser menos de 3 años e idealmente 5 años para lograr medir resultados e impacto.

Puede no ser posible realizar todas las acciones al mismo tiempo, ni superar todas las barreras identificadas en el análisis de situación, por lo que es importante priorizar viendo cuáles se desarrollarán antes en el tiempo.

Se establecerán criterios para priorizar las EIDs que se integran en el plan, las comunidades que se intervendrán, etc, lo cual dependerá de la realidad de cada país.

Para la priorización se tomará en cuenta el mapeo de sobreposición de enfermedades en el área, mapeo de determinantes sociales y ambientales, posibilidades de uso de recurso integrado en el área, e identificación de socios y aliados.

Los propósitos, metas y objetivos deben ser realistas teniendo en cuenta el marco de recursos humanos, financieros y de infraestructura con que se cuenta para el plan.

Cada objetivo será una acción que se debe desarrollar para superar una barrera o problema que ha sido identificado y priorizado durante el análisis de situación. Los objetivos deben ser formulados de manera que sean medibles, también deben definir el horizonte de tiempo en el cual se pretenden alcanzar.

Discusión: Trabajo en grupos; Tablas 8 y 9.

Bolivia: Nuestra intervención será enfocada al mapeo de sobreposición de enfermedades en todo el país. Por ejemplo en Cochabamba tenemos Rabia, Chagas, Malaria, en Santa Cruz igual tenemos Rabia, Chagas, Malaria, Leishmaniasis y geohelmintiasis.

Determinantes comunes: La migración de personas que vienen del Altiplano, pobreza, deficiencia en el sistema de saneamiento básico, baja escolaridad. Tenemos un programa fuerte de recursos sanitarios integrados que es el de la enfermedad de Chagas y en el cual podemos apoyarnos para trabajar conjuntamente las EIDs.

Trabajaremos en todo el país con diseño de estrategias integradas. Nuestro objetivo será: Vivir bien a través de la atención, control y eliminación de las EID.

Metas:

- 1.- Reducir la carga de geohelmintiasis en un 20% en relación con la línea de base.
- 2.- Reducir la transmisión vectorial domiciliar de enfermedad de Chagas en las áreas endémicas del país 50% en relación con la línea de base.
- 3.- Reducir la incidencia de Rabia canina y humana en 50% en relación a la línea de base.

Brasil: El país está dividido en 5 regiones, para realizar el primer borrador del plan integrado el país se dividió en dos grupos según características geográficas (Grupo 1: Noreste, norte y centro-oeste y grupo 2: Sur y sur-este).

Enfermedades como lepra, tracoma, geohelmintiasis, tuberculosis, esquistosomiasis, son enfermedades que se superponen en el grupo 1.

En el grupo 2 se incluyó lepra, ya que en los mismos estados que ya se había logrado la eliminación de los casos, recientemente se han diagnosticado casos nuevos.

Tracoma: Tenemos en todo el país.

Esquistosomiasis: Tenemos focos en dos estados donde se puede alcanzar la interrupción de transmisión.

Geohelmintiasis: Tenemos incluso en zonas muy pobres de la región metropolitana pero creemos posible intervenir.

Determinantes sociales a intervenir: pobreza, acceso a salud, a agua potable y a saneamiento básico. Solo un 40% tiene acceso. Hay falta de acceso a salud, incluso en Sao Paulo (Región Metropolitana).

Posibilidades de recurso integrado por área geográfica para el grupo 1 proyecto de saneamiento básico, pues tenemos la Fundación Nacional de Salud (FUNASA) que ha destinado fondos de hasta \$50,000 para financiamiento de comunidades pequeñas, ciudades indígenas, hasta el año pasado se ha hecho inversión de hasta \$2,500,000 para saneamiento básico de pequeñas comunidades. Otra posibilidad de recurso integrado es la salud escolar que esta en todo el país, y para el programa de Tracoma en Brasil tenemos un Paquete que atiende todas las dolencias causadas por la infección. En las tablas no se incluyeron las metas por la falta de espacio.

Colombia: Con base en el panorama que hicimos en el primer paso, determinamos tres objetivos:

- 1.- Reducir la carga de morbilidad producida por las EIDs en el país.
- 2.- Incluir nuevamente algunas de las EIDs en el sistema de vigilancia epidemiológica, pues al momento hemos dejado de vigilar muchas de ellas.
- 3.- Detectar y tratar EIDs.

Las metas:

- 1.- Eliminar la Lepra y los casos de ceguera por tracoma en un 100% al 2013.
- 2.- 0% de sífilis congénita al 2013.
- 3.- Menos de 1 caso por 1000 recién nacidos vivos de Tétanos Neonatal al 2013.
- 4.- Rabia humana 0% de casos al 2012.

Se aclara que muchas de estas enfermedades no las hemos presentado en los últimos años, por tanto las metas determinadas son a corto tiempo, con el fin de continuar la misma tendencia y continuar así mismo con la vigilancia.

Para nosotros es importante capturar el 100% de los casos de las EIDs, y así mismo realizar un análisis por laboratorio, pues no se está haciendo análisis sino de una vez se está dando tratamiento médico. Se considera importante retomar la vigilancia y no que solamente se haga la notificación sino se notifique el diagnóstico por laboratorio y así poder documentarlo.

Otros: Desparasitación bianual, quimioprofilaxis preventiva, vigilancia intensificada, tamizaje universal para Sífilis, vacunación, medidas higiénicas en partos para evitar el Tétanos neonatal, vacunación en caninos.

El Salvador: La lista de EID seleccionada fue: Lepra, enfermedad de Chagas, Leishmaniasis, Rabia, tétanos neonatal, helmintiasis, toxoplasmosis, Malaria, Sífilis congénita y Leptospirosis.

Determinantes comunes: El Salvador se divide en 5 regiones (occidental, central, metropolitana, paracentral, y oriental), divididas en 14 departamentos. Los determinantes fueron: Pobreza, socioculturales, género, educación, migración, desastres y conflictos, clima cálido, vivienda y hacinamiento, agua y saneamiento ambiental.

Probabilidades del uso integrado tenemos programas de recurso sanitario, epidemiológico, de laboratorio, atención médica, promoción, educación, investigación, participación comunitaria.

Guatemala: Se enfatizó la necesidad de identificar las fuentes de información sobre las EID, por ejemplo: toxoplasmosis no se notifica semanalmente pero lo importante es saber en donde buscar esa información, ya sea en los laboratorios donde procesan las muestras, o en las maternidades.

No se tiene información sobre geohelmintiasis en su vigilancia epidemiológica, pues solo se reporta diarreas por parasitosis pero no se reporta el agente causal. Respecto a tracoma es igual, y llama la atención que entre las 10 primeras causas de consulta infantil aparece conjuntivitis.

Al momento hay cuatro departamentos en donde se transposicionan tres EIDs: Leishmaniasis, enfermedad de chagas y oncocercosis.

En Guatemala ya se tiene la experiencia de haber trabajado en un plan integral e intersectorial para el control y eliminación de algunas EIDs con cobertura en dos departamentos, hoy se

tiene el reto de elaborar un plan a nivel nacional haciendo uso de la metodología propuesta por la Guía.

Honduras: La lista de EID seleccionada fue la misma que para El Salvador, con excepción de Toxoplasmosis.

Los DSS son similares a los de El Salvador.

En relación a las posibilidades de uso integrado de recurso sanitario por área geográfica se determinó la vigilancia epidemiológica y laboratorial, atención de las personas en la búsqueda, detección, tratamiento, y rehabilitación de las EIDs, control vectorial, promoción y educación en salud, participación comunitaria e investigación del impacto producido por las acciones de la atención y control de las EIDs.

República Dominicana: Para hacer el análisis integrado se invirtió mucho tiempo buscando la información necesaria, sin embargo no se logró obtenerla, por lo que para fines prácticos seleccionamos dos patologías con fines demostrativos (Geohelmintiasis y filariasis linfática). Para el país la geohelmintiasis es de gran magnitud, no así el caso de la filariasis linfática la cual creemos estamos cerca de poder eliminarla. Priorizamos las regiones más pobres del país donde coexisten una superposición de estas dos, que son las regiones 4, 5, 6 y 7, que corresponden con áreas fronterizas o extremas de lo que sería el extremo este de la isla, también incluimos dos regiones que no tienen esta característica (fronteriza), la región 0 que es la metropolitana y la región 2 por que hay un pequeño foco de filariasis linfática identificada en esa zona. Nos trazamos dos objetivos:

1.-Geohelmintiasis: Para las regiones 4, 5, 6 y 7: Mejorar la situación nutricional de los niños escolares mediante la reducción de la carga parasitaria de geohelminetos. La meta es reducirla del 50% a mas o menos el 20%.

2.- Filariasis Linfática: En el caso de las regiones 0,2, 4, 5 y 7 la meta es eliminar la filariasis linfática para el 2015, reducir la microfilariasis en adultos a menos del 1%, e interrumpir la transmisión de microfilariasis (Comprobación por antigenemia negativa en niños de 6 a 7 años).Otra meta es prevenir y controlar la incapacidad y el sufrimiento producido por estas EIDs.

Sí creemos que con la discusión generada con el uso de las tablas podemos llegar a un análisis integrado de la situación, y recomendamos su llenado con información específica por la cantidad de información a plasmar dentro de ellas.

Dr. Figueroa (OPS): Enfatiza la importancia de la integración de programas por la susceptibilidad a los desastres en la Región Centroamericana, en especial El Salvador.

Dr. Steven Ault (OPS): Es importante la vigilancia del cumplimiento que tiene y puede tener en el futuro la inversión de obras públicas (agua y saneamiento) del gobierno.

Grupo 1: (El Salvador, Guatemala y Honduras).

Sesión 12: Ruta para la formulación de planes de acción integrados para las EIDs: Tercer paso. Dr. Santiago Nicholls.

En el plan integrado se deben definir estrategias para la prevención, control y eliminación de las EID realizadas predominantemente por el sector salud, así como estrategias de acción a nivel de los determinantes, que incluye la acción intersectorial. Identificar intervenciones comunes

para distintas enfermedades o que requieren el concurso de distintos sectores. El diseño de plataformas comunes de entrega de servicios de salud, procurando utilizar los recursos ya existentes, fortaleciendo el sistema de salud y la aplicación de una aproximación multi-enfermedad.

El diseño comienza por la revisión de los aspectos fundamentales en el desarrollo de las estrategias, que son: el abordaje específico de las enfermedades; las estrategias intersectoriales; la participación comunitaria y el capital social y finalmente la integración en el sistema de salud.

Las estrategias recomendadas son las basadas en evidencia científica reciente sobre intervenciones de prevención, control y eliminación de las EIDs, y que toman en cuenta la aceptabilidad cultural.

Las intervenciones recomendadas se enfocan en quimioterapia preventiva; Manejo intensivo de casos; Control de vectores; Suministro de agua potable, saneamiento e higiene y Salud Pública Veterinaria.

Así también se recomienda involucrar a diferentes sectores en el plan. Por tanto las estrategias intersectoriales se enfocaran al abordaje de los DSS de las EIDs, y a mejorar el auto-cuidado de la salud en personas y comunidades. Se espera que las intervenciones intersectoriales sean costo-efectivas en la medida en que se articulen las intervenciones de control de enfermedades con intervenciones que reduzcan la pobreza, mejoren la salud familiar y la seguridad económica, y promuevan la sustentabilidad.

Se han elaborado seis acciones recomendadas a nivel de los DSS para las EIDs; 1) Enfrentar factores relacionados con agua, saneamiento y condiciones de vivienda 2) Reducir los factores de riesgo ambientales; 3) Mejorar la salud de las poblaciones migrantes; 4) Reducir las inequidades causadas por factores socioculturales y de género; 5) Reducir la pobreza en poblaciones endémicas para las EIDs; 6) Implementar sistemas de vigilancia y evaluación de riesgo.

El éxito de un programa o estrategia dependerá de que se ajuste a las estructuras, creencias y valores de la comunidad, y por ello es necesario incluir a todos los actores sociales, como líderes religiosos, curanderos y otros, los programas integrados tienen que ser adaptados a los escenarios eco-epidemiológicos y socio-culturales, y se propone se integren en los servicios y programas de salud ya existentes en los países, para lo cual OMS recomienda considerar seis componentes fundamentales para fortalecer los sistemas de salud en los planes de acción contra EID: 1) Entrega de intervenciones de salud efectivas, seguras y de calidad; 2) Personal sanitario capaz, responsable y eficiente; 3) Sistema de información sanitaria eficaz y oportuno; 4) Acceso equitativo a los servicios de salud, medicamentos, vacunación, tecnología, etc; 5) Sistema de financiación sanitaria que permita el acceso de las personas a los servicios de salud; 6) Liderazgo y gobernanza, supervisión eficaz, regulación y rendición de cuentas .

Discusión (Trabajo en grupo, Tablas 10 – 13).

Bolivia: Intervenciones específicas integradas por área geográfica (Tabla 10)

Departamento de La Paz:

- 1.- Co-implementar acciones para Fasciolosis, geohelmintiasis apoyándonos en el PAI y AIEPI nutricional)
- 2.- Manejo integral de Leishmania, Chagas, Malaria y Tuberculosis.
- 3.- Control de vectores en Leishmania, Chagas y Malaria.

4.- Salud pública para Rabia y fasciolosis.

Departamento de Chuquizaca:

- 1.- Manejo integrado de casos a través de AIEPI nutricional, PAI para Geohelmintiasis.
- 2.- Manejo integrado de casos de Rabia, Malaria y Tuberculosis.
- 3.- Control de vectores de Malaria, Chagas.
- 4.- Salud pública veterinaria y Rabia.

Departamento Santa Cruz Paz:

- 1.- Manejo integrado de casos a través de AIEPI nutricional PAI para Geohelmintiasis.
- 2.- Manejo integrado de casos de Leishmania, Rabia, Malaria y Chagas.
- 3.- Control de vectores de Leishmania, Malaria, Chagas.
- 4.- Salud pública veterinaria Rabia y sanidad animal.

Acciones intersectoriales integradas por área geográfica:(Tabla 11) La Paz: Agua, saneamiento básico, educación, disminución de excretas a la intemperie, asegurar la atención de salud y medicamentos a población migrante, incrementar la participación comunitaria dentro de la política SACSI (Salud comunitaria intercultural), reducción de la pobreza, educación. Sistemas de vigilancia y evaluación: Fortalecer en todos los niveles.

Intervenciones para la participación Comunitaria y la movilización social por área geográfica: (Tabla12) Planificar en salud con la comunidad y ellos expresan lo que hace falta. Movilización social para el control de Lepra, Chagas, Geohelmintiasis, Malaria, tuberculosis, Rabia.

Intervenciones Integrales en el Sistema de Salud, por área geográfica:(Tabla 13): En toda Bolivia quimioterapia preventiva, manejo integrado de casos, control de vectores, salud pública veterinaria, promoción y prevención, la quimioterapia preventiva estará a cargo de Salud, Educación y la comunidad, y fuerzas armadas. Personal de Salud hace manejo integrado de los casos. Control de vectores lo hacen el municipio, el sector salud, y las fuerzas armadas. Salud pública veterinaria: Lo harán el Servicio de salud pública animal y agropecuaria. Prevención y promoción lo hará: Salud, educación y la comunidad. Sistema de Información se recolectará a partir de las encuestas epidemiológicas, sistema nacional de información en salud, vigilancia entomológica, salud pública, veterinaria, vigilancia laboratorial de rabia. Promoción y prevención: Sistema Nacional de Información y Programa de salud. Fuentes de financiación de medicamentos, insumos y tecnologías: Se solicitará al Ministerio de Salud, Cooperación Internacional, ONG, municipios y gobernaciones

Existen problemas con la cobertura de vacunación, entonces integraran la vacunación y la desparasitación en los niños. AIEPI nutricional en Bolivia usa las Chispitas nutricionales y la suplementación de vit. A, y nutribebe, que es una estrategia para reducir la desnutrición crónica y aguda.

Para generar sostenibilidad en el país creemos necesario involucrar a los municipios en la parte financiera, las gobernaciones, pues ambos son autónomos en sus recursos.

Se han seleccionado 52 municipios de extrema pobreza y es aquí donde el gobierno ha enfatizado la ayuda.

Incluimos Sífilis congénita, y el estado asegura el diagnóstico y tratamiento, lo que no se tiene es información o registros de los casos.

Creo que el cáncer cervicouterino es una patología que se puede incluir en el plan, en el país existe el plan de VIH-Sífilis.

Brasil: Respecto a las acciones intersectoriales por área geográfica, en el ítem: Factores de riesgo ambiental (tabla 11) para los estados del grupo 1 y 2 creemos que se necesita mejorar y fortalecer articulación con el ministerio de defensa civil, comité Nacional de desastres, Secretaria nacional de salud, para que trabajen en planes integrados con miras a la prevención.

Creemos necesaria la articulación y fortalecimiento de instituciones que atienden a personas afectadas con Lepra, secretaria de derechos humanos, Pastores de crianza, movimiento popular de Salud, tenemos instituciones que atienden a mujeres afectadas, promoviendo su reinserción social. En nuestro país la Secretaría de Derechos humanos tienen una participación muy activa en el área de Salud. Tenemos en nuestra política de gobierno la erradicación de la pobreza.

Pastoras de Crianza es un movimiento social que existe en todo Brasil, especialmente en las áreas pobres, trabajan con la comunidad, a través de un líder comunitario voluntario quien es responsable de de un número de familias (niños, mujeres en edad reproductiva, madres), y colabora con el control de las EIDs.

El Salvador: Creemos necesario hacer un control de los movimientos migratorios en la región, para la prevención de la llegada a nuestro país del Plasmodium falciparum. Creemos importante en la estrategia de prevención de la Sífilis, la educación sexual, tenemos datos de inicio de relaciones sexuales a la edad de 10 años. Debemos promover las intervenciones para la participación comunitaria y movilización social. El programa Equipos Comunitarios de salud especializada (ECOS), es un programa desarrollado con el nuevo gobierno y que son equipos de salud integral para la familia que se desplazan a la comunidad, cada ECO cuenta con un médico.

Guatemala: Se llenaron las tablas con la información del proyecto que se trabajo en el país, el cual prioriza seis EIDs, y esta vez incluyó toxoplasma y tracoma.

Se trazaron metas que podamos cumplir como el abordaje de prevención de la Rabia. Sin embargo para alcanzarlas se deben realizar acciones como región, pues nuestros casos se han presentado en un departamento que hace frontera con Honduras y El Salvador.

Algunas situaciones que visualizamos son por ejemplo la aplicación del toxoide tetánico en la prevención del tétano neonatal por que las poblaciones indígenas hacen sus controles unos días antes del alumbramiento, situación que creo que no es así en otros países de la región.

Creemos que la guía es didáctica, y consideramos que se requeriría por lo menos 1 día para llenar cada tabla, por ejemplo la magnitud de un caso de geohelmintiasis es muy diferente a la de un caso de rabia humana.

La secuencia es lógica, y si se ve la necesidad de agregar información extra a la solicitada, y el ejercicio de hacerla en grupo ayudó mucho.

Las metas deben ser realistas, y no hacer un plan tan ambicioso que impida alcanzar las metas.

Honduras: Nosotros si disgregamos toda la zona en municipios pues no es toda la zona la que tiene la enfermedad. Se han identificado alianzas estratégicas con organismos cooperantes, entre estos las fuerzas armadas, postgrados en medicina, los institutos de atención a mujeres (respecto a género) prácticas sociales que hacen los colegios y otros programas internos.

Malaria no ha sido tomada en cuenta como EID, pues ya se tiene en nuestro país una plataforma de atención a malaria desde hace 4 años. Sin embargo sí entra dentro del control epidemiológico para apoyar el control de las otras enfermedades.

Sugerimos incluir en la participación comunitaria a las iglesias pues forman un rol en la mediación entre sectores sociales.

Comentario sobre el las tablas: Creemos que el instrumento no es laborioso, es bastante práctico pues en un día hemos hecho tres pasos y si en ocasiones nos atrasamos fue por que no teníamos organizada la información.

En nuestro país existe la formación de técnicos en salud ambiental, y el recurso humano está dedicado a atender desastres, manejo de albergues, rabia y todas las infecciones vectoriales incluyendo la parte de regulación sanitaria, es decir el mismo recurso hace todas estas actividades integradas, aunque hay un programas de rabia, y leishmaniasis, es el mismo recurso humano el que realiza las actividades de control integrado en la comunidad.

En Olancho y en las Mosquitia, tenemos la experiencia de las mesas ecosistémicas, las cuales son mesas que se ubican en los diferentes departamentos con una agenda de salud, en función de la problemática que se está dando. Por ejemplo si hay aumento de casos de malaria, se reúnen las mesas todos los días (participan alcalde, medio ambiente, salud, fuerzas armadas, grupos organizados) se discute la problemática y se decide en conjunto que hacer.

Colombia: Las acciones se pueden hacer por patología, por ejemplo para geohelmintiasis se puede implementar la quimioprofilaxis preventiva para todas las regiones, sin embargo las acciones para lepra y leishmaniasis se harán solo en las regiones en que se tengan casos (Región Andina y Caribe), Rabia salud veterinaria solamente donde han notificado casos con corte 2010 (Región Andina) y agua y saneamiento en toda la región.

