
Planes de Acción Integrados para la Prevención, Control y Eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas

Taller de Formación
de Facilitadores
Lima, 24 – 26 de
Octubre 2011

Organizado por el Programa
Regional de Enfermedades
Infecciosas Desatendidas de
OPS/OMS con el auspicio de la
Agencia Canadiense para el
Desarrollo Internacional-
ACDI/CIDA

Índice de Contenidos

	Página
Lista de Acrónimos	4
Resumen Ejecutivo	5
I. El Taller	8
1.1 Objetivos	
1.2 Metodología	
1.3 Inauguración	
II. Situación Regional de las EID y Abordaje Integral para su Control y Eliminación	11
2.1 Las Enfermedades Infecciosas Desatendidas: Panorama Regional, oportunidades y retos	11
2.2 Abordaje integral, interprogramático e intersectorial de las EID: aproximación al marco conceptual	20
III. Oportunidades para el Abordaje Integral para el control y Eliminación de las EID en LAC	27
3.1 Proyecto “Mejora de la salud y mayor protección contra enfermedades transmisibles para mujeres, niños y poblaciones excluidas en situaciones de vulnerabilidad en América- ACIDI/CIDA”, oportunidades y perspectivas en su implementación.	27
3.2 Guía para el desarrollo de planes de acción integrados para las EID: presentación de contenidos y herramientas	29
IV. Formulación de Planes de Acción Integrados para las EID: Paso a Paso	33
4.1 Bolivia	
4.2 Ecuador	
4.3 Paraguay	
4.4 Perú	
V. Ruta de Trabajo para la Elaboración de Planes Integrados para las EID	35
5.1 Bolivia	36
5.2 Ecuador	36
5.3 Paraguay	37
5.4 Perú	38

VI.	Versión preliminar de planes de acción integrados para el control y eliminación de las EID's	39
	5.1 Bolivia	39
	5.2 Ecuador	53
	5.3 Paraguay	66
	5.4 Perú	82
VII.	Anexos	96
	7.1 Agenda	97
	7.2 Participantes	101

Lista de Acrónimos

ACDI	Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional
ACS	Agentes Comunitarios de Salud
AIEPI	Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia
APAFA	Asociación de Padres de Familia
APS	Atención Primaria de Salud
AVAD	Años de Vida Ajustados según Discapacidad
CENAN	Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
CIDA	Canadian International Development Agency
CPN	Control Pre Natal
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
DGSP	Dirección General de Salud de las Personas
EID	Enfermedades Infecciosas Desatendidas
ESN	Estrategias Sanitarias Nacionales
ETV	Enfermedades de Transmisión Vectorial
FAO	Food and Agriculture Organization
FL	Filariasis Linfática
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
INS	Instituto Nacional de Salud
IPH	Índice de Pobreza Humana
IPS	Instituto de Prevención Social
LAC	Latinoamérica y el Caribe
MEF	Mujeres en Edad Fértil
MINSA	Ministerio de Salud
MDR&T	Ministerio de Desarrollo Rural y Tierras
MS&D	Ministerio de Salud y Deportes
MSP	Ministerio de Salud Pública
MSP y BS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PCM	Presidencia del Consejo de Ministros
PIN	Programa Integrado de Nutrición
PMA	Programa Mundial de Alimentos
SEN	Servicio de Emergencia Nacional
SENASA	Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil
UGEL	Unidad de Gestión Educativa Local
USAID	United States Agency for International Development [Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional]
VIH/SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida

Resumen ejecutivo

Las Enfermedades Infecciosas Desatendidas (EID) afectan principalmente a las poblaciones que viven en condiciones socioeconómicas pobres, con bajos ingresos, con bajos niveles educativos, con viviendas precarias, con limitado acceso a servicios básicos como agua potable y saneamiento básico, en zonas de conflicto o en condiciones ambientales deterioradas, y con barreras para el acceso a los servicios de salud.

Las poblaciones vulnerables viven en las zonas rurales o en los ámbitos periurbanos. Se estima que más de mil millones de personas en el mundo, sufren por lo menos de una EID y la carga conjunta de esta enfermedad es de casi 56,6 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)¹, cifra que solo es superada por enfermedades infecciosas como las infecciones respiratorias, VIH/SIDA y las enfermedades diarreicas.

Entre América Latina y el Caribe, la carga de las EID suma el 8.8% de la carga mundial, aproximadamente cinco millones de las AVAD², superior a la carga por enfermedad del VIH/SIDA.

A partir del informe sobre eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza, el Consejo Directivo de la OPS aprobó la Resolución CD49.R19, en el que resuelve instar a los estados miembros a que se comprometan a eliminar o reducir significativamente su impacto para el año 2015, a partir de intervenciones costo-efectivas ya existentes³.

En este sentido, el Programa Regional de Enfermedades Desatendidas de la OPS viene promoviendo un abordaje integral, que incluye tanto estrategias interprogramáticas como acciones intersectoriales. En este contexto, surge la guía para la formulación e implementación de Planes Integrales de Control o Eliminación de las Enfermedades Desatendidas, cuyo propósito es aunar esfuerzos para la planificación, implementación, monitoreo, evaluación, entre las intervenciones y programas de prevención, control y eliminación de las EID del sector salud, con otros programas o plataformas de salud que lleguen a los mismos grupos de población o área geográfica en las que hay presencia de EID, tales como: Atención primaria de salud, AIEPI, Programa ampliado de inmunizaciones,

¹ Hotez PJ, Molyneux DH, Fenwick A, Kumaresan J, Sachs SE, Sachs JD, Savioli L. Control of neglected tropical diseases. *N Engl J Med.* 2007; 357:1018-27. (Fecha de consulta: 14 de octubre del 2011). Disponible: http://140.226.65.22/davis_lab/Parasit_links/Control%20of%20Neglected%20Tropical%20Diseases%20'07.pdf

² Hotez PJ, Bottazzi ME, Franco-Paredes C, Ault SK, Roses-Periago M. The Neglected Tropical Diseases of Latin America and the Caribbean: A Review of Disease Burden and Distribution and a Roadmap for Control and Elimination. *PLOS Neglected Tropical Diseases* 2008; (Fecha de consulta: 14 de octubre del 2011). Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2553488/pdf/pntd.0000300.pdf>

³ Organización Panamericana de la Salud. Consejo Directivo. Resolución CD 49. R19, "Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza". 2 de octubre de 2009.

Programas de nutrición, Control de malaria, además de programas, estrategias e iniciativas de otros sectores

En el marco del proyecto “Mejora de la salud y mayor protección contra enfermedades transmisibles para mujeres, niños y poblaciones excluidas en situaciones de vulnerabilidad en América” (2011 – 2013), se desarrolló el taller de formación de facilitadores para el uso de la guía Formulación de planes de acción integrados para la prevención, control y eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas organizado por el Programa Regional de Enfermedades Infecciosas Desatendidas de OPS/OMS con el auspicio de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional-ACDI/CIDA.

Entre las principales conclusiones del taller, tenemos:

1. Promover el diseño e implementación de planes de acción integrado para la prevención, control y eliminación de las enfermedades desatendidas.
2. El Plan de acción integrado de las EID debe constituirse como un plan a mediano y largo plazo, que permita identificar una serie de estrategias y actividades para alcanzar las metas de eliminación y control de una serie de enfermedades priorizadas en cada país.
3. En el marco del proyecto CIDA/Canadá, para las EID se canalizarán recursos para la implementación de algunas actividades que estos planes contemplen en los ámbitos locales de los países participantes.
4. Bolivia, Ecuador, Paraguay y Perú cuentan con facilitadores capacitados en el uso de la Guía para el desarrollo de planes integrados de acción. Estos facilitadores serán los llamados a liderar el desarrollo de los mismos en cada uno de los ámbitos seleccionados en los países participantes del proyecto CIDA/Canadá.
5. Los participantes hicieron ejercicios de los diferentes pasos de la Guía que los llevó a elaborar planes integrados y contemplaron acciones comunes para potenciar esfuerzos y recursos que redunden en mejores resultados en salud y desarrollo en las poblaciones más vulnerables.
6. Se concluyó que los cuatro (04) países participantes contaran al mes de abril de 2012 con una aproximación de cada uno de los planes nacionales de enfermedades desatendidas.
7. Finalmente, se estableció la ruta de trabajo por cada uno de los países participantes que permitirá en el corto y mediano plazo avanzar hacia el desarrollo e implementación de planes integrados de acción para la prevención, control y eliminación de EID en los ámbitos locales seleccionados para el proyecto.

Las principales recomendaciones fueron:

1. Incorporar y mantener una estrecha comunicación y coordinación con otros programas, estrategias o plataformas del sector salud, así como con otros sectores relacionados con las determinantes sociales de salud, desde la formulación del plan hasta su implementación.

2. La formulación e implementación de los planes integrados locales requiere de la participación y asesoramiento permanente del nivel nacional, así como de socios y aliados a nivel nacional y local, tales como OPS, ONG's, entre otros.
3. El Programa Regional de EID, para el tema de costeo, promueve el uso de la herramienta de análisis de brechas en financiación de programas de EID de USAID. Su aplicación requiere contar con planes de acción integrados concluidos; en ese sentido, se recomienda que se formulen los planes en el tiempo previsto de tal manera que a través de las oficinas de la OPS, se solicite el asesoramiento de USAID y se programe un evento o taller de capacitación en el uso de la herramienta.

I. El Taller

El Programa Regional de Enfermedades Infecciosas Desatendidas (EID) de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS y la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional - ACDI/CIDA, en el marco del Proyecto “Mejora de la salud y mayor protección contra enfermedades transmisibles para mujeres, niños y poblaciones excluidas en situaciones de vulnerabilidad en América” 2011 – 2015, han unido esfuerzos con el propósito de contribuir en el desarrollo de planes de acción integrados para la prevención, control y eliminación de las EID en los países de la Región.

Parte de este esfuerzo, es el taller de formación de facilitadores nacionales cuyo objetivo fue dar a conocer e implementar la guía para el desarrollo de planes de acción integrados para la prevención, control y eliminación de las EID, en los ámbitos locales seleccionados para el proyecto ACDI/CIDA en cada uno de los países participantes.

El taller, también contó con la participación y apoyo de consultores del programa de inmunización de OPS Washington y Perú.

1.1 Objetivos

- Formar facilitadores nacionales de Ecuador, Nicaragua, Paraguay y Perú para usar e implementar la guía para el desarrollo de planes de acción integrados para la prevención, control y eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas en los ámbitos locales seleccionados para el proyecto ACDI/CIDA.
- Obtener un esquema general de la estructura de los planes de acción integrados de los ámbitos locales seleccionados para el proyecto ACDI/CIDA en Ecuador, Nicaragua, Paraguay y Perú⁴.
- Estructurar una ruta de trabajo conjunto entre los cuatro (04) países participantes y la OPS/OMS, que permita en 2011 y 2012 avanzar hacia el desarrollo e implementación de Planes integrados de acción para la prevención, control y eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas en los ámbitos locales seleccionados para el proyecto ACDI/CIDA.

1.2 Metodología

Se contemplaron presentaciones del estado del arte de las EID, las mismas que permitieron conocer y discutir la situación Regional de las EID y proponer un abordaje integral para su control y eliminación.

⁴ Nicaragua no participó del taller debido a circunstancias propias del cambio de autoridades del Ministerio de Salud del país.

Se organizaron, también grupos de trabajo por país, en los que los participantes conocieron y desarrollaron paso a paso la guía para el desarrollo de planes de acción integrados para la prevención, control y eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas.

Se previó una dinámica para el planeamiento de una ruta de trabajo para que en el corto y mediano plazo cada ámbito del proyecto ACIDI/CIDA pudieran diseñar e implementar sus planes integrados de acción.

1.3 Inauguración

La inauguración del evento estuvo a cargo del Dr. Carlos Acosta Saal, Director General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud de Perú y del Dr. Santiago Nicholls, Oficial Técnico del Programa Regional de Enfermedades Infecciosas Desatendidas de OPS/OMS Washington.

El Dr. Santiago Nicholls, dio la bienvenida y agradeció a los delegados del Ministerio de Salud y las representaciones de OPS/OMS de los países convocados a nombre del Programa Regional de Enfermedades Infecciosas Desatendidas de OPS/OMS y de la Representación de OPS/OMS en el Perú.

Asimismo, el Dr. Nicholls resaltó que para el Programa Regional de Enfermedades Infecciosas Desatendidas de OPS/OMS es de suma importancia el tema abordado en el taller y que en los últimos años ha tomado un gran impulso. Señaló, además que el taller es fruto de un esfuerzo conjunto con el Proyecto ACIDI/CIDA que viene iniciando acciones en los países prioritarios.

Finalmente, exhorto a los asistentes a un trabajo intenso y conjunto para alcanzar los objetivos trazados para el taller.

El Dr. Carlos Acosta Saal brindó un cálido saludo a los delegados de los diferentes países y expresó su agradecimiento a la OPS/OMS por haber elegido al Perú como sede de este evento. Resaltó, también la importancia del evento, así como el compromiso del Ministerio de Salud del Perú con el tema.

Entre otros aspectos el Dr. Acosta señaló que en el Perú como en otros países del mundo; la exclusión de las personas por diferentes temas, no solo económicos, ha conllevado a sus autoridades a gestionar en escasez, obligándolos a priorizar y focalizar intervenciones en función de las necesidades de estas poblaciones y no precisamente con base en un trabajo técnico y sistemático, generando un tipo de exclusión en el campo de la salud.

En este sentido, manifestó que en la actualidad existe un conjunto grande de enfermedades excluidas o desatendidas que están causando un impacto negativo en la población de los países de la Región de las Américas, que requieren la atención inmediata y que los enfrenta a grandes retos como: *a) contar con legislación y regulación que garantice el acceso, calidad y disponibilidad de medicamentos necesarios, asegurando los intereses colectivos sobre los individuales; b) generar y consolidar una estrategia conjunta entre países vecinos para la legislación, regulación y adquisición de medicamentos y el fortalecimiento de los Institutos Nacionales de Salud para la producción de medicamentos específicos para estas enfermedades desatendidas.*

El Dr. Acosta propuso que frente a esta situación: primero, sería necesario establecer un listado de enfermedades desatendidas que requieren de esta estrategia conjunta; segundo, generar la evidencia suficiente sobre las acciones necesarias para la prevención, control y eliminación de las EID; tercero, establecer tratamiento, pruebas diagnósticas y el perfil del profesional requerido en los diferentes niveles de resolución; cuarto, crear una unidad ejecutora oficial y formal que ponga a andar esta propuesta.

Asimismo, destacó algunas experiencias exitosas respecto a la legislación, regulación e implementación de acciones conjuntas para la solución de problemas de salud pública como la mortalidad materna, que si bien distan del tema de las EID, se constituye en un aporte valioso para el proceso que se inicia en este taller. Finalmente, señaló que en la actualidad, el Perú cuenta con condiciones económicas, políticas y de gestión óptimas para que en el corto plazo se ponga en marcha los compromisos y productos de esta reunión.

Al término de las dos presentaciones, el Dr. Nicholls, resumió que las EID *“son aquellas que afectan desproporcionalmente a poblaciones desatendidas, excluidas, marginalizadas que viven en condiciones económicas precarias y ambientales propicias para que haya persistencia de estas enfermedades”*.

Por su parte la Dra. Martha Saboyá, Programa Regional de Enfermedades Infecciosas Desatendidas de OPS/OMS Washington, manifestó que existen problemas en definir qué son y cuáles son las EID. Asimismo, que estas enfermedades empiezan a ser tan raras y extrañas que incluso se van borrando de la atención y que resultan ser enfermedades con alto poder discapacitante y con impacto socioeconómico, constituyéndose en enfermedades altamente asociadas a las determinantes sociales de la salud (DSS). También, explicó el desarrollo de la agenda del taller e instó a los participantes llevarse conceptos más claros y alcanzar una aproximación multisectorial para el control y eliminación de las EID.

II. Situación Regional de las EID y Abordaje Integral para su Control y Eliminación

2.1 Las Enfermedades Infecciosas Desatendidas: Panorama Regional, oportunidades y retos

Dr. Santiago Nicholls, Programa Regional EID en OPS/OMS.

Conceptos generales:

- Los Estados le dan poca prioridad a la vigilancia y control de las EID, por su naturaleza crónica y silenciosa y por afectar a comunidades con voz política débil. El sector privado también ha limitado la investigación y el desarrollo de nuevos y mejores medicamentos y métodos de diagnóstico porque no encuentra en las poblaciones afectadas un mercado capaz de generar utilidades que compensen las inversiones realizadas, finalmente porque son enfermedades de poblaciones excluidas y marginalizadas.
- En resumen, las EID son enfermedades que afectan de manera desproporcionada a comunidades pobres, marginadas, históricamente excluidas de la sociedad urbanizada, grupos étnicos, afroamericanos y minorías étnicas.

Carga de enfermedad por enfermedades desatendidas:

- El concepto de enfermedades tropicales desatendidas y enfermedades infecciosas desatendidas son dos conceptos muy similares pero que tienen ciertas precisiones que los diferencian. Para la Región, utilizamos el de enfermedades infecciosas desatendidas (EID)
- Se estima que más de mil millones de personas en el mundo sufren por lo menos de una EID, que la carga conjunta de la enfermedad es de casi 56,6 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), que solo es superada por las enfermedades infecciosas como: las infecciones respiratorias, VIH/SIDA y las enfermedades diarreicas.
- La carga de las EID es mayor que la malaria, tuberculosis o sarampión. En América Latina y el Caribe, la carga de las EID es de 8.8% de la carga mundial, aproximadamente 5 millones de las AVAD, superior a la carga por enfermedad del VIH/SIDA en la Región.

Los factores sociales determinantes de las EID en América Latina y el Caribe:

- Globalmente en América Latina y el Caribe, en el 2008, 40% de los 566 millones de habitantes aproximadamente viven en condiciones de pobreza 47 millones de personas viven con un ingreso *per cápita* diario menor de un dólar y 74 millones viven con menos de dos dólares diarios.

- América Latina y el Caribe no es la región más pobre del mundo; sin embargo, es la región con mayores desigualdades. El 10% más rico de la población recibe el 48% de los ingresos, mientras 10% más pobre recibe apenas el 1,6%.
- En el 2006, el 9% de la población carecía de acceso a agua potable, mucho más en zonas rurales que en zonas urbanas. También en ese mismo año, el 22% carecía de acceso a adecuados servicios de saneamientos básico, nuevamente mucho más en las zonas rurales que en las zonas urbanas.
- Los aspectos socioeconómicos constituyen factores determinantes muy importantes en todas las EID. Algunas de ellas como son: filariasis linfática, esquistosomiasis y oncocercosis fueron traídas a las Américas con el tráfico de esclavos desde África y encontraron aquí condiciones propicias para su presencia, para establecer su ciclo y persistir.

Marco de acción, trabajo y priorización de las EID en LAC:

- Resolución CD49.R19 de la OPS, firmada en el 2009, resuelve instar a los Estados miembros a que se comprometan con la eliminación o la reducción de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza que pueden combatirse con los instrumentos existentes e intervenciones costo-efectivas conocidas.
- El control y eliminación de las EID constituyen un imperativo ético y moral, dado que la resolución plantea como objetivo eliminar las EID como problema de salud pública o reducir drásticamente la carga de un grupo de estas enfermedades tropicales desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza para el año 2015.

Situación epidemiológica de las EID en LAC

(Datos actualizados a octubre 2011)

- La Resolución CD49.R19 agrupa principalmente a las enfermedades en dos grupos: un primer grupo, enfermedades con meta eliminación y un segundo grupo, enfermedades cuya carga de enfermedad pueden ser reducida drásticamente con las herramientas disponibles. Además, la Resolución menciona un tercer grupo de otras EID que no están incluidas con meta eliminación o control, sino que incluye todas aquellas enfermedades para las cuales se requiere evaluación de la carga y el desarrollo de herramientas, métodos y estrategias para lograr el control.

Enfermedades del grupo uno:

- *Oncocercosis*, cuya meta es lograr la interrupción de la transmisión en el 2012, dado que en este grupo es la enfermedad que está más cerca de ser eliminada en la región. Actualmente está presente en: México, Guatemala, Colombia, Ecuador, Venezuela y Brasil.

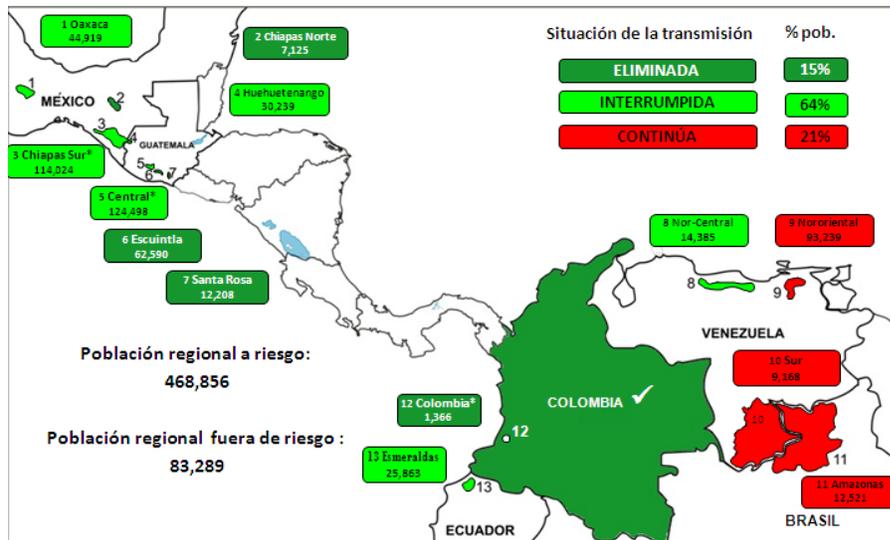
Existen aun trece focos: en cuatro de ellos la transmisión ha sido eliminada; en otros seis focos se ha interrumpido la transmisión y están en el proceso de vigilancia; en tres focos la transmisión aún persiste (el foco Noreste de Venezuela, el foco Amazonas de Brasil y el foco Sur de Venezuela; los dos últimos constituyen en su conjunto el área Yanomami, separado en dos focos por estar dividida por la frontera.

Tabla N° 01: Oncocercosis: Avances hacia la eliminación de la morbilidad ocular y la interrupción de la transmisión

Foco	¿Ha sido eliminada la ceguera?	¿Ha desaparecido la morbilidad ocular?	Estatus de la transmisión
Santa Rosa, GU	Sí	Sí	Eliminada en 2008
Escuintla, GU	Sí	Sí	Eliminada en 2009
Lopez de Micay, CO	Sí	Sí	Eliminada en 2010
Norte de Chiapas, MX	Sí	Sí	Eliminada en 2010
Huehuetenango, GU	Sí	Sí	Interrumpida en 2008
Oaxaca, MX	Sí	Sí	Interrumpida en 2008
Esmeraldas, EC	Sí	Sí	Interrumpida en 2009
Norcentral, VZ	Sí	Sí	Interrumpida en 2010
Central, GU	Sí	Sí	Interrumpida en 2011
Sur de Chiapas, MX	Sí	Sí	Interrumpida en 2011
Noreste, VZ	Sí	No (4%)	Continúa
Amazonas, BR	Sí	No (6.5%)	Continúa
Sur, VZ	Sí	No (16.8%)	Continúa

- Aproximadamente existen 525 mil personas en riesgo de Oncocercosis en la región, de los cuales más de 80 mil están fuera de riesgo. La estrategia ha sido el suministro de ivermectina al menos dos veces al año, al 85% de la población elegible. Colombia es el primer país en la región en eliminarla en todo su territorio, mientras que el área del foco Amazónico del Brasil y Sur de Venezuela se constituyen en el desafío más importante, dado que es una área muy extensa, ubicada en la selva amazónica de difícil acceso, con una población indígena, que además es nómada y con otras barreras culturales.

