

**Visita de Observación Conjunta al
Programa Paraguayo de
Control de Lepra**

Asunción, 28 de marzo al 1 de abril, 2011

Dras. Celsa Sampson y Ximena Illarramendi Rojas

CONTENIDO

- Resumen Ejecutivo
- Contexto General de la salud en Paraguay
- Programa Nacional de Lepra
- Situación Epidemiológica de la Lepra
- Desarrollo de la Visita
- Conclusiones
- Anexos

RESUMEN EJECUTIVO

Paraguay es uno de los países prioritarios de la Región de las Américas para el control de la lepra ya que uno de los países con mayor carga de la enfermedad y es el segundo de la región con el mayor número de casos diagnosticados con discapacidad de grado 2. Ha mantenido una tendencia endémica de nivel intermedio durante la última década, entre 0,6 y 0,9 por 10⁴ habitantes. Las tasas de detección de los últimos 5 años muestran variaciones que solo se puede explicar por situaciones operacionales. En 2010 fueron detectados 392 casos nuevos, resultando en el menor coeficiente de detección de la década, sin embargo, mostró una elevada proporción de casos multibacilares (79,0%) y de casos con discapacidad grado 2 (16%).

El Programa Nacional de Lepra se encuentra bajo la égida del Plan Nacional de Salud, que estableció el compromiso de la Atención Integral al paciente, y participa activamente en el proceso de descentralización del Sistema Nacional de Salud, en curso creciente en los últimos años. El diagnóstico en los pacientes sintomáticos cutáneos, la vigilancia de contactos, el uso de poliquimioterapia según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la adecuada atención de los enfermos de Lepra han sido objetivos y metas sobre las cuales ha venido trabajando, logrando una reducción constante de la tasa puntual de prevalencia. Sin embargo, aún es necesario mejorar los indicadores de endemia, de forma más amplia y contundente sobreponiéndose al desafío impuesto por la heterogeneidad regional.

Objetivos:

Con el fin de asesorar las autoridades nacionales para alcanzar las metas establecidas por la OMS para el año 2015 según Resolución 19 del 49° el Consejo Directivo, se pretendió conocer y evaluar el Programa Nacional de Lepra de Paraguay en sus acciones planificadas y en desarrollo, la existencia y aplicación de normas y procedimientos nacionales; el sistema de información y el sistema de vigilancia.

Situación relevante del país:

Paraguay, siguiendo las normas oficiales actualizadas según recomendaciones de la OMS, alcanzó la meta de eliminación de la lepra como problema de salud pública a nivel nacional en 2006. Sin embargo, en el año de 2010 fueron observadas:

- Detección tardía de casos: De los 392 casos nuevos diagnosticados, una elevada proporción (79%) corresponde a formas multibacilares (MB), y hay creciente proporción de casos diagnosticados con discapacidad grado 2 (16%),
- Persistencia de la transmisión de la infección, reflejada en la manutención de casos en menores de 15 años: 13 casos (3,3%), coeficiente de detección de 0,06 por 10⁴ niños menores de 15 años.
- Coeficiente de prevalencia variable a nivel sub-nacional: de 0,3 a 1,4 por 10⁴ habitantes: Tres departamentos continúan sin lograr la meta de eliminación como problema de salud pública (Amambay, Concepción y Ñeembucú) y otros 3 permanecen en niveles limítrofes, con tasas entre 0,86 y 0,99 (Caazapá, Guairá y Presidente Hayes).
- Más de 300 casos en tratamiento con PQT, según esquemas normados por la OMS. De estos, 57% de los casos se encuentran concentrado en 5 regiones sanitarias.
- Proporción de abandonos de los pacientes registrados en 2009 fue de 7% (24 casos de MB y 1 PB).
- El grado de discapacidad no fue evaluado en 15,8% de los pacientes diagnosticados.
- Si bien existe un plan de acción que destaca la vigilancia de contactos, apenas el 28% de los contactos registrados es examinado.
- De los contactos evaluados, 27 fueron diagnosticados con lepra, que representan 6,9% del total de los casos diagnosticados.
- Base de datos con información de los casos diagnosticados en los 4 últimos
- Los pacientes registrados en los departamentos de San Pedro. Alto Paraná, Caaguazú son detectados y atendidos por médicos adscrito al Hospital Mennonita Km. 81, el cual es financiado por la Ayuda Alemana y la Iglesia Mennonita del Paraguay
- Los funcionarios encargados del control de lepra adscrito a los hospitales regionales de Ciudad del Este y el de Villarica brindan atención integral a los pacientes de lepra en el marco de las normas del programa nacional.

Puntos fuertes del Programa:

- Programa nacional desarrollado según los lineamientos de la estrategia global de la OMS
- Amplia cobertura del acceso a la poliquimioterapia (PQT) a los casos diagnosticados.

- Personal calificado en los diferentes niveles de atención: Entre 95-99% de unidades de salud de la familia (USF) y establecimientos de salud están capacitados en 7 regiones.
- Integración del equipo del programa con el grupo de educación y promoción social
- Progresiva integración de las acciones de control de lepra a los servicios de atención primaria.

Limitaciones del Programa:

De prestación de servicios

- Los desarrollos estratégico del programa de control lepra no avanza al mismo ritmo de los procesos descentralización en el marco de atención primaria
- Supervisión capacitante a las regiones de salud no sistematizada
- Talento humano adscrito al hospital regional de Caaguazú desactualizado en las actividades gestión del programa

De gestión y análisis de la información

- Falta del flujo grama de la información del programa
- Deficiente desarrollo tecnológico de soporte hardware y software para la automatización y sistematización de los datos del programa
- Falta de análisis integral y oportuno de los datos
- Insuficiente entrenamiento del recuso humano para el manejo adecuado de los datos
- Falta de supervisión sistemática a las regiones sanitarias en el proceso de gestión de la información

Recomendaciones:

- Mantener y monitorear los logros alcanzados hasta el momento y ampliar las acciones a todas las regiones.
- Colaborar en la generación de modelo de intervención integral de prevención, control, vigilancia y atención del paciente con lepra, que permita sustentabilidad, efectiva y eficiente, con desarrollo del nivel local y participación comunitaria, integrada a los esquemas nacionales de Atención Primaria de Salud.
- Colaborar con la implementación de sistema sustentable con acciones desarrolladas en forma regular, y articuladas con informaciones precisas y oportunas agregadas en un

sistema integral de información para asegurar el monitoreo del programa, y contribuir a visualizar la situación epidemiológica y la gestión del programa.