En cuanto a las acciones intersectoriales como agua y saneamiento es muy difícil separar las acciones por región, creo que se harán en todas las regiones, reforzándolas en las que mas lo necesiten.

Nosotros no tenemos poblaciones migrantes, pero sí tenemos fuerte problema de salud en población que sufre desplazamiento interno por su falta de accesibilidad a los servicio de salud, y por ello se proponen paquetes de vivienda saludable, paquetes preventivos y vigilancia comunitaria.

Las unidades móviles de salud son un sistema que nos ayuda a llevar la salud a las comunidades y mejorar la accesibilidad, y esto lo hacen el sector de salud publica y las ONG.

Creemos sumamente importante la participación de la comunidad pues es la comunidad la que tiene la necesidad y es ella quien debe intervenir en el proceso de definir sus propias intervenciones, algo que nos ha ayudado es las madres comunitarias para el abordaje y tratamiento en niños.

En Colombia aunque se hace el diagnóstico oportuno de sífilis prenatal hay rechazo a administrar el tratamiento por el mismo personal de salud, pues no está normatizado por los riesgos que puede involucrar la administración de quimioterapia (Penicilina), se teme a que se presente un shock anafiláctico, y que el personal de salud no tiene el equipo para manejarlo.

Pregunta: ¿Cuál es la validez de la guía cuando la modificamos o ajustamos a cada país?, Si no acordamos lineamientos claros no vamos a tener una forma de medir los planes creemos que eso hace falta en la integralidad.

República Dominicana: Creemos que la guía debe ser ampliada o ajustada en algunos de sus contenidos, y para poder dar mejores aportes sobre el instrumento debemos conocer muy bien la guía.

Si bien tenemos la creatividad de mejorar las tablas dotándolas de más contenido, esto conduce a que las tablas se vuelvan más complejas, y esto puede llevar a que sea más difícil transmitir lo que queremos enfocar. En nuestro caso quisimos enriquecerla y desistimos volviendo al formato original.

Posterior a la sugerencia del cambio de orden de la tabla 1 y 2, creemos que tienen una secuencia lógica.

Dra. Maritza Romero (OPS): Recomienda mejorar el control prenatal, como estrategia para sífilis congénita. La efectividad de los programas de control de sífilis congénita, tiene mucho que ver con el empoderamiento de la mujer y de la comunidad de las parejas, por que por las iniquidades de género la mujer tiene problemas para identificar la enfermedad y para tomar acción.

Dra. Elsa Sarti (BID): Cada plan se debe ajustar de acuerdo con las necesidades propias de cada país, y así poder establecer un plan nacional, por que en un mismo país las zonas pueden tener condiciones sociales, culturales y económicas diferentes. Por lo tanto las actividades serán diferentes. Querer ajustar las actividades y estrategias para todo el país puede conducir a crear planes poco realistas o utópicos, por ejemplo instalar agua y saneamiento a todo el país, esta bien pero ¿realmente se puede hacer? Pero sí podemos priorizar las zonas más pobres y necesitadas para realizar las intervenciones, así que después de este taller creo necesario que cada país discuta y se ponga en acción. Por ejemplo si se coordina con la autoridad nacional potabilizar el agua, nos reunimos, priorizamos y proponemos soluciones en conjunto, escogemos las comunidades más necesitadas, conseguimos la planta potabilizadora a través de una donación y luego la municipalidad solo le da el mantenimiento, será más factible realizar el plan.

Dr. Figueroa (OPS) Se tiene el problema en el manejo de sífilis prenatal pues muchas veces se toma el examen, se da el resultado del laboratorio pero este pasa desapercibido y la mujer no recibe tratamiento, por lo cual se está trabajando en una triplete en sífilis-VIH-eliminación de Rubéola congénita. Se desea agregar también examen para toxoplasmosis pero el costo del examen ha sido motivo de discusión pues no está incluido en los paquetes de salud. Enfatiza la iniciativa de OPS de la creación de entornos saludables.

Dr. Santiago Nicholls (OPS): Esperamos que la guía sirva en diferentes niveles, ya sea nacional para formar un plan macro del país para el control de las EID, pero a la vez puede servir en un nivel regional como lo mostró Colombia, departamental o municipal. El fin es tratar de llegar a la operatividad del plan. La idea es que cada país invite a su equipo de trabajo idóneo y realice su propio plan, tomando en cuenta todas las variables sociales, ecológicas, epidemiológicas, ambientales, etc.

Sesión 13. Ruta para la formulación de planes de acción integrados para las EIDs Organización y gestión del plan. Cuarto paso. (Dr. Steven Ault)

Una vez establecidas las estrategias será necesario definir roles y responsabilidades, organizar las actividades y subactividades y costearlas.

Se recomienda la formación de un comité directivo, con participación de todos los actores y sectores involucrados, incluidos los representantes de la comunidad y designar un secretario(a) ejecutivo(a), habitualmente alguien del sector salud, quien será responsable de que el plan se ejecute dentro de lo programado y de elevar la toma de decisiones estratégicas al comité directivo.

Mientras más detallado sea el plan de trabajo, mayores serán las probabilidades de éxito del programa. Para cada actividad se establecerá el tiempo de ejecución.

Cuando todos los objetivos, actividades y sub-actividades estén descritos, se estima el costo de cada una de ellas para definir el presupuesto.

El programa de EID de USAID elaboró una herramienta de análisis financiero en el programa Excel para ayudar a la planificación del control integrado de EID, que permite identificar los recursos gubernamentales, estandarizar categorías de costo entre los países permitiendo a los donantes identificar claramente las brechas existentes en el financiamiento, así como las áreas que requieren asistencia técnica. Entrega una base para una planificación racional y para la asignación de recursos, convirtiéndose en una poderosa herramienta de abogacía, y está a la disposición de los países de la región sin ningún costo.

Discusión. (Trabajo en grupo, tablas 14 – 16)

Bolivia: Agregamos una columna a la tabla 14, por la importancia de tener un responsable. La tabla 14 para nosotros el área geográfica es toda Bolivia, y a nivel nacional el rol rector, técnico y financiero se lo delegamos al Ministerio de Salud. Así también en los departamentos las Secretarías de Salud y Educación, tienen su autonomía, así que ellos tendrán un rol operativo y financiero a nivel de la comunidad.

En la tabla 15 se incluyeron las metas para cinco años. En la tabla 16 se intento hacer un presupuesto, tomando en cuenta diferentes variables. Lo que más nos genera gastos en Bolivia es el seguimiento y monitoreo por las distancias en nuestro país, sin embargo es necesario dejar esta tarea a la gente especializada en el área de las finanzas.

Brasil: El primer paso para formular un plan integrado para la atención de varias EIDs es la formación de una oficina en coordinación con la secretaría de estado a cargo del programa Nacional. Otras instituciones responsables serán El Consejo Nacional de Secretarios de Salud, Consejo de Secretarios Municipales de Salud, y Consejo nacional de Salud. Estas instituciones tienen el rol de analizar todos los programas a implementar en salud y brindar su aprobación o negación para implementarlos o no.

El Salvador: Se desea continuar con la labor que ha hecho JICA, en nuestro país en cuanto a investigación, prevención y atención de la enfermedad de Chagas.

Guatemala: En la tabla 14 la parte que dice roles y responsabilidades por área geográfica, nos causó problemas, sugerimos cambiar las palabras que detallan mejor lo solicitado, es decir las actividades y quien será el encargado de realizarlas.

Honduras: La secuencia de las tablas es práctica, por ejemplo en el caso de Lepra establecimos el que el hito tendría que ir dirigido a fortalecer el programa y extender la

cobertura en otras regiones, puesto que se desconoce la prevalencia en otras regiones de nuestro país.

República Dominicana: La tabla 14 la interpretamos como papel o función a ser desempeñado. Creemos que es conveniente unificar los roles, y buscar al programa o funcionario mas idóneo y responsable para el cargo, recomendamos escribir el cargo y no el nombre de la persona pues los gobiernos y nombramientos cambian pero no los cargos, y así aseguramos que siempre habrá un responsable.

Dr. Ault comenta: Brasil ya tiene un plan nacional para el control de Lepra, sin embargo en el taller ha implementado la integralidad e intersectorialidad en la atención de las otras EID.

Sesión 14: Ruta para la formulación de planes de acción integrados para las EIDs: Quinto paso. Monitoreo y evaluación del plan: Cómo sabremos cuándo llegaremos (Dr. Albis Gabrielli).

Es necesario realizar un mapeo conjunto de las enfermedades que dé a conocer cómo se distribuyen los distintos parásitos en la población, así como la sobreposición de estos, que permita identificar las áreas endémicas, y áreas sospechosas, podemos utilizar encuestas, datos de vigilancia epidemiológica, informes, etc. La información recogida durante el mapeo puede ser utilizada para el monitoreo (evolución de los indicadores).

Una de las dificultades que existen para implementar y monitorear los programas y las enfermedades, es la falta de información sobre prevalencia e intensidad de las EIDs, especialmente a nivel local. Esta información resulta indispensable para saber si el programa está bien focalizado y si se están obteniendo los resultados esperados, es decir, para la gestión del programa.

Se definirá un set de indicadores que permitan monitorear el avance del programa en su totalidad, integrando la información de la salud animal y humana, con definiciones estandarizadas para cada uno de ellos. La recopilación de un set estandarizado de información, posibilita la comparación a través del tiempo, entre áreas geográficas y enfermedades.

Estos indicadores tienen que dar cuenta tanto del proceso (coberturas de quimioprofilaxis, coberturas de abastecimiento de agua potable y saneamiento, educación, control vectorial, etc), como del impacto del programa, es decir, morbilidad, mortalidad y discapacidad.

Discusión (Trabajo en grupos, tabla 17)

Brasil: Los valores de los indicadores de proceso y de impacto fueron definidos con base en los indicadores de los últimos cinco años.

Colombia: Se incluyeron en los indicadores de enfoque del tratamiento multienfermedad algunos indicadores trazadores del objetivo del milenio en niños menores de un año que reciben vacuna/ niños menores de un año. Se incluyeron la entrega de suplementos nutricionales y la desparasitación, ya que muchas de estas acciones potencian la misma intervención de base como tal, es así que cuando administramos vacunación y desparasitación, las coberturas de vacunación se aumentan.

El Salvador: Se recomienda a El Salvador agregar el valor del porcentaje en que espera disminuir la prevalencia.

Honduras: Como país ya tenemos los indicadores trazadores de todo el plan. Cada programa tiene sus propias metas e indicadores.

Dr. Ault comenta: La resolución de la OPS para el control de las EIDs ya tiene metas e indicadores fijados. Se recomienda que sean tomados y adaptados a cada uno de los países según las tendencias de los indicadores en cada caso en particular.

Dr. Steven Ault: Durante el proceso de determinar los indicadores se creó el indicador para medir el número de acciones conjuntas entre dos o más municipios vecinos para alcanzar una actividad.

Dra. Elsa Sarti comenta: No podemos determinar a la ligera los indicadores de impacto, sin revisar y conocer previamente las tendencias del comportamiento de las EID en nuestros países, así como los objetivos establecidos para el año 2015, y en base a esto determinar los valores.

Sesión 15: Discusión general: Oportunidades y necesidades para concretar la formulación de planes de acción integrados para el control y eliminación de las EIDs en Bolivia, Brasil, Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras y República Dominicana.

República Dominicana: Existen suficientes elementos y oportunidades para que antes de finalizar 2011 se tenga una propuesta que sea suficientemente buena para poder presentarla.

Dra. Fátima Cabrera (OPS): República Dominicana, ha experimentado dos problemas de salud en los últimos dos años Influenza y Cólera situaciones que han dado lugar a la integración de diferentes organizaciones como UNICEF, ONG, Saneamiento y agua potable, etc, para formar una comisión que se encarga de afrontar los problemas. Después de la experiencia en este taller, se ve la factibilidad de invitar a estas instituciones a participar en la planificación para el control de las EIDs en nuestro país.

Dr. Nicholls OPS: OPS está en toda la disposición de apoyar con ayuda técnica a los países de la región, con el fin que en el próximo semestre se formalicen los planes estratégicos nacionales.

Dra. Elsa Sarti BID: Por muchos años he participado en diferentes reuniones par el control de las EID, sin embargo es la primera iniciativa que conozco que involucra el control de todas las enfermedades en un solo plan. Se motiva al grupo a unir esfuerzos, y concretar lo discutido en el taller.

El Salvador: Expresa su interés en concretizar el plan y agradece a OPS por la ayuda técnica brindada.

Brasil: Las problemáticas de las EIDs, en los países de la región son similares, sin embargo creo que cada país debe hacer ajustes al instrumento para adecuarlo a sus necesidades y recursos. Como una herramienta para la región, parece muy válida para tener una normatización de algunos aspectos y facilitar sin duda el proceso de seguimiento y evaluación de impacto para la región.

El instrumento dispone de un plan realista, porque aprovecha los agregados de las acciones ya existentes. Brasil es un país que cuenta con zonas con situaciones epidemiológicas y sociales muy diferentes y por lo tanto muy difícil coordinar las actuaciones. Será una nueva experiencia de integración de las acciones de eliminación y control de grupos de enfermedades. Somos

conscientes de nuestra responsabilidad y nuestro papel en la reducción de la carga de estas enfermedades en la Región, como la lepra, que tiene en Brasil un 90% de los casos de la Región. Reafirmamos nuestro compromiso de trabajar de manera integrada para gestionar y eliminar las enfermedades desatendidas. Agradecemos a los organizadores y colaboradores por la oportunidad de compartir experiencias y aprender un poco más de nuestro continente.

Bolivia: La guía facilita la realización planificación, y realización del plan, probablemente habrá necesidad de modificar algunas partes en cada país de la región, sin cambiar la forma de base. Agradecemos a El Salvador y a OPS.

Colombia: La experiencia de todos los participantes ha enriquecido el taller, y el enfoque multisectorial, integral, interpogramático, amplía el panorama no solo para atender las EID, sino puede aplicarse a otros problemas a nivel de salud pública, y este es un valor agregado que tomo del taller. Agradecimientos.

Dra. Elsa Sarti, y Dra. Maritza Romero: Hacen el llamado a ampliar las estrategias en el control de las parasitosis tratando no solamente a los niños escolares sino a toda la familia, a las trabajadoras domésticas, etc, con el fin de cortar la cadena de transmisión.

Honduras: Hace llamado a OPS en el acompañamiento del monitoreo de las intervenciones de ejecución del plan. El instrumento favorece no solamente la intervención en las EID, sino también para otros programas.

Dr. Miguel Aragón. OPS El Salvador: Agradecimientos, hace un llamado a trabajar en equipo para concretizar el plan de acción del control de las EID.

4. Conclusiones

Las EIDs no solamente aumentan la morbi-mortalidad en los sectores más pobres y vulnerables de los países de la región sino también aquellos que las padecen o las padecieron en ocasiones presentan secuelas que reducen las destrezas para el aprendizaje, la productividad, y la capacidad para generar ingresos, y por lo tanto para mejorar el desarrollo de los países, perpetuando el ciclo de pobreza en los países de la región.

Una interacción compleja entre factores ambientales, y humanos incluyendo factores ecológicos, genéticos, políticos y socioeconómicos son responsables de la emergencia y resurgencia de las EIDs, situación que en los últimos años ha despertado el interés de diversos sectores de la sociedad, haciendo posible la elaboración de planes integrados para el control y erradicación de las mismas.

Las EIDs representan un problema de salud creciente tanto en medicina humana como veterinaria.

Las EIDs pueden presentar superposición geográfica, es por ello que la OMS hace un llamado a dar respuestas integrales para mejorar las condiciones de vida en general, y de salud en particular de las poblaciones afectadas.

A pesar de que los países de la región comparten similares situaciones geográficas ambientales, culturales y religiosas, la prevalencia de las EIDs es diferente.

Existen áreas fronterizas en la región con alta carga de algunas EIDs, algunas ya se tienen mapeadas y ahora deberá implementarse en coordinación con el país vecino estrategias enfocadas a esta problemática.

La pobreza, falta de agua potable y saneamiento ambiental, dificultad de acceso a servicios de salud, educación y control vectorial son determinantes sociales comunes en los países de la región.

Los países de la región deben actualizar la información sobre la prevalencia de la carga parasitaria que permita orientar las intervenciones en las poblaciones de riesgo.

La Información que se tiene sobre diagnóstico, tratamiento, poblaciones afectadas según sexo, edad, de las diferentes EIDs servirá de base para iniciar la elaboración del plan integrado.

La problemática de las EIDs, en los países de la región son similares, sin embargo cada país debe hacer ajustes al instrumento para adecuarlo a sus necesidades y recursos.

Es evidente la necesidad del compromiso político en la erradicación de las EIDs, se necesitan estrategias especiales, basadas en evidencia, que promuevan acciones intersectoriales e interprogramáticas, para llevar a la realidad los planes integrados a corto plazo, para que dentro de poco tiempo dejemos de llamar a las EIDs, las antes desatendidas.

El taller permitió la formación de facilitadores de los países de la región para la realización de planes integrados en las EIDs.

El desarrollo del taller facilitó que cada país participante realizara un bosquejo de la situación actual de las EIDs en sus países de origen, y permitió el trabajo conjunto en la formulación de planes en común.

La experiencia de todos los participantes enriqueció el taller, y el enfoque multisectorial, integral, e interprogramático, amplió el panorama en el control de las EIDs.

5. Recomendaciones

Debemos ser conscientes de nuestra responsabilidad y nuestro rol en el control y la erradicación de las EIDs.

Se recomienda cambiar el orden de las tablas 1 y 2 de la guía, con el fin de facilitar el llenado del instrumento.

Utilizar siglas para la información al llenar en las tablas para compactar la información.

Identificar la sobreposición de las EIDs, con el fin de crear planes integrados en contra de ellas.

Incluir en el sistema de vigilancia epidemiológica y laboratorial la lista de las EIDs a las que cada país dará prioridad.

Realizar estudios de investigación sobre carga parasitaria, y prevalencia de EIDs.

Mejorar el control prenatal como estrategia para el control de sífilis congénita, asegurar que a los casos positivos realmente sean informados y reciban tratamiento.

Evaluar capacitar al mismo personaje encargado de otros programas para la realización del trabajo de campo en la comunidad.

Plantear objetivos y metas realistas, con el fin de concretizar el plan.

Las unidades móviles de salud, el modelo ECOS, pastoras de crianza, madres comunitarias son modelos de intervenciones que acercan la salud a la comunidad y que pueden favorecer la realización de los objetivos del plan.

Los niños de las comunidades tratadas pueden ser los voceros de la iniciativa de erradicación de las EIDs.

Se recomienda la creación de protocolos de tratamiento integrado en la región para las EIDs.

Unificar los roles por área geográfica (Tabla 14) y buscar al programa o funcionario más idóneo y responsable para el cargo, se recomienda escribir el cargo y no el nombre de la persona pues los gobiernos y nombramientos cambian pero no los cargos, y así asegurar que siempre habrá un responsable.

6. BIBLIOGRAFIA

1.- Guía para el Desarrollo de Planes Integrados para la Prevención, Control y Eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas, OPS, marzo de 2011

2.-Eliminación de las Enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza. 49º Consejo Directivo, 61ª Sesión del Comité Regional, OPS 2009.

3.-Eliminación de las EID y otras infecciones relacionadas con la pobreza, [new.paho.org/hg/dmdocuments/2009/CD49.R19%20\(Esp.\)](http://new.paho.org/hg/dmdocuments/2009/CD49.R19%20(Esp.)) Biomédica vol.30 no.2, Bogotá Apr./June 2010.

4.-Financial costs of deworming children in all primary schools in Cambodia. Muth Sinoun, Reico Tsuyuoka, Doung Socheat, Antonio Montresor, Kevin Palmer. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene(2005)99,664-668.

Anexo 1. Agenda del taller

Agenda

Lugar de la reunión: Hotel Intercontinental, San Salvador, Teléfono: +503 22113333

Propósito:

Contribuir al desarrollo de planes de acción integrados para la prevención, control y eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas en los países de Latino América y el Caribe con el fin de avanzar hacia el logro de las metas establecidas en la Resolución CD49.R19 del Consejo Directivo de OPS al 2015¹.

Objetivos específicos:

- Formar facilitadores nacionales de Bolivia, Brasil, Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras y República Dominicana para usar e implementar la Guía para el Desarrollo de Planes Integrados para la Prevención, Control y Eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas
- Obtener un esquema general de la posible estructura de los planes de acción integrados de Bolivia, Brasil, Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras y República Dominicana.
- Estructurar una ruta de trabajo conjunto entre los 7 países participantes, la OPS/OMS y los socios estratégicos, que permita en 2011 y 2012 avanzar hacia el desarrollo e implementación de Planes Integrados para la Prevención, Control y Eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas.
- Ajustar la guía para la formulación de planes de acción integrados para la prevención, control y eliminación de las enfermedades desatendidas

<p align="center">Día 1: 16 de Mayo Situación Regional de las EIDs, abordaje integral para el control y eliminación de las EIDs, experiencias en planes integrados</p>
--

8:30 – 9:00 a.m.

Inscripciones

9:00 – 9:35 a.m.