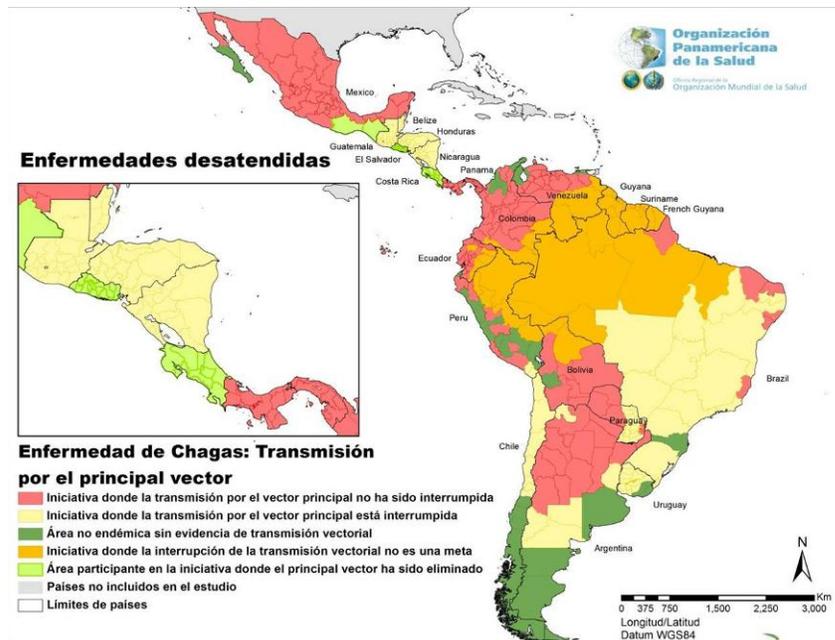
Mapa N° 01: Oncocercosis en las Américas
Distribución geográfica y situación actual de la transmisión



Fuente: OEPA <http://www.oepa.net/epidemiologia.html>

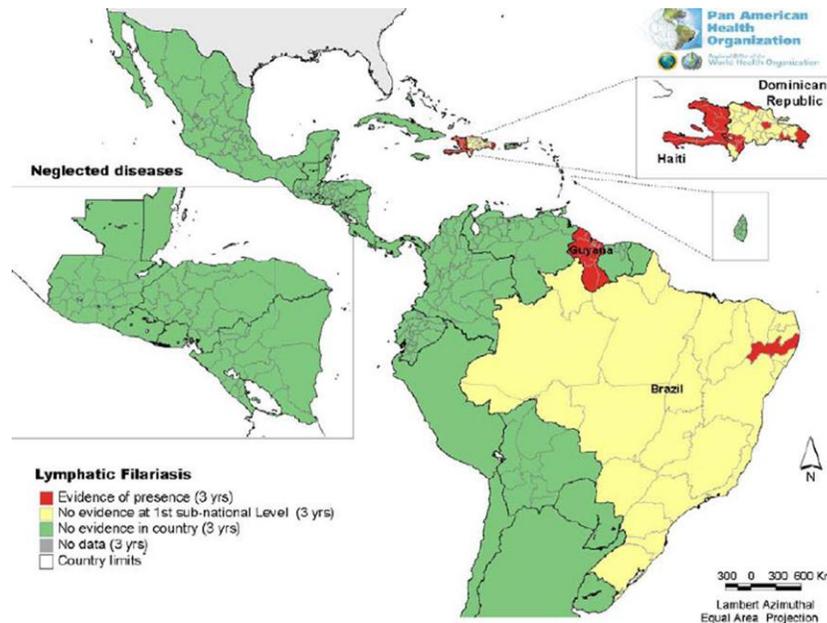
- *Enfermedad de Chagas*, cuya meta es interrupción de la transmisión vectorial domiciliar por el principal vector e interrupción o prevención de la transmisión transfusional. En este sentido, se tiene avances muy importantes en todo el continente, especialmente en el sur de América.

Mapa N° 02: Enfermedad de Chagas: Áreas de interrupción de transmisión vectorial domiciliar



- *Filariasis linfática*, que está con meta de eliminación. Actualmente existen cuatro países con transmisión de filariasis linfática, el más crítico es Haití que tiene al 90% de su población en riesgo. República Dominicana tiene algunos focos, en algunos de estos se ha logrado interrumpir o eliminar la transmisión. También, existen focos en Guyana y en el área metropolitana de Recife en Brasil. Un logro importante en la Región ha sido que Costa Rica, Surinam y Trinidad hayan salido de la lista oficial de países endémicos de la OMS.

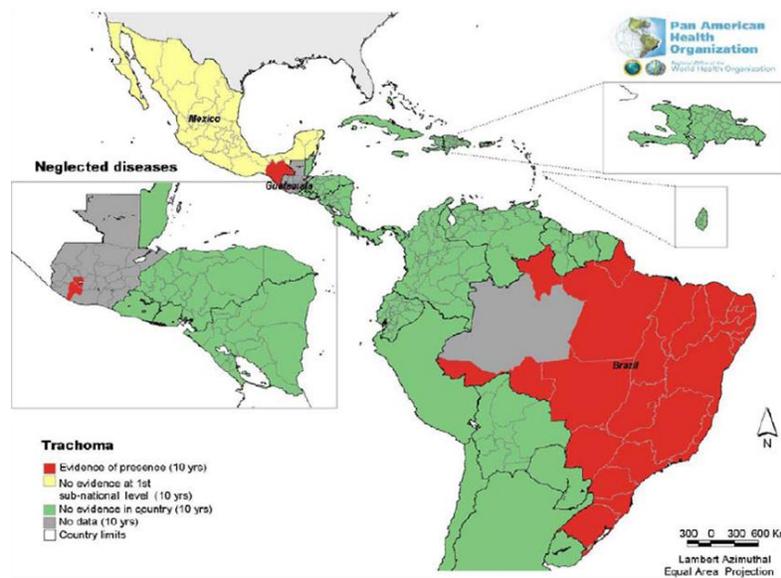
Mapa N° 03: Presencia de filariasis linfática a primer nivel subnacional en LAC, 2005-2007



Fuente: PAHO/HSD/CD based on reports submitted by the Ministries of Health to PAHO/WHO for the Program for the Elimination of Lymphatic filariasis. 2005 - 2007

- *Tracoma*, la meta es eliminación de la ceguera como consecuencia de esta enfermedad, más no la infección. En el 2010, se tuvo reportes de transmisión de tracoma en México, Guatemala y Brasil. 50 millones de personas viven en áreas de riesgo. Brasil ha detectado cerca de 7,000 casos (Se requiere vigilancia en las fronteras para los países vecinos). En 2010, Colombia publicó evidencia clínica de tracoma en unas comunidades indígenas del sur del país.
- El hecho de que haya personas con tracoma o con ceguera por tracoma es un indicador de que no han sido detectados oportunamente por el sistema de salud.

Mapa N° 04: Presencia de Tracoma a primer nivel subnacional en LAC, 2005-2007

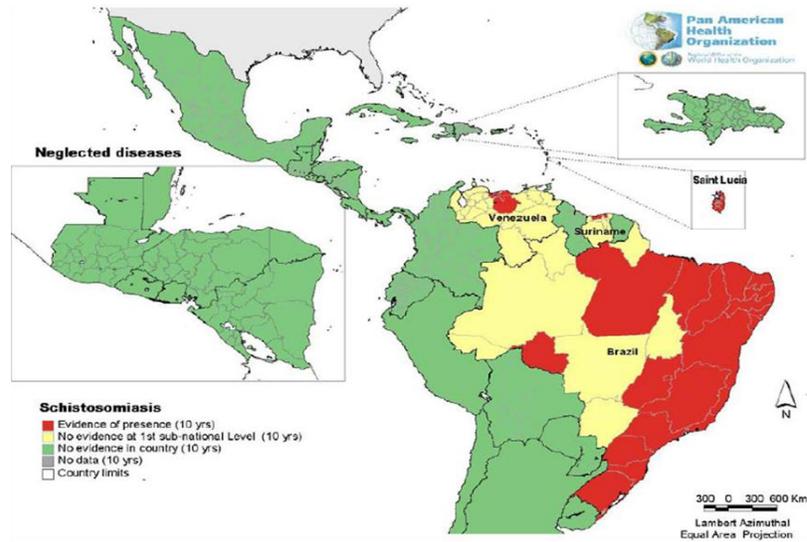


- *Lepra*, hacia los noventa en todos los países de la región se logró la meta, de menos de un caso por cada diez mil habitantes, salvo en Brasil. Cabe señalar, que si bien la meta se logró a nivel nacional, la lepra persiste al interior de algunas zonas de los países advirtiéndose una prevalencia por encima de la meta. Por esa razón, en la Resolución CD49.R19, la meta es lograr la eliminación de la lepra definida como en menos de uno en diez mil al primer nivel subnacional. Otras enfermedades de este grupo son la *rabia humana transmitida por perros* y la *peste*, esta última incluida en la Resolución por un proceso de abogacía muy importante y bien fundamentada por parte del Perú especialmente.
- La *malaria* se ve como posible eliminarla en algunas zonas como: Haití y República Dominicana, así como en algunos países de Centroamérica, en Argentina y en Paraguay, que han tenido una notoria reducción en los últimos años.
- Finalmente, se viene trabajando en enfermedades como: *tétanos neonatal* y *sífilis congénita*.

Enfermedades del grupo dos:

- Contempla las enfermedades cuyas cargas no se consideran todavía posibles de eliminar, pero sí pueden reducirse considerablemente: esquistosomiasis y helmintiasis transmitidas por contacto con el suelo.
- La *esquistosomiasis*, Brasil reporta el 90% de la carga esquistosomiasis de toda la Región, alrededor de 25 millones de personas que habitan principalmente la costa del país. En la actualidad, también se ha detectado transmisión de esquistosomiasis en Venezuela, Surinam y Santa Lucía.

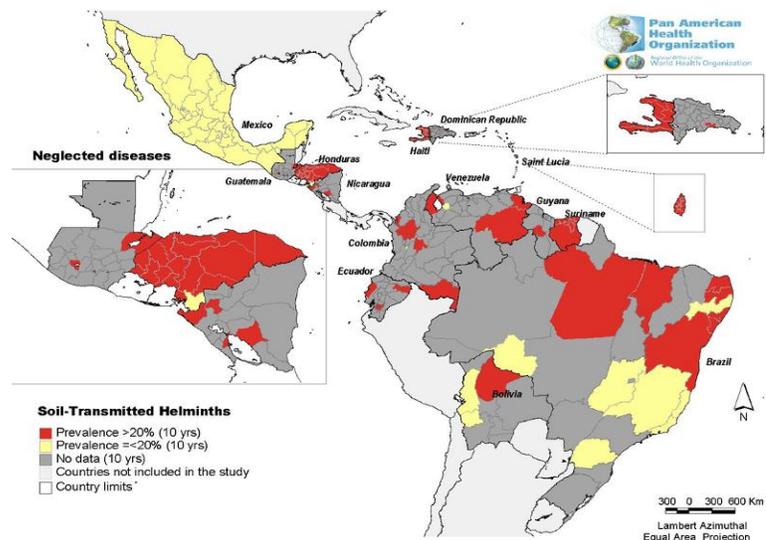
Mapa N° 05: Presencia de Esquistosomiasis a primer nivel subnacional en LAC, 2005-2007



Fuente: PAHO/HSD/CD based on Ministries of Health of Brazil, Saint Lucia and Suriname & Alarcon de Noya, B. et al.

- *Geohelminthiasis*, con presencia en todos los países, pero con prevalencia e intensidad variables. Existen al menos 13 millones de pre-escolares y 33 millones de escolares en riesgo. Para el 2009, la cobertura de desparasitación fue alta: 4,8 millones de pre-escolares y 37,4 millones de escolares; sin embargo, el grupo pre-escolares se mantuvo con muy baja cobertura. Se requiere mayor priorización, más apoyo y coordinación entre los Ministerios de Salud y las ONG's en algunos países.

**Mapa N° 06: Helmintiasis transmitida por el contacto con el suelo
Prevalencia, 1998 - 2007**



- Entre otras EID de importancia en LAC están la leishmaniasis en sus formas visceral, cutáneo y mucosa, helmintiasis zoonóticas, entre otras, que se mencionan en la Resolución pero sobre las cuales todavía no se conoce suficientemente bien su carga, ni se tienen definidas las estrategias para su control, por lo cual se tiene la necesidad de estudiarlas.

Perspectiva de trabajo 2011 – 2015:

- Teniendo como referencia la Resolución CD49.R19 del 2009, se desarrolló el análisis cualitativo de las brechas y necesidades de cooperación técnica para avanzar hacia la meta de eliminación de cinco EID en 33 países de LAC: esquistosomiasis, filariasis linfática, geohelmintiasis, oncocercosis y tracoma.
- Como resultado de este análisis, los países fueron organizados en cuatro grupos, siendo los primeros los que se vienen trabajando con mayor énfasis.



- Si se focalizan acciones en los grupos 1 y 2, se alcanzarían coberturas de desparasitación de 94% (12'088.816) de pre-escolares y 93,5% (29'927.933) de escolares a riesgo de geohelmintiasis en LAC.

Cooperación técnica de OPS/OMS para el control y eliminación de las EID en LAC:

- La cooperación técnica de OPS/OMS para el control y eliminación de las EID en los últimos años ha consistido en estimular a los países en el **análisis de la situación y mapeo de las EID**. Para ello, se ha apoyado en el desarrollo de protocolos para determinar prevalencias e intensidad de algunas EID, en países como: Surinam, Colombia, Ecuador, Bolivia y El Salvador. También, se vienen apoyando el **desarrollo de planes integrados**; por ejemplo, los proyectos demostrativos de control integrado de EID en Brasil y México.
- La OPS/OMS promueve, además las **alianzas estratégicas** para la implementación de acciones para la prevención, control y eliminación de las EID, así como el **monitoreo y evaluación de la situación** de las EID en países como: Haití, República Dominicana y Surinam.
- Finalmente se ha apoyado a los países en la **verificación y certificación de la eliminación** de algunas enfermedades, como es el caso de oncocercosis en Colombia y Ecuador, filariasis linfática en Trinidad y Tobago, Costa Rica y Surinam y tracoma en México.

Líneas de trabajo a incluir en los planes de trabajo para EID en LAC 2011-2015:

1. Impulsar planes de acción integrales para las EID y la extensión de cobertura con antihelmínticos.
2. Producir información epidemiológica confiable que sirva de sustento para los planes integrales y para su monitoreo y evaluación posterior.
3. Abordaje desde los determinantes sociales.
4. Abogacía ante otros ministerios, instituciones y otros sectores para la integración, difícil de conseguir, pero adonde se debe apuntar.
5. Mantener y fortalecer la cooperación y las alianzas.
6. Fortalecer la investigación y la innovación en diagnóstico, tratamiento y vigilancia, precisamente para llenar aquellos vacíos de información que aun se tienen.
7. Gestionar y canalizar recursos financieros: BID, Fondo Fiduciario EIDs, iniciativas regionales y nacionales.
8. Promover la participación comunitaria para generar un rol activo de las comunidades en el diseño de estos planes.

Conclusiones:

1. Podemos **alcanzar metas de eliminación** en corto tiempo; por ejemplo: oncocercosis (fines de 2012), filariasis linfática (y filariasis+malaria en la isla la Española), tracoma y enfermedad de Chagas (eliminación de la transmisión por ciertos vectores, bancos de sangre).

2. Se puede **avanzar en acciones clave** como: Planes nacionales de acción integrales (POA) para EID, usar las herramientas existentes, financiamiento interno y externo, alianzas estratégicas, monitoreo y evaluación, trabajar en redes, promoción de investigación e innovación, así como en la capacitación y formación de profesionales de salud pública.

2.2 Abordaje integral, interprogramático e intersectorial de las EID: aproximación al marco conceptual

Dra. Martha Saboyá, Programa Regional EID en OPS/OMS.

- Es importante resaltar que algunos Estados suelen dar poca prioridad a las enfermedades desatendidas porque no son muchos casos o porque no hay información epidemiológica o no tenemos información del verdadero impacto de estas en la población.
- El año pasado, en Colombia, se encontraron por casualidad casos de ceguera por tracoma. En una comunidad indígena, hubo un incremento de los accidentes ofídicos; al investigar determinaron que las personas eran mordidas por las serpientes porque no los afectados no veían. Cuando se detuvieron a indagar más, identificaron que en la comunidad había ciegos, producto de infecciones oculares por *Chlamydia trachomatis* a repetición durante la niñez.
- Ejemplos como el de Colombia, llevan a la reflexión sobre la situación de las desatendidas, que no es necesariamente que el país no las tenga sino que no se hace nada por encontrarlas. Parte del proceso de la integración es identificar los casos: ¿qué está sucediendo?, ¿hay o no hay? Conviene estar alerta si es que no está incluida en el sistema de vigilancia epidemiológica.
- En su mayoría las desatendidas son enfermedades infecciosas y casi siempre presentan superposición geográfica; es decir, donde hay casos de rabia transmitida por vampiros, habrá geohelmintiasis, leishmania, malaria, Chagas, desnutrición, bajas coberturas de vacunación, entre otras. Lo anterior, lleva a reflexionar en lo siguiente: si todos estos problemas se presentan en un solo espacio geográfico, ¿por qué todos trabajamos en programas paralelos?, ¿qué sucedería si trabajamos de forma integrada?
- Cabe señalar, que no solamente se trata de combatir enfermedades desde la integración, sino unirse interprogramáticamente para ayudarse entre sí a lograr los indicadores que se quieren lograr en pro de la salud de niños, niñas y madres gestantes.
- Si bien se ha hablado de las características de las poblaciones afectadas, no se puede olvidar a las poblaciones que están llegando a las áreas urbanas y periurbanas, que seguramente no cuentan con condiciones adecuadas de vivienda, agua, saneamiento, acceso a la educación, entre otras condiciones y que se invisibilizan en el promedio de las grandes ciudades; por ejemplo, al interior de una capital como Bogotá, se encuentran millones de personas que han venido desplazándose al centro del país y ubicándose en esos cordones de

miseria, alrededor de las grandes ciudades con índice de desarrollo bastante alto, entonces, quedan escondidos por los promedios, así que eso hay que tenerlo bien en cuenta.

Impacto de las enfermedades infecciosas desatendidas:

- Las EID afectan especialmente en el desarrollo físico y cognitivo de los niños. La evidencia que se ha recopilado sobre el impacto en la infección con geohelminiasis en menores de cinco años es enorme. Hay evidencia en algunos estudios sobre el impacto negativo en el coeficiente intelectual de los menores.
- Estas enfermedades usualmente tienen alto impacto durante la gestación, comprometiendo el desarrollo y desenlace en el recién nacido como: bajo peso al nacer o contribuyendo a ocasionar anemia en mujeres, niños y adultos.
- Está ampliamente demostrado el impacto negativo que tienen las altas cargas parasitarias en los menores en su posterior desarrollo escolar y adulto (potencial cognitivo y laboral). Estos temas de enfermedades desatendidas están ampliamente asociados al desarrollo urbano.
- En algunos países, algunos técnicos consideran, que el parasitismo intestinal debería considerarse como un indicador del desarrollo humano, dado que el alto índice de menores y poblaciones con parásitos intestinales son una clara evidencia de que hay problemas de acceso a saneamiento, agua, educación, vivienda adecuada, así como comunidades con calles de tierra, menores que caminan descalzos y todas las posibles condiciones que tenemos para que haya altas prevalencias de infección.
- La Región tenía programas de desparasitación de menores, pero en algún momento desaparecieron. Ahora se está tratando de retomar el tema pero no como un nuevo programa aislado, sino que debe ir unido con otros programas. Existen actualmente plataformas a través de las cuales se puede llegar con antiparasitarios.
- Se sabe que las poblaciones desatendidas son aquellas que están en las zonas más marginadas, más difíciles de llegar o a las cuales cuesta mucho llegar, que no tienen las mismas posibilidades de acceso a saneamiento en condiciones básicas y viviendas adecuadas. En síntesis, son las minorías étnicas y grupos de población que viven en condiciones socioeconómicas precarias.
- En referencia a lo anterior, cabe la pregunta, ¿qué otras enfermedades y problemas podrían afectar a estas poblaciones?, ¿serán: peste, geohelminios, leishmaniasis, leptospirosis, desnutrición, niños sin vacunar? Quien atienda esta zona no puede llegar con una sola atención, se debe potenciar esa llegada, usar más eficientemente los recursos.
- Un punto crucial será identificar y caracterizar estas áreas: ¿donde están esas poblaciones?, ¿cuántos son?, ¿cómo organizarse para llegar de una forma eficiente y conjunta?

Abordaje Integral de las EID en LAC:

- La Resolución CD49.R19 insta a los Estados Miembros a que pongan en práctica las estrategias de prevención, diagnóstico, tratamiento, control vectorial y eliminación de una manera integrada con amplia participación comunitaria, de manera que contribuya al fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud incluida la atención primaria de salud y los sistemas de vigilancia de salud.
- La Resolución resalta, además “...la necesidad de cumplir la “agenda inconclusa”, ya que la proporción de la población afectada sigue siendo alta entre los más pobres y los pueblos más marginados de las Américas”, así como “...la necesidad de abordar los determinantes sociales de salud para reducir eficazmente la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades relacionadas con la pobreza.”
- El tema es cómo dialogar y acordar para que las intervenciones se den en donde se necesiten. Es necesario llevar la información donde se toman las decisiones de salud, tener la capacidad de diálogo con el que toma decisiones en obras públicas o en infraestructura para que estas sean desarrolladas donde se requiere. Sabemos que no es fácil llegar a esos niveles, pero hay canales de comunicación que se pueden encontrar.
- La solución para estas enfermedades debe ser integral:
 - Abordaje desde los determinantes sociales en salud, que debe ser parte del discurso y la práctica.
 - Integración primero inter-programática (al interior del sector salud), luego intersectorial (educación, agua y saneamiento, desarrollo económico, vivienda, etc.)
 - Liderazgo desde Salud: quimioterapia preventiva, manejo intensivo de casos, control de vectores y salud pública veterinaria.
- Existen muchas oportunidades para la integración. En los países de LAC existen superposición de algunas de seis EID: esquistosomiasis, filariasis linfática, oncocercosis, tracoma, geohelminCIASIS y rabia humana transmitida por perros; sin embargo, se necesita conocer la situación epidemiológica de cada una de estas enfermedades. Lo anterior, implica la elaboración de una línea base para poder empezar.
- En ese sentido, el Programa Regional de EID de la OPS ha creado la “Guía para el desarrollo de planes integrados de acción para la prevención, control y eliminación de las EID en LAC”, instrumento cuyo propósito es ayudarnos a pensar y abordar el problema de forma integral a través de intervenciones y plataformas comunes con una aproximación multi-enfermedad.
- Además, se proponen tres enfoques de integración que pueden ser implementados por los países de forma integral o separada:
 - Co-implementación de actividades
 - Integración en las redes de servicio o plataformas existentes
 - Acción intersectorial y participación comunitaria.