- Desarrollar y/o actualizar, en coordinación con la dirección general de atención primaria, los protocolos y procedimientos de control y vigilancia epidemiológica de la lepra
- Fortalecer el talento humano de los servicios de atención primaria de las áreas de mayor riesgo, en las acciones de atención integral del paciente y sus contactos utilizando los protocolos actualizados
- Auxiliar en el fortalecimiento del Programa Nacional de Lepra en los ámbitos nacional, departamental y distrital con foco en el monitoreo y evaluación planeados con estructura lógica para la reducción de la endemia a los niveles pactados en la Estrategia Global Reforzada 2011-2015.
- Estudiar la factibilidad de elaborar y desarrollar un Término de Cooperación en la triple frontera Paraguay, Brasil y Argentina.

CONTEXTO GENERAL DE LA SALUD EN PARAGUAY

Paraguay, país con superficie territorial de 406.752 Km² e 3.797 Km de frontera con Argentina, Bolivia y Brasil, tiene un índice de desarrollo humano considerado medio, de 0,759 (Atlas de Desarrollo Humano Paraguay, 2007), que está en aumento progresivo. Sin embargo, conforme a la Encuesta Permanente de Hogares 2009, la población paraguaya en situación de pobreza representa 35,1% del total de habitantes del país, ie. más de 2 millones de personas cuentan con ingresos inferiores al costo de una cesta básica, principalmente localizados en áreas rurales. Desde 2007, la pobreza total ha tenido una tendencia de descenso sostenido, producto del descenso significativo de la incidencia en áreas urbanas. En los últimos 20 años se ha observado también una reducción de la tasa de mortalidad infantil de 49,1 a 35 por mil nacidos vivos y aumento de la expectativa de vida tanto para hombres cuanto para mujeres (Compendio estadístico 2009, Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos).

Junto al Paraná, el río Paraguay, es el principal del país y divide al país en dos regiones naturales, la Región Oriental y la Occidental o Chaco. Política y administrativamente, el territorio está dividido en 17 departamentos y un distrito capital (Asunción), 14 en la región Oriental (Alto Paraná, Amambay, Caaguazú, Caazapá, Canindeyú, Central, Concepción, Guairá, Itapúa, Cordillera, Misiones, Ñeembucú, Paraguari y San Pedro) y tres en la Región Occidental (Alto Paraguay, Boquerón, Presidente Hayes). Los departamentos corresponden a las regiones sanitarias y se subdividen a su vez en distritos y localidades.

La Región Oriental aglutina 98% de la población. La densidad poblacional está distribuida principalmente en la Capital del país, Asunción y su área metropolitana, así como en las principales ciudades fronterizas con Argentina (Encarnación) y Brasil (Ciudad del Este). Los resultados del Censo 2002, mostraron que en el Paraguay persisten grandes desafíos sociodemográficos que guardan una estrecha relación con la heterogeneidad existente entre las diversas áreas geográficas (departamentos, distritos, área urbana y rural) y grupos poblacionales que conforman el país. Esta heterogeneidad se hace también evidente en el Sistema Nacional de Salud cuyos ajustes tienen diferentes impactos en la descentralización de los servicios de salud.

Plan Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud del Paraguay, fue creado por la Ley 1032/1996 para, entre otras cosas, garantizar “... *la atención de la salud de todas las personas, de manera equitativa, oportuna y eficiente, sin discriminación de ningún tipo*”. El Ministerio de Salud Pública y

Bienestar Social es la institución rectora de la salud pública nacional y el Consejo Nacional de Salud es el máximo organismo de coordinación interinstitucional en salud del país.

En el proceso de garantizar el derecho a la salud de cada uno de los habitantes, el país inició la implementación la estrategia de Atención Primaria de la Salud en el marco de las “Políticas Públicas para la Calidad de la Vida y Salud con Equidad”. Con el propósito de operativizar esta estrategia se crearon las Unidades de Salud de la Familia (USF), las cuales están conformadas por un médico, un enfermero, un auxiliar de enfermería y 5 agentes comunitarios, responsables de velar por la salud de la comunidad de su área de influencia. Entre las principales competencias de estas unidades se enuncian: Vigilancia en la salud, abordaje integral de las enfermedades transmisibles, promoción de la participación comunitaria, el control social y el empoderamiento de la comunidad en los problemas de salud.

El proceso de descentralización ha venido implementándose progresivamente desde la década de los noventa y se espera que en los próximos años sean el número de USF aumente significativamente ampliando la cobertura de la población. La autoridad Sanitaria Nacional ante las nuevas perspectivas de desconcentración, está orientada a cumplir funciones tales como: La conducción, la modulación de la financiación de la atención en Salud, la ejecución de las funciones esenciales de salud pública, la armonización de la provisión de servicios y la regulación.

La red de servicios públicos incluye más de 900 establecimientos, articulados en redes con diferentes niveles de atención y complejidad, que atienden por demanda entre 65 y 70% de la población total. La atención básica aun es realizada tanto en las USF como en los puestos de salud. Para finales del 2010 el país contaba con 503 USF distribuidas en las 18 regiones sanitarias, para atender aproximadamente 2.000.000 de habitantes.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a través de la Dirección General de Programas de Salud tiene como base el concepto de Atención Integral de la Salud, que armoniza como un todo las funciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación del enfermo, y lo ha incorporado como estrategia capaz de controlar las causas biológicas, socio-económicas y culturales de las enfermedades. En el documento de las Actividades programáticas de los equipos de salud de la familia, la meta número 17 de las Metas de Indiferencia cero para la estrategia de APS, establece la “indiferencia cero para la

morbimortalidad por tuberculosis y lepra” mediante lo cual asume el compromiso de poner los medios para alcanzarlo. De esta manera apoya el Programa Nacional de Lepra en su misión de controlar y monitorear la enfermedad.

PROGRAMA NACIONAL DE LEPPRA

El programa nacional de Lepra tiene como fin, el mejorar la calidad de la población al prevenir, controlar y monitorear la lepra y sus factores condicionantes, reduciendo los riesgos de desarrollar discapacidad y sufrir discriminación.

Propósito: Implementar los elementos técnicos y operativos de la estrategia del Programa Nacional de Control de Lepra en el país para aumentar la detección oportuna, tratamiento regular de los casos y disminución de las capacidades.

Objetivos:

- 1- Detección precoz de los casos nuevos
- 2- Tratamiento regular del 100% de los casos registrados con PQT OMS
- 3- Búsqueda y recuperación de casos irregulares y en abandono de tratamiento
- 4- Control de contactos de enfermos
- 5- Educación del paciente, familia y comunidad
- 6- Capacitación del personal de salud con énfasis en las USF.

Para el cumplimiento de estos objetivos elaboró un plan de acción anual en conjunto con el equipo del programa, enfocado en la capacitación y fortalecimiento de los servicios de salud y del programa a nivel regional.

El programa recibe apoyo de la Asociación Alemana de Asistencia a los pacientes con Lepra y Tuberculosis (Deutsche Lepra-und Tuberkulosehilfe) en diagnóstico, control y capacitación: principalmente en los departamentos de San Pedro, Alto Paraná, Caazapá y Caaguazú. En 2010 los médicos adscritos al Hospital Mennonita diagnosticaron 27% de los 392 casos nuevos.