Programa de Inauguración

Presentación de autoridades de la mesa de honor
Licda. Kathya Jovel

Himno Nacional de El Salvador

Palabras de Bienvenida
Dr. Miguel Aragón
Representación de OPS/OMS
El Salvador

¹ Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza. Disponible en [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R19%20\(Esp.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R19%20(Esp.).pdf)

Palabras alusivas al evento
Licda. Mirian Yolanda Paz
Subsecretaria de Riesgos Poblacionales
Secretaria de Salud de Honduras

Palabras de Inauguración
Dra. Elvia Violeta Menjívar
Viceministra de Servicios de Salud
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Sesión 1: Panorama de las EIDs en Latino América y el Caribe y aproximación a las acciones integradas para control y eliminación

Moderador: Rafael Baltrons, Consultor de Inmunizaciones, Representación de OPS/OMS en El Salvador

9:35 – 10:05 a.m. Las Enfermedades Infecciosas Desatendidas: Panorama Regional, oportunidades y retos
Steven Ault, Asesor Regional EIDs en OPS

10:05 – 10:30 a.m. Abordaje integral, interprogramático e intersectorial de las EIDs: aproximación al marco conceptual
Santiago Nicholls, Programa Regional EIDs de OPS

10:30 – 10:45 am *Café*

10:45 – 11:15 a.m. Abogacía y posicionamiento político para crear condiciones que permitan avanzar en la formulación de planes integrados para las EIDs
Licenciada Mirian Yolanda Paz, Subsecretaria de Riesgos Poblacionales de Honduras

11:15 – 11:45 a.m. Coordinación de las intervenciones de quimioterapia preventiva
Albis Gabrielli, Oficial Médico EIDs en OMS

11:45 – 12:30 p.m. Preguntas y discusión sobre la sesión 1

12:30 – 2:00 pm *Almuerzo*

Sesión 2: Alianza OPS-Sabin/GNNTD-BID para el control y eliminación de las EIDs en LAC

Moderador: Steven Ault

2:00 – 2:20 p.m. Alianza para el control y eliminación de las EIDs en Latino América y el Caribe: Objetivos, perspectivas y rol de Sabin/GNNTD
Karen Palacios, Sabin/GNNTD

2:20 – 2:40 p.m. Alianza para el control y eliminación de las EIDs en Latino América y el Caribe: Objetivos, perspectivas y rol del Banco Interamericano de Desarrollo
Elsa Sarti, BID

2:40 – 3:00 p.m. Preguntas y discusión sobre la alianza OPS, Sabin/GNNTD y BID

Sesión 3: Implementación a nivel local de planes de acción integrados para las EIDs en LAC

Moderador: Albis Gabrielli, Oficial Médico EIDs en OMS

- 3:00 – 3:30 p.m. Proyecto demostrativo en Recife, Brasil: experiencia en la integración de acciones para las EIDs a nivel local
Rosa Castalia Soares, Coordinadora Grupo de EIDs, Ministerio de Salud de Brasil
- 3:30 – 4:00 pm Proyecto demostrativo en Chiapas, México: experiencia en la integración de acciones para las EIDs a nivel local y apoyo de la alianza OPS-Sabin/GNNTD-BID
Elsa Sarti, BID
- 4:00 – 4:30 p.m. Preguntas y discusión sobre proyectos demostrativos

4:30 – 4:45 p.m. *Café*

Sesión 4: Instrumentos para facilitar el abordaje integral para el control de las EIDs en LAC

Moderador: Steven Ault, Asesor Regional en EIDs, OPS/OMS

- 4:45 – 5:30 p.m. Guía para el desarrollo de planes de acción integrados para las EIDs: presentación de contenidos y herramientas
Martha Saboyá, Santiago Nicholls, Programa Regional EIDs, OPS
- 5:30 – 6:00 p.m. Análisis en Plenaria sobre el abordaje integral de las EIDs y ventanas de oportunidad para avanzar en la formulación e implementación de planes integrados en LAC

Día 2: 17 de Mayo **Formular planes de acción integrados para las EIDs: Paso a paso**

Sesión 5: Ruta para la formulación de planes de acción integrados para las EIDs: Primer y segundo paso

Moderador: Miguel Aragón, Asesor Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles, OPS/OMS El Salvador

- 8:00 – 8:30 a.m. Primer Paso: Análisis de Situación. Cómo avanzar en el análisis de situación y forjar las bases para la formulación de un plan integral
Albis Gabrielli, Oficial Médico EIDs en OMS
- 8:30 – 11:00 a.m. Primer Trabajo en Grupo: Cada país hará el análisis situacional
Los participantes analizarán su información y pondrán los datos solicitados en los cuadros del análisis situacional
- 11:00 – 11:30 a.m. Discusión sobre el Primer paso: cada uno de los países tendrá 5 minutos para plantear en plenaria sus percepciones, observaciones y comentarios sobre el primer paso
- 11:30 – 12:00 a.m. Segundo Paso: Hacia dónde queremos ir: definición de prioridades, objetivos y metas
Steven Ault, Asesor Regional EIDs en OPS

12:00 – 1:00 p.m. Segundo Trabajo en Grupo: Cada país definirá sus prioridades, objetivos y metas. Los participantes analizarán su información y pondrán los datos solicitados en los cuadros para tal fin

1:00 – 2:00 p.m. **Almuerzo**

2:00 – 3:00 p.m. Continuación del segundo trabajo en grupo

3:00 – 3:30 p.m. Discusión sobre el segundo paso: cada uno de los países tendrá 5 minutos para plantear en plenaria sus percepciones, observaciones y comentarios sobre el segundo paso

Sesión 6: Ruta para la formulación de planes de acción integrados para las EIDs: Tercer paso
Moderador: Maritza Romero, Asesora Subregional de Salud Familiar y Comunitaria para Centro América

3:30 – 4:00 p.m. Tercer paso: Cómo llegaremos. Definición de las estrategias
Santiago Nicholls, Programa Regional EIDs en OPS

4:00 – 6:00 p.m. Tercer trabajo en Grupo: Cada país definirá las estrategias. Los participantes analizarán su información y pondrán los datos solicitados en los cuadros para tal fin.

6:00 – 6:30 p.m. Preguntas y discusión sobre el Tercer paso: cada uno de los países tendrá 5 minutos para plantear en plenaria sus percepciones, observaciones y comentarios sobre el tercer paso

Día 3: 18 de Mayo
Formular planes de acción integrados para las EIDs: Paso a paso

Sesión 7: Ruta para la formulación de planes de acción integrados para las EIDs: Cuarto paso
Moderador: Rolando Figueroa, Asesor Salud Familiar y Comunitaria, OPS/OMS Colombia

8:00 – 8:30 a.m. Cuarto Paso: Organización y gestión del plan
Steven Ault, Asesor Regional EIDs en OPS

8:30 – 11:00 a.m. Cuarto Trabajo en Grupo: Cada país trabajará en la definición de roles, responsabilidades, cronograma, plan de trabajo y aproximación a costos, y usará los cuadros para tal fin

11:00 – 11:30 a.m. Preguntas y discusión sobre el Cuarto paso: cada uno de los países tendrá 5 minutos para plantear en plenaria sus percepciones, observaciones y comentarios sobre el cuarto paso

Sesión 8: Ruta para la formulación de planes de acción integrados para las EIDs: Quinto paso
Moderador: Rosario Cabrera, Consultora Nacional en Salud Publica Veterinaria, Representación de OPS/OMS en República Dominicana

11:30 – 12:00 m. Quinto Paso: Monitoreo y evaluación del plan: Cómo sabremos cuándo llegaremos
Albis Gabrielli, Oficial Médico EIDs en OMS

12:00 – 1:00 p.m. Quinto Trabajo en Grupo: Cada país definirá las acciones de monitoreo y evaluación, y usará los cuadros para tal fin

1:00 – 2:00 p.m. **Almuerzo**

2:00 – 3:00 p.m. Continuación del quinto trabajo en grupo

3:00 – 3:30 p.m. Preguntas y discusión sobre el quinto paso: cada uno de los países tendrá 5 minutos para plantear en plenaria sus percepciones, observaciones y comentarios sobre el quinto paso

Sesión 9: Necesidades y oportunidades para avanzar en la formulación de planes de acción integrados para las EIDs

Moderador: Steven Ault, Elsa Sarti y Karen Palacios

3:30 – 4:30 p.m. Discusión en plenaria
Oportunidades y necesidades para concretar la formulación de planes de acción integrados para el control y eliminación de las EIDs en Bolivia, Brasil, Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras y República Dominicana.

4:30 – 5:30 p.m. Ruta para concretar la formulación de los planes nacionales integrados para EIDs: Plenaria en grupo

5:30 p.m. Clausura

Anexo 2. Lista de participantes

Lista de Participantes

Participantes de países

Julio Alberto Armero Guardado

Director de Vigilancia Sanitaria
Ministerio de Salud
El Salvador
Calle Arce No. 827
San Salvador, El Salvador
Tel.: +503 2202-7197
FAX: +503 2271-2879
Correo-e : jarmero@mspas.gob.sv

Dr. Oscar Sorto

Epidemiología
Ministerio de Salud
El Salvador
Calle Arce No. 827
San Salvador, El Salvador
Tel.: +503 2202-7197
FAX: +503 2271-2879
Correo-e : osorto@mspas.gob.sv

Dra. Jackelin Villatoro

Programa de Control de Rabia
Ministerio de Salud
El Salvador
Calle Arce No. 827
San Salvador, El Salvador
Tel.: +503 2202-7197
FAX: +503 2271-2879
Correo-e : jacvillatoro@gmail.com

Licda. Vilma de Aguilar

Laboratorio Central
Ministerio de Salud
El Salvador
Calle Arce No. 827
San Salvador, El Salvador
Tel.: +503 2202-7197
FAX: +503 2271-2879
Correo-e : anavilmadeaguilar@yahoo.es

Licda. Jessica de Rivera

Laboratorio Central
Ministerio de Salud
El Salvador
Calle Arce No. 827
San Salvador, El Salvador
Tel.: +503 2202-7197
FAX: +503 2271-2879
Correo-e : jessicac41@yahoo.com

Licenciada Mirian Yolanda Paz

Subsecretaría de Riesgos Poblacionales
Secretaría de Salud de Honduras
Bo. El Jazmin, Contiguo al Correo Nacional
Tegucigalpa, Honduras
Tel: +504 2222-2402
Correo-e:

Licenciada Dora Nelly Franco

Asistente de la Subsecretaría de Riesgos Poblacionales
Secretaría de Salud de Honduras
Bo. El Jazmin, Contiguo al Correo Nacional
Tegucigalpa, Honduras
Tel: +504 2222-2402
Cel: +504 9928-8934
Correo-e: nellyfranco@yahoo.com

Alfonso Zarate Cabello

Gerente
Programas de Influenza y Hantavirus
Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia
Plaza del Estudiante s/n,
Oficina de Relaciones Internacionales, 2º Piso
La Paz, Bolivia
Tel.: 591-2 2116784
Correo-e: victor_zarate07@hotmail.com

Rosa Castália França Ribeiro Soares

Fundación Nacional de Salud (Funasa)
Ministerio de Salud
Rua Machado Neto no. 267
Edificio Villa das Palmeiras, Apt 601
Pituba - Salvador de Bahia
BRAZIL CEP 41830-510
Tel: +55 71 3332 1072
Fax:: +55 71 3332 1072
Correo-e: castalia@uol.com.br

Rafael Jose Miranda Jiménez

Centro Nacional de Enlace Colombia
Ministerio de Salud de Colombia
Cel: 3108684867
Correo-e: rafaelmirandaj@gmail.com

Delmy Waleska Zeceña

Comité de Prácticas de Inmunizaciones
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
de Guatemala
11 Av. "A" 12-19, Finca La Verbena
Zona 7
Ciudad de Guatemala, Guatemala
Tels: (502) 2472-0298 (502) 47698451
Correo-e: dwalesskaz@hotmail.com

Manuel González

Ministerio de Salud de República Dominicana
Centro Nacional de Control de Enfermedades
Trasmisibles (CENCET)
Av. Duarte #269, Villa María
Santo Domingo, República Dominicana
Cel. 829-257-7590
Ofic. 809536-9604 ext200
Correo-e: manuelgonpe@gmail.com

Participantes de OPS/OMS Programas Regionales y Representaciones en América

José Ruales

Representante de la OPS/OMS en El Salvador
73 Avenida Sur No. 135
Colonia Escalón
San Salvador, El Salvador
Teléfono: (053) 2511 9500
Correo-e: rualesjose@els.ops-oms.org

Miguel Aragón

Consultor de enfermedades transmisibles
Representación de OPS/OMS en El Salvador
73 Avenida Sur No. 135
Colonia Escalón
San Salvador, El Salvador
Teléfono: (053) 2511 9500
Correo-e: aragonm@els.ops-oms.org

Rafael Baltrons

Consultor de Inmunizaciones
Representación de OPS/OMS en El Salvador
73 Avenida Sur No. 135
Colonia Escalón
San Salvador, El Salvador
Teléfono: +503 2511 9500
Correo-e: baltronsr@els.ops-oms.org

Silvia López de Cabrera

Consultor de Nutrición y AIEPI (por designar)
Representación de OPS/OMS en El Salvador
73 Avenida Sur No. 135
Colonia Escalón
San Salvador, El Salvador
Teléfono: +503 2511 9500
Correo-e: lopezsil@els.ops-oms.org

Maritza Romero

Asesora Subregional en Salud Familiar y Comunitaria para Centroamérica, Representación de la OPS/OMS en Nicaragua
Complejo Nacional de Salud
Camino a la Sabana
Apartado Postal 1309
Managua, Nicaragua
Teléfono: (505) 2289-4200
Correo-e: romerom@nic.ops-oms.org

Fatima del Rosario Cabrera

Consultora Nacional en Salud Publica
Veterinaria OPS/OMS República Dominicana
Edificio OPS/OMS y Defensa Civil
Calle Pepillo Salcedo – Recta Final
Plaza de la Salud
Ensanche La Fe,
Santo Domingo, República Dominicana
Tel.: +1-809 [562-1519](tel:+18095621519) Ext. 251
Fax: +1-809 544-0322
Email: rcabrera@paho.org

Steven Ault

Asesor Regional
Programa Regional Enfermedades Desatendidas
Organización Panamericana de la Salud
525 23rd St, N.W.
Washington, D.C. 20037
Tel.: (1) 202 974 3896
Correo-e: aultstev@paho.org

Albis Francesco Gabrielli

Programa Regional Enfermedades Desatendidas
Organización Panamericana de la Salud
525 23rd St, N.W.
Washington, D.C. 20037
Tel.: (1) 202 974 3583
Correo-e: gabriellia@paho.org

Rolando Figueroa

Consultor, Salud Familiar y Comunitaria
Representación de OPS/OMS en Colombia
Carrera 7 No.74-21, Piso 9 Edificio Seguros Aurora
Bogotá, D.C., Colombia
Apartado Aéreo 253367, Bogotá, D.C., Colombia
Tel.: +571 314-4141
Fax: +571 254-7070
Email: figueroa@col.ops-oms.org

Santiago Nicholls

Programa Regional Enfermedades Desatendidas
Organización Panamericana de la Salud
525 23rd St, N.W.
Washington, D.C. 20037
Tel.: (1) 202 974 3272
Correo-e: nichollr@paho.org

Participantes de instituciones y organizaciones socias para el Control o Eliminación de las Enfermedades Desatendidas en las Américas

Karen Palacio

Oficial Principal de Programa,
Red Mundial de Enfermedades Tropicales
Desatendidas
Instituto de Vacunas Sabin
2000 Pennsylvania Ave, NW Suite 7100
Washington DC 20006
EU
Tel.: 202-683-1882
Fax: 202-842-7689
Correo-e : Karen.Palacio@sabin.org

Elsa Sarti

Sector Social
Banco Interamericano de Desarrollo
1300 New York Avenue, N.W.
Washington, D.C. 20577
Correo-e: elsas@iadb.org

Anexo 3. Primera propuesta de plan integrado para el control y eliminación de las EIDs, de los países participantes.

BRASIL

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

Tabla 1. Grupo de trabajo

Nombre	Institución/organización	Sector al que pertenece
Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças Negligenciadas Coordenadora: Rosa Castália França Ribeiro Soares	Secretaria de Vigilância em Saúde Secretário de Vigilância em Saúde: Jarbas Barbosa da Silva Júnior	Ministério da Saúde/Governo Federal Ministro da Saúde: Alexandre Padilha

Tabla 2. Enfermedades Infecciosas Desatendidas que serán incluidas en el Plan de Acción para el área geográfica

Área geográfica	Enfermedades Infecciosas Desatendidas
1. *Todo o País 2. **Estado de Pernambuco, municípios de Recife, Olinda e Jaboatão** 3. ***Território Yanomami, Estado de Roraima, Região Amazônica 4****Área Geográfica a definir, mas a princípio, Região Nordeste	*Hanseníase, *Tracoma, *Esquistossomose, *Geo-Helmintíases, **Filariose Linfática, ***Oncocercose, ****Cisticercose

Tabla 3. Determinantes sociales y ambientales en el área geográfica

País/Región/Municipio	Pobreza	Nivel educativo	Actividades productivas
País			
Por Região Grupo1.Nordeste, Norte e Centro-Oeste Grupo 2. Sul e Sudeste	Altos níveis de pobreza predominantemente no Grupo 1 (Estado da Bahia tem maior população abaixo da linha da pobreza - + de 2,6 mi de pessoas – IBGE 2011)	Baixo nível predominantemente no Grupo 1	Grupo1. Predominantemente rurais e agrárias, empregos informais/sub-empregos nas RM Grupo 2. Predominantemente atividades industriais, comerciais e administrativas (DF) Empregos informais e sub-empregos em RM Atividades pecuárias desenvolvidas no Sul

País/Región/Municipio	Factores socio culturales y género	Migración, desastres y conflictos	Condiciones ambientales
País			
Por Região Grupo1.Nordeste, Norte e Centro-Oeste Grupo 2. Sul e Sudeste	Região Norte: - Barreiras antropológicas: Oncocercose – população Yanomami - Poucas experiências com tratamento em massa para Geohelmintíases		Região Norte: Acesso geográfico

Tabla 4. Recursos disponibles (servicios de salud) en el área geográfica

Área geográfica	Programas	Organizaciones	Personas con acceso	Centros de salud y consultorios	Talento humano	Centros de medicina tradicional/alternativa
Grupo 1- Região Norte	Oncocercose	Ministério da Saúde (SVS, SESAI e Funasa) OPAS/OEPA, Instituto Sabin	Acesso a que? A serviços?	Serviço de diagnóstico e tratamento feito por equipes de saúde indígena	Recursos humanos?	Não existem
Grupo 1 – Todas as regiões	Hanseníase	Ministério da Saúde, OPAS e ILEP				

ANÁLISIS INTEGRADO

Tabla 5. Definición de prioridades en el área geográfica

Área geográfica					
Enfermedad infecciosa desatendida	Magnitud	Poblaciones afectadas	Factores intermediarios	Factores estructurales	
Hanseníase	2,08 casos/10,000 habitantes	Todo o país (198 milhões de habitantes)	Centralização de diagnóstico e tratamento em serviços especializados, em regiões epidemiologicamente importantes	Acceso a diagnóstico e tratamento - Cobertura de serviços de diagnóstico e tratamento baixa; Baixos índices de exames de contatos Diagnostico tardio: 45% de MB e XX% de grau I /II no momento do diagnóstico Rotatividade de profissionais das equipes de PSF	
Esquistossomose e outras helmintíases	5,2% de positividade de exames nas áreas endêmicas	09 estados endêmicos (MA, BA, AL, PE, MG, PB, SE, ES e RN) Obs; avaliar a	Controle de vetores – tratamento de coleções hídricas/manejo ambiental Acceso a água potável e serviços de saneamento básico	Descentralização de ações e desmobilização de agentes de saúde da Funasa = deficiência de recursos humanos Baixo envolvimento das equipes de PSF e PACS no programa – maior articulação com a	

		possibilidade de interromper a transmissão nos focos de GO e RS	nas áreas de risco Educação em saúde – atividades de IEC Oferta de tratamento	SAS/MS
--	--	---	---	--------

Tabla 6. Superposición de enfermedades infecciosas desatendidas por áreas geográficas

	EID 1	EID 2	EID 3	EID 4
Grupo 1	Hanseníase	Tracoma	Esquistossomose	Geo-helmintíases
Grupo 2	*Hanseníase	Tracoma	**Esquistossomose	Geo-helmintíases (ciudades menores e RM)

*Mesmo nos estados que já eliminaram = menos de 01 caso/10.000 habitantes há notificação de casos novos

** Nos focos do RS e GO pode-se alcançar a interrupção da transmissão

Tabla 7. Determinantes comunes por área geográfica

	DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4
Grupo 1	Pobreza	Dificuldade de acesso a serviços de saúde	Acesso geográfico	Acesso a água potável e serviços de saneamento básico
Grupo 2	Pobreza - RM	Acesso social Dificuldade de acesso a serviços de saúde – RM	Acesso social - violencia	Acesso a água potável e serviços de saneamento básico – Cidades menores e RM

Tabla 8. Posibilidades de uso integrado de recursos sanitarios por área geográfica

	Recursos programa sanitario 1	Recursos programa sanitario 2	Recursos programa sanitario 3	Recursos programa sanitario 4
Grupo 1	*Projeto de saneamento básico Funasa (município de menos de 50 mil habitantes, áreas indígenas, comunidades rurais, escolas, comunidades quilombolas e áreas de interesse epidemiológico para esquistossomose, doenças diarreicas, tracoma, helmintíases e	Projeto Saúde na Escola	Projeto Visão (TRACOMA) – Projeto do MS para todas as doenças da visão	

	com alta MI)			
Grupo 2	*Projeto de saneamento básico Funasa (município de menos de 50 mil habitantes, áreas indígenas, comunidades rurais, escolas, comunidades quilombolas e areas de interesse epidemiológico para esquistossomose, doenças diarreicas, tracoma, helmintíases e com alta MI)	Projeto Saude na Escola	Projeto Visão (TRACOMA) – Projeto do MS para todas as doenças da visão	

DISEÑO DE ESTRATEGIAS INTEGRADAS

Tabla 9. Objetivos y metas del plan de acción por área geográfica

Área geográfica	Objetivo del Plan	Metas del Plan
Grupo 1 e 2	<p>Reducir a carga de doenças negligenciadas no País até 2015, alcançando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eliminação: hanseníase, filariose, tracoma e oncocercose 2. Controle: Esquistossomose, Geo-helmintíases 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eliminar hanseníase como problema de saúde pública em nível nacional até 2015 2. Eliminar tracoma como causa de cegueira até 2015 3. Interromper a transmissão de filariose e oncocercose até 2013 nos focos restante e certificar a interrupção da transmissão 4. Controlar a esquistossomose e Geo-helmintíases alcançando para 100% das areas endêmicas com prevalência menor ou igual a 5%

Tabla 10. Intervenciones específicas integradas por área geográfica

AREA GEOGRÁFICA	Intervenciones específicas de EIDs		
	Quimioterapia preventiva	Manejo integrado de casos	Control de vectores
Grupo 1	<ul style="list-style-type: none"> - Geo-helmintíases - Tracoma - Filariose (Recife, Olinda e Jaboatão – Estado de PE) - Esquistossomose (7 estados da Região Nordeste - BA,PE,PB, RN, AL, MA e SE+ 2 DA Região Sudeste – MG e ES) - Oncocercose (Região Amazônica – Território Yanomami) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hanseníase - Esquistossomose em areas de prevelencia media e baixa e em focos isolados 	<ul style="list-style-type: none"> - Esquistossomose – manejo ambiental - Dengue - Malária - Leishmanioses

Grupo 2	<ul style="list-style-type: none"> - Geo-helmintíases (RM e áreas rurais) - Tracoma 	<ul style="list-style-type: none"> - Hanseníase - Esquistossomose em focos isolados 	<ul style="list-style-type: none"> - Esquistossomose – manejo ambiental - Dengue - Malária - Leishmanioses
----------------	---	---	--

Tabla 11. Acciones intersectoriales integradas por área geográfica.