- La *co-implementación*, es una de las formas más comunes de integrarse, que consiste en aprovechar sinergias y economías de escala para abordar con una sola estrategia a una población que sufre la coexistencia de múltiples enfermedades: geohelmintiasis y filariasis linfática, malaria y leishmaniasis, etc. Un ejemplo de la co-implementación es la entrega de medicamentos con otras intervenciones: antiparasitarios + vacunación, vitamina A + antiparasitario + vacunación, esta es una estrategia muy costo efectiva que implica atender varias enfermedades que afectan a una misma población, integrando intervenciones para las EID dentro de otros programas existentes (Malaria, AIEPI, entre otros).
- La *integración de actividades* en las redes de servicios es un paso un poco más difícil de implementar, consiste en el fortalecimiento los sistemas de salud y los procesos de atención primaria que sirven de base para entrega de medicamentos y servicios preventivos y curativos. Esto permitirá brindar una atención integral al niño menor de 5 años y gestantes en cualquier oportunidad de contacto con los servicios de salud.
- La *acción intersectorial y la participación social y comunitaria*, consiste en incluir integración con otros sectores que proveen servicios; por ejemplo, agua y saneamiento básico, educación, vivienda y desarrollo, agricultura, entre otros. Esta estrategia se ha venido abordando mucho en los últimos años, el tema es como pasamos a la práctica, a las intervenciones intersectoriales.
- Estos tres enfoques no son excluyentes, se puede implementar una o dos, debería ser las tres, pero se debe de partir de algo.
- Los programas verticales, son necesarios para el control de las enfermedades pero, en un momento estos no van a poder responder a todo, por eso es necesario integrar intervenciones que nos permitan mejorar las condiciones sanitarias, de educación, y otras que queramos mejorar en las comunidades.

Acciones recomendadas a nivel de los DSS para las EID:

- La aproximación desde los DSS para controlar y eliminar las EID, requiere:
 - Enfrentar factores relacionados con agua, saneamiento básico y condiciones de vivienda. Solo con esta línea de acción se estarían abordando muchas enfermedades.
 - Reducir los factores de riesgo ambientales.
 - Mejorar la salud de poblaciones migrantes.
 - Reducir las inequidades causadas por factores socioculturales y de género.
 - Reducir la pobreza en población endémica para las EID, muchos países tienen en la actualidad programas de reducción de la pobreza, como aquellos programas de subsidio condicionado a cumplir determinados compromisos.
 - Implementar sistemas de vigilancia y evaluación de riesgo.

- Entonces, estas acciones son ventanas de oportunidades, que tienen que aprovecharse. Lo que queda es identificar donde están las poblaciones, donde están las enfermedades, mapear los determinantes, quienes están llegando dentro y fuera del sector salud. Luego, organizar paquetes de servicios integrados para llegar a esas comunidades incluyendo el tema de servicios ambientales y sociales que permitan la entrega de servicios de salud adecuados.
- Estas acciones intersectoriales implican un proceso de abogacía interna y externa a nivel de los tomadores de decisiones.

Desafíos de la integración:

- Cuando se habla de integración, hay muchas cosas que resolver, porque es un proceso que depende también de personas. Es importante vencer los miedos que tiene la palabra “integración”: ¿pérdida de poder?, ¿pérdida de recursos?, ¿pérdida de puestos de trabajo?, ¿más trabajo?, ventajas y desventajas.
- Compromiso político, que pasa por la abogacía interna para lograr una integración interna para luego hacer abogacía e integración externa.
- Fortalecimiento de los sistemas de salud: empezar por casa.
- Integración interprogramática: empezar por la casa de la salud pública, logrado esto se puede seguir avanzando.
- Integración, movilización social y participación comunitaria. Para ello, es importante pasar por un proceso de diálogo intercultural, de negociación para intervenir de manera adecuada, concertada y adaptada a la realidad local.
- Integración intersectorial.

Sesión de preguntas y comentarios:

Pregunta 01: En los últimos cinco años en Jaén, Cajamarca, se han detectado casos de peste y, al mismo tiempo, se ha tenido ciertos inconvenientes sobre el tema presupuestal.

Actualmente, se cuenta con proyectos listos para su financiamiento, ¿es posible que estos puedan ser incorporados en el plan integral?

Respuesta 01:

- La peste está contemplada en la Resolución CD49.R19, la meta es eliminarla como problema de salud pública o sea evitar la mortalidad y evitar aquellos brotes domiciliarios.

- Se propone como estrategia, la detección temprana y tratamiento oportuno de casos, vigilancia de los focos silvestres, mejora en las viviendas y saneamiento, control de roedores y de vectores, programas intersectoriales para mejorar el almacenamiento de las cosechas, que es un punto clave para evitar también la proliferación de roedores, eliminación adecuada de los desechos agropecuarios e instalaciones domésticas adicionales para criar los cuyes.

Pregunta 02: Respecto a la rabia transmitida por mordida de perros, ¿cuáles son las estrategias para lograr su eliminación?

Respuesta 02:

- En el caso de la rabia humana transmitidas por perros la meta es la eliminación; es decir, que no haya casos de rabia humana transmitida por perros. Otra es la situación de la rabia humana transmitida por los vampiros que tiene otras características. La rabia humana transmitida por perros es posible eliminarla, además una vez eliminada hay que hacer un esfuerzo muy importante por mantener esa eliminación.
- Las principales estrategias son: mantener altas coberturas de vacunación canina, vigilancia y control de la población canina hasta donde sea posible, así como educación y comunicación para aumentar la toma de conciencia sobre el riesgo de rabia.
- Muchos países de la región que han reportado rabia en los últimos diez o quince años, han mostrado un descenso notorio y otros países de la Región llevan algunos años sin casos de rabia humana transmitida por perros. También, hay otros países en donde todavía se tienen situaciones desafortunadas de muertes por rabia, en esos países hay que fortalecer las intervenciones.
- Respecto a la eliminación, un problema es llegar a ella y el otro problema es mantenerse de esa manera. Entonces, no hay que bajar la guardia, hay que intensificar los esfuerzos. Para esto puede ser difícil convencer a quienes toman las decisiones y piensan que lograda la meta de eliminación se acabó el problema cuando es ahí donde hay que intensificar la vigilancia para mantener un control.

Pregunta 03: En el departamento de Amazonas, la provincia de Condorcanqui ha reportado casi 43% de casos de rabia humana transmitida por mordedura de murciélagos, ¿la Resolución contempla como prioridad el problema de la rabia transmitida por murciélagos?

- No, es que no se considere importante la rabia transmitida por murciélagos, es importante atenderla como problema de salud pública en Ecuador, Perú y algunas zonas de Colombia; sin embargo, como meta de eliminación se considera que es factible eliminar la rabia transmitida por perros, pero la rabia humana transmitida por murciélagos requiere de otras estrategias por su naturaleza silvestre y otras características.

- La rabia por mordedura de murciélagos no se incluyó con meta de eliminación porque esto no se considera, por lo menos hasta ahora factible, pero no quiere decir que no se deba hacer vigilancia, que no se deba evitar en la medida de lo posible.

Pregunta 04: Se ha comentado de varias enfermedades desatendidas que están contempladas en la Resolución CD49.R19, aquellas que no están contempladas en esta Resolución; por ejemplo, la rabia humana transmitida por murciélagos, fasciolosis entre otras enfermedades que son desatendidas, ¿se van a tratar de incluir en la propuesta del plan de acción integrado que vamos a desarrollar ahora?

Respuesta 04:

- Sí, esa es la idea. La Resolución contempla unas enfermedades con meta de eliminación y existen otras que aunque no estén ahí con metas fijadas de eliminación se pueden incluir. No solamente podrían estar en el plan, sino que se deberían incluirse si son percibidas como problemas en una realidad local.
- Como lo vamos a ver más adelante, el trabajo de estos días se basará en la aplicación de la guía del plan de acción integrados en los ámbitos del proyecto CIDA/Canadá, entonces, a nivel local se van a identificar los problemas a través del diagnóstico de la situación de esas enfermedades que consideran ustedes que se debe incluir ahí. La guía no es una camisa de fuerza ni mucho menos, la resolución tampoco.

En este momento, el tema de las EID es uno de los componentes del proyecto CIDA/Canadá, así como lo son el tema de atención primaria de salud, salud materno infantil, nutrición, entre otros. Lo importante de todo esto es que no se puede perder de vista el conjunto, que las intervenciones tienen que tener sentido de integralidad. En el caso de Perú, se tiene el gran desafío de dialogar con todos los componentes, desde vigilancia, recursos humanos, materno infantil, entre otros, este proyecto nos permite precisamente esto.

III. Oportunidades para el Abordaje Integral para el control y Eliminación de las EID en LAC

3.1 Proyecto “Mejora de la salud y mayor protección contra enfermedades transmisibles para mujeres, niños y poblaciones excluidas en situaciones de vulnerabilidad en América- ACIDI/CIDA”, oportunidades y perspectivas en su implementación.

Dra. Dionne Patz, Asesora de Proyectos. OPS/OMS.

- El Proyecto “Mejora de la salud y mayor protección contra enfermedades transmisibles para mujeres, niños y poblaciones excluidas en situaciones de vulnerabilidad en América- ACIDI/CIDA”, oportunidades y perspectivas en su implementación, se ha iniciado en julio de este año, se encuentra finalizando el proceso de presentación en los 11 países participantes.
- El objetivo del proyecto es cubrir las brechas en la programación nacional con respecto a la atención en salud de poblaciones y áreas geográficas desatendidas usando un enfoque integral, en este sentido la meta es mejorar la salud y brindar mayor protección contra enfermedades transmisibles para mujeres, niños y poblaciones excluidas en situaciones de vulnerabilidad en América Latina y el Caribe.
- La selección de los ámbitos de intervención del proyecto es decisión de cada país, lo importante es poder llegar a estas poblaciones de manera más integrada, ya no como programas verticales.
- El propósito es construir un sistema de salud fortalecido con base en la atención primaria de la salud. Este proyecto quiere concentrarse en atender a las mujeres, niños menores de 5 años y neonatos, poblaciones indígenas, afro descendientes, en extrema pobreza y de áreas geográficas dispersas sin acceso a servicios de salud.
- Por otro lado, el proyecto tiene cuatro objetivos o líneas de acción:
 - Prestación de servicios de salud, en el que se abordará la atención primaria de salud y mejorar la calidad de los servicios así como la participación de las comunidades.
 - Sistemas de información de salud, que permitirá mejorar el sistema de vigilancia de las enfermedades prevalentes del ámbito de intervención, entre ellas las enfermedades desatendidas y aquellas que afecten a esta población dispersa y aislada, también se mejorarán los sistemas de información dado que la información del nivel local no está llegando al sistema nacional de información.
 - Liderazgo, gobernabilidad y finanzas, que permita fortalecer un rol vigilante desde el nivel local.
 - Monitoreo y evaluación, la idea es mejorar el sistema de monitoreo y gerencia del proyecto.

- El proyecto tiene un pilar de cooperación técnica con los once países participantes, pero también tiene un pilar de fortalecimiento institucional con la OPS en general, tanto en la oficina central como en las oficinas de cada uno de los países.
- Los temas específicos de cooperación técnica con los países, que ya se han mencionado son:
 - Atención primaria de la salud/redes integradas de prestación de servicios de salud.
 - Salud de la mujer (materna, sexual y reproductiva).
 - Salud del niño y del neonato.
 - Nutrición.
 - Enfermedades desatendidas como Chagas, helmintos transmitidos por el contacto con el suelo, leishmaniasis, dengue.
 - Prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud de la madre y el neonato, como endometritis puerperal, sepsis neonatal, neumonía asociada a ventilación mecánica o brotes intrahospitalarios en neonatología.
 - Transmisión de madre a hijo de sífilis, VIH y Chagas y otras enfermedades que afectan a la población de los ámbitos de intervención del proyecto.
- Respecto al fortalecimiento institucional de OPS, se busca integrar el género y la diversidad cultural en todas las resoluciones, políticas y planes, programación, monitoreo e informes de las entidades de OPS a nivel regional, sub-regional y nacional. Por otro lado se busca fortalecer la gerencia basada en resultados que favorezca el mejoramiento del manejo de riesgos, la participación de los diferentes socios, así como el mejoramiento de sistemas de Planificación y Monitoreo del desempeño del programa.
- En cuanto a los recursos financieros el proyecto dispone de 18 millones de dólares, 6.5 millones para el primer año, 7.5 millones para el segundo año y 4 millones para el tercer año, para la intervención en los 11 países participantes (Bolivia, Colombia, Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Perú), en los diferentes pilares de trabajo que se contemplan en el proyecto.

Enfermedades Desatendidas:

- Oportunidades con el proyecto en el tema de las EID:
 - Integrar las EID en la Atención Primaria de Salud (APS) en los países.
 - Mejorar el manejo clínico de las enfermedades tanto en el diagnóstico como el tratamiento de las mismas, a través de la capacitación de los RRHH, elaboración de materiales, entre otros.
 - Elaborar proyectos/programas de comunicación social para las comunidades en riesgo.
 - Fortalecer los sistemas de información y vigilancia de EID.
 - Establecer sistemas de monitoreo y evaluación.

- Integración de derechos humanos, género e interculturalidad en planes nacionales y locales.
- Sistematizar y documentar los resultados de la implementación.
- La expectativa para el próximo año es que a partir de la experiencia lograda en esta primera etapa, se promueva la formulación e implementación de los planes integrados para enfermedades desatendidas como una forma de garantizar sostenibilidad una vez que el proyecto finalice. En este sentido se requiere de la inversión nacional y de otros socios, que permita que el país siga trabajando en el tema después de que el proyecto culmine.

3.2 Guía para el desarrollo de planes de acción integrados para las EID: Presentación de contenidos y herramientas

Dr. Santiago Nicholls, Programa Regional EID en OPS/OMS.

- La Guía para el desarrollo de planes de acción integrados para las EID es producto de un proceso que se inició el 2010 con la revisión bibliográfica del estado del arte. A partir de este contexto, en el transcurso de este año se pasó a la elaboración de la guía, que después de revisiones, discusiones y modificaciones, se pone a su disposición.
- El propósito de la guía es orientar a las autoridades nacionales y locales en la formulación de planes integrados para la prevención, control y eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas, aplicando un enfoque de salud pública basada en evidencias. Una característica muy importante de esta guía es que puede ser aplicada tanto a nivel nacional como a nivel local (municipios, distritos, entre otros).
- Los objetivos del taller son:
 - Formar facilitadores nacionales de Ecuador, Nicaragua, Paraguay y Perú para usar e implementar la Guía para el Desarrollo de Planes de Acción Integrados para la Prevención, Control y Eliminación de las EID en los ámbitos locales seleccionados para el proyecto ACDI/CIDA.
 - Obtener un esquema general de la estructura de los planes de acción integrados al menos en versión preliminar, y estructurar una ruta de trabajo conjunto entre los cuatro países participantes y la OPS/OMS, que permita en 2011 y 2012 avanzar hacia el desarrollo e implementación de planes integrados.
- Algunos conceptos importantes a tener en cuenta y que están en el glosario de la guía:
 - **Erradicación**, se define como la incidencia mundial y permanente de cero debido a acciones deliberadas. Obviamente cuando se logra la erradicación se hace la suspensión de medidas de vigilancia y control. Un ejemplo de erradicación clásico, fue la erradicación de la viruela, que se logró en los años setenta con la vacunación. Actualmente, no se hace vigilancia de la viruela.

- **Eliminación**, es la incidencia de cero en un área geográfica debido a acciones deliberadas pero se continua con medidas de vigilancia y control; un ejemplo, es eliminación de la transmisión vectorial domiciliar de enfermedad de Chagas.
- **Control**, se define como la reducción de la carga de la enfermedad a determinados niveles.
- Según la Resolución CD49.R19, el concepto de eliminación como problema de salud pública, es la reducción drástica de la enfermedad a niveles que son aceptables y varían de una enfermedad a otra, de acuerdo con la situación local, instrumentos disponibles y la situación de salud de la Región. Esos niveles son aquellos en los cuales no se restringe la productividad social ni el desarrollo de la comunidad.
- La guía contempla una ruta para la elaboración del plan de acción integral, recordando que el proceso de planificación en salud, es un proceso continuo de previsión de recursos y servicios necesarios para alcanzar unos objetivos que se expresan como metas en salud pública.
- La elaboración del plan es un proceso que se inicia con el análisis de situación, que permite conocer ¿dónde se está ahora?, de acuerdo con este análisis, se determinan prioridades, metas y objetivos; es decir se define ¿a dónde queremos ir? Luego, será clave determinar ¿cómo llegar ahí?, en otras palabras, definir las estrategias y todo lo relacionado con la organización, gestión y presupuesto, cronograma, etc. Después, habrá que evaluar en el tiempo el progreso que se va alcanzando respecto a las metas planteadas, entonces se tendrá que monitorear y evaluar periódicamente. Eventualmente van a surgir nuevos problemas, por ello hay que ser capaces de mantenernos en alerta para identificar si esto sucede, para volver periódicamente a analizar la situación y continuar con el ciclo que se mantiene constantemente.

Fig. 01: Plan de Acción/Curso de Acción



Fuente: Organización Mundial de la Salud, disponible en http://www.who.int/ncd/vision2020_actionplan/contents/1.1.htm

- Obviamente este proceso puede hacerse a nivel nacional, desde el análisis de situación, recursos disponibles, metas, objetivos, estrategias, presupuesto, calendario, implementación, monitoreo y evaluación, necesidades de talento humano, o sea todo, pero a este nivel se requiere el apoyo político y una planeación conceptual; sin embargo, la planificación pragmática deben realizarse a nivel local. Es decir, la planificación debe centrarse y desarrollar: ¿cómo?, ¿quiénes?, ¿dónde?, ¿cuándo?, todo esto con un importante componente de participación comunitaria.
- En una forma breve presentaremos los pasos de la guía:
 - **Paso 01: Diagnóstico de la situación**, este paso contempla la conformación de un grupo de trabajo, digamos que se puede contemplar dos niveles: a) un comité nacional que puede estar representados por quienes toman las decisiones y brinda el respaldo político al diseño e implementación del plan, y b) un equipo técnico que diseñe e implemente el plan, teniendo en cuenta la realidad local, sus problemas de salud, los determinantes sociales y ambientales, así como los recursos disponibles. Este grupo de trabajo, debe de ser un grupo pequeño, pero también debe ser interprogramático y, en lo posible, intersectorial.
 - El proceso de planificación puede hacerse con subgrupos de trabajo, que vayan interactuando con otros programas y sectores cuando sea necesario, siendo los responsables de la recolección y análisis de la situación. Eventualmente el grupo de trabajo puede transformarse en un comité para coordinación de la lucha contra las EID.
 - Se prevé que ese diagnóstico sea muy participativo; es decir, que no sea solo un análisis estadístico y epidemiológico, sino también, que complemente los datos con percepciones y necesidades sentidas de la comunidad, lo cual es fundamental para que la comunidad se apropie del plan, así mismo es debe de incluir el análisis intersectorial de los determinantes de la salud.
 - **Paso 02: Análisis integrado**, basados en el análisis situacional nos hacemos la pregunta ¿adónde queremos ir?, ¿adónde queremos llegar?, ¿en cuánto tiempo?, pero antes es necesario priorizar los problemas o EID, o qué grupos de población o territorios van a ser tomados en cuenta para el plan, a partir de algunos criterios como sobreposición de enfermedades, determinantes comunes y posibilidades de trabajo interprogramático e intersectorial. Entonces, se definen los objetivos y metas del plan de acción integral.
 - **Paso 03: Diseño de estrategias integradas**: entre las estrategias integradas recomendadas tenemos las intervenciones específicas por cada EID, las acciones intersectoriales, la participación comunitaria y capital social y la integración en el sistema de salud. Respecto a las intervenciones específicas la OMS las clasifica en tres grupos: Quimioterapia preventiva, manejo intensivo de casos y control de vectores.
 - Entre las estrategias intersectoriales se puede incluir el mejoramiento de suministro de agua y saneamiento, educación, intervención frente a los

factores de riesgo ambiental, abordaje de problemas de las migraciones e inequidades socio culturales y de género, entre otros. El fin es que desde el sector salud se movilice a los sectores para abordar los determinantes sociales de la salud.

- A través de las estrategias integradas se propone intensificar intervenciones comunes para distintas enfermedades o que requieran el concurso de distintos sectores o diseñar plataformas comunes de entrega de servicios de salud, procurando utilizar los recursos ya existentes con el fin de fortalecer el sistema de salud y principalmente la atención primaria en salud.
- Las estrategias deben de basarse por supuesto en evidencias disponibles, es decir se requiere investigar la evidencia disponible sobre las intervenciones de prevención, control y manejo de los pacientes, también las recomendaciones de los organismos técnicos en la materia, así como la recopilación de experiencias exitosas, que pueden ser exitosas en un determinado contexto, pero no necesariamente en otro, entonces hay que estar atentos de la particularidad.
- Es muy importante tener en cuenta la aceptabilidad cultural, la diversidad cultural, respetar las creencias de las comunidades, como por ejemplo de las comunidades indígenas.
- **Paso 04: Desarrollo del plan:** este paso contempla la organización y gestión y eventualmente cuando sea necesario el mapeo conjunto de enfermedades. En la organización y gestión del plan, es necesario definir quién será el responsable de conducir o gestionar el plan; es decir, definir la gobernanza del plan. Lo anterior puede ser de la siguiente manera: un comité directivo conformado con los actores y sectores involucrados, con un secretario ejecutivo con experiencia gerencial, que sea la persona que lidere el plan, por supuesto cada uno de los miembros con sus respectivos roles y responsabilidades.
- Deberá incluirse un cronograma y plan de trabajo, definición de productos esperados, responsables de cada actividad, plazos para comenzar y terminar, hitos y resultados esperados.
- Finalmente se requiere la estimación de los recursos necesarios; es decir, hacer el costeo del plan. Para apoyar el costeo existe una herramienta de análisis de brechas en financiación de programas de EID, desarrollada por RTI, que es un instituto de investigación de los Estados Unidos, apoyado por USAID. Esta herramienta permite determinar el costo de implementación de acuerdo con los lineamientos internacionales y con los planes nacionales, creemos que esta herramienta también puede ser aplicada a nivel local.
- El programa de EID de la OPS tiene el propósito de contactar con USAID, para conocer la nueva versión de la herramienta, así en algún momento del primer semestre del año entrante podremos organizar un taller con ellos para aplicar esta herramienta en la Región con los planes que haya en el momento.