De los 106 casos detectados, la proporción de casos MB fue de 72% y 9,4 % del total de los casos fue diagnosticado con discapacidad grado 2 (Cuadro 1).

**Cuadro 1. Casos Nuevos diagnosticados por regiones sanitarias
Hospital Mennonita año 2010**

Región Sanitaria	Forma Clínica		Total	Grado de Discapacidad			
	MB	PB		0	1	2	SD
San Pedro	11	7	18	11	7	0	0
Cordillera	5	4	9	5	2	2	0
Guaira	3	1	4	3	1	0	0
Caaguazú	19	8	27	18	7	2	0
Caazapá	6	0	6	2	3	1	0
Paraguarí	2	0	2	1	1	0	0
Alto Paraná	15	2	17	9	5	3	0
Central	6	2	8	4	4	0	0
Canindeyú	5	4	9	8	0	1	0
Pdte. Hayes	3	0	3	2	1	0	0
Boquerón	2	1	3	1	0	1	1
Total	77	29	106	64	31	10	1

Existe un progresivo proceso de descentralización de la atención al paciente de lepra respaldado por el fortalecimiento de la atención básica. En 2010, 209 (53%) pacientes fueron referidos para tratamiento en su servicio de salud local y un esfuerzo continuo está siendo realizado para aumentar el porcentaje de pacientes diagnosticados y tratados en sus distritos de origen.

El diagnóstico de lepra es realizado en pacientes sintomáticos dermatológicos, es principalmente clínico, apoyado por la baciloscopia y, en ocasiones especiales, por biopsia de piel. Esta última es realizada únicamente a nivel central. No hay relato de error de diagnóstico y fueron diagnosticados y tratados 11 casos de recaída.

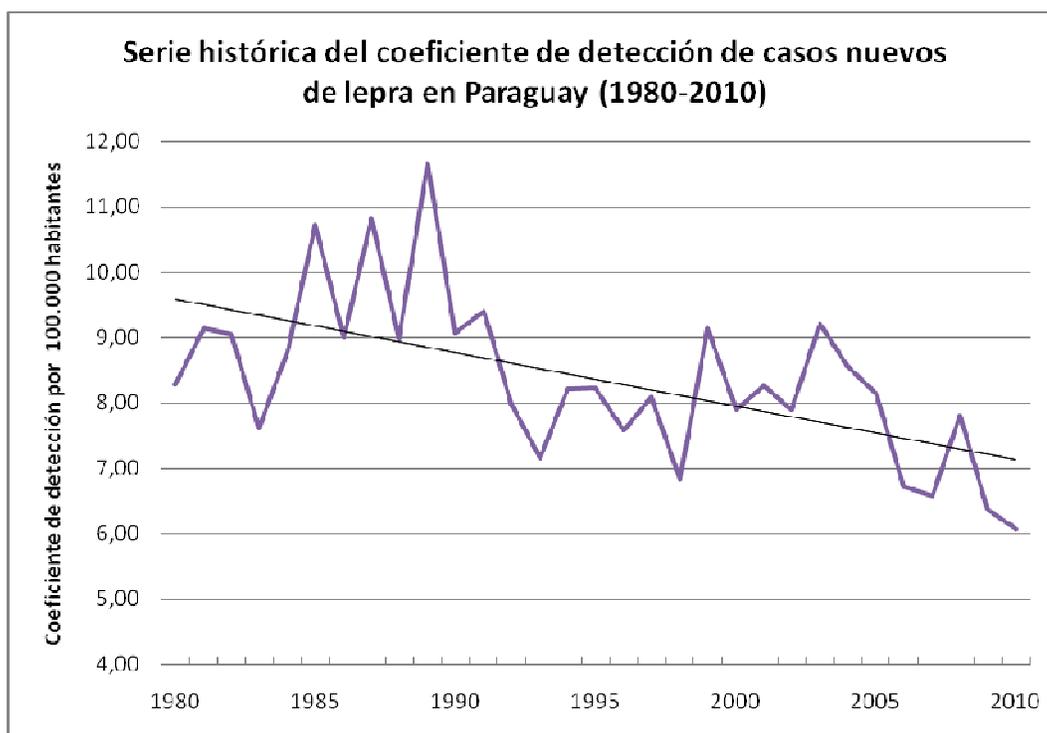
SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA LEPRO

La tendencia de la Lepra en Paraguay muestra una disminución lenta pero progresiva de los coeficientes de detección y prevalencia con presencia de períodos de elevación (ver Cuadro 2 y Gráfico 1), que pueden ser reflejo del aumento puntual de acceso al diagnóstico y al tratamiento. En relación a las tasas de prevalencia, se observa una caída de más de 300 casos entre los años 2005 y 2006, lo cual es posible explicar por actualización del archivo o cambio en el esquema de tratamiento de 24 o más *blisters* a 12. Una vez que la cobertura de los servicios sea adecuada, amplia y estable, la reducción del coeficiente de detección podrá implicar una reducción de la prevalencia oculta, e por lo tanto, de la transmisión de la enfermedad.

Cuadro 2. Tasas de prevalencia y detección, Paraguay 2005 – 2010

Años	Casos en Tratamiento	Tasa de prevalencia x 10.000 hab.	Detección de casos nuevos	Tasa de detección x 100.000 hab.	Proyección de la Población
2005	713	1.21	480	8,1	5.898.651
2006	365	0.62	404	6,7	6.009.143
2007	414	0.70	403	6,6	6.119.642
2008	456	0.73	487	7,8	6.230.143
2009	356	0,5	404	6,4	6.340.639
2010	357	0,5	392	6,1	6.451.122

Gráfico 1. Serie histórica del coeficiente de detección de casos nuevos de lepra en Paraguay (1980-2010)



Fuentes: Paraguay, Proyección de la Población Nacional por Sexo y Edad, 2000-2050; Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos; 2005. Programa Nacional del Control de Lepra.

La heterogeneidad observada entre las diferentes regiones sanitarias en relación a la tasa de prevalencia y su variación en el tiempo (Cuadro 3, Gráfico 2), reflejan tanto las diferencias epidemiológicas así como sugieren problemas operacionales. Al tiempo que tres departamentos continúan sin lograr la meta de eliminación (Amambay, Concepción y Ñeembucú), otros 3 permanecen en niveles limítrofes, con tasas entre 0,86 y 0,99 (Caazapá, Guairá y Presidente Hayes). En estos últimos departamentos, el diagnóstico de apenas 2 casos nuevos significaría el retorno al coeficiente superior al de la meta de eliminación como problema de salud pública. Por lo tanto, se observa la necesidad de mejorar la implementación de acciones estratégicas acordes a la situación de cada una de las regiones para asegurar la atención integral del individuo con lepra o sus secuelas, y sus familiares.