AREA GEOGRÁFICA	INTERVENCIONES INTERSECTORIALES					
	Agua y saneamiento y condiciones de vivienda	Factores de riesgo ambiental	Poblaciones migrantes	Reducción de inequidades por factores socioculturales y de género	Reducción de pobreza	Sistemas de vigilancia y evaluación
Grupo 1 e 2	<p>Projeto de saneamento básico Funasa que tem como principais aspectos: trabalhar em município de menos de 50 mil habitantes, áreas indígenas, comunidades rurais, escolas, comunidades quilombolas e áreas de interesse epidemiológico para esquistossomose, doenças diarréicas, tracoma, helmintíases e com alta MI e inclui também melhorias habitacionais para D. de Chagas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - PE e AL: enchentes no período de chuvas sazonais - RJ, SC, PR e RS: enchentes no período de chuvas sazonais - Articulação com Ministério da Defesa/ Defesa Civil Ministério da Saúde – participa do comitê nacional de desastres- Diretoria de Saúde Ambiental 	<p>Região Norte - Oncocercose: população indígena Yanomami</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hanseníase, Esquistossomose/Helmintíases Tracoma : Areas de conflitos de terra – acampamentos de MST 	<ul style="list-style-type: none"> - Hanseníase: fortalecimento da articulação com o MORHAN, Pastoral da Criança, MOPS e GAMAH - SEDH - Esquistossomose e Geo-helmintíases e Tracoma: articulação com MOPS, ME 	<ul style="list-style-type: none"> - Plano de Eliminação da Pobreza Extrema – Presidência da República/Casa Civil com 6 ministérios (Saude, Educação, Desenvolvimento Social, Planejamento, M. das Cidades e Defesa) 	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema Nacional de Vigilância em Saúde – SVS/MS - SES e SMS - OPAS/OMS (RIPSA) - DATASUS/SINAN (informatização do SI) - Inquéritos previstos nos programas T, E/H

Tabla 12. Intervenciones para la participación comunitaria y la movilización social por área geográfica

AREA GEOGRÁFICA	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	MOVILIZACIÓN SOCIAL
Grupo 1 e 2	- Participação de gestores estaduais e municipais através do CONASS e CONASEMS - Dos usuários do SUS através do CNS	- Hanseníase: MORHAN - Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MOPS, Pastoral da Saúde, CNS

Tabla 13. Intervenciones integrales en el sistema de salud por área geográfica

AREA GEOGRÁFICA	Intervenciones a entregar	Personal responsable	Sistema de información	Medicamentos, insumos y tecnologías	Fuentes de financiación	Liderazgo y gobernanza
Grupo 1 e 2	Funasa: Acesso a serviços de água e saneamento básico	Funasa – Departamento de Engenharia de Saúde Pública	- Dados da Funasa - IBGE	Secretaria de Ciencia e Tecnologia e Insumos Estratégicos/MS (compra e distribuição de insumos estratégicos para todos o Ministério da Saúde) SVS – monitoramento através da Coordenação de Insumos Estratégicos	Governo Federal – Tesouro Nacional	SVS Funasa Ministério das Cidades

DESARROLLO DEL PLAN

Tabla 14. Roles y responsabilidades por área geográfica

AREA GEOGRÁFICA	Roles	Responsable (técnico e financeiro?)
Grupos 1 e 2 – Todos os Estados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboração do Plano Integrado – oficina com SES e SMS mais importantes do ponto de vista epidemiológico - EXPOEPI 2. Garantir a execução das obras de saneamento básico e aporte de água (quadro 11) 3. Garantir a aquisição de distribuição oportuna de medicamentos e insumos necessários para as estratégias de QP, MIC e CV 4. Coordenar as ações de vigilância epidemiológica e o manejo da informação. 5. Apoiar o MS na elaboração e definição de diretrizes técnicas em caráter consultivo, aportando e avaliando o embasamento técnico-científico necessários 6. Aprovar e monitorar a execução do plano, mobilizando 	<ol style="list-style-type: none"> 1. MS/SVS e OPAS/OMS – Jarbas Barbosa e Rosa Castália (MS) – Enrique Gil e Alfonso Tenório (OPAS) 2. Funasa (Presidente da Funasa Gilson Queiroz e Diretor de Engenharia da Funasa Rui Gomide) e Ministério das Cidades – (?) 3. Ministério da Saúde (SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde e SCTIE – Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos, e OPAS/OMS – PQT Hans)

	<p>gestores estaduais e municipais.</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Apoio ao MS, Movimentos Sociais e ONGs envolvidas para garantir os direitos das populações-alvo no controle/eliminação das DN 8. Desenvolvimento de ações de mobilização social 9. Apoio para elaboração e execução de inquéritos e pesquisas relativas aos programas 10. Desenvolver atividades de M&A junto às SES e SMS 11. Apoio laboratorial às atividades de campo e inquéritos 	<ol style="list-style-type: none"> 4. MS/SVS/CGHDN (Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças Negligenciadas), DATASUS/SINAN, (sistema de informação) SES e SMS 5. Comitê Técnico Assessor em Doenças Negligenciadas (Participam do Comitê experts, sociedades científicas, OPAS, UNICEF, CRs, outros ministérios e organismos governamentais e não-governamentais) 6. CONASS (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde), CONASEMSS (Conselho de Secretários Municipais de Saúde) e CNS (Conselho 7. SEDH, MORHAN, MOPS, PASTORAL DA CRIANÇA e ABPSTALIDOMIDA 8. MS/SVS/NUCOM, MORHAN, MOPS, ABPSTALIDOMIDA, PASTORAL DA CRIANÇA, Instituto Sabin e OPAS 9. FIOCRUZ , CRs e OPAS/OMS 10. MS/SVS e OPAS/OMS 11. SVS/CGLAB, Fiocruz (Rio e Estados), LACEN/SES/SMS
--	--	---

Tabla 15. Productos, plazos, hitos y resultados por área geográfica

ÁREA GEOGRÁFICA	PRODUCTOS	HITOS (marcos)	FECHAS	RESULTADOS ESPERADOS
Hanseníase – todas as regiões do Brasil	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alcançar prevalência de menos de um caso para 10,000 habitantes em nível nacional 2. Ampliação da cobertura de serviços para diagnóstico e tratamento (todas as UBS e USF oferecendo serviços); 3. Atualização de registros e agilidade do SI 4. Aumentar a taxa de cura entre os casos novos 5. Diminuir a ocorrência de casos em menores de 15 anos 6. Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ampliação de cobertura de serviços, aumento da taxa de cura e atualização de registros. 2. Aumentar 10% anualmente de 2011 a 2015 Linha de base: 3. 2011-2012: projeto OPAS/Sassakawa, contratação de consultores para atualização de informação e análise epidemiológica continuada. 4. Alcança taxa de cura de 2011 a 2015 nos seguintes níveis: 84%, 85%, 86%, 88% e 90%* 5. Diminuir a taxa de detecção de casos novos em menores de 15 anos de 2011 a 2015 nos seguintes níveis 6. Aumentar a proporção de contatos examinados de 2011-2015 para 66%, 69%, 73%, 79% e 80% 	Dezembro de 2015	Eliminação como problema de saúde pública em dezembro de 2015-

Tabla 16. Resumen de presupuesto para programa integrado de EID por área geográfica

Cuadro 7: Matriz Resumen de Presupuesto para Programa Integrado de EID en Uganda												
SUMMARY BUDGET FOR INTEGRATED NTD CONTROL IN _____												
(USD)												
Cost categories	Year 1 (2010)		Year 2 (2011)		Year 3 (2012)		Year 4 (2013)		Year 5 (2014)		Total 5 years	
	Cost	Gap										
Coordination & training	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mapping	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Drug distribution	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Social Mobilization	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
M&E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Morbidity control	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	0										
SUMMARY OF DRUG NEED AND GAP FOR INTEGRATED NTD CONTROL IN _____												
(NO. TABLET)												
Drug procurement	Year 1 (2010)		Year 2 (2011)		Year 3 (2012)		Year 4 (2013)		Year 5 (2014)		Total 5 years	
	Need	Gap										
STH	Albendazole	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Mebendazole	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LF	Albebdazole	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	DEC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trachoma	TEO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Azithromicine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 17. Monitoreo y evaluación del Plan Integral de Eliminación de Enfermedades Desatendidas por área geográfica.

Enfermedades Desatendidas	Indicadores de proceso	Indicadores de impacto
Hanseníase	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coeficiente de prevalência em nível nacional 2. Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados: 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coeficiente de prevalência de menos de 01 caso por 10.000 habitantes 2. Aumentar para 80% a proporção de contatos examinados

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Cura nas coortes de casos novos 4. Coeficiente de detecção de casos novos em menores de 15 anos 5. Coeficiente de casos novos com grau 2 de incapacidade 	<p>de 2011-2015 para 66%, 69%, 73%, 79% e 80%.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Alcançar e manter 90% o percentual de cura nas coortes de casos novos de hanseníase até 2015. 4. Reduzir em 26,9% o coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos, de 2011 (4,89/100.000) a 2015 (3,97/100.000). 5. Reduzir em 13%, entre 2008 e 2015, o coeficiente de casos novos da doença com grau 2 de incapacidade física : de 1,37 por 100 mil habitantes para 1,19, em 2015.
Tracoma	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tratar 100% dos casos de TI para evitar a ocorrência de TT 2. Desenvolver atividades educativas, inquéritos e tratamento massivo em escolares menores de 10 anos de idade em 100% dos municípios com mais de 10% de prevalência nos inquéritos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obter prevalência de menos de um caso de Triquiase Tracomatosa (TT) por 1000 habitantes 2. Alcançar prevalência de tracoma inflamatório (TF e/ou TI) < 5% em crianças menores de 10 anos, em todas as localidades/territórios/comunidades de um município com mais de 10% de prevalência nos inquéritos
Esquistossomose	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nº de exames coprocópicos realizados para diagnóstico de <i>Schistosoma mansoni</i> por localidade com percentual de positividade igual ou superior a 5 %. 2. Percentual de tratamentos realizados. 3. Nº de capacitações realizadas por Unidade Federada 4. Percentual de coleções hídricas de importância epidemiológica pesquisadas em município endêmico. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cobertura de no mínimo 80% das localidades com transmissão e percentual de positividade igual ou maior do que 5%. 2. Tratar 90% dos portadores de <i>S. mansoni</i> diagnosticados 3. Realizar uma capacitação em cada Unidade Federada: BA, PE, RN, MG e PR. 4. Pesquisar 10% das coleções hídricas de importância epidemiológica (com presença de caramujos).
Integración con enfoque multi-enfermedad Esquistossomose/Geo-helmintiasis	<ol style="list-style-type: none"> 1. % de tratamentos coletivos para helmintíase e tracoma em escolares em áreas selecionadas (sobreposição) 2. % de áreas selecionadas com sobreposição de 2 enfermidades que receberam ações educativas compartilhadas entre o MS e ME, relacionadas a lavagem de mãos, manejo de alimentos e 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tratamento coletivo para as 2 enfermidades em 80% das áreas selecionadas 2. Atividades educativas conjuntas relacionadas a lavagem de mãos, manejo de alimentos e limpeza facial, realizadas em pelo menos 80% de áreas selecionadas com sobreposição de 2 enfermidades
% de atividades conjuntas		

realizadas	limpeza facial.	
Integración intersectorial	1. % de actividades realizadas em conjunto com outros segmentos governamentais ou não-governamentais	1. Obter parceria para atividades conjuntas em pelo menos 30% das ações propostas no Plano Integrado para DN
Integración entre áreas geográficas	1. % de atividades compartilhadas entre 2 ou mais municípios vizinhos para alcance de uma meta comum a todos	1. Obter pelo menos uma área de compartilhamento municipal de atividades por Estado

Bolivia

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

Tabla 1. Grupo de trabajo

Nombre	Institución/organización	Sector al que pertenece
Comité sectorial de atención y control a enfermedades desatendidas y débilmente atendidas	Ministerio De Salud Y Deportes Dirección General De Salud	Salud
Comité Intersectorial multisectorial sectorial de atención y control a enfermedades desatendidas y débilmente atendidas	Coordinación General Ministerio De Salud Y Deportes Secretarías Salud Min. Educación, Ministerio De Saneamiento Básico Vivienda. Agricultura, Ect.	Todos los ministerios del país y sociedad civil

Tabla 2. Enfermedades Infecciosas Desatendidas que serán incluidas en el Plan de Acción para el área geográfica

Área geográfica	Enfermedades Infecciosas Desatendidas								
	Malaria	Chagas	Tuberculosis	Leishmaniasis	Geohelmintiasis	Rabia	Fasciolosis	Lepra	Sífilis Congenita
BOLIVIA									
Cochabamba	Malaria	Chagas	Tuberculosis		Geohelmintiasis	Rabia			Sífilis Congenita
Santa Cruz	Malaria		Tuberculosis	Leishmaniasis	Geo-Helmintosis	Rabia			Sífilis Congenita
Beni	Malaria			Leishmaniasis	Geo-Helmintosis	Rabia		Lepra	Sífilis Congenita
Chuquisaca -	Malaria	Chagas-	Tuberculosis	Leishmaniasis	Geo-Helmintosis	Rabia			Sífilis Congenita
Tarija	Malaria	Chagas	Tuberculosis		Geo-Helmintosis	Rabia			Sífilis Congenita
Potosí	Malaria		Tuberculosis		Geo-Helmintosis	Rabia			Sífilis Congenita
Pando	Malaria		Tuberculosis	Leishmaniasis	Geo-Helmintosis	Rabia		Lepra	Sífilis Congenita
La Paz	Malaria	Chagas	Tuberculosis	Leishmaniasis	Geo-Helmintosis	Rabia	Fasciolosis		Sífilis Congenita
Oruro			Tuberculosis		Geo-Helmintosis	Rabia			Sífilis Congenita

Tabla 3. Determinantes sociales y ambientales en el área geográfica

País/Región/Municipio	Pobreza	Nivel educativo	Actividades productivas	Factores socio culturales y género	Migración, desastres y conflictos	Condiciones ambientales	Vivienda y hacinamiento	Agua y saneamiento
Cochabamba	Pobreza+ Extrema Pobreza (matrimonios jóvenes con nulo nivel de formación para la vida)	Bajo nivel de educación y formación	Agricultura, industria, comercio	Gran porcentaje de la población culturs quechua, machismo aun existente	Migración al exterior sobre todo población en edad productiva.	Deficiente manejo ambiental	Áreas periurbanas y rurales con acinamiento Precarieda en calidad de construcción de viviendas	Deficiente
Santa Cruz	Pobreza (matrimonios jóvenes con nulo y/o débil nivel de formación para la vida)	Bajo nivel de educación y formación	Agricultura, industria, comercio, ganadería	Múltiples etnias en diferente grado de civilización, aun presente el machismo	Departamento receptor de la migración interna de la región andinay llano y migración al exterior población en edad de máxima capacidad productiva	Deficiente manejo ambiental	Áreas periurbanas y rurales con acinamiento Precarieda en calidad de construcción de viviendas	Deficiente
Beni	Pobreza (matrimonios jóvenes con nulo y/o débil nivel de formación para la vida)	Bajo nivel de educación y formación	Agricultura, ganadería,	Múltiples etnias en diferente grado de civilización, aun presente el machismo	Segundo departamento receptor de migración interna de zonas andinas y valles	Deficiente manejo ambiental	Áreas periurbanas y rurales con acinamiento Precarieda en calidad de construcción de viviendas	Deficiente

Chuquisaca -	Pobreza+extrema pobreza	Bajo nivel de educación y formación	Agricultura, ganadería.	Cultura quechua arraigada, aun presente machismo	Departamento expulsor de capacidad productiva a zonas orientales	Deficiente manejo ambiental	Áreas periurbanas y rurales con acinamiento Precarieda en calidad de construcción de viviendas	Deficiente
Tarija	Pobreza (matrimonios jóvenes con nulo y/o débil nivel de formación para la vida)	Bajo nivel de educación y formación	Agricultura, ganadería, explotación petrolera	Diferentes ednias, cultura quechua, aun persiste el machismo sobre todo en áreas rurales		Deficiente Manejo Ambiental	Áreas periurbanas y rurales con acinamiento Precarieda en calidad de construcción de viviendas	Deficiente
Potosi	Pobreza+extrema pobreza	Bajo nivel de educación y formación	Minería Agricultura, ganadería(camelidos)	Cultura quechua, aun persiste el machismo.	4to departamento receptor de migrantes auge minería	Deficiente Manejo ambiental	Áreas periurbanas y rurales con acinamiento Precarieda en calidad de construcción de viviendas	Deficiente
Pando	Pobreza (matrimonios jóvenes con nulo y/o débil nivel de formación para la vida)	Bajo nivel de educación y formación	Comercio, ganadería vacuno	Diferentes etnias, aun persiste el machismo	Tercer departamento receptor de migración interna de zonas andinas y valles	Deficiente manejo ambiental	Áreas periurbanas y rurales con acinamiento Precarieda en calidad de construcción de viviendas	Deficiente
La Paz	Pobreza+extrema pobreza	Bajo nivel de educación y formación	Comercio, agricultura, ganadería Camelida y vacuno, industrias, minería aurífera	Cultura aymara, aun persiste el machismo sobre todo a nivel rural.	Migración externa y quinto departamento receptor de	Deficiente Manejo ambiental	Áreas periurbanas y rurales con acinamiento Precarieda	Deficiente

					migrantes internos.		en calidad de construcion de viviendas	
Oruro	Pobreza+extrema pobreza	Bajo nivel de educación y formacion	Comercio,ganaderia Camelido),agricultura, minería	Culturas quechua y aymara , aun persiste en estas zonas el machismo sobre todo a nivel de las áreas de extrema pobreza	Departamento expulsor a zonas orientales	Deficiente manejo ambiental	Áreas periurbanas y rurales con acinamiento Precarieda en calidad de construcion de viviendas	Deficiente

Tabla 4. Recursos disponibles (servicios de salud) en el área geográfica

Área geográfica	Programas	Organizaciones	Personas con acceso	Centros de salud y consultorios	Talento humano	Centros de medicina tradicional/alternativa
La Paz	Programa departamental de control y prevención de rabia Canina y humana, programa departamental de chagas, leishmaniasis ,lepra. Malaria, programa de salud materna e infantil(sífilis congeninta)	Ongs Ministerio de salud	Limitado mujere niños escolares y población en general	Publicos y privados, ONGs, Iglesias	Limitado Escasez de médicos y enfermeras	Existe un viceministerio de medicina tradicional
Chuquisaca	Programa departamental de control y prevención de rabia Canina y humana, programa departamental de chagas, leishmaniasis ,lepra. Malaria, programa de salud materna e infantil(sífilis congeninta).	ONGs,	Limitado mujere niños escolares y población en general	Publicos y privados, ONGs, Iglesias Y fuerzas armadas	Limitado	Unidad de medicina tradicional
Cochabamba		x	Limitado	X	Limitado	X