- **Paso 05: Monitoreo y evaluación del plan:** el tema del monitoreo y evaluación es importante para saber cómo van nuestras intervenciones, si hemos modificado la situación y si estamos avanzando hacia el logro de las metas.
- El mapeo se hace antes de implementar las actividades. Se implementan y se hace monitoreo y evaluación durante y después de las actividades de diversas formas, por ejemplo: seguimiento de indicadores a través de registros sistemáticos (encuestas periódicas, mejoramiento de la vigilancia y uso de información producto del sistema de vigilancia), identificación de indicadores que serán incluidos (como se obtendrá la información y cómo y cuando se medirán), y uso de la información recogida durante del mapeo, es decir (se utiliza esta información inicial o línea de base y luego se hace la comparación con la información recogida posteriormente para ver cómo están evolucionando nuestros indicadores).
- Entre los registros sistemáticos, están los registros de vigilancia epidemiológica que consisten en la detección y reporte de nuevos casos de enfermedad, por ejemplo para las enfermedades que necesitan una atención clínica, como la leishmaniasis. También son importantes los indicadores de proceso y de desempeño, por ejemplo, personas que recibieron cirugías para revertir los parpados y evitar que tuvieran opacidad corneal y ceguera por tracoma.

Instrumentos que se incluyen en la Guía y ruta de trabajo en este taller

- Finalmente la guía incluye un marco teórico, que contempla la revisión bibliográfica con referencias amplias a documentos de soporte; tablas por cada uno de los pasos, que son una guía que puede modificarse, ampliarse o complementarse; cada paso será una sesión de trabajo, que desarrollaremos a través de una sesión introductoria y trabajos de grupo.

IV. Formulación de Planes de Acción Integrados para las EID: Paso a Paso

Se conformaron grupos de trabajo por país, con el objetivo de que los participantes hicieran el ejercicio de desarrollar los diferentes pasos de la guía para la formulación de planes integrados, lo cual permitió identificar acciones comunes para potenciar esfuerzos y recursos interprogramáticos e intersectoriales.

Bolivia

- Se partió de la información disponible del municipio de Sicaya, departamento de Cochabamba, pero aún tiene pendiente determinar los ámbitos locales de intervención para el proyecto CIDA/Canadá, aspecto que se determinará con la participación de las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Deportes.

- Entre las enfermedades desatendidas priorizadas para la intervención en Bolivia, se tienen: rabia, chagas, leishmaniasis, lepra, helmintiasis y ofidismo.
- Se considera importante que desde la Representación de OPS en el país, se brinde asesoramiento al Ministerio de Salud a fin de visualizar que el plan nacional de desatendidas es a largo plazo, que el Proyecto CIDA/Canadá constituye una oportunidad para la movilización de recursos.
- La sostenibilidad de los planes de acción integrados requiere de la participación e involucramiento de otros socios como el gobierno con sus diferentes sectores, ONG's y otras alianzas.

Ecuador

- Ecuador se encuentra en un proceso de conformación del equipo de desatendidas para el control y eliminación de estas enfermedades al interior del Ministerio de Salud, que parte de la experiencia exitosa de la eliminación de la oncocercosis en Esmeraldas.
- El país ha considerado elaborar un plan nacional para la prevención, control y eliminación de las EID.
- El plan se formuló a partir de la información disponible de la provincia de Esmeraldas y se abordaron las siguientes EID: Chagas, geohelmintiasis, lepra, cisticercosis, oncocercosis y leishmaniasis visceral humana.

Paraguay

- Los ámbitos seleccionados para el Proyecto CIDA/Canadá y la atención de las EID en el Paraguay corresponden a dos de los diecisiete departamentos que corresponden a la región del Chaco paraguayo: Alto Paraguay y Presidente Hayes, consideradas como las regiones del país con mayor necesidad, problemas de acceso y un alto porcentaje de población indígena.
- Se trabajó a partir de la información disponible del departamento de Presidente Hayes. Cabe señalar que a nivel del país ya se cuenta con un avance considerable del plan para ambos departamentos seleccionados.
- Las EID priorizadas para el trabajo en Paraguay son: Chagas, lepra, sífilis congénita, geohelmintiasis, tétanos neonatal y leishmaniasis visceral humana.

Perú

- Los ámbitos locales seleccionados para el proyecto CIDA/Canadá son ocho distritos, correspondientes a cinco provincias de tres regiones del país:

Región	Provincia	Distrito
Cajamarca	- Jaén	✓ Pumahuaca ✓ Pucara
	- Cajamarca	✓ Jesús ✓ Baños del Inca
Amazonas	- Bagua	✓ Imaza
	- Condorcanqui	✓ Rio Santiago
Loreto	- Daten del Marañón	✓ Pastaza ✓ Barranca

- A partir de criterios establecidos por el equipo de Perú, se priorizaron las siguientes enfermedades desatendidas: Chagas, leishmaniosis, lepra, rabia silvestre, peste, hepatitis B, sífilis congénita, salmonelosis, geohelmintiasis, cisticercosis, fasciolosis e hidatidosis. Luego, cada equipo local deberá realizar su propia priorización que será abordada en el plan de acción integrado.
- El equipo de Perú contó con la participación de representantes de las tres regiones participantes del proyecto CIDA/Canadá. El diagnóstico de situación del plan, se trabajó por cada región de acuerdo con la información disponible, mientras que el desarrollo de estrategias integradas y el desarrollo del plan, se hizo conjuntamente tomando como referencia una sola enfermedad, la rabia silvestre.
- Se trabajó a partir de la información disponible del Distrito Rio Santiago, Provincia Condorcanqui, Región Amazonas.

V. Ruta de Trabajo para la Elaboración de Planes Integrados para las EID

Los equipos de trabajo por país, elaboraron la ruta de trabajo que permitirá a cada uno de los países concretar el diseño y posteriormente la implementación de los planes de acción integrados en cada uno de los ámbitos seleccionados para el proyecto CIDA/Canadá.

En general, las acciones propuestas por los países contemplan acciones de socialización de la información a las autoridades nacionales y sub-nacionales, así como acciones de priorización y definición de las EIDs a abordar en el plan y consolidación de los planes de acción integrados a nivel local y nacional, en el corto y mediano plazo.

Bolivia:

Dr. Fidel Villegas – OPS/OMS Bolivia

Acciones	Responsable	Cronograma 2011 - 2012				
		Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.
1. Socializar la información del taller con las autoridades del Ministerio de Salud y la PWR OPS/OMS.	Fidel Villegas	1er semana				
2. Conformación del equipo nacional de EID: Epidemiología, PAI, Salud Materno-infantil, Interculturalidad, ENT y Promoción de la Salud.	Autoridades del Ministerio de Salud Publica	3era semana				
3. Selección de ámbitos (municipio) de intervención para el Proyecto CIDA/Canadá.	Equipo Nacional	3era semana				
4. Conformación del equipo departamental de EID.	Equipo Nacional Autoridades Departamentales		1era semana			
5. Desarrollo del primer taller departamental para elaboración del plan de acción integrado.	Equipo Departamental		2da semana			
6. Consolidación del Plan de acción integrado municipal.	Equipo Departamental			Todo el mes	Todo el mes	Todo el mes
7. Envío del plan elaborado a la OPS/OMS Regional para su consideración.	Equipo Nacional Equipo Departamental					4ta semana

Ecuador:

Dra. Raquel Lovato – Ministerio de Salud Publica Ecuador

Acciones	Responsable	Cronograma 2011 - 2012				
		Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.
1. Socializar la información del taller a las autoridades del Ministerio de Salud y los responsables de cada una de las EID.	Raquel Lovato	3era semana				
2. Conformación del equipo de trabajo nacional.	Autoridades nacionales		1era semana			
3. Conformación de equipo de trabajo provincial.	Equipo de trabajo nacional			2da semana		
4. Elaboración del Plan de Acción Integrado.	Equipo de trabajo provincial			3era y 4ta semana	Todo el mes	Todo el mes

Acciones	Responsable	Cronograma 2011 - 2012				
		Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.
5. Envío del plan elaborado a la OPS/OMS Regional para su revisión y asesoramiento.	Equipo de trabajo nacional y provincial					4ta semana

Paraguay:

Dra. Sandra Irala – Ministerio de Salud Paraguay

Acciones	Responsable	Cronograma 2011 - 2012				
		Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.
1. Socializar los resultados del taller a las autoridades nacionales de salud y jefes inmediatos.	Sandra Irala Vidalía Lesmo	1er semana				
2. Conformación del equipo de trabajo del sector salud: Nacional y Sub-nacional.	Sandra Irala Vidalía Lesmo Autoridades del Ministerio del nivel nacional y sub-nacional.	4ta semana				
3. Reunión con autoridades regionales de la OPS/OMS.	Equipo sub nacional.		1era semana			
4. Conformación del equipo técnico para elaboración del plan.	Equipo nacional y sub-nacional		2da quincena			
5. Elaboración del Plan de Acción Integrado: <ul style="list-style-type: none"> Recabar información disponible a nivel nacional y regional. Elaboración de lista de instituciones (posibles socios) a ser convocadas para presentar el plan. 	Equipo Técnico		4ta semana	Todo el mes	Todo el mes	
8. Presentación del borrador del plan a las instancias intersectoriales.	Equipo técnico					4ta semana
9. Envío de borrador a OPS/OMS Regional.	Equipo nacional y su nacional y técnico					4ta semana

Perú:

Dr. Adán Monsalve– Ministerio de Salud Perú

Acciones	Responsable	Cronograma 2011 - 2012				
		Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.
1. Acreditación de los facilitadores nacionales con las autoridades regionales.	Autoridades del MINSA - DGSP	1era semana				
2. Reunión de socialización con las Estrategias Sanitarias Nacionales (ESN) y Direcciones Ejecutivas involucradas.	Autoridades del MINSA - DGSP		1era semana			
3. Reunión de socialización con los Comités Técnicos Permanentes de las ESN (zoonosis, metaxénicas e inmunizaciones).	Autoridades del MINSA - DGSP		2da semana			
4. Socialización con las autoridades Regionales/Subregionales: <ul style="list-style-type: none"> • Compromisos y acuerdos del taller. • Conformación del equipo de trabajo para la formulación e implementación del plan de acción integrado para las EID. 	Facilitadores de Cajamarca, Amazonas y Loreto		2da semana			
5. Identificación de los espacios de coordinación intersectorial y/o conformación de equipo de trabajo regional.	Facilitadores de Cajamarca, Amazonas y Loreto					
6. Priorización de las EID a incluir en el plan de acción integrado por cada ámbito del proyecto CIDA/Canadá.	Equipos de trabajo Cajamarca, Amazonas y Loreto	1era y 2da semana				
7. Reunión de validación de las EID priorizadas por cada ámbito seleccionado.	Equipo Nacional Facilitadores de Cajamarca, Amazonas y Loreto	3era semana (17/11)				
8. Elaboración del plan de acción integrado para las EID priorizadas.	Equipos de trabajo Cajamarca, Amazonas y Loreto		Todo el mes	Todo el mes	Todo el mes	
9. Taller de consolidación de los planes regionales y el plan nacional.	Equipo nacional y Regionales					1era semana

VI. Versión preliminar de planes de acción integrados para el control y eliminación de las EID's en Bolivia, Ecuador, Paraguay y Perú

PLAN INTEGRADO DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN, CONTROL Y ELIMINACIÓN DE LAS EID BOLIVIA

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

1. Estructura organizativa para la formulación del plan de acción para la prevención, control y eliminación de las EID

Tabla 1. Integrantes del Comité nacional o sub-nacional

Nombre del participante	Institución/organización	Sector al que pertenece
Dr. Johnny Vedia *	Ministerio de Salud y Deporte - MSyD	Director de Salud y Servicios
Prof. Wisnton Canqui	Ministerio de Educación - ME	Responsable de Programas Escolares
Dr. José Amorin	Ministerio de Desarrollo Rural y Tierras- MDRyT	Director ejecutivo del Servicio Veterinario Oficial

Tabla 2. Integrantes del Grupo de Trabajo Técnico

Nombre del participante	Institución/organización	Sector al que pertenece
Dr. José Zambrana	Unidad de Epidemiología	Ministerio de Salud y Deporte
Dr. Adolfo Zarate	Responsable de EID	Ministerio de Salud y Deporte
Dr. Gonzalo Mancilla	Responsable de Salud escolar	Ministerio de Salud y Deporte
Dr. Max Enríquez	Responsable de Chagas	Ministerio de Salud y Deporte
Dr. Jaime Porco	Responsable de Leishmania	Ministerio de Salud y Deporte
Dr. Gary Barrios	Responsable de Zoonosis	Ministerio de Salud y Deporte
Dr. Grover Paredes	Responsable de Ofidismo	Ministerio de Salud y Deporte
Dr. Nimer Guzmán	Responsable de Sanidad Animal	Ministerio de Desarrollo Rural y Tierras (MDRyT)
Prof. Ernesto Escobar	Responsable de proyectos	Ministerio de Educación
Dr. NN	SEDES PANDO - Responsable de EID	Ministerio de Salud y Deporte
Dr. NN	SEDES BENI - Responsable de EID	Ministerio de Salud y Deporte
Dr. NN	SEDES COCHABAMBA - Responsable de EID	Ministerio de Salud y Deporte

2. Datos demográficos generales del área o áreas geográficas que serán incluidas en el plan de acción

Tabla 3. Datos Demográficos del Municipio de Sicaya, Departamento Cochabamba

Indicador	Desagregación	Valor
Población	Población total (hombres):	1185
	Población total (mujeres):	1050
	Densidad poblacional:	20
	Población Total	2235
Esperanza de vida	Expresada en años para mujeres:	55
	Expresada en años para hombres:	60
Tasa de crecimiento poblacional	Expresada en porcentaje	60
Tasa de analfabetismo (en población de 15 años y más)	Expresado en porcentaje Total	39
Tasa de fertilidad	Niños nacidos/mujer	5.5
	Tasa total	85.4
Desnutrición Global en menores de 5 años	Expresada en porcentaje	54.3
** Datos del municipio de SICAYA		

Tabla 4. Datos demográficos específicos del área o áreas geográficas que serán incluidas en el plan

Tabla 4. Datos demográficos específicos del área o áreas geográficas que serán incluidas en el plan		
Departamento	Cochabamba	
Municipio	Sicaya	
Población total	Hombres	1185
	Mujeres	1050
Población menor de 5 años	Hombres	161
	Mujeres	143
	Total	304
Población entre 5 y 14 años	Hombres	333
	Mujeres	294
	Total	627
Nº de Escuelas Primarias	43	
Nº total de estudiantes	7436	
Nº de Centros de Salud	2	

3. Carga de enfermedad por EID

Tabla 5. Prevalencia por cada una de las EID en el Municipio de Sicaya

EID	Sitio en el que se realizó el estudio de prevalencia	Prevalencia	Población en la cual se hizo el estudio (grupo de edad, etnia, sexo)	Año del dato de prevalencia
Chagas	Municipio de Sicaya	8,6% índice de infestación domiciliaria	Sin dato	2005
Helminetos	Población Escolar	55%	Escolares (5 a 14 años)	2007
Lepra	¿?	25% de los casos reportados en el departamento	21 a 59 años de edad el 100% son hombres	2009

4. Determinantes Sociales de la Salud asociados a las EID incluidas en el Plan

Tabla 6. Determinantes sociales y ambientales en el Municipio de Sicaya

Pobreza (expresada según indicadores del país)	96%
Nivel educativo (% de población analfabeta mayor de 15 años)	39%
Principales actividades productivas	Los pobladores se dedican a la producción agropecuaria en un sistema familiar
Género y Factores socio culturales (describa lo que sea más relevante)	Un 95% de la población habla y es del grupo étnico Quechua.
Migración, desastres y conflictos (describa lo más relevante)	Existe una migración a las ciudades en un porcentaje del 11%
Condiciones ambientales (describa las más relevantes)	Este municipio es un Valle, con temperaturas entre 12 °C a 28 °C.
Vivienda y hacinamiento (describa lo más relevante)	Existen en este municipio 620 casas, un 51% de estas es de mala calidad, el promedio de hacinamiento es de 2.1 personas por habitación, tiene un 16% de cobertura de electricidad
Agua y saneamiento (porcentaje de población con acceso y descripción del tipo de servicio)	49% de los hogares acceden a agua de río y un 47% de red y 4% de otras fuentes, el 80% de los hogares no cuentan con baño, un 94% de los hogares utiliza leña como combustible para el hogar

5. Recursos disponibles en programas de salud y socios, aliados e instituciones vinculadas al plan de acción

Tabla 7. Recursos disponibles en el Municipio de Sicaya: administración y organización de los servicios

Nivel de la entrega de servicios	Tipo de servicio	Número
(Nivel central, regional, departamental, municipal)	(Hospital de referencia, Hospital Rural, Unidad de atención primaria, Centros de medicina tradicional/alternativa, etc.)	(especifique cuántos por cada tipo de servicio)
El departamento de Cochabamba tiene 3 establecimientos de 3er nivel, 37 de 2do nivel y 405 del 1er nivel.	En el municipio de SICAYA hay 2 centros de salud.	2

Tabla 8. Programas de salud pública implementados por los servicios de salud del Municipio de Sicaya

Nombre del servicio de salud	Servicio Departamental de Salud
Programa que implementa (AIEPI, PAI, nutrición, etc.)	AIEPI, PAI, Programas de Chagas, Salud escolar, salud del adulto mayor, SUMI
Población objeto del programa (número y grupo de edad)	2235 (1050 mujeres y 1185 hombres)
Población total a la que llega el programa (cobertura)	Todo el municipio
Talento humano con que cuenta el programa (especifique por tipo)	2 médicos generales y 2 Lic. en enfermería y 4 auxiliares de enfermería
Estrategia para llegar a la población objeto	De acuerdo a programación de los diferentes programas
Financiamiento (cuánto por año y quién es el financiador)	Los financiadores son: el MSyD con los programas creados, la gobernación para complementar las acciones de los programas y el municipio en la dotación de insumos para los centros de salud, desayuno escolar y alimento complementario.
Socios, aliados o instituciones que participan en el programa	La comunidad, organizaciones sociales como club de madres, líderes comunales, el alcalde y la coordinación de salud del servicio departamental de salud. (Proyecto ISAN OPS/OMS, UNICEF, PMA, UNFPA) se verificara la lista de OMGS que trabajan en el lugar.

Tabla 9. Intervenciones de control específicas por enfermedad en el Municipio de Sicaya

EID	Chagas
Fecha de inicio	2010
Total de población para intervención	2235
Total de población cubierta por la intervención	2235
Principales estrategias	Rociado casa por casa y vigilancia comunitaria de triatomíneos
Frecuencia del tratamiento	2 veces por años
Principales socios participantes	MSYD, SEDES CBBA y Municipio de SICAYA

Tabla 10. Redes, funciones y recursos con que cuentan los socios, aliados e instituciones en el Municipio de Sicaya

Socio/aliado/ Institución	Red con que cuenta en el área geográfica	Función que desempeña: breve descripción	Recursos con que dispone y puede contribuir a este plan		
			Humanos	Financieros	Logísticos
SEDES Cochabamba	Mediante la coordinación de red	La coordinación de red, es la que coordina, planifica y ejecuta los diferentes programas y actividades del SEDES en el municipio y sus comunidades.	8	No hay dato	Una ambulancia

Tabla 11. Recursos disponibles (socios, aliados e instituciones) en el Municipio de Sicaya

Nombre del socio	Proyecto ISAN
Programa que implementa o enfermedad en la cual hace acciones	Colaborar en la reducción de la desnutrición y mejorar la seguridad alimentaria
Fecha en que inició actividades	2010
Área geográfica	Todo el municipio
Total de población en esa área	2235
Total población objeto de intervención	2235
Estrategias que implementa	En base a las diferentes líneas de acción del programa de desnutrición cero, de acuerdo a los programas de nutrición, en base a la estrategia AIEPI en su componente comunitario
Si usa medicamentos, especifique	Este proyecto no da ningún medicamento para las 3 enfermedades (Chagas, lepra, geohelminthos)

6. Resumen de análisis integrado del diagnóstico situacional					
Tabla 12. Superposición o co-endemicidad de EID en el Municipio de Sicaya					
EID 1: Chagas		EID2: Geohelmintos		EID3: Lepra	
Prevalencia	Población afectada por grupo de edad	Prevalencia	Población afectada por grupo de edad	Prevalencia	Población afectada por grupo de edad
8.50%	Total de la población del municipio	55%	Escolares entre 5 a 14 años	25% de los casos reportados en el departamento	21 a 51 años de edad 100% varones

Tabla 13. Superposición de intervenciones específicas en implementación actual desde el sector salud para las EID en el Municipio de Sicaya			
Actividad	EID 1: Chagas	EID2: Geohelmintos	EID3: Lepra
Quimioterapia preventiva	no	no	no
Manejo de casos	si	no	si
Entrenamiento	si	no	no
Movilización social y participación comunitaria	si/no	si/no	si/no
Mapeo	si	no	si
Monitoreo y evaluación	si	no	no
Control integrado de vectores	si	no aplica	no aplica
Otros			

Tabla 14. Superposición de intervenciones específicas en implementación actual por programas de salud para las EID en el Municipio de Sicaya

Actividad	PAI	AIEPI	Nutrición	Programas para la primera infancia	Enf. Transmitidas por vectores	Ambientes y entornos saludables	Salud materno e infantil	
Coordinación	No	No	No	Algunos	Chagas	No	No	
Abogacía	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	
Movilización social	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	
Tratamiento o intervenciones de orden individual	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	
Tratamiento e intervenciones de orden comunitario o masivo	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	
Entrenamiento de talento humano	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	
Acciones de promoción a nivel comunitario	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	
Monitoreo y evaluación	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	
Grupos de edad a los que llegan	Menores de 5 años	Si	No	Si	Si	No	No	Si
	Escolares de 5 a 14 años	No	Si	Si	No	No	No	No
	Gestantes	No	Si	Si	No	No	No	Si
Grupos de población a los que llegan	Desplazados	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
	Pobres	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
	Pobl. rural dispersa	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
	Pueblos indígenas	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
	Áreas peri-urbanas pobres	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Recurso humano con que cuenta	ACS	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato
	Auxiliares de enfermería	4	4	4	4	4	4	4
	Enfermeras	2	2	2	2	2	2	2
	Médicos	2	2	2	2	2	2	2

Tabla 15. Determinantes sociales de la salud-DSS relacionados con las EID que son comunes en el Municipio de Sicaya

DSS 1 Pobreza	96%
DSS 2 Acceso a agua potable	48% de los hogares tienen acceso a agua potable
DSS 3 Calidad de vivienda	51% de las casas tienen una calidad baja a mala
DSS 4 Hacinamiento	2.1 personas comparten una habitación
DSS 5 Acceso a electricidad	17% de las casas tienen electricidad
DSS 6 Disponibilidad de baños en los hogares	80%
DSS 7 Tipo de combustible para el hogar	94% de los hogares usan leña
DSS 8 Tasa de analfabetismos a partir de 15 años	39%
DSS 9 Pobreza	96%
DSS 10 Ingreso per capita anual	256 Bs o 37 \$U\$
DSS 11 Índice de Desarrollo Humano	0.5

Tabla 16. Superposición de intervenciones específicas en implementación actual desde otros sectores para las EID en el Municipio de Sicaya

Actividad	Educación	Desarrollo y vivienda	Agricultura
Acceso a agua apta para consumo humano	UNICEF (Proyecto ISAN)		
Mejoramiento de vivienda y su entorno		PMA (cocinas lorena) (ISAN)	
Desarrollo de actividades productivas			FAO y PASA (ISAN)
Educación en salud y estilos de vida saludable			OPS/OMS

Tabla 17. Posibilidades de uso integrado de recursos sanitarios en el Municipio de Sicaya

Recursos Programa 1: PAI	Recursos Programa 2: Programa Chagas	Recursos Programa 3: Personal Municipios
Desparasitación geohelminfos	Detectar posibles casos de lepra	Tener identificadas las comunidades con Chagas, lepra y geohelmintiasis

DISEÑO DE ESTRATEGIAS INTEGRADAS

Tabla 18. Objetivos y metas del plan de acción del Municipio de Sicaya

Meta del Plan	Enfermedad	Objetivo General	Objetivos Específicos
Reducir la carga de las enfermedades EID priorizadas en el municipio hasta el año 2012	Chagas	<ul style="list-style-type: none"> Reducir la prevalencia de Chagas en el municipio 	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar la vigilancia comunitaria de Triatomos en el 100% de los hogares.
			<ul style="list-style-type: none"> Promover el tratamiento oportuno al 100% de la población niñas y niños.
			<ul style="list-style-type: none"> Integrar la atención materna e infantil para mejorar la vigilancia de Chagas congénito en la coordinación de red y el municipio.