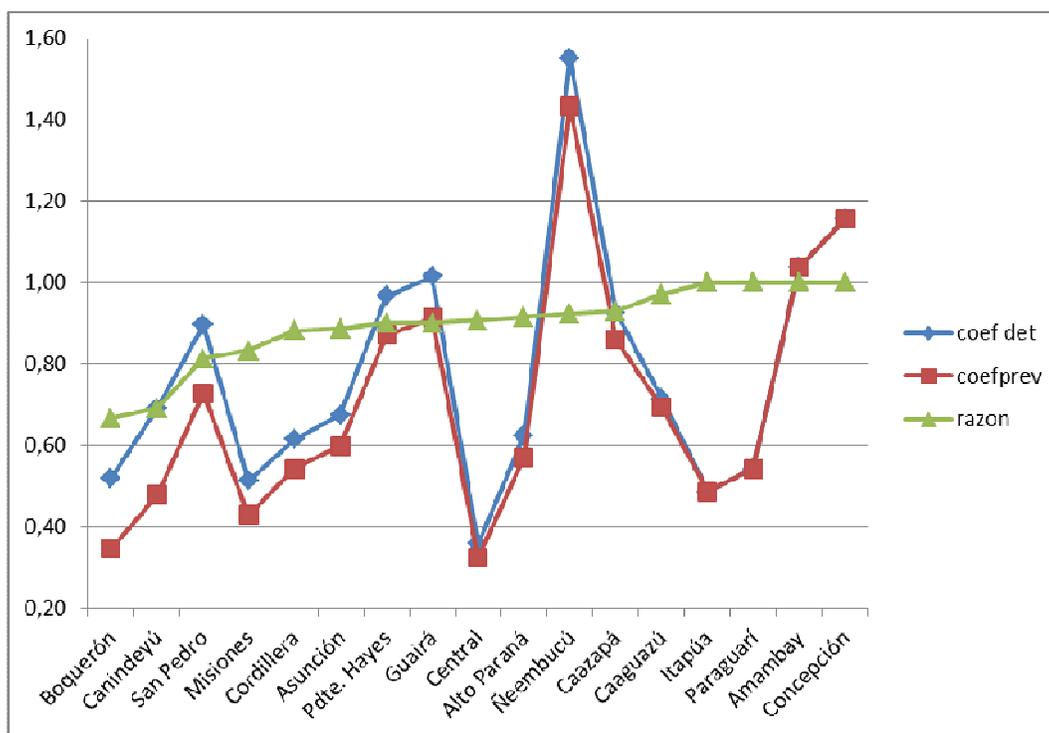
Cuadro 3. Tasa de prevalencia (x 10.000 habitantes) registrada por región sanitaria, Paraguay, 2006–2010.

Regiones Sanitarias/Año	Tasa por 10.000 habitantes				
	2006	2007	2008	2009	2010
I Concepción	1,3	1,09	1,20	0,89	1,16
II San Pedro	1,3	1,36	1,55	1,12	0,73
III Cordillera	0,8	1,32	1,11	0,69	0,54
IV Guaira	0,8	0,96	0,66	0,96	0,91
V Caaguazú	0,5	0,70	0,79	0,40	0,69
VI Caazapá	0,9	0,65	1,12	1,06	0,86
VII Itapúa	0,5	0,42	0,42	0,28	0,49
VIII Misiones	0,4	0,44	0,00	0,26	0,43
IX Paraguari	0,3	0,58	0,96	0,54	0,54
X Alto Paraná	0,7	0,64	0,52	0,54	0,57
XI Central	0,4	0,45	0,45	0,33	0,32
XII Ñeembucú	1,2	2,55	1,68	3,10	1,43
XIII Amambay	1,5	0,87	1,92	0,72	1,04
XIV Canindeyú	1,0	1,07	1,30	0,80	0,48
XV Presidente Hayes*	0,6	0,52	0,60	0,58	0,87
XVI Alto Paraguay*	0,9	0	2,61	NI	NR
XVII Boquerón*	0,6	1,05	0,36	0,35	0,35
XVIII Asunción	0,4	0,55	0,71	0,54	0,60
Total Paraguay	0,6	0,70	0,73	0,55	0,55

Fuente: <http://www.dgeec.gov.py/> y PNL/MS. *Chaco árido. NI=no informado

Aunque la cobertura de tratamiento para los casos diagnosticados se encuentra en progresiva ampliación y descentralización, en 2010 se observó una tasa de abandono de 7%. En la mayoría de los Departamentos los pacientes parecen recibir tratamiento de acuerdo con las normas de la OMS y el Programa Nacional, con excepción de Amambay, Concepción, Itapúa y Paraguarí, que presentan razón de prevalencia/detección mayor o igual a 1 (Gráfico 2). Sin embargo, los coeficientes de prevalencia e de detección son equivalentes en gran parte de los departamentos, reflejando falla operacional más que motivos epidemiológicos.

Gráfico 2. Coeficientes de detección y prevalencia por 10.000 habitantes según regiones sanitarias. Paraguay, 2010.



Durante el periodo estudiado (Cuadro 4), el número de casos nuevos detectados se ha mantenido alrededor de los 400 casos. Durante el año 2003 se detectaron más de 500 casos, lo cual se puede explicar por razones operativas. Se observa una elevada proporción de casos MB (siempre superior a 60%) y persistencia de detección de lepra en niños, en una población en que el 31% de los habitantes tiene menos de 15 años. En relación al grado de discapacidad (GD), existe una cierta proporción de casos sin evaluación que explica la gran variabilidad de la proporción de casos con GD 2 (calculada con base arbitraria de 90% de evaluación (cuadro 3).

En 2010, el GD no fue evaluado en 15,7% de los casos nuevos por lo que se observó la mayor proporción de casos con grado 2 (15,8%).

Cuadro 4. Perfil de los casos nuevos de Lepra detectados, Paraguay, 2000 a 2010.

Año	Casos nuevos	Proporción de casos MB (%)	Proporción de casos en 0 a 14 años (%)	Proporción de casos con GD2 (%)
2000	435	71.2	3.9	4.3
2001	467	78.3	3.0	9.4
2002	439	74.4	4.7	6.6
2003	523	71.2	4.2	2.4
2004	496	76.4	5.4	7.8
2005	480	77,7	3,9	7,9
2006	404	78,2	2,7	10,6
2007	403	64,0	4,2	8,4
2008	487	77,2	5,5	8,0
2009	404	78,9	3,9	9,6
2010	392	79,1	3,3	15,5*

*En relación a 330 pacientes evaluados. GD2: grado de discapacidad 2

Una alta proporción de pacientes (30,6%), 106 casos MB y 14 casos PB, fue diagnosticada con 3 o más años de duración de la sintomatología. De los 1415 contactos intra y extradomiciliares registrados en 2010, 405 fueron examinados. De estos, 27 (6,7%) fueron diagnosticados con lepra, 14 con formas MB y 13 con formas PB. En relación a las reacciones, en 2010, 554 pacientes fueron atendidos por presentar episodio reaccional. En 81% de los casos fue diagnosticado eritema nodoso leproso.