Santa Cruz	Programa departamental de control y prevención de rabia Canina y humana, programa departamental de chagas, leishmaniasis, lepra. Malaria, programa de salud materna e infantil (sífilis congénita)	ONGs,	Limitado mujeres niños escolares y población en general	Públicos y privados, ONGs, Iglesias Y fuerzas armadas	Limitado	Unidad de medicina tradicional
-------------------	--	-------	---	--	----------	-----------------------------------

ANÁLISIS INTEGRADO

Tabla 5. Definición de prioridades en el área geográfica

Área geográfica				
Enfermedad infecciosa desatendida	Magnitud	Poblaciones afectadas	Factores intermediarios	Factores estructurales
Malaria	70% del área geográfica del país	Rural mujeres niños y población en general de área rural y periurbana	Deficiente manejo ambiental, bajo nivel de educación y formación	Pobreza
Chagas	60% prev. afección geográfica	Rural y peri urbana pre escolares, mujeres embarazadas	Bajo nivel de educación débil control de riesgos ambientales	Pobreza socioculturales Bajo nivel de abordaje a nivel de educación
Geelmintiasis	90% de área geográfica del país	Rural y peri urbana pre escolares, mujeres embarazadas	Bajo nivel de educación débil control de riesgos ambientales y deficiente saneamiento básico	Pobreza socioculturales Bajo nivel de abordaje a nivel de educación
Tuberculosis	60% del área geográfica del país	Rural y peri urbana pre escolares, mujeres embarazadas y migrantes	Desnutrición crónica	Pobreza socioculturales
Leishmaniasis	30% del área geográfica del país	Rural	Bajo nivel de educación débil control de riesgos ambientales	Pobreza
Rabia	100% del área geográfica	Rural y peri urbana pre escolares, mujeres embarazadas y población en general	Débil control de riesgos ambientales	Pobreza y Deficiente sistema de seguridad pública.
Fasciolosis	15% del área geográfica del país	Población rural y animales	Deficiente control ambiental y tenencia de animales	Pobreza y Deficiente educación y entrenamiento en la tenencia

Lepra	20% del área geográfica del país	Rural	Deficiente control ambiental	Pobreza, deficiente manejo ambiental
Sifilis Congenita	100% del área geográfica	Rural y peri urbana , mujeres embarazadas y población en general	Deficiente sistema de información	Pobreza bajo nivel de educación formación

Tabla 6. Superposición de enfermedades infecciosas desatendidas por áreas geográficas

BOLIVIA	Malaria	Chagas	Tuberculosis	Leishmaniasis	Geohelmintiasis	Rabia	Fasciolosis	Lepra	Sifilis Congenita
Cochabamba	Malaria	Chagas	Tuberculosis		Geohelmintiasis	Rabia			Sifilis Congenita
Santa Cruz	Malaria		Tuberculosis	Leishmaniasis	Geo-Helmintosis	Rabia			Sifilis Congenita
Beni	Malaria			Leishmaniasis	Geo-Helmintosis	Rabia		Lepra	Sifilis Congenita
Chuquisaca -	Malaria	Chagas-	Tuberculosis	Leishmaniasis	Geo-Helmintosis	Rabia			Sifilis Congenita
Tarija	Malaria	Chagas	Tuberculosis		Geo-Helmintosis	Rabia			Sifilis Congenita
Potosi	Malaria		Tuberculosis		Geo-Helmintosis	Rabia			Sifilis Congenita
Pando	Malaria		Tuberculosis	Leishmaniasis	Geo-Helmintosis	Rabia		Lepra	Sifilis Congenita
La Paz	Malaria	Chagas	Tuberculosis	Leishmaniasis	Geo-Helmintosis	Rabia	Fasciolosis		Sifilis Congenita
Oruro			Tuberculosis		Geo-Helmintosis	Rabia			Sifilis Congenita

Tabla 7. Determinantes comunes por área geográfica

	DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4
Área 1	MOSQUITOS VECTORE	BAJA COBERTURA EN LETRINAS MEJORADASvip	Falta de drenajes en áreas publicas	Desempleo de mujeres adultos mayor al 50%
Área 2	Población migrante	Pobreza	Deficiente sistema de saneamiento básico	Bajo nivel de formación
Área 3				

Tabla 8. Posibilidades de uso integrado de recursos sanitarios por área geográfica

	Recursos programa sanitario 1	Recursos programa sanitario 2	Recursos programa sanitario 3	Recursos programa sanitario 4
Área 1	Chagas, rabia, TB, SIDA VIH/SIDA Fasciolosis Equipo control vectorial min, salud en cada departamento	Grande grupo de voluntarios	Campañas anuales PAI	
Área 2				
Área 3				

DISEÑO DE ESTRATEGIAS INTEGRADAS

Tabla 9. Objetivos y metas del plan de acción por área geográfica

Área geográfica intervención	Objetivo del Plan	Metas del Plan
9 departamentos Bolivia	Contribuir al paradigma del Vivir Bien a través del atención, control y eliminación de las enfermedades desatendidas y Débilmente atendidas	Reducir la carga parasitaria geo-helminthiasis en un 20 % en relación a la línea de base. Reducir la transmisión vectorial del chagas intra domiciliario en departamentos endémicos del país en un 50% en relación a la línea de base. Reducir la incidencia de la rabia Canina y Humana en el país en un 50% en relación a la línea de base.

Tabla 10. Intervenciones específicas integradas por área geográfica

AREA GEOGRÁFICA	Intervenciones específicas de EIDs			Salud publica veterinaria
	Quimioterapia preventiva	Manejo integrado de casos	Control de vectores	
La Paz	Geohelminthiasis- Faciolosis- PAI aiepiNUT	Leshismaniasis-chagas-rabia-Malaria-tuberculosis	Leshismania-malaria-chagas-	Rabia.faciolosis
Chuquisaca	Geohelminthiasis-PAI AIEPINUT	Rabia –Malaria-Tuberculosis	Malaria-Chagas-	Rabia
Santa Cruz	Geo helmintiasis-PAI	Leshismaniasis-chagas-rabia-Malaria-tuberculosis	Leshismania-malaria-chaga	Rabia Sanidad animal.
Cochabamba	Geohelminthiasis-PAI aiepi	Chagas-leishmaniasis-	Chagas-leishmaniasis-malaria	Sanidad animal

	NUT	malaria-Rabia		
--	-----	---------------	--	--

Tabla 11. Acciones intersectoriales integradas por área geográfica.

AREA GEOGRÁFICA	INTERVENCIONES INTERSECTORIALES					
	Agua y saneamiento y condiciones de vivienda	Factores de riesgo ambiental	Poblaciones migrantes	Reducción de inequidades por factores socioculturales y de género	Reducción de pobreza	Sistemas de vigilancia y evaluación
La PAZ	Agua-saneamiento básico-vivienda-educación Derechos humanos.	Reducir la cantidad de eliminación de excretas a la interperie	Asegurar atención de salud medicamentos a población migrante	Incrementar la participación comunitaria dentro del marco de la política de salud SAFCI	Implementación de estrategias de formación	Fortalecer en todos los niveles
Santa Cruz resto país Bolivia	Agua-saneamiento básico-vivienda-educación	Reducir la cantidad de eliminación de excretas a la interperie	Asegurar atención de salud medicamentos a población migrante	Incrementar la participación comunitaria dentro del marco de la política de salud SAFCI	Implementación de estrategias de formación	Fortalecer en todos los niveles

Tabla 12. Intervenciones para la participación comunitaria y la movilización social por área geográfica

AREA GEOGRÁFICA	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	MOVILIZACIÓN SOCIAL
Bolivia	Gestión participativa marco SAFCI	Reducción geo-helminthiasis, lepra, TB, Rabia, chagas, malaria.

Tabla 13. Intervenciones integrales en el sistema de salud por área geográfica

AREA GEOGRÁFICA	Intervenciones a entregar	Personal responsable	Sistema de información	Medicamentos, insumos y tecnologías	Fuentes de financiación	Liderazgo y gobernanza
Bolivia	Quimioterapia preventiva	Personal de salud educación y comunidad y fuerzas armadas	ENCUESTAS EPIDEMIOLOGICAS -SNIS	MINISTERIO COOPERACION ONGS, MUNICIPIOS GOBERNACIONES	COOPERACION ONGS, MUNICIPIOS GOBERNACIONES MINISTERIOS	MINISTERIO SEDES RESPONABLES MUNICIPALES

	Manejo integrado de casos	Personal de salud	SNIS-VIGILANCIA	MINISTERIO MUNICIPIOS GOBERNACIONES	COOPERACION ONGS, MUNICIPIOSGOBERNACIONES MINISTERIOS	MINISTERIO SEDES RESPONABLE MUNICIPALES
	Control de vectores	Municipio-salud, fuerzas armadas	VIGILANCIA ENTOMOLOGICA	MINISTERIO MUNICIPIOS GOBERNACIONES	COOPERACION ONGS, MUNICIPIOSGOBERNACIONES MINISTERIOS	MINISTERIO SEDES RESPONABLE MUNICIPALES
	Salud publica veterinaria	Veterinarios(salud animal)SENASAG	VIGILANCIA LABORATORIAL DE RABIA		COOPERACION ONGS, MUNICIPIOSGOBERNACIONES MINISTERIOS	MINISTERIO SEDES RESPONABLE MUNICIPALES
	Promocion Y Prevencion IEC	Salud , educación y comunidad	SNIS-PROMOCION DE LA SALUD		COOPERACION ONGS, MUNICIPIOSGOBERNACIONES MINISTERIOS	MINISTERIO SEDES RESPONABLE MUNICIPALES

DESARROLLO DEL PLAN

Tabla 14. Roles y responsabilidades por área geográfica

AREA GEOGRÁFICA	Roles	Responsable
Bolivia (cooperación)	Rector-Técnico-Financiero	Ministerio de salud y Deportes(Director general) Ministerio de Educacion Primera secretaria Ministerio de Vivienda y saneamiento básico Segunda secretaria Ministerio de agricultura Tercera secretaria

Departamentos	Técnico y Financiero	Servicios Departamentales de Salud
Municipios	Financiero y Operativo	Responsable Municipal de Salud

Tabla 15. Productos, plazos, hitos y resultados por área geográfica

AREA GEOGRÁFICA	PRODUCTOS	HITOS	FECHAS	RESULTADOS ESPERADOS
Bolivia	Control de geo-helminthiasis	Reducción de la incidencia de anemia crónica y carga parasitaria	2015	Reducción en un 50% de casos de anemia crónica en relación a la línea de base.y carga parasitaria
	Control de Rabia Humana y Canina	Reducción de incidencia de mortalidad por rabia canina	2015	Incidencia de mortalidad por rabia humana reducida en un 50%
	Control de la transmisión de la lepra	Reducción de la morbilidad por Lepra	2015	Incidencia de morbilidad por rabia humana reducida en un 50% en relación a la línea de base
	Control de la sífilis congénita	Reducción de la incidencia de malformaciones congénitas y abortos por sífilis	2015	Incidencia de malformaciones congénitas y abortos reducida en un 50% en relación a la línea de base.
	Control o interrupción de transmisión vectorial de chagas a nivel intradomiciliario	Reducción de la incidencia de morbilidad, y mortalidad por chagas	2015	Incidencia de chagas congénito, y chagas en general reducida en un 50% en relación a la línea de base.
	Control e interrupción de la transmisión de la malaria	Reducir la morbilidad y mortalidad por Malaria	2015	Incidencia de morbilidad y mortalidad por malaria reducidas en un 50% en relación a la línea de base.

Tabla 16. Resumen de presupuesto para programa integrado de EID por área geográfica

Presupuesto Bolivia	1er año	2do año	3er Año	4to Año	5to Año	6to Año Para dar continuidad mientras dure la evaluación entonces la palmificación para 5 años con presupuesto para 6 años	Total
Coordinación y	20.000 dólares	20.000 dolars	20.000dolares	20.000 Dólares	20.000 dolares	20.000 dolares	120.000

dirección plan integral.							dolares
Mapeo	50.000 dolares						
Compra drogas solo geohelmintiasis	30.000 dolares	30.000dolares	120.000 deolares				
Movilización Social	40.000 dolares Taller de sencibilizacion nacional, Difusion IEC	200.000 Dolares					
Seguimiento y monitoreo	90.000 dolares Viáticos, transporte,	90.000 dolares Viáticos, transporte,	540.000 dolares.				

Tabla 17. Monitoreo y evaluación del Plan Integral de Eliminación de Enfermedades Desatendidas por área geográfica.

Enfermedades Desatendidas	Indicadores de proceso	Indicadores de impacto
Malaria	Numero total de zonas intervenidas Sobre total zonas endemicas	50% de zonas endémicas de malaria controladas.
Chagas	Numero total de viviendas con interrupción de transmisión de chagas Sobre total de viviendas infestadas	50 % de viviendas con interrupción de trasmisión vectorial en todo el país.
Rabia	Cobertura anual vacunación antirrábica de canes	Reduccion de incidencia de morbilidad y mortalidad por rabia humana
Geo-helmintiasis	Cobertura geográfica nacional Y departamental y municipal	Disminución de la prevalencia e intensidad de la infección o (carga parasitaria). Disminución de la proporción de los casos con carga parasitaria elevada
Leshismania	Cobertura de tratamiento de caos de leshismaniasis Sobre total Notificados	Disminución de morbilidad en un 50% por leshismania en relación a lallinea de base
Integración con enfoque multi-enfermedad	Cobertura de vacunación de refuerzo con SRP PAI Y Desparasitacion Numero de niños en edad preescolar	Incremento en un 50% de cobertura de vacunación SRP Y Disminución de la prevalencia e intensidad de la infección o (carga parasitaria).

		Disminución de la proporción de los casos con carga parasitaria elevada Y Disminución de la anemia crónica en un 50% en relación a la línea de base.
Integración intersectorial	Numero de ministerios y organizaciones participantes Total organizaciones y ministerios	60% de organizaciones y ministerios trabajando en base a plan nacional de prevención y control de enfermedades desatendidas débilmente atendidas
Integración entre áreas geográficas		

Colombia

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

Tabla 1. Grupo de trabajo

Nombre	Institución/organización	Sector al que pertenece
ETV	SALUD AMBIENTAL, SALUD PUBLICA INS CAR MIN AMBIENTE MIN EDUCACION AGENCIAS DE COOPERACION	SALUD AMBIENTE, VIVIENDA Y DESARROLLO TERRITORIAL EDUCACION
ZOONOSIS	SALUD AMBIENTAL, SALUD PUBLICA INS ICA INCODER AGENCIAS DE COOPERACION	SALUD AGROPECUARIO
FACTORES DE RIESGO AMBIENTAL	SALUD AMBIENTAL, SALUD PUBLICA INS INVIMA MIN AMBIENTE COMISION REGULADORA DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BASICO AGENCIAS DE COOPERACION PROMOCION Y PREVENCION	SALUD AMBIENTE
ENF TRASMISIBLES	SALUD AMBIENTAL, SALUD PUBLICA, PAI INS ICBF MIN EDUCACION MIN CULTURA AGENCIAS DE COOPERACION PROMOSION Y PREVENCION	SALUD EDUCACION CULTURA

Tabla 2. Enfermedades Infecciosas Desatendidas que serán incluidas en el Plan de Acción para el área geográfica

Área geográfica	Enfermedades Infecciosas Desatendidas
COLOMBIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. SIFILIS CONGENITA 2. TETANOS NEONATAL 3. LEISHMANIASIS 4. LEPRA 5. LEPTOSPIROSIS 6. RABIA HUMANA 7. GEOHELMINTIASIS 8. CHAGAS 9. TRACOMA
CARIBE PACIFICA ANDINA AMAZONIA ORINOQUIA	

Tabla 3. Determinantes sociales y ambientales en el área geográfica

País/Región/Municipio	Pobreza	Nivel educativo	Actividades productivas	Factores socio culturales y género	Migración, desastres y conflictos	Condiciones ambientales	Vivienda y hacinamiento	Agua y saneamiento
COLOMBIA	49,7%	Analfabetismo: 8,4%	38% población activa		142.898 personas desplazadas por la violencia		24%	83% agua 73% alcantarillado 93% energía

VER TABLAS ANEXAS EN EXCEL

INDICADORES BASICOS SITUACION DE SALUD EN COLOMBIA

Tabla 4. Recursos disponibles (servicios de salud) en el área geográfica

Área geográfica	Programas	Organizaciones	Personas con acceso	Centros de salud y consultorios	Talento humano	Centros de medicina tradicional/alternativa
Colombia	Salud mental y salud sexual y reproductiva	MPS	Mujeres y niños	Clínica x, hospital x	Xxx	No existe
	PAI, AIEPI	MPS	Menores de 5 años	Ese	Xxx	Existe no parte de
	ETV	MPS, MAV		DTS		
	Controles niño sano	MPS	Menores de 10 años	ESE, centros de salud		
	Planificación familiar a hombre y mujeres			Centros de salud ESE		

ANÁLISIS INTEGRADO

Tabla 5. Definición de prioridades en el área geográfica

Área geográfica				
Enfermedad infecciosa desatendida	Magnitud	Poblaciones afectadas	Factores intermediarios	Factores estructurales
Geohelmintiasis	Prevalencia > 20%	788.000 edad preescolar 1.939.000 escolar	Ambientales Saneamiento Educación ➤ 10% casa con letrina	Pobreza Socioculturales Prestación de servicios y aseguramiento Tasas
leishmaniasis	31 visceral 14411 cutánea 280 mucosa	7.685.285 Población entre 15-30 años	Ambiente Vivienda Agua y saneamiento Vector intradomiciliario	Conflicto armado Desplazamiento Genero Prestación de servicios y aseguramiento
sífilis congénita	2131 casos 0,24% prevalencia	880.502 recién nacidos vivos		Prestación de servicios y aseguramiento
lepra	258 casos			
rabia humana	3 casos			
Chagas				
tracoma	21 casos			

Fuentes: sivi 2010.

Tabla 6. Superposición de enfermedades infecciosas desatendidas por áreas geográficas

	Leishmaniasis	Lepra	Geohelmintiasis	tracoma	Sífilis congénita	rabia
Área 1 Caribe	x	x	x		x	
Área 2 pacífica			x		x	
Área 3 andina	x	x	x		x	X
Área 4 amazonia			x	x	x	
Área 5 Orinoquia			x			

Tabla 7. Determinantes comunes por área geográfica

	Pobreza	Acceso a servicios públicos, vivienda y hacinamiento	Acceso a servicios de salud	Socioculturales y genero	Migración desastres y conflictos
Área 1 Caribe	54%	42,6% (h)	88.4% nacional cobertura de afiliación		142.898 población desplazada por la violencia
Área 2 pacifica	60,2%	19,5(h)			
Área 3 andina	50%	11,6% (h)			
Área 4 amazonia	Sin dato	37,5%(h)			
Área 5 Orinoquia	Sin dato	20,3% (h)			

Tabla 8. Posibilidades de uso integrado de recursos sanitarios por área geográfica

	Recursos programa sanitario 1	Recursos programa sanitario 2	Recursos programa sanitario 3	Recursos programa sanitario 4
Área 1				
Área 2				
Área 3				

DISEÑO DE ESTRATEGIAS INTEGRADAS

Tabla 9. Objetivos y metas del plan de acción por área geográfica

Área geográfica	Objetivo del Plan	Metas del Plan	Estrategia
Nacional	Reducir la carga de morbilidad por EIDs en todo el territorio nacional	Reducir carga parasitaria de hts en < 20% Reducir la prevalencia en niños.	Desparasitación dos veces al año Control vectorial Quimioterapia preventiva
	Incluir dentro del sistema de vigilancia las EID	Capturar el 100% de los casos notificados de las EIDS Análisis oportuno por laboratorio.	Vigilancia activa Vigilancia intensificada
	Detectar y tratar oportunamente los casos de EIDs	Eliminar la lepra Eliminar casos de ceguera por tracoma para el 2013	Vigilancia intensificada Tto medico Quimioprofilaxis Reducir la trasmisión
		0% de casos de sífilis congénita y < 1 caso por 1000 RNV tétanos neonatal Para el 2013	Tamizaje universal Tto oportuno Notificación obligatoria Vacunación

			Métodos higiénicos para atención de partos
		Eliminar rabia humana 0% de casos para el 2012	Vacunación 80% de caninos Atención al 100% población expuesta IEC

Tabla 10. Intervenciones específicas integradas por área geográfica

AREA GEOGRÁFICA	Intervenciones específicas de EIDs			Salud pública veterinaria	Agua, ambiente y saneamiento
	Quimioterapia preventiva	Manejo integrado de casos	Control de vectores		
Área 1 Caribe	X	X	X		X
Área 2 pacifica	X				X
Área 3 andina	X	X	X	X	X
Área 4 amazonia	X				X
Área 5 Orinoquia	x				X

Tabla 11. Acciones intersectoriales integradas por área geográfica.