Tabla 19. Recursos disponibles (socios, aliados e instituciones) en el Municipio de Sicaya

EID	Intervenciones específicas		
	Quimioterapia preventiva	Manejo intensivo de casos	Control de vectores
Chagas		Benznidazol	Rociado químico intra y peri domiciliario, vigilancia comunitaria y vigilancia Chagas congénita, mejora de la vida educación para el ordenamiento de la vivienda
Geohelmintos	Albendazol o Mebendazol		
Lepra		Poliquimioterapia Clofazimina, rimfapicina y Dapsona	

Tabla 20. Intervenciones interprogramáticas integradas en el Municipio de Sicaya

EID	ETV	AIEPI	PAI	Nutrición	Entornos saludables
Chagas	Elaborar un plan de trabajo semestral entre el programa Chagas departamental y AIEPI para identificar tareas conjuntas para ser desarrolladas en el municipio.				También está involucrada pero esta iniciativa debería integrarse con ETV Y AIEPI
Geohelmintos		Es necesario identificar rutas de trabajo entre la vacunación regular y en campaña del PAI para que estas mismas personas desparasiten de manera simultánea. O de lo contrario el personal de PAI y de los centros de salud capacite a maestros en la desparasitación a escolares. Es necesario identificar cuales procesos o estrategias son necesarias para que el Programa nacional de desnutrición cero por medio de la estrategia de AIEPI deba impulsar al distribución en masa de antiparasitarios en escolares y si en algunos lugares no hay cobertura de antiparasitario en el SUMI proporcionarlo a niños menores de 5 años y madres embarazadas a partir del segundo trimestre y durante la lactancia. En HONDURAS el programa de Chagas cuando fumiga también desparasita.			
Lepra		Promover detección, contactos y seguimiento de Lepra por las distintas actividades que realice el PAI y AIEPI. Para mejorar la vigilancia en mujeres y niños y tratar de detectar ya que los datos de 2009 indican solo personas adultas y hombres con LEPR			

Tabla 21. Acciones intersectoriales integradas en el Municipio de Sicaya

EID	Intervenciones Intersectoriales					
	Agua, San. y condiciones de vivienda	Factores de riesgo ambiental	Población migrantes	Reducción de inequidades	Reducción de pobreza	Sistema de vigilancia y evaluación
Chagas	Estimular con el municipio la mejora de la calidad de las casas ya sea mediante otro financiador o trabajo por alimentos	Es necesario mejorar las condiciones de la calidad de agua, saneamiento básico, desechos (basura), su disposición. En esta aspecto puede integrar esta acción al unidad de medio ambiente del SEDES de CBBA y el municipio y quizás Swiss Contact.	Este municipio es extractivo y no hay migración.	Todas las acciones a realizar entre los diferentes programas que atienden a esta enfermedades será transversal con genero e interculturalidad por lo tanto se abordara estas desigualdades en este ámbito.	Es posible reducir la pobreza, pero con estas intervenciones es difícil de predecir cuánto. Este municipio tiene un 96% de pobreza. Dar antiparasitario junto con bono Juancito Pinto y realizar exámenes de Chagas a mujeres embarazadas al recibir bono Juana Azurduy.	Con el enfoque integral y la creación de una base de datos permitirá mejorar la vigilancia desde las comunidades hasta el ámbito nacional con las variables de edad, sexo y grupo étnico.
Geohelminintos						
Lepra						

Tabla 22. Intervenciones para la participación comunitaria y la movilización social en el Municipio de Sicaya

Participación comunitaria	Movilización social
Realizar una línea de base de percepciones sobre las 3 enfermedades a nivel comunitario, desarrollar e implementar la metodología en el municipio en unidades educativas, grupos organizados como club de madres, asociación de ganaderos, evaluar el impacto de intervención y su efecto en la participación comunitaria en la vigilancia, detección de las 3 enfermedades.	Empoderamiento de la comunidad y abogacía con las autoridades para mejorar el control de las 3 enfermedades.

Tabla 23. Intervenciones integrales en el sistema de salud en el Municipio de Sicaya

	EID		
	Chagas	Geohelmintos	Lepra
Intervenciones a entregar	Realizada vigilancia activa y comunitaria en la presencia de triatomos y casos clínicos de Chagas, con la estrategia de AIEPI formando a los agentes comunitarios en esta enfermedad.	Desparasitación del 100% de los niños en edad escolar en una comunidad con ayuda de la estrategia de AIEPI y el PAI y el programa de desnutrición CERO.	Promover detección, contactos y seguimiento de Lepra por las distintas actividades que realice el PAI y AIEPI.
Personal responsable	Personal del la coordinación de red y centros de salud del municipio.		
Sistema de información	Construir una base de datos en ACCESS para registrar Nº de personas positivas a helmintos, Nº de personas tratadas, personas positivas a Chagas, tratamiento recibido, control de triatomos, Nº de casos de lepra, contactos. Estos datos deben tener edad, etnia, sexo.		
Medicamentos, insumo y tecnología	Disponer de Benznidazol en suficiente cantidad.	Contar con ALB y MEB para los próximos 5 años en suficiente cantidad para cubrir las necesidades del municipio.	Contar con suficiente cantidad para el tratamiento de Poliquimio Terapia, Clofazimina, rimfapicina y Dapsona.
Fuentes de financiamiento	Con fondos del Programa nacional de Chagas y CIDA CANADA en el primer año y para los siguientes el programa nacional de Chagas.	En el año 1 con fondos de CIDA CANADA, en los siguientes años el MSyD gestionara la donación ante J&J para contar con el antiparasitario y el municipio podría dotar de algunos fondos para algunos insumos como combustible.	Con fondos del Programa nacional de Chagas y CIDA CANADA en el primer año y partir de esta iniciativa para los siguientes años.
Liderazgo y gobernanza	El liderazgo seria por el SEDES de Cochabamba, la coordinación de red y el municipio y los responsables nacionales y departamentales de los programas de Chagas, Geohelmintos y Lepra.		

DESARROLLO DEL PLAN

Tabla 24. Roles y responsabilidades

Roles	Responsables
Identificar los roles y funciones por cada actividad que se realice el orden de esta sería: 1) director de salud y servicios 2) director del SEDES 3) epidemiólogo y responsables nacionales y departamentales de las 3 enfermedades 4) coordinador de red y responsable de salud del centro de salud y el jefe médico si lo hay del municipio.	Todas las autoridades ministeriales, departamentales y municipales que se determinen en la construcción del plan.

Tabla 25. Productos, plazos, hitos y resultados

EID	Productos	Hitos	Fechas	Resultados
Chagas	30% de las casas del municipio fumigadas.	Reducida en un 20% la presencia de triatominos en el 1er año (2012) y la reducción del 90% de triatominos para el final del proyecto.	2012 – 2014	Interrumpir la transmisión vectorial domiciliaria menor al 1% de infestación domiciliaria.
Geohelmintos	1) Realizada una línea de base en las unidades educativas para determinar frecuencia. 2) realizada la desparasitación en el 75% en los niños y niñas en edad escolar.	Cobertura de desparasitación en el 40% de las unidades educativas del ministerio en el 1er año, y una cobertura del 75% en las unidades educativas para el 2014.	2012 – 2014	Reducción de la prevalencia a menos del 20% en niños y niñas en edad escolares y reducción de la proporción de infecciones moderadas o intensas.
Lepra	Búsqueda activa de casos y el tratamiento al 100% de ellos.	Incremento en la vigilancia de casos a nivel comunitario.	2012 – 2014	Disminuir la prevalencia a menos de 1 caso en 10.000 habitantes.
Prevención	Elaboración de 3 materiales didácticos. 1 por cada enfermedad en el contexto y lenguaje del municipio.	Implementada la metodología de prevención de estas enfermedades en el 50% de las unidades educativas. Formados 50 maestros en la metodología de prevención.	2012 - 2014	Promovida la prevención de estas 3 enfermedades en el municipio.

Tabla 27. Monitoreo y evaluación del Plan Integral de eliminación de las EID en el Municipio de Sicaya

EID	Indicadores de Proceso	Indicadores de Impacto
Chagas	Porcentaje de cobertura de casas peri domicilio fumigada = Numero de casas fumigadas/total de casas en el municipio x 100	Índice de infestación=Numero de casas positivas/número de casas infestadasx100
	Porcentaje de personas tratadas= numero que recibieron medicamentos/total de personas positivas a Chagas x100	Seroprevalencia de niños menores de 5 años de niños positivos a serología/número de niños examinadosx100
Geohelmintos	Porcentaje desparasitación = Numero de escolares que recibieron el ALB y MEB/ número total de niños en edad escolarx100	prevalencia=numero positivos/número de niños eamnadosx100
	Porcentaje de cobertura=número de escuelas que recibieron antiparasitarios/número total de escuelasx100	intensidad de infección=número de niños con infecciones moderadas o intensas por cualquier geohelmintos/ por el número total de niños examinadas
Lepra	Porcentaje de estudio de contactos= número de estudios en contactos en casos positivos/ sobre número total de casos positivos	Reducir la prevalencia menos 1 por 10000 y reducir el número de pacientes con discapacidad
	Porcentaje personas que recibieron tratamiento=número de pacientes que reciben tratamiento/sobre el número total de pacientes detectados	
	Porcentaje de pacientes tto completo= número de pacientes que completaron / número de pacientes que recibieron tratamiento	
Integración con enfoque multi-enfermedad	Porcentaje de facilitadores comunitarios del AIEPI capacitados=numero de facilitadores de AIEPI que realizaron desparasitación/número total de facilitadores comunitariosx100	Reducción de la prevalencia de geohelmintos menos del 20% y la reducción de la intensidad Porcentaje de trabajadores en salud que aplican la estrategia integral de de control de las EID
	PAI geohelmintos=número de profesionales del PAI que desparasitaron/número total de profesionales del PAI	
Integración intersectorial	Número de maestros capacitados=número de maestros capacitados en la enseñanza de la 3 enfermedades/número total de maestrosx100	
	numero escuelas saludables con enfoque de EID= número de escuelas con agua potable y con saneamiento básico/número de escuelas	
Integración entre áreas geográficas	Si hay municipios vecinos cuando se aplique las mismas estrategias	

**PLAN INTEGRADO DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN,
CONTROL Y ELIMINACIÓN DE LAS EID
ECUADOR**

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

**1. Estructura organizativa para la formulación del plan de acción para la
prevención, control y eliminación de las EID**

Tabla 1. Integrantes del Comité nacional o sub-nacional

Nombre del participante	Institución/organización	Sector al que pertenece
Juan Moreira	Dirección de Mejoramiento de la Salud Pública	Ministerio de Salud Pública
Vladimir Roura	Control y mejoramiento en gestión de los servicios de salud	Ministerio de Salud Pública
Luís Reyes	Control y mejoramiento en vigilancia	Ministerio de Salud Pública
Ana Lucia Moncayo	OPS	Cooperación Internacional
NN		Ministerio de Educación

Tabla 2. Integrantes del Grupo de Trabajo Técnico

Nombre del participante	Institución/organización	Sector al que pertenece
NN	Dirección Provincial de Salud	Ministerio de Salud Pública
NN	SNEM	Ministerio de Salud Pública
NN	Directores de Área de Salud	Ministerio de Salud Pública
NN	Dirección de educación de Esmeraldas	Ministerio de Educación

2. Datos demográficos generales del área o áreas geográficas que serán incluidas en el plan de acción

Tabla 3. Datos Demográficos de la Provincia de Esmeraldas

Indicador	Desagregación	Valor
Población	Población total (hombres):	271,312
	Población total (mujeres):	262, 780
	Densidad poblacional:	24.2 hab. X Km2
	Población Total	534,092
Esperanza de vida	Expresada en años para mujeres	72.5
	Expresada en años para varones	67.3
Tasa de crecimiento poblacional	Expresada en porcentaje	1.91%
Tasa de analfabetismo (en población de 15 años y más)	Expresada en porcentaje para mujeres	13.9%
	Expresada en porcentaje para varones	13.8%
Tasa neta de matrícula escolar	Expresado en porcentaje para mujeres	85.5%
	Expresado en porcentaje para varones	83%
Tasa neta de matrícula en secundaria	Expresado en porcentaje para mujeres	38.42%
	Expresado en porcentaje para varones	31.99%
Tasa de fertilidad	Niños nacidos/mujer	1.175x100, 000 hab.
Tasa de mortalidad infantil	Tasa global	35.6%

Tabla 4. Datos demográficos específicos de la Provincia de Esmeraldas

Municipio	San Lorenzo	Eloy Alfaro	Atacames	
Población total	Hombres	21,552	21,048	21,231
	Mujeres	20,934	18,691	20,295
Nº de Centros de Salud	0.99 personal de salud por cada 1.000 nacidos vivos	0.63 personal de salud por cada 1.000 nacidos vivos	1.19 personal de salud por cada 1.000 nacidos vivos	

3. Carga de enfermedad por EID

Tabla 5. Prevalencia por cada una de las EID de la Provincia de Esmeraldas

EID	Sitio en el que se realizó el estudio de prevalencia	Prevalencia	Población en la cual se hizo el estudio (grupo de edad, etnia, sexo)	Año del dato de prevalencia
Geohelmintiasis	Eloy Alfaro	Escolares: Áscaris 48.9% ; 83.3% Trichuris 31% ; 81.5% ; Uncinarias < del 15% Pre Escolares: Ascaris 33.1% ; 38.4% Trichuris 31.1% ; 81.5%	Escolares de 15 a 17 años.	2005 al 2007

4. Determinantes Sociales de la Salud asociados a las EID incluidas en el Plan

Tabla 6. Determinantes sociales y ambientales en la Provincia de Esmeraldas

Pobreza (expresado según indicadores del país)	24.3 IPH
Nivel educativo (% de población analfabeta mayor de 15 años)	13.8%
Principales actividades productivas	Exportación de camarón y banano; producción de cacao, tabaco y café, además de pesca, industria petroquímica y turismo
Género y Factores socio culturales (describa lo que sea más relevante)	Explotación de los nativos por empresas madereras, pesca artesanal, falta de atención en salud. Presencia de afros, mestizos como colonos y los pueblos indígenas (Chachi 12,000, Epera 250 y Awas 4,000 habitantes)
Migración, desastres y conflictos (describa lo más relevante)	Presencia de amenazas hidro-metereológicas (inundaciones, precipitaciones de alta intensidad) oceanográficas y geológicas.
Condiciones ambientales (describa las más relevantes)	Clima tropical muy húmedo, en el extremo norte, al sur montañas y clima húmedo temperatura entre 21 y 25° C, la zona costera se caracteriza por una vegetación muy rica y variada
Vivienda y hacinamiento (describa lo más relevante)	4.57 personas por vivienda, 68.3% de personas habitan en viviendas inadecuadas
Agua y saneamiento (porcentaje de población con acceso y descripción del tipo de servicio)	33% con acceso a agua potable 48.7% sin acceso a SSHH 68.1% sin acceso a eliminación de basura 57% de hogares con saneamiento básico

5. Recursos disponibles en programas de salud y socios, aliados e instituciones vinculadas al plan de acción

Tabla 7. Recursos disponibles en la Provincia de Esmeraldas: administración y organización de los servicios

Nivel de la entrega de servicios	Tipo de servicio	Número
(Nivel central, regional, departamental, municipal)	(Hospital de referencia, Hospital Rural, Unidad de atención primaria, Centros de medicina tradicional/alternativa, etc.)	(especifique cuántos por cada tipo de servicio)
Dirección provincial de salud, Hospital Provincial	Hospital Cantonal, Centros de Salud, SCS, Puestos de Salud	---

Tabla 9. Intervenciones de control específicas por enfermedad en la Provincia de Esmeraldas

EID	Geohelmintiasis	Oncocercosis	Oncocercosis
Fecha de inicio	2006	1990 – 2011	1990 – 2011
Municipio intervenido	Borbón, Eloy Alfaro	Borbón, Eloy Alfaro	03 Comunidades de San Lorenzo
Total de población para intervención		26,450	1,200
Principales estrategias	Distribución de medicamentos	Distribución de medicamentos	Distribución de medicamentos
Medicamentos usados	Albendazol	Ivermectina	Ivermectina
Frecuencia del tratamiento	Anual	Bi-anual	Bi-anual
Principales socios participantes	Proyecto Escalla	MSP/OEPA/CBM	MSP/OEPA/CBM

Tabla 10. Redes , funciones y recursos con que cuentan los socios, aliados e instituciones en la Provincia de Esmeraldas

Socio/aliado/ Institución	Red con que cuenta en el área geográfica	Función que desempeña: breve descripción	Recursos con que dispone y puede contribuir a este plan		
			Humanos	Financieros	Logísticos
OEPA	--	Asistencia técnica y económica	--	--	--
CBM	--	Asistencia económica	--	--	--

Tabla 11. Recursos disponibles (socios, aliados e instituciones) en la Provincia de Esmeraldas

Nombre del socio	OEPA	CBM	OPS
Programa que implementa o enfermedad en la cual hace acciones	Oncocercosis	Oncocercosis	Geohelminfos
Fecha en que inició actividades	1990	1990	2010
Área geográfica	119 comunidades	119 comunidades	4 comunidades
Total población objeto de intervención	26,450	26,450	---
Estrategias que implementa	Entrega de medicamento	Entrega de medicamento	Entrega de medicamento
Si usa medicamentos, especifique	Ivermectina	Ivermectina	Albendazol
Frecuencia de tratamiento	Bi-anual	Bi-anual	Anual

Tabla 13. Superposición de intervenciones específicas en implementación actual desde el sector salud para las EID en la Provincia de Esmeraldas

Actividad	Eloy Alfaro		San Lorenzo		Atacames
	EID1: Geohelminfos	EID2: Oncocercosis	EID1: Geohelminfos	EID2: Oncocercosis	EID1: Geohelminfos
Quimioterapia preventiva	Si	Si	Si	Si	Si
Manejo de casos	No	Si	No	Si	No
Entrenamiento	Si	Si	No	Si	Si
Movilización social y participación comunitaria	No	Si	No	Si	No
Mapeo	Si	Si	Si	No	Si
Monitoreo y evaluación	No	Si	No	No	No
Control integrado de vectores	No	Si	No	No	No

Tabla 14. Superposición de intervenciones específicas en implementación actual por programas de salud para las EID en la Provincia de Esmeraldas

Actividad	PAI	AIEPI	Nutrición	Programas para la primera infancia	Enf. Transmitidas por vectores	Ambientes y entornos saludables	Salud materno e infantil	
Coordinación	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	
Abogacía	Si	Si	No	Si	No	No	No	
Movilización social	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	
Tratamiento o intervenciones de orden individual	No	No	No	No	No	No	No	
Tratamiento e intervenciones de orden comunitario o masivo	No	No	No	No	No	No	No	
Entrenamiento de talento humano	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	
Acciones de promoción a nivel comunitario	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	
Monitoreo y evaluación	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	
Grupos de edad a los que llegan	Menores de 5 años	Si	Si	Si	Si	No	No	Si
	Escolares de 5 a 14 años	Si	No	No	No	No	No	Si
	Gestantes	Si	Si	Si	No	No	No	Si
Grupos de población a los que llegan	Desplazados	Si	Si	Si	No	No	No	Si
	Pobres	Si	Si	Si	Si	No	No	Si
	Pobl. rural dispersa	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si
	Pueblos indígenas	Si	Si	Si	Si	No	No	Si
	Áreas peri-urbanas pobres	Si	Si	No	No	Si	No	Si
Recurso humano con que cuenta	ACS	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si
	Auxiliares de enfermería	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si
	Enfermeras	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
	Médicos	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Tabla 15. Determinantes sociales de la salud-DSS relacionados con las EID que son comunes en la Provincia de Esmeraldas

DSS 1 Pobreza	Presente
DSS 2 Saneamiento y agua	Presente
DSS 3 Nivel educativo	Presente
DSS 4 Cultura	Presente

Tabla 16. Superposición de intervenciones específicas en implementación actual desde otros sectores para las EID en la Provincia de Esmeraldas

Actividad	Educación	Desarrollo y vivienda	Obras Públicas	Agricultura	Medio ambiente	Cultura y deporte
Acceso a agua apta para consumo humano			X			
Servicios mejorados de saneamiento		X	X		X	
Mejoramiento de vivienda y su entorno		X	X		X	
Programas para reducción de la pobreza		X	X	X		
Desarrollo de actividades productivas				X		X
Educación en salud y estilos de vida saludable	X				X	X
Mejoramiento de infraestructura y vías de transporte			X			
Mobilización Social y participación comunitaria	X					X

DISEÑO DE ESTRATEGIAS INTEGRADAS

Tabla 18. Objetivos y metas del plan de acción en la Provincia de Esmeraldas

Meta del Plan	Enfermedad	Objetivo General	Objetivos Específicos
Reducir la carga de EIDs en las comunidades seleccionadas de la provincia de Esmeraldas en el período 2012 al 2015	Geo-helminthiasis	<ul style="list-style-type: none"> Reducción de la prevalencia a menos del 20% y la proporción de infecciones moderadas e intensas en niños en edad escolar. 	<ul style="list-style-type: none"> Suministrar tratamiento a niños en edad escolar de las escuelas anual o bianual.
			<ul style="list-style-type: none"> Incorporar el proyecto de desparasitación dentro de los programas de AIEPI y del PAI.
	Lepra	<ul style="list-style-type: none"> Reducción de la prevalencia a menos de 1 en 10.000 hab. 	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar la detección oportuna de casos.
			<ul style="list-style-type: none"> Disminuir la proporción de pacientes con discapacidad grado 2.
			<ul style="list-style-type: none"> Mejorar la búsqueda activa y detección de casos en los contactos con los pacientes.
	Chagas	<ul style="list-style-type: none"> Disminuir la transmisión vectorial domiciliar e implementar la vigilancia de la transmisión vertical. 	<ul style="list-style-type: none"> Control químico para disminuir la infestación de las viviendas.
			<ul style="list-style-type: none"> Realizar tamizaje sistemático dentro de las determinaciones de laboratorio de control e infecciones de transmisión vertical (VIH-VDR para maternas).
			<ul style="list-style-type: none"> Aumentar la cobertura del diagnóstico y tratamiento de casos de Chagas.
			<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer las acciones de Vigilancia Epidemiológica.
	Cisticercosis	<ul style="list-style-type: none"> Disminución del riesgo de infección por teniasis/cisticercosis, 	<ul style="list-style-type: none"> Estudio de la línea de base para determinar prevalencia de teniasis/cisticercosis.
			<ul style="list-style-type: none"> Diseñar e implementar un programa integral para la vigilancia y control.
	Leishmaniasis cutánea /visceral	<ul style="list-style-type: none"> Disminuir la prevalencia de infección 	<ul style="list-style-type: none"> Acceso oportuno adecuado a diagnóstico y tratamiento con medicamento gratuito.
<ul style="list-style-type: none"> Medidas de control y prevención en perros. 			
<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de la Vigilancia y control. 			