El análisis de los varios indicadores epidemiológicos de la enfermedad coloca en evidencia la necesidad de darle soluciones a la endemia, considerando la persistencia de la detección tardía, la precaria vigilancia de contactos y la transmisión activa aún remanente en varias de las regiones del país. Se visualizan algunas áreas endémicas que por sus condiciones epidemiológicas y socio-económicas, constituyen un gran desafío para el control, la prevención y la atención de la Lepra en Paraguay.

DESARROLLO DE LA VISITA

La misión tuvo una duración de 5 días durante los cuales se realizaron:

- **Reunión con el punto focal de OPS/OMS Paraguay:** Se concertó la agenda de trabajo, así como los alcances de la visita, metodología del trabajo y los productos esperados.
- **Reunión con el Secretario de Vigilancia en salud:** Presentación de los objetivos de la misión y solicitud de apoyo.
- **Reunión con la coordinadora del programa nacional y su equipo:** Presentación, análisis y discusión de la situación epidemiológica y programática de la eliminación de la lepra en Paraguay. Se incluyó la revisión de normas nacionales, acciones de asistencia técnica, monitoreo y evaluación, vigilancia epidemiológica, insumos y suministros, sistema de información, gestión de medicamentos, capacitación, manejo de cuadros reaccionales, estigma y discriminación, y revisión de historias médicas de pacientes.
- **Visita a establecimientos de salud** donde son acompañados pacientes para conocer la situación de organización del sistema de salud, los principales indicadores, así como el funcionamiento del programa de control de la lepra a nivel local y distrital.
 - Hospital Regional de Ciudad del Este, Departamento Alto Paraná
 - Hospital Distrital de Hernandarias, Departamento Alto Paraná
 - Hospital Regional de Caazapá, Departamento Caazapá
 - Hospital Regional de Villarrica, Departamento Guairá
- Al finalizar la visita se elaboró, con las autoridades nacionales, una propuesta de plan de trabajo (en anexo) y se hicieron recomendaciones al programa (ver resumen ejecutivo).

Funcionarios con los cuales se interactuó:

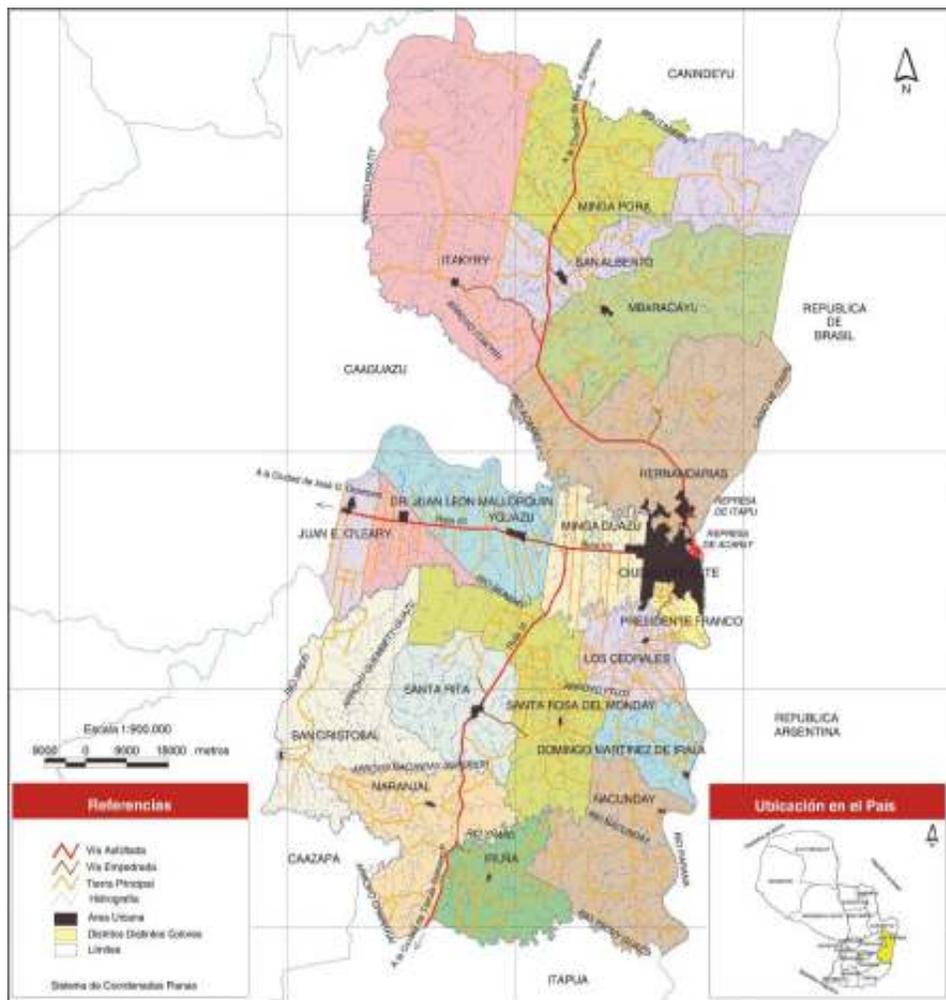
- Dr. Héctor Cardozo, director Regional de Ciudad del Este.
- Enf. Abria Ramos de Ramirez, encargada del programa de Tuberculosis y lepra en el Hospital Regional de Ciudad del Este
- Dr. Adolfo Cálcena, director del Hospital Distrital de Hernandarias.
- Educadora Laura Solis, encargada del programa de Tuberculosis y lepra del Hospital Distrital de Hernandarias.
- Lic Zulma Alonso, encargada regional de lepra en el hospital regional de Caazapá.
- Dr. Roque Garzet, epidemiólogo regional de Caazapá.
- Lic. José Ortellado, encargado regional del programa de lepra del Departamento de Guairá.

VISITA A LAS REGIONES SANITARIAS IV, VI Y X.

ALTO PARANÁ

Es el cuarto mayor departamento del país, tiene una superficie de 14.895 Km² que corresponden a 3,66% do total do territorio nacional. También es el segundo departamento más populoso, con 753.658 habitantes en 2010, según proyecciones de población de la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos). Alberga uno de los principales polos de desarrollo del país. Su capital, Ciudad del Este, es la segunda ciudad más importante (ver mapa). Es sede del segundo aeropuerto internacional del país y de la represa hidroeléctrica binacional Itaipú. Los otros distritos más poblados y desarrollados del Departamento son Presidente Franco, Hernandarias, Minga Guazú y Santa Rita. Los 15 distritos restantes son principalmente rurales.