AREA GEOGRÁFICA	INTERVENCIONES INTERSECTORIALES					
	Agua y saneamiento y condiciones de vivienda	Factores de riesgo ambiental	Poblaciones migrantes	Reducción de inequidades por factores socioculturales y de género	Reducción de pobreza	Sistemas de vigilancia y evaluación
Área 1 Caribe	Desparasitación Saneamiento básico	Educación y salud escolar	Accesibilidad a los servicios de salud	Seguridad alimentaria	educación	Fortalecimiento sistema de vigilancia
Área 2 pacifica	Suministro de agua segura	Suministro de agua segura	Intervención sobre población albergada y hacinada	Accesibilidad a los servicios de salud	Participación comunitaria Incluir población indígena	Vigilancia comunitaria
Área 3 andina	Paquete preventivo	Manipulación de alimentos	Vivienda saludable	PAI, AIEPI Educación sanitaria	Planes nacionales desarrollo y proyecto desarrollo social	Indicadores sociales
Área 4 amazonia	Vivienda saludable	Control sobre expendios y procesadores de alimentos	Paquete preventivo	Escuela saludable Capacitación personal de salud	Seguridad alimentaria Municipalidad productiva	interventora
Área 5 Orinoquia	Limpieza zona peridomestica	Hábitos saludables	Vigilancia de brotes Vigilancia comunitaria	Enfoque diferencial, promoción y prevención.	Intervenciones ambientales	
		Control en obras publicas	Políticas de empleo y reubicación.	Organizaciones protectoras de derechos humanos	Unidades móviles	

Tabla 12. Intervenciones para la participación comunitaria y la movilización social por área geográfica

AREA GEOGRÁFICA	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	MOVILIZACIÓN SOCIAL
-----------------	---------------------------	---------------------

Área 1 Caribe	Programas de promoción y prevención en todos los estadios del proceso.	Evaluación de necesidades
Área 2 pacífica	Incluir líderes comunitarios y diferentes actores sociales	Bienestar social, empoderamiento de la comunidad.
Área 3 andina	Madres comunitarias	
Área 4 amazonia		
Área 5 Orinoquia		

Tabla 13. Intervenciones integrales en el sistema de salud por área geográfica

AREA GEOGRÁFICA	Intervenciones a entregar	Personal responsable	Sistema de información	Medicamentos, insumos y tecnologías	Fuentes de financiación	Liderazgo y gobernanza
Área 1 Caribe						
Área 2 pacífica						
Área 3 andina						
Área 4 amazonia						
Área 5 Orinoquia						

DESARROLLO DEL PLAN

Tabla 14. Roles y responsabilidades por área geográfica

AREA GEOGRÁFICA	Roles	Coordinador actividad	Responsable institucional
Nacional	Secretaría técnica ejecutiva	Viceministro de salud y bienestar	MPS
	Coordinador agua y ambiente Coordinador vigilancia salud pública Coordinador PAI Coordinador promoción y prevención	Director general de salud pública	
	Medicamentos y prestación de servicios	Director general calidad de servicios	
	Asistencia técnica, guías de manejo, diagnóstico por laboratorio	Subdirección de vigilancia en salud pública Subdirección red nacional de laboratorio	INS
	Promoción y prevención, asistencia nutricional Seguridad alimentaria	Dirección de prevención	ICBF
	Vigilancia epidemiología veterinaria	Subgerencia de protección animal	ICA

	Laboratorio nacional de diagnostico Áreas libre de enfermedad Inocuidad e insumos agrícolas		
			INVIMA
			MINISTERIO DE EDUCACION
			MINISTERIO DE AMBIENTE Y VIVIENDA
SUBNACIONAL	Secretaria técnica ejecutiva	Secretario departamental de salud	DIRECCION TERRITORIAL EN SALUD
	Atención y abordaje para prevención , diagnostico y tratamiento de las EITs	Referente o coordinador de salud publica	Secretaria departamental/municipal de salud
	Agua saneamiento y condiciones de vivienda		
	Laboratorio de salud	Coordinador departamental de laboratorio de referencia	
	Plan de desarrollo		Gobernación del Departamento/alcalde del municipio
	Educación		

Ilustración 1 organigrama vice ministerio de salud y bienestar

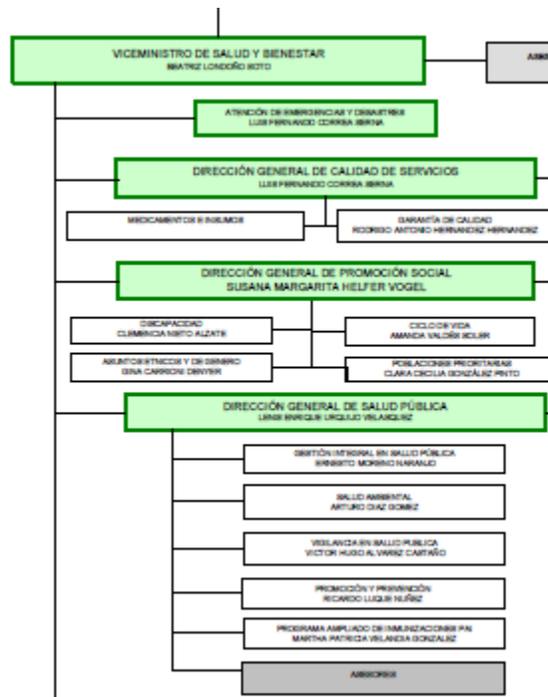


Tabla 15. Productos, plazos, hitos y resultados por área geográfica

AREA GEOGRÁFICA	PRODUCTOS					HITOS				FECHAS	RESULTADOS ESPERADOS		
Área 1 Caribe	Realizar quimioterapia preventiva para helmintiasis	Manejo integrado de casos	Control de vectores		Agua, ambiente y saneamiento básico	Toda la población infantil reciba quimioterapia	Tratamiento al 100% de los casos detectados Tamizaje universal, vacunación	Eliminación de los criaderos		Agua potable y red de alcantarillado para más del 90% de la población	2013	Reducir carga parasitaria de hts en < 20% Capturar el 100% de los casos notificados de las EIDS Análisis oportuno por laboratorio Eliminar la lepra Eliminar casos de ceguera por tracoma Eliminar rabia humana	
Área 2 pacífica													1013
Área 3 andina		Manejo integrado de casos	Control de vectores	Salud pública veterinaria				Tratamiento al 100% de los casos detectados Tamizaje universal, vacunación	Eliminación de los criaderos		Vacunación en más del 80% de los caninos		2012
Área 4 amazonia													2013
Área 5 Orinoquia													2013

Tabla 16. Resumen de presupuesto para programa integrado de EID por área geográfica

Cuadro 7: Matriz Resumen de Presupuesto para Programa Integrado de EID en Uganda												
SUMMARY BUDGET FOR INTEGRATED NTD CONTROL IN _____												
(USD)												
Cost categories	Year 1 (2010)		Year 2 (2011)		Year 3 (2012)		Year 4 (2013)		Year 5 (2014)		Total 5 years	
	Cost	Gap	Cost	Gap								
Coordination & training	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mapping	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Drug distribution	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Social Mobilization	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
M&E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Morbidity control	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	0	0								
SUMMARY OF DRUG NEED AND GAP FOR INTEGRATED NTD CONTROL IN _____												
(NO. TABLET)												
Drug procurement	Year 1 (2010)		Year 2 (2011)		Year 3 (2012)		Year 4 (2013)		Year 5 (2014)		Total 5 years	
	Need	Gap	Need	Gap								
STH	Albendazole	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Mebendazole	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LF	Albendazole	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	DEC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trachoma	TEO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Azithromicine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 17. Monitoreo y evaluación del Plan Integral de Eliminación de Enfermedades Desatendidas por área geográfica.

Enfermedades Desatendidas	Indicadores de proceso	Indicadores de impacto	Indicadores de gestión
Geohelmintiasis	Cobertura niños escolares a riesgo	niños recibieron tratamiento antiparasitario/ población en riesgo	Número de niños que recibieron suplemento nutricional/total de niños para la edad
leishmaniasis	Criaderos tratados/criaderos programados	Criaderos eliminados/criaderos programados	Viviendas con control vectorial/ municipios visitados
Tétanos neonatal	Mujeres vacunadas/pob estimada de embarazo	< 1 caso por 1000 RNV tétanos neonatal/RNV # parto institucional	Control prenatal/número de embarazos esperado
Sífilis congénita	Asistencia a control prenatal/ #mujeres embarazadas	0% de casos/RNV # Parto institucional	#control prenatal nuevos/ embarazadas atendidas
Rabia humana		0% mortalidad	Cobertura vacunación en caninos
Chagas	Viviendas con infestación domiciliaria/viviendas visitadas	Pacientes curados/pacientes tratados <1% prevalencia	Horas fumigación/viviendas protegidas/día
tracoma	Pacientes operados/población en riesgo	0% de ceguera Incapacidad/tto	Entrega de medicación/viviendas visitadas/mes
Lepra	Oportunidad para acceso a servicios Estudio del 100% de todos los contactos sintomáticos de piel y sistema nervioso periférico	0% secuelas/ población dx	Tratamiento administrado/población dx
Integración con enfoque multi-enfermedad	Niños menores de 1 año que recibieron 3 dosis de vacuna/población menor de 1 año Población programada/población visitada	Vacunación + entrega de antiparasitarios/ Cobertura vacunación Localidades programadas/localidades visitadas	Primera dosis/tercera dosis Vacunación a mujeres en embarazo
Integración intersectorial	Acuerdos propuestos/acuerdos realizados Encuestas comunitarias realizadas/municipios visitados	Entrega de toldillo/viviendas visitadas Capacitaciones a persona diferente a salud/población estimada perteneciente al sector	Coberturas de vacunación canina >80% Actividades realizadas en conjunto/programadas Accesibilidad a servicios Necesidades básicas insatisfechas
Integración entre áreas geográficas	Captura 100% casos notificados Diagnostico laboratorio	Cobertura servicios públicos	% ptes Acceso a servicios de salud Cobertura afiliación >90%

El Salvador

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

Tabla 1. Grupo de trabajo

Nombre	Institución/organización	Sector al que pertenece
Vilma de Aguilar	MINSAL	Laboratorio de Referencia
Jessica de Rivera	MINSAL	Laboratorio de Referencia
Oscar Sorto	MINSAL	DVS
Jacqueline Villatoro	MINSAL	DVS
Silvia Lopez	OPS	
Rafael Baltrons	OPS	
Alexandra Portillo	MINSAL	Dirección de Enf. Infecciosas
Dora Nelly Franco Garcia	Secretaría de Salud, Honduras	Secretaría de Riesgos Poblacionales
Waleska Zeceña	Ministerio de Salud, Guatemala	Epidemiología

Tabla 2. Enfermedades Infecciosas Desatendidas que serán incluidas en el Plan de Acción para el área geográfica

Área geográfica	Enfermedades Infecciosas Desatendidas
El Salvador	Chagas, Lepra, Sífilis congénita, rabia, malaria, *leishmaniasis, helmintiasis, *toxoplasmosis, tetano neonatal, leptospirosis
Honduras	Chagas, Lepra, Sífilis congénita, malaria, tetano neonatal y no neonatal, helmintiasis, leishmaniasis, rabia transmitida por perros, tenia y cisticercosis, leptospirosis
Guatemala	Chagas, Lepra, Sífilis congénita, rabia, malaria, helmintiasis, tracoma, tetano neonatal, oncocercosis

Tabla 3. Determinantes sociales y ambientales en el área geográfica

País/Región/Municipio	Pobreza	Nivel educativo	Actividades productivas	Factores socio culturales y género	Migración, desastres y conflictos	Condiciones ambientales	Vivienda y hacinamiento	Agua y saneamiento
El Salvador	bajo línea de pobreza 58%	82.8% en mas y 77.7% fem alfabetización	Agrícolas 11%, industria 28.2%, comercio y servicios 60.7%, remesas	53% fem y 47% mas. 90% mestizos, 9% blancos y 1% de amerindios, po	3.54 migrantes/1000 hab, 22.58 defun/1000 nac vivos. Terremotos, deslizamientos, tormentas tropicales, actividad volcánica e inundaciones	Clima tropical	37% zona rurrú y 63% urbano	58% letrinas, 61.6% agua potable y 41.7% saneamiento

Tabla 4. Recursos disponibles (servicios de salud) en el área geográfica

Área geográfica	Programas	Organizaciones	Personas con acceso	Centros de salud y consultorios	Talento humano	Centros de medicina tradicional/alternativa
Est. De seroprevalencia en escolares y donantes	Chagas,	JICA/OPS	Si	Si	Si	Red de salud y MINED
	PAI	MINSAL, OPS, CDC y UNICEF	Si	Si	Si	Red de salud
	ITS (AIEPI, control prenatal, donantes)	MINSAL	Si	Si	Si	Red de salud
	Rabia	MINSAL, OPS, CDC	Si	Si	Si	Red de salud

	Lepra	MINSAL y OPS	Si	Si	Si	Red de salud, ISSS
	Malaria	MINSAL	Si	Si	Si	Red de salud, ISSS
	Saneamiento	MINSAL				

*toxoplasmosis y leishmaniasis no existe como programa pero si se tiene información

ANÁLISIS INTEGRADO

Tabla 5. Definición de prioridades en el área geográfica

Área geográfica				
Enfermedad infecciosa desatendida	Magnitud	Poblaciones afectadas	Factores intermediarios	Factores estructurales
Chagas	Prevalencia en escolares y donantes, casos de Chagas agudo	Escolares niños menores de 5	Transmisión vectorial domiciliar	bajo línea de pobreza 58%, educación
Lepra	2 casos 2011	Nacional	Ambiente, topográficos, hacinamiento	bajo línea de pobreza 58%, zonas calidas
Rabia	0 casos en los últimos 2 años	Nacional	Concentración de perros y hacinamiento	Educación, factores culturales
Leishmaniasis	20 casos 2010	Nacional	Presencia del vector, factor ecológico, otros huéspedes	Áreas focalizadas (San Vicente y La Unión)
Tétano neonatal	0 casos	RN, embarazos a temprana edad	Control prenatal, grupos de riesgo	Pobreza, hacinamiento, partos domiciliarios
Helmintiasis	Realizar encuesta basal	Nacional	Letrinización, agua y saneamiento	Pobreza, educación, vivienda
Malaria	1 caso 2011	Zona costera, endémica y exportados	Presencia del vector, factor ecológico	Áreas endémicas
Sífilis congénita	0 casos	Mujeres sexualmente activa, recién nacidos	Control prenatal, grupos de riesgo, relación sexual desprotegidas	Control prenatal, educación
Toxoplasmosis		Mujeres en edad fértil,	Incidencia de abortos,	Educación y factor cultural

		recién nacidos	educación	
Leptospirosis	0 casos	Nacional	Roedores, inundaciones, higiene	Pobreza, educacion, vivienda, saneamiento

Tabla 6. Superposición de enfermedades infecciosas desatendidas por áreas geográficas

	EID 1 chagas	EID 2 Lepra	EID 3 rabia	EID 4 leish	EID 5 Tet neo	EID 6 helm	EID 7 malar	EID 8 Sif con	EID 9 *toxos	EID 10 lept
Área 1 occ	x		x	x	x	X	X	x		
Área 2 cen	x	X	x	x		x	x	x		
Área 3 metr	x					x	x	x		
Área 4 para	x	x		x	x	x	x	x		
Área 5 ori	x			x	x	x	x	x		

*Silencio epidemiológico

Tabla 7. Determinantes comunes por área geográfica

	DSS1 pobreza	DSS2 socioculturales y genero	DSS3 migracion, desastres y conflictos	DSS4 ambiente	DSS5 vivivenda y hacinamiento	DSS6 agua y saneamiento
Área 1 occ	X	x	x	x	x	x
Área 2 cen	X	x	x	x	x	x
Área 3 metr	X	x	x	x	x	x
Área 4 para	X	x	x	x	x	x
Área 5 ori	X	x	x	x	x	x

*Silencio epidemiológico

Tabla 8. Posibilidades de uso integrado de recursos sanitarios por área geográfica

	Recursos programa sanitario 1 vig. Epidemiológica y laboratorila	Recursos programa sanitario 2 atencion a la persona	Recursos programa sanitario 3 atencion ambiente	Recursos programa sanitario 4 promocion y educacion	Recursos programa sanitario5 investigacion	Recursos programa sanitario6 participacion comunitaria
Área 1 occ	x	x	x	x	x	x

Área 2 cen	x	x	x	x	x	x
Área 3 metr	x	x	x	x	x	x
Área 4 para	x	x	x	x	x	x
Área 5 ori	x	x	x	x	x	x

DISEÑO DE ESTRATEGIAS INTEGRADAS

Tabla 9. Objetivos y metas del plan de acción por área geográfica

Área geográfica	Objetivo del Plan	Metas del Plan
Área 1 occ	Desarrollo de intervenciones integrales	Control, eliminación y sostenibilidad
Área 2 cen	Desarrollo de intervenciones integrales	Control, eliminación y sostenibilidad
Área 3 metr	Desarrollo de intervenciones integrales	Control, eliminación y sostenibilidad
Área 4 para	Desarrollo de intervenciones integrales	Control, eliminación y sostenibilidad
Área 5 ori	Desarrollo de intervenciones integrales	Control, eliminación y sostenibilidad

Tabla 10. Intervenciones específicas integradas por área geográfica

AREA GEOGRÁFICA	Intervenciones específicas de EIDs		
	Quimioterapia preventiva	Manejo integrado de casos	Control de vectores
Área 1 occ	x	x	x
Área 2 cen	x	x	x
Área 3 metr	x	x	x
Área 4 para	x	x	x
Área 5 ori	x	x	x

*quimioprofilaxis y control de vectores para los eventos que aplique

Tabla 11. Acciones intersectoriales integradas por área geográfica.

ÁREA GEOGRÁFICA	INTERVENCIONES INTERSECTORIALES					
Área 1 occ	Agua y saneamiento y condiciones de vivienda	Factores de riesgo ambiental	Poblaciones migrantes	Reducción de inequidades por factores socioculturales y de género	Reducción de pobreza	Sistemas de vigilancia y evaluación
Chagas	Mejora condición de la vivienda	Control del vector	<i>Migración interna y externa, transfusiones sanguíneas</i>		Información, educación y comunicación	Fortalecimiento y transferencia de tecnología
Lepra				Estigma y discriminación	Educación, higiene y comunicación	Vigilancia intensificada de los contactos.
Rabia		Concentración de perros callejeros			Educación	Vigilancia epidemiológica
Leishmaniasis		Control del vector		Estigma y discriminación	Educación	Fortalecimiento
Tétano neonatal		Control de partos		Acceso a los servicios y coberturas de vacunación	Vacunación y control prenatal	Detección oportuna y vigilancia
Helminthiasis	Agua segura, letrinización y alcantarillado, pisos de tierra, uso de calzado	Actividades agrícolas	Desparasitaciones	Desparasitación masiva familiar, desarrollo cognitivo	Educación, control de alimentos	Fortalecer escuelas saludables
Malaria	Saneamiento	Control integrado de vectores.	Casos exportados, RSI para plasmodium	Poblaciones postergadas	Educación,	Prevención, vigilancia, detección temprana y control de las

			falciparum			epidemias, Impulsar el diagnóstico y el tratamiento apropiado de casos. Participación comunitaria.
Sífilis congénita				Atención madre, hijo y pareja, aumentar la cobertura de control prenatal	Educación,	Notificación obligatoria de la sífilis y la sífilis congénita para las Embarazadas. – Tamizaje universal de la sangre en la primera visita prenatal, tratamiento
Toxoplasmosis	Control zoonotica				Educación,	Implementar la vigilancia Tamizaje universal de la sangre en la En primera visita o cualquier momento del embarazo tratamiento oportuno
Leptospirosis	Agua segura, letrinizacion y alcantarillado	Control de roedores			Educación,	Fortalecimiento del programa

Tabla 12. Intervenciones para la participación comunitaria y la movilización social por área geográfica

AREA GEOGRÁFICA	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	MOVILIZACIÓN SOCIAL
Área 1 occ	Lideres religiosos, parteras, lideres comunitarios	Focalización de areas, unidades comunitarias de salud especializadas, ECOS
Área 2 cen		
Área 3 metr		
Área 4 para		
Área 5 ori		

Tabla 13. Intervenciones integrales en el sistema de salud por área geográfica

AREA GEOGRÁFICA	Intervenciones a entregar	Personal responsable	Sistema de información	Medicamentos, insumos y tecnologías	Fuentes de financiación	Liderazgo y gobernanza
Área 1 occ	Quimioterapia preventiva, manejo integral de casos, control de vectores, saneamiento básico, educación comunitaria, levantamiento de línea basal.	Sistema nacional de salud, mag, mined, anda, alcaldías, ong's	Sistema nacional de salud	Sistema nacional de salud, agencias cooperantes	Agencias cooperantes	Minsal y jefe de cada unidad, regulación, comunidad
Área 2 cen						
Área 3 metr						
Área 4 para						
Área 5 ori						

DESARROLLO DEL PLAN

Tabla 14. Roles y responsabilidades por área geográfica

AREA GEOGRÁFICA	Roles	Responsable
chagas		
Nivel nacional en las 5 regiones de salud	Atención al medio, a la persona, promoción y educación, vigilancia sanitaria	COMISION INTERSECTORIAL DE SALUD (CISALUD), conductor MINSAL
Helmintiasis		
Nivel nacional en las 5 regiones de salud	Atención al medio, a la persona, promoción y educación, vigilancia sanitaria e Investigación para trazar línea basal de carga parasitaria en escolares	COMISION INTERSECTORIAL DE SALUD (CISALUD), conductor MINSAL

Tabla 15. Productos, plazos, hitos y resultados por área geográfica

AREA GEOGRÁFICA	PRODUCTOS	HITOS	FECHAS	RESULTADOS ESPERADOS
chagas	Control y/o eliminacion del vector en la vivienda e interrupción de la trasmisión vectorial domiciliar, transfusional, congénita y oral, integración del dx en el sist de atención primaria de salud, proveer tratamiento a todos los pacientes en la fase aguda y crónica, disponer las alianzas para la promoción y educacion	Control del vector, atención a la persona, investigacion	2012	Reducción de la incidencia y prevalencia de los casos y control y/o eliminación del vector
helmintiasis	Quimioprofilaxis preventiva de acuerdo a la investigación, reducción de prevalencia en la edad escolar en zonas de alto y bajo riesgo.	Establecer línea basal de carga parasitaria	2012	Capacidad de tratamiento en los escolares según norma, promover el acceso a agua potable, saneamiento y a la educación sanitaria mediante colaboración intersectorial

Tabla 16. Resumen de presupuesto para programa integrado de EID por área geográfica

	2012		2013		2014		2015		2016	
	costo	brecha								
costo de categorías										
coordinacion y entrenamiento										
mapeo de casos (cartografia)										
dsitribucion de medicamentos										
movilizacion social										
monitoreo y evaluacion										
control de la morbilidad										

Tabla 17. Monitoreo y evaluación del Plan Integral de Eliminación de Enfermedades Desatendidas por área geográfica.