Tabla 19. Recursos disponibles (socios, aliados e instituciones) en la Provincia de Esmeraldas

EID	Intervenciones específicas		
	Quimioterapia preventiva	Manejo intensivo de casos	Control de vectores
Chagas	No	Benznidazol	Si, rociado químico domiciliario y peri domiciliario
Geohelminthiasis	Si	Albendazol	No
Lepra	No	Poli quimio terapia	No
Cisticercosis	No	Albendazol	No
Leishmaniasis visceral humana	No	Antimoniales Pentavalentes	Si -Control de Reservorios
Oncocercosis	No	Ivermectina	No

Tabla 20. Intervenciones interprogramáticas integradas en la Provincia de Esmeraldas

EID	ETV	AIEPI	PAI	Entornos saludables	Nutrición
Chagas	Si	Si	No	Si	No
Geohelminthiasis	No	Si	Si	Si	Si
Lepra	No	No	Si (detección de casos y promoción)	Mejoramiento de la vivienda	Si
Cisticercosis	No	Si	Si	Si	No
Leishmaniasis visceral humana	Si	Si	Si (búsqueda activa de casos sospechosos)	Control de perros	Si
Oncocercosis	No	No	No	No	No

Tabla 21. Acciones intersectoriales integradas en la Provincia de Esmeraldas

EID	Intervenciones Intersectoriales				
	Agua, San. y condiciones de vivienda	Factores de riesgo ambiental	Reducción de inequidades	Reducción de pobreza	Sistema de vigilancia y evaluación
Chagas	Saneamiento ambiental EMAP - MIDUVI Mejorar el acceso a agua potable, construcción de letrinas sanitarias. Construcción de viviendas a las poblaciones de extrema pobreza.	Ministerio del Ambiente; evitar la deforestación como medida para que no aumenten los vectores en estas poblaciones. Servicios de Emergencias Nacionales; Medición de riesgos ambientales e intervenciones en desastres naturales.	Ministerio de Educación y cultura; Para mejorar el acceso a la educación formal de la población femenina. MSP; ofrecer servicios diferenciados de salud a la población indígena acorde a su cultura.	Subsidio: para que los niños puedan asistir a las escuelas.	MSP: Fortalecer el Sistema de información y notificaciones obligatorias.
Geohelmintiasis			Ministerio de Educación y cultura; Capacitar y encargar a los profesores, líderes comunitarios para la distribución del medicamento a cada una de sus escuelas. Involucrar a líderes comunitarios.		MSP: Crear el Sistema de información y notificaciones de casos.
Lepra		Hacinamiento, cocinas de carbón, leña dentro de la vivienda.			Vigilancia y seguimiento de contacto de casos.
Cisticercosis		Ministerio de Agricultura y Ganadería.			MSP: Crear el Sistema de información y notificaciones de casos.
Leishmaniasis visceral humana		Ministerio del Ambiente; Evitar la deforestación como medida para que no aumenten los vectores en estas poblaciones. Servicios de Emergencias Nacionales; Medición de riesgos ambientales e intervenciones en desastres naturales.			MSP: Fortalecer el Sistema de información y notificaciones de casos.
Oncocercosis					

Tabla 22. Intervenciones para la participación comunitaria y la movilización social en la Provincia de Esmeraldas

Participación comunitaria	Movilización social
Líneas de base, capacitar y trabajar con los ACS de las aéreas para seguir trabajando en conjunto.	Promoción de la participación comunitaria, empoderamiento de la comunidad, abogacía.

Tabla 23.1. Intervenciones integrales en el sistema de salud en la Provincia de Esmeraldas

EID	Intervenciones		
	Intervenciones a entregar	Personal responsable	Sistema de información
Geohelmintos	Línea de base	Consultora de OPS: Ana Lucia Moncayo.	PNEO-E
	Desparasitación escolar.		
Lepra	Línea de base	Personal del MSP.	MSP
Cisticercosis	Línea de base	Personal del MSP.	MSP - UC
	Control y vigilancia		

Tabla 23.2. Intervenciones integrales en el sistema de salud en la Provincia de Esmeraldas

EID	Intervenciones		
	Medicamentos, insumo y tecnología	Fuentes de financiamiento	Liderazgo y gobernanza
Geohelmintos	Contar con métodos rápidos Kits de Kato katz.	OPS	MPS
Lepra		MSP	MPS/Personal de mejoramiento de la salud pública.
Cisticercosis		MSP	MSP/PNEO-E

Tabla 25. Productos, plazos, hitos y resultados

EID	Productos	Hitos	Fechas	Resultados
Chagas	80% de casas fumigadas.	Reducir el índice de infestación en un 50% el primer año en un 70% en el segundo año y el 100% en el tercer año.	Período 2012 al 2014	Eliminar la infestación de triatomas a menos del 1% de las viviendas.
Geohelmintiasis	Establecer una línea de base de prevalencia e intensidad de infección por geohelmintos en niños de edad escolar.	Desparasitación anual o semestral con una cobertura mínima del 75% de niños en edad escolar en cada jornada de desparasitación.	Período 2012 al 2014	Reducción de la prevalencia en niños de edad escolar. Disminución de la proporción de infecciones moderadas o intensas.
Lepra	Búsqueda activa de casos, diagnóstico, tratamiento oportuno y adecuado al 100% de casos.	Determinar la prevalencia real, y fortalecer la notificación obligatoria y Sistemas de Vigilancia.	Período 2012 al 2014	Disminuir la prevalencia a menos del 1 en 10.000.
Cisticercosis	Diagnosticar en cada área determinada el Complejo / Teniasis-Cisticercosis-Epilepsia.	Conocer la evolución real de la Cisticercosis humana y porcina en los últimos 10 años.	Período 2012 al 2014	Contar con el número de casos de Teniasis Solium /NCC en el país y casos de epilepsia por otras causas.
		Establecer un modelo epidemiológico para prevenir, controlar y o eliminar el Complejo /Teniasis Cisticercosis-Epilepsia.		Disminuir el riesgo de Teniasis Cisticercosis en la población.
		Priorizar las acciones necesarias para disminuir los factores de riesgo.		

Tabla 27. Monitoreo y evaluación del Plan Integral de eliminación de las EID en la Provincia de Esmeraldas

EID	Indicadores de Proceso	Indicadores de Impacto
Geohelmintos	Nº de niños desparasitados sobre el Nº de niños en edad escolar por 100	100% de niños que completaron el tratamiento
	Nº de escuelas que participan en las desparasitaciones sobre el Nº total de escuelas programadas por 100	Porcentaje de escuelas que recibieron Albendazol
	Nº de profesores capacitados en la realización de la desparasitación sobre el Nº total de profesores en las escuelas programadas por 10	Porcentaje de escuelas con disminución de la intensidad
	Nº de tabletas distribuidas a la población escolar sobre el Nº total de tabletas programadas por 100	Reducción de la prevalencia e intensidad en menos del 20%
Integración con enfoque multi-enfermedad	Nº de cantones en donde se han realizado las desparasitaciones sobre el Nº de cantones que se han programado por 100	
Integración intersectorial	Nº de escuelas con instalaciones adecuadas en eliminación de excretas sobre el Nº de escuelas programadas por 100	
Integración entre áreas geográficas	Nº de escuelas con instalaciones adecuadas de suministro de agua potable sobre el Nº de escuelas programadas por 100	
	Nº de niños en las escuelas que utilizan calzado habitualmente sobre el Nº de niños programados por 100	

**PLAN INTEGRADO DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN,
CONTROL Y ELIMINACIÓN DE LAS EID
PARAGUAY**

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

**1. Estructura organizativa para la formulación del plan de acción para la
prevención, control y eliminación de las EID**

Tabla 1. Integrantes del Comité nacional o sub-nacional

Nombre del participante	Institución/organización	Sector al que pertenece
Margarita Bazzano	Dirección de Programas de Salud	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Iván Allende	DGVS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Dr. Tanaka	Unidades de Atención Primaria de la salud	APS
Carmen Gómez	Dirección de Servicios de Salud	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Tabla 2. Integrantes del Grupo de Trabajo Técnico

Nombre del participante	Institución/organización	Sector al que pertenece
Griselda Brun	Región Sanitaria XV Presidente Hayes	MSP y BS
NN	Región Sanitaria XVI Alto Paraguay	MSP y BS
NN	APS	MSP Y BS
Dra. Roig	Instituto Nacional del Indígena - INDI	
NN	SENASA	MSP Y BS

2. Datos demográficos generales del área o áreas geográficas que serán incluidas en el plan de acción

Tabla 3. Datos Demográficos del Departamento Presidente Hayes

Indicador	Desagregación	Valor
Población	Población total (hombres):	42,530
	Población total (mujeres):	39,963
	Densidad poblacional:	1.1
	Población Total	82,493
Tasa de crecimiento poblacional	Expresada en porcentaje	2.5
Tasa de alfabetismo (en población de 15 años y más)	Expresado en porcentaje total	82%
Tasa neta de matrícula escolar	Expresado en porcentaje total	48%
Tasa de mortalidad infantil	Tasa global	23.9
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	Tasa global	33.9
Desnutrición Global en menores de 5 años	Expresada en porcentaje:	36.50

Fuente: Censo 2002, Estadísticas vitales 2009.

Tabla 4. Datos demográficos específicos del Departamento Presidente Hayes

Departamento	Presidente Hayes	
Población total	Hombres	42,530
	Mujeres	39,963
Población menor de 5 años	Total	13,049
Nº de Centros de Salud	30	

3. Carga de enfermedad por EID

Tabla 5. Prevalencia por cada una de las EID en el Departamento Presidente Hayes

EID	Sitio en el que se realizó el estudio de prevalencia	Prevalencia	Población en la cual se hizo el estudio (grupo de edad, etnia, sexo)	Año del dato de prevalencia
Lepra	Pte. Hayes	0.87 x 10.000	Población general	2010
Leshmaniasis visceral humana	Pte. Hayes	1 Caso en el 2010 Incidencia país: 2,24 X 100.000	Población general	2010

4. Determinantes Sociales de la Salud asociados a las EID incluidas en el Plan

Tabla 6. Determinantes sociales y ambientales en el Departamento Presidente Hayes

Nivel educativo (% de población alfabeta mayor de 15 años)	82%
Principales actividades productivas	Agricultura, ganadería, comercio y servicios
Género y Factores socio culturales (describa lo que sea más relevante)	24.2% de Población indígena
Migración, desastres y conflictos (describa lo más relevante)	Sequias prolongadas
Condiciones ambientales (describa las más relevantes)	Sequias, tipo de vivienda, aguas estancadas
Vivienda y hacinamiento (describa lo más relevante)	Hacinamiento tipo de vivienda que facilita vector de chagas
Agua y saneamiento (porcentaje de población con acceso y descripción del tipo de servicio)	Agua corriente: 39.1% Recolección de basura: 14.8%

5. Recursos disponibles en programas de salud y socios, aliados e instituciones vinculadas al plan de acción

Tabla 7. Recursos disponibles en el Departamento Presidente Hayes: administración y organización de los servicios

Nivel de la entrega de servicios	Tipo de servicio	Número
(Nivel central, regional, departamental, municipal)	(Hospital de referencia, Hospital Rural, Unidad de atención primaria, Centros de medicina tradicional/alternativa, etc.)	(especifique cuántos por cada tipo de servicio)
Región Sanitaria 1: Hospital Regional	Centro de salud (CS) Puesto de salud(PS) Unidad de salud familiar (USF) Hospital amigo de la madre y el niño	CS: 1 PS: 23 USF:5 Hospital:1

Tabla 8. Programas de salud pública implementados por los servicios de salud en el Departamento Presidente Hayes

Nombre del servicio de salud	Región Sanitaria
Programa que implementa (AIEPI, PAI, nutrición, etc.)	AIEPI, PAI, otros programas
Población objeto del programa (número y grupo de edad)	82,493 habitantes
Talento humano con que cuenta el programa (especifique por tipo)	53 Médicos, 20 Lic. en enfermería, 126 auxiliares, 21 técnicos, 9 auxiliares de salud y 6 obstetras
Financiamiento (cuánto por año y quién es el financiador)	734.421 dólares/año del presupuesto de la nación y 46 dólares/año per cápita en menores de 5 años

Tabla 9. Intervenciones de control específicas por enfermedad en el Departamento Presidente Hayes

EID	Chagas	Geohelmintiasis	Lepra	Tétanos Neonatal	Sífilis Congénita
Total de población para intervención		Todos según demanda de consulta en escolares sin cobertura	Todos	Todos	
Principales estrategias	Disminución del nivel de infestación	Distribución de medicamentos a nivel escolar por docentes y por médicos en los servicios de salud	Alianza con programa de tuberculosis	PAI	CPN en los servicios
Medicamentos usados		Albendazol y mebendazol	Dapsona	Vacuna DT	Penicilina
Frecuencia del tratamiento		Anual	Según esquema OMS	MEF 5 dosis	10 días en RN 4 dosis en embarazadas
Principales socios participantes		Ministerio de Educación	ONG ayuda alemana al enfermo de lepra y OMS	Ministerio de Educación	MSP y BS-CIDA Canadá

Tabla 10. Redes , funciones y recursos con que cuentan los socios, aliados e instituciones en el Departamento Presidente Hayes

Socio/aliado/ Institución	Red con que cuenta en el área geográfica	Función que desempeña: breve descripción	Recursos con que dispone y puede contribuir a este plan		
			Humanos	Financieros	Logísticos
Instituto de Prevención Social (IPS)	1 Hospital Regional De Benjamín Aceval 1 Unidad Sanitaria 2 Puestos	Atención Primaria de la Salud	Médicos, enfermeras y técnicos	Presupuesto de la seguridad social	Edificio, transporte y laboratorio

Tabla 11. Recursos disponibles (socios, aliados e instituciones) en el Departamento Presidente Hayes

Nombre del socio	Instituto de Prevención Social (IPS)	Gobernación	Servicio de Emergencia Nacional (SEN)
Programa que implementa o enfermedad en la cual hace acciones	GH, Sífilis Congénita, TN, Atención Clínica Leishmaniasis	Apoyo logístico y financiero a los programas a través de Consejos Locales de Salud	Entrega de alimentos, Logística en caso de desastres naturales
Fecha en que inició actividades	2010		2005
Área geográfica	Pte. Hayes	Pte. Hayes	Pte. Hayes
Total población objeto de intervención			Todo el departamento
Estrategias que implementa		Apoyo logístico y financiero a través de rubros de salud	Intervención en caso de desastres naturales
Si usa medicamentos, especifique	Penicilina , Mebendazol, Albendazol, Anfotericina		
Principal socio con quien trabaja	MSP y BS	MSP y BS	MSP y BS

6. Resumen de análisis integrado del diagnostico situacional

Tabla 12. Superposición o co-endemicidad de EID en el Departamento Presidente Hayes

EID 1: Chagas		EID2: Lepra		EID3: Sífilis Congénita		EID4: Tétanos neonatal		EID5: Geohelminthos	
Prev.	Población afectada por grupo de edad	Prev.	Población afectada por grupo de edad	Prev.	Población afectada por grupo de edad	Prev.	Población afectada por grupo de edad	Prev.	Población afectada por grupo de edad
23 % seroprevalencia MEF (Boqueron)		0,87 X 10.000	A nivel país- menores de 15 años =3% del total de casos, Sexo fem:37 %	Inciden- cia: 10,23 x 1000 nv	RN	Inciden- cia 2 casos año 2010 en Red Oriental	RN	4 % año 2003 Red Oriental	

Tabla 13. Superposición de intervenciones específicas en implementación actual desde el sector salud para las EID en el Departamento Presidente Hayes

Actividad	EID 1: Chagas	EID2: Lepra	EID3: Sífilis Congénita	EID4: Tétanos neonatal	EID5: Geohelminths
Quimioterapia preventiva	no	no	no	si (desparasitación escolar)	no
Manejo de casos	si	si	si	si	si
Entrenamiento	si	si	si	si	si
Movilización social y participación comunitaria	si	no	no	no	no
Mapeo	no	no	no	no	no
Monitoreo y evaluación	si	no	no	no	si
Control integrado de vectores	si	no	no	no	no
Otros				Vacuna DT en gestantes y MEF	Tamizaje (VDRL) en embarazadas y Tto. De positivos con penicilina.

Tabla 14. Superposición de intervenciones específicas en implementación actual por programas de salud para las EID en el Departamento Presidente Hayes

Actividad	PAI	AIEPI	Nutrición	Programas para la primera infancia	Enf. Transmitidas por vectores	Ambientes y entornos saludables	Salud materno e infantil
Coordinación	TN	GH, TN	GH	No	Dengue, Chagas, Malaria, Leishmaniasis	Todos	Todos
Abogacía	Si	No	No	No	No	No	No
Movilización social	Si	Si	No	No	No	Si	No
Tratamiento o intervenciones de orden individual	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Tratamiento e intervenciones de orden comunitario o masivo	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si
Entrenamiento de talento humano	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si
Acciones de promoción a nivel comunitario	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Monitoreo y evaluación	Si	Si	No	No	Si	Si	Si
Grupos de edad a los que llegan	Menores de 5 años	Si	Si	Si	Si	Si	Si
	Escolares de 5 a 14 años	Si	Si	Si	Si	Si	Si
	Gestantes	Si	No	Si	No	Si	Si
Grupos de población a los que llegan	Desplazados	Si	No	No	No	Si	No
	Pobres	Si	Si	Si	Si	Si	Si
	Pobl. rural dispersa	Si	No	No	No	Si	No
	Pueblos indígenas	Si	No	No	No	Si	No
	Áreas peri-urbanas pobres	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Recurso humano con que cuenta	ACS	Si	Si	Si	No	Si	No
	Auxiliares de enfermería	Si	Si	Si	No	Si	No
	Enfermeras	Si	Si	Si	No	Si	No
	Médicos	Si	Si	Si	No	Si	No

Tabla 15. Determinantes sociales de la salud-DSS relacionados con las EID que son comunes en el Departamento Presidente Hayes

DSS 1 Pobreza	Poco acceso a empleo formal mal remunerado 36 % de pobreza extrema
DSS 2 Género	Mujeres: menor grado escolaridad, menor acceso a trabajos remunerados, CPN insuficiente, parto no institucional
DSS 3 Ambiente	Sequias prolongadas favorecen las enfermedades y disminuye acceso a trabajo(muerte de ganado vacuno)- incendios forestales
DSS 4 Vivienda	Hacinamiento 5 hb. x vivienda, condiciones de vivienda que favorecen presencia de vectores (piso de tierra-pared de adobe)
DSS 5 Saneamiento y agua	Agua potable 39 %, recolección de basura 15 %, pozo ciego o red cloacal 47 %

Tabla 16. Superposición de intervenciones específicas en implementación actual desde otros sectores para las EID en el Departamento Presidente Hayes

Actividad	Educación	Desarrollo y vivienda	Obras Públicas	Agricultura	Comunicaciones	SENASA
Acceso a agua apta para consumo humano						X
Servicios mejorados de saneamiento						X
Mejoramiento de vivienda y su entorno		X				
Programas para reducción de la pobreza		X				
Desarrollo de actividades productivas				X		
Educación en salud y estilos de vida saludable	X				X	X
Mejoramiento de infraestructura y vías de transporte			X			
Mobilización Social y participación comunitaria	X					

Tabla 17. Posibilidades de uso integrado de recursos sanitarios en el Departamento Presidente Hayes

Recursos Programa 1:	Recursos Programa 2:	Recursos Programa 3:	Recursos Programa 4:
PAI	AIEPI	Salud materno-infantil	Enfermedades transmitidas por vectores

DISEÑO DE ESTRATEGIAS INTEGRADAS

Tabla 18. Objetivos y metas del plan de acción en el Departamento Presidente Hayes

Meta del Plan	Enfermedad	Objetivo General	Objetivos Específicos
Reducir la carga de enfermedad por EIDs en el departamento en el periodo 2012-2014.	Chagas	<ul style="list-style-type: none"> Disminuir la transmisión vectorial y mejorar la vigilancia de la transmisión congénita. 	<ul style="list-style-type: none"> Incluir el programa de Chagas al programa Materno-Infantil.
			<ul style="list-style-type: none"> Realizar tamizaje sistemático dentro de las determinaciones laboratoriales de control de infecciones de transmisión vertical (VIH, VDRL, Hepatitis B y Chagas).
			<ul style="list-style-type: none"> Control químico de vectores intensificar.
	Lepra	<ul style="list-style-type: none"> Mantener la prevalencia bajo 1 por 10,000 habitantes. 	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar la detección precoz de casos.
			<ul style="list-style-type: none"> Disminuir la discapacidad grado 2.
			<ul style="list-style-type: none"> Mejorar la búsqueda activa de contactos.
	Sífilis Congénita	<ul style="list-style-type: none"> Disminuir la incidencia de sífilis congénita en un 25%. 	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar la cobertura de control prenatal.
			<ul style="list-style-type: none"> Realizar tamizaje a 100% de las embarazadas que acuden a CPN.
			<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento adecuado y oportuno a 100% de las embarazadas con VDRL positivo.
	Geo-helminCIAS	<ul style="list-style-type: none"> Reducir la prevalencia y la proporción de infección de intensidad moderada a intensa. 	<ul style="list-style-type: none"> Conocer la prevalencia e intensidad de parasitosis intestinal en el Departamento Pte Hayes.
			<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento del programa de desparasitación escolar.
			<ul style="list-style-type: none"> Incorporar el programa de desparasitación dentro de los programas AIEPI y PAI.