Mapa del Alto Paraná



La tasa de crecimiento en esta región es de 2,3, superior a la tasa nacional (1,8), siendo la tasa de mortalidad infantil y la razón de mortalidad materna de 20,3 y 163,4 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente, también superiores a la media nacional, mientras la tasa de mortalidad general es de 3,3 por 1.000 habitantes. Si bien el país presenta un alta tasa de alfabetización, con un porcentaje de 98.3% para la población comprendida entre 15 y 24 años de edad en año 2008, en el Alto Paraná la tasa de analfabetismo era de 5,9 y la población de más de 24 años apenas cumplió 6,9 años de estudio. Esto puede colaborar a las elevadas tasas de desempleo (13,3) e de subempleo (23,2) locales (STP/DGEEC. Encuesta Permanente de Hogares 2005).

La red de servicios públicos comprende un Hospital Regional, 4 Hospitales Distritales, 3 Centros de Salud y 45 unidades de atención básica. Las USF de la Región Sanitaria X actualmente se encuentran en etapa de censo, algunas tienen apenas un año de creación, por lo tanto, la atención básica es prestada principalmente en los 21 puestos de salud que atienden la población de los 19 distritos. De éstos, 4 USF están localizadas en Hernandarias, 1 de las cuales en comunidad indígena. Sin embargo, para el año de 2015 proyectan ampliar la cobertura alcanzando 151 USF.

En el Hospital Regional de Ciudad del Este se atiende la demanda espontánea de pacientes sintomáticos cutáneos. Cuenta con un laboratorio donde son realizadas las baciloscopías de los pacientes diagnosticados. En el primer trimestre de 2011 existen registrados 29 casos en tratamiento, y fueron dadas 20 altas. El registro de los pacientes atendidos es realizado en el Registro Diario de Salud el cual es enviado diariamente a la dirección de estadística de la Región Sanitaria X. En el Hospital Distrital de Hernandarias captan pacientes sintomáticos cutáneos pero, una vez que el Laboratorio fue desmantelado en 2010, la baciloscopia es enviada al Laboratorio Central en el Hospital Regional de Ciudad del Este.

De la misma forma como ocurre a nivel nacional, se observa una heterogeneidad en la distribución y características de la endemia a nivel del Departamento Alto Paraná (Cuadro 5). La alta proporción de casos multibacilares (79%) y con grado de discapacidad 2 (10,9%) indican detección tardía de los casos. Del total de los pacientes, 21 (45%) fueron diagnosticados con 3 a más años del apareamiento de los síntomas. Fueron registrados 179 contactos, de los cuales apenas 30 (16,8%) fueron examinados, siendo 1 (3%) diagnosticado y clasificado como MB.

Cuadro 5. Perfil de los casos nuevos de Lepra detectados y prevalencia, Alto Paraná, 2010.

Distritos	Casos Nuevos				Prevalencia		
	MB	PB	Total	Tasa x 10 ⁴ hab.	<15años	Pacientes en PQT	Tasa x 10 ⁴ hab
Ciudad del Este	13	2	15	0,5	1	14	0,4
Mallorquin	1	0	1	0,4	1	1	0,4
Domingo M. Irala	1	0	1	0,9	0	1	0,9
Hernandarias	3	2	5	0,6	0	4	0,5
Iruña							
Itakyry	3	0	3	0,8	0	3	0,8
J.E. Oleary	3	0	3	1,3	0	3	1,3
Los Cedrales	2	0	2	1,4	0	2	1,4
Mbaracayu							
Minga Guazu	3	4	7	1,1	0	7	1,1
Minga Porá							
Naranjal							
Ñacunday	1	0	1	0,7	0	1	0,8
Presidente Franco	2	1	3	0,4	0	2	0,2
San Cristóbal	1	0	1	0,8	0	1	0,8
Santa Rita	4	1	5	2,3	0	4	1,9
Santa Rosa del Monday							
San Alberto							
Yguazú							
Total	37	10	47	0,6	2	43	0,5

Las tasas de detección registradas durante 2003-2010 (Cuadro 6) deben ser analizadas con cautela. En 2010, la proporción de casos MB fue igual a la nacional. Se sugiere sea revisada la base de datos y se relacionen con otros datos.

Cuadro 6. Perfil de los casos nuevos de Lepra Detectados, Alto Paraná 2003-2010

Años	Casos nuevos	Proporción de casos MB (%)	Proporción de casos en < de 15 años (%)
2003	48	73,0	6,0
2004	55	72,0	11,0
2005	57	86,0	0,0
2006	53	75,0	2,0
2007	36	83,0	3,0
2008	44	80,0	7,0
2009	46	89,0	7,0
2010	47	79,0	4,0

CAAZAPÁ

Con superficie de 9.496 Km², 2,33% del territorio del país, y una población de 150.910 habitantes, (79.621 hombres y 71.289 mujeres), su capital del mismo nombre es su distrito mejor conectado al resto del país. La mayoría de los restantes 9 distritos (Abaí, Buena Vista, Dr. Moisés Bertoni, Gral. Higinio Morinigo, Maciel, San Juan Nepomuceno, Tavaí, Yegros, Yuty) y localidades tienen accesos deficientes, por existir escasa infraestructura vial (ver mapa).

El departamento tiene de las tasas de crecimiento más bajas del país (0,3) y una tasa de mortalidad general de 3,8 por 1000 habitantes, cercana a la media nacional. La tasa de mortalidad infantil es de 15,7 y la razón de mortalidad materna de 156,7 por 1000 nacidos vivos.

Mapa del Departamento Caazapá



El programa fue descentralizado a partir de 2008, antes bajo la dirección del Hospital Mennonita, y actúa en las más de 21 USF y 28 puestos de salud de la región. Sin embargo, el Hospital Mennonita aún supervisa bimensualmente el diagnóstico y tratamiento en el Distrito de San Juan Nepomuceno, y realiza actividades puntuales a cada 4 meses en Caazapá. Actualmente, los 10 distritos cuentan con encargados distritales de lepra, todos enfermeras auxiliares. Realizan jornadas educativas intensivas anuales en escuelas, colegios y con funcionarios de las USF.