Enfermedades Desatendidas	Indicadores de proceso	Indicadores de impacto
Chagas	Seroprevalencia de T. cruzi en Banco de Sangre Prevalencia de T. cruzi en mujer embarazada Prevalencia de infección congénita por T. cruzi Prevalencia de niños menores de 16 años a T. cruzi	Disminución de la infestación vectorial Norma aplicada y actualizado
helmintiasis	Administración de quimioterapéutica preventiva 2 veces al año	Reducir la prevalencia en niños de edad escolar de alto riesgo
(Enfermedad)	(Indicadores específicos de enfermedad)	(Indicadores específicos de enfermedad)
(Enfermedad)	(Indicadores específicos de enfermedad)	(Indicadores específicos de enfermedad)
Integración con enfoque multi-enfermedad	Al menos una gestión de Abogacía una vez al año	Reducción y/o eliminación de los casos de las enfermedades desatendidas planteadas
Integración intersectorial	Porcentaje de coordinaciones realizadas con instituciones públicas y privadas, organismos locales, nacionales, e internacionales	Organización comunitaria, participación social e intersectorial
Integración entre áreas geográficas	Al menos 2 planes binacionales elaborados	Numero de actividades de Prevención y control realizadas en conjunto

Guatemala

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

Tabla 1. Grupo de trabajo

Nombre	Institución/organización	Sector al que pertenece
Dra. Waleska Zeceña	Ministerio de Salud y Asistencia Social	Gobierno

Tabla 2. Enfermedades Infecciosas Desatendidas que serán incluidas en el Plan de Acción para el área geográfica

Área geográfica	Enfermedades Infecciosas Desatendidas
Alta Verapaz Peten Norte Peten Suroriente Peten Suroccidente Huhuetenango Izabal Baja Verapaz Ixcan Zacapa Chiquimula	Leishmaniasis
Chiquimula Zacapa Jalapa Santa Rosa Jutiapa	Chagas
Solola Chimaltenango Suchitepequez	Oncocercosis
Todo el País	Geohemintiasis
Todo el país	Tracoma

Tabla 3. Determinantes sociales y ambientales en el área geográfica

País/Región/Municipio	Pobreza	Nivel educativo	Actividades productivas	Factores socio culturales y género	Migración, desastres y conflictos	Condiciones ambientales	Vivienda y hacinamiento	Agua y saneamiento
Alta Verapaz Población 776,346 hab. 387,219 hombres 389,219 mujeres 163,012 Urbana 613,214 rural	30 %	60 %	Agricultura Ganadería	90 % de la población es indígena postergada	Migración interna	Cambio climático ,	60 % viven en area rural	60 % tiene agua entubada

Tabla 4. Recursos disponibles (servicios de salud) en el área geográfica

Área geográfica	Programas	Organizaciones	Personas con acceso	Centros de salud y consultorios	Talento humano	Centros de medicina tradicional/alternativa
Alta VERapaz	Chagas Leishmania	Ministerio de Salud, ONGs etc.	60 % acceso a los s/s	31 distritos de salud	1 medico por distrito de salud	2 por distritod de salud ,

ANÁLISIS INTEGRADO

Tabla 5. Definición de prioridades en el área geográfica

Área geográfica				
Enfermedad infecciosa desatendida	Magnitud	Poblaciones afectadas	Factores intermediarios	Factores estructurales
Chagas	alta	10 areas de salud	Condiciones de pobreza	Condiciones de la construcción de las viviendas

Tabla 6. Superposición de enfermedades infecciosas desatendidas por áreas geográficas

	EID 1	EID 2	EID 3	EID 4
Álta verapaz	Chagas	Leishmania	Tracoma	Geohelminthiasis
Huhuetenango	Chagas	Leishmaniasis	tracoma	Geohelminthiasis
Área 3				

Tabla 7. Determinantes comunes por área geográfica

	DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4
Alta Verapaz	Pobreza Nivel educativo Pobl. Indígena Acceso a los servicios de salud			
Área 2				

Tabla 8. Posibilidades de uso integrado de recursos sanitarios por área geográfica

	Recursos programa sanitario 1	Recursos programa sanitario 2	Recursos programa sanitario 3	Recursos programa sanitario 4
Álta Verapaz	MSPAS OPS CDC ONGS			
Área 2				

DISEÑO DE ESTRATEGIAS INTEGRADAS

Tabla 9. Objetivos y metas del plan de acción por área geográfica

Área geográfica	Objetivo del Plan	Metas del Plan
Alta Verapaz	Disminuir la prevalencia de enfermedad de chagas en los 10 departamento priorizados del país.	Disminuir la prevalencia menor de 1.9 por 100,000 hab.

Tabla 10. Intervenciones específicas integradas por área geográfica

AREA GEOGRÁFICA	Intervenciones específicas de EIDs		
	Quimioterapia preventiva	Manejo integrado de casos	Control de vectores
Alta Verapaz		Interrumpir la transmisión vectorial domiciliar de <i>Trypanosoma cruzi</i> (menos de 1% de índice de infestación domiciliar).	Eliminar vectores en la vivienda Mediante el control químico.

Tabla 11. Acciones intersectoriales integradas por área geográfica.

AREA GEOGRÁFICA	INTERVENCIONES INTERSECTORIALES					
	Agua y saneamiento y condiciones de vivienda	Factores de riesgo ambiental	Poblaciones migrantes	Reducción de inequidades por factores socioculturales y de género	Reducción de pobreza	Sistemas de vigilancia y evaluación
Alta Verapaz	Mejorar las condiciones de las viviendas y el suministro de agua apta para consumo humano	Mejorar la construcción de las viviendas				

Tabla 12. Intervenciones para la participación comunitaria y la movilización social por área geográfica

AREA GEOGRÁFICA	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	OVILIZACIÓN SOCIAL
Alta Verapaz	Involucrar a los líderes comunitarios en el abordaje del problema	Reorganizar a todos los organismos para unificar recursos en la disminución de la prevealencia de chagas.

Tabla 13. Intervenciones integrales en el sistema de salud por área geográfica

AREA GEOGRÁFICA	Intervenciones a entregar	Personal responsable	Sistema de información	Medicamentos, insumos y tecnologías	Fuentes de financiación	Liderazgo y gobernanza
Alta Verapaz	Disminución de la prevalencia de Chagas	MSPAS	SIGSA Encuesta entomologicadomicilia		Proyecto BID	MSPAsectores.S y otros

DESARROLLO DEL PLAN

Tabla 14. Roles y responsabilidades por área geográfica

AREA GEOGRÁFICA	Roles	Responsable
Alta Verapaz Enfermedad de Chagas	Proyecto BID.(2 áreas de salud) Vigilancia activa epidemiológica y entomológica Eliminación de vector Condiciones del medio	Programa Enfermedades transmitidas por vectores MSPAS

Tabla 15. Productos, plazos, hitos y resultados por área geográfica

AREA GEOGRÁFICA	PRODUCTOS	HITOS	FECHAS	RESULTADOS ESPERADOS
Alta Verapaz	Reducir la transmisión intradomiciliar.	Acciones específicas en las comunidades de alto riesgo	Diciembre 2011	Disminución de casos de Chagas en el departamento de alta Verapaz

Tabla 16. Resumen de presupuesto para programa integrado de EID por área geográfica

Cuadro 7: Matriz Resumen de Presupuesto para Programa Integrado de EID en Uganda												
SUMMARY BUDGET FOR INTEGRATED NTD CONTROL IN _____												
(USD)												
Cost categories	Year 1 (2010)		Year 2 (2011)		Year 3 (2012)		Year 4 (2013)		Year 5 (2014)		Total 5 years	
	Cost	Gap										
Coordination & training	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mapping	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Drug distribution	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Social Mobilization	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
M&E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Morbidity control	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	0										
SUMMARY OF DRUG NEED AND GAP FOR INTEGRATED NTD CONTROL IN _____												
(NO. TABLET)												
Drug procurement	Year 1 (2010)		Year 2 (2011)		Year 3 (2012)		Year 4 (2013)		Year 5 (2014)		Total 5 years	
	Need	Gap										
STH	Albendazole	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Mebendazole	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LF	Albendazole	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	DEC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trachoma	TEO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Azithromicine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 17. Monitoreo y evaluación del Plan Integral de Eliminación de Enfermedades Desatendidas por área geográfica.

Enfermedades Desatendidas	Indicadores de proceso	Indicadores de impacto
Enfermedad de Chagas	Vigilancia activa entomológica y epidemiológica Encuesta serológica anual en estudiantes escolares Aplicación de químicos Tamizaje al 100 % de donadores de sangre.	Disminución de casos . Interrumpir la transmisión vectorial.
Leishmania	Mejorar la vigilancia Epidemiológica Disminuir los casos Tratamiento adecuado	Disminución de casos

Oncocercosis	Vigilancia centinela de las comunidades identificadas de alto riesgo. Completar la rondas de medicación masivas en las comunidades identificadas Evaluaciones serológicas y entomológicas periódicas.	Disminuir el numero de casos
RAbia	Vigilancia epidemiológica. Coberturas de vacunación canina arriba 80 %. Vacunación antirrábica humana a las personas expuestas.	Cero caso de rabia humana en los últimos años.
Integración con enfoque multi-enfermedad	Los servicios de salud deben realizar las acciones de prevención y tratamiento oportuno	Disminución de casos y de mortalidad.
Integración intersectorial	Colaboración y coordinación con los otros sectores para el abordaje integral de estas enfermedades.	Alcanzar las metas programadas
Integración entre áreas geográficas	Reuniones de coordinación y colaboración entre areas de salud que comparten los mismos problemas de salud	Alcanzar las metas programadas

Honduras

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

Tabla 1. Grupo de trabajo

Nombre	Institución/organización	Sector al que pertenece
Lic. Mirian Yolanda Paz	Sub Secretaria de Salud en Riesgos Poblacionales	

Dora Nelly Franco	Asistente Sub Secretaria de Riesgos Poblacionales
Nidia E. Gómez A	Asistente /Asesora de Programas de Dirección de Promoción de la Salud
Carmen Sevilla H	Asistente Subsecretaría de Redes de Servicios
Nadia Marelys Osorto	Técnico de Dirección de Promoción de la Salud
Concepción Zúniga	Jefe programa Chagas / Leshmaniasis
José Ramón Rosales	Asistente Técnico Programa nacional Chagas
Lesny R. Fuentes	Jefe Programa Nacional Lepra
Marcos Urquia	Jefe Programa Nacional de Atención de ITS
Ivo Flores	Jefe Depto Atención Integral a la Familia
Celia Ulloa	Enfermera Programa de Atención Integral a la Niñez
Oscar Gonzales	Jefe Programa Atención Integral al Adolescente
Maribel Navarro	Enfermera Programa Nacional del Adolescente
Adonis Andonie	Jefe Programa de atención integral al Adulto Mayor
Ida Berenice Molina	Jefe Programa Ampliado de Inmunizaciones
Lourdes Mendoza	Medico Programa Ampliado de Inmunizaciones
Rubenia García	Enfermera Programa Ampliado de Inmunizaciones
Etelvina García	Técnico Normativo Programa Ampliado de Inmunizaciones
Reina Teresa Velásquez	Jefe Programa de Zoonosis
María de Jesús Ortiz	Técnico Programa Zoonosis

Iris Rosalía Cruz	Jefe Programa Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional
María Luisa Matute	Jefe Laboratorio Nacional
Rosa Elena Mejía	Jefe Laboratorio Nacional de Parasitología
Mirla Ivonne Rosa	Asistente Laboratorio Nacional
Nery Almendares	Laboratorio Nacional Referencia Tuberculosis

Tabla 2. Enfermedades Infecciosas Desatendidas que serán incluidas en el Plan de Acción para el área geográfica

Área geográfica	Enfermedades Infecciosas Desatendidas
Honduras	Chagas Leishmaniasis Lepra Rabia transmitida por perros Sífilis Congenita Tetanos Neonatal y no neonatal Geohelmintiasis Teniasis/Cisticercosis Leptospirosis

Tabla 3. Determinantes sociales y ambientales en el área geográfica
 Población General: 8,045, 990 habitantes Urbano: 51.3% Rural: 48.7 %
 Crecimiento demográfico 2.8%

País/Región/Municipio	Pobreza	Nivel educativo	Actividades productivas	Factores socio culturales y género	Migración, desastres y conflictos	Condiciones ambientales	Vivienda y hacinamiento	Agua y saneamiento
HONDURAS	El 70.5 es pobre de los cuales el 51.7% es extremadamente pobre.	El 85%: Primaria El 12% Edu. Secundaria El 3.4% Universitaria Según el INE 1 de cada 6 personas mayores de 15 años son analfabetas	Agricultura Ganadería Selvicultura *PEA: 77.4% el 34.9 esta ocupada	Hombres 49.3% Mujeres 50.7%	Alta vulnerabilidad	Montañoso 65% Promedio de 1000 metros sobre el nivel mar		13.1 % no cuentan con servicio de agua

Tabla 4. Recursos disponibles (servicios de salud) en el área geográfica

Área geográfica	Programas	Organizaciones	Personas con acceso	Centros de salud y consultorios	Talento humano	Centros de medicina tradicional/alternativa
Grupo 1 4 EIDs	Chagas Leishmaniasis	Publicos IHSS Privados	Población en general	<u>Públicos</u> 20 Región Sanitarias	Escases de RRHH	
Grupo 2 3 EIDs	Rabia transmitida por perros	<u>Cooperantes</u>	En escolares con la desparasitación a través del	28 Hospitales 252 CESAMO		

<p>Grupo 3 2 EIDs</p> <p>Grupo 4 1 EIDs</p> <p>Grupo 5 silencio epidemiológico</p>	<p>Sifilis Congenita Tetanos Neonatal Geohelminthiasis Teniasis/Cisticercosis Leptospirosis</p>	<p>JICA, ACDI , Fontilles, ILEP, UNFPA, PMA, Save the Children, UNICEF, Mama Project Inc, Plan Internacional. Catholic Relief Service (CRS), Operación Bendición Honduras, CARE, Visión Mundial <u>Aliados</u> <u>estratégicos</u> Post grado de Dermatología UNAH, SENASA/SAG, AMHON, Ministerio de Educación, Fuerzas Armadas, Colegio de Veterinarios Instituto Nacional de Juventud, Iglesias. Prog. Esc. Saludables, Instituto de la Mujer, UNAH, Facultad de Microbiología Colegios Profesionales</p>	<p>Programa escuelas saludables</p>	<p>1058 CESAR 4 CLIPER <u>IHSS</u> 2 Hospitales 7 Clínicas Perifericas 2 Centros medicina física y Rehabilitacion 1 centro de atención adulto mayor <u>Privado</u> 23 hospitales con fines de lucro 8 hospitales sin fines de lucro. 259 Clínicas con fines de lucro 35 clínicas sin fines de lucro</p>		
---	---	---	---	---	--	--

ANÁLISIS INTEGRADO

Tabla 5. Definición de prioridades en el área geográfica

Área geográfica				
Enfermedad infecciosa desatendida	Magnitud	Poblaciones afectadas	Factores intermediarios	Factores estructurales
Chagas	1.16 x 100mil	Escolares Pre escolar Adolescentes Donantes	Viviendas Presencia vector	Indígenas
Leismaniasis	1.79x 10,000 hab.	Escolares Pre escolar Adolescentes	Presencia de vector Otros huéspedes domésticos	Climática
Geohemintosis	Escolares Ascaris 45% TTrich. 80% Uncin. 80%	Toda la población	Situación letrinas Agua y saneamientos	Vivienda Pobreza Educación
Tétano neonatal	0.05 x 1000hab	Recién nacidos Embarazos a temprana edad	Vacunación materna Control Prenatal	Pobreza Hacinamiento Medio ambiente Parto domiciliar
Leptospirosis	0.01 x 1,000hab	Toda la población	Inundaciones Presencia de roedores Medio ambiente	Pobreza Hacinamiento Viviendas Saneamiento Control sanitario.
Lepra	0.05 x 100,000 hab.	Toda la población	Ambiente Topografía hacinamiento	Pobreza Zonas calidas

Rabia	0.29 x 100,000 hab.	Toda la población	Control Veterinario /Zoonosis	Vacunación canina
Sífilis congénita		Recién nacidos Mujeres embarazas	Educación sobre genero Grupos de riesgos	Control prenatal Vigilancia laboratorio
Tenia /Cisticercosis				

Tabla 6. Superposición de enfermedades infecciosas desatendidas por áreas geográficas

Área Región Sanitaria	Enfermedades infecciosas Desatendidas									Superpo cisión
	Chagas	Leishm	Lepra	Leptosp	Rabia	Sífilis Congénita	Tetanos Neonatal	Geoh	Teniasis	
Atlántida		X		x						1
Colon		X		x						1
Comayagua	X	X		x	X					3
Copan	X							X	X	3
Cortes		X		x				X	X	3
Choluteca		X	X	X				X		4
El Paraíso	X	X		X						3
Fco Morazán	X	X		X				X		4
Gracias a Dios										0
Intibucá	X	X			X					3
Islas de la Bahía										0
La Paz	X				X					2
Lempira										0
Ocotepeque		X								1
Olancho	X	X						X	X	4
Santa Bárbara		X						X		2
Valle	X			X				X		3

Yoro	X	X		X				X		4
Metro Tegucigalpa				X		X		X		3
Metro San Pedro Sula		X				X	X	X		4
	9	13	1	10	3	2	2	10	3	

Tabla 7. Determinantes comunes por área geográfica

	DSS 1 Pobreza	DSS 2 socio culturales y genero	DSS 3 Migración Desastre y conflicto	DSS 4 ambiente	DSS5 Vivienda y hacinamiento	Agua y saneamiento
Área 1 con 4 EIDs	x	x	x	x	x	X
Área 2 con 3 EIDs	x	x	x	x	x	X
Área 3 con 2 EIDs	x	x	x	x	x	X
Área 2 con 1 EIDs	x	x	x	x	x	X
Área 1 Con silencio epidemiológico	x	x	x	x	x	X

Priorización	Regiones Sanitarias	Enfermedades
Regiones Sanitarias con 4 enfermedades	Metro San Pedro	Leishmaniasis Tétanos Neonatal Sífilis Congénita Geohelmintiasis
	Francisco Morazán Yoro	Leishmaniasis Chagas Leptospirosis Geohelmintiasis Rabia Canina
	Olancho	Leishmaniasis Chagas Teniasis Geohelmintiasis
	Choluteca	Leishmaniasis Lepra Leptospirosis Geohelmintiasis
Regiones Sanitarias con 3 enfermedades	Comayagua	Chagas Leishmaniasis Rabia
	Copán	Chagas Geohelminfos Teniasis
	Cortés	Leishmaniasis Geohelminfos Teniasis Rabia Canina Leptospirosis
	El Paraíso	Chagas

		Leishmaniasis Leptospirosis
	Intibucá	Chagas Leishmaniasis Rabia
	Metro Tegucigalpa	Leptospirosis Sífilis Congénita Geohelmintiasis
	Valle	Chagas Leptospirosis Geohelmintiasis
Regiones Sanitarias con 2 enfermedades	La Paz	Chagas Rabia
	Santa Bárbara	Leishmaniasis Geohelminfos
Regiones Sanitarias con 1 enfermedades	Atlántida Colón Ocotepeque	Leishmaniasis
Regiones Sanitarias en silencio epidemiológico para enfermedades desatendidas.	Gracias a Dios Islas de la Bahía Lempira	

Tabla 8. Posibilidades de uso integrado de recursos sanitarios por área geográfica

DISEÑO DE ESTRATEGIAS INTEGRADAS

Tabla 9. Objetivos y metas del plan de acción por área geográfica

	Recursos programa sanitario Vigilancia epidemiológica y laboratorio	Recursos programa sanitario 2 Atención a las personas	Recursos programa sanitario 3 Ambiente (control Vectorial)	Recursos programa sanitario 4 IEC	Recursos Programa Sanitario 5 Investigación	Recursos Programa Sanitario 6 Vacunación AIN-C / AIEPI
Área con 4 EID	x	x	x	x	X	x
Área con 3 EID	x	x	x	x	x	x
Área 2 EID	x	x	x	x	X	x
Área 1 EID	x	X	X	x	X	x
Silencio epidemiológico	x	X	x	X	x	x

Área geográfica	Objetivo del Plan	Metas del Plan
Honduras	Contribuir al mejoramiento de la salud y la calidad de vida de la población de Honduras afectada por las enfermedades desatendidas	<p>Priorizadas las áreas con mayor incidencia y superposición de enfermedades desatendidas.</p> <p>Implementados planes integrales en regiones geográficas optimizando recursos, fortalezas y oportunidades existentes.</p> <p>Asegurada la cobertura y calidad para la atención, control y prevención de las enfermedades desatendidas considerando las brechas o necesidades locales.</p>

Tabla 10. Intervenciones específicas integradas por área geográfica

AREA GEOGRÁFICA	Intervenciones específicas de EIDs		
	Quimioterapia preventiva	Manejo integrado de casos	Control de vectores
Chagas		x	x
Leishmaniasis		x	x
Geohemintosis	x	x	
Tétano neonatal		x	
Leptospirosis		X	
Lepra		X	
Rabia		X	
Sífilis congénita		X	
Tenia /Cisticercosis	x	x	

Tabla 11. Acciones intersectoriales integradas por área geográfica.