DISEÑO DE ESTRATEGIAS INTEGRADAS

Tabla 18. Objetivos y metas del plan de acción en el Departamento Presidente Hayes

Meta del Plan	Enfermedad	Objetivo General	Objetivos Específicos
Reducir la carga de enfermedad por EIDs en el departamento en el periodo 2012-2014	Tétanos neonatal	<ul style="list-style-type: none"> Eliminación del tétanos neonatal. 	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar la vigilancia de tétanos neonatal.
			<ul style="list-style-type: none"> Aumentar la cobertura de control prenatal.
			<ul style="list-style-type: none"> 100% cobertura con Td en MEF.
	Leishmaniasis visceral humana	<ul style="list-style-type: none"> Disminuir la morbilidad y mortalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar las coberturas de partos institucionales.
			<ul style="list-style-type: none"> Diagnostico adecuado y oportuno de casos de leishmaniasis visceral.
			<ul style="list-style-type: none"> Control integral para disminuir la transmisión vectorial. Tratamiento oportuno adecuado de los casos LVH. Muestreo serológico sistemático en perros.

Tabla 19. Recursos disponibles (socios, aliados e instituciones) en el Departamento Presidente Hayes

EID	Intervenciones específicas		
	Quimioterapia preventiva	Manejo intensivo de casos	Control de vectores
Chagas	No	Nifurtimox y Benznidazol	Si, control químico domiciliario y peri domiciliario
Lepra	No	MB: Dapsona, Rfp, Clofamizina y PB: Dapsona, Rfp	No
Sífilis Congénita	No	Penicilina	No
Geohelmintiasis	Si	Albendazol y Mebendazol	No
Tétanos neonatal	Si	Penicilina y Suero Antitetánico	No
Leishmaniasis visceral humana	No	Antimoniales Pentavalentes y Anfotericina	Si -Control De Reservorios

Tabla 20. Intervenciones interprogramáticas integradas en el Dpto. Presidente Hayes

EID	ETV	AIEPI	PAI	Entornos saludables	Nutrición
Chagas	Si, control químico domiciliario y peri domiciliario	Control serológico en embarazadas en CPN y sgto. Tto adecuado a RN afectados.	Incorporar al agente del PAI en promoción de la salud en la lucha contra el Chagas.	Mejoramiento de viviendas	
Lepra	No	No	Detección de casos sospechosos y promoción.	Mejoramiento de viviendas para disminuir hacinamiento	
Sífilis Congénita	No	Si, promoción de CPN, detección y tto. adecuado de casos. Promoción para aumentar parto institucional. Búsqueda de casos en RN nacidos en parto no institucional.	Promoción del CPN y parto institucional.	Mejorar acceso a la educación que incluya promoción de la salud sexual y reproductiva	
Geohelmintiasis	No	Si	Captación y direccionamiento de casos a los servicios y distribución de antiparasitarios.	Acceso a agua segura y disposición adecuada de excretas y basuras.	Seguridad alimentaria, provisión de micronutrientes Desparasitación .
Tétanos neonatal	No	Promoción para lograr cobertura ideal en gestantes y MEF.	Asegurar cobertura ideal con Td en gestantes y MEF.	Mejorar acceso a la educación que incluya promoción de la salud sexual y reproductiva e importancia de un CPN adecuado y vacunación.	
Leishmaniasis visceral humana	Muestreo serológico sistemático en perros y sacrificio en los perros enfermos. Uso de mosquiteros y fumigación.	Diagnostico y tratamiento adecuados en niños con sospecha de LVH.	Promoción y búsqueda activa de sospechosos.	Promocionar viviendas y municipios saludables Promocionar cuidado adecuado de mascotas.	Búsqueda de casos sospechosos en desnutridos. Mejorar nivel nutricional de niños y adolescentes.

Tabla 21. Acciones intersectoriales integradas en el Departamento Presidente Hayes

EID	Intervenciones Intersectoriales				
	Agua, San. y condiciones de vivienda	Factores de riesgo ambiental	Reducción de inequidades	Reducción de pobreza	Sistema de vigilancia y evaluación
Chagas	SENASA (Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental): mejorar el acceso agua potable y construcción de letrinas sanitarias, SENAVIDAT: construcción de viviendas a poblaciones de extrema pobreza	SEAM (Secretaría del ambiente): Evitar la deforestación como una medida de prevención del aumento de vectores, SEN (Servicio de Emergencia Nacional): Medición de riesgo ambiental e intervenciones en casos de desastres naturales. (*)	Secretaría de la Mujer: Promoción para mejorar el acceso al educación formal de la población femenina. MSP y BS: Ofrecer servicios diferenciados de salud a la población indígena acorde a su cultura. Ministerio de Justicia y Trabajo: mejorar el acceso laboral y mejor remuneración.	SAS (Secretaria de Acción Social) entrega condicionada de subsidios-	MSP y BS: capacitación de personal en epidemiología básica. Mejoramiento de infraestructura de sistema de comunicación telefónica e internet en la Región Sanitaria y Hospital Regional. Alianza con empresas de telefonía celular para acceder a un sistema de comunicación.
Lepra					
Sífilis Congénita					
Geohelmintiasis					
Tétanos neonatal					
Leishmaniasis visceral humana		(*) Igual que Chagas.			

Tabla 22. Intervenciones para la participación comunitaria y la movilización social en el Departamento Presidente Hayes

Participación comunitaria	Movilización social
1. A través de los agentes comunitarios de salud de las APS, promover la participación ciudadana. 2. Promoción de formación de agentes comunitarios indígenas. 3. Alianza con líderes de las parcialidades indígenas.	Foros comunitarios con autoridades locales y autores claves para compartir experiencias con las comunidades- involucrar a radios comunitarias en promoción de la salud.

Tabla 23.1. Intervenciones integrales en el sistema de salud en el Departamento Presidente Hayes

EID	Intervenciones		
	Intervenciones a entregar	Personal responsable	Sistema de información
Chagas	Control químico domiciliario y peri domiciliario.	SENEPA	Capacitación de personal sanitario en epidemiología básica.
	Control serológico en embarazadas en CPN y diagnóstico y tratamiento en RN.	Personal sanitario de APS y otros servicios. Médicos Sin Frontera	
	Incorporar al agente del PAI en promoción de la salud en la lucha contra el Chagas.	PAI Programa Nacional de Lucha Contra el Chagas	
	Mejoramiento de viviendas.	SENAVITAT	
Geohelmintos	Determinación de línea basal. Desparasitación escolar	Región Sanitaria -MSP Y BS. APS Ministerio de Educación y Culto.	
Lepra	Detección oportuna de casos. Tratamiento adecuado. Búsqueda activa en contactos.	Atención Primaria de la Salud. Servicios Locales de Salud. Programa Nacional de Lepra.	
Sífilis Congénita	Promoción de CPN suficiente. Detección y tto adecuado de casos	Atención Primaria de la Salud. Servicios Locales de Salud.	
	Promoción para aumentar parto institucional.	AIEPI PAI Agentes comunitarios	
	Búsqueda de casos en RN nacidos en parto no institucional.	PAI	
Tétanos neonatal	Cobertura ideal de vacunación en gestantes y MEF.	PAI	
	Aumentar de parto institucional.	MSP y BS	
Leishmaniasis visceral humana	Diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de casos.	MSP y BS	

Tabla 23.2. Intervenciones integrales en el sistema de salud en el Departamento Presidente Hayes

EID	Intervenciones		
	Medicamentos, insumo y tecnología	Fuentes de financiamiento	Liderazgo y gobernanza
Chagas	SENEPA Programa nacional de Chagas. Médicos sin fronteras.	CIDA – Canadá (Control serológico). MSP Y BS Médicos Sin Fronteras (Medicamentos)	A través de la Región Sanitaria (Directores Regionales y personal sanitario de los servicios de salud)
Geohelmintos	MSP y BS Gobernación	CIDA – Canadá	
Lepra	MSP y BS Ayuda Alemana para el enfermo de lepra.	MSP y BS Ayuda Alemana para el enfermo de lepra. OMS	
Sífilis Congénita	MSP y BS	MSP y BS CIDA – Canadá	
Tétanos neonatal	MSP y BS PAI	MSP y BS PAI	
Leishmaniasis visceral humana	MSP y BS	MSP y BS	

DESARROLLO DEL PLAN

Tabla 24. Roles y responsabilidades

Niveles	Roles	Responsables
Sub-nacional	Ente ejecutor del plan: nivel local Región Sanitaria Pte. Hayes.	Director de la Región Sanitaria
Nacional	Ente vigilancia de la salud y dirección de programas de salud.	Dr. Iban Allende y Dra. Margarita Bazzano.
	Ente rector MSP y BS.	Dra. Esperanza Martínez

Tabla 25. Productos, plazos, hitos y resultados

EID	Productos	Hitos	Fechas	Resultados
Chagas	Implementar el sistema de vigilancia entomológica e iniciar el control químico de vectores.	20 % de viviendas con control químico y libre de vectores realizadas en el primer semestre del 2012.	2012 - 2013	Disminuir la transmisión vectorial.
		40 % de viviendas con control químico realizadas en el 2do semestre del 2012.		
		60 % de viviendas con control químico realizadas en el 1er semestre del 2013.		
		80 % de viviendas con control químico realizadas en el 2do semestre del 2013.		
	Capacitación en toma de muestra a los encargados de los servicios sanitarios.	Se realiza tamizaje al 30 % de las gestantes de la región, en el primer semestre del 2012.		Mejorar la vigilancia de la transmisión congénita.
		Se realiza tamizaje al 50 % de las gestantes de la región, en el 2do semestre del 2012.		
		Se realiza tamizaje al 70 % de las gestantes de la región, en el 1er semestre del 2013.		
		Se realiza tamizaje al 80 % de las gestantes de la región, en el 2do semestre del 2013.		
	Detección y tratamiento adecuado de RN de hijos de madre positiva.	100% de RN con Chagas congénito captados, diagnosticados y tratados		

**PLAN INTEGRADO DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN,
CONTROL Y ELIMINACIÓN DE LAS EID
Perú**

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

1. Estructura organizativa para la formulación del plan de acción para la prevención, control y eliminación de las EID

Tabla 1. Integrantes del Comité nacional o sub-nacional

Nombre del participante	Institución/organización	Sector al que pertenece
Dr. Carlos Acosta Saal	Dirección General de Salud de las Personas (DGSP)	Ministerio de Salud
NN	Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones	Ministerio de Salud
NN	Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y otras Transmitidas por Vectores	Ministerio de Salud
NN	Estrategia Sanitaria Nacional Salud Sexual y Reproductiva	Ministerio de Salud
NN	Dirección General de Promoción de la Salud	Ministerio de Salud
NN	Estrategia Sanitaria Nacional Salud de las Poblaciones Indígenas	Centro Nacional de Salud Intercultural del Instituto Nacional de Salud (INS)
NN	Estrategia Sanitaria Nacional Alimentación y Nutrición Saludable	Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) del INS.
NN	Servicio Nacional de Sanidad Agraria (SENASA)/Sanidad animal	Ministerio de Agricultura

Tabla 2. Integrantes del Grupo de Trabajo Técnico

Nombre del participante	Institución/organización	Sector al que pertenece
José Luís Daza Arévalo	Dirección Regional de Salud Amazonas (DIRESA)	Ministerio de Salud
Roberto Pariente Villegas	Red de Salud Bagua	Ministerio de Salud
Adán Monsalve Ramírez	Dirección Regional de Salud Amazonas (DIRESA)	Ministerio de Salud
NN	Gerencia de Desarrollo Social	Gobierno Regional de Amazonas

2. Datos demográficos generales del área o áreas geográficas que serán incluidas en el plan de acción

Tabla 3. Datos Demográficos del Distrito Río Santiago, Condorcanqui, Región Amazonas

Indicador	Desagregación	Valor
Población	Población total (hombres):	7, 687
	Población total (mujeres):	7,386
	Densidad poblacional:	1.6
	Población Total	15,073
Esperanza de vida	Expresada en años para mujeres:	67
	Expresada en años para hombres:	70
Tasa de crecimiento poblacional	Expresada en porcentaje:	2.7
Tasa de alfabetismo (en población de 15 años y más)	Expresado en porcentaje	80.4
Tasa neta de matrícula escolar	Expresado en porcentaje	74.5
Tasa neta de matrícula en secundaria	Expresado en porcentaje	35.9
Tasa de fertilidad	Niños nacidos/mujer	4.4
Tasa de mortalidad infantil	Por mil nacidos vivos	29.4
Tasa de mortalidad menores de 5 años	Por mil nacidos vivos	32
Desnutrición crónica	Expresada en porcentaje	34.8

Tabla 4. Datos demográficos específicos del área o áreas geográficas que serán incluidas en el plan

Región	Amazonas	
Provincia	Condorcanqui	
Distrito	Rio Santiago	
Población total	Hombres	7, 687
	Mujeres	7,386
Población menores de 5 años	2,884	
Nº de Escuelas Primarias	54	
Nº de Establecimientos de Salud	1 Centro de salud y 18 Puestos de salud	

3. Carga de enfermedad por EID

Tabla 5. Prevalencia por cada una de las EID en el Distrito Río Santiago, Condorcanqui, Región Amazonas

EID	Sitio en el que se realizó el estudio de prevalencia	Prevalencia	Población en la cual se hizo el estudio (grupo de edad, etnia, sexo)	Año del dato de prevalencia
Chagas	Comunidades de Río Santiago	2.41	Población total, Etnia Awajum	2010
Rabia	Comunidades de Río Santiago	6.63	Población total, Etnia Awajum	2010
Leishmaniasis	Comunidades de Río Santiago	172.49	Población total, Etnia Awajum	2010
Sífilis congénita	Comunidades de Río Santiago	4.22	Población total, Etnia Awajum	2010
Hepatitis B	Comunidades de Río Santiago	39.8	Población total, Etnia Awajum	2010
Tétanos neonatal	Comunidades de Río Santiago	Vigilancia	Población total, Etnia Awajum	2010
Hidatidosis	Comunidades de Río Santiago	Vigilancia	Población total, Etnia Awajum	2010
Leptospirosis	Comunidades de Río Santiago	Vigilancia	Población total, Etnia Awajum	2010
Geohelmintiasis	Comunidades de Río Santiago	Vigilancia	Población total, Etnia Awajum	2010
Cisticercosis / teniasis	Comunidades de Río Santiago	Vigilancia	Población total, Etnia Awajum	2010

4. Determinantes Sociales de la Salud asociados a las EID incluidas en el Plan

Tabla 6. Determinantes sociales y ambientales en el Distrito Río Santiago, Condorcanqui, Región Amazonas

Pobreza (expresada según indicadores del país)	I quintil
Nivel educativo (% de población alfabeto mayor de 15 años)	80.4
Principales actividades productivas	Agricultura
Género y Factores socio culturales (describa lo que sea más relevante)	Etnia Wampis-Awajum
Migración, desastres y conflictos (describa lo más relevante)	Migración de colonos principalmente de Cajamarca. Socio ambiental con el estado por sesión y concesión de tierras.
Condiciones ambientales (describa las más relevantes)	Selva Baja, precipitaciones pluviales mayores a 3000 cc, inaccesibilidad geográfica, condiciones favorables para la reproducción de vectores transmisores de enfermedades tropicales y zoonóticas.
Vivienda y hacinamiento (describa lo más relevante)	Vivienda: material 78% rustico tipo choza , 44% piso de tierra y 52% piso de madera Hacinamiento: el 31.7% de la viviendas tiene una sola habitación y 60.8% dos habitaciones.
Agua y saneamiento (porcentaje de población con acceso y descripción del tipo de servicio)	Agua: el 19.2% se abastece de pozo, el 79.7 % de río o acequia, el 0.0% sistema de Red. Servicios higiénicos: el 35.2% dispone excretas en pozo ciego o letrina, el 0% red pública, el 63.7% al aire libre

5. Recursos disponibles en programas de salud y socios, aliados e instituciones vinculadas al plan de acción

Tabla 7. Recursos disponibles en el Distrito Río Santiago, Condorcanqui, Región Amazonas: administración y organización de los servicios

Nivel de la entrega de servicios	Tipo de servicio	Número
(Nivel central, regional, departamental, municipal)	(Hospital de referencia, Hospital Rural, Unidad de atención primaria, Centros de medicina tradicional/alternativa, etc.)	(especifique cuántos por cada tipo de servicio)
Centro de Salud Galilea	Nivel I-3	18 EESS I-1

Tabla 8. Programas de salud pública implementados por los servicios de salud del Distrito Río Santiago, Condorcanqui, Región Amazonas

Nombre del servicio de salud	C.S. Galilea, P.S. Guayabal, P.S. Chapiza, P.S. Yutupis, P.S. Villa Gonzalo, P.S. Ayabis, P.S. Kandungos, P.S. Chinganaza, P.S. Chosica, P.S. Yujagkim, P.S. Soledad, P.S. Belen, P.S. Kukuaza, P.S. Papayacu, P.S. San Rafael, P.S. Katerpiza, P.S. Huabal, P.S. Aitam, P.S. Alto Yutupis.
Programa que implementa (AIEPI, PAI, nutrición, etc.)	AIS niño(CRED, suplementación,) Estrategias Sanitarias (PAI, Nutrición, Metaxénicas, Zoonosis, SSySR, ITS/VIH SIDA)
Población objeto del programa (número y grupo de edad)	AIS: 2,884 niños y niñas menores de 5 años Otras estrategias: población total
Población total a la que llega el programa (cobertura)	Población total
Talento humano con que cuenta el programa (especifique por tipo)	Médicos: 02 Enfermeras: 04 Obstetricas: 04 Biólogo: 01 Técnicos Enf.: 21
Socios, aliados o instituciones que participan en el programa	Educación, Gobiernos locales, Medios de comunicación, ONGs, Apus y Organizaciones Indígenas.

DISEÑO DE ESTRATEGIAS INTEGRADAS

Tabla 18. Objetivos y metas del plan de acción del Distrito Río Santiago, Condorcanqui, Región Amazonas

Enfermedad	Objetivo	Meta
Enfermedades con metas de eliminación: hepatitis B, tétanos neonatal, sífilis congénita.	Contribuir y mantener la eliminación de la HB, Tétanos neonatal y sífilis congénita en Río Santiago en el periodo 2012-2014.	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener coberturas óptimas de vacunación (95%) para HB en recién nacidos y avanzar hacia la vacunación de adultos mayores de 19 años. • Mantener coberturas óptimas de vacunación (95%) para tétanos en mujeres gestantes y MEF garantizando la provisión del paquete de atención integral. • Mantener coberturas óptimas de tamizaje de sífilis congénita al 100% de gestantes y 100% de recién nacidos de madres positivas garantizando la provisión del paquete de atención integral.
Enfermedades con meta para reducción de morbilidad y carga de enfermedad leishmaniasis, geohelmintiasis y rabia silvestre.	Contribuir con la reducción de la morbilidad por leishmaniasis según forma clínica en Río Santiago en el periodo 2012-2014.	<ul style="list-style-type: none"> • Detección y diagnóstico del 100% de personas con lesiones sospechosas de leishmaniasis. • Garantizar tratamiento oportuno al 100% de casos diagnosticados con leishmaniasis.
	Contribuir a la reducción de la prevalencia (menos del 20%) e intensidad de infección por geohelmintos en pre-escolares (1-4 años) y escolares (5-14 años).	<ul style="list-style-type: none"> • Alcanzar y mantener coberturas de desparasitación iguales o mayores al 75% en pre-escolares y escolares
	Contribuir a la reducción de la mortalidad por rabia silvestre en Río Santiago en el periodo 2012-2014.	<ul style="list-style-type: none"> • Captación y vacunación oportuna del 100% de personas mordidas por murciélagos. • Lograr coberturas de vacunación antirrábica humana (CC) pre-exposición al 100% de la población mayor de 2 meses viviendo en área de riesgo.
Enfermedades que se requiere definir la prevalencia: hidatidosis, fascioliasis, cisticercosis /teniasis.	Determinar la prevalencia de hidatidosis, fascioliasis, cisticercosis y teniasis en población general en localidades con características eco-epidemiológicas de riesgo en Río Santiago en el periodo 2012-2014.	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta para hidatidosis, fascioliasis, cisticercosis y teniasis implementada para finales de 2012.

Enfermedades para las que se requiere fortalecer la vigilancia epidemiológica: Enfermedad de Chagas (Chagas agudo) y leptospirosis	Fortalecer y mantener la vigilancia epidemiológica de Chagas agudo y Leptospirosis en población general de Río Santiago en el periodo 2012-2014	<ul style="list-style-type: none"> 100% de gestantes tamizadas con serología para Chagas.
		<ul style="list-style-type: none"> 100% de recién nacidos de madres positivas a serología de Chagas, tamizados con serología y gota fresca.
		<ul style="list-style-type: none"> Descartar Leptospirosis en el 100% de casos definidos como febriles ictericos agudos.

Tabla 19. Recursos disponibles (socios, aliados e instituciones) en el Distrito Río Santiago, Condorcanqui, Región Amazonas

EID	Intervenciones específicas				
	Quimioterapia preventiva	Vacunación	Diagnostico y Tto. de casos	Control de vectores	Vigilancia en salud pública
Sífilis congénita			Tamizaje de gestantes y de recién nacidos de madres positivas y tratamiento (penicilina).		Notificación semanal obligatoria de casos de sífilis en gestantes y recién nacidos; investigación de caso.
Hepatitis B		Vacunación tres dosis en menores de 1 año; vacunación a grupos de riesgo; vacunación a población de 20-49 años.	Realizar diagnóstico de casos, identificación de grupos de riesgo y contactos de casos diagnosticados.		Notificación mensual obligatoria de casos de hepatitis B, investigación de caso.
Tétanos neonatal		Vacunación tres dosis en MEF, y en gestantes sin esquema completo.	Diagnóstico clínico de caso según parámetros de la norma nacional.		Notificación inmediata de casos de tétanos neonatal, investigación de caso.
Rabia Silvestre		Vacunación pre-exposición y post-exposición de población en áreas de riesgo.	Diagnóstico clínico y anato-mopatológico.	Eliminación selectiva de murciélagos hematófagos según norma nacional; uso de mosquiteros.	Notificación inmediata de casos humanos y animales; búsqueda y notificación semanal de accidentes de mordedura; vigilancia de la circulación de virus rábico en reservorios; investigación de caso

Leishmaniasis			Diagnóstico clínico, aplicación de leishmania, frotis de lesión, cultivo. Tratamiento gratuito con antimoniales (pentavalentes) y anfotericina como segunda opción.	Control integrado: Control físico: ordenamiento de medio; Control químico: rociado residual en sitios de transmisión peri o intradomiciliaria.	Vigilancia centinela para lutzomia; Notificación semanal de casos e investigación de casos.
Geo-helmintiasis	Tratamiento dos veces al año para niños entre 2 a 14 años con Albendazol 400 mg.		En la atención integral para niños entre 1 a 11 años se indica examen coprológico anual y tratamiento de acuerdo a guía de práctica clínica.		Búsqueda de estudios para analizar prevalencia e intensidad de infección en zonas priorizadas; encuesta de prevalencia en ámbitos seleccionados.
Fascioliasis					Encuesta de prevalencia en ámbitos seleccionados (serología y kato katz).
Hidatidosis					Encuesta de prevalencia en ámbitos seleccionados (serología).
Cisticercosis / teniasis					Encuesta de prevalencia en ámbitos seleccionados (identificación en heces y ELISA-Western Blot para cisticercosis)
Enfermedad de Chagas			Serología para gestantes, serología para recién nacidos de gestantes positivas. Administración de tratamiento etiológico en menores de 14 años y adultos jóvenes bajo criterio médico y aceptación del	Caracterización entomológica del vector (diagnóstico taxonómico): si el vector es domiciliado iniciar acciones de control del vector (insecticida de efecto residual);	Notificación inmediata de casos agudos, investigación de casos, vigilancia serológica en mujeres gestantes y niños.

			paciente. Para detectar casos agudos: gota fresca y serología.	ordenamiento de la vivienda intra y peridomiciliario.	
Leptospirosis			Diagnóstico con MAG (microaglutinación) y tratamiento de soporte.	Ordenamiento del medio para reducir proliferación de roedores: drenaje de aposamientos de agua.	Vigilancia de síndromes febriles icterico hemorrágicos, notificación inmediata, investigación de casos

Tabla 20. Intervenciones interprogramáticas integradas en el Distrito Río Santiago, Condorcanqui, Región Amazonas

EID	Estrategia sanitaria de salud sexual y reproductiva	Estrategia sanitaria de prevención y control de las ITS-VIH-SIDA y Hepatitis B	Estrategia sanitaria de inmunizaciones	Promoción de la Salud (escuela, familia, vivienda, municipio, comunidades, familias saludables)
Rabia Silvestre	Captación de adolescentes, jóvenes y adultos mordidos por murciélagos.	Captación de inmunodeprimidos mordidos por murciélagos y seguimiento del tratamiento.	Incorporación al calendario de vacunación regular en zonas de riesgo la vacuna anti-rábica pre-exposición para mayores de 2 meses.	Monitoreo del uso para reducir la entrada de murciélagos.