En 2010 fueron diagnosticados 14 casos nuevos (6 diagnósticos realizados en visitas del equipo del Hospital Mennonita). Apenas 1 paciente era menor de 15 años de edad, pero 92% de los casos era MB y 17% tenía discapacidad grado 2 en el momento del diagnóstico. Al final del año

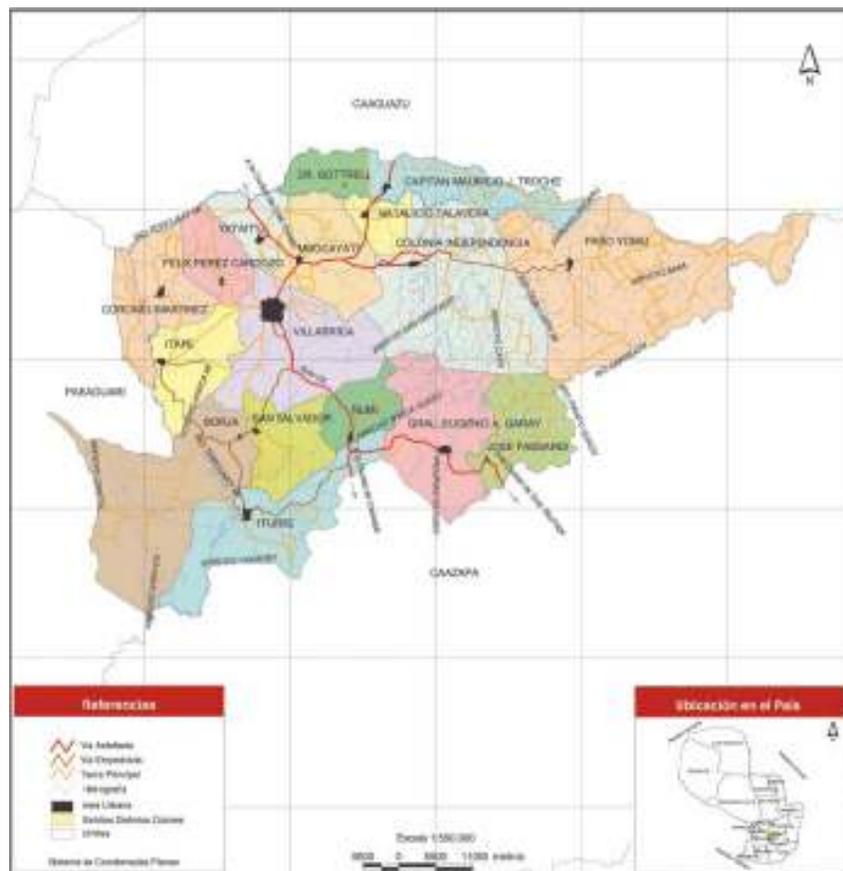
13 pacientes estaban registrados en tratamiento. Un caso nuevo fue diagnosticado en el primer trimestre de 2011.

GUAIRÁ

Ubicada en el centro de la Región Oriental, es el segundo departamento más pequeño, con superficie de 3.846 Km² (0,95% del total del territorio) pero con alta densidad de población (44,8 habitantes/km²). Dividido en 18 Distritos (ver mapa), distribuidos en 5 ejes de los cuales el más poblado es el Eje Centro-Oeste donde se localiza su capital Villarrica, que tiene un interesante movimiento cultural y universitario.

La tasa de mortalidad general es de 4,6 por mil habitantes, ligeramente superior a la media nacional, mientras que la tasa de crecimiento es de 0,5. La tasa de mortalidad infantil es de 17,9 y la razón de mortalidad materna de 133,8 por 1000 nacidos vivos.

Mapa del Departamento Guairá



La red de servicios públicos consta con 62 establecimientos de salud del MS y BS que comprende un Hospital Regional con 100 camas, 3 Hospitales Distritales, 1 Centros de Salud y 51 unidades de atención básica. Entre 2009 y 2010 fueron instaladas 53 USF y existe plan de ampliación de la cobertura en los próximos años. Los ejes Centro-oeste (donde se localiza la capital Villarrica) y Este tienen la mayor cobertura por servicios de salud de la Región Sanitaria, con 39 y 26% de la población cubierta, respectivamente.

Aunque la sospecha de caso de lepra se realiza en las USF, el diagnóstico es realizado en el Hospital Regional, supervisado por el equipo del Hospital Mennonita. Existen laboratorios entrenados en diagnóstico de lepra en el Centro de Salud de Paso Yobai y en los Hospitales Distritales de Colonia Independencia, Iturbe y Capitán Mauricio J. Troche. La administración del tratamiento es realizada por enfermeros o educadores, pero apenas cuatro unidades realizan control de contactos.

El comportamiento de la lepra en muestra que la tendencia de las tasa de prevalencia oscila entre 1,1 y 0,6 (Cuadro 7).

Cuadro 7. Tasas de prevalencia y detección, Guará 2005-2010

Años	Casos en registro activo	Tasa de prevalencia x 10.000 hab.	Detección de casos nuevos	Tasa de detección x 100.000 hab.	Población de la región
2005	22	1,1	11	5,7	192.530
2006	17	0,8	16	8,2	193.430
2007	19	0,9	19	9,7	194.330
2008	13	0,6	17	8,7	195.230
2009	19	0,9	23	11,7	196.130
2010	18	0,9	18	9,7	197.030

Si bien la tasa de prevalencia a nivel departamental alcanzó la meta de eliminación como problema de salud pública en 2006, se observa que en la mayoría de los Distritos que reportan casos de lepra, el coeficiente de prevalencia es superior a 1 por 10 mil habitantes (Cuadro 8).

Cuadro 8. Perfil de los casos nuevos de Lepra detectados y prevalencia, Caazapá, 2010.

Distritos	Casos Nuevos				Prevalencia	
	MB	PB	Total	Tasa x 10 ⁴ hab.	Pacientes en PQT	Tasa x 10 ⁴ hab
Villarrica	6	0	7	1,2	7	1,2
Borja	2	0	2	1,9	1	0,9
Cap. Mauricio J Troche	1	0	1	1,0	1	1,0
Coronel Martínez						
Dr. Botrell						
Feliz Perez Cardozo	0	1	1	1,9		
Gral. Eugenio A Garay	4	0	4	5,2	3	3,8
Colonia Independencia	1	0	1	0,4		
Itape						
Iturbe						
Fassardi	1	0	1	1,3	1	1,3
Mbocayaty						
Natalicio Talavera						
Ñumí						
San Salvador	1	0	1	2,8	1	2,8
Yataity	1	0	1	2,3	1	2,3
Paso Yobai	3	0	3	1,1	3	1,1
Tebicuary						
Total	19	2	21	1,1	18	0,9

Aunque apenas 1 caso fue diagnosticado en niño menor de 15 años y 2 pacientes fueron diagnosticados con grado 2 de discapacidad, 91% de los casos fue de MB. Por lo tanto, cabe resaltar la necesidad de acción estratégica en este Departamento a nivel distrital y de las localidades con casos de lepra. Se deben revisar las tasas de prevalencia para hacer conclusiones sólidas sobre el estatus de eliminación como problema de salud pública.

En general, existe asimetría entre las diferentes regiones en relación a la situación de la epidemia, al grado de desarrollo de la descentralización, la capacitación de los recursos humanos, y el soporte laboratorial para exámenes complementarios. Pero en todas las áreas visitadas fueron referidas necesidades comunes principalmente de capacitación en el manejo de la información, soporte del nivel distrital y supervisión por el nivel central.