AREA GEOGRÁFICA	INTERVENCIÓNES INTERSECTORIALES					
	Agua y saneamiento y condiciones de vivienda	Factores de riesgo ambiental	Poblaciones migrantes	Reducción de inequidades por factores socioculturales y de género	Reducción de pobreza	Sistemas de vigilancia y evaluación
Chagas	Mejora de viviendas					
Leishmaniasis						
Geohemintosis	Agua segura Letrinización y alcantarillado Pisos de	Actividades agrícolas	Desparasitación	Desparasitación según ciclo de vida Educación sanitaria	Educación en control de alimentos	Estudios de prevalencia

	tierra			Desarrollo cognoscitivo limitado.		
Tétano neonatal		Condición del parto		Acceso a servicio Cobertura de vacunación	Educación Vacunación Control prenatal	Detección oportuna Sistema de Vigilancia nacional
Leptospirosis				Educación sanitaria	Educación	Detección oportuna Sistema de Vigilancia nacional
Lepra				Educación sanitaria	Educación	Detección oportuna Sistema de Vigilancia nacional
Rabia				Educación sanitaria	Educación	Detección oportuna Sistema de Vigilancia nacional
Sífilis congénita				Atención madre hijo y pareja Aumentar cobertura de atención prenatal Aumentar la cobertura de laboratorio.	Educación	Detección oportuna Sistema de Vigilancia nacional Tamizaje Notificación Tx oportuno

Tenia /Cisticercosis					Educación	Detección oportuna Sistema de Vigilancia nacional

Tabla 12. Intervenciones para la participación comunitaria y la movilización social por área geográfica

AREA GEOGRÁFICA	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	MOVILIZACIÓN SOCIAL
Zona con 4 EID	Estrategia de AIN- C Fortalecer la red de voluntarios en salud Grupos organizados comunitarios	Equipo de paquete básico Involucrar alcaldías, gobiernos locales,

Tabla 13. Intervenciones integrales en el sistema de salud por área geográfica

AREA GEOGRÁFICA	Intervenciones a entregar	Personal responsable	Sistema de información	Medicamentos, insumos y tecnologías	Fuentes de financiación	Liderazgo y gobernanza
Zona con Honduras	Fortalecer Investigación y vigilancia epidemiológica (búsqueda activa de casos) Atención a las personas Fortalecer abogacía Investigacion Estrategia de	Jefe Programa de	Unidades de Análisis Departamental y nacional	Según insumos de tratamiento de las personas	Nacional Cooperacion externa	Jefe Programa de Lepra y Jefe de Programa de Zoonosis

	comunicación información y educación					
--	--	--	--	--	--	--

DESARROLLO DEL PLAN

Tabla 14. Roles y responsabilidades por área geográfica

AREA GEOGRÁFICA	Roles	Responsable
Honduras	Secretaria técnica MTED Coordinar área de agua y ambiente Coordinador de vigilancia de la salud Coordinar de PAI Coordinador de promoción y prevención Coordinador de atención a las personas Coordinador de vigilancia de laboratorio clínico y veterinario Medicamentos y asistencia técnica Promoción y prevención de asistencia nutricional y seguridad alimentaria Vigilancia entomológica Regulación sanitaria para la inocuidad de alimentos	Mesa técnica Nacional de Enfermedades Infecciosas Desatendidas
	Otras Secretarías de estado Organizaciones Facultades de Medicina Colegios profesionales	Post grado de Dermatología UNAH, SENASA/SAG, AMHON, Ministerio de Educación, Fuerzas Armadas de Honduras Colegio de Veterinarios Instituto Nacional de Juventud, Iglesias. Prog. Esc. Saludables, Instituto de la Mujer, UNAH, Facultad de Microbiología Colegios Profesionales
		BID ,JICA, ACDI , Fontilles, ILEP, UNFPA, PMA,

	Cooperación Externa	Save the Children, UNICEF, Mama Project Inc, Plan Internacional. Catholic Relief Service (CRS), Operación Bendición Honduras, CARE, Visión Mundial
--	---------------------	--

Tabla 15. Productos, plazos, hitos y resultados por área geográfica

AREA GEOGRÁFICA	PRODUCTOS	HITOS	FECHAS	RESULTADOS ESPERADOS

Tabla 16. Resumen de presupuesto para programa integrado de EID por área geográfica

Cuadro 7: Matriz Resumen de Presupuesto para Programa Integrado de EID en Uganda												
SUMMARY BUDGET FOR INTEGRATED NTD CONTROL IN _____												
(USD)												
Cost categories	Year 1 (2010)		Year 2 (2011)		Year 3 (2012)		Year 4 (2013)		Year 5 (2014)		Total 5 years	
	Cost	Gap										
Coordination & training	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mapping	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Drug distribution	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Social Mobilization	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
M&E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Morbidity control	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	0										
SUMMARY OF DRUG NEED AND GAP FOR INTEGRATED NTD CONTROL IN _____												
(NO. TABLET)												
Drug procurement	Year 1 (2010)		Year 2 (2011)		Year 3 (2012)		Year 4 (2013)		Year 5 (2014)		Total 5 years	
	Need	Gap										
STH	Albendazole	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Mebendazole	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LF	Albedazole	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	DEC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trachoma	TEO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Azithromicine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 17. Monitoreo y evaluación del Plan Integral de Eliminación de Enfermedades Desatendidas por área geográfica.

Enfermedades Desatendidas	Indicadores de proceso	Indicadores de impacto
<p>Honduras</p>	<p>Al menos una gestión de abogacía realizada por cada año de implementación del programa.</p> <p>Cantidad de organismos, instituciones, y/o agencias de cooperación que trabajan en alianza con la Secretaria de Salud implementación de planes integrales.</p> <p>Número de actividades realizadas en conjunto con otras organizaciones, instituciones y/o agencias de cooperación.</p> <p>Cantidad de intervenciones realizadas por Región Sanitaria</p> <p>Cantidad de profesores involucrados en campañas educativas de prevención</p>	<p>Cantidad de regiones sanitarias que cuentan con análisis de situación.</p> <p>Plan de Comunicación elaborado e implementado</p> <p>Incidencia, prevalencia de casos por cada una de las enfermedades desatendidas por año</p> <p>Cantidad de investigaciones realizadas</p> <p>% de regiones sanitarias que cuentan con Sistema de Vigilancia e Información sobre las enfermedades desatendidas.</p> <p>Monitoreo anual de meta a nivel de regiones sanitarias y nacional por enfermedad desatendida</p>
<p>Lepra Rabia Leptospirosis</p>	<p>% de programas de enfermedades desatendidas que han actualizado sus normas y protocolos de atención.</p> <p>% de programas de enfermedades desatendidas que cuentan con planes estratégicos</p>	<p>Normas de los programas actualizadas y en siendo aplicadas</p>

	Cantidad de normas elaboradas. % de CESAR que cuentan con normas actualizadas % de CESAMO que cuentan con normas actualizadas	CESAR y CESAMOS abastecidos con las normas actualizadas y utilizandolas
	# de personal que ha recibido capacitación en las normas y/o planes estratégicos actualizados por programa. # de personas capacitadas que han realizado al menos una capacitación. # de capacitaciones realizadas por entrenadores capacitados por enfermedad. (Capacitación en cascada).	Personal de salud actualizado en las normas de atención y utilizando las mismas para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control de las enfermedades
	Honduras realizando prevención y control de enfermedades desatendidas con Nicaragua y El Salvador y Guatemala	Al menos 2 de planes binacionales elaborados. # de actividades de prevención y control realizadas en conjunto con otros países.
	Laboratorio nacional y departamentales con suficiente abastecimiento para realizar diagnóstico de enfermedades desatendidas.	Cantidad de pacientes diagnosticados por región sanitaria y enfermedad.
	Mejorada la coordinación intersectorial para el diagnóstico de las enfermedades de origen animal y realizadas actividades conjuntas para el control.	Cantidad de muestras enviadas a laboratorio de SENASA. % de resultados recibidos (del total de muestras enviadas)
Integración con enfoque multi-enfermedad		
Integración intersectorial		
Integración entre áreas geográficas		

República Dominicana

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

Tabla 1. Grupo de trabajo

Nombre	Institución/organización	Sector al que pertenece
David Joa	CENCET/MSP	Salud (Público)
Lourdes McDougal	CENCET/MSP	Salud (Público)
Juan Periche Fernández	IDCP	Salud (Privado)
	DIGECITS	Salud (Público)
Sara Meléndez	UNICEF	Social (Internacional)
Zacarías Garib	PAI/MSP	Salud (Público)
Martín Viloría	CENAZO	Salud (Público)
Manuel González	CENCET/MSP	Salud (Público)
Rafael Núñez	DIGEGA/MA	Agropecuario
	FEDOMU	Gobiernos Municipales
	Bienestar Estudiantil	Sector Educación
José Moya	OPS/OMS	
	INAPA	Agua Potable y

Tabla 2. Enfermedades Infecciosas Desatendidas que serán incluidas en el Plan de Acción para el área geográfica

Área geográfica	Enfermedades Infecciosas Desatendidas
Rep. Dom. Nacional	Malaria, Geohelmintiasis, Lepra, Sífilis Congénita, Tétanos Neonatal, Rabia, Leptospirosis
Regional 0 (Distrito Nacional) II (Puerto Plata) IV V VII	Filariasis Linfática
Provincial	Esquistosomiasis

Tabla 3. Determinantes sociales y ambientales en el área geográfica

País/Región/Provincia	Pobreza	Nivel educativo	Actividades productivas	Factores socio culturales y género	Migración, desastres y conflictos	Condiciones ambientales	Vivienda y hacinamiento	Agua y saneamiento
Región 0 (Distrito Nacional)	19.7%	95.2%		X	X		X	96.7% agua 95.2 Basura 99.3 Sanitario
Región II (Puerto Plata)	44.7%	88.4%		X				94.1 Agua 71.4 Basura 95.4 Sanitario
Región IV (Barahona, Bahoruco, Independencia y Pedernales)	67.36	80.22	X	X	X	X	X	90.5 Agua 60.52 Basura 87.42 Sanitario
Región V (San Pedro, Hato Mayor, El Seybo, La Romana, La Altagracia)	X	X	X	X	X	X	X	90.5 Agua 60.52 Basura 87.42 Sanitario
Región VI (Azua, Azua y Elias Piña)								
Región VII (Monte Cristi)	57.1	85.7		X	X	X	X	92.9 Agua 45.8 Basura 94.8 Sanitario

(Los datos serán vaciados desde la url: http://new.paho.org/dor/index.php?option=com_content&task=view&id=25&Itemid=135)

Tabla 4. Recursos disponibles (servicios de salud) en el área geográfica

Área geográfica	Programas	Organizaciones	Personas con acceso	Centros de salud y consultorios	Talento humano	Centros de medicina tradicional/alternativa

(Los datos serán vaciados desde la url: http://new.paho.org/dor/index.php?option=com_content&task=view&id=25&Itemid=135
Y serán complementados con informaciones obtenidas en el ministerio de salud)

ANÁLISIS INTEGRADO

Tabla 5. Definición de prioridades en el área geográfica

Área geográfica				
Enfermedad infecciosa desatendida	Magnitud	Poblaciones afectadas	Factores Intermediarios	Factores estructurales
Geohelmintiasis	182,500 438,200	Preescolar Escolar	Agua y Saneamiento Vivienda Actividades Productivas	Pobreza, Socio-Culturales,
Filariasis Linfática	296,296	Focos Sin Intervenir	Agua y Saneamiento	Pobreza, Migración Desastres

Tabla 6. Superposición de enfermedades infecciosas desatendidas por áreas geográficas

	EID 1	EID 2	EID 3	EID 4
Región IV, V, VII	Malaria	Filariasis	Geohelmintiasis	
Región 0	Malaria	Rabia	Geohelmintiasis	Tétanos
Provincia El Seybo	Esquistosomiasis	Filariasis	Geohelmintiasis	
Área 3				

Tabla 7. Determinantes comunes por área geográfica

	DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4
Área 1				
Área 2				

Tabla 8. Posibilidades de uso integrado de recursos sanitarios por área geográfica

	Recursos programa sanitario 1	Recursos programa sanitario 2	Recursos programa sanitario 3	Recursos programa sanitario 4
Área 1				
Área 2				
Área 3				

DISEÑO DE ESTRATEGIAS INTEGRADAS

Tabla 9. Objetivos y metas del plan de acción por área geográfica

Área geográfica	Objetivo del Plan	Metas del Plan
Regiones IV, V, VI y VII	Mejorar la situación nutricional y la anemia de los niños escolares en las regiones IV, V, VI y VII de Salud, mediante la reducción de la carga parasitaria de geohelmintos	Reducir la prevalencia geohelmintos en niños en edad escolar de las regiones de alto riesgo (prevalencia de >50%) a una prevalencia de <20%
Regiones 0, II, IV, V y VII	Eliminar la filariasis linfática como problema de salud pública para el 2015 en las regiones priorizadas	Reducir la prevalencia de microfilariasis a menos de 1% en adultos – Interrumpir la transmisión de filariasis (ningún niño entre las edades de 6 y 7 años da positivo el antígeno). – Prevenir y controlar la discapacidad.

Tabla 10. Intervenciones específicas integradas por área geográfica

AREA GEOGRÁFICA	Intervenciones específicas de EIDs		
	Quimioterapia preventiva	Manejo integrado de casos	Control de vectores
Región 0, II, VI (GeohelminCIAS)	ALBENDAZOL (Escolares y Preescolares)		
Región IV y VII (GeohelminCIAS y LF)	MDA ALB + DEC		X
Región V (GeohelminCIAS, LF y Esquistosomiasis)	MDA ALB + DEC Prazicuantel (Escolares)		X

Tabla 11. Acciones intersectoriales integradas por área geográfica.

AREA GEOGRÁFICA	INTERVENCIONES INTERSECTORIALES					
	Agua y saneamiento y condiciones de vivienda	Factores de riesgo ambiental	Poblaciones migrantes	Reducción de inequidades por factores socioculturales y de género	Reducción de pobreza	Sistemas de vigilancia y evaluación
Región 0, II, VI (Geohelmintiasis)	- Vigilancia Calidad Agua - Letrinización - Acciones de Abogacía para Mejoramiento de Viviendas	- Vigilancia Ambiental	- Inventario Organizaciones de Migrantes (¿PNUD?, ¿OIM?, Otros) - ¿Derechos de los Migrantes?			
Región IV y VII (Geohelmintiasis y LF)	- Vigilancia Calidad Agua - Letrinización - Acciones de Abogacía para Mejoramiento de Viviendas	- Vigilancia Ambiental - Gestión de Criaderos de Vectores	- Inventario Organizaciones de Migrantes (¿PNUD?, ¿OIM?, Otros) - ¿Derechos de los Migrantes?			
Región V (Geohelmintiasis, LF y Esquistosomiasis)	- Vigilancia Calidad Agua - Letrinización - Acciones de Abogacía para Mejoramiento de Viviendas	- Vigilancia Ambiental - Gestión de Criaderos Vectores	- Inventario Organizaciones de Migrantes (¿PNUD?, ¿OIM?, Otros) - ¿Derechos de los Migrantes?			

Tabla 12. Intervenciones para la participación comunitaria y la movilización social por área geográfica

AREA GEOGRÁFICA	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	MOVILIZACIÓN SOCIAL

Tabla 13. Intervenciones integrales en el sistema de salud por área geográfica

AREA GEOGRÁFICA	Intervenciones a entregar	Personal responsable	Sistema de información	Medicamentos, insumos y tecnologías	Fuentes de financiación	Liderazgo y gobernanza
	Mapeo y Re-Mapeo	Enc. Enferm. Parasitarias				
	Estudios de Línea Basal	Enc. PELF				
	Educación en Salud	Enc. DIGPRES				
	MDA	Enc. Enferm. Parasitarias				
	Monitoreo y Evaluación	Enc. PELF				

DESARROLLO DEL PLAN

Tabla 14. Roles y Responsables por área geográfica de República Dominicana

AREA GEOGRÁFICA	Roles	Responsable
	Secretario Ejecutivo	Director CENCET
Región V	Coordinador de Planeación y Programación	Enc. del PAI
	Coordinador de Capacitación	Enc. de Capacitación del CENAZO
	Coordinador de Supervisión, Monitoreo y Evaluación	Enc. PELF
	Coordinador Operaciones de Campo	Enc. Enf. Parasitarias
	Coordinador de Participación Comunitaria y Movilización Social	Enc. DIGPRES
	Coordinador de Información y Estadísticas	Enc. Estadísticas CENCET

Tabla 15. Productos, plazos, hitos y resultados por área geográfica en República Dominicana

AREA GEOGRÁFICA	PRODUCTOS	HITOS	FECHAS	RESULTADOS ESPERADOS
Región V	5 Rondas MDA DEC-ALB	Coberturas >80%	Oct 2011-2015	Eliminación de la Transmisión Filárica en la Región V
	5 Rondas Medicación con Albendazol en Escolares y Preescolares	Coberturas >90%	Marzo 2012-16	Reducción de prevalencia geohelmintos < 20% en escolares y preescolares
	6 Rondas Praziquantel	Coberturas >80%	Marzo 2012-16	Eliminación de la transmisión de Esquistosomiasis en Escolares de la Región V

Tabla 16. Resumen de presupuesto para programa integrado de EID por área geográfica

Cuadro 7: Matriz Resumen de Presupuesto para Programa Integrado de EID en Uganda												
SUMMARY BUDGET FOR INTEGRATED NTD CONTROL IN _____												
(USD)												
Cost categories	Year 1 (2010)		Year 2 (2011)		Year 3 (2012)		Year 4 (2013)		Year 5 (2014)		Total 5 years	
	Cost	Gap										
Coordination & training	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mapping	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Drug distribution	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Social Mobilization	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
M&E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Morbidity control	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	0										
SUMMARY OF DRUG NEED AND GAP FOR INTEGRATED NTD CONTROL IN _____												
(NO. TABLET)												
Drug procurement	Year 1 (2010)		Year 2 (2011)		Year 3 (2012)		Year 4 (2013)		Year 5 (2014)		Total 5 years	
	Need	Gap										
STH	Albendazole	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Mebendazole	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LF	Albendazole	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	DEC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trachoma	TEO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Azithromicine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 17. Monitoreo y evaluación del Plan Integral de Eliminación de Enfermedades Desatendidas por área geográfica.

Enfermedades Desatendidas	Indicadores de Gestión	Indicadores de proceso	Indicadores de impacto
Geohelmintiasis	Suficiencia de ALB Adecuación Distribución	% Progreso Mapeo Prevalencia Inicial Cobertura Medicación en Escolares y Preescolares	- Reducción de la Prevalencia Post-Intervención - Reducción Carga Parasitaria
Filariasis Linfática	- Suficiencia de DEC - Suficiencia de ALB - Adecuación de la Distribución	% Progreso Re-Mapeo Prevalencia ICT Prevalencia MF Cobertura MDA % Efectos Post-Medicación	Reducción de la Prevalencia Post-Intervención
Esquistosomiasis	Suficiencia de Prazicuantel	Prevalencia Inicial	Reducción de la Prevalencia Post-Intervención
Integración con enfoque multi-enfermedad	Representación de Múltiples Programas en Gestión del Plan Integrado	- Mapeo Multi-Enfermedad - Quimioterapia Multi-Enferm. - Partic. Comunitaria Multi-Enfermedad - Oportunidades Aprovechadas para Acciones Multi-Enfermedad	- Reconocimiento de las Superposiciones - Reducción de los Costos Operativos
Integración intersectorial	No. Acuerdos Intersectoriales Participación Municipal	Iniciativas Multisectoriales bajo Implementación Nivel Cumplimiento de Acuerdos	-Reducción del Riesgo Ambiental
Integración entre áreas geográficas	Priorización de Areas con Múltiples EIDs	Simultaneidad de Intervenciones Multi-Areas	