Tabla 21. Acciones intersectoriales integradas en el Distrito Río Santiago, Condorcanqui, Región Amazonas

EID	Intervenciones Intersectoriales						Sistema Único de Identidad
	Agua, San. y condiciones de vivienda	Agricultura (SENASA)	Factores de riesgo ambiental	Educación	Reducción inequidades Fx. Socioculturales y genero	Reducción de la pobreza	
Rabia silvestre	Gestión de proyectos de mejoramiento de vivienda (protección para evitar el ingreso de murciélagos)	Vincular a SENASA para hacer control de vector, vigilancia de animales centinela y vacunación de domésticos de las zonas de riesgo.	Coordinación de actividades con instituciones responsables para las intervenciones como acceso a energía eléctrica, construcción de vías para reconocer el impacto en nichos ecológicos para rabia silvestre.	Incluir en la educación básica regular la promoción de medidas de protección para reducir mordidas por murciélagos.	Promoción con los líderes y autoridades indígenas locales para la protección de viviendas, identificación de zonas de riesgo y la aceptación de la vacunación anti-rábica.	Incluir en los programas sociales JUNTOS, PIN, vaso de leche, la vacunación anti-rábica pre-exposición en zonas de riesgo.	Ampliar la cobertura del acceso a la identidad como base del sistema de información y de acceso a acciones e intervenciones del Estado.

Tabla 22. Intervenciones para la participación comunitaria y la movilización social en el Distrito Río Santiago, Condorcanqui, Región Amazonas

Participación comunitaria	Movilización social
Participación de la comunidad educativa en la prevención de la rabia silvestre (docentes, estudiantes, padres de familia-APAFAS) en la prevención de mordedura de murciélago.	Diseño y validación de estrategia de comunicación adaptada a las características culturales y sociales de las comunidades que viven en zonas de riesgo de rabia silvestre.
Diálogo y concertación con las autoridades y organizaciones indígenas para la promoción de acciones de protección y reducir la mordedura por murciélagos.	Diseño e impresión de materiales validados por las comunidades para la reducción de mordeduras por murciélagos y prevención de la rabia silvestre.
Coordinar a nivel local con las Unidades de Gestión Educativa Local (UGEL) la inclusión de actividades de prevención de rabia silvestre en zonas de riesgo.	Identificación de los medios de comunicación de las zonas de riesgo de rabia silvestre, para difundir mensajes relacionados con la prevención de rabia silvestre.

Tabla 23. Intervenciones integrales en el sistema de salud en el Distrito Río Santiago, Condorcanqui, Región Amazonas

EID: Rabia Silvestre				
	Intervención 01	Intervención 02	Intervención 03	Intervención 04
Intervenciones a entregar	Dotación, promoción y monitoreo del uso adecuado de medidas de protección personal (mosquiteros).	Captación de niños, adolescentes, jóvenes, adultos, adultos mayores e inmunosuprimidos mordidos por murciélagos.	Incorporación al calendario de vacunación regular en zonas de riesgo la vacuna anti-rábica pre-exposición para mayores de 2 meses (concertación y planeación con la estrategia sanitaria de inmunizaciones).	Incluir en la educación básica regular la promoción de medidas de protección para reducir mordidas por murciélagos.
Personal responsable	Coordinador de red de las estrategias de zoonosis y metaxénicas.	Personal operativo del primer nivel de atención del programa de zoonosis y el programa ITS y VIH-SIDA.	Coordinadores nacionales y regionales de zoonosis e inmunizaciones.	Promoción de la salud, estrategia sanitaria de zoonosis y comunicación.
Recursos necesarios	Mosquiteros de tamaño y características adecuadas para las comunidades en zona de riesgo.	Libros de registro y formato de notificación adquiridos por la Red que incluyan las variables etnia, inmunosuprimido y número de identificación único.	Protocolo para inclusión en el programa regular de inmunizaciones (definiendo a qué edad empezará para no sobrecargar el esquema en menores de 6 meses, cada cuánto tiempo requiere refuerzos), Vacuna anti-rábica (CC), insumos para la vacunación, entrenamiento al personal que hace la vacunación.	Diseño y validación de la estrategia de comunicación e información en alianza con las escuelas y organizaciones indígenas para identificar cuáles son los mensajes, qué tipo de material, qué medios de difusión. Producción de material de acuerdo con el diseño y validación. Difusión de los mensajes a través de los medios identificados en la estrategia. Monitoreo y evaluación del impacto de la estrategia de comunicación en prevención de rabia silvestre en zonas de riesgo. Concertar con educación la inclusión a nivel local (en el PEI) de acciones de promoción de la rabia silvestre e identificar la ruta de trabajo para lograr la inclusión en la educación básica, definiendo cuáles actividades se harán de forma conjunta local (salud y educación)

Sistema de información	Censos de familias actualizados anualmente (se entregan 3 por familia según criterio de programación). Se llena el registro de distribución de mosquiteros en la comunidad. Análisis de la ocurrencia de episodios de mordedura por murciélagos posterior a la entrega de mosquiteros.	Libro de registro de personas mordidas ajustado y formato para notificación semanal para VEA y que incluyan las variables etnia, inmunosuprimido y número de identificación único	Inclusión del dato de vacuna anti-rábica en el carné de vacunación, en los consolidados de información para seguimiento de coberturas y análisis conjunto de progreso entre zoonosis y PAI. Evaluación de los resultados y progresos en las zonas piloto de vacunación pre-exposición para ampliación del proyecto a otras áreas de riesgo para rabia silvestre. Sistema de registro nominal de Inmunizaciones debe incluir la información de vacunación anti-rábica y coordinación de información adicional con zoonosis que debe mantenerse.	Revisar y ajustar el sistema de información (HIS) para mejorar el registro de acciones de promoción y comunicación en rabia silvestre. Verificar que el registro de las actividades sea hecho efectivamente. Incluir la programación y ejecución de encuestas para verificar cambios de comportamiento en las comunidades en riesgo por rabia silvestre.
Fuentes de financiamiento	Ministerio de salud (recursos ordinarios PPR), municipalidad, defensa civil.	Ministerio de salud (recursos ordinarios PPR)	Tesoro público y se requiere la identificación de socios y aliados que puedan apoyar el desarrollo de sistemas de información (por ejemplo agencias del sistema de Naciones Unidas, USAID).	Tesoro público y se requiere la identificación de socios y aliados que puedan apoyar el desarrollo de estrategias de promoción y comunicación (por ejemplo agencias del sistema de Naciones Unidas, USAID).
Liderazgo y gobernanza	Director de red y coordinador de la estrategia.		Ministerio de Salud, Estrategia sanitaria de zoonosis, estrategia sanitaria de inmunizaciones, director de red y coordinadores de estrategias en la zonas de riesgo para rabia silvestre	PCM, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Estrategia sanitaria de zoonosis, director de red y coordinador de la estrategia de zoonosis en las zonas de riesgo para rabia silvestre.

Tabla 23.a. Otras Intervenciones integrales en el sistema de salud en el Distrito Río Santiago, Condorcanqui, Región Amazonas

<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo del uso de mosquiteros, promoción de las medidas de protección de la vivienda para reducir la entrada de murciélagos con los programas de promoción de la salud. • Gestión de proyectos de mejoramiento de vivienda (protección para evitar el ingreso de murciélagos). • Vincular a SENASA para hacer control de vector, vigilancia de animales centinela y vacunación de domésticos de las zonas de riesgo. • Coordinación de actividades con instituciones responsables para las intervenciones como acceso a energía eléctrica, construcción de vías para reconocer el impacto en nichos ecológicos para rabia silvestre. • Promoción con los líderes y autoridades indígenas locales para la protección de viviendas, identificación de zonas de riesgo y la aceptación de la vacunación anti-rábica. • Incluir en los programas sociales JUNTOS, PIN, vaso de leche, la vacunación anti-rábica pre-exposición en zonas de riesgo. • Ampliar la cobertura del acceso a la identidad como base del sistema de información y de acceso a acciones e intervenciones del Estado. • Participación de la comunidad educativa en la prevención de la rabia silvestre (docentes, estudiantes, padres de familia-APAFAS) en la prevención de mordedura. • Coordinar a nivel local con las Unidades de Gestión Educativa Local (UGEL) la inclusión de actividades de prevención de rabia silvestre en zonas de riesgo. • Diálogo y concertación con las autoridades y organizaciones indígenas para la promoción de acciones de protección y reducir la mordedura por murciélagos. • Diseño y validación de estrategia de comunicación adaptada a las características culturales y sociales de las comunidades que viven en zonas de riesgo de rabia silvestre. • Diseño e impresión de materiales validados por las comunidades para la reducción de mordeduras por murciélagos y prevención de la rabia silvestre. • Identificación de los medios de comunicación de las zonas de riesgo de rabia silvestre, para difundir mensajes relacionados con la prevención de rabia silvestre.

DESARROLLO DEL PLAN

Tabla 24. Roles y responsabilidades

Roles	Responsables
Secretario técnico	<p>Coordinar la agenda con el grupo de trabajo para avanzar en la formulación e implementación del plan de acción.</p> <p>Seguimiento y monitoreo del cumplimiento en la implementación del plan.</p>
Grupo de trabajo regional	Facilitar y viabilizar el trabajo integrado para formular e implementar el plan de acción contra las EID.

Tabla 25. Productos, plazos, hitos y resultados

Intervención Rabia Silvestre	Resultados Esperados	Productos	Hitos
<ul style="list-style-type: none"> Incorporación al calendario de vacunación regular en zonas de riesgo la vacuna anti-rábica pre-exposición para mayores de 2 meses (concertación y planeación con la estrategia sanitaria de inmunizaciones). 	<p>Población mayor de 2 meses viviendo en áreas de riesgo, protegida contra la rabia silvestre a través de la inmunización pre-exposición</p>	<p>100% de mayores de 2 meses con esquema de vacunación completo (tres dosis) pre-exposición.</p>	<p>Cero muertes de rabia en personas mayores de 2 años con esquema completo (en dosis y a intervalos adecuados) de vacuna anti-rábica pre-exposición.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Incluir en la educación básica regular la promoción de medidas de protección para reducir mordidas por murciélagos. 	<p>Instituciones educativas de las zonas de riesgo para rabia silvestre que incluyen en su currículo contenidos para la prevención y control de la rabia.</p>	<p>100% de instituciones educativas implementan acciones de promoción para rabia silvestre.</p>	<p>Comunidad educativa conoce y pone práctica acciones de prevención y control contra la rabia silvestre.</p>

Tabla 27. Monitoreo y evaluación del Plan Integral de eliminación de las EID en el Distrito Río Santiago, Condorcanqui, Región Amazonas

Para Rabia Silvestre			
Indicadores de Impacto	Indicadores de Resultado	Numerador	Denominador
Tasa de mortalidad por rabia silvestre en población total del área de riesgo.		Número de fallecidos por rabia (reporte de muertes por el VEA)	Población total en áreas de riesgo (INEI)
	Cobertura de vacunación anti-rábica en personas mordidas	Número de personas que completaron esquema (registro de vacunados en los servicios de salud)	Número total de personas mordidas (registro del establecimiento de salud)
	Cobertura de vacunación anti-rábica pre-exposición en mayores de 2 meses	Número de mayores de 2 meses vacunados con esquema completo (registro de vacunación)	Población total en áreas de riesgo (INEI)
	Porcentaje de instituciones educativas que implementan actividades de promoción para prevenir la mordedura de murciélagos	Número de instituciones educativas que tienen incorporado en el PEI	Número total de instituciones educativas en el área de riesgo

VII. Anexos

7.1 Agenda

Taller para formación de facilitadores de la guía para formulación de Planes de Acción Integrados para la Prevención, Control y Eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas

Lima, Perú

24-26 Octubre, 2011

Organizado por el Programa Regional de Enfermedades Infecciosas Desatendidas de OPS/OMS con el auspicio de la
Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional-ACDI/CIDA

Agenda

Lugar de la reunión: Hotel Plaza del Bosque/Suites del Bosque: Av. Paz Soldán 190-165, San
Isidro; Tf: 616-1818, 441-8818 anx. 132, Fax 421-8582; www.plazadelbosque.com,
www.suitesdelbosque.com

Día 1: 24 de Octubre

Situación Regional de las EID y abordaje integral para su control y eliminación

8:30 – 9:00 a.m. Inscripciones

9:00 – 9:30 a.m. Programa de Inauguración
Presentación de autoridades de la mesa de honor
Himno Nacional de Perú

Palabras de Bienvenida
Representante OPS/OMS en Perú

Palabras de Bienvenida
Delegado del Ministerio de Salud de Perú

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

9:30 – 10:00 a.m. Las Enfermedades Infecciosas Desatendidas: Panorama Regional,
oportunidades y retos
Santiago Nicholls, Programa Regional EID en OPS

10:00 – 10:30 a.m. Abordaje integral, interprogramático e intersectorial de las EID:
aproximación al marco conceptual
Martha Saboyá, Programa Regional EID de OPS

10:30 – 11:00 am *Café*

Sesión 2: Oportunidades para el abordaje integral para el control y eliminación de las EID en LAC

- 11:00 – 11:30 a.m. Proyecto “Mejora de la salud y mayor protección contra enfermedades transmisibles para mujeres, niños y poblaciones excluidas en situaciones de vulnerabilidad en América” cofinanciado por ACIDI/CIDA: ámbitos seleccionados por Ecuador, Nicaragua, Paraguay y Perú, y oportunidades y perspectivas en su implementación
Dionne Patz, OPS
- 11:30 – 12:10 p.m. Guía para el desarrollo de planes de acción integrados para las EID: presentación de contenidos y herramientas
Santiago Nicholls, Programa Regional EID, OPS
- 12:10 – 12:30 p.m. Preguntas y Discusión

12:30 – 1:30 p.m. **Almuerzo**

Sesión 3: Primer Paso: Análisis de Situación. Cómo avanzar en el análisis de situación y forjar las bases para la formulación de un plan integral.

- 1:30 – 2:30 p.m. Lectura y discusión del capítulo análisis situacional
Facilitadores: Martha Saboyá y Santiago Nicholls
- 2:30- 6:00 p.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

Día 2: 25 de Octubre
Formular planes de acción integrados para las EID: Paso a paso

Sesión 4: Segundo paso: Adónde queremos ir: prioridades, objetivos y metas

- 8:00 – 9:00 a.m. Lectura y discusión del capítulo prioridades, objetivos y metas
Facilitadores: Martha Saboyá y Santiago Nicholls
- 9:00 – 12:00 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 respectivos
- 12:00 – 12:30 pm Plenaria de discusión sobre los dos primeros pasos

12:30 – 1:30 p.m. **Almuerzo**

- 1:30 – 2:30 p.m. Lectura y discusión del capítulo: Cómo llegaremos. Definición de las estrategias
Facilitadores: Martha Saboyá y Santiago Nicholls
- 2:30 – 6:00 p.m. Tercer trabajo en grupo: Cada país definirá sus estrategias
Los participantes analizarán su información y pondrán los datos solicitados en los cuadros respectivos

Día 3: 26 de Octubre
Formular planes de acción integrados para las EID: Paso a paso

Sesión 5: Ruta para la formulación de planes de acción integrados para las EID: Cuarto paso

- 8:00 – 9:00 a.m. Lectura y discusión del capítulo: Organización y gestión del plan
Facilitadores: Martha Saboyá y Santiago Nicholls
- 9:00 – 1:00 p.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

1:00 – 2:00 p.m. **Almuerzo**

Sesión 6: Ruta para la formulación de planes de acción integrados para las EID: Quinto paso

- 2:00 – 2:30 p.m. Lectura y discusión: Monitoreo y evaluación del plan: Cómo medir si estamos avanzando hacia los objetivos establecidos
Facilitadores: Martha Saboyá y Santiago Nicholls
- 2:30 – 4:30 p.m. Quinto Trabajo en Grupo: Cada país definirá las acciones de monitoreo y evaluación, y usará los cuadros para tal fin

Sesión 7: Necesidades y oportunidades para avanzar en la formulación de planes de acción integrados para las EID

- 4:30 – 5:30 p.m. Discusión en plenaria
Oportunidades y necesidades para concretar la formulación de planes de acción integrados para el control y eliminación de las EID en Ecuador, Nicaragua, Paraguay y Perú.
- 5:30 p.m. Clausura

7.2 Participantes

Participantes

Fidel Villegas

Consultor

OPS-OMS Bolivia

Telf. 5912-2412-313

fvillegas@bol.ops-oms.org

Raquel Lovato

Director Programa Nacional Oncocercosis

MINSA - Ecuador

Cel. 0924-48899

raquelov@hotmail.com

Sandra Irala

DGVS

MINSA – Paraguay

Telf. 222-012

sandra_irala@yahoo.com.ar

Vidalía Lesmo

Consultor

OPS-OMS Paraguay

Telf. 595-21-449864

lesmovi@par.ops-oms.org

Luis Miguel León

Director Ejecutivo Atención Integral

MNSA – Lima/Perú

Cel. 996-410-516

leon@minsa.gob.pe

Yenni Herrera

Coordinadora Metaxénicas

MINSA - Lima/Perú

Cel. 989-053880

yherrerah@gmail.com

Rosa Vilca

Dirección General Salud Personas

MINSA - Lima/Perú

Cel. 996-639968

rvilca@minsa.gob.pe

Hortensia Ramírez

Dirección General Salud Personas

MINSA - Lima/Perú

Cel. 992-621682

hramirez@minsa.gob.pe

Ana María Navarro

Responsable Área Zoonosis

MNSA – Lima

Cel. 995-666175

anavarrov@minsa.gob.pe

Guillermo González

Consultor

OPS-OMS Perú

Telf. 511- 319-5700

ggonzal@per.ops-oms.org

Miguel Dávila

Consultor

OPS-OMS Perú

Telf. 511- 319-5700

mdavila@per.ops-oms.org

Adrian Díaz

Consultor

OPS-OMS Perú

Telf. 511- 319-5700

adiaz@per.ops-oms.org

Verónica Carrión

Consultora Inmunizaciones

OPS-OMS Perú

Telf. 511- 319-5700

carrionv@paho.org

Manuel Arana

Coordinador de Zoonosis

MINSA Jaén/Perú

RPM 812330

manuel20261@hotmail.com

Participantes

Vilma Ayala
Coordinadora AIS Niño
MINSA - Jaén/Perú
Cel. 989-249565
vilmaae@hotmail.com

José Luis Daza
Coordinador Zoonosis
MINSA - Chachapoyas/Perú
Cel. 955-644704
jlda38@hotmail.com

Antonio Delgado
Coordinador Metaxénicas
MINSA - Jaén/Perú
Cel. 976-602431
adelgador3@hotmail.com

Adán Monsalve
Coordinador Metaxénicas
MINSA - Bagua/Perú
Cel. 978-189980
metaxenicass@gmail.com

Esther Marchena
Directora Atención Integral
MINSA – Chiclayo/Perú
Cel. 941-879981
emarchenag@yahoo.es

Roberto Carrión
Coordinador Metaxénicas
MINSA - Bagua/Perú
Cel. 992-101266
robertpariente@hotmail.com

Oscar Muñoz
Director Atención Integral
MINSA - Cajamarca/Perú
Cel. 976-325562
capsalud2005@hotmail.com

Clara Bustamante
Directora Atención Integral
MNSA – Iquitos/Perú
Telf. 201566
claritabus@hotmail.com

Norma García
Coordinadora AIS Niño
MINSA – Yurimaguas/Perú
Cel. 965-356086
normita_sexy20@hotmail.com

Aranibar Viloche
Coordinador Metaxénicas
MINSA – Yurimaguas/Perú
Cel. 993-589-169
constante_9@hotmail.com

Dionne Patz
Asesora Manejo de Proyectos
OPS-OMS Washington
Telf. 202-9743713
patzdion@paho.org

Hannah Kurtis
Of. Téc. Salud Fam. Y Comunitaria
OPS-OMS Washington
Telf. 202-9743163
kurtisha@paho.org

Martha Saboya
Epidem. Programa Regional Enfermedades
Infecciosas Desatendidas
OPS-OMS Washington
Telf. 202-9743875
saboyama2@paho.org

Santiago Nicholls
Of. Téc. Programa Regional Enfermedades
Infecciosas Desatendidas
OPS-OMS Washington
Telf. 202-9743656
nichollr@paho.org



**Participantes al Taller para la formación de facilitadores de la guía para la formulación de Planes de Acción Integrados para la Prevención, Control y Eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas.
Lima, 24 al 26 de Octubre 2011**

Participantes

Fila posterior (de izquierda a derecha)

Ana Quijano Calle
Ana María Navarro
Antonio Delgado
José Luis Daza
Miguel León
Verónica Carrión
Hannah Kurtis
Vidalía Lesmo
Dionne Patz
Fidel Villegas

Fila intermedia (de izquierda a derecha)

Raquel Lovato
Hortensia Ramírez
Yenni Herrera
Martha Saboya

Fila anterior (de izquierda a derecha)

Adam Monsalve
Sandra Irala
Santiago Nicholls
Roberto Pariente
Manuel Arana