CONCLUSIONES

De acuerdo con las observaciones realizadas, el país se encuentra en progresivo avance para la eliminación de la Lepra como problema de salud pública a nivel sub-nacional. La existencia de normas actualizadas y su aplicación efectiva parecen haber favorecido el aumento de detección oportuna de casos. Esperamos que mejoras en el proceso de descentralización de los servicios de salud se reflejen en mejoras en la detección de casos y en el acompañamiento integral del paciente con lepra. La automatización de la base de datos a nivel central ha facilitado el envío oportuno de los indicadores. Sin embargo, aún persisten grandes oportunidades y desafíos al Programa Nacional a ser trabajados en los años venideros. Resaltamos algunos aspectos que consideramos prioritarios y que sugerimos sean considerados como acciones prioritarias:

En relación a la prestación de servicios:

- Promover la integración de las acciones de promoción de la salud y atención integral de los pacientes de lepra a nivel de servicios de atención básica.
- Ampliar la cobertura a nivel de la atención básica en acciones de control y vigilancia del programa.
- Favorecer acciones de detección precoz orientadas a la búsqueda activa de casos PB entre los sintomáticos dermatológicos y neurológicos y contactos de pacientes.

- Favorecer la aplicación de estrategias de rehabilitación basada en la comunidad.
- Colaborar con la ejecución de plan de reducción del estigma y discriminación.
- Promover acciones el empoderamiento de las actividades de prevención y control de discapacidades en los pacientes
- Promover el autocuidado de los pacientes en control.

En relación a los procesos de gestión del programa

- Establecer mecanismos de supervisión capacitadora y continua que faciliten la adaptación de los trabajadores de salud a los nuevos escenarios y a las necesidades cambiantes de la población.
- Apoyar la revisión y actualización de políticas y planes del Programa Nacional y la elaboración de suplementos a las normas que incluyan procedimientos operacionales padrones y de flujogramas para las rutinas de atención de pacientes, de vigilancia de contactos y de flujo de la información para asegurar la existencia de guías y directrices claras en todos los niveles.
- Incentivar la articulación de los diversos actores del Ministerio de Salud y Bienestar Social a nivel nacional, regional y local a través del apoyo para la negociación, implementación, actualización y armonización de la normativa.
- Apoyar la elaboración e implementación de plan para modernizar y actualizar el sistema de información sanitaria en todos los niveles, con seguimiento, evaluación y utilización de indicadores de resultados e impactos de los proyectos, programas y acciones finalísticas.
- Apoyar la creación y el desarrollo de cooperación entre regiones en base a la experiencia de regiones ya estructuradas.
- Colaborar en la definición de temas prioritarios regionales y subregionales para la capacitación de recursos humanos, orientado al fortalecimiento de cada región frente a los desafíos que enfrenta y tomando en cuenta que la cobertura universal en desarrollo por el Plan Nacional de Salud requerirá un volumen importante de profesionales entrenados en atención integral al paciente con lepra y sus contactos.
- Colaborar con el desarrollo de mecanismos funcionales para ampliar el alcance y el desempeño del Programa Nacional de Lepra y apoyar la mejoría de capacidades institucionales en la implementación de intervenciones costo efectivas.

- Formación de capacidades de planificación y gestión de actores sociales e institucionales y de agentes del desarrollo en los distritos para favorecer el desarrollo sostenible de la atención integral al paciente con lepra.
- Estudiar la factibilidad de realizar supervisión capacitante a los diferentes niveles jerárquicos, conjuntamente con otros programas relevantes del país.

ANEXOS

1. Participantes

Equipo líder nacional:

Dr. Iván Allende, Director de Vigilancia de la salud

Dra. María V. Alvarenga de Morra, Jefa Programa Nacional de Lepra (PNL)

Dr. Julio Correa (PNL-MSP), Médico de la Unidad Dermatológica San Lorenzo.

Lic. Gladys Estigarribia (PNL-MSP)

Lic. Lorena Florentín (PNL-MSP)

Dr. Nery Ortiz (PNL-MSP y Hospital Mennonita)

OPS/OMS Paraguay:

Dr. Ruben Figueroa, Representante OPS/OMS/Paraguay

Dra. Vidalia Lesmo, Punto Focal

Obsevadores Externos OPS/OMS:

Dra. Celsa Sampson, Consultora

Dra. Ximena Illarramendi, Consultora

2. Propuesta de trabajo para el Programa Nacional de Lepra

PROPUESTA DE TRABAJO PARA EL PROGRAMA NACIONAL DE LEPRO

Documento realizado conjuntamente por las Dras. Maria V Alvarenga (PNL), Vidalia Lesmo (OPS/OMS PAR), Celsa Sampson y Ximena Illarramendi.

1. Programa de capacitación de funcionarios estratificado según las necesidades de cada región:
 - a. Flujo de información: Elaborar procedimientos operacionales padrón y flujogramas para cada proceso envuelto en el catastro de pacientes y contactos, registro de administración de tratamiento, en el registro de discapacidades, y en el envío de la información.
 - b. Uso y manejo de los instrumentos utilizados por el programa para la vigilancia que son requisitos según el manual.
 - c. Fortalecer el recurso humano en Evaluación, prevención y rehabilitación de discapacidades. Solicitar cooperación con expertos del Hospital Mennonita Km 81.
 - d. Capacitación en sistemas de información para el personal del nivel central.
 - e. Participar del Curso de gestión del Instituto de Salud, para gerente del programa.
2. Describir las competencias y responsabilidades de los funcionarios en todos los niveles de acción y hacer llegar las directrices a cada uno los niveles.
 - a. Creación de cuadro con perfil de actividades y tareas para cada nivel.
3. Consensuar la definición de cura para estandarizar el cálculo de la tasa de alta por cura.
4. Concluir el manual de monitoreo en fase de elaboración por el programa nacional de lepra:
 - a. Crear indicadores para el monitoreo: eg. USF con pacientes en control.
5. Fortalecer la integración y establecer directrices entre las distintas unidades y coordinaciones:

- a. Con Vigilancia epidemiológica y bioestadística en los varios niveles. de manejo de la información de lepra
 - i. Corroborar los datos del programa con los datos existentes en bioestadística.
 - ii. Actualizar el análisis y seguimiento de los datos de lepra en las unidades epidemiológicas regionales siguiendo los indicadores establecidos

- b. En conjunto con la coordinación de atención primaria para la atención integral de los pacientes y sus contactos, y la participación de la comunidad.
 - i. Supervisión capacitante de las acciones en las Unidades de salud de la familia.
 - ii. Para fortalecer la educación y promover la participación comunitaria para la reducción de la discriminación y el estigma de la lepra.
 - iii. Elaboración de guías para el diagnóstico y tratamiento de lepra, vigilancia de contactos y evaluación y prevención de discapacidades.

Asunción, 1 de abril de 2011.